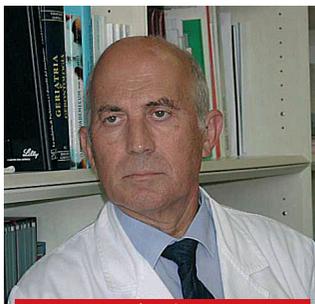


Come sta cambiando il profilo del rischio **CARDIOVASCOLARE**

Nell'arco di 20 anni il profilo del rischio cardiovascolare ha subito un profondo mutamento che ha colto di sorpresa medici ed epidemiologi.



Antonio Capurso

di Antonio Capurso

Professore Ordinario di Geriatria e Gerontologia dell'Università di Bari, in quiescenza.
a.capurso@alice.it

La storia dell'infarto miocardico e dei suoi fattori di rischio nasce verso la fine degli anni '40. Negli Stati Uniti la popolazione dei cinquantenni era letteralmente falciata dall'infarto miocardico. Il grido di allarme tuttavia non partì dai soggetti infartuati bensì dalle Assicurazioni, che si stavano letteralmente svenando per rimborsare le spese dei ricoveri ospedalieri. Occorre dire che in quegli anni negli Stati Uniti l'assicurazione contro le malattie non era a carico dello stato ma dei privati cittadini che stipulavano costose polizze assicurative con compagnie assicuratrici. A seguito delle pressanti richieste di queste compagnie assicuratrici, si cominciarono a studiare le cause di questa vera e propria epidemia e ben presto si arrivò ad importanti conclusioni. Fondamentalmente si capì che la causa principale di questa elevata incidenza di infarto miocardico era da ricercarsi nello stile di vita degli americani.

Un famoso studio epidemiologico di tipo osservazionale, il Framingham Heart Study, avviato nella cittadina di Framingham nel Massachusetts nel 1948 (e tutt'oggi ancora in corso) consentì di identificare i tre principali fattori di rischio dell'infarto: **l'ipercolesterolemia, l'ipertensione arteriosa ed il fumo.**

L'ipercolesterolemia appariva in larga misura conseguente allo stile alimentare tipicamente anglosassone, basato su alimenti molto ricchi in grassi animali (saturi), quali il bacon o pancetta sfrigata, le uova strapazzate, grandi bistecche grasse, hot dogs, grandi



quantità di burro, latte intero molto grasso, alimenti fritti in grasso di bue (per esempio il buonissimo pollo fritto del Kentucky), e così via.

Il fumo poi era considerato uno "status symbol", un segno di emancipazione specie per le donne, un modo di presentarsi elegante e disinvolto. Si pensi infatti ai film degli anni 50 nei quali gli attori sfoggiavano assai spesso una sigaretta da cui aspiravano voluttuose boccate di fumo.

L'ipertensione arteriosa, infine, colse un po' tutti di sorpresa, perché non era stata "attenzionata" fino ad allora per cui non vi era alcuna consuetudine al controllo della pressione arteriosa come misura di prevenzione. C'è da aggiungere che la ricerca farmacolo-

Come sta cambiando il profilo del rischio cardiovascolare

gica, non avendo ricevuto alcuna sollecitazione in tal senso, non aveva ancora "sforato" gli anti-iper-tensivi, che poi invece hanno invaso il mercato dei farmaci a partire dalla seconda metà degli anni '60.

Sulla base di questi nuovi dati furono avviate grandi campagne di prevenzione dell'infarto miocardico. Negli USA, a partire dai primi anni '70 fu avviata una intensa campagna di prevenzione mirata al controllo dei tre principali fattori di rischio dell'infarto, cioè l'ipercolesterolemia, l'ipertensione arteriosa ed il fumo. Particolarmente martellante fu la campagna contro i grassi animali (tipico lo slogan "low fat milk", a favore del latte parzialmente o totalmente scremato). Intensa fu anche la campagna contro il fumo, che in questi ultimi anni ha raggiunto negli USA punte estreme in molti Stati USA, con il divieto di fumo anche per strada.

La campagna di prevenzione primaria, insieme ai migliorati standard assistenziali in cardiologia hanno profondamente mutato il quadro dell'infarto miocardico. Grandi benefici sono venuti dall'istituzione delle unità coronariche, dall'impiego del bypass coronarico e della angioplastica, dalla scoperta di nuovi farmaci cardiologici sempre più efficaci, insieme ad una maggiore consapevolezza del proprio stato di salute ed una migliorata conoscenza dei meccanismi che sono alla base dell'aterosclerosi coronarica e dell'infarto. Come era nelle attese, il numero degli infarti miocardici diminuì notevolmente e la vita media si allungò, ma....qualcosa di nuovo apparve all'orizzonte, qualcosa che in qualche modo non era stato previsto e quindi non era stato messo nel conto, per cui medici ed epidemiologi furono

colti abbastanza impreparati a fronteggiare questo nuovo pericolo emergente, che mostrava di diffondersi molto rapidamente.

Questo nuovo rischio fu svelato da un importante articolo comparso su un prestigioso giornale scientifico [Ford et al. - New England Journal of Medicine 2007; (June 7), vol.356; pag.2388] che prese in esame i risultati conseguiti negli USA a seguito della intensa campagna di prevenzione dell'infarto condotta dal 1970 in poi. L'esame approfondito dei risultati conseguiti dalla campagna di prevenzione primaria e dai migliorati standard assistenziali cardiologici, svelò che nel ventennio 1980-2000 il numero dei soggetti colpiti da infarto miocardico negli USA si era ridotto di oltre il 40%, passando da 542 casi ogni 100.000 soggetti a 266/100.000, negli uomini. Anche nelle donne si era verificato una identica riduzione, passando da 263 casi per 100.000 a 134/100.000, quindi con un risparmio netto nell'anno 2000 di ben 341.745 morti per infarto miocardico. Il 47% di tale "risparmio" era dovuto alle migliorate terapie cardiologiche, mentre il 44% era dovuto alla campagna di prevenzione primaria fatta attraverso la stampa e la televisione, mirata a modificare lo stile di vita e le abitudini alimentari degli americani, per modificare il profilo del rischio cardiovascolare.



Come sta cambiando il profilo del rischio cardiovascolare

Dall'analisi dei dati emerse tuttavia una discrepanza fra il valore teorico stimato ed il numero effettivamente osservato di morti per infarto miocardico, nel senso che questi ultimi, pur ridotti rispetto a 20 anni prima, erano comunque in numero superiore a quello atteso. A cosa si doveva questo eccesso di mortalità che non era stato previsto?

L'analisi più approfondita mise in evidenza che nel ventennio 1980-2000 si era avuto un incremento dell'indice di massa corporea (BMI) di 2.6 punti, che indicava in pratica un aumento del numero di persone in sovrappeso, ed un aumento significativo della prevalenza di diabete mellito del 2.9%. Cosa stava accadendo? Semplicemente che la popolazione stava ingrassando e questo aveva determinato un significativo incremento del numero dei diabetici. Fu calcolato che nel ventennio 1980-2000 questo sensibile aumento dei soggetti in sovrappeso aveva determinato un incremento della mortalità per infarto miocardico di ben 25.905 nuovi casi, mentre l'aumento dei soggetti diabetici aveva determinato un aumento di mortalità di ben 33.465 nuovi casi, con un totale quindi di ben 59.370 morti in più per infarto miocardico rispetto al valore stimato.

Si stava assistendo all'insorgenza di una nuova epidemia che determinava una nuova condizione di rischio per il cuore: l'aumento del peso corporeo della popolazione, legato ad un chiaro sbilancio calorico. La gente accumulava grasso per un eccesso di alimenti e di bevande zuccherate, assieme ad una sempre maggiore tendenza all'inattività fisica. Questa condizione iperalimentare ed ipocinetica non è rimasta confinata agli USA ma si è allargata a macchia d'olio in tutti paesi occidentali, per cui il numero dei soggetti in sovrappeso sta aumentando in modo esponenziale nel mondo. Nei soli USA un terzo della popolazione è in sovrappeso, con una percentuale di obesi che sfiora il 10% della popolazione. Questo aumento del peso corporeo ha determinato una serie di conseguenze fisio-patologiche, prima fra tutte l'aumento del numero dei soggetti con diabete. L'accumulo di grasso soprattutto in regione addominale e periviscerale determina infatti un grande disturbo del metabolismo dell'insulina, perché insorge una grave disfunzione dei recettori insulinici localizzati nel fegato, nei muscoli e nel tessuto adiposo. Questa condizione, che si chiama "resistenza insulinica", determina a sua volta una serie di conseguenze a cascata fra cui l'insorgenza di ipertensione arteriosa e di una caratteristica forma di dislipidemia caratterizzata da un aumento dei trigliceridi ed una significativa riduzione

del colesterolo HDL (il colesterolo buono). Lo step finale di questa situazione è l'insorgenza del diabete mellito. In questa nuova situazione dismetabolica, il colesterolo totale e quello LDL, cioè il colesterolo cattivo, non sono coinvolti sul piano quantitativo, nel senso che i valori ematici non aumentano, ma semmai peggiora la qualità del colesterolo cattivo in quanto aumentano i fenomeni ossidativi delle LDL, per cui il colesterolo "cattivo" diventa "ancora più cattivo", cioè più aterogeno.

Emerge quindi con sorprendente chiarezza che il profilo del rischio cardiovascolare sta progressivamente modificandosi, in quanto da essenzialmente "ipercolesterolemico" sta diventando fondamentale "ipertrigliceridemico" con basso colesterolo-HDL. Tutto questo perché la gente sta progressivamente aumentando di peso a seguito di uno stile di vita incongruo, in cui un sempre più diffuso eccesso di calorie alimentari (cibo eccessivo e bevande dolci) si associa ad una condizione di inattività o ipoattività fisica.

Un esempio preoccupante è dato dai bambini, nei quali si osserva un sempre maggior numero di soggetti in sovrappeso, a seguito di una alimentazione incongrua troppo ricca in carboidrati semplici (zuccheri, a rapido assorbimento) e grassi saturi e povera in carboidrati complessi (a più lento assorbimento) e fibre, ed una inarrestabile sedentarietà dinanzi al computer o alla TV.

Il sistema di sorveglianza in età infantile "Okkio alla salute" del Ministero della Salute, stima che in Italia i bambini tra i 6 e gli 11 anni con problemi di eccesso ponderale siano ben 1 milione e centomila. Il 24% dei bambini è infatti in sovrappeso mentre il 12% risulta francamente obeso: più di un bambino su quattro, quindi, ha un peso superiore a quello che dovrebbe avere per la sua età. Chi è obeso sin da bambino lo è spesso anche da adulto: aumenta quindi il rischio di sviluppare precocemente fattori di rischio di natura cardiovascolare (ipertensione, malattie coronariche, tendenza all'infarto) e condizioni di alterato metabolismo, come il diabete di tipo 2 o valori elevati di colesterolo nel sangue (ipercolesterolemia). L'obesità infantile rappresenta, di per sé, un fattore di rischio di obesità in età adulta: alcuni studi hanno documentato che la probabilità di essere obesi all'età di 35 anni per i bambini obesi di età superiore ai 9 anni, può arrivare a punte dell'80%. Inoltre, ci sono prove di una associazione fra obesità in età adolescenziale ed esiti sfavorevoli di salute in età adulta.



Arteria coronarica con grave aterosclerosi e stenosi severa del vaso, con un trombo occludente che ha causato l'infarto miocardico.

Infarto, ancora prima causa di morte

Sono gli stili di vita la firma della propria condanna

La top ten delle cause di morte, appena aggiornata dall'**Organizzazione mondiale della sanità**, è rimasta invariata tra il 2000 e il 2011, con tre dei primi quattro posti occupati da malattie non trasmissibili ma evitabili con uno stile di vita più attento. Non sono bastati dieci anni di campagne per la corretta alimentazione, di lotta al fumo, di messaggi sui pericoli dell'inattività.

Le vittime aumentano

Invece di scendere, sottolinea l'agenzia Onu, il numero di vittime di queste patologie sta salendo, tanto da rendere necessaria l'istituzione di una task force per affrontare il problema.

Classifica infausta

Le morti censite nel 2011 sono state circa 55 milioni, spiega la nota sul sito dell'Oms. La classifica vede al primo posto l'ischemia cardiaca, con 7,1 milioni di vittime l'anno, seguita da ictus (6,2) e infezioni respiratorie (3,2) con le broncopneumopatie al quarto posto. Le malattie cardiache costituivano l'11,2%

delle morti nel 2000, fetta che ora è aumentata al 12,9, e lo stesso andamento hanno avuto gli ictus, dal 10,6 all'11,4%.

Rispetto all'edizione precedente l'Oms registra la fuoriuscita dai primi dieci della tubercolosi, passata dall'ottavo al 14° posto, mentre salgono di un posto i tumori, il diabete e gli incidenti stradali, ora rispettivamente settimo, ottavo e nono. Al sesto resta l'Aids, con 1,7 milioni di vittime l'anno.

L'Oms spiega: "Gli incidenti stradali sono l'unica causa di morte entrata nella top ten. Ogni giorno per questo motivo muoiono 3.500 persone nel mondo". In totale le malattie non trasmissibili ai primi posti più i tumori sono responsabili del 75% delle morti, mentre erano il 60% dieci anni fa, e colpiscono prevalentemente i Paesi a basso e medio reddito.

Una squadra per cambiare le cose - L'Oms ha intenzione di porsi a capo di un team per far sì che gli



stili di vita errati non siano più un traghetto per la tomba: "La task force coordinerà gli sforzi per mettere in atto il piano contro queste malattie adottato dall'Assemblea Generale lo scorso maggio che prevede il raggiungimento entro il 2025 di 9 obiettivi globali, tra cui la riduzione del 25% della mortalità per problemi cardiovascolari, diabete, cancro e malattie respiratorie croniche".

fonte: TGC.COM

Più sani con le fibre... anche in estate!

In estate le temperature alte e il caldo sono un valido incentivo per rivedere la propria alimentazione e ricercare cibi più leggeri che non appesantiscono eccessivamente l'organismo. Non a caso proprio nella stagione estiva la natura ci offre i suoi alimenti più gustosi e saporiti, ricchi di acqua e zuccheri, che aiutano l'organismo ad affrontare al meglio il caldo. E così è bene privilegiare piatti ricchi di frutta e verdura cruda condita in modo semplice e accompagnata, magari, da una gustosa insalata di mare. Frutta e verdura non sono però utili solo per non appesantire l'organismo aiutandolo a fronteggiare il forte caldo, ma sono anche alimenti ricchi di fibre: un toccasano per l'organismo sotto numerosi punti di vista. Infatti un adeguato apporto di fibre giornaliero è utile in caso di alterato equilibrio intestinale, ed è tra gli ingredienti ideali per una vita longeva e in buona salute. Questo è quanto emerso dallo studio EPIC, condotto in Europa, per stabilire gli effetti di un'alimentazione sana sulla salute e nella prevenzione di alcune malattie. I dati raccolti su oltre 450 mila persone hanno evidenziato che chi consuma più fibre ha una minore probabilità di ammalarsi e, di conseguenza, una ridotta mortalità per malattie gravi come cancro o disturbi cardiovascolari. L'effetto "salva salute" delle fibre è dovuto all'azione sul sistema immunitario, su cui la funzionalità intestinale assume un ruolo fondamentale, e la loro associazione negli alimenti con sostanze come antiossidanti e fenoli dalle note proprietà benefiche.

In caso di ridotto apporto di fibre, in aggiunta a una dieta varia ed equilibrata e ad uno stile di vita sano, può essere utile assumere integratori di fibre. **Benefibra** è l'integratore alimentare di Novartis Consumer Health a base di PHGG con un elevato contenuto di fibra (5 g per dose giornaliera).

La fibra PHGG ha proprietà **distintive ed innovative** perché è **idrosolubile e non gelificante**: si scioglie completamente nell'acqua, quindi generalmente non presenta i possibili inconvenienti degli integratori di fibre tradizionali, quali ad esempio la crusca. Infatti, contrariamente alla crusca e alle fibre gelificanti, che possono causare spiacevoli inconvenienti come gonfiore e il ritardato assorbimento di alcuni micronutrienti (tra i quali calcio, ferro, potassio e fosforo), la fibra PHGG contenuta in **Benefibra** normalmente non crea tensione addominale e meteorismo e non interferisce nell'adulto sull'assorbimento dei principali micronutrienti di cui il corpo ha bisogno.

Per venire incontro a chi vuole integrare la propria dieta con le fibre, **Benefibra** è disponibile in farmacia nel pratico formato **Liquido Bustine**: 12 bustine pre-dosate da 60 ml al delicato e piacevole sapore di mela verde.



Per maggiori informazioni visita il sito www.benefibra.it