

Le news di questo numero

tratte dal sito AMD www.infodiabetes.it

a cura di Marco Gallo

mgallo4@molinette.piemonte.it

SCDU Endocrinologia Oncologica
Azienda Ospedaliera Città della Salute
e della Scienza di Torino - Molinette

Il Giornale di AMD, 2012;15:285-288



Diabete in ospedale

Outcome cardiologici e mancata ripresa della terapia antidiabetica dopo un ricovero ospedaliero

5 luglio 2010 – Anche in sistemi sanitari efficienti quale quello statunitense, non è infrequente che un soggetto ricoverato per un problema acuto venga valutato e dimesso perdendo di vista la sua condizione di partenza. Un originale articolo pubblicato su *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, rivista dell’American Heart Association, ha indagato le ripercussioni della sospensione della terapia antidiabetica nei pazienti ricoverati per infarto del miocardio (IMA).

Gli autori, Kasia J. Lipska (New Haven, Connecticut; USA) e coll., hanno condotto un’analisi retrospettiva su circa 25.000 soggetti diabetici assicurati tramite Medicare, ricoverati per IMA, confrontando la terapia antidiabetica all’ingresso con quella alla dimissione; in particolare, si volevano valutare gli outcome a 12 mesi (tempo al decesso o a un nuovo ricovero per IMA, per insufficienza cardiaca o per qualsiasi causa) dei pazienti per i quali, alla dimissione, si era dimenticato di ripristinare la terapia diabetologica in atto al momento dell’ingresso in ospedale. Degli 8751 individui valutabili, in terapia con almeno un farmaco antidiabetico al ricovero, l’86,6% è stato dimesso con indicazioni terapeutiche volte al diabete, mentre il 13,4% senza alcuna prescrizione specifica. All’analisi multivariata, i soggetti dimessi senza terapia antidiabetica hanno mostrato, rispetto a quelli con indicazioni precise, un maggior tasso di mortalità a 1 anno (hazard ratio [HR] 1,29; IC 95% da 1,15 a 1,45), in assenza di differenze statisticamente significative in merito ai tassi di nuovi ricoveri (HR 0,95; IC 95% da 0,87 a 1,03).

Gli autori sottolineano la frequenza con cui un paziente diabetico possa essere dimesso scordandosi di reimpostare una terapia adeguata, e non forniscono indicazioni specifiche su come contrastare tale fenomeno.

Circ Cardiovasc Qual Outcome 2010;3(3):236-242.

Educazione alimentare di gruppo e obesità

Terapia dell’obesità: modifiche dello stile di vita e terapia farmacologica

27 dicembre 2005 – Il *New England Journal of Medicine* riporta uno studio randomizzato del Dott. Thomas A. Wadden e coll. (Philadelphia, Pennsylvania, USA) sulla terapia dell’obesità.

Come osservano gli autori, molto spesso i farmaci per l’obesità vengono prescritti senza essere associati a modifiche sostanziali dello stile di vita.

In questo trial, durato un anno, 224 soggetti adulti obesi sono stati randomizzati tra quattro bracci: trattamento con 15 mg/die di sibutramina da sola (sommministrata nel corso di brevi visite da parte del medico di medicina generale, MMG); soli consigli di modificazione dello stile di vita (in sessioni di gruppo di 30’); terapia di associazione con sibutramina più sessioni di gruppo; sibutramina più consigli sullo stile di vita forniti dal MMG, nel corso di brevi visite. Per tutti i gruppi, il regime dietetico prevedeva l’introduzione di 1200-1500 kcal/die e un livello di attività fisica simile.

A distanza di un anno, i soggetti trattati con la terapia di associazione hanno perso in media 12,1 kg, quelli trattati con sola sibutramina 5,0 kg, quelli trattati con soli consigli 6,7 kg e quelli del gruppo sibutramina + brevi consigli 7,5 kg ($p < 0,001$). Tra i soggetti del primo gruppo, il calo ponderale era maggiore per i soggetti che erano soliti compilare un diario alimentare ($p = 0,04$). Viene ovviamente ribadita l’importanza di prescrivere i farmaci per l’obesità in associazione, e non al posto delle modificazioni dello stile di vita.

N Engl J Med 2005;353(20):2111-2120.

Educazione strutturata di gruppo nella medicina di base: risultati del programma DESMOND

9 giugno 2008 – Sul *British Medical Journal* sono stati recentemente pubblicati i risultati del programma DESMOND (Diabetes Education and Self Management for Ongoing and Newly Diagnosed), dedicato all’educazione strutturata di gruppo per pazienti con una diagnosi recente di diabete di tipo 2.

Il sistema sanitario britannico ha da poco introdotto degli incentivi economici per i servizi assistenziali di base, allo scopo di aumentare l’attenzione nei confronti del raggiungimento di uno stretto compenso glicemico e metabolico nei pazienti diabetici; in tale ambito, pur in assenza di evidenze conclusive in proposito (come affermato dall’autorevole ente governativo NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence), è stato raccomandato il ricorso all’educazione strutturata di gruppo nel tentativo di aumentare il coinvolgimento degli assistiti e migliorarne le capacità di autogestione.

Melanie J. Davies (Leicester, UK) e coll. hanno realizzato un programma di educazione terapeutica rivolto ai servizi territoriali di base di Scozia e Inghilterra, per pazienti con una nuova diagnosi di malattia: due caratteristiche che rendono lo studio particolarmente originale. Il programma ha coinvolto 824 adulti (55% di sesso maschi di età media 59,5 anni), randomizzati tra una gestione convenzionale e la partecipazione a sessioni di educazione di gruppo tenute da educatori professionisti.

I risultati del programma sono interlocutori. A distanza di 12 mesi non è stata osservata una differenza significativa dei livelli di emoglobina glicata tra i due gruppi di trattamento (-0,05%; IC 95% da -0,10% a 0,20%), così come di altri parametri metabolici. Si è invece osservato un effetto favorevole dell’educazione di gruppo in termini di riduzione del peso (-2,98 versus -3,54 kg; $p = 0,027$), cessazione del fumo, aumento dell’attività fisica, grado di comprensione della malattia e di motivazione nell’affrontarla, con una minore incidenza di depressione ($p = 0,032$).

Secondo gli autori, i risultati del programma sarebbero riproducibili e generalizzabili presso altri contesti, mentre i deludenti effetti in termini di outcome metabolici deriverebbero dagli elevati standard assistenziali raggiunti dal sistema sanitario britannico nella popolazione generale dei soggetti diabetici.

BMJ 2008;336(7642):491-495.

Supporto tra pari nella gestione del diabete di tipo 2

6 maggio 2011 – Il diabete di tipo 2 può rappresentare il prototipo ideale di patologia cronica sulla quale valutare l'efficacia del "supporto tra pari", vale a dire un tipo d'intervento (identificato come potenzialmente promettente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità) attraverso cui viene fornito sostegno alle persone affette da parte di altre che convivono con la stessa malattia e hanno imparato a gestirla, mettendo a disposizione la propria esperienza e le proprie conoscenze. Un recente articolo pubblicato sul *British Medical Journal*, tuttavia, non è riuscito a dimostrare l'efficacia di questa strategia, valutandola nell'ambito di uno studio randomizzato a cluster e controllato su 395 persone con diabete di tipo 2. Susan M. Smith e coll. (Dublino, Irlanda) hanno condotto il trial nell'ambito di 20 ambulatori di medicina generale. Oltre al trattamento normale per il diabete (gruppo di controllo), i 192 soggetti del gruppo d'intervento hanno assistito a 9 sedute di supporto tra pari durante un periodo di follow-up di 2 anni. I due gruppi presentavano caratteristiche sovrapponibili al basale e l'adesione all'intervento è stata buona (18% di rinunce). I risultati dello studio, al termine del periodo di follow-up, non hanno mostrato differenze significative tra i due trattamenti, per quanto riguarda le misure di outcome considerate: livelli di emoglobina glicata (HbA1c: -0,08%), valori pressori arteriosi sistolici (-3,9 mmHg), colesterolemia (-0,03 mmol/l) e un punteggio relativo al benessere del paziente (-0,7). Nel gruppo d'intervento è stata osservata la tendenza ad una riduzione della percentuale di pazienti con scarso controllo dei valori pressori e dei livelli di colesterolemia. Secondo gli autori, un intervento tra pari è operativamente possibile negli ambulatori di medicina generale ma ha un'efficacia dubbia (sul miglioramento dei principali parametri metabolici e a livello psicologico) quando applicato in maniera indiscriminata a tutti i pazienti, suggerendo la necessità di riservare tale strategia a soggetti selezionati, almeno fino a quando nuovi studi non ne dimostreranno più chiaramente l'utilità.

BMJ 2011 Feb 15;342:d715. doi: 10.1136/bmj.d715.

Un esperimento sociale randomizzato su obesità, diabete e zona di residenza

5 dicembre 2011 – Obesità e diabete sono condizioni a elevatissima prevalenza, ma in gran parte prevenibili. Nella loro patogenesi giocano un ruolo fondamentale la genetica e le abitudini dello stile di vita ma è noto come anche l'ambiente svolga una parte di rilievo, per quanto difficilmente valutabile isolatamente. Le politiche sociali e quelle edilizie possono influenzare la società, per esempio rendendo i quartieri più sicuri e adatti allo svolgimento di attività fisica. Un originale esperimento condotto negli Stati Uniti, e pubblicato da Jens Ludwig (Chicago, Illinois; USA) e coll. sul *New England Journal of Medicine*, ha cercato d'indagare l'influenza del vicinato sull'obesità e il metabolismo glucidico di un campione di 4498 donne e sui loro figli. Le donne dello studio erano state arruolate nell'ambito di un programma di mobilità residenziale (denominato Moving to Opportunity, MTO) promosso dal Department of Housing and Urban Development degli Stati Uniti. Tale programma, realizzato nel periodo 1994-1998, aveva estratto a sorte un campione di famiglie a basso reddito con figli residenti presso abitazioni pubbliche di aree con un'elevata prevalenza di povertà (≥40% della popolazione al di sotto della soglia federale d'indigenza), offrendo loro un rilevante incentivo economico qualora avessero accettato di trasferirsi in altre 5 città degli USA: Baltimora, Boston, Chicago, Los Angeles e New York.

Per 1788 famiglie, la riscossione di tale sussidio era vincolata al trasferimento presso zone a bassa prevalenza di povertà (<10% d'indigenza tra la popolazione residente); per 1312 non erano poste condizioni nell'utilizzo del voucher, mentre 1398 famiglie che non avevano ricevuto incentivi economici per trasferirsi hanno costituito il gruppo di controllo. Nel periodo 2008-2010, questi soggetti sono stati sottoposti a valutazione anamnestica e alla raccolta di alcuni parametri (tra i quali peso, altezza ed emoglobina glicata).

Le prevalenze di obesità di II grado, di III grado e di livelli di HbA1c ≥6,5% sono risultate significativamente più basse nel gruppo che aveva ricevuto incentivi economici vincolati a un trasferimento presso aree censuarie meno povere, con una differenza assoluta rispettivamente di 4,61, di 3,38 e di 4,31 punti percentuali rispetto alla popolazione di controllo: Va segnalato come solo la metà delle famiglie estratte avesse accettato il contributo finanziario per cambiare residenza. Gli altri due gruppi non hanno mostrato differenze significative tra di loro e rispetto ai livelli al basale. Il dato testimonia come l'opportunità di trasferirsi da una zona nella quale vi sia una prevalenza elevata di vicini di casa poveri verso un'altra con una prevalenza inferiore si traduca in una riduzione modesta ma potenzialmente importante d'insorgenza a lungo termine di obesità patologica e diabete, forse legata anche a differenze culturali nelle abitudini dello stile di vita che possono essere trasmesse. L'ambiente e la popolazione residente presso il proprio quartiere possono quindi influenzare in maniera rilevante il proprio stile di vita e la propria salute, contribuendo a spiegare le disparità nella prevalenza di obesità e diabete tra determinati gruppi etnici (spesso segregati in zone residenziali specifiche), e rafforzando il ruolo potenziale delle politiche di sviluppo residenziale e comunitario.

N Engl J Med 2011;365(16):1509-1519.

Terapia educativa nel diabete: un efficace strumento di cura con ancora molte potenzialità

2 luglio 2012 – Il diabete mellito è una malattia cronica progressiva e il paziente può andare incontro, nel tempo, a severe complicanze che includono cecità, insufficienza renale e amputazioni. Il 75% di questi soggetti muore per malattie cardiovascolari. La terapia è centrata sulla modifica dello stile di vita e soprattutto sull'impiego di farmaci che combattono l'iperglicemia e tutti i fattori di rischio associati. Viceversa, i dati dei grandi trial come l'UKPDS ci insegnano che il controllo metabolico spesso peggiora col tempo e ci suggeriscono la necessità di esplorare terapie alternative per la cura delle complicanze a lungo termine.

Negli ultimi anni sono stati creati programmi di educazione terapeutica strutturata per far acquisire alle persone con diabete le conoscenze necessarie per attenuare i sintomi organici e psicologici legati alla patologia: lo scopo ultimo è migliorare la qualità della vita, sensibilizzando i soggetti e facendoli diventare protagonisti nella cura della propria malattia. Globalmente la terapia educativa è riconosciuta come un importante intervento per la cura del diabete e l'ADA (American Diabetes Association) ritiene che debba essere proposta già al momento della diagnosi. L'argomento è stato affrontato in Inghilterra, Irlanda e Australia con lo studio DESMOND (1) che prevedeva l'erogazione di una singola seduta di terapia educativa strutturata da parte di un team appositamente addestrato, a persone con diabete di tipo 2 di recente diagnosi (non oltre le sei settimane): i soggetti reclutati, tutti maggiorenni, sono stati sottoposti a una singola seduta settimanale della durata di 6 ore o a due sedute della durata di 3

ore. Questo è uno dei primi studi di durata superiore a 12 mesi che aiuta a stabilire se i benefici del trattamento educativo, evidenti nelle metanalisi di studi della durata di un anno, si mantengono a lungo termine e se vi sia bisogno di interventi di supporto nel tempo. I benefici a 3 anni sugli outcome biomedici (emoglobina glicata, quadro lipidico e pressione arteriosa) non sono stati clinicamente significativi rispetto ai gruppi di controllo ed è stato osservato solo un modesto beneficio sulla percezione della qualità della vita e su altri outcome psicologici. Si evince perciò che gli effetti vantaggiosi della terapia educativa a seduta singola non si mantengono nel tempo. Ulteriori studi ci potranno fornire chiarimenti su come strutturare al meglio la terapia al momento della diagnosi, e su quali interventi di sostegno porre in atto nel tempo per conseguire un miglior effetto a lungo termine.

In un altro interessante studio (DEPICTED) pubblicato recentemente sul *British Medical Journal* (2), gli autori hanno indagato gli effetti del "Talking Diabetes", una terapia psicoeducazionale svolta da un team pediatrico e diretta a giovani persone con di tipo 1, di età compresa tra i 4 e i 15 anni e ai loro principali accompagnatori. A 12 mesi dall'inizio del programma è stato somministrato un apposito questionario che riguardava interventi di diverso tipo, dal guiding alla registrazione delle sedute; relativamente agli outcome, non è stato registrato alcun impatto positivo sul controllo metabolico (HbA1c) e su alcuni aspetti della qualità di vita ma solo un beneficio a breve termine sulla consapevolezza di malattia da parte del soggetto. Il disegno dello studio presenta comunque aspetti positivi e innovativi ma anche criticità legate principalmente alla scelta dei team e al tipo di training utilizzato. Ciò dovrebbe farci riflettere sulle potenzialità a lungo termine della terapia psicoeducazionale, su quanto il supporto psicologico non sia sufficiente in tanti centri pediatrici diabetologici e sull'esiguità attuale di studi sull'argomento: da qui scaturisce la necessità di ulteriori ricerche impostate sul modello "Talking Diabetes", o simili.

- 1) BMJ 2012;344:e2333. doi: 10.1136/bmj.e2333.
- 2) BMJ 2012;344:e2359. doi: 10.1136/bmj.e2359.

Fattori di rischio cardiovascolare lipidici e non lipidici

Nuovi modelli per il calcolo del rischio cardiovascolare nelle donne

18 maggio 2007 – Gli studi condotti sulla popolazione di Framingham (Massachusetts; USA) avevano consentito di selezionare un insieme di fattori di rischio la cui considerazione potesse contribuire a identificare i soggetti con maggiori probabilità di sviluppare eventi cardiovascolari. Tuttavia, nelle donne si è osservato come il 20% degli episodi coronarici si verificava in assenza di fattori di rischio maggiori, mentre diverse pazienti non sviluppavano simili eventi pur presentando numerosi fattori di rischio. Ricerche successive avevano consentito di identificare altri parametri, potenzialmente responsabili della quota di eventi non prevedibile sulla sola scorta dei fattori tradizionali. Un numero di febbraio del *JAMA* (1) ha pubblicato due nuovi algoritmi per predire il rischio cardiovascolare nei soggetti di sesso femminile. Paul M. Ridker e coll. (Boston, Massachusetts; USA) hanno analizzato a tale scopo le 25.000 pazienti della coorte del Women's Health Study, in buona salute all'arruolamento, seguite con una mediana di follow-up di 10 anni. Gli algoritmi, che tengono conto dei fattori tradizionali così

come di nuovi elementi, sono stati sviluppati sulla base degli eventi cardiovascolari registrati in due terzi della coorte e validati confrontando gli outcome previsti con quelli osservati nel terzo rimanente. Rispetto ai modelli di rischio usati attualmente, basati sulle linee guida dell'ATP III, i nuovi algoritmi mostrano dei miglioramenti significativi, riclassificando dal 40 al 50% delle donne della categoria di rischio intermedio nelle categorie a rischio basso o elevato e predicendo in maniera più accurata la loro prognosi; nessun vantaggio di accuratezza, rispetto all'ATP III, nelle donne classificate invece come a basso rischio. Dei due nuovi modelli validati, quello B (il Reynolds risk score, reperibile sul web)(2) risulta lievemente meno accurato di quello A, a scapito peraltro di una maggior semplicità d'impiego. Il modello tiene conto di età, familiarità per infarto miocardico in età precoce (<60 anni), pressione arteriosa sistolica, consuetudine al fumo, livelli di HbA1c (nelle donne diabetiche), di colesterolo HDL e totale, e di proteina C reattiva.

La notizia è stata riportata anche sul *BMJ* (3), nella sezione dedicata alle novità più interessanti presentate sulle altre riviste.

- 1) JAMA 2007;297(6):611-619.
- 2) www.reynoldsriskscore.org.
- 3) BMJ 2007; 334:390.

Rischio cardiovascolare residuo dopo normalizzazione del colesterolo LDL

22 febbraio 2010 – Le linee-guida terapeutiche considerano i livelli di colesterolo LDL il target principale dei trattamenti ipolipemizzanti, essendosi dimostrati un fattore di rischio chiave per lo sviluppo delle cardiovasculopatie. È tuttavia nota l'esistenza di un rischio cardiovascolare residuo nei soggetti che raggiungono e mantengono l'obiettivo terapeutico desiderato, relativo a tale parametro.

La rivista cardiologica statunitense *JACC* ha recentemente pubblicato uno studio di Benoit J. Arsenaault (Québec, Canada) e coll. sul ruolo contributivo di altri indici del metabolismo lipidico, facilmente ottenibili nella pratica clinica quotidiana, nella genesi del rischio di cardiopatia ischemica. Il trial ha preso in considerazione gli oltre 21.000 partecipanti dello studio prospettico di popolazione EPIC (European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition-Norfolk) d'età compresa tra 45 e 79 anni e non affetti da diabete o da coronaropatie al momento dell'arruolamento.

Nel corso del follow-up, della durata di 11 anni, si sono verificati 2086 eventi di cardiopatia ischemica (angina stabile o instabile, infarti del miocardio fatali e non). Prendendo in considerazione i soggetti con livelli di colesterolo LDL in accordo con il target terapeutico (< 100 mg/dl) e dopo aggiustamento per i fattori di rischio confondenti (età, sesso, fumo, pressione sistolica, circonferenza addominale, attività fisica ed eventuale terapia ormonale sostitutiva della menopausa), la presenza di livelli di colesterolo non HDL (colesterolo totale meno quello HDL) > 130 mg/dl è risultata associata a un hazard ratio (HR) di successivi eventi coronarici pari a 1,84 (IC 95% da 1,12 a 3,04); rilevante anche il ruolo esercitato da livelli di trigliceridi > 150 mg/dl, con un HR di 1,63 (IC 95% da 1,02 a 2,59) e da un rapporto colesterolo totale/HDL > 5, con un HR di 2,19 (IC 95% da 1,22 a 3,93).

Secondo gli autori, gli algoritmi terapeutici e le linee guida sul rischio cardiovascolare non dovrebbero prescindere dal considerare, oltre al colesterolo LDL, altri parametri lipidici di pronta disponibilità.

J Am Coll Cardiol 2010;55: 35-41.

Livelli di HbA1c o semplice presenza di diabete nel calcolo del rischio cardiovascolare

18 novembre 2011 – Nelle stime di comune impiego la presenza di diabete viene considerata un equivalente di rischio cardiovascolare; ciò implica che attualmente tutte le persone con diabete vengono collocate nella categoria di rischio più elevato senza distinzioni (rischio $\geq 20\%$ di eventi cardiovascolari a 10 anni). Non è invece stato compiutamente stabilito se tale associazione sia influenzata da differenti livelli di emoglobina glicata (HbA1c); se ciò venisse dimostrato, tener conto del valore di HbA1c potrebbe migliorare la predittività del rischio di eventi cardiovascolari e aiutare ad assumere decisioni gestionali (per es., l'utilizzo di statine e/o aspirina).

Per indagare tale aspetto, Nina P. Paynter (Boston, Massachusetts; USA) (1) e coll. hanno analizzato i dati di 24.674 donne del Women's Health Study (WHS), 685 delle quali diabetiche e di 11.280 uomini del Physicians' Health Study (PHS), 563 dei quali diabetici. In particolare, sono stati registrati gli eventi cardiovascolari con una mediana di follow-up rispettivamente di 10,2 e di 11,8 anni. Gli autori hanno testato l'efficacia dell'aggiunta dei livelli di HbA1c alle stime del rischio a 10 anni basate sui calcoli del National Cholesterol Education Program for Adults - ATP III (che considera il diabete come equivalente di rischio) e del Reynolds Risk Score (RRS, comprendente i livelli di proteina C-reattiva e l'anamnesi familiare d'infarti prematuri).

I modelli comprendenti i livelli di HbA1c hanno aumentato significativamente il potere predittivo dei calcoli del rischio, nelle donne diabetiche del WHS (+26,7% per l'ATP III e +23,6% per l'RRS; $p < 0,01$); l'impatto sugli uomini del PHS è stato più modesto, ma sempre significativo (+9,2% per l'ATP III e +12,4% per l'RRS; $p < 0,05$).

Lo studio presenta alcuni limiti, sottolineati da Mark J. Pletcher (San Francisco, California; USA) nell'editoriale di commento all'articolo (2); malgrado si trattasse di due coorti di vaste dimensioni, il numero di individui con diabete era modesto (1248 soggetti in totale) e la maggior parte di essi era in buon compenso glicemico con dei valori di HbA1c compresi tra 6,5 e 7%. La generalizzabilità dei calcoli alla popolazione complessiva viene quindi messa in discussione. L'analisi dimostra comunque il valore potenziale di una riclassificazione dei pazienti (specie quelli di sesso femminile) sulla base dei livelli di emoglobina glicata, invece di considerarli secondo la più semplice variabile dicotomica "diabete: sì/no".

1) Arch Intern Med. 2011;171(19):1712-1718. doi: 10.1001/archinternmed.2011.351. Epub 2011 Jul 25.

2) Arch Intern Med. 2011;171(19):1718-1720. Epub 2011 Jul 25.

Migliorare la salute cardiovascolare: abbiamo a disposizione degli indicatori?

30 aprile 2012 – La malattia cardiovascolare è la principale causa di morte negli Stati Uniti. Recentemente l'American Heart Association (AHA) ha pubblicato raccomandazioni volte a migliorare la salute cardiovascolare e a ridurre la mortalità, incoraggiando la popolazione a soddisfare quanto più possibile i sette indicatori di benessere cardiovascolare definiti ideali, e cioè: non fumare, condurre una vita attiva, avere pressione arteriosa, glicemia, colesterolemia e peso corporeo nella norma, e, soprattutto, mangiare sano.

Tali raccomandazioni prendono spunto dallo studio condotto dal gruppo di Quanhe Yang (Atlanta, Georgia; USA), che si

è basato su un campione di 44.959 adulti statunitensi d'età >20 anni, usando i dati provenienti dal National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) relativi agli anni 1988-1994, 1999-2004 e 2005-2010 e dal NHANES III Linked Mortality File (relativo al 2006) (1). Fra i partecipanti al NHANES III, i decessi che si sono verificati in un follow-up medio di 14,5 anni sono stati 2673 per tutte le cause, 1085 per patologie cardiovascolari e 576 per ischemia miocardica. In sostanza gli autori hanno evidenziato che la presenza di un maggior numero di indicatori di salute cardiovascolare si associa a un rischio gradatamente e significativamente minore di mortalità totale e cardiovascolare. Il rischio assoluto di morte per 1000 persone all'anno, standardizzato per età e sesso, rispettivamente in presenza di sei o più indicatori di salute cardiovascolare o di uno o pochi degli stessi, è risultato: 5,4-14,8 (HR [hazard ratio] 0,49 con IC 95% 0,33-0,74) per tutte le cause di morte; 1,5-6,5 (HR 0,24 con IC 95% 0,13-0,47) per malattie cardiovascolari e 1,1-3,7 (HR 0,30 con IC 95% 0,13-0,68) per ischemia miocardica. Tuttavia la prevalenza del raggiungimento di tutti e sette gli indicatori è stata bassa fra gli adulti statunitensi (2,0% nel periodo 1988-1994 e 1,2% in quello 2005-2010).

L'attenzione sugli indicatori di salute cardiovascolare viene ulteriormente esaltata in un recente editoriale pubblicato su *JAMA* da Donald M. Lloyd-Jones e coll. (Chicago, Illinois; USA), in cui si pone l'accento sulla loro stratificazione in tre livelli (ideale, intermedio e scarso) come strumento di misura quantitativa e viene evidenziato che l'aspetto innovativo è la promozione del benessere cardiovascolare inteso come primo approccio alla prevenzione delle cardiovasculopatie (2). Il primo concetto chiave è che gli sforzi di prevenzione sono in genere orientati verso le fasce meno sane della popolazione, considerando che, invece, la maggior parte degli eventi cardiovascolari si verifica nella grossa quota di soggetti a rischio medio-moderato, piuttosto che in quella piccola a rischio elevato. Consideriamo inoltre che, in aggiunta alle strategie di prevenzione per le fasce ad alto rischio, le strategie di popolazione condotte con successo e che promuovono anche solo piccoli cambiamenti nelle fasce a medio rischio possono tradursi in riduzioni anche ampie nei tassi di malattia nell'intera comunità. Il secondo concetto definisce strategie di popolazione per la prevenzione primaria dell'insorgenza dei fattori di rischio. Come visto nell'analisi di Yang, il raggiungimento contemporaneo dei sette indicatori a livelli ideali si è attestato attorno al 2% negli ultimi 20 anni; se da un lato vi è un trend incoraggiante per fumo, attività fisica e livelli di pressione arteriosa e colesterolo, viceversa si vi è un trend allarmante per ciò che riguarda la corretta alimentazione, l'obesità e l'alterata glicemia a digiuno. Perché così pochi americani raggiungono una salute cardiovascolare ideale? Perché questo status viene perso, negli anni, con l'adozione di comportamenti alimentari errati e di abitudini di vita sempre più sedentaria, specialmente nelle popolazioni di basso livello socioeconomico. E cosa fare allora per migliorare la salute cardiovascolare?

L'American Heart Association dichiara la sua ferma determinazione nel voler ottimizzare il benessere cardiovascolare della popolazione americana e ha delineato un set ben definito di programmi strategici che si integrano con quelli di nuove politiche sociali. È sicuramente importante continuare a perseguire i target della prevenzione primaria e secondaria ma il punto di partenza è che ciascuna persona si sottoponga a una valutazione di base della propria salute cardiovascolare.

1) JAMA. 2012;307(12):1273-1283. Epub 2012 Mar 16.

2) JAMA. 2012;307(12):1314-1316. Epub 2012 Mar 16.