



## IMPATTO A LUNGO TERMINE DELLA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE SULLA SALUTE E SUL SISTEMA SANITARIO

*Quanto sono efficaci le strategie di prevenzione della malattia cardiovascolare aterosclerotica? Quante opportunità potrebbero ancora essere raggiunte, e a quale costo?*

Sono disponibili diverse strategie, non tutte di pari efficacia pratica, per cercare di ridurre l'incidenza di infarti del miocardio e ictus cerebrali. Alcune sono costo-efficaci, altre costose. Le più importanti sono la abolizione del fumo e l'assunzione di aspirina a basso dosaggio dopo un infarto. Le strategie di prevenzione primaria con farmaci sono le più costose a parità di benefici complessivi. E' indispensabile un accorto uso delle risorse pubbliche per evitare sprechi e ottenere benefici di salute effettivi e non millantati. (*Grado di documentazione dell'efficacia = 1b*)

Kahn R, Robertson RM, Smith R, Eddy D. [The impact of prevention on reducing the burden of cardiovascular disease](#). Circulation. 2008;118:576-585.

*Valutazione di impatto a trenta anni di 11 strategie di prevenzione delle malattie cardiovascolari, basata su un modello previsionale con variabili fisiologiche, cliniche ed economiche, nella prospettiva del sistema sanitario e del cittadino, finanziato da fondazioni no profit.*

Il rapporto è stato richiesto ed approvato dalla American Diabetes Association e dalla American Heart Association e copubblicato anche su Diabetes Care. E' disponibile anche dai siti web delle due associazioni.

Si tratta di una valutazione di impatto a trenta anni di 11 strategie di prevenzione delle malattie cardiovascolari croniche degenerative e condizioni correlate (malattia coronarica, ictus cerebrali, diabete e sue complicanze, scompenso cardiaco, obesità, abitudine al fumo, asma e la cosiddetta "sindrome metabolica" - entità nosografica di natura statistica tuttora in attesa della identificazione di un corrispettivo fisiopatologico chiaro e verificabile).

Le undici strategie considerate sono:

- 1 - aspirina 81 mg per i pazienti a rischio di IMA
- 2 - riduzione del colesterolo LDL a 160 mg/dl per persone a basso rischio cardiovascolare
- 3 - riduzione LDL a 130 mg/dl se alto rischio
- 4 - riduzione LDL a 100 mg/dl per pregresso IMA
- 5 - riduzione della PA <140/90 in non diabetici
- 6 - riduzione della Hb1aC < 7% in pazienti diabetici
- 7 - riduzione della PA sotto 130/80 in pazienti diabetici
- 8 - riduzione colesterolo LDL a 100 mg/dl nei diabetici
- 9 - riduzione glicemia a digiuno < 110 mg/dl in tutti (trattamento del pre-diabete)
- 10 - cessazione del fumo di sigaretta
- 11 - riduzione indice di massa corporea < 30 kg/m<sup>2</sup>.

La stima di impatto è stata effettuata utilizzando un modello sofisticato di patologia, di documentata validità per alcune centinaia di trattamenti e di esiti clinici desunti da 48 RCT. Gli assunti economici sono stati controllati con analisi di sensibilità per un ampio intervallo di valori, ed i risultati del modello si sono dimostrati consistenti e robusti entro questo intervallo. In sintesi il rapporto conclude che:

- 1) le attività di prevenzione sono ampiamente sottoutilizzate e i benefici teoricamente raggiungibili sarebbero enormi: potrebbero essere prevenuti circa due ogni tre IMA e uno ogni tre ictus
- 2) anche se nella pratica (per ragioni di scarsa efficienza o persistenza in terapia) solo una parte del beneficio teorico sarebbe raggiungibile, nondimeno rimarrebbe di notevole entità
- 3) le undici strategie preventive differiscono ampiamente riguardo alla stima di efficacia pratica (*effectiveness*): alcune

sono più efficaci, altre meno

4) quasi tutte queste strategie sono costose

5) differiscono ampiamente anche riguardo al valore di salute effettivamente raggiungibile, in termini di costo per anno di vita in buona salute. Ad esempio, un anno di vita in buona salute può essere ottenuto con una qualsiasi delle seguenti tre strategie, applicate per trenta anni:

- la n° 1 (aspirina), al costo di 3.000 USD (dollari)
- la n° 9 (trattamento del prediabete), al costo di 18.000 USD
- la n° 2 (trattamento farmacologico del basso rischio CV), al costo di 272.000 USD.

**Gli autori fanno notare che la strategia n° 2 (controllo del colesterolo in persone a basso rischio) è una di quelle più promosse attualmente, pur essendo quella di gran lunga meno efficace dal punto di vista della salute pubblica, e della salute tout court** (effetti avversi).

6) l'importanza relativa delle 11 strategie ovviamente varia in funzione della prospettiva di analisi: per la popolazione nel suo complesso il confronto è agevole, per i singoli individui a rischio alcune strategie, che sulla popolazione sono meno efficaci, possono essere più adatte. In pratica però, anche laddove i benefici assoluti per il singolo sono alti, si tratta di frazioni minime della popolazione, quindi occorre particolare attenzione nelle strategie di screening se si intende raggiungere un giusto livello di appropriatezza. Se si portasse tutti allo screening ovviamente si identificherebbero tutti i potenziali malati, ma al prezzo di trattare come malati un numero enorme di soggetti del tutto sani, con tutti i danni (eventi avversi, ecc.) del caso.

7) se si intendesse ridurre i costi di queste strategie, l'elemento su cui occorrerebbe agire è il costo degli interventi in se stessi. Questa è un'area ove una competizione virtuosa potrebbe davvero innovare il mercato.

Il rapporto è basato sugli studi clinici controllati attualmente disponibili e su conoscenze della storia clinica delle malattie. I risultati non sono direttamente trasferibili al contesto italiano naturalmente, ma non occorre un premio Nobel per comprendere, euro più o meno, mese di vita in buona salute in più o in meno, in che direzione ci si dovrebbe muovere laddove si organizzassero serie valutazioni di impatto delle strategie di prevenzione in Europa o Italia.

**Marzo 2009 - ASL della Provincia di Pavia  
Michele Tringali**