Dieta mediterranea e dieta a basso contenuto di grassi: evidenze sulla riduzione della mortalità e degli eventi cardiovascolari in pazienti con rischio cardiovascolare aumentato

Data di inserimento	19/10/2026
Anno	2026
Domanda di ricerca	“Nei pazienti con rischio cardiovascolare aumentato, quali programmi alimentari strutturati riducono la mortalità e i principali eventi cardiovascolari rispetto a interventi minimi o ad altri programmi dietetici?” Le raccomandazioni nutrizionali propongono diversi modelli alimentari per prevenire gli eventi cardiovascolari. Non sempre, però, le indicazioni derivano da studi che misurano esiti clinici importanti, come decessi, ictus e infarti. Questa revisione confronta sette programmi dietetici per chiarire quali siano sostenuti dalle prove più solide.
Quello che conta	La revisione sistematica con network meta-analisi ha incluso 40 studi randomizzati controllati, per un totale di 35.548 partecipanti a rischio cardiovascolare aumentato. Nove studi (17.632 partecipanti) riguardavano la prevenzione primaria e 31 (17.916 partecipanti) la prevenzione secondaria. Le ricerche bibliografiche sono state condotte fino a settembre 2021 in AMED, CENTRAL, Embase, Medline, CINAHL e ClinicalTrials.gov. Sono stati valutati sette programmi: dieta a basso contenuto di grassi (18 studi), mediterranea (12), a bassissimo contenuto di grassi (6), a grassi modificati (4), a basso contenuto di grassi e sodio (3), Ornish (3) e Pritikin (1). Gli studi potevano associare alla dieta esercizio fisico, sostegno comportamentale o altri interventi concomitanti. La durata mediana del follow-up era di tre anni (intervallo da 9 mesi a 17 anni). Rispetto a un intervento minimo, la dieta mediterranea ha ridotto la mortalità per tutte le cause (odds ratio [OR] 0,72; IC 95% 0,56–0,92), la mortalità cardiovascolare (OR 0,55; 0,39–0,78), l’ictus (OR 0,65; 0,46–0,93) e l’infarto miocardico non fatale (OR 0,48; 0,36–0,65). La certezza delle prove per questi risultati era moderata. Anche i programmi a basso contenuto di grassi hanno mostrato una riduzione della mortalità totale (OR 0,84; 0,74–0,95) e degli infarti non fatali (OR 0,77; 0,61–0,96), con certezza moderata. Non è emersa una superiorità convincente della dieta mediterranea su quella a basso contenuto di grassi per mortalità totale o infarto non fatale. I programmi mediterranei e quelli a basso contenuto di grassi possono ridurre eventi clinici rilevanti nei soggetti ad aumentato rischio cardiovascolare; i primi sembrano inoltre ridurre il rischio di ictus. Gli altri programmi non hanno mostrato benefici convincenti rispetto a un intervento minimo.
Caveat	Il programma valutato non coincide necessariamente con la sola alimentazione: diversi trial includevano attività fisica, sostegno psicosociale, cessazione del fumo o trattamenti farmacologici. È quindi difficile attribuire tutti i benefici esclusivamente al modello dietetico. Su 40 studi, 27 erano stati giudicati a elevato rischio complessivo di bias. L’aderenza effettiva alla dieta è stata riportata in modo insufficiente o eterogeneo; le stime rappresentano pertanto i benefici attesi dei programmi nelle condizioni di adesione osservate negli studi. Ulteriori limitazioni riguardano l'eterogeneità degli interventi di controllo e il possibile rischio di intransitività nei confronti indiretti tra programmi alimentari. Le analisi di sensibilità che escludevano studi con co-interventi farmacologici o per la cessazione del fumo hanno mantenuto risultati simili, ma i benefici dei programmi a basso contenuto di grassi per alcuni esiti hanno perso la significatività statistica. Inoltre, la revisione non comprendeva il successivo trial CORDIOPREV e alcune comparazioni tra regimi restavano basate su prove a bassa o bassissima certezza. La revisione è stata finanziata in piccola parte da fondi interni della Dalhousie University. Un autore (BC Johnston) dichiara di aver ricevuto un finanziamento istituzionale da Texas A&M AgriLife Research per ricerche sui grassi alimentari, non proveniente da sponsor industriali. Gli autori non dichiarano ulteriori conflitti di interesse.
Contesto	Le malattie cardiovascolari rappresentano una causa importante di mortalità e disabilità. Interventi sullo stile di vita, inclusa l’alimentazione, sono comunemente raccomandati sia per la prevenzione primaria nei soggetti ad alto rischio sia per quella secondaria nelle persone con malattia cardiovascolare già accertata. I programmi dietetici analizzati differivano nella composizione: la dieta mediterranea privilegiava pesce, frutta, verdura e grassi monoinsaturi, come l’olio d’oliva; quella a basso contenuto di grassi prevedeva il 20–30% delle calorie dai grassi, con meno del 10% dai grassi saturi. Erano esaminate anche restrizioni lipidiche più intense o modifiche alla qualità dei grassi.

In evidenza	Le riduzioni assolute del rischio a cinque anni sono state stimate applicando gli odds ratio ai rischi basali ipotizzati per le popolazioni a rischio cardiovascolare intermedio ed elevato. **Mortalità per tutte le cause** Nei soggetti con rischio cardiovascolare intermedio, rispetto all'intervento minimo, la dieta mediterranea è stata associata a 17 decessi in meno ogni 1.000 persone nell'arco di cinque anni (IC 95% da 26 a 5 in meno); la dieta a basso contenuto di grassi a 9 decessi in meno (da 15 a 3 in meno). In chi aveva un rischio elevato, le riduzioni stimate salivano rispettivamente a 36 e 20 decessi ogni 1.000. **Mortalità cardiovascolare** Per la dieta mediterranea, la riduzione stimata era di 13 decessi cardiovascolari ogni 1.000 persone con rischio intermedio in cinque anni (IC 95% da 17 a 6 in meno); nei soggetti ad alto rischio era di 39 ogni 1.000. Per la dieta a basso contenuto di grassi non emergeva un beneficio altrettanto convincente per questo esito. **Ictus** I programmi mediterranei erano associati a circa 7 ictus in meno ogni 1.000 persone a rischio intermedio e a 16 in meno ogni 1.000 ad alto rischio, in cinque anni. Per i programmi a basso contenuto di grassi la revisione indicava poco o nessun beneficio sulla riduzione dell'ictus. **Infarto miocardico non fatale** La dieta mediterranea era associata a 17 infarti non fatali in meno ogni 1.000 persone a rischio intermedio in cinque anni, rispetto a 7 in meno con programmi a basso contenuto di grassi. Per i soggetti ad alto rischio, le stime erano di 42 e 18 eventi in meno ogni 1.000 rispettivamente. **Interventi cardiovascolari non programmati e altri esiti** Per gli interventi cardiovascolari non programmati, solo i programmi a basso contenuto di grassi mostravano una riduzione degli eventi rispetto all'intervento minimo, con OR 0,57 (IC 95% 0,35–0,93) e prove di bassa certezza. Per angina, insufficienza cardiaca, eventi vascolari periferici e fibrillazione atriale i dati erano troppo scarsi per analisi informative. **Gli altri cinque programmi** Per diversi confronti le stime erano imprecise e i campioni molto piccoli.
Implicazioni per la pratica	I risultati della revisione supportano l'impiego di programmi alimentari strutturati basati sulla dieta mediterranea o su un'alimentazione a basso contenuto di grassi nelle persone ad aumentato rischio cardiovascolare, in quanto associati a una riduzione della mortalità per tutte le cause e dell'infarto miocardico non fatale. I programmi mediterranei mostrano inoltre benefici nella riduzione della mortalità cardiovascolare e del rischio di ictus. Nella pratica clinica, gli operatori sanitari dovrebbero favorire la scelta di un programma alimentare adeguato alle condizioni cliniche, alle preferenze e alle esigenze individuali del paziente, promuovendo l'aderenza nel lungo periodo attraverso interventi di educazione alimentare, counselling e supporto alla modifica degli stili di vita. È tuttavia importante considerare che i benefici osservati derivano da programmi strutturati, spesso associati ad altri interventi sullo stile di vita, e non possono essere attribuiti esclusivamente alla modifica delle abitudini alimentari. Inoltre, le evidenze considerate nella revisione non consentono di affermare una superiorità generale della dieta mediterranea rispetto a quella a basso contenuto di grassi, né di raccomandare gli altri programmi dietetici sulla base di benefici clinici altrettanto consolidati.
Giudizio di qualità revisione	La revisione ha ottenuto un punteggio di 8/10 (qualità alta) nella valutazione metodologica effettuata da Health Evidence (https://www.healthevidence.org/view-article.aspx?a=comparison-popular-structured-dietary-programmes-risk-mortality-major-45793).
Riferimento bibliografico revisione	Karam G, Agarwal A, Sadeghirad B, et al. Comparison of seven popular structured dietary programmes and risk of mortality and major cardiovascular events in patients at increased cardiovascular risk: systematic review and network meta-analysis. BMJ. 2023;380:e072003. doi:10.1136/bmj-2022-072003.
Programma predefinito di riferimento *	Prevenzione nella gestione integrata della cronicità
Livello di prevenzione **	Primaria
Altri riferimenti	Afshin A, Sur PJ, Fay KA, et al. (2019). Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30041-8 Rees K, Takeda A, Martin N, et al. (2019). Mediterranean-style diet for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. DOI: 10.1002/14651858.CD009825.pub3 Delgado-Lista J, Alcala-Diaz JF, Torres-Peña JD, et al. (2022). Long-term secondary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet and a low-fat diet (CORDIOPREV): a randomised controlled trial. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)00122-2 Hooper L, Martin N, Jimoh OF, Kirk C, Foster E, Abdelhamid AS. (2020). Reduction in saturated fat intake for cardiovascular disease. DOI: 10.1002/14651858.CD011737.pub3
Parole chiave	- promozione della salute - alimentazione - dieta -
Aree di intervento	- alimentazione -
Setting	- comunitario -

Outcome	Gli outcome primari predefiniti erano: - mortalità per tutte le cause; - mortalità cardiovascolare. Gli outcome cardiovascolari esaminati comprendevano: · ictus; · infarto miocardico non fatale; · interventi cardiovascolari non programmati. Per angina, scompenso cardiaco, eventi vascolari periferici e fibrillazione atriale i dati erano insufficienti per un'analisi adeguata.
Sintesi e traduzione	Sintesi e traduzione a cura di Lediana Spaho, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva FI Revisione a cura di Miriam Levi, UFC Epidemiologia, Staff della Direzione Sanitaria, Azienda USL Toscana Centro *Immagine di copertina generata con AI

* I Piani Regionali di Prevenzione 2026-2031 sono organizzati in Programmi Predefiniti (PP).Il PP, definito coerentemente alla specificità e all'analisi del contesto regionale, è l'elemento fondamentale di pianificazione nonché l'oggetto del monitoraggio dei PRP e deriva direttamente dagli orientamenti e dalle priorità nazionali.

** La prevenzione delle malattie descrive le misure finalizzate a ridurre l'esposizione ai fattori di rischio, a prevenire l'insorgenza delle malattie, ad arrestare l'evoluzione di una malattia già insorta e a ridurne le conseguenze.
La prevenzione **primaria** è volta a diminuire la prevalenza dei fattori di rischio comuni ad una serie di malattie (come il consumo di tabacco e di alcol, l'obesità e l'ipertensione), al fine di prevenire l'insorgere precoce di un disturbo, per esempio attraverso dei consigli su come modificare un comportamento. Potrebbe anche comprendere delle azioni che contrastano le condizioni ambientali, economiche e sociali che notoriamente aumentano questi rischi.
La prevenzione **secondaria** è volta a diagnosticare precocemente le malattie già esistenti, nella prospettiva di arrestare o ritardare le malattie stesse e i loro effetti, per esempio attraverso programmi di screening e di diagnosi precoce, come i controlli periodici.
La prevenzione **terziaria** generalmente si riferisce alle strategie di gestione delle malattie e/o alla riabilitazione, volte ad evitare o ridurre il rischio di peggioramento o di complicanze da malattia conclamata, per esempio attraverso l'educazione del paziente e la fisioterapia.
Fonte: Glossario OMS, 2021