Prevenzione primaria cardiovascolare negli anziani: lo studio STAREE

Data 16 settembre 2026
Categoria cardiovascolare

Atorvastatina 40 mg/die somministrata per 6 anni a soggetti anziani in buona salute riduce del 30% il rischio di un evento cardiovascolare ma non la mortalità totale, la disabilità o la demenza.

Sappiamo molto bene che le statine riducono gli eventi cardiovascolari nelle persone con malattia cardiovascolare già manifesta, e abbiamo una grande quantità di dati anche sulla prevenzione primaria negli adulti più giovani. Molto meno chiaro era invece che cosa accadesse quando si iniziava una statina in una persona anziana apparentemente sana, senza precedenti cardiovascolari.

È proprio a questa domanda che ha cercato di rispondere STAREE, Statins in Reducing Events in the Elderly, uno studio australiano pubblicato sul New England Journal of Medicine nell'agosto 2026.

Sono state arruolate 9971 persone di almeno 70 anni, con un'età media di 74,7 anni, residenti autonomamente nella comunità, senza precedenti malattie cardiovascolari, diabete o demenza. I partecipanti sono stati randomizzati, in doppio cieco, a 40 mg di atorvastatina al giorno oppure placebo. La particolarità di STAREE è che non si è limitato a chiedere se la statina riducesse infarti e ictus. Gli investigatori volevano sapere anche se questa eventuale riduzione degli eventi cardiovascolari si traducesse in qualcosa di importante per una persona anziana: vivere più a lungo in buone condizioni, senza demenza o disabilità fisica persistente. Per questo erano stati scelti due endpoint primari.

Il primo comprendeva morte cardiovascolare, infarto miocardico non fatale, ictus e rivascolarizzazione coronarica. Il risultato è stato chiaramente positivo. Dopo una mediana di 5,9 anni si sono verificati 297 eventi nel gruppo atorvastatina (6,0%) contro 412 nel gruppo placebo (8,3%), cioè una riduzione relativa del rischio di circa il 30%, con un intervallo di confidenza 0,61–0,82. In termini assoluti la riduzione del rischio è stata del 2,3%: occorre trattare all'incirca 43 persone per circa sei anni per evitare un evento cardiovascolare maggiore in più.

Il secondo endpoint primario racconta invece una storia. La morte per qualsiasi causa, la demenza o la disabilità fisica persistente si sono verificate nel 12,8% dei trattati contro il 13,6% dei controlli, una differenza non significativa. In altre parole, lo studio non ha dimostrato che la statina prolunghi la sopravvivenza libera da demenza e disabilità.

Gli eventi avversi seri sono stati molto simili: 2,7% in entrambi i gruppi. Tuttavia alcuni eventi muscoloscheletrici, epatobiliari e correlati al diabete sono risultati più frequenti con atorvastatina.

Chedire?

Il grande pregio di STAREE è innanzitutto metodologico. È un grande trial randomizzato, controllato con placebo, in doppio cieco, condotto proprio nella popolazione sulla quale mancavano dati solidi.
È inoltre molto importante che gli investigatori abbiano scelto come endpoint anche qualcosa che interessa realmente la persona anziana: non soltanto "meno eventi cardiovascolari", ma anche sopravvivenza, demenza e disabilità. In questo senso lo studio ha mostrato che ottenere un risultato positivo su un endpoint cardiovascolare non significa automaticamente ottenere un risultato positivo su ciò qualcosa di clinicamente importante: vivere più a lungo e in buona salute. Ovviamente ridurre il rischio di un infarto o di un ictus è un risultato rilevante che però non deve far dimenticare che questo, secondo i risultati di STAREE, non prolunga la vita in buona salute,

Un'ulteriore considerazione da fare è questa: i partecipanti erano persone relativamente sane, autonome, senza malattia cardiovascolare, diabete o demenza.
Perciò il risultato non può essere automaticamente trasferito a un ottantacinquenne fragile, a un anziano con insufficienza renale, diabete, malattia cardiovascolare già manifesta o molteplici comorbilità. In questi casi la domanda clinica è diversa e il beneficio della terapia può essere molto differente.

Tuttavia il rischio cardiovascolare dei partecipanti non era nullo. Erano sani nel senso clinico del termine, ma non erano giovani adulti a basso rischio. L'età stessa conferiva un rischio consistente e nella popolazione erano presenti fattori di rischio come ipertensione e livelli di colesterolo non particolarmente bassi. Sarebbe quindi sbagliato descrivere STAREE come uno studio che dimostra che una statina è utile in persone anziane "a rischio zero".

Come di possono interpretare quindi i risultati di STAREE? Da una parte finalmente abbiamo una dimostrazione che negli anziani sani la statina riduce gli eventi cardiovascolari. Ed è perfettamente legittimo sottolineare questo risultato: l'hazard ratio di 0,70 non è un'opinione, è il risultato dello studio. D'altra parte qualcuno potrà porre l'accento sull'altra metà della storia: abbiamo evitato più eventi cardiovascolari, ma non abbiamo dimostrato un aumento della sopravvivenza libera da morte, demenza e disabilità. Anche questo è perfettamente legittimo.

Però alla fine al medico pratico interessa poter rispondere a questa domanda: "Dopo lo STAREE dobbiamo dare una statina a tutti gli anziani in buona salute?".

La EBM può dirci che, in quella popolazione, con quel trattamento e in quel periodo di osservazione, il rischio di un evento cardiovascolare maggiore si è ridotto di circa il 30% in termini relativi e di circa 2,3 punti percentuali in termini assoluti: un evento evitato ogni 43 pazienti trattati per 6 anni. Può dirci che non è stato dimostrato un beneficio sulla sopravvivenza libera da disabilità. Può dirci quali eventi avversi sono stati osservati.
Non può però stabilire quanto valga per un paziente evitare un infarto o un ictus. Quella è una questione di valori. Per una persona, evitare anche una sola possibilità su quaranta di infarto o ictus può essere un beneficio enorme e quindi la statina può essere assolutamente desiderabile. Per un'altra, l'idea di assumere un farmaco ogni giorno per anni, con la possibilità di effetti indesiderati e senza una dimostrazione di vivere più a lungo o più a lungo senza disabilità, può non valere quel beneficio.

Cosa dire quindi al paziente? Potrebbe essere qualcosa di simile: "Abbiamo finalmente uno studio fatto proprio su persone come lei. Se prendiamo cento persone simili per circa sei anni, con la statina circa sei avranno un evento cardiovascolare importante, mentre senza statina saranno circa otto. Quindi la terapia evita mediamente circa due eventi ogni cento persone trattate. Lo studio però non ha dimostrato che questo faccia vivere più a lungo o più a lungo senza demenza e disabilità. La decisione dipende quindi anche da quanto lei considera importante ridurre il rischio di infarto o ictus e da quanto è disposto ad assumere una terapia quotidiana per ottenere questa riduzione." A quel punto entra davvero in gioco la decisione condivisa. E questo è forse il risultato più interessante di STAREE: non ci ha dato una risposta che possa andar bene per tutti alla domanda "statina sì o statina no negli anziani". Ci ha finalmente dato numeri abbastanza solidi per poter parlare concretamente con il paziente del beneficio che possiamo aspettarci.

RenatoRossi

Bibliografia

Zoungas S, Wolfe R, Moran C, Nicholls SJ, Cloud GC, Reid CM, Τonkin AM, Beilin L, Wierzbicki AS, Chong TT, Broder JC, Curtis AJ, Flanagan Z, Hopper I, Ryan J, Spark S, McNeil JJ, Nelson MR; STAREE Investigators. Atorvastatin, Cardiovascular Events, and Disability-free Survival in Older Adults. N Engl J Med. 2026 Aug 29. doi: 10.1056/NEJMoa2607314. Epub ahead of print. PMID: 42670961.