

IL TRATTAMENTO DELLE DISLIPIDEMIE NELLA PREVENZIONE PRIMARIA DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI: LE INDICAZIONI PER LA PRATICA CLINICA

Documento di consenso delle società
scientifiche della Regione Lazio

COMITATO DI REDAZIONE

**Marcello Arca¹, Francesco Angelico¹, Fabrizio Ceci¹, Marianna Maranghi¹,
Susanna Morano¹, Roberto Volpe¹, Furio Colivicchi², Franco Tuccinardi³,
Orazio Bonaccorso⁴, Fabrizio Tiratterra⁵, Giuseppe Patti⁶, Raffaella Buzzetti⁷,
Maria Del Ben⁸, Claudio Letizia⁸, Giulio Nati⁹, Carla Lubrano¹⁰, Piero Borgia¹¹**

HANNO COLLABORATO IN QUALITÀ DI ESPERTI:

**Giampiero Ferraguti¹, Carla Favocchia¹, Giovanni Pigna¹, Massimo Uguccioni²,
Francesco Chiaromonte³, Renato Giordano³, Ruggero Pastorelli⁵,
Dario Manfellotto⁵, Aldo Fierro⁵, David Terracina⁵, Elisabetta Ricottini⁶,
Camillo Autore⁶, Francesco Barillà⁶, Davide Lauro⁷, Andrea Giaccari⁷,
Luigi Petramala⁸**

¹SISA, Società Italiana per lo Studio dell'Arteriosclerosi, Sezione Lazio;

²ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, Sezione Lazio;

³AMD, Associazione Medici Diabetologi, Lazio;

⁴ARCA, Associazione Regionale Cardiologi Ambulatoriali, Sezione Lazio;

⁵FADOI, Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti, Sezione Lazio;

⁶SIC, Società Italiana di Cardiologia, Sezione Lazio;

⁷SID, Società Italiana di Diabetologia, Sezione Lazio;

⁸SIMI, Società Italiana di Medicina Interna, Sezione Lazio-Molise;

⁹SIMG, Società Italiana Medici di Medicina Generale; Sezione di Roma;

¹⁰SIO, Società Italiana dell'Obesità, Sezione Lazio;

¹¹Laziosanità Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio

Introduzione

Le dislipidemie rappresentano uno dei più importanti fattori causali della arteriosclerosi e delle sue complicanze d'organo, come l'infarto del miocardico, l'ictus e la vasculopatia periferica. Il loro appropriato trattamento rappresenta la base degli interventi di prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari su base ischemica.

In generale, per dislipidemia si intende una condizione clinica nella quale sono presenti alterazioni qualitative e/o quantitative dei lipidi e delle lipoproteine plasmatiche.

L'aumento dei lipidi può essere assoluto, e in tal modo configurare la presenza di una dislipidemia primitiva (genetica), o secondario ad altra patologia. Esso può anche essere relativo e configurare una condizione nella quale la concentrazione dei lipidi plasmatici è troppo elevata in rapporto al rischio cardiovascolare globale di uno specifico paziente.

La classificazione delle dislipidemie è andata modificandosi nel corso del tempo. La prima è dovuta a Donald Fredrickson che nel 1967 propose una classificazione fenotipica basata sull'aumento delle differenti lipoproteine del siero (1). Tale classificazione, adottata dall'OMS nel 1972, consentiva di identificare un fenotipo lipoproteico normale e sei fenotipi patologici sulla base dell'aspetto del siero e dell'aumento della colesterolemia totale (CT) e/o della trigliceridemia totale (TG) e sulla base del lipidogramma (2). Successivamente, nel 1977, dopo la pubblicazione

dei risultati del Thromso Heart Study, per la prima volta è stata posta l'attenzione al significato protettivo della colesterolemia HDL (HDL-C) (3).

Più avanti, a metà degli anni 80, Goldstein e Brown ricevevano il premio Nobel per la medicina per le importanti ricerche che hanno permesso di conoscere le tappe del metabolismo esogeno ed endogeno delle lipoproteine e individuare le più importanti forme di dislipidemie su base genetica (4, 5).

Infine, nel corso degli ultimi 20 anni, l'impiego delle statine nei grandi trials clinici di prevenzione primaria e secondaria ha dimostrato la grande importanza della riduzione della colesterolemia LDL (LDL-C) quale strategia principale per la prevenzione degli eventi cardiovascolari (6-10). Su questa base, le linee guida dell'ATPIII, e poi quelle europee e nazionali hanno identificato dei valori ottimali di LDL-C per ogni livello di rischio cardiovascolare, definendo così un nuovo concetto di dislipidemia rappresentata dai valori di LDL-C superiori a quelli suggeriti per ciascun livello di rischio (11, 12).

Pertanto oggi, accanto al tradizionale concetto di dislipidemia come malattia primitiva o secondaria del metabolismo dei lipidi, si deve considerare un nuovo concetto di alterato profilo lipidico inteso come valori di LDL-C e/o di TG troppo elevati in relazione al rischio individuale. Due concetti di dislipidemia strettamente integrati tra di loro: il primo limitato a poche persone

con una malattia genetica o secondaria che comporta un alto rischio di complicanze cardiovascolari su base ischemica o di altre patologie (pancreatite); il secondo esteso a tutta la popolazione, con la definizione di livelli di concentrazione di lipidi plasmatici ideali per ogni classe di rischio. Nella letteratura scientifica sono disponibili numerose Linee Guida (13-16) che offrono indicazioni per la gestione del paziente affetto da dislipidemia. Accanto a questi documenti scientifici, numerose Autorità Sanitarie hanno formulato disposizioni (Note AIFA e Decreti Regionali “ad hoc”) per regolare la prescrizione dei farmaci ipolipemizzanti (17). E se da un lato le Linee Guida delle Società Scientifiche sono state spesso vissute come costruzioni concettuali troppo complesse e articolate per essere facilmente trasferite nella pratica clinica quotidiana, le indicazioni delle Autorità Sanitarie sono state viste come limitative nella convinzione che, in molti casi, prescrivere farmaci non rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale significa semplicemente non ottenere al-

cun risultato clinico, poiché il trattamento non sarà iniziato o assunto con regolarità. Tutto ciò ha spesso creato contraddizioni, ambiguità e, in ultima analisi, molte difficoltà per il medico.

Dieci Società Scientifiche della Regione Lazio hanno convenuto di avviare un percorso di condivisione delle scelte diagnostiche e terapeutiche nella gestione delle dislipidemie, finalizzato a migliorare la qualità complessiva del trattamento di queste condizioni molto comuni nella popolazione e con un grande impatto sul rischio cardiovascolare. Tale percorso di condivisione è basato sulle evidenze scientifiche tenendo, comunque nel debito conto le risorse economiche disponibili.

Il risultato è rappresentato da questo Documento di Consenso che ha lo scopo di fornire, attraverso la risposta ad alcuni semplici quesiti clinici, le indicazioni operative fondamentali per aiutare il medico a scegliere un percorso diagnostico-terapeutico “ clinicamente sostenibile” e che sia effettivamente aperto alla soluzione dei problemi dei pazienti.