

## Sintesi della discussione

Partecipanti alla discussione:

Antonio Addis, Alessandro Boccanelli, Mario Cordoni, Alessandro Filippi, Simona Giampaoli, Pantaleo Giannuzzi, Salvatore Panico, Rodolfo Paoletti, Mariagrazia Sclavo, Carlo Schweiger, Diego Vanuzzo, Paolo Verdecchia

(Ital Heart J 2004; 5 (Suppl 8): 84S-85S)

La discussione si apre con una considerazione di *Boccanelli*, che sottolinea come i fattori di rischio per la cardiopatia ischemica coincidano largamente con i fattori di rischio per lo scompenso cardiaco. Si potrebbe quindi ipotizzare la preparazione in un prossimo futuro di una carta del rischio per lo scompenso cardiaco. *Giampaoli* risponde che tale ipotesi di lavoro non è al momento percorribile. Il maggior problema sarebbe rappresentato dall'attuale mancanza di criteri univoci ed ampiamente condivisi per la diagnosi di scompenso cardiaco. Tale carenza limita la possibilità di verificare l'insorgenza di questa sindrome clinica in studi prospettici necessari alla formulazione delle carte del rischio.

*Sclavo* pone poi il problema del significato del diabete mellito nel determinare il profilo di rischio assoluto globale. L'importanza di questo fattore sembra emergere infatti con minor forza nelle carte del rischio del "Progetto CUORE", rispetto a quanto viene verificato quotidianamente nella pratica clinica. *Giampaoli* e *Panico* concordano sulla possibilità che le carte del rischio possano in qualche modo sottostimare il ruolo del diabete. Questa relativa limitazione sarebbe riconducibile soprattutto all'insorgenza, nelle coorti studiate, di nuovi casi di diabete in epoca successiva alla valutazione iniziale. Il maggior numero di eventi cardiovascolari avversi si sarebbe infatti verificato proprio in quei soggetti, che, inizialmente euglicemici, hanno sviluppato il diabete durante il follow-up. Esiste inoltre un problema relativo ai criteri diagnostici per il diabete mellito (livelli glicemici di riferimento) da applicare negli studi prospettici.

*Sclavo* chiede quindi a *Filippi* se ritenga possibile un maggior impegno dei medici di

medicina generale nella "medicina di iniziativa", volta all'identificazione precoce dei soggetti ad alto rischio nella popolazione generale. *Filippi* sottolinea che i medici di base operano già attivamente in questo campo della prevenzione. Tuttavia, la necessità di seguire con notevole impegno diverse patologie di elevato impatto sociale (osteoporosi, neoplasie), limita le possibilità dei medici di medicina generale in questo settore specifico.

La discussione prosegue quindi con un intervento di *Schweiger*, il quale prende atto con soddisfazione del nuovo ruolo assunto dall'ente regolatore centrale con la costituzione dell'AIFA. Questa agenzia sembra infatti interessata ad intraprendere anche iniziative di elevato profilo scientifico e culturale, senza limitarsi ai soli controlli. *Schweiger* sottolinea tuttavia che sono ancora sul tappeto importanti problemi, in vista della formulazione della nuova "nota 13". Le carte del rischio non considerano infatti i pazienti di età più avanzata e sembrano sottostimare, come già detto, l'importanza del diabete mellito. Inoltre, per quanto attiene ai livelli del colesterolo, si deve anche tenere conto che la spesa farmaceutica è sostanzialmente diversa a seconda degli obiettivi terapeutici da raggiungere. Proporre un target di riferimento per la colesterolemia in corso di terapia medica più basso comporta un inevitabile incremento dei dosaggi farmacologici e quindi della spesa complessiva.

*Addis* risponde che l'AIFA ha lanciato lo studio RIACE proprio al fine di verificare questi ed altri importanti aspetti delle misure di prevenzione cardiovascolare. Questo studio, che rappresenta un'iniziativa di "outcome research", potrebbe fornire alcune del-

le risposte necessarie ad una gestione ottimale del rischio cardiovascolare globale e della terapia farmacologica.

*Verdecchia* chiede se siano disponibili nel database del "Progetto CUORE" informazioni relative alla prevalenza ed al peso prognostico dell'ipertrofia ventricolare sinistra e della pressione arteriosa differenziale. *Giampaoli* risponde che la pressione differenziale sarà presa in considerazione in futuro, mentre per l'ipertrofia ventricolare sinistra i dati sono incompleti, in quanto risultano mancanti le registrazioni elettrocardiografiche in un significativo numero di casi.

*Verdecchia* chiede inoltre se l'AIFA, analogamente a grandi enti pubblici internazionali, potrà in futuro farsi carico di trial clinici randomizzati e controllati su argomenti di grande importanza scientifica, ma privi di interesse per le industrie farmaceutiche.

*Addis* risponde che al momento l'AIFA è impegnata in diverse iniziative di "outcome research" su grandi temi clinici, ma che non si può escludere un possibile futuro impegno per favorire la ricerca indipendente in aree "orfane" di interesse per l'industria.

*Vanuzzo* interviene sottolineando l'importanza di costituire database clinico-scientifici di alta qualità, che consentano di seguire l'evoluzione delle patologie cardiovascolari nella popolazione italiana. La raccolta dei dati deve essere tuttavia adeguatamente incentivata, perché in caso contrario non si disporrà di informazioni affidabili e complete. Una possibilità potrebbe essere rappresentata dall'erogazione di crediti ECM ai medici di medicina generale a fronte di un'attività di raccolta dati. *Addis* concorda con questa ipotesi di incentivazione attraverso l'erogazione di crediti ECM.

*Cordoni* prende quindi la parola per esprimere la propria perplessità rispetto ad alcune evidenze emerse durante il follow-up delle coorti del "Progetto CUORE". La nozione che una terapia antipertensiva in atto rappresenti un fattore predittivo di successivi eventi cardiovascolari avversi appare infatti particolarmente difficile da gestire nella pratica clinica. Un'interpretazione distorta di questa informazione potrebbe favorire incongrue sospensioni di trattamenti farmacologici opportuni ed efficaci.

In risposta a tali considerazioni *Giampaoli* spiega che la terapia antipertensiva non è da considerare come un elemento causale per successivi eventi avversi cardiovascolari, ma che rappresenta semplicemente un "indicatore" di una patologia ipertensiva di più lunga durata, come pure della possibile presenza di un danno di organo sottostante.

*Giannuzzi* interviene nella discussione affermando che le attività di prevenzione delle malattie cardiovascolari devono comunque articolarsi tenendo conto i due aspetti prioritari: motivazione ed educazione. I pazienti con profilo di rischio elevato devono infatti essere motivati ed educati a cambiare i propri comportamenti potenzialmente pericolosi per la salute. I fattori di rischio possono essere controllati infatti solo attraverso un'alleanza terapeutica tra medico e paziente.

La discussione viene infine conclusa da *Paoletti* che sottolinea la ricchezza dei contributi scientifici e culturali raccolti nel corso della sessione.

**Furio Colivicchi**