

Niente digiuno prima di misurare i parametri lipidici nel sangue

Nordestgaard BG, Langsted A, Mora S et al on behalf of the European Atherosclerosis Society (EAS) and the European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (EFCLM) joint consensus initiative *Fasting is not routinely required for determination of a lipid profile: clinical and laboratory implications including flagging at desirable concentration cut-points: a joint consensus statement from the European Atherosclerosis Society and European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*

<http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehw152>

Bartlett J, Predazzi IM, Scott M et al *Is isolated low high-density lipoprotein cholesterol a cardiovascular disease risk factor? New insights from the Framingham offspring study*
Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2016; 9: 206-212

Vi è sempre stata la consuetudine di ritenere necessario un digiuno di almeno otto-sei ore prima di sottoporsi ad un esame ematico di laboratorio, questo a maggior ragione se nell'ambito della valutazione sono compresi parametri

come glicemia ed assetto lipidico che si ritiene siano fortemente influenzati dalla condizione di digiuno o di fase post-prandiale. Un recente documento congiunto della Società Europea di Aterosclerosi e della Federazione Europea di Chimica Clinica e Medicina di Laboratorio pubblicato sull'*European Heart Journal* sembra sconfessare completamente tali consolidate credenze, evidenziando come non sia assolutamente indispensabile il digiuno prima di sottoporsi alla misurazione dei parametri lipidici nel sangue, poiché recenti dati osservazionali hanno evidenziato differenze non clinicamente significative in prelievi effettuati a distanza variabile tra una e sei ore da un pasto abituale. Le concentrazioni ematiche di colesterolo totale, LDL ed HDL, apolipoproteina A1, apolipoproteina B e lipoproteina (a) non sono risultate influenzate in misura significativa dalla condizione di digiuno o non digiuno. Nell'ambito di tale documento sono stati anche riconsiderati i limiti di laboratorio non a digiuno per quanto riguarda colesterolemia totale (≤ 190 mg/dl o 5 mmol/l), colesterolemia LDL (≤ 115 mg/dl o 3 mmol/l), colesterolemia HDL (≥ 40 mg/dl o 1 mmol/l), trigliceridemia (≤ 175 mg/dl o 2 mmol/l), colesterolo residuo calcolato (≥ 35 mg/dl o 0,9 mmol/l), colesterolo non HDL (≤ 150 mg/dl o 3,9 mmol/l), apolipoproteina A1 (≤ 125 mg/dl), apolipoprotei-

Se il disease management non basta

Cramm JM, Nieboer AP *Is 'disease management' the answer to our problems? No! Population health management and (disease) prevention require 'management of overall well-being'*
BMC Health Services Research 2016; 16: 500

INTRODUZIONE

I programmi di *disease management* per le patologie croniche hanno determinato, nel corso degli anni, numerosi miglioramenti sia nella qualità dell'assistenza erogata che nella qualità della vita dei pazienti. Tuttavia questi programmi non sono stati in grado di mantenere (o migliorare) le capacità di autogestione della patologia da parte dei pazienti o il loro benessere sociale, fattori che invece risultano indeboliti nel lungo periodo. La sfida del *disease management* è rimasta ferma e focalizzata sugli esiti funzionali e clinici nonché sulla promozione dei giusti stili di vita (dieta, divie-

to di fumo, esercizio fisico) senza però tenere in considerazione il benessere complessivo inteso anche come benessere sociale. Dei cambiamenti sono necessari nell'attuare le strategie di gestione sanitaria, il modo in cui viene fornita assistenza, come le patologie possono essere prevenute e come vengono valutati gli esiti di salute.

COME GESTIRE IL BENESSERE COMPLESSIVO

La capacità individuale per raggiungere il benessere fisico può essere misurata con maggiore specificità attraverso l'utilizzo della teoria della funzione di produzione sociale (Social Production Function – SPC). Tale teoria assume che, in quanto società, cerchiamo di proteggere il benessere degli individui fornendo assistenza e cure a coloro che ne dipendono, ad esempio a causa di una limitazione funzionale. Ma il benessere è un concetto estremamente ampio con dimensioni – e implicazioni – sia fisiche che sociali; si ha infatti bisogno di dare conforto e di far partecipare attivamente i pazienti al loro percorso terapeutico e di fornire un'adeguata stimolazione mentale nel mantenere le relazioni sociali per aspet-

na B (≥ 100 mg/dl), lipoproteina (a) (≥ 50 mg/dl); solo per la trigliceridemia a digiuno sono stati fissati limiti differenti (≤ 150 mg/dl). Sono state considerate concentrazioni a rischio di vita una trigliceridemia superiore a 880 mg/dl (10 mmol/l), per il rischio di pancreatite e come a rischio cardiovascolare molto elevato concentrazioni di colesterolo LDL superiori a 500 mg/dl (13 mmol/l) per l'ipercolesterolemia familiare omozigote e superiori a 190 mg/dl (5 mmol/l) per l'ipercolesterolemia familiare eterozigote e di lipoproteina (a) superiori a 150 mg/dl.

Secondo gli autori del documento, la nuova procedura potrebbe determinare una migliore compliance dei pazienti nel sottoporsi al controllo periodico della determinazione dei lipidi del sangue.

Un'altra recente pubblicazione ha puntualizzato il concetto fondamentale di una maggiore rilevanza della misurazione del colesterolo LDL nella pratica clinica, rispetto al colesterolo HDL, per quanto concerne la valutazione dell'incidenza di eventi cardiovascolari futuri, fattore già evidenziato in tutte le ultime linee guida di prevenzione, primaria e secondaria, che riportano fondamentalmente sempre target di colesterolo LDL. I dati della ricerca di autori olandesi hanno riscontrato come la sola considerazione del colesterolo HDL abbia un basso potere predittivo indipen-

dente di malattia cardiovascolare. In passato è sempre stato riconosciuto che alti valori di colesterolo HDL determinano una prognosi migliore e, al contrario, bassi livelli siano associati ad una prognosi peggiore. Una recente rivalutazione dell'ampia coorte di pazienti del noto Framingham Heart Study ha evidenziato come bassi livelli di colesterolo HDL (< 40 mg/dl negli uomini e 50 mg/dl nelle donne), se non associati a livelli elevati di colesterolo LDL (> 130 mg/dl) e/o trigliceridi (> 150 mg/dl), non comportavano un minor rischio di eventi cardiovascolari, mentre se associati a livelli elevati di uno o entrambi il rischio risulta più elevato. Al contrario, valori elevati di colesterolo HDL erano associati ad un rischio cardiovascolare inferiore, stimato tra 20% e 40% più basso, solo se colesterolo LDL e trigliceridi non risultavano elevati. La conclusione è che il solo dato del colesterolo HDL, non associato alla valutazione di colesterolemia LDL e trigliceridemia, non rappresenta un fattore predittivo prognostico di rilievo. Tutto ciò dovrebbe portare alla valutazione regolare, costante ed indispensabile anche della colesterolemia LDL quando viene richiesto un assetto lipidico completo (non solo colesterolo totale, HDL, trigliceridemia), dato che non sempre è presente nelle risposte delle analisi cliniche dei pazienti che giungono all'osservazione del medico. ■ CA

ti che non riguardano esclusivamente il controllo glicemico o la pressione sanguigna ma che sono invece altrettanto importanti.

DISCUSSIONE

È fondamentale spostare l'attenzione dalla funzione sociale, dalle limitazioni funzionali, dalla promozione del cambiamento degli stili di vita ad un nuovo approccio che includa, oltre questi fattori, anche il benessere nella sua interezza (ad esempio, l'esercizio fisico contribuisce a star meglio da un punto di vista fisico, ma poterlo fare con altre persone in ambienti aperti a tutti presenta dei vantaggi anche da un punto di vista psichico). La risposta degli autori alla domanda se il *disease management* da solo può essere un modello di gestione della patologia cronica è, quindi, no, a meno che non venga integrato con un programma in grado di valutare tutti gli aspetti relativi al benessere nel suo complesso.

Letizia Orzella

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Agenas

