

# Rischio cardiovascolare: i dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2009-2012 ASL CN2 Alba-Bra



World Heart Day 2013:  
"Prendi la strada giusta verso  
la salute del cuore"

Piano Locale della Prevenzione 2013

#### **A cura di:**

Laura Marinaro (Coordinatore aziendale Passi, Responsabile S.S.D. Epidemiologia ASL CN2)  
Annelisa Guasti (Assistente Amm.vo - S.S.D. Epidemiologia ASL CN2)  
Giuseppina Zorghiotti (Collaboratore Amm.vo - S.S.D. Epidemiologia ASL CN2)

#### **Hanno collaborato:**

Emma Actis Perinetti (Direttore S.O.C. Cardiologia e UTIC ASL CN2)  
Andrea Campo (Dirigente medico - Ambulatorio di ipertensione/Holter pressorio - S.O.C. di Nefrologia e Dialisi ASL CN2)

#### **Hanno contribuito alla realizzazione della sorveglianza Passi:**

##### **- a livello regionale:**

Maria Chiara Antoniotti (Coordinatore regionale, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL NO)  
Donatella Tiberti (Referente regionale, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL AL)  
Paolo Ferrari (Vice coordinatore regionale, Epidemiologia e SIAN ASL VCO)  
Orietta Mariani (Assistente amministrativo, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL NO)

##### **- a livello aziendale:**

Coordinatori aziendali Passi: Laura Marinaro (S.S.D. Epidemiologia); Franco Giovanetti (S.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica) (giugno 2009 – dicembre 2011).

Intervistatori: Milena Allario, Antonella Borda, Marisa Bottallo, Margherita Cogno, Maria Grazia Dogliani, Nadia Franco Carlevero, Giovanna Giachino, Aldo Leone, Rosa Magliano, Claudia Musso, Susanna Pansa, Maria Gabriella Serventi (S.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica); Natalina Marziani (S.O.C. Servizio Igiene degli alimenti e della nutrizione); Enrico Chessa, Laura Curletti; Marina Masenta (S.O.S. Medicina dello Sport); Elena Lora, Vilma Giachelli (S.O.C. Servizio Prevenzione Sicurezza degli Ambienti di Lavoro).  
Collaboratori per campionamento: Daniele Fessia (S.O.C. Sistemi informativi ed informatici); Luigi Genesio Icardi (Direzione Dipartimento di Prevenzione).

Collaboratori per attività amministrative: Annelisa Guasti e Giuseppina Zorghiotti (S.S.D. Epidemiologia).

Si ringraziano il Dott. Francesco Morabito - Direttore Generale, il Dott. Paolo Tofanini – Direttore Sanitario, il Dott. Gianfranco Cassisa - Direttore Amministrativo, il Dott. Attilio Clerico - Direttore del Dipartimento di Prevenzione, la Dott.ssa Patrizia Corradini – Direttore del Dipartimento strutturale Cure primarie e Servizi territoriali, il Dott. Luca Monchiero - Direttore del Distretto di Alba, il Dott. Elio Laudani - Direttore del Distretto di Bra, il Dott. Fabrizio Viglino – Direttore Struttura Complessa Sistemi informativi ed informatici, per aver contribuito alla realizzazione della sorveglianza Passi.

Un ringraziamento ai Medici di Medicina Generale, ai Sindaci e agli Uffici Anagrafe dei Comuni dell'azienda per la preziosa collaborazione fornita, ed in particolare a tutte le persone intervistate, che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione.

Informazioni, approfondimenti e pubblicazioni regionali PASSI sono disponibili sui siti:

- <http://www.epicentro.iss.it/passi/comunicazione/regionali/PiemonteAziendale.asp>
- <http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/960-passi-fascia-deta-18-69-anni.html>
- <http://www.aslcn2.it/prevenzione/sistema-di-sorveglianza-passi/>

EPID ASL CN2 /2/2014

# Indice

---

Premessa	pag.	3
Tabelle sintetiche dei risultati Passi 2009-2012	pag.	4
Iperensione arteriosa	pag.	5
Ipercolesterolemia	pag.	11
Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare	pag.	16
Bibliografia	pag.	22
Campagne di sensibilizzazione attivate nell'ASL CN2 – Anno 2013	pag.	23
Appendice:		
Carte del rischio cardiovascolare	pag.	27
Suggerimenti della World Heart Federation per gli adulti e per i propri familiari/figli	pag.	33
Suggerimenti della World Heart Federation per gli anziani	pag.	35

# Premessa

---

Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale: in Italia provocano il 35% di tutti i decessi maschili e il 43% di quelli femminili e hanno un notevole impatto in termini di disabilità, risultando responsabili di circa un sesto dei Dalys (Disability Adjusted Life Years, indicatore che misura il carico complessivo di malattia nella popolazione). Notevole anche l'impatto economico complessivo stimato per l'Unione Europea, pari annualmente a circa 196 miliardi di euro.

Gran parte delle malattie del sistema circolatorio è imputabile alla aterosclerosi delle arterie (formazione di placche di grasso che determinano ostruzione al flusso di sangue) che può interessare organi importanti come il cuore determinando l'infarto del miocardio e il cervello determinando l'ictus. Tra gli uomini conducono al decesso con maggior frequenza le cardiopatie ischemiche mentre, tra le donne, le malattie cerebrovascolari. Alla genesi dell'aterosclerosi e quindi delle malattie cardiovascolari, contribuiscono numerose condizioni modificabili: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete, fumo di tabacco, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta (scarso consumo di frutta e verdura e di pesce, eccessivo contenuto di sale e grassi saturi nei cibi, ecc). Nel causare queste malattie e nel ritardarne diagnosi e cura rivestono un ruolo rilevante anche altri determinanti, quali depressione, basso livello socio-economico, condizioni di marginalità e isolamento sociale.

L'associazione di più fattori è riscontrabile in ampi settori della popolazione e ha un impatto sulla salute particolarmente grave a causa dell'interazione e del potenziamento reciproco tra queste condizioni.

I tassi di mortalità standardizzati delle malattie cardiovascolari sono progressivamente diminuiti negli ultimi decenni nei Paesi ad economia avanzata. Ciò è avvenuto in parte in seguito alla diffusione di cure più efficaci, ma principalmente per cambiamenti degli stili di vita, che hanno determinato una riduzione importante di fattori di rischio come fumo di tabacco, ipertensione, ipercolesterolemia. Questi miglioramenti si sono verificati nonostante l'evoluzione negativa in molti Paesi di altre condizioni, come il sovrappeso/obesità e il diabete mellito.

Anche in Italia, caratterizzata da una situazione epidemiologica di partenza migliore rispetto a molte altre nazioni europee, si è verificato nello stesso periodo un calo sia della mortalità cardiovascolare sia di alcuni fattori di rischio. Tuttavia, la diffusione di questi fattori, ancora molto ampia, e l'invecchiamento progressivo della popolazione fanno prevedere che il carico di malattia attribuibile a queste patologie rimarrà a lungo elevato (1).

Per contrastare l'insorgenza delle malattie cardiovascolari è importante adottare un approccio integrato, di popolazione e individuale:

- le strategie di popolazione sono rivolte a spostare in senso favorevole la distribuzione dei fattori di rischio nell'intera comunità. Gli interventi possono consistere in modifiche legislative e amministrative (prescrizioni, divieti, tassazione, pianificazione, ecc) che incidano sui comportamenti e sulle condizioni a rischio, oppure in iniziative informative e promozionali (campagne di educazione sanitaria, attività di advocacy, ecc) che aumentino la consapevolezza dei diversi portatori di interesse;
- l'approccio individuale è invece volto a identificare le persone a maggior rischio, in modo da consentire interventi mirati nei loro confronti. In questa prospettiva è importante valutare, più che la presenza di singoli fattori, il rischio complessivo che deriva dalla loro combinazione e interazione.

Il sistema di sorveglianza PASSI monitora molti di questi fattori, nonché le pratiche adottate per contrastarli, consentendo di valutare le associazioni tra le diverse condizioni. In questa sezione viene descritta la situazione relativa a ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia, nonché all'utilizzo da parte dei medici della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare dei propri assistiti.

## Tabelle sintetiche dei risultati PASSI 2009-2012

	<b>ASL CN2</b>	<b>Regione Piemonte</b>	<b>Pool PASSI</b>
	<b>% (IC 95%)</b>	<b>% (IC 95%)</b>	<b>% (IC 95%)</b>
Persone che riferiscono di aver misurato la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	<b>86,6</b>	<b>83,6</b>	<b>82,9</b>
	(84,4-88,6)	(82,9-84,3)	(82,6-83,2)
Persone che riferiscono di essere ipertese <sup>1</sup>	<b>18,6</b>	<b>20,5</b>	<b>20,3</b>
	(16,3-21,1)	(19,8-21,2)	(20,0-20,6)
Persone che riferiscono di aver misurato il colesterolo almeno una volta nella vita	<b>80,2</b>	<b>79,9</b>	<b>79,2</b>
	(77,7-82,5)	(79,2-80,5)	(79,0-79,5)
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche <sup>2</sup>	<b>24,8</b>	<b>24,5</b>	<b>24,1</b>
	(22-27,8)	(23,6-25,3)	(23,8-24,4)
Persone a cui un medico ha calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare <sup>3</sup>	<b>2,2</b>	<b>5,4</b>	<b>6,9</b>
	(1,3-3,6)	(4,9-5,9)	(6,7-7,1)

<sup>1</sup> tra le persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa

<sup>2</sup> tra le persone a cui è stata misurata la colesterolemia

<sup>3</sup> su tutte le persone ≥35 anni, senza patologie CV

# Ipertensione arteriosa

---

A soffrire di ipertensione si stima che siano circa 15 milioni di italiani, ma solo circa la metà di questi ne è consapevole. Controllare regolarmente la pressione arteriosa e mantenerla a livelli raccomandati attraverso l'adozione di uno stile di vita sano e assumendo specifiche terapie laddove necessario, è fondamentale, poiché questa condizione rappresenta il fattore di rischio più importante per l'ictus, per le malattie legate all'invecchiamento (disturbi della memoria, disabilità), nonché per l'infarto del miocardio, gli aneurismi, le arteriopatie periferiche, l'insufficienza renale cronica, la retinopatia (2).

Secondo la classificazione della ESH (European Society of Hypertension - aggiornamento 2013) si considera 'ottimale' una pressione sistolica inferiore a 120 mmHg e una pressione diastolica inferiore a 80 mmHg. Al di sopra dei 140 mmHg di massima o dei 90 mmHg di minima si è ipertesi. Si parla di ipertensione 'sistolica isolata' quando è solo la massima ad essere alta (cioè  $\geq 140$  mmHg).

*Classificazione dell'ipertensione arteriosa secondo la ESH (2013)*

	Pressione sistolica (in mmHg)	Pressione diastolica (in mmHg)
Ottimale	90-119	60-79
Normale	120-129	80-84
Normale alta	130-34	85-89
Ipertensione grado 1	140-159	90-99
Ipertensione grado 2	160-169	100-109
Ipertensione grado 3	$\geq 180$	$\geq 110$
Ipertensione sistolica isolata	$\geq 140$	$< 90$

Il valore della pressione arteriosa dipende in larga misura da fattori genetici, ma esiste un ruolo importante dei fattori ambientali, ed in particolare degli stili di vita adottati fin dalla giovane età: mangiare con poco sale, molta frutta e verdura, camminare e non fumare, mantengono la pressione arteriosa a livelli favorevoli nel corso della vita. Nel 90-95% dei casi l'ipertensione arteriosa non ha una causa evidente; questa forma viene dunque indicata come 'ipertensione essenziale'.

In una minoranza dei casi invece (5-10%) l'ipertensione è causata da un'altra condizione medica, in genere una malattia del sistema endocrino (feocromocitoma, sindrome di Cushing, iperparatiroidismo, adenoma surrenalico aldosterone secernente, alterazioni della tiroide) o dei reni (insufficienza renale cronica, restringimento di un'arteria renale) o ancora può essere secondaria all'assunzione di farmaci (associazioni estrogeno-progestiniche, farmaci antidolorifici o per la cefalea, ecc.). In questi casi si parla di 'ipertensione secondaria'.

L'ipertensione infine può comparire durante una gravidanza e complicarla (preeclampsia, eclampsia) (2).

## Sintomi

Nella maggior parte dei casi la pressione arteriosa elevata non dà sintomi; per questo l'ipertensione viene indicata come il 'killer silenzioso'. In genere viene scoperta in occasione di un controllo dal medico o in farmacia.

In corso di rialzo importante dei valori pressori (cosiddetta crisi ipertensiva, valori  $>180/110$  mmHg) possono associarsi una cefalea violenta, nausea, vomito, alterazioni della vista (restringimento del campo visivo, 'lucine' scintillanti, ecc), vertigini e ronzii alle orecchie (acufeni) o ancora epistassi (emorragia dal naso): in molti casi il rialzo pressorio è reattivo al dolore ed alla preoccupazione, e recede quando la persona sta meglio, ma in altri si tratta dell' **encefalopatia ipertensiva**, un'emergenza medica determinata dal danno cerebrale diretto della pressione sul cervello, di gravità non inferiore ad un ictus o ad un infarto. Nel dubbio di encefalopatia ipertensiva non bisogna perdere tempo, ed è raccomandabile il ricorso ai servizi di emergenza sanitaria (DEA, 118).

## Diagnosi

Senza aspettare che il killer silenzioso dia segni di sé, è importante la misurazione della pressione arteriosa. Esistono una serie di apparecchi che consentono di misurare la pressione con facilità anche a casa propria.

Per le persone ipertese i valori pressori rilevati a casa sono molto importanti perché danno informazioni aggiuntive rispetto a quelli misurati nello studio del medico, che possono risultare elevati per una reazione d'allarme. E' possibile infine misurare i valori pressori per 24 ore, attraverso il cosiddetto Holter pressorio o ABPM (monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa). Il medico, nel valutare una persona affetta da ipertensione arteriosa, può richiedere alcuni esami per valutare la presenza di altri fattori di rischio (es. colesterolo elevato, diabete), di possibili cause di ipertensione secondaria o di danno d'organo da ipertensione (ecodoppler arterioso dei vasi del collo, elettrocardiogramma, esami di funzionalità renale, microalbuminuria, ecografia renale, dosaggi ormonali, esame del fondo dell'occhio, ecc) (2).

## Prevenzione

L'ipertensione arteriosa può essere prevenuta adottando un corretto stile di vita. E' importante:

- **Seguire un'alimentazione sana**, ricca di fibre (frutta e verdure) e pesce azzurro, povera di grassi saturi (quelli di origine animale, carni rosse, salumi, insaccati, formaggi) e con il giusto contenuto di calorie. La verdura e la frutta sono molto importanti perché oltre ad essere ricchi di fibre, sono molto ricche di potassio: una alimentazione del genere tipica dell'area mediterranea dei primi anni '60 aiuta ad abbassare la pressione di circa 8-14 mmHg.
- **Ridurre gradualmente la quantità di sale aggiunto alle pietanze**, i cibi saporiti (dado da cucina, cibi in scatola, carne, tonno, sardine, alici ecc, salse, sottaceti, formaggi, salumi e insaccati), quelli conservati sotto sale e la quantità di cibo che si mangia. La quantità di sale introdotto nella alimentazione, infatti, dipende sia dal sale aggiunto da noi nella preparazione del cibo, sia dalla quantità di cibo che si mangia. La quantità di sale che si consuma nella giornata non dovrebbe superare i 5 grammi al giorno (un cucchiaino da tè). E' interessante notare che un etto di prosciutto crudo contiene già i 5 grammi di sale raccomandati per l'intera giornata. E' importante quindi leggere sempre l'etichetta dei prodotti confezionati che comperiamo, in modo da valutare la quantità di sale: se si mangia un prodotto salato è importante compensare con un altro senza o con basso contenuto di sale. Consumare non più di 5 g di sale al giorno riduce la pressione arteriosa fino a 6-8 mmHg.
- **Limitare il consumo di alcol** (non più di 1 bicchiere di vino al giorno per le donne, non più di 2 per gli uomini). Con la riduzione dell'alcool la pressione si può ridurre di 2-4 mmHg.
- **Scendere di peso**, in caso di sovrappeso/obesità: ogni 10 Kg di peso persi, la pressione arteriosa si riduce di circa 5-10mmHg.
- **Praticare regolarmente attività fisica aerobica** (almeno 30 minuti di camminata a passo veloce, bicicletta, nuoto, per almeno 5 volte/settimana): l'aumento dell'attività fisica produce la riduzione di 4-9 mmHg.
- **Smettere di fumare**: il fumo di sigaretta è un potente vasocostrittore, riduce l'ossigenazione nei tessuti e accelera la formazione delle placche aterosclerotiche.
- **Imparare a gestire lo stress** (yoga, tecniche di meditazione e di rilassamento, pilates ecc.).

Tutti gli stili di vita sopra menzionati sono efficaci solo se si protraggono per almeno 6 mesi; uno stile di vita sano deve comunque essere sempre adottato, anche quando il medico decide di iniziare la terapia farmacologica specifica (2).

## Ambulatori ASL CN2

<b>S.O.C. MEDICINA GENERALE</b> <b>CENTRO IPERTESI E HOLTER PRESSORIO</b>	<b>ORARIO</b>
Ospedale San Lazzaro Via P. Belli n.26, Alba (2° piano, presso Medicina Generale) <i>Previa prenotazione al Centro Unico di Prenotazione (CUP)</i>	Martedì dalle 8.30 alle 12.30
<b>S.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI</b> <b>AMBULATORIO DI IPERTENSIONE</b>	<b>ORARIO</b>
Ospedale San Lazzaro Via Pierino Belli n.26, Alba – (Presso la S.O.C. di Nefrologia) <i>Previa prenotazione al Centro Unico di Prenotazione (CUP)</i>	Venerdì dalle 14.00 alle 16.00

<b>S.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI</b> <b>AMBULATORIO DI HOLTER PRESSORIO</b>	<b>ORARIO</b>
Ospedale San Lazzaro Via Pierino Belli n.26, Alba – (Presso la S.O.C. di Nefrologia) <i>Previa prenotazione al Centro Unico di Prenotazione (CUP)</i>	Martedì e giovedì dalle 10.30 alle 12.00

## A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

Nell'ASL CN2 Alba-Bra, l'87% degli intervistati riferisce almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 7% più di 2 anni fa, mentre il restante 6% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.

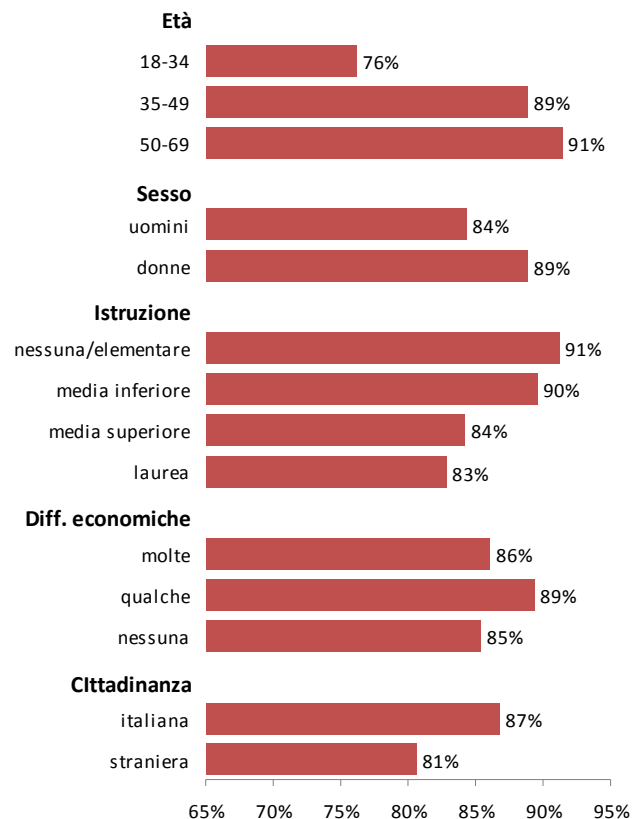
In particolare la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è più diffusa:

- nelle fasce d'età 35-69 anni;
- nelle donne;
- nelle persone con livello istruzione basso;
- nei cittadini italiani.

### Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL CN2 Alba-Bra – Passi 2009-12

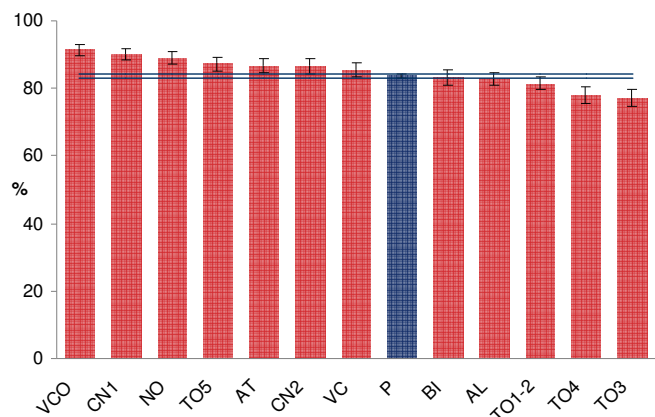
**Totale:** 86,6% (IC 95%: 84,4%-88,6%)



Nelle ASL piemontesi PASSI 2009-12 la percentuale di persone controllate nei due anni precedenti l'intervista è dell'84% (range: 77% ASL TO3 – 92% ASL VCO).

### Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)

Prevalenze per ASL – Passi 2009-12  
Regione Piemonte: 83,6% (IC95%: 82,9% - 84,3%)





**Persone che riferiscono di aver misurato la pressione arteriosa negli ultimi due anni**  
 Prevalenze per Regione di residenza – Passi 2009-2012  
 Pool di Asl: 82,9% (IC95%: 82,6%-83,2%)



\* In Lombardia non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

Nel Pool di Passi 2009-2012, l'83% degli intervistati riferisce di aver misurato la pressione arteriosa nei due anni precedenti l'intervista. Differenze statisticamente significative si registrano per Regione di residenza, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali: in Liguria si riporta la percentuale più alta (89%) di persone che dichiarano di aver misurato la pressione arteriosa, mentre in Basilicata si registra quella più bassa (64%), dato addirittura in riduzione rispetto al quadriennio 2008-2011 (quando era pari al 69%).

### Quante persone sono ipertese?

Nell'ASL CN2, il 19% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione.

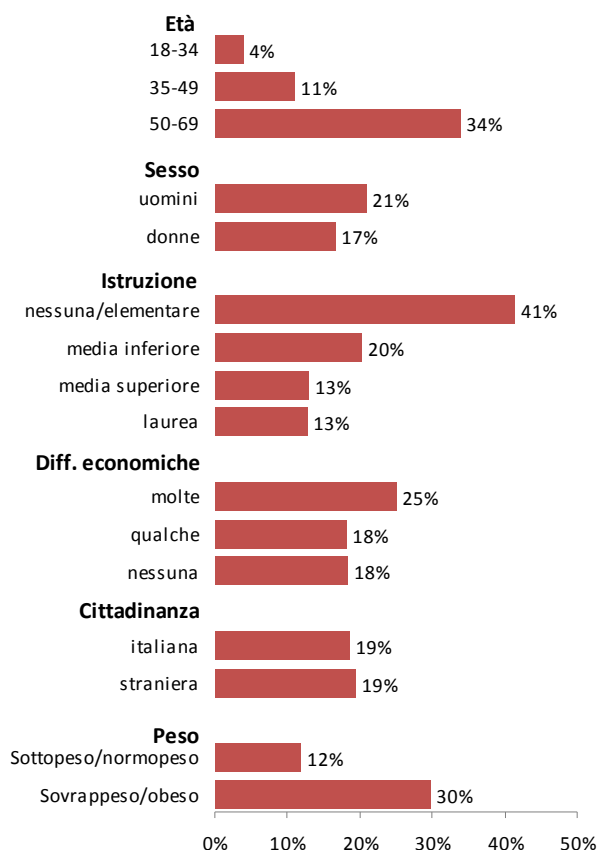
In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa:

- al crescere dell'età (34% nella fascia 50-69 anni);
- negli uomini (21%);
- nelle persone con livello istruzione molto basso (41%) e con molte difficoltà economiche (25%);
- nelle persone con eccesso ponderale (30%).

**Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa**

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
 ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2009-12

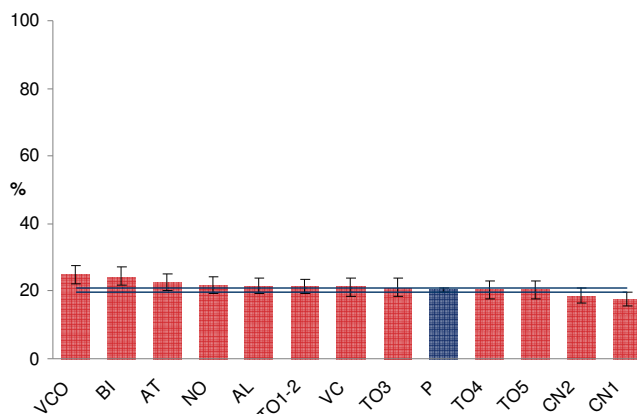
**Totale:** 18,6% (IC 95%: 16,3%-21,1%)



Nelle ASL del Piemonte il 21% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione (range: 18% ASL CN1 – 25% ASL VCO).

Nel Pool PASSI 2009-12, tra le persone che riferiscono di aver misurato la pressione, il 20% (IC95%: 20,0%-20,6%) riferisce di aver ricevuto una diagnosi di ipertensione, percentuale che raggiunge il valore più alto in Calabria (26%), e quello più basso in Valle D'Aosta (17%).

**Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa**  
Prevalenze per ASL – Passi 2009-12  
Regione Piemonte: 20,5% (IC95%: 19,8% - 21,2%)



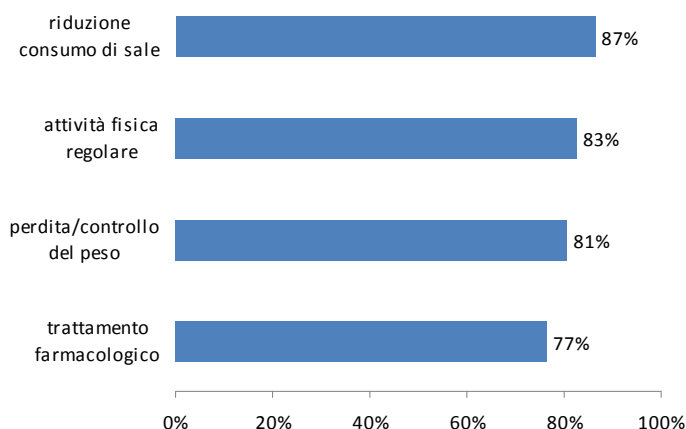
### **Quante persone ipertese sono in trattamento farmacologico e quante hanno ricevuto consigli dal medico?**

Nell'ASL CN2, il 77% degli ipertesi riferisce di essere trattato con farmaci antipertensivi.

Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, gli ipertesi dichiarano di aver ricevuto dal medico il consiglio di:

- ridurre il consumo di sale (87%);
- svolgere regolare attività fisica (83%);
- ridurre o mantenere il peso corporeo (81%).

**Trattamenti consigliati dal medico**  
ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2009-12 (n=192)

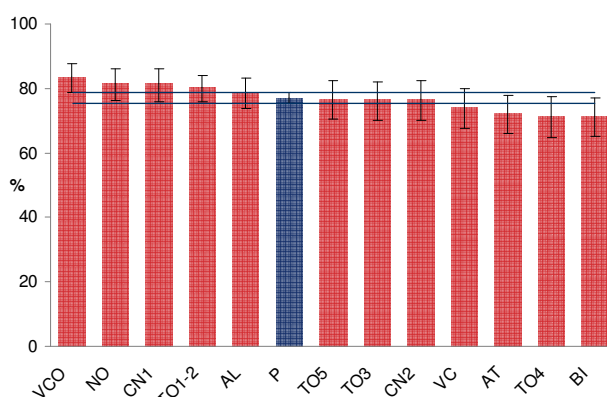


Nelle ASL del Piemonte, nel periodo 2009-12 la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 77% (range: 71% ASL BI - 84% ASL VCO) .

Nel Pool di ASL 2009-2012, sono alte le prevalenze di ipertesi che hanno dichiarato di essere in trattamento farmacologico (77%) o di aver ricevuto i consigli per tenere sotto controllo la pressione arteriosa quali: diminuire il consumo di sale (88%), controllare il peso corporeo (80%) e svolgere regolarmente attività fisica (82%).

**Ipertesi attualmente in trattamento farmacologico**

Prevalenze per ASL – Passi 2009-12  
Regione Piemonte: 77% (IC95%: 75,4% - 78,5%)



## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Si stima che nell'ASL CN2 Alba-Bra, nella fascia d'età 18-69 anni, circa una persona su cinque sia ipertesa; questa proporzione aumenta fino al 34% nelle persone al di sopra dei 50 anni.

L'identificazione precoce delle persone ipertese grazie a controlli regolari dei valori della pressione arteriosa (specie sopra ai 35 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità. Le linee guida internazionali raccomandano la misurazione della pressione arteriosa al di sopra dei 18 anni con periodicità non superiore a due anni nei soggetti normotesi e ad un anno in quelli con valori borderline (pressione sistolica di 120-140 mmHg e/o diastolica di 80-90).

Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipertesi può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costante rappresentano misure efficaci per ridurre i valori pressori, indipendentemente dalla necessità anche di un trattamento farmacologico. Il consiglio di adottare misure comportamentali e dietetiche per ridurre la pressione negli ipertesi viene fornito a circa quattro ipertesi su cinque.

# Ipercolesterolemia

---

Il colesterolo è una sostanza grassa necessaria al corretto funzionamento dell'organismo: partecipa infatti alla sintesi di alcuni ormoni e della vitamina D ed è un costituente delle membrane delle cellule. Prodotto dal fegato, può anche essere introdotto con la dieta: è contenuto, per esempio, nei cibi ricchi di grassi animali, come carne, burro, salumi, formaggi, tuorlo dell'uovo, fegato. È invece assente in frutta, verdura e cereali.

Il trasporto del colesterolo attraverso il sangue è affidato a una classe particolare di particelle, quella delle lipoproteine. Esistono quattro tipi di lipoproteine, classificate in base alla densità, che è inversamente proporzionale alla quantità di colesterolo presente. Le più importanti per la prevenzione cardiovascolare sono:

- LDL, o lipoproteine a bassa densità: trasportano il colesterolo sintetizzato dal fegato alle cellule del corpo
- HDL, o lipoproteine ad alta densità: rimuovono il colesterolo in eccesso dai diversi tessuti e lo trasportano nuovamente al fegato, che poi provvede a eliminarlo.

Si parla di ipercolesterolemia quando il colesterolo totale (LDL più HDL) è troppo alto. Valori desiderabili sono i seguenti:

- colesterolo totale: fino a 200 mg/dl;
- colesterolo LDL ("colesterolo cattivo"): fino a 100 mg/dl;
- colesterolo HDL ("colesterolo buono"): non inferiore a 50 mg/dl.

## **Sintomi e diagnosi**

Alti livelli di colesterolo non producono sintomi diretti: molte persone ignorano infatti di soffrire di ipercolesterolemia. Tuttavia, il colesterolo può essere facilmente misurato con un semplice esame del sangue e deve essere tenuto costantemente sotto controllo.

## **Ereditarietà e fattori di rischio**

Esistono diversi fattori che possono contribuire all'ipercolesterolemia, tra cui dieta, sovrappeso e obesità, mancanza di attività fisica, ma anche la concomitanza di malattie metaboliche come il diabete. Anche il fumo può modificare i livelli dei grassi nel sangue aumentando i trigliceridi (grassi, la maggior parte sono introdotti con la dieta e trasformati dal fegato in altri grassi es. colesterolo) e abbassando il colesterolo HDL facilitando i danni sui vasi sanguigni e accelerando il processo di indurimento delle arterie. Inoltre, il livello di colesterolo LDL tende ad aumentare con l'età, soprattutto fra le donne.

Ci sono poi degli individui geneticamente predisposti a sviluppare ipercolesterolemia e che possono quindi sviluppare aterosclerosi e problemi cardiaci fin da giovani. Questa condizione è nota come ipercolesterolemia ereditaria ed è associata a una serie di mutazioni a carico del gene del recettore delle LDL, che si trova sul cromosoma 19. I soggetti eterozigoti hanno invece manifestazioni più lievi, spesso poco evidenti durante l'infanzia. I problemi a carico dell'apparato cardiovascolare cominciano in genere verso i 35-40 anni negli uomini e verso i 45-55 anni fra le donne.

Attualmente esiste una terapia farmacologica in grado di curare efficacemente l'ipercolesterolemia familiare e di prevenirne le conseguenze cardiovascolari a lungo termine. Diventa quindi fondamentale diagnosticarla correttamente il più presto possibile. La presenza di livelli molto elevati di colesterolo totale è una condizione necessaria, ma non sufficiente per la diagnosi della malattia, che è determinata anche da altri fattori individuali e ambientali. Infatti, non solo esistono altre forme di ipercolesterolemia, ma l'aumento di colesterolo può essere secondario ad altre malattie. È perciò importante poter effettuare la diagnosi genetico-molecolare della malattia, che offre la possibilità di una diagnosi certa e precoce, anche in fase prenatale.

## **Prevenzione e trattamento**

La prevenzione è la strategia principale per mantenere la colesterolemia entro i livelli consigliati. Tra gli stili di vita consigliati ci sono quindi:

- mantenere un'alimentazione sana, riducendo i grassi (soprattutto quelli saturi) e il consumo di alcol;

- controllare il peso corporeo ;
- fare attività fisica in modo regolare;
- evitare il fumo.

A volte, però, intervenire sullo stile di vita non basta per tenere i livelli di colesterolo sotto controllo e può rendersi necessario un intervento farmacologico (3).

## Quante persone hanno effettuato almeno una volta nella vita la misurazione del colesterolo?

Nell'ASL CN2 Alba-Bra, l'80% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia:

- il 53% nel corso dell'ultimo anno;
- il 15% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista;
- il 12% da oltre 2 anni.

Il 20% non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.

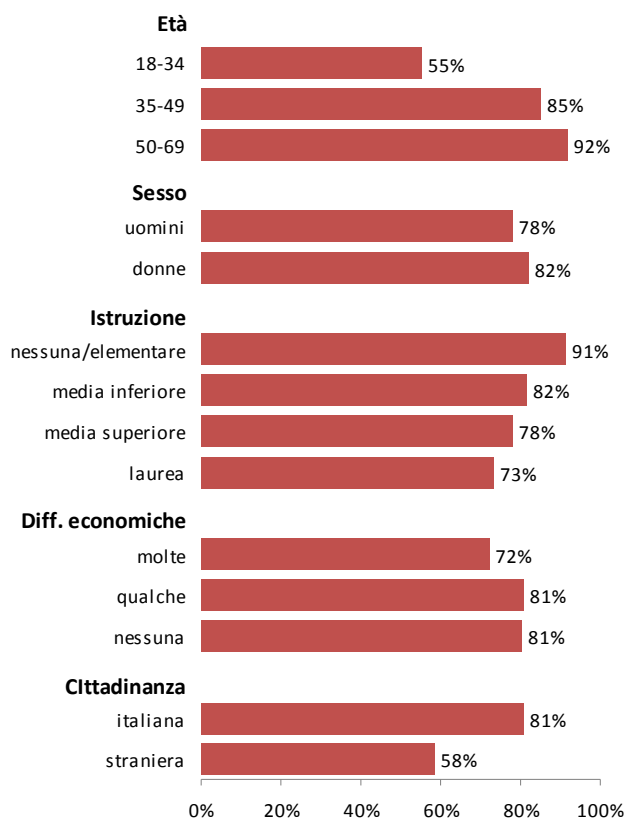
La misurazione del colesterolo è più frequente:

- al crescere dell'età (dal 55% della fascia 18-34 anni al 92% di quella 50-69 anni);
- nelle donne (82%);
- nelle persone con basso livello di istruzione (91%);
- nelle persone con qualche o senza alcuna difficoltà economica (81%);
- nei cittadini italiani (81%).

### Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2009-12

**Totale: 80,2% (IC 95%: 77,7%-82,5%)**

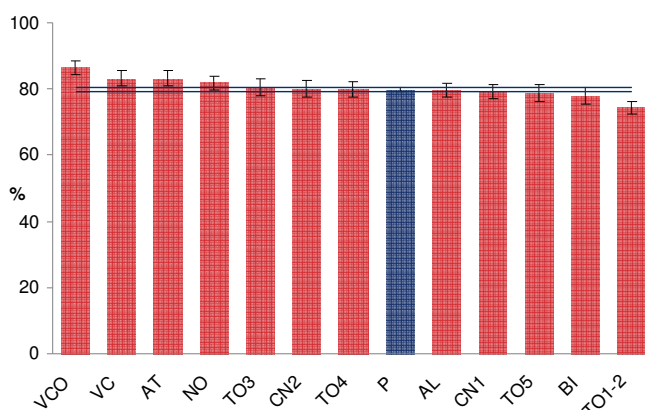


Nelle ASL piemontesi PASSI 2009-12, la percentuale di persone che hanno misurato la colesterolemia almeno una volta nella vita è dell'80% (range: 74% ASL TO1-2 – 87% ASL VCO).

### Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita

Prevalenze per ASL – Passi 2009-12

Regione Piemonte: 79,9% (IC95%: 79,2%- 80,5%)



**Persone che riferiscono di aver misurato la colesterolemia almeno una volta nella vita**

Prevalenze per Regione di residenza – Passi 2009-2012  
Pool di Asl: 79,2% (IC95%: 79,0%-79,5%)



\* In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione.

Nel Pool di ASL 2009-2012 il 79% degli intervistati dichiara di aver misurato almeno una volta nella vita la colesterolemia. Fra questi, il 24% riferisce di aver ricevuto una diagnosi di ipercolesterolemia, con una variabilità significativa per Regione di residenza: il valore più alto si osserva in Sardegna (31%) e il più basso in Campania (17%).

**Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?**

Nell'ASL CN2 Alba-Bra, il 25% degli intervistati (ai quali è stato misurato il colesterolo) riferisce di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.

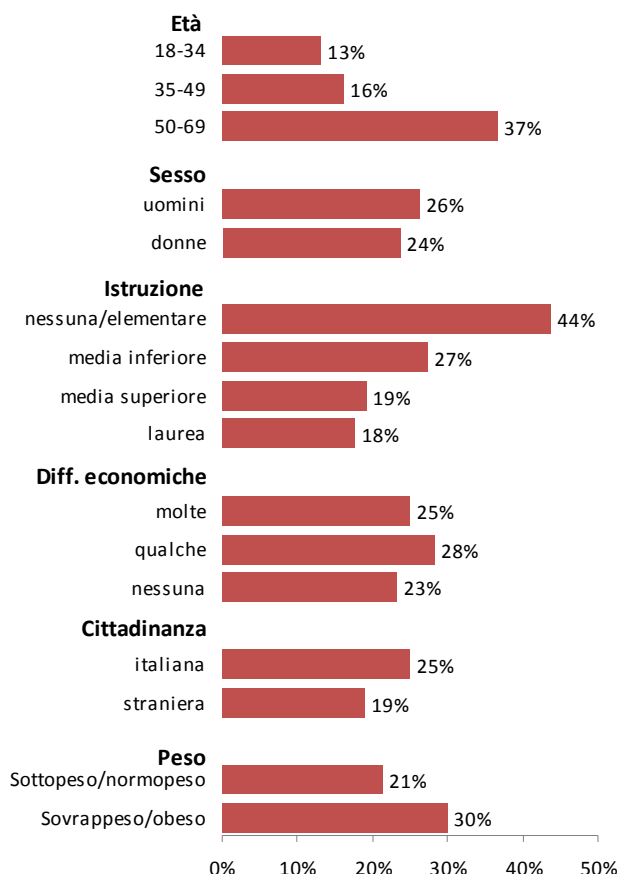
In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa:

- nelle classi d'età più avanzate 50-69 anni (37%);
- nelle persone con basso livello di istruzione (44%);
- nei cittadini italiani (25%);
- nelle persone in sovrappeso/obese (30%).

**Persone con diagnosi riferita di ipercolesterolemia**

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2009-12

**Totale: 24,8% (IC 95%: 22%-27,8%)**

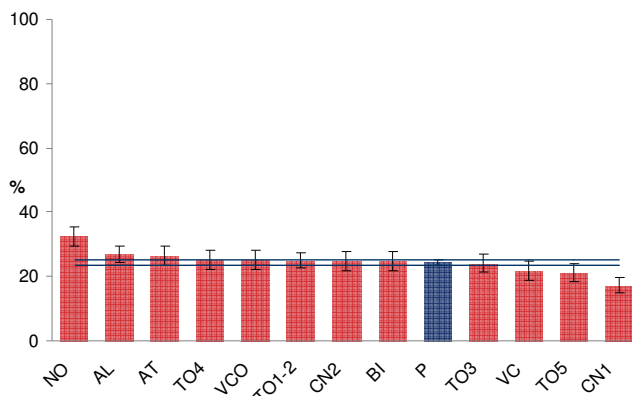


Nelle ASL piemontesi PASSI 2009-12, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 25%, (range: 17% ASL CN1- 32% ASL NO).

Nel Pool PASSI 2009-12 a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 24%.

### Persone con diagnosi riferita di ipercolesterolemia

Prevalenze ASL - Passi 2009-12  
Regione Piemonte: 24,5% (IC95%: 23,6%-25,3%)



### Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

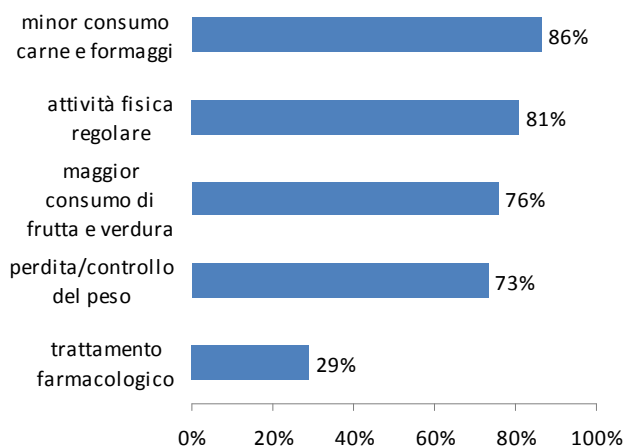
Nell'ASL CN2, il 29% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.

Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone con ipercolesterolemia hanno riferito di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di:

- ridurre il consumo di carne e formaggi (86%);
- svolgere regolare attività fisica (81%);
- aumentare il consumo di frutta e verdura (76%);
- ridurre o controllare il proprio peso (73%).

### Trattamenti consigliati dal medico

ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2009-12 (n=219)

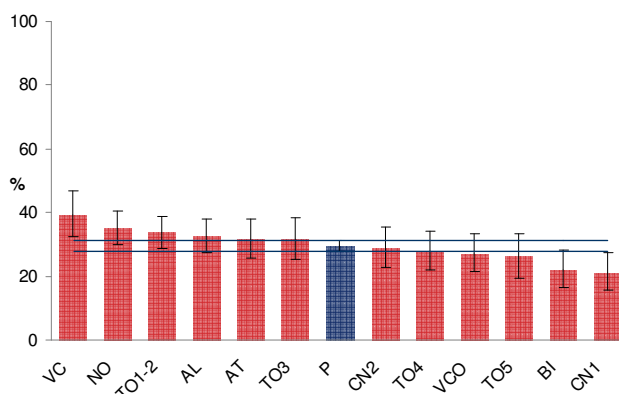


Nel periodo 2009-12, nelle ASL Piemontesi il 30% dei soggetti ipercolesterolemici dichiara di essere in trattamento farmacologico (range: 21% ASL CN1 – 39% ASL VC), il 90% di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di mangiare meno carne e formaggio (range: 84% ASL TO5 – 96% TO1-2), l'80% di svolgere regolare attività fisica (range 71% ASL TO4 – 87% ASL TO1-2) e di consumare più frutta e verdura (range: 68% ASL VC – 89% ASL CN1), il 77% di controllare o perdere peso corporeo (range: 64% ASL TO4 – 90% ASL TO1-2).

Nel pool di ASL PASSI 2009-12 a livello nazionale, la percentuale di persone con colesterolo alto in trattamento farmacologico risulta del 31%. L'80% di essi invece dichiara di aver ricevuto consiglio di consumare più frutta e verdura, l'88% di mangiare meno carne e formaggi, il 77% di controllare il peso e l'81% di fare regolare attività fisica.

### Ipercolesterolemici attualmente in trattamento farmacologico

Prevalenze ASL - Passi 2009-12  
Regione Piemonte: 29,5% (IC95%: 27,7% - 31,3%)



## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Si stima che nella ASL CN2 Alba-Bra, nella fascia d'età 18-69 anni, circa una persona su quattro abbia valori elevati di colesterolemia, fino a salire a oltre una persona su tre sopra ai 50 anni.

L'identificazione precoce delle persone con ipercolesterolemia grazie a controlli regolari (specie sopra ai 40 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità: circa una persona su cinque non è mai stata sottoposta alla misurazione del livello di colesterolo nel sangue. Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipercolesterolemici può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

Tra le persone con diagnosi di ipercolesterolemia il 29% ha riferito di effettuare una terapia farmacologica; questa non deve comunque essere considerata sostitutiva dell'adozione di stili di vita corretti: in molti casi i valori di colesterolo nel sangue possono essere controllati semplicemente svolgendo attività fisica regolare e/o seguendo una dieta appropriata.



# Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

---

La distribuzione del rischio cardiovascolare non è omogenea su tutto il territorio regionale; i tassi standardizzati di mortalità variano tra le ASL e, ancor più, tra i distretti. Oltre che sul piano geografico, esistono differenze anche sul piano sociale, sia nell'esposizione a fattori di rischio, sia nella frequenza di malattia.

Nonostante il minore rischio cardiovascolare del Piemonte in confronto ad altre realtà nazionali, l'alta numerosità di eventi giustifica la necessità di interventi di prevenzione primaria all'interno della regione. L'individuazione di fasce di popolazione a maggiore rischio (per residenza o per condizioni socio-economiche) aiuta ad indirizzare gli interventi ai gruppi di popolazione selezionati.

L'identificazione e il corretto trattamento delle persone a rischio di malattie cardiovascolari è uno degli obiettivi della prevenzione primaria individuale. I Medici di Medicina Generale rappresentano, per i cittadini, uno dei principali punti di accesso al sistema sanitario; ad essi spetta quindi un ruolo di primo piano nell'identificazione dei soggetti a rischio e nell'avvio di opportune attività di prevenzione e terapia. Ad oggi non ci sono strategie di screening per identificare i pazienti a rischio di sviluppare un evento cardiovascolare: semplicemente, le linee guida europee raccomandano di sottoporre a valutazione del rischio tutti i soggetti tra i 40 e i 69 anni, indipendentemente dalla loro storia clinica e/o dall'utilizzo di terapie farmacologiche.

Per quantificare un rischio che tenga conto dell'eziologia multifattoriale delle malattie cardiovascolari (detto rischio cardiovascolare globale assoluto), l'Istituto Superiore di Sanità ha messo a punto due strumenti: la carta del rischio cardiovascolare e il punteggio del rischio individuale. Entrambi consentono di stimare la probabilità individuale di ammalarsi di un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei successivi dieci anni (4).

Negli ultimi anni i Piani della Prevenzione nazionale e regionale ne hanno promosso una sempre maggior diffusione anche mediante l'organizzazione di iniziative di formazione rivolte ai Medici di Medicina Generale.

Nella determinazione del punteggio si utilizzano i valori di sei fattori principali (sesso, presenza di diabete, abitudine al fumo, età, valori di pressione arteriosa sistolica e colesterolemia) allo scopo di pervenire ad un valore numerico rappresentativo del livello di rischio del paziente: il calcolo del punteggio può essere ripetuto nel tempo, consentendo di valutare variazioni del livello di rischio legate agli effetti di specifiche terapie farmacologiche o a variazioni apportate agli stili di vita.

Il calcolo del rischio cardiovascolare è inoltre un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente, anche allo scopo di promuovere la modifica di abitudini di vita scorrette.

## **Valutazione del rischio globale assoluto**

Il **rischio cardiovascolare globale assoluto** è un indicatore che permette di valutare la probabilità di ammalare di un evento cardiovascolare maggiore conoscendo il livello di alcuni fattori di rischio. E' stata infatti abbandonata l'idea di identificare le persone a rischio sulla base dei fattori considerati singolarmente, ma viene presa in considerazione la loro valutazione globale. Per questo, il rischio globale assoluto non è la semplice somma del rischio dovuto ai singoli fattori.

L'uso del rischio globale assoluto rispetta l'eziologia multifattoriale della malattia cardiovascolare: il suo valore viene stimato per ogni individuo a partire dai principali fattori di rischio presenti. Inoltre offre opzioni multiple al trattamento delle persone con rischio aumentato: la modificazione di ciascuno dei singoli fattori può infatti influenzare in maniera chiaramente prevedibile il rischio assoluto. Questa possibilità facilita il rispetto delle preferenze della persona, considerando che la gran parte delle condizioni di rischio cardiovascolare identificate, come l'ipertensione arteriosa e l'ipercolesterolemia, sono asintomatiche. Per valutare il rischio globale assoluto si utilizzano funzioni matematiche che elaborano dati derivanti da studi longitudinali, condotti su gruppi di popolazione seguiti nel tempo. La validità di uso di queste funzioni di rischio dipende dalle caratteristiche della popolazione che le ha generate e degli individui a cui vengono

applicate.

Le funzioni di rischio, infatti, includono tre elementi:

- valori di popolazione dei fattori di rischio (ad esempio, la media dei valori di colesterolemia e di pressione arteriosa nella popolazione);
- coefficienti di rischio (fattori moltiplicativi) che attribuiscono un peso eziologico a ogni singolo fattore;
- probabilità di sopravvivere senza la malattia da parte della popolazione stessa.

Tutte queste componenti cambiano da popolazione a popolazione, in particolare se si confrontano popolazioni che hanno culture e abitudini molto diverse fra loro, ma anche nel confronto di coorti generazionali diverse. Ha rilevanza inoltre la numerosità delle coorti utilizzate per derivare le funzioni: più ampi sono i campioni, maggiore è il numero di eventi verificatisi e più stabili e affidabili sono le stime. Da queste funzioni sono stati elaborati due strumenti di valutazione del rischio globale assoluto: le carte del rischio cardiovascolare e il punteggio individuale.

Le **carte del rischio** sono classi di rischio globale assoluto calcolate per categorie di fattori di rischio (età, sesso, diabete, fumo, pressione sistolica e colesterolemia totale).

Il **punteggio individuale** offre, invece, una valutazione più precisa, perché considera valori continui per alcuni fattori di rischio, cioè l'età, la colesterolemia totale, l'HDL e la pressione arteriosa sistolica; include, inoltre, nella stima la terapia anti-ipertensiva, considerando che il valore di pressione sistolica registrato non è naturale ma dovuto anche al trattamento specifico; la terapia anti-ipertensiva è anche un indicatore di ipertensione arteriosa di vecchia data.

Per questo motivo, la carta del rischio e il punteggio individuale possono dare risultati un po' diversi.

*Confronto fra carta del rischio cardiovascolare e punteggio individuale*

	<b>CARTA</b>	<b>PUNTEGGIO</b>
<b>Età</b>	40-69	35-69
<b>Fattori di rischio</b>	Età, Pressione arteriosa sistolica, Colesterolemia totale, Fumo, Diabete	Età, Pressione arteriosa sistolica, Colesterolemia totale, Fumo, Diabete, HDL, terapia anti-ipertensiva
<b>Pressione arteriosa sistolica, Colesterolemia totale, HDL</b>	Categorico	Continuo
<b>Rischio</b>	Categorico	Continuo

### **Carta del rischio cardiovascolare**

La carta del rischio cardiovascolare serve a stimare la probabilità di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia. La carta del rischio:

- deve essere usata dal medico;
- è valida se i fattori di rischio vengono misurati seguendo la **metodologia standardizzata**;
- è utilizzabile su donne e uomini di età compresa fra 40 e 69 anni che non hanno avuto precedenti eventi cardiovascolari;
- non è utilizzabile nelle donne in gravidanza;
- non può essere applicata per valori estremi dei fattori di rischio: pressione arteriosa sistolica superiore a 200 mmHg o inferiore a 90 mmHg e colesterolemia totale superiore a 320 mg/dl o inferiore a 130 mg/dl.

Al fine della valutazione del rischio cardiovascolare, i valori degli esami clinici di glicemia e colesterolemia sono utilizzabili se eseguiti da non più di tre mesi.

Si consiglia di eseguire la valutazione del rischio cardiovascolare attraverso la carta almeno:

- ogni sei mesi per persone a elevato rischio cardiovascolare (rischio superiore o uguale al 20%);
- ogni anno per persone a rischio da tenere sotto controllo attraverso l'adozione di uno stile di vita sano (rischio superiore o uguale al 5% e inferiore al 20%);
- ogni 5 anni per persone a basso rischio cardiovascolare (rischio inferiore al 5%).




## Come utilizzare la carta

Identificare la carta corrispondente al genere e allo stato di diabete: uomo diabetico, uomo non diabetico, donna diabetica, donna non diabetica (vedere Appendice). Per ognuna di queste quattro categorie le carte sono suddivise per fumatori e non fumatori.

Identificare quindi il decennio di età e posizionarsi nella casella in cui ricadono i valore di colesterolemia e pressione arteriosa.

Il rischio cardiovascolare è espresso in sei categorie di **rischio MCV** (da I a VI): la categoria di rischio MCV indica quante persone su 100 con quelle stesse caratteristiche sono attese ammalarsi nei 10 anni successivi.

Le categorie di rischio sono espresse in:

livello di rischio a 10 anni		
rischio MCV VI		oltre 30%
rischio MCV V		20% - 30%
rischio MCV IV		15% - 20%
rischio MCV III		10% - 15%
rischio MCV II		5% - 10%
rischio MCV I		meno 5%

I fattori di rischio considerati sono:

- 1 **genere** espresso in due categorie, uomini e donne;
- 2 **diabete** espresso in due categorie, diabetico e non diabetico; viene definita diabetica la persona che presenta, in almeno 2 misurazioni successive nell'arco di una settimana, la glicemia a digiuno **uguale o superiore a 126 mg/dl** oppure è sottoposta a trattamento con **ipoglicemizzanti orali o insulina** oppure **presenta storia clinica personale** di diabete;
- 3 **età** espressa in anni e considerata in decenni, 40-49, 50-59, 60-69;
- 4 **abitudine al fumo** di sigaretta espressa in due categorie, fumatori e non fumatori; si definisce fumatore chi fuma regolarmente ogni giorno (anche una sola sigaretta) oppure ha smesso da meno di 12 mesi. Si considera non fumatore chi non ha mai fumato o ha smesso da più di 12 mesi;
- 5 **pressione arteriosa sistolica** espressa in mmHg; rappresenta la pressione sistolica come media di due misurazioni consecutive eseguite secondo la metodologia standardizzata. È suddivisa in quattro categorie:
  - uguale o superiore a 90 mmHg e inferiore a 130 mmHg;
  - uguale o superiore a 130 mmHg e inferiore a 150 mmHg;
  - uguale o superiore a 150 mmHg e inferiore a 170 mmHg;
  - uguale o superiore a 170 mmHg e inferiore o uguale a 200 mmHg.

Per persone che hanno il valore della pressione arteriosa sistolica superiore a 200 mmHg o inferiore a 90 mmHg non è possibile utilizzare la carta per la valutazione del rischio.

- 6 **colesterolemia totale** espressa in mg/dl; è suddivisa in cinque intervalli:

- uguale o superiore a 130 mg/dl e inferiore a 174 mg/dl;
- uguale o superiore a 174 mg/dl e inferiore a 213 mg/dl;
- uguale o superiore a 213 mg/dl e inferiore a 252 mg/dl;
- uguale o superiore a 252 mg/dl e inferiore a 291 mg/dl;
- uguale o superiore a 291 mg/dl e inferiore o uguale a 320 mg/dl.

Per persone che hanno il valore della colesterolemia superiore a 320 mg/dl o inferiore a 130 mg/dl non è possibile utilizzare la carta per la valutazione del rischio.

## Calcolo del punteggio individuale

Il punteggio individuale è uno strumento semplice per stimare la probabilità di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di otto fattori di rischio: sesso, età, diabete, abitudine al fumo, pressione arteriosa sistolica, colesterolemia totale, HDL-colesterolemia e trattamento anti-ipertensivo.

La valutazione del rischio offerta dal punteggio è più precisa rispetto a quella delle carte del rischio cardiovascolare. Il punteggio individuale infatti:

- considera due fattori di rischio in più rispetto alla carta, **HDL-colesterolemia** e **terapia anti-ipertensiva**, che rappresenta un fattore aggiuntivo alla pressione arteriosa, in quanto il valore registrato non è naturale ma dovuto anche al trattamento specifico, ed è un indicatore per la valutazione di ipertensione arteriosa di vecchia data;
- le carte sono classi di rischio globale assoluto calcolate per categorie di fattori di rischio e considerano intervalli di valori per colesterolemia e pressione arteriosa; il punteggio individuale tiene conto di valori continui per colesterolemia totale, HDL-colesterolemia, età e pressione arteriosa e offre una stima puntuale del rischio cardiovascolare;
- il punteggio individuale può essere applicato a persone nella fascia di età 35-69 anni (la carta considera invece la fascia 49-69 anni).

Pertanto la valutazione del rischio attraverso i due strumenti può risultare un po' diversa. Il calcolo del punteggio individuale:

- deve essere effettuato dal medico;
- è valido se i fattori di rischio sono stati misurati seguendo la metodologia standardizzata;
- è utilizzabile su donne e uomini di età compresa fra 35 e 69 anni che non hanno avuto precedenti eventi cardiovascolari;
- non è utilizzabile nelle donne in gravidanza;
- non può essere applicato per valori estremi dei fattori di rischio: pressione arteriosa sistolica superiore a 200 mmHg o inferiore a 90 mmHg, colesterolemia totale superiore a 320 mg/dl o inferiore a 130 mg/dl, HDL-colesterolemia inferiore a 20 mg/dl o superiore a 100 mg/dl.

Al fine della valutazione del rischio cardiovascolare, i valori degli esami clinici di glicemia e colesterolemia sono utilizzabili se eseguiti da non più di tre mesi.

Si consiglia di eseguire la valutazione del rischio cardiovascolare attraverso il punteggio almeno:

- ogni sei mesi per persone a elevato rischio cardiovascolare (rischio superiore o uguale al 20%);
- ogni anno per persone a rischio da tenere sotto controllo attraverso l'adozione di uno stile di vita sano (rischio superiore o uguale al 3% e inferiore al 20%);
- ogni 5 anni per persone a basso rischio cardiovascolare (rischio inferiore al 3%).

### **Fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione 18-69 anni** **Risultati PASSI 2009-2012**

	<b>ASL CN2</b>	<b>Regione Piemonte</b>	<b>Pool PASSI</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Iperpressione arteriosa	18,6	20,5	20,3
Ipercolesterolemia	24,8	24,5	24,1
Sedentarietà	20,9	29,4	31,1
Fumo	28,5	27,5	28,4
Eccesso ponderale (IMC>25)	36,9	37,2	41,9
Meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	90,7	88,7	90,3
Diabete	Dato non disponibile	4,4	4,5

## A quante persone è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare?

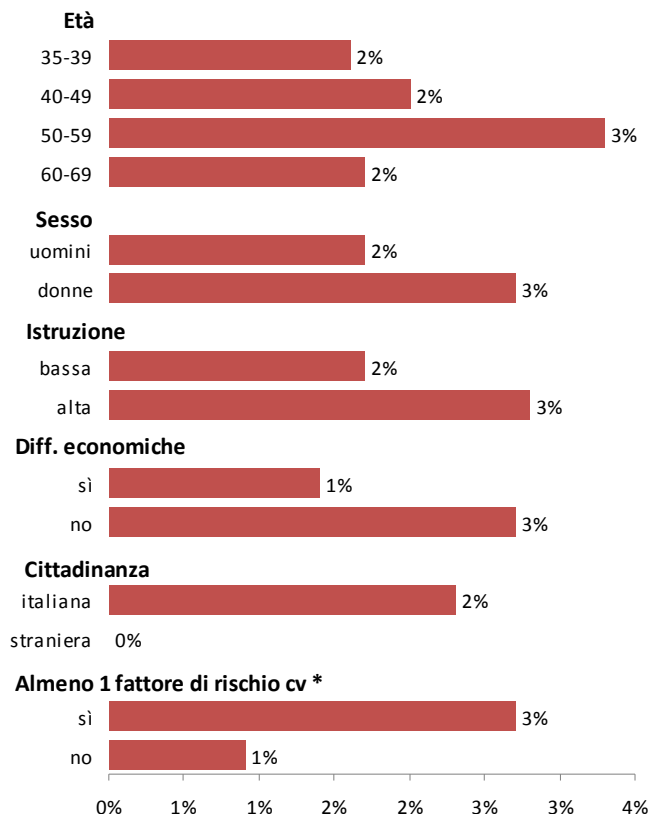
Nell'ASL CN2, solo il 2% degli intervistati nella fascia 35-69 anni riferisce di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.

In particolare, il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare risulta più frequente, anche se con valori sempre molto bassi:

- nella classe di età 50-59 anni;
- nelle persone con cittadinanza italiana;
- nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.

### Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare (persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari) Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2009-12

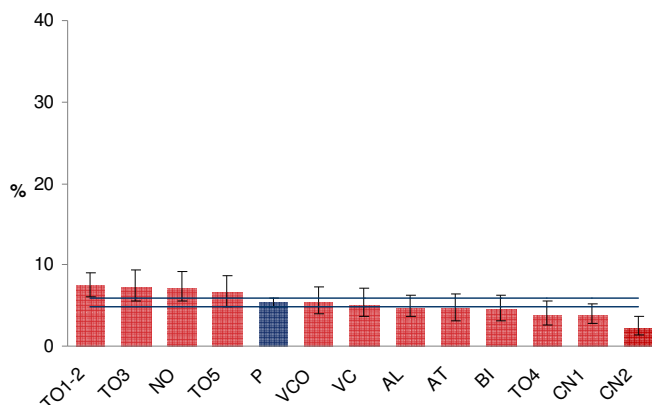
**Totale: 2,2% (IC 95%: 1,3%-3,6%)**



\* Fattori di rischio cardiovascolare considerati: fumo, ipercolesterolemia, ipertensione, eccesso ponderale e diabete

Nel Pool delle ASL del Piemonte PASSI 2009-12 la percentuale di persone controllate nei due anni precedenti l'intervista è del 5% (range: 2% ASL CN2 – 7% ASL TO1-2).

### Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare (persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari) (%) Prevalenze per ASL – Passi 2009-2012 Regione Piemonte: 5,4% (IC95%: 4,9%-5,9%)



**Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare  
(persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari) (%)**

Prevalenze per Regione di residenza – Passi 2009-2012

Pool di Asl: 6,9% (IC95%: 6,7%-7,1%)



\* In Lombardia non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione.

I dati Pool PASSI 2009-2012 rilevano che la carta del rischio è ancora poco utilizzata: il 7% degli intervistati di età 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari, ha dichiarato che gli è stato misurato il rischio cardiovascolare, mediante carta o punteggio individuale, con differenze significative a livello regionale. Il valore più alto si registra in Calabria (13%) e il più basso in Umbria (3,5%). Anche nelle situazioni di maggiore rischio è coinvolta solo una minoranza di assistiti.

## **Conclusioni e raccomandazioni**

La prevenzione delle malattie cardiovascolari è uno degli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione e dei Piani Regionali di Prevenzione; la carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti utili per identificare le persone a rischio, alle quali mirare trattamento e consigli specifici.

In ambito nazionale e regionale questi strumenti sono ancora largamente inutilizzati da parte dei medici, ancor di più nell'ASL CN2; il Piano della Prevenzione prevede di promuovere la diffusione dell'utilizzo della carta o del punteggio di rischio attraverso interventi di sensibilizzazione rivolti ai Medici di Medicina Generale e agli specialisti.

# Bibliografia

---

1. Istituto Superiore di Sanità - EpiCentro: Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica – *Passi* (<http://www.epicentro.iss.it/passi/>)
2. Ministero della salute - *Iperensione arteriosa* ([http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1\\_5.jsp?lingua=italiano&id=18&area=Malattie\\_cardiovascolari](http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=18&area=Malattie_cardiovascolari))
3. Istituto Superiore di Sanità - EpiCentro: Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica - *Colesterolo e ipercolesterolemia* (<http://www.epicentro.iss.it/problemi/colesterolo/colesterolo.asp#ipercolesterolemia>)
4. Migliardi A., Bellini S., Giustetto G., Nejrotti M., Ghigo S., Gnani R., *Il rischio cardiovascolare e i Medici di Medicina Generale in Piemonte*, Torino, maggio 2008; (Regione Piemonte – Epidemiologia Piemonte). [http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/cuore/dwd/rapluglio\\_08.pdf](http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/cuore/dwd/rapluglio_08.pdf)
5. Istituto Superiore di Sanità - Progetto CUORE: Epidemiologia e prevenzione delle malattie cerebro e cardiovascolari (<http://www.cuore.iss.it>)

# Campagne di sensibilizzazione attivate nell'ASL CN2. Anno 2013

## 14 marzo 2013 - Giornata mondiale del rene



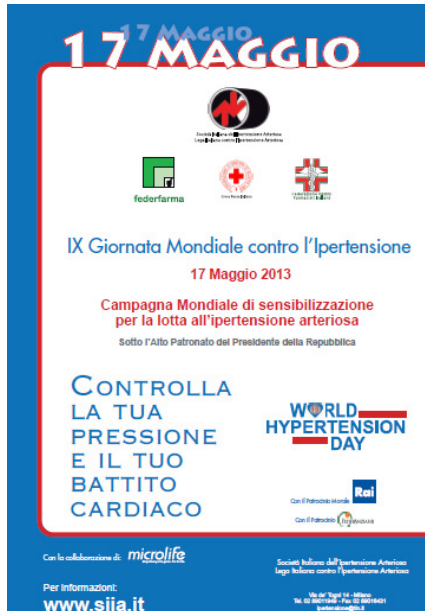
### Progetto "Porte Aperte"

In occasione della Giornata mondiale del rene è stato attivato il progetto "Porte Aperte": visite gratuite presso l'ambulatorio nefrologico dell'ASL CN2 con rilevazione della Pressione Arteriosa; se necessario attivazione di un successivo programma di approfondimento clinico; distribuzione di opuscoli e materiale informativo.

Fonti:

- <http://www.sin-italy.org> (Società Italiana di Nefrologia);
- <http://www.fondazioneitalianadelrene.org/giornata-mondiale-del-rene-2013> (Fondazione Italiana del Rene Onlus).

## 17 maggio 2013 – IX Giornata Mondiale dell'Ipertensione Arteriosa



**Il 17 e 18 maggio misurazione gratuita della pressione arteriosa ad Alba e Bra.**

Iniziativa di informazione e sensibilizzazione dell'opinione pubblica sul tema dell'ipertensione arteriosa e delle patologie ad essa correlate promosse dalla SIIA (Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa) sotto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica.

Il Centro Ipertesi e Holter pressorio della S.O.C. Medicina generale, la S.O.C. Cardiologia e UTIC e la S.O.C. Nefrologia dell'ASL CN2 hanno aderito alla suddetta giornata organizzando due postazioni:

**Alba** - Piazza Savona (davanti alla Banca d'Alba) - Sabato 18 maggio dalle ore 8.30 alle ore 12.30;

**Bra** - Via Cavour angolo Piazza Carlo Alberto (sotto i portici Banca Popolare di Novara) - Venerdì 17 maggio dalle ore 8.30 alle ore 12.30.

Fonti:

- <http://www.aslcn2.it/ix-giornata-mondiale-dellipertensione-arteriosa/>;
- <http://sija.it/sez/per-il-pubblico/> (Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa)



## 31 maggio 2013 – Giornata Mondiale senza Tabacco

31 MAGGIO 2013 GIORNATA MONDIALE SENZA TABACCO

### LILTBERTÀ!



LILT aiuta a liberarsi!

Dalla dipendenza, dal rischio di gravi malattie cardiovascolari e dai rischi tumori. Da oltre novant'anni, ogni anno la LILT offre un reale supporto a chi voglia liberarsi dalla schiavitù del fumo attraverso l'impegno generoso e qualificato di volontari, medici, psicologi e strutture. Vogliamo che sia la libertà a essere conquistata!

www.lilt.it



### Liltbertà!'- Non mandare in fumo la tua libertà

Con lo slogan Liltbertà!'- Non mandare in fumo la tua libertà, la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT), nelle sedi di Cuneo, Alba, Mondovì e Saluzzo, si è messa a disposizione per offrire materiale informativo sui danni che provoca il fumo attivo e passivo. Il 31 maggio i volontari LILT erano anche presenti su alcune piazze per distribuire materiale informativo e alcuni gadget relativa alla giornata mondiale senza tabacco.

Fonte:

<http://www.legatumoricuneo.it/2013/05/31-maggio-giornata-mondiale-senza-tabacco/>

## 14-20 ottobre 2013 - La settimana della rianimazione cardiopolmonare



### “VIVA2013” La settimana della rianimazione cardiopolmonare

Nell'ambito delle manifestazioni VIVA2013, istituite a livello Europeo allo scopo di sensibilizzare la popolazione e gli operatori sanitari all'arresto cardiaco e di migliorare la conoscenza e la formazione alla rianimazione cardiopolmonare, il Gruppo di Formazione IRC dell'ASL CN2, partecipando alle iniziative italiane e europee, ha programmato la presenza nelle piazze di Alba (Sabato 19 ottobre, dalle ore 10 alle ore 18, in Piazza Savona 1, in collaborazione con la Fondazione Banca d'Alba) e Bra (domenica 29 settembre, dalle ore 10 alle ore 18, in Piazza XX Settembre durante la manifestazione "Sportinpiazza" organizzata da CONI e Comune) di un gazebo informativo/dimostrativo sulle tecniche di rianimazione cardiopolmonare e defibrillazione con l'invito a provare il massaggio cardiaco su manichino.

Nelle stesse occasioni è stato presentato il Progetto "Ragazzi per la vita" che in 10 anni ha formato nelle tecniche di RCP 10.000 ragazzi delle Scuole Superiori del territorio, grazie all'impegno costante dell'A.S.L. CN2, degli insegnanti delle Scuole del territorio e di alcuni sponsor.

Fonti:

- [www.viva2013.it](http://www.viva2013.it);

- <http://www.aslcn2.it/viva2013-la-settimana-della-rianimazione-cardiopolmonare/>

## 29 ottobre 2013 - Giornata Mondiale contro l'ictus cerebrale



### ALICE ad Alba per la Giornata contro l'ictus cerebrale.

Sabato 26 ottobre l'Associazione per la lotta all'ictus cerebrale (ALICE) di Cuneo, in collaborazione con il Centro servizi per il volontariato "Società solidale", ha organizzato in piazza Savona, ad Alba, una giornata di prevenzione contro l'ictus. Per tutta la giornata, grazie alla disponibilità del Centro servizi per il volontariato, dell'ospedale di Alba e di medici e allievi del corso di laurea in Scienze infermieristiche e il patrocinio di Asl e Comune, nei locali messi a disposizione dall'Associazione Carabinieri i cittadini hanno potuto effettuare uno screening gratuito e ricevere informazioni sull'ictus.

Fonte: <http://www.aliceitalia.org>

## 9-10 novembre 2013 – Giornata mondiale del diabete



Il servizio di Diabetologia e Malattie Metaboliche ASL CN2 Alba-Bra, in collaborazione con Fondazione Banca d'Alba onlus e con le Amministrazioni Comunali di Bra e di Canale, ha organizzato l'evento "Giornata Mondiale del Diabete", sabato 9 novembre dalle 9 alle 13 a Bra presso il Palazzo Mathis ed a Canale presso la chiesa di San Giovanni e domenica 10 novembre, dalle ore 9 alle 17, ad Alba presso Palazzo Banca d'Alba.

La giornata del diabete è rivolta alle persone non diabetiche che, per vari motivi (età, familiarità, fattori concomitanti quali obesità, sedentarietà, ipertensione ecc.), possono essere a rischio. In tale occasione viene effettuato uno screening preventivo con misurazione della glicemia capillare, del peso, della pressione arteriosa e somministrazione di un questionario.

Fonte: [www.giornatadeldiabete.it](http://www.giornatadeldiabete.it)

## APPENDICE

---

Carte del rischio cardiovascolare

Suggerimenti della World Heart Federation per gli adulti e per i propri familiari/figli

Suggerimenti della World Heart Federation per gli anziani

# Carte del rischio cardiovascolare









## Carta del rischio cardiovascolare

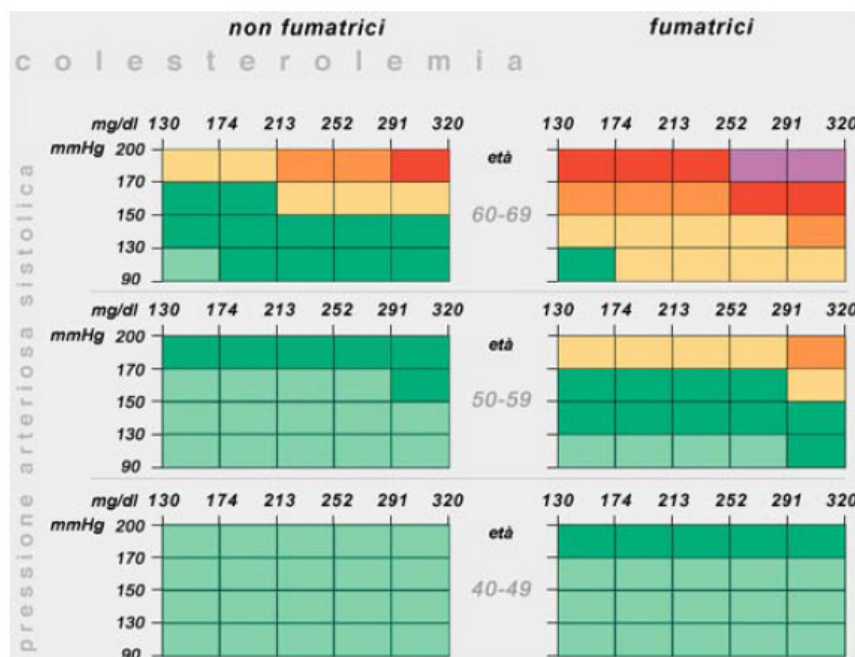
### donne diabetiche

rischio cardiovascolare a 10 anni

#### Come utilizzare la carta

- Posizionarsi nella zona fumatore / non fumatore.
- Identificare il decennio di età.
- Collocarsi sul livello corrispondente a pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.
- Identificato il colore, leggere nella legenda a fianco il livello di rischio.

livello di rischio a 10 anni		
rischio MCV VI		oltre 30%
rischio MCV V		20% - 30%
rischio MCV IV		15% - 20%
rischio MCV III		10% - 15%
rischio MCV II		5% - 10%
rischio MCV I		meno 5%



Le carte del rischio sono on-line sul sito del Progetto Cuore '[www.cuore.iss.it](http://www.cuore.iss.it)'

## Carta del rischio cardiovascolare

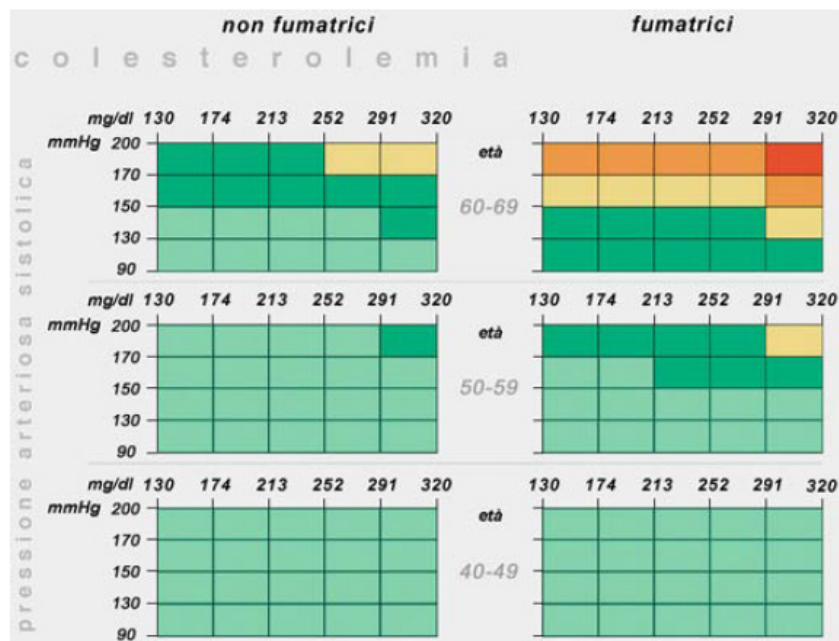
### donne non diabetiche

rischio cardiovascolare a 10 anni

#### Come utilizzare la carta

- Posizionarsi nella zona fumatore / non fumatore.
- Identificare il decennio di età.
- Collocarsi sul livello corrispondente a pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.
- Identificato il colore, leggere nella legenda a fianco il livello di rischio.

livello di rischio a 10 anni		
rischio MCV VI		oltre 30%
rischio MCV V		20% - 30%
rischio MCV IV		15% - 20%
rischio MCV III		10% - 15%
rischio MCV II		5% - 10%
rischio MCV I		meno 5%



Le carte del rischio sono on-line sul sito del Progetto Cuore [www.cuore.iss.it](http://www.cuore.iss.it)

## Carta del rischio cardiovascolare

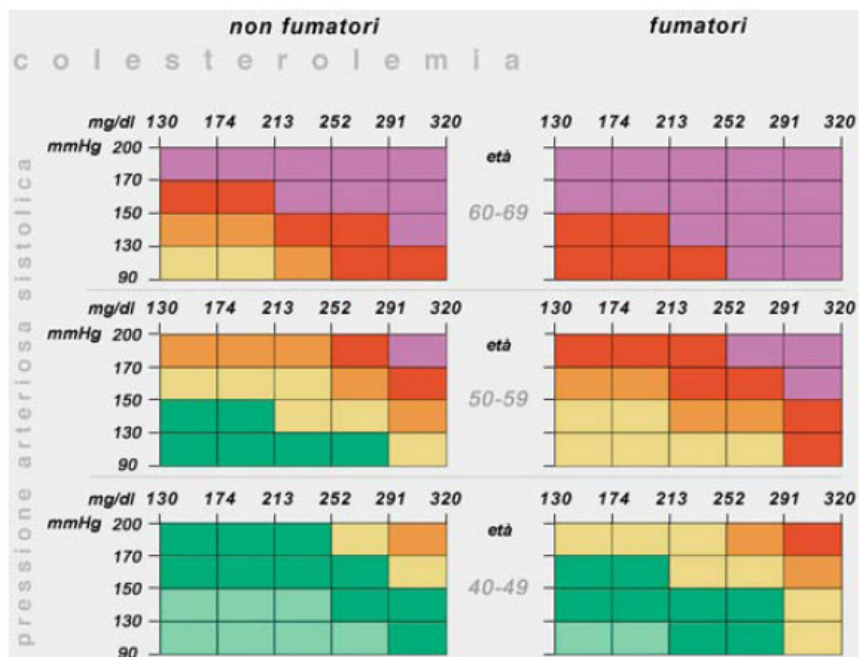
### uomini diabetici

rischio cardiovascolare a 10 anni

#### Come utilizzare la carta

- Posizionarsi nella zona fumatore / non fumatore.
- Identificare il decennio di età.
- Collocarsi sul livello corrispondente a pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.
- Identificato il colore, leggere nella legenda a fianco il livello di rischio.

livello di rischio a 10 anni		
rischio MCV VI		oltre 30%
rischio MCV V		20% - 30%
rischio MCV IV		15% - 20%
rischio MCV III		10% - 15%
rischio MCV II		5% - 10%
rischio MCV I		meno 5%



Le carte del rischio sono on-line sul sito del Progetto Cuore '[www.cuore.iss.it](http://www.cuore.iss.it)'

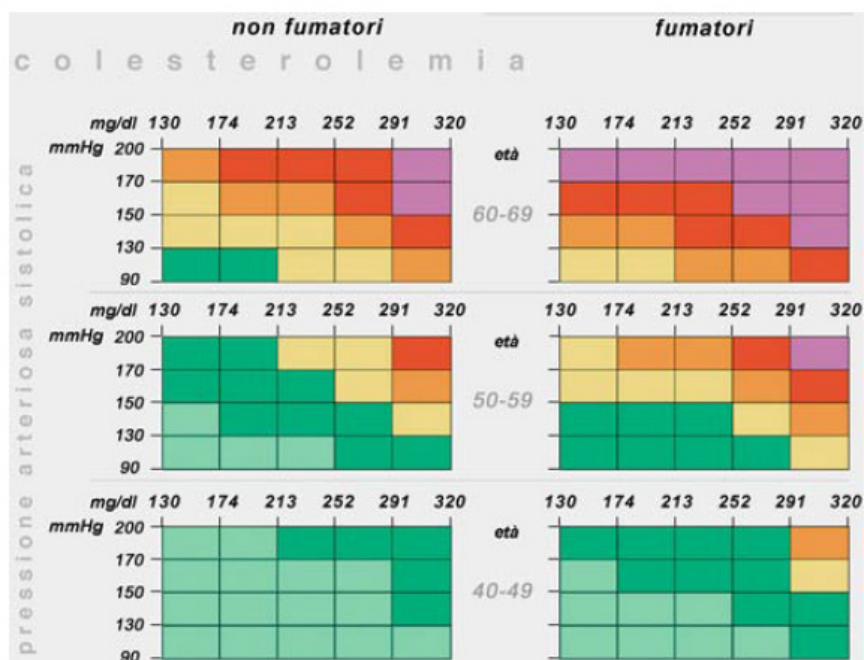
## Carta del rischio cardiovascolare

**uomini non diabetici**  
rischio cardiovascolare a 10 anni

### Come utilizzare la carta

- Posizionarsi nella zona fumatore / non fumatore.
- Identificare il decennio di età.
- Collocarsi sul livello corrispondente a pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.
- Identificato il colore, leggere nella legenda a fianco il livello di rischio.

livello di rischio a 10 anni		
rischio MCV VI		oltre 30%
rischio MCV V		20% - 30%
rischio MCV IV		15% - 20%
rischio MCV III		10% - 15%
rischio MCV II		5% - 10%
rischio MCV I		meno 5%



Le carte del rischio sono on-line sul sito del Progetto Cuore [www.cuore.iss.it](http://www.cuore.iss.it)



## Metodologia per la misurazione dei fattori di rischio

Per la valutazione del rischio cardiovascolare sono necessarie misure standardizzate dei fattori di rischio. Qui di seguito vengono illustrate le metodologie per raccogliere i valori di pressione arteriosa, diabete, colesterolemia e fumo. Al fine della valutazione del rischio cardiovascolare gli esami clinici di colesterolemia sono utilizzabili se eseguiti da non più di tre mesi.

### Diabete

1. La determinazione della glicemia a digiuno deve essere eseguita nei laboratori sottoposti a periodici controlli di qualità;
2. il prelievo di sangue deve essere eseguito a digiuno da almeno 12 ore;
3. il prelievo deve essere venoso, non capillare;
4. viene definita diabetica la persona che presenta, in almeno 2 misurazioni successive nell'arco di una settimana, la glicemia a digiuno uguale o superiore a 126 mg/dl o è sottoposta a trattamento con ipoglicemizzanti orali o insulina oppure presenta storia clinica personale di diabete.

### Pressione arteriosa

La pressione arteriosa sistolica deve essere misurata due volte, a distanza di qualche minuto l'una dall'altra. Il valore della pressione da utilizzare per la valutazione del rischio è la media delle due misure.

### Procedura

1. Prima dell'applicazione del bracciale è necessario rimuovere tutti gli indumenti che costringono il braccio. La misura va effettuata per due volte di seguito al braccio destro.
2. Applicato il bracciale, la persona deve essere lasciata tranquilla in posizione seduta e deve rilassarsi per circa cinque minuti prima della misurazione.
3. Il braccio destro deve trovarsi a 45 gradi rispetto al tronco; il bracciale deve essere posizionato all'altezza del cuore.
4. Durante la misurazione, sia la persona che l'operatore devono stare seduti.
5. Palpare il polso dell'arteria radiale e insufflare nel bracciale fino a 20-30 mmHg sopra la scomparsa del polso. Questo è il livello massimo a cui deve essere mandata la colonnina di mercurio durante la misurazione. Sgonfiare il manicotto attendere qualche secondo.
6. Gonfiare il manicotto. Posizionare il diaframma dello stetoscopio sull'arteria brachiale nella fossa antecubitale e sgonfiare lentamente il bracciale, facendo scendere la colonnina di mercurio alla velocità di 2 mmHg al secondo. Non posizionare la membrana del fonendoscopio sotto il manicotto.
7. Registrare il primo tono udibile seguito da uno identico, corrispondente al livello della pressione arteriosa sistolica; registrare l'ultimo tono udibile, corrispondente alla pressione arteriosa diastolica. La misura della pressione arteriosa deve essere effettuata con l'approssimazione di 2 mmHg.
8. Dopo aver sgonfiato completamente il manicotto, eseguire una seconda misurazione a distanza di qualche minuto; ripartire dal punto "6". Utilizzare come valore la media fra due misure successive. Lo sfigmomanometro a mercurio è da preferirsi rispetto agli strumenti anaeroidi, che sono difficili da standardizzare e possono deteriorarsi.

#### Comuni cause di imprecisione

- 1- apparecchiatura difettosa
- 2- mancato azzeramento della colonna di mercurio
- 3- intasamento dello scarico dell'aria
- 4- perdite dai tubi di connessione
- 5- inadeguate dimensioni del bracciale





#### **Tecnica difettosa**

- 1- bracciale non a livello del cuore, cioè in posizione non corretta
- 2- tubicini schiacciati dal braccio
- 3- posizione scomoda
- 4- sgonfiamento troppo rapido del bracciale
- 5- ipoacusia (sordità) del misuratore
- 6- preferenza per le cifre (in particolare per lo zero): imprecisione legata all'osservatore, in quanto la scala dello sfigmomanometro a mercurio è tarata di 2 mmHg in 2 mmHg

#### **Colesterolemia totale e HDL**

1. Il prelievo di sangue deve essere eseguito a digiuno da almeno 12 ore.
2. Il prelievo deve essere venoso, non capillare.
3. La determinazione della colesterolemia totale e HDL va effettuata nei laboratori sottoposti a periodici controlli di qualità.

#### **Fumo**

Si definisce fumatore chi fuma regolarmente ogni giorno (anche una sola sigaretta) oppure ha smesso da meno di 12 mesi. Si considera non-fumatore chi non ha mai fumato o ha smesso da più di 12 mesi.

# Suggerimenti della World Heart Federation per gli adulti e per i propri familiari/figli

*World Heart Day 2013: "Prendi la strada giusta verso la salute del cuore"*



## Attività fisica



**Siate attivi e incoraggiate l'attività dei vostri familiari/figli**

- **Siate fisicamente attivi.** Anche 30 minuti di moderata/intensa attività fisica cinque volte a settimana sono sufficienti.
- **Date ai bambini l'opportunità di aumentare l'attività fisica insieme a voi.** Ad esempio accompagnandoli a scuola a piedi o in bicicletta.
- **Spiegate ai ragazzi che non importa quale attività fisica si pratici ma che bisogna essere fisicamente attivi con regolarità.** Giocare a pallone con gli amici o ballare è un modo divertente di praticare attività fisica, non deve esserci soltanto lo sport.
- **Date ai vostri figli l'opportunità di essere attivi con gli amici.** Avere una vita sociale attiva promuove la componente di divertimento e incoraggia l'entusiasmo per attività regolari.
- **Limitate il tempo dedicato alla televisione, al computer o ai video-game.** Non più di due ore al giorno, aiutatevi proponendo alternative più attive.
- **Partecipate a iniziative volte a ottenere spazi pubblici adeguati che includano aree verdi sicure per i bambini.**

## Alimentazione



**Fate attenzione al cibo che mangiate e incoraggiate una sana alimentazione**

- **Consumate pasti ricchi di verdura e frutta e riducete il consumo di grassi saturi, grassi trans, sale e zucchero.** Consumare troppo sale può causare l'ipertensione arteriosa, i troppi grassi possono ostruire le arterie, troppi zuccheri possono favorire diabete e obesità.
- **Attenzione agli alimenti conservati e trasformati.** Spesso contengono livelli elevati di sale: l'assunzione di sale non dovrebbe superare i 5 grammi al giorno (circa un cucchiaino da tè).
- **I pasti consumati in famiglia dovrebbero essere un momento speciale da passare tutti insieme.** Quando si sta seduti insieme per mangiare c'è meno possibilità che i bambini mangino cibi sbagliati o troppi snack durante la giornata.
- **Rendete attraenti per i bambini i cibi sani.** Scegliete cibi colorati, coinvolgete i bambini nella preparazione dei pasti e proponete loro diverse opzioni salutari per la merenda.
- **Preparate voi stessi il pranzo e/o la merenda che i bambini consumano fuori casa.** Se i vostri figli frequentano una mensa scolastica assicuratevi che siano proposti pasti salutari e incoraggiateli a scegliere cibi sani.

## Fumo



### Non fumate ed evitate il fumo passivo

- **Bandite il fumo dalla vostra casa ed evitate di esporre i vostri figli al fumo passivo.** Il fumo passivo uccide più di 600.000 non fumatori ogni anno, inclusi i bambini.
- **Siate un esempio per i vostri figli smettendo di fumare.** Rivolgetevi a un medico se necessario. I bambini seguono l'esempio dei genitori e gli adolescenti criticano i genitori che non perseguono in prima persona i consigli che danno loro.
- **Educate i bambini sui danni del fumo.**

## Controllate i vostri dati



- **Fatevi visitare regolarmente dal medico** che può misurare la pressione arteriosa, i livelli di colesterolo e glucosio, il peso e l'indice di massa corporea, calcolare quindi il vostro livello di rischio cardiovascolare e consigliarvi in merito alle azioni da intraprendere.
- **Se avete avuto un infarto od un ictus rivolgetevi al medico per sapere come trattare e gestire al meglio il vostro rischio, riducendo la possibilità di un secondo evento.**

Fonte: [World Heart Federation](#)

Traduzione e adattamento a cura del gruppo di ricerca del progetto Cuore (Cnesps-Iss).

# Suggerimenti della World Heart Federation per gli anziani

*World Heart Day 2013: "Prendi la strada giusta verso la salute del cuore"*



## Attività fisica



### Siate fisicamente attivi

- **Non è mai troppo tardi per incominciare!** Cominciate gradualmente a fare esercizio dopo aver programmato l'attività con il vostro medico. L'attività può comprendere lo sport, esercizi specifici ma anche altre attività come camminare, ballare, fare giardinaggio e svolgere lavori domestici. Cercate di essere tanto attivi quanto le vostre condizioni fisiche lo consentono.

## Alimentazione



### Ponete attenzione al cibo che mangiate

- **Seguite una dieta bilanciata ricca di frutta e verdura.** L'invecchiamento può essere associato con cambiamenti nello stile di vita che interessano spesso l'alimentazione. Solitudine, depressione e preoccupazione per il futuro sono spesso associate a un'alimentazione trascurata e insufficiente.
- **Riducete l'assunzione di grassi saturi, grassi trans e sale** che aumentano il rischio cardiovascolare: troppi grassi possono ostruire le arterie, troppo sale può causare l'ipertensione arteriosa.
- **Attenzione alle calorie in eccesso.** Con l'avanzare dell'età il corpo brucia meno calorie: evitate il sovrappeso riducendo le porzioni di cibo.

## Fumo



### Non fumate ed evitate il fumo passivo

- **Bandite il fumo dalla vostra casa ed evitate il fumo passivo.** Smettere di fumare apporta sempre un grande beneficio alla salute. Il rischio cardiovascolare si riduce significativamente nel giro di due anni dopo che si è smesso.
- **Se non riuscite a smettere chiedete aiuto al medico.**

### Controllate i vostri dati



**Con l'avanzare dell'età, la pressione arteriosa, il colesterolo e altri fattori legati al rischio cardiovascolare tendono ad aumentare. Cosa fare?**

- **Fatevi visitare regolarmente dal medico** che può misurare la pressione arteriosa, i livelli di colesterolo e glucosio, il peso e l'indice di massa corporea e valutare quindi il vostro stato di salute complessivo e consigliarvi in merito alle azioni da intraprendere compresi gli eventuali trattamenti.
- **Chiedete al vostro medico se dovete misurare la pressione arteriosa anche attraverso il test braccio-caviglia** che calcola il rapporto tra la pressione arteriosa massima (sistolica) misurata simultaneamente a livello delle caviglie e delle braccia e consente di valutare la possibilità di un restringimento (stenosi) delle arterie che portano il sangue alle gambe (arteriopatia obliterante periferica).
- **Abbassate il vostro rischio seguendo il piano di trattamento prescritto, inclusi i farmaci e tutti i cambiamenti dello stile di vita suggeriti.**

Fonte: [World Heart Federation](#)

Traduzione e adattamento a cura del gruppo di ricerca del progetto Cuore (Cnesps-Iss).