

Executive Summary

Lineeguida Europea sulla prevenzione della malattia cardiovascolare nella pratica clinica 2003

Terza Task Force congiunta di Società Europee ed altre Società sulla prevenzione della malattia cardiovascolare nella pratica clinica (costituita da rappresentanti di otto società e da esperti invitati)

versione italiana del documento "European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice" pubblicato su European Heart Journal 2003; 24: 1601 - 1610 a cura di Gardacuore ONLUS

- Guy De Backer (coordinatore), Ettore Ambrosioni, Knut Borch-Johnsen, Carlos Brotons, Renata Cifkova, Jean Dallongeville, Shah Ebrahim, Ole Faergeman, Ian Graham, Giuseppe Mancina, Volkert Manger Cats, Kristina Orth-Gomer, Joep Perck, Kalevi Pyorala, Jose L Rodicio, Susana Sans, Vedat Sansoy, Udo Sechtem, Sigmund Silber, Troels Thomsen, David Wood
- Altri esperti che hanno contribuito a parte delle linee guida : Christian Albus, Nuri Bages, Gunilla Burell, Ronan Conroy, Hans Christian Deter, Christoph Hernann-Lingen, Steven Humphries, Anthony Fitzgerald, Brian Oldenburg, Neil Schneiderman, Antti Uutela, Redford Williams, John Yarnell
- ESC Committee for Practice Guidelines (CPG) : Silvia G. Priori (Coordinatore), Maria Angeles Alonso Garcia, Jean-Jacques Blanc, Andrzej Budaj, Martin Cowie, Veronica Dean, Jaap Deckers, Enrique Fernandez Burgos, John Lekakis, Bertil Lindahl, Gianfranco Mazzotta, Keith McGregor, Joao Morais, Ali Oto, Otto Smiseth, Hans-Joachim Trappe
- Revisori del documento: questo documento è stato rivisto da esperti nominati dalle rispettive società di appartenenza, che erano indipendenti rispetto alla Task Force, Andrej Budaj (CPG Review Coordinator), Carl- David Agardh, Jean-Pierre Bassand, Jaap Deckers, Maciek Godycki-Cwirko, Anthony Heagerty, Robert Heine, Philip Home, Silvia Priori, Pekka Puska, Mike Rayner, Annika Rosengren, Mario Sammut, James Shepherd, Johannes Siegrist, Maarten Simmons, Michael Tendera, Alberto Zanchetti

Preambolo

Scopo delle linee guida è presentare tutte le prove più significative relative ad un particolare argomento per aiutare i medici a valutare i rischi e i benefici di una specifica procedura diagnostica o terapeutica. Le indicazioni fornite dovrebbero risultare utili ai fini del processo decisionale della pratica clinica quotidiana.

Un gran numero di linee guida sono state pubblicate negli ultimi anni da organizzazioni diverse, quali European Society of Cardiology (ESC), American Heart Association (AHA), American College of Cardiology (ACC) e da altre società correlate. Grazie ai link di accesso ai siti web delle Società Nazionali, è possibile consultare centinaia di linee guida. Questa enorme disponibilità rischia tuttavia di compromettere l'autorità e la validità delle linee guida stesse, che risultano valide solo se vengono sviluppate con un processo decisionale irreprensibile. Questo è uno dei motivi per cui ESC e altri organismi hanno pubblicato delle raccomandazioni per la elaborazione e la diffusione delle linee guida.

Nonostante esistano standard ben definiti per la preparazione di linee guida di qualità, indagini recenti condotte su documenti pubblicati su riviste peer-reviewed tra il 1985 e il 1998 hanno dimostrato che in realtà i principi metodologici non erano stati rispettati nella stragrande maggioranza dei casi. E' quindi fondamentale diffondere linee guida e raccomandazioni in formati di facile interpretazione. Anche i successivi programmi di implementazione devono essere gestiti nel migliore dei modi. Sono stati compiuti dei tentativi per stabilire se le linee guida migliorino la qualità della pratica clinica e l'utilizzo delle risorse sanitarie. Sono state inoltre discusse ed esaminate anche le implicazioni legali delle linee guida mediche, processo questo che ha portato alla formulazione di documenti di posizione da parte di una Task Force apposita.

L'ESC Committee for Practice Guidelines (CPG) supervisiona e coordina la preparazione di nuove Guidelines e di Expert Consensus Documents da parte delle Task Force, dei gruppi di esperti o dei gruppi di consenso. Questo comitato è inoltre responsabile dell'approvazione di tali linee guida o dichiarazioni.

Introduzione

Il razionale per un approccio attivo alla prevenzione della malattia cardiovascolare (CVD) è saldamente basato su cinque osservazioni:

- La CVD è la principale responsabile di decessi prematuri in gran parte dei paesi europei ed è una delle maggiori cause di disabilità, oltre a contribuire in larga misura al continuo aumento dei costi dell'assistenza sanitaria
- La patologia di base è in genere l'aterosclerosi, che si sviluppa in modo insidioso nel corso di molti anni ed è in genere avanzata quando compaiono i sintomi
- La morte, l'infarto miocardico e l'ictus si verificano spesso in modo improvviso e prima che sia disponibile l'assistenza medica e di conseguenza molti interventi terapeutici sono inattuabili o hanno una funzione esclusivamente palliativa

- La comparsa di CVD è perlopiù fortemente correlata allo stile di vita e a fattori fisiologici modificabili
- E' stato dimostrato in modo inequivocabile che la modificazione dei fattori di rischio riduce la mortalità e la morbilità, soprattutto nelle persone con CVD sia diagnosticata che non diagnosticata

La malattia cardiovascolare è in genere il risultato di una combinazione di vari fattori di rischio e riconoscendo la natura multifattoriale di questo gruppo di patologie, la European Atherosclerosis Society, la European Society of Cardiology e la European Society of Hypertension hanno avviato negli anni '90 una collaborazione mirata alla definizione di linee guida per la prevenzione della cardiopatia coronarica nella pratica clinica. Il risultato è una serie di raccomandazioni pubblicate nel 1994. Una revisione di queste prime linee guida è stata eseguita e pubblicata nel 1998 dalla Second Joint Task Force che ha definito gli standard relativi a stile di vita, fattori di rischio ed obiettivi terapeutici per la prevenzione coronarica. In questo secondo rapporto alle tre società originali si sono aggiunti la European Society of General Practice/Family Medicine, lo European Heart Network e l'International Society of Behavioural Medicine. Dopo il completamento di questo rapporto, sono stati pubblicati nuovi dati di notevole importanza. Di conseguenza la Third Joint Task Force ha proceduto a una seconda revisione delle linee guida congiunte europee. Con la Task Force hanno collaborato in questa occasione la European Association for the Study of Diabetes e la International Diabetes Federation Europe. Queste nuove linee guida differiscono dalle precedenti per vari aspetti importanti elencati di seguito:

1. Dalla malattia coronarica (CHD) alla prevenzione della CVD. L'eziologia di infarto miocardico, ictus ischemico e arteriopatia periferica è simile, tanto che studi terapeutici condotti di recente hanno dimostrato che diversi tipi di trattamento possono prevenire non solo gli eventi coronarici e le rivascolarizzazioni, ma anche l'ictus ischemico e l'arteriopatia periferica. In un tale contesto, la decisione sulla opportunità di intraprendere specifiche misure preventive può essere guidata dalla valutazione del rischio di comparsa di qualsiasi evento vascolare, e non solo degli eventi coronarici, e gli interventi di prevenzione possono con ogni probabilità ridurre il rischio, non solo di cardiopatie coronariche, ma anche di ictus e arteriopatie periferiche.
2. Al fine di valutare il rischio di sviluppo di CVD sono stati elaborati diversi modelli multifattoriali di rischio. La Task Force raccomanda di usare il Modello SCORE e le Carte del Rischio di recente sviluppati. La valutazione del rischio mediante il database SCORE può essere facilmente adattata alle condizioni, risorse e priorità nazionali e considera l'eterogeneità della mortalità per CVD tra i paesi europei. Un elemento chiave del modello è che il rischio è ora definito in termini di probabilità assoluta in 10 anni di sviluppare un evento cardiovascolare fatale.
3. Priorità cliniche esplicite. Come nelle raccomandazioni del 1994 e del 1998, la priorità chiave per i medici è rappresentata dai pazienti con malattia cardiovascolare accertata e dai soggetti ad alto rischio di CVD. Questi ultimi possono essere identificati con nuove tecniche di imaging che consentono la visualizzazione dell'arteriosclerosi sub-clinica.

4. Sono state valutate tutte le nuove conoscenze disponibili nel campo della cardiologia preventiva, in particolare i risultati di trial clinici recenti che mostrano i benefici clinici di modifiche del regime alimentare, di un buon controllo dei fattori di rischio e dell'utilizzo profilattico di alcuni farmaci. Ciò include i dati relativi all'uso di particolari farmaci in soggetti anziani ed in pazienti ad alto rischio con un livello di colesterolo totale relativamente basso.

Queste linee guida hanno lo specifico scopo di incoraggiare lo sviluppo di raccomandazioni nazionali per la prevenzione della malattia cardiovascolare. L'applicazione delle linee guida può avvenire solo attraverso la collaborazione tra gruppi professionali diversi a livello nazionale. Le raccomandazioni devono essere considerate come un riferimento all'interno della quale è possibile attuare le necessarie modifiche che riflettano le diverse condizioni politiche, economiche, sociali e mediche dei vari stati. La Terza Joint Task Force evidenzia come queste linee guida, rivolte principalmente ai pazienti ad alto rischio di CVD, debbano essere integrate con strategie dirette a tutti i cittadini a livello nazionale ed europeo per contribuire a una politica sanitaria pubblica mirata a limitare l'enorme onere imposto dalla malattia cardiovascolare sui paesi europei.

Priorità mediche

Gli interventi di prevenzione sono maggiormente efficaci quando sono diretti alle persone a più alto rischio. Le raccomandazioni in oggetto definiscono quindi le seguenti priorità per la prevenzione di CVD nella pratica clinica:

1. pazienti con cardiopatia coronarica, arteriopatia periferica e malattia arteriosclerotica cerebrovascolare accertate
2. soggetti asintomatici ad alto rischio di sviluppo di malattie arteriosclerotiche cardiovascolari a causa di
 - a. fattori di rischio multipli corrispondenti a un rischio attuale (o se estrapolato all'età di 60 anni) in 10 anni ³ 5% di sviluppare un evento CVD fatale
 - b. livelli notevolmente più alti di fattori di rischio singoli: colesterolo ³8 mmol/l (320 mg/dl), colesterolo LDL ³6 mmol/l (240 mg/dl), pressione sanguigna ³180/110mmHg
 - c. diabete di tipo 2 e diabete di tipo 1 con microalbuminuria
3. soggetti che sono parenti stretti di
 - a. pazienti con insorgenza precoce di una malattia cardiovascolare arteriosclerotica
 - b. individui asintomatici ad alto rischio
4. altri soggetti incontrati nella pratica clinica corrente.

Obiettivi della prevenzione cardiovascolare

L'obiettivo di queste linee guida è la riduzione della incidenza del primo evento clinico o di eventi clinici ricorrenti dovuti a cardiopatie coronariche, ictus ischemico e arteriopatie periferiche. Il focus è la prevenzione della disabilità e dei decessi precoci. A tale scopo, le raccomandazioni in oggetto

trattano il ruolo delle modifiche dello stile di vita, la gestione dei principali fattori di rischio cardiovascolari e l'utilizzo delle varie terapie farmacologiche profilattiche nella prevenzione di CVD.

E' stato dimostrato che end-point intermedi come l'ipertrofia ventricolare sinistra, le placche carotidee e, in misura minore, la disfunzione endoteliale, così come l'instabilità elettrica del miocardio, aumentano il rischio di una morbilità cardiovascolare indicando l'importanza di un danno d'organo sub-clinico. Tali misure potrebbero quindi essere incorporate in modelli più sofisticati per valutare il rischio di eventi CVD futuri.

Il rischio cardiovascolare complessivo come guida per le strategie di prevenzione: il sistema SCORE

I pazienti con malattia cardiovascolare accertata presentano dichiaratamente un alto rischio totale di ulteriori eventi cardiovascolari. Questi soggetti richiedono pertanto l'intervento più intensivo in termini di modifica dello stile di vita e, se necessario, necessitano dell'utilizzo di terapie farmacologiche adeguate.

Nei soggetti asintomatici, apparentemente sani, le azioni preventive dovrebbero essere orientate dal livello di rischio cardiovascolare globale. I pazienti con un rischio cardiovascolare globale più alto dovrebbero essere identificati e selezionati per un intenso intervento in termini di stile di vita e quando appropriato per terapie farmacologiche. Sono stati sviluppati molti modelli per valutare il rischio cardiovascolare nei pazienti asintomatici. Utilizzando combinazioni diverse dei fattori di rischio, questi modelli si basano tutti su una analisi multifattoriale dei rischi in popolazioni seguite per molti anni.

Queste linee guida raccomandano l'applicazione di un nuovo modello per la stima del rischio cardiovascolare globale basato sul sistema SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). La nuova Carta del Rischio basata sullo studio SCORE presenta numerosi vantaggi rispetto allo schema precedente. Il sistema SCORE di valutazione del rischio è derivato da una vasta quantità di dati di studi prospettici europei e predice ogni tipo di end-point arteriosclerotico fatale, ovvero eventi CVD fatali nel corso di un periodo di dieci anni. In SCORE sono integrati i seguenti fattori di rischio: sesso, età, fumo, pressione sanguigna sistolica e colesterolo totale o rapporto colesterolo/HDL. Dato che questa carta predice gli eventi fatali, la soglia del rischio è posta ad un livello di valore ³ 5%, invece del precedente ³20% delle carte che utilizzavano un end-point coronarico composito. Mediante SCORE oggi è possibile realizzare carte del rischio su misura per i singoli paesi, purché siano disponibili informazioni affidabili sulla mortalità nazionale

I medici dovrebbero utilizzare le stime del rischio cardiovascolare totale per prendere decisioni in merito all'intensificazione delle misure preventive, ad esempio quando sono necessarie indicazioni più specifiche legate all'alimentazione, quando i consigli relativi all'attività fisica devono essere maggiormente personalizzati, quando devono essere prescritti dei farmaci e quando è necessario adattare i dosaggi o consigliare associazioni di farmaci per il controllo dei fattori di rischio; queste

decisioni non dovrebbero in genere essere basate sul livello di un singolo fattore, né dovrebbero essere collegate a un solo arbitrario punto della distribuzione continua del rischio totale di CVD.

Il rischio cardiovascolare totale può essere facilmente derivato da carte stampate (vedi le illustrazioni in Figura 1 e 2) o dal web dove il sistema SCORECARD fornirà in aggiunta a medici e pazienti informazioni su come il rischio totale possa essere ridotto con interventi appositi (stile di vita e farmaci) dimostratisi efficaci e sicuri in studi di coorte descrittivi e/o in trial controllati randomizzati.

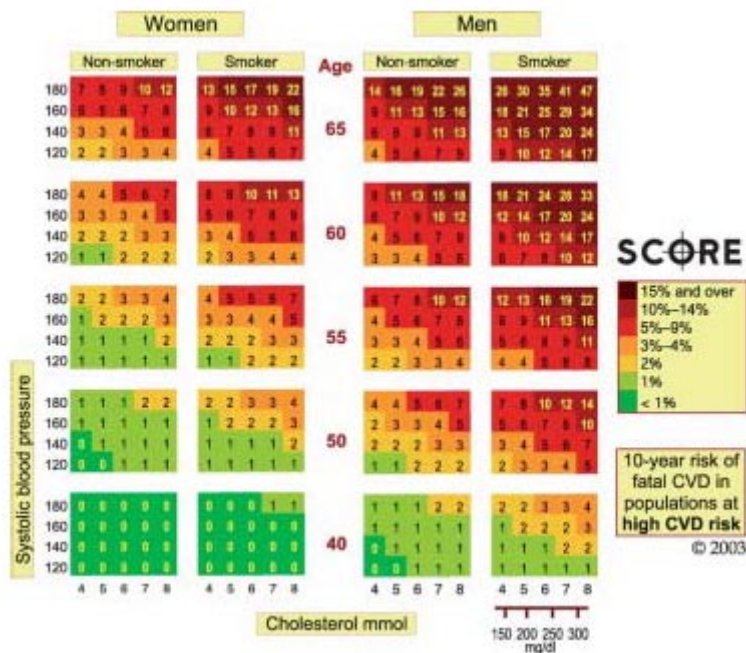


Figura 1. Rischio di eventi CV fatali a 10 anni in regioni europee a rischio elevato per sesso, età, pressione arteriosa sistolica, colesterolo totale e condizione di fumatore

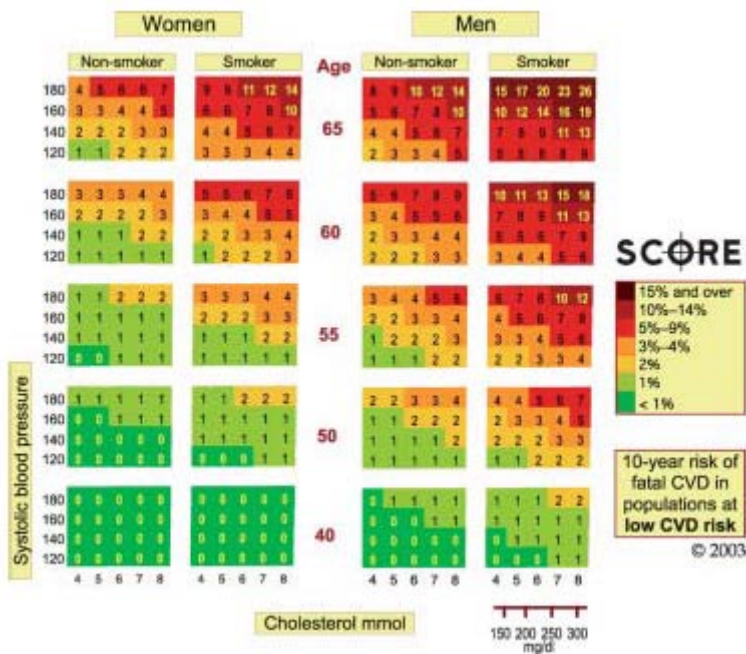


Figura 2. Rischio di eventi CV fatali a 10 anni in regioni europee a rischio ridotto per sesso, età, pressione arteriosa sistolica, colesterolo totale e condizione di fumatore

Sia il sistema SCORE che SCORECARD consentono inoltre di stimare il rischio cardiovascolare totale da proiettare all'età di 60 anni, che può risultare molto importante per fornire indicazioni a giovani adulti che presentano un rischio assoluto basso all'età di 20 o 30 anni, ma che hanno già un profilo di rischio di scarsa salute che li sottoporrà a un rischio molto più elevato con l'avanzare degli anni. I due sistemi consentono poi di utilizzare stime di rischio relativo che, oltre al rischio totale assoluto, possono risultare di interesse in casi specifici.

Definizione del rischio totale elevato per lo sviluppo di un evento cardiovascolare fatale

1. Pazienti con malattia cardiovascolare accertata
2. Pazienti asintomatici che presentano:
 - A. Fattori di rischio multipli corrispondenti a un rischio in 10 anni ³ 5% relativo al presente o estrapolato all'età di 60 anni (vedi anche paragrafo relativo alle precisazioni)
 - B. Livelli marcatamente elevati di fattori di rischio singoli: colesterolo totale ³ 8mmol/l (320 mg/dl), colesterolo LDL ³ 6mmol/l (240mg/dl), pressione sanguigna ³ 180/110 mmHg
 - C. Diabete di tipo 2 e di tipo 1 con microalbuminuria

Istruzioni per utilizzare la tabella

- La tabella a basso rischio deve essere usata in Belgio, Francia, Grecia, Italia, Lussemburgo, Spagna, Svizzera e Portogallo; la tabella ad alto rischio deve essere usata in tutti gli altri paesi europei.
- Per stimare il rischio totale di decesso per CVD di una persona in dieci anni, trovare il riquadro corrispondente a sesso, fumo ed età del soggetto. All'interno del riquadro trovare la casella più vicina al valore della pressione sanguigna sistolica del/la paziente (mmHg) e al colesterolo totale (mmol/l o mg/dl).
- L'effetto dell'esposizione ai fattori di rischio nel corso della vita può essere osservato seguendo lo schema verso l'alto. Questa procedura può essere usata per fornire indicazioni ai pazienti più giovani.
- I soggetti a basso rischio dovrebbero ricevere dei consigli per mantenere tale condizione. I soggetti con rischio pari a 5% o più o che raggiungeranno tale livello nella mezza età dovrebbero ricevere particolari attenzioni.
- Per definire il rischio relativo di una persona, confrontare la sua categoria di rischio con quella di un non-fumatore della medesima età e sesso, con pressione sanguigna <140/90 mmHg e colesterolo totale < 5 mmol/l (190 mg/dl).

- La tabella può essere usata per fornire qualche indicazione dell'effetto del passaggio da una categoria di rischio a un'altra, ad esempio quando il paziente smette di fumare o limita altri fattori di rischio.

Precisazioni

Da notare che il rischio cardiovascolare totale potrebbe essere superiore a quello indicato nel grafico:

- quando la persona si avvicina al gruppo di età successivo
- in soggetti asintomatici con evidenza pre-clinica di arteriosclerosi (ad es. TAC, ecografia)
- in soggetti con storia familiare ricorrente di CVD prematura- in soggetti con livelli bassi di colesterolo HDL, livelli elevati dei trigliceridi, alterata tolleranza al glucosio e livelli elevati di proteine C-reattive, fibrinogeno, omocisteina, apolipoproteina B o Lp(a)
- in soggetti obesi e sedentari

Nuovi metodi di imaging per rilevare soggetti asintomatici ad alto rischio di eventi cardiovascolari

La risonanza magnetica (MRI) consente la visualizzazione in vivo della parete arteriosa e la differenziazione dei componenti della placca. Le calcificazioni coronariche possono essere rilevate mediante tomografia computerizzata (EC-CT o MS-CT). Il punteggio relativo al calcio che ne risulta è un parametro importante per individuare soggetti asintomatici ad alto rischio di eventi CVD futuri a prescindere dai tradizionali fattori di rischio. Inoltre, lo spessore dell'intima-media carotidea, misurato mediante ultrasuoni, è un fattore di rischio per eventi cardiaci ed ictus. È stato dimostrato che anche l'ipertrofia ventricolare sinistra, rilevata mediante ECG o ecocardiografia, è un fattore di rischio indipendente per la morbilità e la mortalità da CVD in soggetti ipertesi. Tutte queste misurazioni presentano dei limiti ma possono essere incluse in modelli sofisticati per la valutazione dei rischi, che possono risultare più precisi dei modelli attuali basati su fattori di rischio classici.

GESTIONE DEL RISCHIO DI CVD NELLA PRASSI CLINICA

Fattori di rischio legati al comportamento

Il cambiamento di molti schemi di comportamento abituali è indispensabile per molti pazienti con CVD accertata o ad alto rischio di CVD, anche se studi recenti indicano che esiste un notevole

divario tra le raccomandazioni in tal senso e i consigli forniti effettivamente dai medici ai pazienti nella prassi clinica di routine. Il controllo dei fattori di rischio legati al comportamento è simile per i pazienti con CVD e i soggetti ad alto rischio, ma la modifica di abitudini rischiose (dieta malsana, fumo, stile di vita sedentario) praticate per anni necessita di un approccio professionale.

Per molte persone può essere difficile cambiare lo stile di vita per attenersi alle indicazioni del medico. Tali difficoltà sono tipiche soprattutto di persone e pazienti socialmente ed economicamente disagiati, che esercitano uno scarso controllo su attività lavorative monotone e insoddisfacenti o che vivono da sole e non hanno alcun sostegno di tipo sociale. Inoltre i sentimenti negativi, come la depressione, la rabbia e l'ostilità, possono rappresentare un ostacolo per gli interventi di prevenzione, sia nei pazienti che nelle persone ad alto rischio. Il medico può riconoscere tali ostacoli mediante una serie di semplici domande. Anche se la consapevolezza da parte del medico può risultare utile e, in alcuni casi, è di per sé sufficiente, emozioni persistenti e negative possono richiedere la consulenza di un esperto e una terapia comportamentale o farmacologica. Dato che i fattori di rischio psicosociali sono indipendenti dai fattori di rischio standard, i tentativi volti ad alleviare lo stress e combattere l'isolamento sociale devono essere enfatizzati ogniqualvolta sia possibile.

Passi strategici che possono essere adottati per potenziare l'efficacia dei consigli sul comportamento comprendono :

- sviluppare un'alleanza terapeutica con il/la paziente
- accertarsi che il/la paziente comprenda il rapporto tra comportamento, salute e malattia
- aiutare il/la paziente a riconoscere le barriere che ostacolano una modifica del comportamento
- ottenere l'impegno da parte del/la paziente a una modifica del comportamento
- coinvolgere i/le pazienti nell'identificazione e selezione dei fattori di rischio da cambiare
- usare una combinazione di strategie inclusa l'esaltazione della capacità autonoma del/la paziente di cambiare
- definire un programma per la modifica dello stile di vita
- monitorare i progressi mediante un follow-up nel corso del quale si mantengono i contatti con il/la paziente
- coinvolgere altro personale sanitario quando è possibile

Smettere di fumare tabacco

A tutti i fumatori dovrebbe essere raccomandato di smettere definitivamente di fumare qualsiasi tipo di tabacco. Le strategie utili a tale scopo possono essere riassunte con le seguenti '5A' :

- A-ask: identificare in modo sistematico i fumatori in ogni occasione
- A-assess: stabilire il livello di dipendenza del/la paziente e la sua volontà di smettere di fumare
- A-advise : raccomandare con forza a tutti i fumatori di smettere

- A-assiste : definire una strategia per la cessazione del fumo che includa consulenze riguardo al comportamento, terapie di sostituzione della nicotina e/o interventi farmacologici
- A-arrange : approntare un programma di visite di follow-up

Adottare una alimentazione sana

L'adozione di un regime alimentare sano è parte integrante delle strategie per la gestione del rischio complessivo di CVD. Tutti i pazienti dovrebbero ricevere dei consigli in merito ai cibi da preferire per seguire una dieta associata al più basso rischio possibile di malattia cardiovascolare.

Un regime alimentare sano è in grado di ridurre i rischi attraverso numerosi meccanismi tra cui la perdita di peso, la riduzione della pressione sanguigna, l'effetto sui lipidi, il controllo del glucosio e la diminuzione della propensione alla trombosi.

Raccomandazioni generali (da fornire in base alla cultura del paese):

- gli alimenti devono essere variati e l'assunzione di energia deve essere modificata per mantenere un peso corporeo ideale
- deve essere privilegiato il consumo dei seguenti prodotti: frutta e verdura, cereali e pane integrali, latticini a basso contenuto di grassi, pane e carne magra
- il pesce oleoso e gli acidi grassi omega 3 hanno specifiche proprietà protettive
- il consumo totale di grassi non deve superare il 30% dell'apporto energetico e l'assunzione di grassi saturi non deve essere maggiore di un terzo del consumo totale di lipidi. La quantità di colesterolo non deve superare i 300mg/die
- in una dieta isocalorica, i grassi saturi possono essere sostituiti in parte con carboidrati complessi e in parte con grassi monoinsaturi e polinsaturi ottenuti da vegetali e animali marini.

I pazienti con ipertensione arteriosa, diabete e ipercolesterolemia o altre dislipidemie devono ricevere una consulenza alimentare da parte di specialisti della nutrizione.

Aumentare l'attività fisica

L'attività fisica deve essere raccomandata a tutti i gruppi d'età, dai bambini agli anziani, e tutti i pazienti e i soggetti ad alto rischio devono essere affiancati da professionisti del settore e incoraggiati ad aumentare in sicurezza l'esercizio fisico in modo da raggiungere il più basso livello di rischio possibile di CVD. Anche se l'obiettivo è un'attività fisica della durata di almeno mezz'ora per quasi tutti i giorni della settimana, anche un esercizio più moderato apporta numerosi benefici alla salute.

A una persona sana deve essere raccomandato di svolgere per 4-5 volte la settimana attività piacevoli facilmente inseribili nella routine giornaliera, preferibilmente di 30-45 minuti, con una frequenza cardiaca pari a 60-75% del valore massimo medio. I consigli destinati ai pazienti con

CVD accertata devono essere basati su un giudizio clinico complessivo che includa i risultati dei test sotto sforzo. Le raccomandazioni dettagliate per i pazienti con CVD sono state fornite da altre commissioni di esperti.

CONTROLLO DI ALTRI FATTORI DI RISCHIO

Sovrappeso e obesità

Evitare il sovrappeso o ridurre una obesità già esistente sono due requisiti fondamentali per i pazienti con CVD accertata e per le persone ad alto rischio. Il calo ponderale è fortemente raccomandato per i soggetti obesi (BMI ≥ 30 kg/m²) o sovrappeso (BMI ≥ 25 e < 30 kg/m²) e per gli individui con grasso addominale in eccesso come indicato da una circonferenza vita > 102 cm negli uomini e > 88 cm nelle donne.

Il calo ponderale ha maggiori probabilità di successo se supportato dalla consulenza di professionisti, ma richiede anche forti motivazioni da parte dei pazienti.

Pressione sanguigna

Il rischio di malattie cardiovascolari cresce di pari passo con l'aumento della pressione sanguigna rispetto a livelli considerati in un range normale. La decisione di iniziare un trattamento dipende tuttavia non solo dal livello pressorio, ma anche dalla valutazione del rischio cardiovascolare complessivo e dalla presenza/assenza di danni dell'organo target. Nei pazienti con CVD accertata la scelta dei farmaci antipertensivi dipende dalla malattia cardiovascolare latente.

Nella figura 3 viene fornita una guida per il controllo della pressione sanguigna in soggetti asintomatici. La decisione di ridurre la pressione con i farmaci si basa sul rischio cardiovascolare totale e sulla presenza di danni d'organo target. La terapia farmacologica deve essere iniziata immediatamente in pazienti con pressione sanguigna sistolica sostenuta ≥ 180 mmHg e/o pressione diastolica (DBP) ≥ 110 mmHg a prescindere dal rischio cardiovascolare complessivo.

Stimare il rischio cardiovascolare fatale usando la SCORE Chart. Usare il colesterolo totale (o il rapporto del colesterolo totale sul colesterolo HDL) iniziale per stimare il rischio (TC : colesterolo totale, LDL-C : colesterolo LDL, HDL-C : colesterolo HDL)

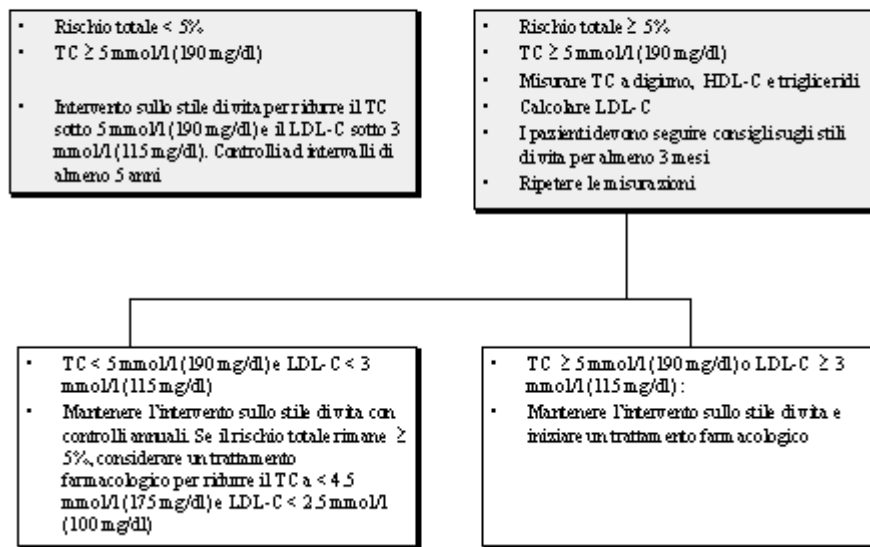


figura 3 : guida alla gestione della pressione arteriosa

Anche i soggetti ad alto rischio di sviluppare CVD con SBP sostenuta ≥ 140 mmHg e/o DBP ≥ 90 mmHg necessitano di una terapia farmacologica. A questi pazienti devono essere somministrati dei farmaci per ridurre la pressione sanguigna a $< 140/90$ mmHg. Un simile aumento pressorio in soggetti a basso rischio senza danno dell'organo target dovrebbe essere seguito con attenzione fornendo nel contempo delle raccomandazioni in merito allo stile di vita. Il trattamento farmacologico può essere valutato dopo aver chiesto il parere del/la paziente.

Con rare eccezioni, i soggetti con SBP < 140 mmHg e/o DBP < 90 mmHg non necessitano di terapia farmacologica. I pazienti con rischio cardiovascolare alto o molto alto e i pazienti diabetici possono trarre vantaggio da una riduzione pressoria fino a SBP < 140 mmHg e/o DBP < 90 mmHg.

I farmaci antipertensivi non devono solo ridurre efficacemente la pressione, ma devono anche avere un profilo di sicurezza favorevole e diminuire la morbilità e la mortalità cardiovascolari. Cinque classi di farmaci soddisfano oggi questi requisiti: diuretici, beta-bloccanti, ACE-inibitori, calcio-bloccanti e antagonisti dell'angiotensina II.

In numerosi trial clinici, il controllo pressorio è stato ottenuto con la combinazione di due o anche tre di questi farmaci; la terapia di combinazione è inoltre spesso necessaria nella prassi clinica abituale. In pazienti con più patologie che richiedono terapie farmacologiche, l'utilizzo di numerosi farmaci diversi può diventare un problema risolvibile solo con una gestione clinica ottimale. In tutti i pazienti la riduzione della pressione sanguigna deve essere ottenuta in modo graduale. Per la maggior parte dei soggetti, l'obiettivo terapeutico è una pressione sanguigna inferiore a $140/90$ mmHg, ma per i pazienti diabetici e le persone con rischio totale di CVD elevato il target pressorio deve essere anche inferiore.

Lipidi plasmatici

In generale, il colesterolo plasmatico totale dovrebbe essere inferiore a 5 mmol/l (190 mg/dl) e il colesterolo LDL dovrebbe restare al di sotto di 3 mmol/l (115 mg/dl). Nel caso di pazienti con CVD accertata clinicamente e soggetti diabetici, gli obiettivi terapeutici dovrebbero essere i seguenti: colesterolo totale <4,5 mmol/l (175 mg/dl) e colesterolo LDL <2,5 mmol/l (100mg/dl).

Non è stato definito nessun target di trattamento specifico per il colesterolo HDL e i trigliceridi, ma le concentrazioni di queste sostanze vengono utilizzate come marker dell'aumento del rischio. Un valore del colesterolo HDL <1,0 mmol/l (40 mg/dl) negli uomini e <1,2 mmol/l (46 mg/dl) nelle donne e, similmente, un dato relativo ai trigliceridi a digiuno >1,7mmol/l (150 mg/dl) vengono utilizzati come marker di un più alto rischio cardiovascolare. I valori del colesterolo HDL e dei trigliceridi dovrebbero anche essere usati come indicazione per la scelta della terapia farmacologica.

I soggetti asintomatici ad alto rischio multifattoriale di sviluppare una malattia cardiovascolare, che presentano valori non trattati di colesterolo totale e LDL rispettivamente vicini a 5 e 3 mmol/l, sembrano trarre beneficio da un'ulteriore riduzione del colesterolo totale a <4,5 mmol/l (175 mg/dl) e del colesterolo LDL a <2,5 mmol/l (100 mg/dl) con dosi moderate di farmaci ipolipidizzanti. Questi valori inferiori non possono tuttavia essere considerati degli obiettivi per i pazienti con valori non trattati più elevati, poiché in questo caso per raggiungere i risultati indicati sarebbero necessarie terapie a dosi massime i cui benefici non sono stati ancora documentati.

Negli individui asintomatici (vedi Figura 4), il punto di partenza è la valutazione del rischio cardiovascolare e l'identificazione delle componenti di rischio da modificare. Se il rischio di decesso cardiovascolare in 10 anni è <5% e non supera tale dato nel caso in cui la combinazione dei fattori di rischio del soggetto venga proiettata all'età di 60 anni, per mantenere il rischio vascolare a livelli bassi è necessario dare al paziente dei consigli professionali in merito a una dieta equilibrata, una buona attività fisica e l'interruzione del fumo. La valutazione del rischio dovrà in seguito essere ripetuta a intervalli di 5 anni. Bisogna tener presente che la determinazione del rischio complessivo non è adatta ai pazienti con ipercolesterolemia familiare in quanto il valore del colesterolo totale >8 mmol/l (320 mg/dl) e del colesterolo LDL >6 mmol/l (240 mg/dl) per definizione pone il soggetto ad un alto rischio totale di CVD.

Stimare il rischio cardiovascolare fatale usando la SCORE Chart. Usare il colesterolo totale (o il rapporto del colesterolo totale sul colesterolo HDL) iniziale per stimare il rischio (TC : colesterolo totale, LDL-C : colesterolo LDL, HDL-C : colesterolo HDL)

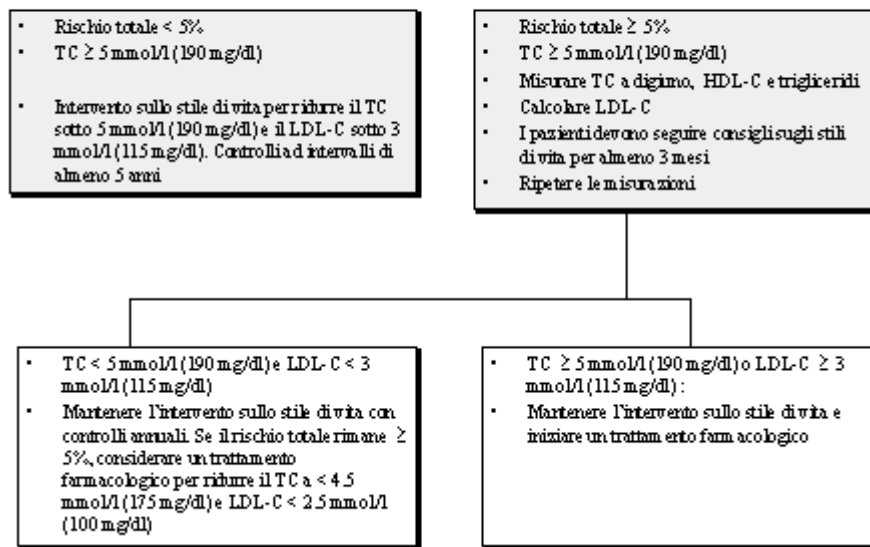


figura 4 : guida alla gestione della lipidemia nei soggetti asintomatici

Se il rischio di decesso cardiovascolare in 10 anni è $\geq 5\%$ o supera il dato $\geq 5\%$ quando la combinazione dei fattori di rischio del soggetto viene proiettata all'età di 60 anni, si dovrà procedere a un'analisi completa delle lipoproteine plasmatiche e il soggetto dovrà ricevere rigide raccomandazioni in merito allo stile di vita, soprattutto per quel che concerne l'alimentazione. Se i valori di colesterolo totale e LDL scendono rispettivamente al di sotto di 5 mmol/l (190 mg/dl) e 3 mmol/l (115 mg/dl) e la stima del rischio totale di CVD corrisponde a $< 5\%$, i pazienti in questione devono essere seguiti a intervalli annuali per accertare che il rischio cardiovascolare resti basso senza bisogno di farmaci. Al contrario, se il rischio totale di CVD rimane $\geq 5\%$, è necessario valutare l'utilizzo di una terapia ipolipemizzante per ridurre ulteriormente colesterolo totale e LDL. L'obiettivo per questi soggetti ad alto rischio persistente è di ridurre il colesterolo totale a $< 4,5$ mmol/l (175mg/dl) e il colesterolo LDL a $< 2,5$ mmol/l (100mg/dl). Come indicato in precedenza, questi valori inferiori non possono essere considerati obiettivi terapeutici per i soggetti con valori non trattati più alti.

I primi trial clinici che hanno documentato i benefici medici (aumento della sopravvivenza) di una terapia ipolipemizzante con le statine hanno considerato solo pazienti con età < 70 anni e colesterolo totale > 5 mmol/l. Studi pubblicati di recente indicano che questo trattamento può risultare efficace anche nei soggetti più anziani e nelle persone con livelli di colesterolo inferiori.

Alcuni individui hanno bisogno di una terapia di combinazione. In caso di pazienti con più patologie che richiedono farmaci diversi, l'utilizzo di numerosi medicinali può diventare un problema risolvibile solo con un trattamento clinico ottimale. In alcuni soggetti gli obiettivi indicati non possono essere raggiunti neppure con la terapia a dosi massime, ma anche questi pazienti trarranno comunque vantaggio dalla riduzione del colesterolo indotta dal trattamento.

Diabete

E' stato dimostrato che, nei soggetti con alterata tolleranza al glucosio, la progressione verso il diabete può essere prevenuta o ritardata con interventi legati allo stile di vita.

Per i pazienti con diabete di tipo 1 o 2, nell'ambito di trial controllati randomizzati sono state raccolte prove convincenti del fatto che un buon controllo metabolico previene le complicazioni microvascolari. Anche per quel che concerne la prevenzione degli eventi cardiovascolari vi sono dei buoni motivi per puntare a un buon controllo glicemico in entrambi i tipi di diabete. Nel diabete di tipo 1, il controllo del glucosio richiede una adeguata terapia insulinica concomitante, mentre nel diabete di tipo 2 un buon regime alimentare, la riduzione del sovrappeso e una maggiore attività fisica devono costituire il punto di partenza terapeutico per ottenere un controllo glicemico ottimale.

La terapia farmacologica deve poi essere aggiunta se tali misure non consentono di raggiungere una riduzione sufficiente dell'iperglicemia. I target terapeutici raccomandati per il diabete di tipo 2 sono indicati nella tabella. Gli obiettivi di trattamento per la pressione sanguigna e i lipidi sono in genere molto più ambiziosi nel caso di pazienti diabetici (vedi sopra).

Obiettivi terapeutici nei pazienti con diabete di tipo 2:

		Obiettivo
• <i>HbA1C (standardizzata secondo DCCT)</i>	<i>HbA1C (%)</i>	≤ 6.1
• <i>Glicemia (plasma venoso)</i>	<i>A digiuno / pre-prandiale</i> <i>mmol/l</i> <i>mg/dl</i>	≤ 6.0 < 110
• <i>Glicemia auto-misurata</i>	<i>A digiuno / pre-prandiale</i> <i>mmol/l</i> <i>mg/dl</i> <i>post -prandiale</i> <i>mmol/l</i> <i>mg/dl</i>	$4.0 - 5.0$ $70 - 90$ $4.0 - 7.5$ $70 - 135$
• <i>Pressione arteriosa</i>	<i>mmHg</i>	$< 130 / 80$
• <i>Colesterolo Totale</i>	<i>mmol/l (mg/dl)</i>	$< 4.5. (175)$
• <i>Colesterolo LDL</i>	<i>mmol/l (mg/dl)</i>	$< 2.5 (100)$

La sindrome metabolica

Nella prassi clinica si può utilizzare provvisoriamente la definizione fornita da US National Cholesterol Education Program per individuare i pazienti che presentano una sindrome metabolica. La diagnosi della sindrome metabolica viene eseguita nel caso in cui siano presenti tre o più delle condizioni che seguono:

1. circonferenza vita >102 cm negli uomini e >88 cm nelle donne
2. trigliceridi sierici $\geq 1,7$ mmol/l (≥ 150 mg/dl)
3. colesterolo HDL <1 mmol/l (<40 mg/dl) negli uomini o <1,3 mmol/l (<50mg/dl) nelle donne
4. pressione sanguigna $\geq 130/85$ mmHg
5. glucosio plasmatico $\geq 6,1$ mmol/l (≥ 110 mg/dl)

I pazienti con sindrome metabolica sono in genere ad alto rischio di malattia cardiovascolare. Lo stile di vita ha una forte influenza su tutte le componenti della sindrome metabolica ed è per questo motivo che, nel trattamento di tale condizione, si deve attribuire una particolare importanza a interventi professionali volti a modificare le abitudini di vita, ridurre il peso corporeo e aumentare l'attività fisica. Fattori quali una pressione sanguigna elevata, dislipidemia e iperglicemia (nel range diabetico) possono tuttavia richiedere una terapia farmacologica aggiuntiva come raccomandato in queste linee guida.

Altre terapie farmacologiche profilattiche

Oltre ai farmaci necessari per la pressione sanguigna, i lipidi e il diabete anche le seguenti classi di farmaci dovrebbero essere considerate per la prevenzione di CVD nella prassi clinica:

- aspirina o altri farmaci che agiscono sulle piastrine per quasi tutti i pazienti con CVD clinicamente accertata
- betabloccanti per pazienti che hanno avuto un infarto miocardico o che presentano una disfunzione ventricolare sinistra dovuta a CHD
- ACE-inibitori in pazienti con segni o sintomi di disfunzione ventricolare sinistra dovuta a CHD e/o ipertensione arteriosa
- anticoagulanti in pazienti con CHD a più alto rischio di eventi tromboembolici.

Nei pazienti asintomatici ad alto rischio è stata riscontrata un'evidenza in base a cui l'aspirina a basso dosaggio è in grado di ridurre il rischio di eventi cardiovascolari nei soggetti diabetici, nelle persone con ipertensione controllata e negli uomini ad alto rischio multifattoriale di CVD.

Screening dei parenti stretti

I parenti stretti di pazienti con cardiopatia coronarica prematura (uomini <55 anni d'età, donne <65 anni) e le persone che fanno parte di nuclei con ipercolesterolemia familiare o altre dislipidemie ereditarie dovrebbero essere esaminati per rilevare i fattori di rischio cardiovascolari in quanto tutti questi soggetti presentano un rischio più elevato di CVD.

Punti essenziali evidenziati in questo documento

In caso di pazienti con CVD accertata:

- incoraggiare radicali modifiche dello stile di vita: smettere di fumare, optare per una alimentazione sana e aumentare l'attività fisica
- prescrivere aspirina e una statina
- considerare la necessità di antipertensivi, beta-bloccanti e ACE-inibitori

In caso di soggetti ad alto rischio potenziale di CVD:

- usare il sistema SCORE per definire il livelli di rischio totale di CVD
- incoraggiare modifiche radicali dello stile di vita: smettere di fumare, optare per una alimentazione sana e aumentare l'attività fisica
- considerare la necessità di farmaci per ridurre la pressione sanguigna, ipocolesterolemizzanti e prodotti per il controllo glicemico.