

CHI HA PAURA DEL COLESTEROLO?

Un medico francese accusa: su questa molecola è stata costruita una truffa farmacologica. E insieme alla polemica riparte la ricerca su un calcolo più corretto dei rischi cardiovascolari di Elisabetta Muritti

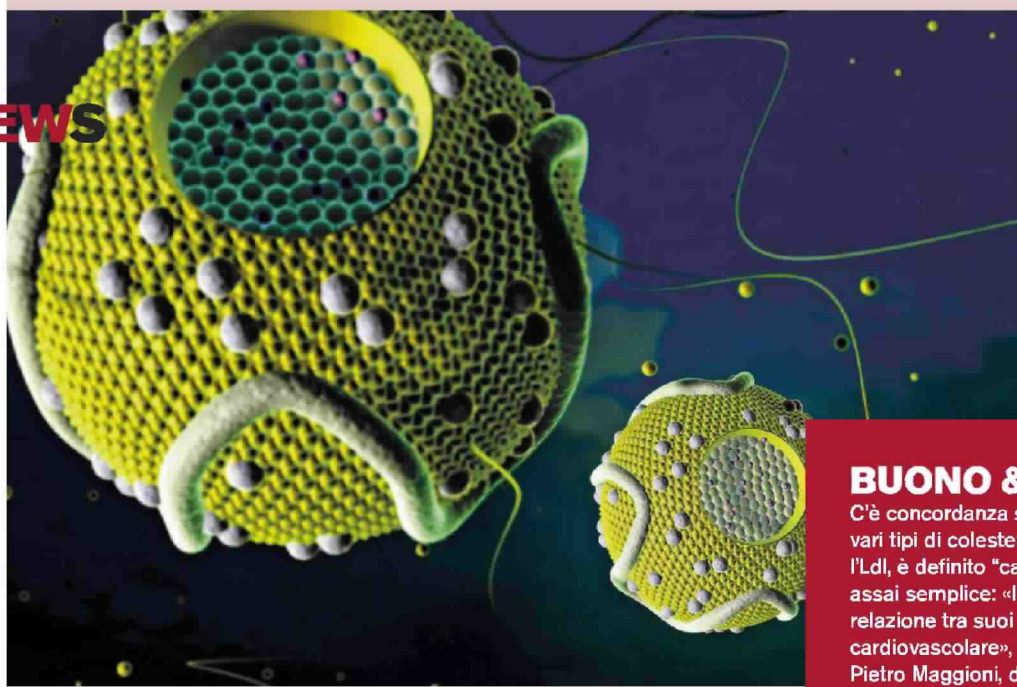
Il colesterolo? Una truffa che dura da mezzo secolo. Il legame tra ipercolesterolemia e infarto? Una semplificazione. Le statine, farmaci inibitori dell'Hmg-Co-A riduttasi (la sostanza che produce colesterolo nel fegato)? Un business vergognoso, un mercato mondiale che alimenta un giro d'affari annuo di 25 milioni di dollari (fatturato 2011) e illude (o magari predispone a degenerazioni muscolari, calo del desiderio, amnesia, diabete) ben 220 milioni di persone. Nonché uno dei consumi superststiti nell'Italia in crisi dei primi 9 mesi del 2012, con 9,5 euro spesi pro capite. E la crociata contro uova, burro, formaggi? Un calvario del gusto non solo inutile ma persino dannoso.

A lanciare questi sassi nello stagno ci pensa oggi un bel signore francese di 81 anni, folti capelli bianchi da "philosophe", biologo e pneumologo di fama internazionale: Philippe Even, professore emerito dell'Université Paris Descartes, presidente dell'Institut Necker di Parigi, notoria linguaccia della saggistica medica, autore di pagine al vetriolo sulle molte medicine sbagliate e/o assassine prescritte nel mondo e alla bufala "politically correct" dei danni procurati dal fumo passivo. So french!, direbbero gli americani. Bene, l'ultimo libro del professor Even, dedicato appunto allo spauracchio della salute contemporanea (*La Vérité sur le cholestérol*, scritto insieme a un altro "pierino" francese, l'urologo ed ex

ministro Bernard Debré, Editions du Cherche-Midi) è appena uscito Oltralpe scatenando un putiferio.

Le offese bruciano. Sono accusati di ignoranza sia i dottori, sia i pazienti. Per non parlare dei ricercatori scientifici, squali peggio dei broker di Wall Street, manipolati e prezzolati dalle case farmaceutiche, spesso svelti a firmare studi scritti da ghost writer e fatti uscire solo quando Big Pharma dà il suo grazioso permesso. Nella migliore delle ipotesi, e cioè che gli studi siano invece corretti, è perverso l'uso che ne viene poi fatto. «Il colesterolo? La nostra molecola più preziosa, generosa, indispensabile, senza di essa l'evoluzione si sarebbe bloccata, le nostre cellule non potrebbero difendersi dall'ossidazione, i nostri tra-

NEWS



In apertura. Buon cibo e molecola del colesterolo. A sinistra. Colesterolo eliminato dalle Hdl.

smettitori ormonali sarebbero muti», declama Even a *Le Nouvel Observateur*, con toni lirici. «Il colesterolo trasporta i grassi ma non è un grasso, è all'origine del cortisone, degli ormoni sessuali, della vitamina D e contribuisce a regolare la crescita cellulare e ossea e l'infiammazione».

Fin qui tutto accettabile. Ma la bagarre comincia quando l'anziano professore spara sullo steccato tra colesterolo "buono" e "cattivo", alla base dei nostri check up annuali («Una farsa architettata dalle multinazionali farmaceutiche»): la piccola diminuzione di mortalità cardiovascolare registrata nel nuovo millennio, sostiene, non è dovuta all'abbassamento del colesterolo ma alla cura dell'ipertensione, alla diminuzione delle sigarette e, soprattutto, ai progressi delle terapie d'urgenza («Le arterie si otturano per colpa di un coagulo di sangue, che non piove dal cielo, ma si forma su una placca aterosclerotica fessurata, là dove il sangue è più turbolento: è una malattia che comincia sui 12 anni, il colesterolo è innocente, è solo un marker...»).

In Francia si scatenano *Le Figaro* e *Le Monde*, impazziscono i blog, ma il professore non fa una piega. Si sente difeso. Il danese Uffe Ravnskov, altro brillante divulgatore, è a capo dei 98 membri del Thincs (The International Network of Cholesterol Skeptics) e tuona contro il più grande errore di diagnostica della storia della medicina. Michel de Lorgeril, cardiologo e nutrizionista del prestigioso Centre national de la recherche scientifique di Grenoble, accusa le indiscriminate prescrizioni di statine, attirandosi le

simpatie degli americani, già scottati dagli scandali (uno per tutti: l'inutilità e la pericolosità del farmaco Vytorin). Il professor Cesare Fiorentini, 68 anni, è ordinario di cardiologia all'Università Statale di Milano e direttore del dipartimento di cardiologia del Centro cardiologico Monzino di Milano. Non si scompone, ma mette i puntini sulle I, incarnando la posizione "ufficiale" italiana, niente truffa storica, niente nemico immaginario della salute, ma anche niente statine considerate farmaci da banco, come in Inghilterra («Un paese dove hanno cnicamente capito che le procedure anti-infarto costano di più delle pasticche», dice). «Il pamphlet di Even è brillante. Ma è pericoloso. Il problema non è la riabilitazione del colesterolo, ma la possibilità che molte persone, dopo averlo letto, scaraventino le medicine giù dalla finestra. Un po' facile fare del complottismo, perché le dimostrazioni sui fattori di rischio di cui il colesterolo è parte, sì, parte, non causa esclusiva, sono vagliate. Stiamo parlando di un'emergenza consolidata». Però, se vogliamo restare nel campo della sfida intellettuale e scientifica, quel che gli dispiace di più è che, in fondo, Philippe Even non pecchi di originalità. «In Italia ci sono già state riflessioni, del professor Silvio Garattini, direttore dell'Istituto di Ricerche farmacologiche Silvio Negri, e soprattutto di Marco Bobbio, il figlio del filosofo Norberto, primario di cardiologia dell'Ospedale Santa Croce e Carle, a Cuneo. I suoi richiami erano equilibrati».

Già, Marco Bobbio, di cui Einaudi ha pubblicato il saggio *Il malato immagi-*

BUONO & CATTIVO

C'è concordanza sulla distinzione tra vari tipi di colesterolo, uno dei quali, l'Ldl, è definito "cattivo" per un motivo assai semplice: «I dati mostrano una relazione tra suoi alti livelli e rischio cardiovascolare», sottolinea Aldo Pietro Maggioni, direttore dell'Anmco (associazione di medici cardiologi). «L'uso di statine riduce l'Ldl, e dunque il rischio di patologie. Non c'è nessuna certezza, invece, sulla soglia da considerare a rischio; e, adottato un trattamento farmacologico, su quale livello prefiggersi». Gli obiettivi sono stati man mano abbassati, con parallelo aumento dell'uso di statine, come conferma Alberto Donzelli, direttore del Servizio educazione all'appropriatezza della Asl di Milano: «I cittadini Usa considerati da trattare sono passati in una decina d'anni da 12 a 43 milioni». In Italia fa discutere la Nota 13, emanata a fine 2012 dall'Aifa (agenzia italiana del farmaco), che contiene nuovi parametri per le soglie di colesterolo cattivo da considerare a rischio. «In questi nuovi livelli rientra più di un terzo della popolazione», spiega Donzelli. «Ma questi target di colesterolo Ldl consigliati non sono convincenti» (cardiologi, ricercatori, medici di famiglia e medici di sanità pubblica chiedono all'Aifa di rivedere la nota). «Gran parte delle statine si usano in prevenzione primaria, e cioè in persone che non hanno mai avuto infarti, angine, ictus; uno studio ha poi sostenuto che le statine andrebbero usate pure se il rischio è basso o intermedio; peccato che nelle persone con bassi livelli di rischio i farmaci riducano gli eventi cardiovascolari ma non la mortalità, che anzi tende ad aumentare dell'1-2%. Non tutti continuerebbero ad assumerle, se informati. Magari cambierebbero stile di vita. «Serve curare il paziente, più che il colesterolo, solo uno dei fattori di rischio», dice Maggioni. Gina Pavone

NEWS

nario. I rischi di una medicina senza limiti, già una ventina d'anni fa si cimentò con un libro che invocava una rivoluzionaria "mancanza di regole", intitolato *Leggenda e realtà del colesterolo. Le labili certezze della medicina*. In quell'occasione, un preveggenze studio inglese cominciò a delineare un paziente-tipo emergente, dai comportamenti sociali ambiti dal marketing: ovvero, colui che tiene a bada i livelli del suo colesterolo, tra l'invidia o la riprovazione dei conoscenti. Una moda. E un imperioso "io biochimico" che domina la morale corrente, stigmatizzando, manco fosse la misurazione del quoziente d'intelligenza, i valori "sporchi" del proprio sangue.

Ma se da anni a certa classe medica italiana non erano sfuggiti i limiti dell'equazione colesterolo-infarto e i costi siderali (sia in termini finanziari che di rischi per la salute) di un abbassamento indiscriminato

TROPPE STATINE?

Quante persone in Italia assumono statine? Un numero ufficiale non c'è, ma si ricava una stima attendibile a partire da dati regionali o dividendo il numero di dosi vendute per il dato d'uso medio di tali farmaci. «In entrambi i casi la stima oscilla tra i 4 milioni e mezzo e i 5 milioni di italiani», spiega Giuseppe Traversa dell'Istituto superiore di sanità. L'ultimo rapporto annuale OsMed sull'uso dei farmaci in Italia segnala che la categoria a maggior utilizzo è quella che cura il sistema cardiovascolare, con 5 miliardi di spesa totale, e qui rientrano le statine: il sottogruppo a maggiore spesa pro capite (16,4 euro sui 202 che il sistema sanitario nazionale spende per ogni italiano), il cui consumo è aumentato, in un anno, del 7,7%. Tra le prime 10 molecole per spesa, 4 sono statine. I 2 principi attivi per cui si è speso di più nel 2011 sono l'atorvastatina e la rosuvastatina: solo per queste, spesi 800 milioni di euro. Difficile il confronto internazionale per via della varietà di molecole e dei sistemi di rimborso: L'OsMed dice che il Portogallo è il paese che spende di più in preparati per il sistema cardiovascolare (27% della spesa), seguito dall'Italia (25,9%). G.P.

dell'ipercolesterolemia, nonché i danni che un colesterolo troppo basso procura alla salute psichica e femminile, perché mai Even avrebbe stuzzicato un vespaio? Cesare Fiorentini ha la risposta pronta: «Trovo stupefacente che un biochimico azzeri la distinzione tra colesterolo buono e colesterolo cattivo. Certo, Even spiega che l'80-90% del colesterolo è fabbricato dal fegato e il cibo ne apporta in quantità irrilevanti; che il "cattivo" è semplicemente quello trasportato dalle Ldl, le Low-density Lipoproteins, adibite a distribuirlo alle cellule, e il "buono" è quello, pronto per esser eliminato, che ritorna al fegato grazie alle Hdl, le High-density Lipoproteins. Ma, detto questo, non possiamo non spiegare altrettanto chiaramente che chi ha il colesterolo cattivo alto può non avere, al di sotto dell'endotelio (tessuto che riveste la superficie interna dei vasi sanguigni e linfatici e del cuore), una protezione adeguata dagli insulti del sangue».

Parrebbe insomma che le opinioni di Philippe Even siano forti più per la forma, trionfalistica che per la sostanza. Come quando ricorda che la placca aterosclerotica, responsabile del coagulo che procura la trombosi e dunque l'infarto e l'ictus, è inizialmente una ferita della parete arteriosa, dovuta, parole sue, ai "colpi d'ariete della pressione sanguigna". Una ferita che si cicatrizza una, due, dieci, cento volte e poi s'ispessisce e si infiamma, piena di acidi grassi ossidati ma non di colesterolo. Il rischio cardiovascolare, per Even, dipenderebbe dunque da ragioni genetiche ancora sconosciute, dall'ipertensione, dall'ossidazione degli acidi grassi e dall'ipercolesterolemia famigliare, che è una malattia a se stante. Ma il professor

Ora la strada è trovare anticorpi per smaltire le lipoproteine "cattive"

Fiorentini ricorda che va valutato il rischio cardiovascolare nel suo complesso, non c'è un livello ottimale di colesterolo ma ci sono i rapporti tra i suoi diversi fattori, e vanno tenuti presenti altri parametri tipo il fumo, la qualità di vita, il diabete e, sì, il sesso (più svantaggiati gli uomini di 50 anni rispetto alle coetanee, che entrano in zona critica 10 anni dopo).

In sintesi, oggi l'indice di rischio cardiovascolare è il rapporto tra colesterolo totale e colesterolo buono: dovrebbe essere inferiore a 5 per un maschio e a 4,5 per una femmina. Fiorentini commenta: «Le Hdl proteggono le Ldl, certo. Ma se il rischio è alto, il colesterolo va abbassato, meglio, va abbassato quello cattivo. Certo, sarebbe meglio alzare quello buono, ma è difficile...». Continua: «Mi preme dire un paio di cose. La prima è che, messe così le cose, non ha senso demonizzare le statine, che in alcuni casi vanno prese. Pensiamo al primo anno successivo a una terapia intensiva di intervento: le statine promuovono la riformazione dell'endotelio. Poi un'occhiata ai dati italiani: in una decina d'anni il calo della malattia vascolare è diventato importante, attorno al 40%, e ha a che fare anche con la cura del colesterolo. Infine, le donne: sono le francesi che possono tranquillamente preoccuparsi a partire dai 60 anni, per le italiane il rischio sta anticipando. Forse perché fumano di più, o perché, storicamente meno abituate alle mansioni dirigenziali, oggi sono più stressate».

