
Conferenza

IV CONFERENZA NAZIONALE SULLA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

**Istituto Superiore di Sanità
Roma, 14-15 aprile 2010**

Luigi Palmieri¹, Chiara Donfrancesco¹, Cinzia Lo Noce¹, Francesco Dima¹, Paola Ciccarelli¹,
Patrizia Caiola De Sanctis¹, Serena Vannucchi¹, Diego Vanuzzo², Stefano Urbinati³ e Simona Giampaoli¹

¹*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS*

²*Centro di Prevenzione Cardiovascolare, ASS 4 "Medio Friuli" e Agenzia Regionale della Sanità del Friuli-Venezia Giulia, Udine*

³*Unità Operativa di Cardiologia, Ospedale Bellaria, Bologna*

RIASSUNTO - Nei giorni 14 e 15 aprile 2010 si è svolta a Roma, presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), la IV Conferenza Nazionale sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari, organizzata dall'Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO, dalla Fondazione "per il Tuo cuore" (HFC) e dall'ISS. Sessioni specifiche sono state dedicate alla promozione degli stili di vita salutari, all'identificazione degli individui a rischio elevato e alla gestione del paziente colpito da un evento cardiovascolare. Obiettivi principali della Conferenza sono stati quelli di presentare i risultati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare (OEC) e le ipotesi per l'aggiornamento della carta del rischio cardiovascolare.

Parole chiave: malattie cardiovascolari; prevenzione; rischio cardiovascolare; sorveglianza; stile di vita

SUMMARY (*The Fourth National Conference on Prevention of Cardiovascular Diseases*) - The fourth National Conference on Cardiovascular Prevention, held in Rome on April 14-15, 2010, was organized by the National Association of Hospital Cardiologists (ANMCO), the Heart Care Foundation and the Italian National Institute of Health (ISS). The main sessions were dedicated to the promotion of healthy lifestyles, identification of high risk individuals and management of patient with cardiovascular event. The Conference aimed at presenting results of the Italian Health Examination Survey (OEC) and the options for cardiovascular risk chart update.

Key words: cardiovascular diseases; prevention; cardiovascular risk; surveillance; lifestyle

simona.giampaoli@iss.it

Nei giorni 14 e 15 aprile 2010 si è svolta a Roma, presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), la IV Conferenza Nazionale sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari, organizzata dall'ISS, dall'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) e dalla Fondazione "per il Tuo cuore" (HFC).

Le malattie cardiovascolari (MCV) sono considerate una delle principali cause di morte, malattia e disabilità; si manifestano in età media e avanzata dopo una lunga esposizione a stili di vita non salutari e con un impatto notevolissimo sulla qualità di vita.

La Conferenza è stata strutturata in sessioni specifiche dedicate alla promozione degli stili di vita salutari, all'identificazione degli individui a rischio elevato e alla gestione del paziente colpito da un evento cardiovascolare. Sono stati presentati i risultati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination

Survey (OEC/HES) e le ipotesi per l'aggiornamento della carta del rischio cardiovascolare. Entrambi gli studi sono condotti nell'ambito dell'accordo di collaborazione ISS-ANMCO-HCF e sono stati parzialmente finanziati dal Centro per il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute.

L'obiettivo dell'OEC/HES 2008-2011 è quello di descrivere, all'interno della popolazione italiana, i fattori di rischio cardiovascolari, le abitudini di vita, la prevalenza delle condizioni a rischio e il loro andamento nel tempo a 10 anni di distanza dal primo esame (1998-2002). I nuovi dati, raccolti in 9 Regioni su un campione di 1.924 uomini e 1.926 donne e confrontati con quelli raccolti nelle stesse Regioni in occasione della precedente indagine, mostrano un aumento dell'obesità e della sindrome metabolica e una riduzione della prevalenza dei fumatori negli uomini (Tabella 1). Questa condizione preoccupa gli esperti di salute pubblica: un

Tabella 1 - Confronto della distribuzione dei principali fattori di rischio e condizioni a rischio, raccolti nel 1998 e nel 2008 in uomini e donne di età 35-74 anni nell'ambito dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare

UOMINI		1998		2008		Differenza assoluta	Significatività
Fattori di rischio		(n. 1.912)	media ds*	(n. 1.738)	media ds*		
Pressione arteriosa sistolica (mm Hg)		138,2	20,1	134,2	17,7	-4,0	p < 0,001
Pressione arteriosa diastolica (mm Hg)		86,7	11,2	83,8	10,1	-2,9	p < 0,001
Colesterolemia totale (mg/dl)		207,4	38,6	224,7	43,8	17,3	p < 0,001
HDL-colesterolemia (mg/dl)		50,7	13,0	51,6	13,2	0,9	p < 0,05
Glicemia (mg/dl)		97,9	29,1	105,3	26,7	7,4	p < 0,001
Indice di Massa Corporea (IMC) (kg/m ²)		27,0	3,7	27,8	4,6	0,7	p < 0,001
Rischio CVD (malattie cardiovascolari) (35-69 anni)		8,3	8,8	8,0	8,6	-0,3	non significativo
		%		%		Differenza assoluta	Significatività
Diabete		14,5		14,0		-0,5	non significativo
Sindrome metabolica		24,5		28,0		3,4	p < 0,05
IMC_Categoria**							
Obesità		18,8		25,1		6,3	p < 0,001
Sovrappeso		51,4		47,1		-4,3	p < 0,05
Pressione arteriosa-condizioni di trattamento							
Non ipertesi ^a		41,0		46,3		5,3	p < 0,01
Ben trattati ^b		4,8		10,1		5,3	p < 0,001
Ipertesi non trattati ^c		36,2		26,0		-10,2	p < 0,001
Abitudine al fumo di sigaretta							
Mai fumato		31,8		36,4		4,6	p < 0,01
Ex fumatori		36,9		39,8		2,9	non significativo
Fumatori correnti		31,2		23,8		-7,4	p < 0,001

DONNE		1998		2008		Differenza assoluta	Significatività
Fattori di rischio		(n. 1.912)	media ds*	(n. 1.738)	media ds*		
Pressione arteriosa sistolica (mm Hg)		134,3	21,8	128,9	19,9	-5,4	p < 0,001
Pressione arteriosa diastolica (mm Hg)		82,9	10,8	79,1	9,6	-3,8	p < 0,001
Colesterolemia totale (mg/dl)		212,4	40,4	232,4	44,0	20,0	p < 0,001
HDL-colesterolemia (mg/dl)		60,0	14,4	62,9	15,4	2,8	p < 0,001
Glicemia (mg/dl)		91,5	29,6	97,4	26,5	5,9	p < 0,001
Indice di Massa Corporea (IMC) (kg/m ²)		26,7	5,2	27,2	8,6	0,5	p < 0,01
Rischio CVD (malattie cardiovascolari) (35-69 anni)		2,9	3,8	2,5	3,4	-0,4	p < 0,01
		%		%		Differenza assoluta	Significatività
Diabete		9,1		8,5		-0,6	non significativo
Sindrome metabolica		22,6		21,5		-1,1	non significativo
IMC_Categoria**							
Obesità		23,4		25,6		2,2	non significativo
Sovrappeso		34,3		33,0		-1,3	non significativo
Pressione arteriosa-condizioni di trattamento							
Non ipertesi ^a		51,6		60,6		9,0	p < 0,001
Ben trattati ^b		5,4		10,4		5,0	p < 0,001
Ipertesi non trattati ^c		22,7		15,0		-7,7	p < 0,001
Abitudine al fumo di sigaretta							
Mai fumato		64,3		60,3		-4,0	p < 0,05
Ex fumatori		14,3		18,7		4,4	p < 0,001
Fumatori correnti		21,4		21,0		-0,4	non significativo

(*) Deviazione standard; (**) Obesità: IMC ≥ 30 kg/m²; Sovrappeso: 25 ≤ IMC < 30 kg/m²; (a) Non iperteso: PAS < 140 mmHg e PAD < 90 mmHg e senza trattamento; (b) Ben trattato: PAS < 140 mmHg e PAD < 90 mmHg; (c) Ipertesi non trattati: PAS ≥ 140 mmHg OPPURE PAD ≥ 90 mmHg e senza trattamento



Da sinistra: Stefano Urbinati (ANMCO), Simona Giampaoli (ISS), Salvatore Pirelli, Pompilio Faggiano, Massimo Uguccioni (ANMCO)

recente report della Commissione Europea riporta che più di un milione di morti l'anno e circa il 7% del costo delle cure mediche della Regione Europea sono attribuibili all'obesità. Nelle donne obesità e abitudine al fumo, già elevati nel 1998, restano stabili. Un aumento significativo della colesterolemia media e della glicemia si registra sia negli uomini che nelle donne. Un miglioramento nella media della pressione arteriosa si osserva in entrambi i sessi: ciò è dovuto al maggior numero di individui in controllo farmacologico antipertensivo e, soprattutto, all'aumento della proporzione di persone con valori di pressione arteriosa inferiori a 140/90 mmHg, a riprova dei benefici ottenuti attraverso le azioni preventive intraprese negli ultimi 10 anni. L'analisi per livello socio-economico dimostra come l'aumento dell'obesità, della sindrome metabolica e del diabete, nonché la mancata riduzione dell'abitudine al fumo siano più evidenti nel livello socio-economico più basso. Questo significa che gran parte degli sforzi fatti in questi anni per implementare la prevenzione non sono arrivati laddove maggiore era la necessità.

L'aggiornamento della carta del rischio sarà possibile grazie all'inclusione, nel database del Progetto CUORE dell'ISS, della coorte dell'OEC arruolata alla fine degli anni '90; in un'analisi preliminare, che ha coinvolto solo una parte dei centri arruolati, la numerosità degli individui osservati è arrivata a 10.233 uomini e 15.895 donne di età compresa fra 35 e 74 anni. Su questa popolazione sono stati raccolti e validati 632 eventi coronarici (163 fatali) e 264 cerebrovascolari (80 fatali) negli uomini e 300 eventi coronarici (70 fatali) e 207 cerebrovascolari (72 fatali) nelle donne, avvenuti in un tempo media-

no di 10 anni. L'estensione delle carte al quinquennio più avanzato (70-74 anni) conferma e consolida il ruolo predittivo dei "classici" fattori di rischio (età, pressione arteriosa sistolica, colesterolemia totale e HDL, abitudine al fumo, diabete e trattamento antipertensivo) (Tabella 2).

Il valore aggiunto rispetto a studi simili condotti fino a oggi in Italia sta nel fatto che le coorti del Progetto CUORE sono di numerosità elevata, arruolate in tempi relativamente recenti, includono le donne, considerano un'ampia fascia d'età e provengono da popolazioni abitanti in tutte le Regioni. Tutti i fattori sono risultati altamente significativi e l'area sotto la curva ROC evidenzia un buon livello di discriminazione dei modelli. Sia per gli uomini che per le donne, il fumo e l'età si confermano fattori di rischio più pesanti, seguiti dal diabete. La presenza del trattamento antipertensivo risulta un buon correttore della relazione tra pressione sistolica e rischio cardiovascolare. Il livello della colesterolemia totale risulta più importante negli uomini che nelle donne in termini di predizione del rischio; viceversa, per quanto riguarda la colesterolemia HDL.

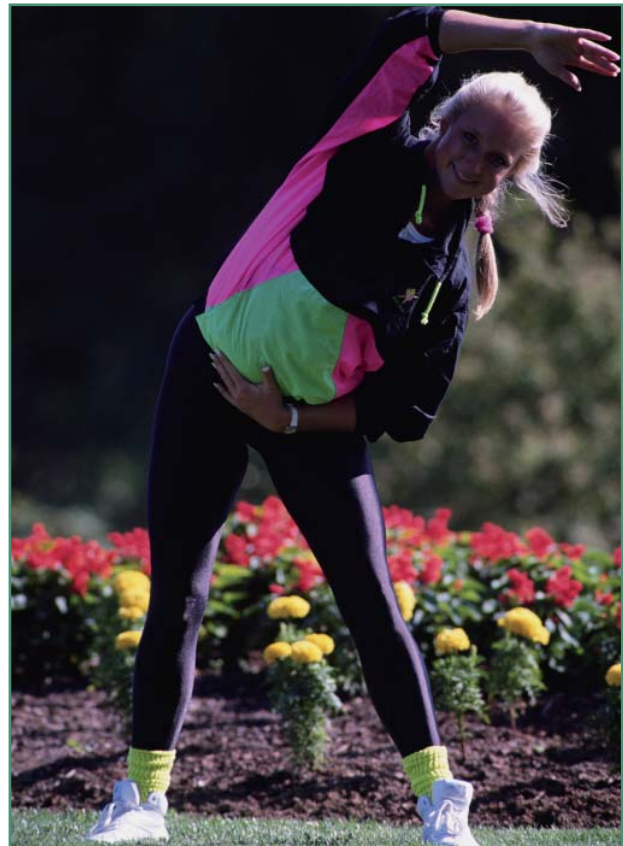


Tabella 2 - Modelli degli azzardi proporzionali di Cox per la stima del rischio cardiovascolare a 10 anni, Progetto CUORE, uomini e donne 35-74 anni senza precedente evento cardiovascolare (modelli aggiustati per coorte)

	Uomini					Donne				
	Coefficiente	HR*	95%	IC**	p-value	Coefficiente	HR*	95%	IC**	p-value
Età (anni)	0,072	2,05	1,87	2,25	< 0,0001	0,081	2,12	1,86	2,40	< 0,0001
Pressione arteriosa sistolica (mm Hg)	0,013	1,29	1,21	1,39	< 0,0001	0,015	1,39	1,27	1,53	< 0,0001
Colesterolemia totale (mg/dl)	0,006	1,32	1,24	1,41	< 0,0001	0,005	1,24	1,13	1,36	< 0,0001
HDL-Colesterolemia (mg/dl)	-0,012	1,17	1,09	1,26	< 0,0001	-0,016	1,28	1,15	1,42	< 0,0001
Fumo	0,483	1,62	1,40	1,87	< 0,0001	0,786	2,20	1,71	2,82	< 0,0001
Diabete	0,398	1,49	1,20	1,86	< 0,001	0,554	1,74	1,31	2,30	< 0,001
Trattamento antipertensivo	0,340	1,41	1,16	1,70	< 0,001	0,468	1,60	1,29	1,97	< 0,0001

(*) Hazard ratio calcolati considerando una deviazione standard in più per i fattori continui (1 deviazione standard in meno per la colesterolemia HDL): **deviazione standard uomini** = età 10,0; pressione arteriosa sistolica 20,3; colesterolemia totale 44,7; colesterolemia HDL 13,7; **deviazione standard donne**: età 9,3; pressione arteriosa sistolica 21,9; colesterolemia totale 45,1; colesterolemia HDL 15,3; (**) Intervallo di confidenza

La numerosità delle coorti e degli eventi registrati permettono ipotesi di aggiornamento delle carte del rischio cardiovascolare, che includono la possibilità di costruire funzioni di rischio specifiche per le fasce di età 35-54 e 55-74, in modo da identificare interventi più appropriati ai diversi target, e la possibilità di utilizzare la glicemia come variabile continua al posto del diabete.

I dati dell'OEC/HES dimostrano che è necessario un sistema stabile di sorveglianza cardiovascolare coordinato dall'ISS e adeguatamente finanziato a livello centrale e regionale. L'aggiornamento della carta del rischio rilancia la necessità di avere stru-



menti nazionali adeguati per la stima del rischio cardiovascolare, la più vicina possibile a quella della popolazione attuale.

La prevenzione resta oggi l'arma più efficace per fronteggiare le malattie cardiovascolari e occorre unire tutte le forze per promuovere l'adozione di un corretto stile di vita a livello individuale e collettivo.

È molto difficile contrastare uno stile di vita scorretto agendo esclusivamente sul singolo, mentre è più efficace agire sull'intero contesto sociale, promuovendo la cultura del cibo sano, dell'attività fisica regolare e della vita libera dal fumo. L'implementazione di campagne di educazione e di informazione rivolte ai diversi target di popolazione e alle autorità politiche, nonché la valorizzazione di luoghi e strutture che facilitino scelte di vita salutari, costituiscono i cardini di un'efficace strategia preventiva di popolazione. La prevenzione è un processo culturale che necessita di tempo e di dedizione continua. ■

