

cooperazione scientifica, alcuni paesi hanno saputo gestire efficacemente gli effetti della pandemia, ma i sistemi sanitari pubblici di molte altre nazioni si sono mostrati più impreparati ad affrontare l'emergenza sanitaria aggravata dalla difficoltà a far fronte anche al carico delle malattie non trasmissibili. E questo ha reso le popolazioni di questi paesi più vulnerabili. Inoltre, continuano a essere presenti ampie disuguaglianze nell'esposizione alle malattie, nell'accesso alla prevenzione e ai trattamenti, sia all'interno dei singoli paesi sia tra paesi. Il riscaldamento climatico potrà determinare un aumento dei contagi di alcune malattie infettive, come il chikungunya, la malattia di Lyme e la malaria, e accrescere il rischio di nuove zoonosi in seguito allo spostamento degli insediamenti umani in aree finora non abitate. Servono quindi, sostengono convintamente gli autori dell'editoriale, investimenti equi nel campo della ricerca, della sorveglianza e della prevenzione per costruire una resilienza globale a questi rischi emergenti. Gli effetti destabilizzanti del cambiamento climatico ricadono più pesantemente sui soggetti più vulnerabili: molti paesi a basso reddito sono più indifesi rispetto a eventi quali l'innalzamento del livello del mare, i pericoli naturali, l'insicurezza alimentare e idrica, e la loro mancanza di risorse per mitigare questi impatti potrebbe causare migrazioni forzate.

Gli autori dell'editoriale concludono sottolineando che, sulla base dell'accordo di Parigi sul cambiamento climatico, non c'è più molto tempo per raggiungere l'obiettivo di mantenere l'innalzamento della temperatura media globale del nostro pianeta sotto 1,5 gradi e che non sono possibili ulteriori battute d'arresto. Infatti, se la pandemia e la guerra in Ucraina hanno fatto emergere l'idea di una intensificazione della estrazione di carburante fossile, questa strada si configura, secondo l'editoriale, come una mossa sbagliata e un'inevitabile sconfitta. Date le prove, ormai chiare, che il cambiamento climatico può destabilizzare fortemente la salute e la società, crisi come quella che stiamo vivendo dovrebbero, invece, fungere da catalizzatore delle azioni di transizione verso società sostenibili, così da garantire una buona salute e una situazione di benessere per il nostro pianeta e per tutte le persone che lo abitano.

Alessandra Lo Scalzo

NOTE

1. <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2022>.
2. L'Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) è una istituzione delle Nazioni Unite, fondata nel 1988, che ha chiesto a una serie di esperti mondiali di redigere un rapporto sull'attuale stato delle conoscenze sul cambiamento climatico. Nel 2007 questa istituzione ha ricevuto il Premio Nobel per la Pace. Il rapporto del 2022 è consultabile a questo indirizzo: <https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg2/>.
3. La Commission on Pollution and Health nasce su iniziativa della rivista Lancet, della Global Alliance on Health and Pollution (GAHP) e della Icahn School of Medicine at Mount Sinai di New York. Ne fanno parte ricercatori e medici impegnati a livello mondiale nel campo dell'inquinamento, della salute ambientale e dello sviluppo sostenibile.
4. Fuller R, Landrigan PJ, Balakrishnan K et al. Pollution and health: a progress update. Lancet Planet Health 2022; 6 (6): E535-E547.

Le donne sono meno a rischio di fibrillazione atriale? I dati di un nuovo studio sembrano sfatare un vecchio tabù

Siddiqi HK, Vinayagamoorthy M, Gencer B et al
Sex differences in atrial fibrillation risk: the VITAL rhythm study

JAMA Cardiol 2022; e222825

La fibrillazione atriale (FA) è stata considerata erroneamente per anni un'aritmia benigna, ma in realtà è una delle cause più frequenti di ictus cerebrale, scompenso cardiaco e morte improvvisa. Malgrado i progressi degli ultimi vent'anni in termini di prevenzione e trattamento mediante procedure di ablazione e di chirurgia, la FA resta l'aritmia cardiaca più frequente al mondo, responsabile fra l'altro di quasi il 10% dei ricoveri nei dipartimenti di emergenza. Negli Stati Uniti, ne sono affetti oltre 3 milioni di adulti, ma alcune stime prevedono che questa cifra arriverà a 12 milioni entro il 2050, mentre per l'Europa le previsioni parlano di quasi 18 milioni di pazienti entro il 2060. Facile prevedere che l'onere di questa patologia sui sistemi sanitari potrebbe assumere dimensioni drammatiche: negli Stati Uniti, ad esempio, si stima un costo diretto incrementale nei pazienti che ne sono affetti pari a circa 6 miliardi di dollari.

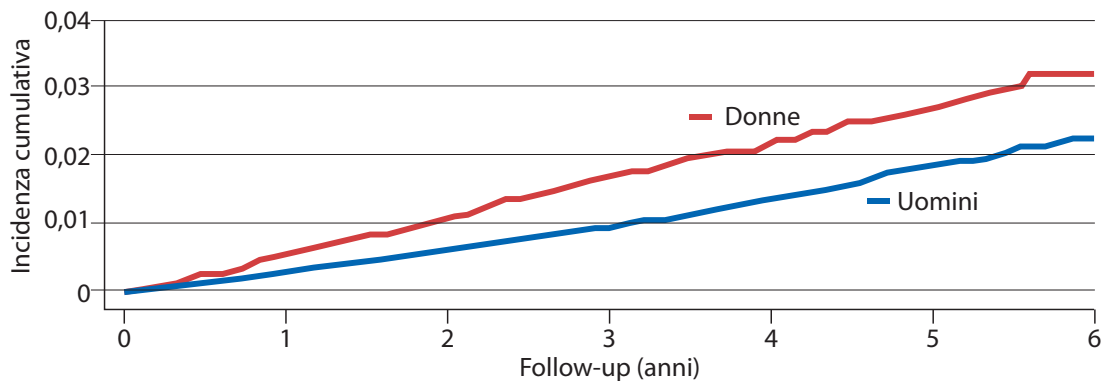
LE DIFFERENZE DI GENERE

Differenze di genere esistono e sono ben conosciute: esse riguardano sia l'epidemiologia che i meccanismi eziologici, ma anche il tipo di trattamento e la prognosi. Secondo un ampio studio di coorte pubblicato quattro anni fa in America (ARIC - Atherosclerosis Risk in Communities) su 15.000 pazienti seguiti per circa 30 anni, vi è un rischio significativamente maggiore nei maschi di razza bianca rispetto alle femmine, mentre fra gli afro-americani il rischio è globalmente inferiore e sostanzialmente indipendente dal sesso. Peraltro, altri studi epidemiologici, pur confermando una maggiore prevalenza di FA nel sesso maschile, segnalano una maggiore incidenza di eventi cardiovascolari (come infarto e ictus) nelle donne affette da questo disturbo del ritmo cardiaco. Inoltre, se le donne sembrano avere una incidenza globalmente ridotta di FA, la prevalenza nella popolazione sopra i 75 anni vede ribaltarsi la situazione perché risulta superiore nel sesso femminile, probabilmente a causa della sua maggiore longevità.

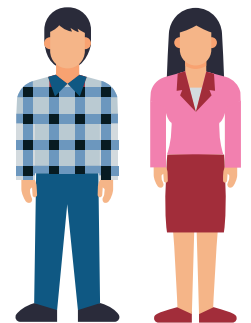
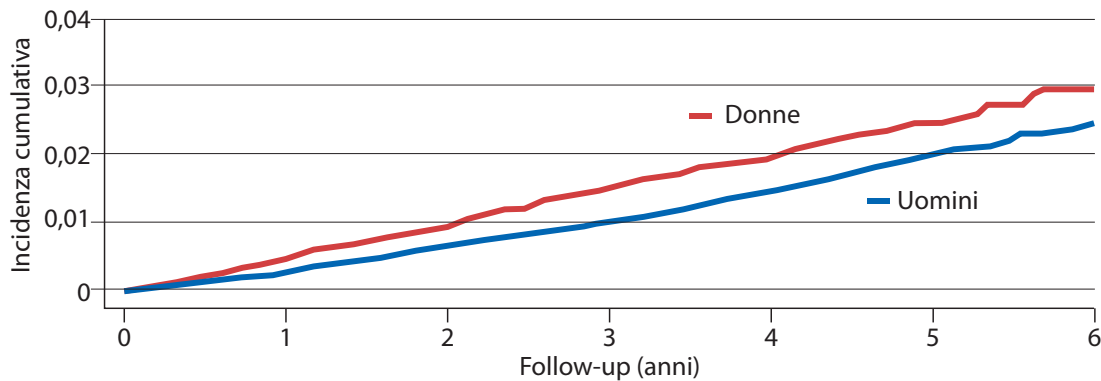
Insomma, i dati sono tutt'altro che univoci e meritano un approfondimento, sia per il progressivo aumento della prevalenza della FA sia per le conseguenze sulla salute pubblica e di ordine finanziario. Chiarire se esistono effettivamente disparità di genere nella distribuzione di questa patologia, nonché i fattori di rischio che predispongono ad essa, è oltretutto importante perché una sotto-stima della sua incidenza e prevalenza potrebbe accentuare alcune disuguaglianze nell'accesso alle cure. In Italia, ad esempio, è stato dimostrato che essere donna può significare ricevere più tardivamente o non ricevere affatto le cure e gli esami necessari, ma analoghe disparità sono state rilevate in altri paesi come Austria, Inghilterra e Stati Uniti.

INCIDENZA CUMULATIVA DI FIBRILLAZIONE ATRIALE OSSERVATA NEL CORSO DEL VITAL STUDY, STRATIFICATA PER SESSO E DOPO AGGIUSTAMENTO IN BASE AD ALTEZZA E PESO (A) E ALLA SUPERFICIE CORPOREA (B)

A. Altezza e peso



B. Superficie corporea



A parità di altezza e peso o superficie corporea le donne mostrano un rischio maggiore di sviluppare fibrillazione atriale

I RISULTATI DEL VITAL STUDY

Un gruppo di cardiologi americani, coordinato da ricercatori del Cedars Sinai Medical Center di Los Angeles, ha condotto una analisi di coorte in una popolazione precedentemente reclutata in uno studio randomizzato sugli effetti della supplementazione di vitamina D e acidi grassi omega-3 sull'incidenza di FA in una popolazione di oltre 25.000 pazienti, composta da uomini di ≥ 50 anni e donne di ≥ 55 anni senza storia precedente di FA, malattia cardiovascolare o cancro (VITAL STUDY - Vitamin D and Omega-3 Trial Rhythm Study). Dopo un follow-up medio di 5,3 anni, l'incidenza di FA è risultata del 4% tra gli uomini e del 3,2% tra le donne. L'associazione inversa tra sesso femminile e FA persisteva dopo aggiustamento per una serie di fattori, fra cui età, etnia, fumo, alcol, ipertensione, diabete, malattie della tiroide, tipo di trattamento ricevuto etc.

Tuttavia, il sesso femminile risultava più esposto alla FA quando, invece dell'indice di massa corporea (BMI), venivano presi in considerazione l'altezza, l'altezza e il peso o la superficie corporea (figura). In pratica, confrontando donne e uomini della stessa altezza e peso, la situazione sembra ribaltarsi, perché le donne mostrano un rischio maggiore di sviluppare una FA. Sicché il dato che riguarda la popolazione generale, ossia che ci sono meno donne con FA, sarebbe riconducibile al fatto che, in media, le

donne hanno una altezza inferiore e dunque una superficie corporea inferiore agli uomini.

CONCLUSIONI

Perché le donne siano più a rischio di FA resta ancora da chiarire. Uno dei fattori incriminati pare sia la gravidanza, poiché i dati del Women's Health Study indicano, ad esempio, che esiste una correlazione fra parità (ossia il numero di parti dopo le 20 settimane) e incidenza di FA, forse espressione di una ripetuta esposizione a stress di natura infiammatoria o ormonale sul cuore o più specificamente sull'atrio sinistro.

Del resto, osservazioni compiute mediante risonanza magnetica confermerebbero che nelle donne con FA esiste una maggiore incidenza di fibrosi a livello dell'atrio sinistro e, talora, una maggiore predisposizione alla dilatazione con conseguente disfunzione.

In attesa di ulteriori sviluppi sulla eziopatogenesi di questa patologia, resta l'urgenza di rafforzare le tradizionali strategie di prevenzione nel sesso femminile che includono *in primis* il mantenimento di un peso corretto, il controllo della pressione sanguigna, la limitazione del consumo di alcol e l'esercizio fisico moderato.

Giancarlo Bausano