

Sintesi della discussione

Partecipanti alla discussione:

Marco Ferrario, Enrico Geraci, Simona Giampaoli, Mario Mancini, Sergio Pede, Pier Luigi Prati, Massimo Uguccioni, Franco Valagussa, Diego Vanuzzo, Paolo Verdecchia

(Ital Heart J 2004; 5 (Suppl 8): 33S-34S)

I trend di incidenza e i criteri di definizione

Dai primi interventi è emersa la considerazione che probabilmente, secondo i dati MONICA, le forme più gravi di malattia coronarica si sono ridotte in modo drastico; viceversa le forme meno gravi si riscontrano ancora con grande frequenza, mantenendo pressoché invariata l'incidenza. Questa riduzione della letalità, con contestuale aumento dell'attack rate, tocca uno dei punti cardine dei registri epidemiologici: si è realmente modificata la patologia o sono cambiati i criteri diagnostici? Geraci ha ricordato che, quando è stata varata dall'American College of Cardiology e dalla Società Europea di Cardiologia la nuova definizione dell'infarto miocardico acuto, che considera come tale anche l'evento coronarico acuto senza alterazioni elettrocardiografiche da necrosi o senza aumento della creatinichinasi-MB, ma con aumento della troponina, molti epidemiologi, fra cui il prof. Tunstall-Pedoe, hanno manifestato la loro perplessità. Se dal punto di vista clinico l'evoluzione della malattia e soprattutto delle procedure diagnostiche disponibili impone una ridefinizione degli standard che devono essere utilizzati per la validazione dell'evento, da un punto di vista epidemiologico la preoccupazione è che si possano raccogliere dati o aggregati diagnostici confrontabili con quelli precedenti. Ci sono molte esperienze, anche in ambito europeo, che stanno cercando di identificare questi nuovi standard. Ferrario ha evidenziato che vanno in questa direzione anche i dati riguardanti le forme lievi di infarto del miocardio, definite come "mild" o "probable" dal Progetto MONICA secondo la definizione apparsa sul *Journal of Clinical Epidemiology*, nei primi anni '90, in cui veniva suggerito questo aggregato per alcune forme coronariche in cui gli enzimi non sono sicuri e la presentazione elettrocardiografica è già evoluta o è in una fase di non le-

sione con la presenza di onda Q. Vanuzzo, citando una pubblicazione di *Circulation* del 2003, che sintetizza le due definizioni, la vecchia e la nuova, considerando insieme troponina e codice Minnesota, ritiene che la definizione accurata delle malattie coronariche rappresenta una delle principali sfide che dovremo affrontare nel futuro dei registri epidemiologici.

La situazione non ancora soddisfacente dei fattori di rischio

Successivamente il dibattito focalizza l'andamento, piuttosto allarmante, della battaglia contro i fattori di rischio tradizionali: Verdecchia sottolinea come dalle presentazioni emerga che l'Italia, nonostante gli interventi dietetici e farmacologici, rimane un popolo di pre-ipertesi, o di "high normal", con una colesterolemia che solo in pochi casi è < 240 mg/dl, con 1 donna su 4 ed 1 uomo su 3 che fumano.

Uno degli ostacoli al diffondersi della cultura preventiva delle malattie cardiovascolari è rappresentato dalle perplessità sulla prevenzione primaria che emergono talvolta sui media. Tale fenomeno è pericoloso perché frena l'entusiasmo della popolazione e dei medici, rischiando di mettere in dubbio tutto lo sforzo costruito in 50 anni e rallentando il processo di normalizzazione del rischio nella salute pubblica. Conferenze come questa devono servire anche a contrastare queste voci di dissenso e scetticismo.

L'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano: realtà e prospettive

Il dibattito ha sottolineato la grande risorsa rappresentata dall'Osservatorio Epide-

miologico Cardiovascolare Italiano (OEC) che, per i suoi dati aggiornati e distribuiti su tutto il territorio nazionale rappresenta per l'Italia un grande "studio di Framingham", ne supera i limiti spaziali e temporali, costituendo un database notevole anche a livello europeo e mondiale.

Il trend delle malattie cardiovascolari è in costante cambiamento; pertanto è opportuno avere al massimo 10 anni di predittività con coorti diverse e sempre nuove e aggiornare il rischio con indicatori più accurati.

Si ritiene pertanto indispensabile continuare il follow-up sulle vecchie coorti ed inserire nuovi centri e nuove popolazioni. A questo proposito, *Uguccioni* ha ricordato che l'Area Prevenzione dell'ANMCO sta attivando una rete di più di 100 centri ambulatoriali di prevenzione, che si doterà entro tempi molto brevi di un software per la raccolta di variabili con metodologia standardizzata e controllo di qualità. Sono questi messaggi culturali forti, che l'OEC ha diffuso.

La prosecuzione e l'ampliamento dell'OEC può aggiornare costantemente il rischio cardiovascolare, un dato fondamentale per il nostro paese. Fino a questo momento, la buona volontà dei cardiologi dell'ANMCO e dei ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha consentito la corretta conduzione, a costi contenuti, dell'OEC, ma la buona volontà non basta per uno studio di queste dimensioni. È necessario trovare fondi pubblici dedicati nell'ambito dell'accordo Stato-Regioni. Un incontro come questo della III Conferenza può essere un modo per sensibilizzare anche i politici perché le istituzioni vengano in aiuto. A tale proposito, *Pede* ha suggerito la necessità di un'azione di informazione sui decisori pubblici, poiché pochi responsabili di agenzie regionali, assessori alla sanità regionali, amministratori locali sono a conoscenza dell'esistenza di questo lavoro sulle condizioni di rischio della popolazione che si trovano ad amministrare. L'accordo ANMCO e ISS dovrebbe farsi carico di una capillare diffusione di questi dati, da cui probabilmente potrebbe scaturire qualche risultato pratico in termini di disponibilità di fondi pubblici.

Le carte del rischio: sfide ed opportunità

La carta del rischio dell'ISS rappresenta uno strumento formidabile dal punto di vista conoscitivo, che può interessare enormemente anche i media.

Le cose sembrano andare meno bene da parte della gente, come emerso dagli interventi di *Prati* e di *Vala-*

gussa. Ciò potrebbe dipendere dal periodo troppo grande tra il momento in cui una persona si rivolge al medico e i 10 anni, periodo in cui si proietta il rischio di evento cardiocircolatorio; forse un altro dei motivi alla base della difficile accettazione delle carte del rischio è che molti non capiscono il significato di quel numero espresso in percento, che può scendere ad esempio abolendo l'abitudine al fumo. Gli italiani amano poco il rigore dei numeri. Quindi ci vorrebbe qualche iniziativa che renda il cittadino più attento a quel numero e questo sottolinea l'importanza delle metodiche di comunicazione. Bisognerebbe inoltre in qualche modo utilizzare il rischio che viene valutato dalle carte, esprimendolo nel rischio immediato, nel rischio che una persona vive in quel momento o al massimo per l'anno in corso o per il successivo.

Il modello del "basso rischio"

Un ulteriore tentativo di applicazione delle carte del rischio è quello di fornire alla popolazione un modello di confronto, cioè dare, in aggiunta al rischio assoluto del singolo, il rischio delle persone di pari sesso ed età con livelli di pressione arteriosa e di colesterolemia ottimale, cosa che corrisponde ad indicare un modello di riferimento "estetico" a cui tendere. Questo concetto del basso rischio è uno dei tanti suggerimenti dati da Jeremiah Stamler, che nel suo famoso MRFIT ha individuato circa 5000 soggetti non fumatori, non diabetici, con colesterolemia tra 150 e 160 mg/dl, pressione sistolica tra 110 e 120 mmHg destinati alla longevità.

Conclusioni

Da questa discussione e da questi contributi di alta valenza scientifico-culturale emerge in modo soddisfacente sia l'importanza degli sforzi messi in atto per definire con precisione le dimensioni epidemiologiche delle malattie cardiovascolari sia l'importanza di una grande alleanza tra la cardiologia, non solo clinica ma anche "di popolazione", la medicina generale e la gente comune per giungere ad una "massa critica" che possa far percepire l'inespresso bisogno di prevenzione in Italia.

Maurizio G. Abrignani