



Inserto BEN

Bollettino Epidemiologico Nazionale

Sorveglianze nazionali

IDENTIFICAZIONE DEGLI INDIVIDUI A ELEVATO RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Luigi Palmieri¹, Michela Trojani¹, Giuseppe Traversa¹,
Roberto Da Cas¹, Carlo Romagnoli²,
Salvatore Panico³, Diego Vanuzzo⁴
e Simona Giampaoli¹

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

²Servizio II, Programmazione Socio Sanitaria
dell'Assistenza di Base e/O Ospedaliera,
Osservatorio Epidemiologico Regione dell'Umbria, Perugia

³Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale,
Università degli Studi "Federico II", Napoli

⁴Centro per la Lotta contro le Malattie Cardiovascolari,
ASS4 Medio Friuli, Agenzia Regionale della Sanità
del Friuli-Venezia Giulia, Udine

Gli inibitori dell'enzima HMG-CoA reduttasi (statine) sono farmaci utilizzati in prevenzione primaria e secondaria per abbassare la colesterolemia. Studi controllati e randomizzati hanno dimostrato che riducono gli eventi cardiovascolari maggiori e la mortalità cardiovascolare in prevenzione secondaria; in prevenzione primaria il loro effetto varia con il rischio globale assoluto basale (1, 2). Sono indicati pertanto nelle persone a elevato rischio cardiovascolare (3), ma poco si conosce su quante persone oggi in Italia seguono tali indicazioni.

Con questo studio si vuole stimare l'impatto della valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto attraverso le carte del rischio e il punteggio individuale proposto dall'Istituto Superiore di Sanità (www.cuore.iss.it). La popolazione italiana a elevato rischio che risulta suscettibile di trattamento ipocolesterolemizzante è stata confrontata con la popolazione che oggi utilizza le statine.

La popolazione su cui sono stati applicati carta e punteggio individuale è costituita da 3 543 uomini di 40-69 anni esaminati nell'ambito dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Per queste persone erano disponibili i fattori utilizzati per valutare il rischio di primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) in un periodo di 10 anni attraverso la carta e il punteggio individuale: età, genere, pressione arteriosa sistolica, colesterolemia totale, abitu-

dine al fumo di sigaretta, diabete, HDL-colesterolemia e terapia antipertensiva.

Calcolato il rischio, è stata stimata la numerosità di due categorie di rischio definite in base alle linee guida europee (3):

- rischio $\geq 20\%$;
- rischio $\geq 20\%$ e suscettibilità di trattamento ipocolesterolemizzante ($\geq 190\text{mg/dl}$).

I risultati sono presentati in termini assoluti, estrapolati alla popolazione italiana del 2001, disaggregati per decenni di età.

Per stimare la popolazione utilizzatrice di statine si è fatto riferimento ai consumi farmaceutici a carico del Servizio Sanitario Nazionale nella regione Umbria nel 2002. Specificamente, a partire dal sistema regionale di monitoraggio delle prescrizioni dell'Umbria, sono state selezionate tutte le prescrizioni di statine. Tramite il codice regionale dell'assistibile sono state recuperate le informazioni anagrafiche (età e sesso) mediante *record linkage* con l'anagrafe regionale degli assistibili e sono state calcolate le prevalenze d'uso (rapporto fra utilizzatori nel corso dell'anno e popolazione residente) nelle classi di età 40-49, 50-59 e 60-69. L'analisi è stata ristretta agli uomini. Per la stima degli utilizzatori attesi in Italia, i tassi di prevalenza specifici per età sono stati applicati alla popolazione italiana.

La Tabella 1 riporta la stima del numero di persone con rischio di primo evento cardiovascolare maggiore in 10 anni uguale o superiore al 20% applicando la carta del rischio e il punteggio individuale a uomini di 40-69 anni esenti da un precedente evento cardiovascolare.

Si può stimare attraverso il punteggio individuale che in Italia circa 640 000 uomini di età compresa tra 40 e 69 anni abbiano un rischio di un primo evento cardiovascolare maggiore in 10 anni uguale o superiore al 20%, e un livello di colesterolo $\geq 190\text{ mg/dl}$ e siano suscettibili quindi di trattamento ipocolesterolemizzante.

Per quanto riguarda i dati dell'Umbria sull'uso delle statine, gli utilizzatori delle classi di età 40-69 anni rappresentano il 65% di tutti gli uomini che utilizzano questo farmaco. La prevalenza d'uso va dal 2,6% nella fascia d'età 40-49 anni al 10,7% in quella 60-69 anni (Tabella 2). Sulla base di questi dati si può stimare che il numero di utilizzatori a livello nazionale nella classe di età 40-69 anni sia di circa 680 000.

Tabella 1 - Stima degli uomini tra 40 e 69 anni con rischio in 10 anni $\geq 20\%$ combinato con ipercolesterolemia (TC) secondo la Carta e il Punteggio del Rischio Cardiovascolare (CVD) per fascia d'età

Fascia d'età	Popolazione	Carta CVD		Punteggio CVD (20%)	
		Rischio $\geq 20\%$	Rischio $\geq 20\%$ e TC ≥ 190 mg/dl	Rischio $\geq 20\%$	Rischio $\geq 20\%$ e TC ≥ 190 mg/dl
40-49	3 934 384	0	0	0	0
50-59	3 565 311	13 977	13 977	66 985	64 138
60-69	3 098 985	441 892	409 468	683 302	575 322
Totale	10 598 680	455 869	423 445	750 287	639 460

Tabella 2 - Prescrizione di statine nella popolazione maschile di 40-69 anni (Umbria, 2002)

Fasce d'età	Utilizzatori	Prevalenza per 100 assistibili	Stima utilizzatori di statine in Italia
40-49	1 476	2,6	103 103
50-59	3 699	7,0	247 738
60-69	5 317	10,7	330 485
Totale	10 492	6,6	681 325

Questa stima può essere considerata in buona misura sovrapponibile a quella derivante dall'applicazione del punteggio individuale, in presenza di un rischio atteso di malattia cardiovascolare in 10 anni superiore al 20%.

I risultati di questo studio stimolano alcune riflessioni, soprattutto per i medici che si apprestano a introdurre nel loro bagaglio professionale quotidiano l'uso delle carte del rischio cardiovascolare e il punteggio individuale per definire quegli individui ai quali comunicare l'esistenza di una condizione di rischio elevato e l'esigenza di un trattamento farmacologico preventivo. Si tratta di un impegno rilevante in termini numerici, ma anche di un cambiamento di mentalità rispetto a quanto finora i medici sono abituati a fare. La cronicità dell'intervento medico aumenta considerevolmente anche la responsabilità del medico che, in molti casi, si troverà a gestire pazienti del tutto asintomatici e potenzialmente "lontani" dall'evento da prevenire.

Va tenuto presente che fino a oggi per la stima del rischio di un primo evento cardiovascolare è stato utilizzato un algoritmo derivato da una popolazione americana con una sovrastima del rischio ampiamente documentata per la nostra popolazione.

La dimensione numerica richiama anche problemi di carattere economico, oltre che di *compliance*, visto che i trattamenti previsti possono durare decenni. Come si può dedurre da questo studio, uti-

lizzare le carte o il punteggio individuale comporta dimensioni numeriche molto diverse; questo è dovuto al fatto che le carte sono costruite su sei fattori di rischio e i fattori vengono considerati per classi, mentre il punteggio individuale considera otto fattori e deriva da una funzione in cui pressione sistolica, colesterolemia totale e HDL-colesterolemia vengono considerati in modo continuo, pertanto con una valutazione più accurata.

La riflessione che ne consegue è che, se la carta è utile per definire l'appartenenza a categorie di maggiore o minore rischio, il punteggio consente un'accurata definizione del rischio individuale. L'appropriato utilizzo del risultato di questo punteggio appare ancora lontano considerando i dati, sia pur indiretti, che sono disponibili. Questo dato, insieme a quelli delle altre categorie di potenziali utilizzatori di farmaci ipocolesterolemizzanti, suggerisce la necessità di puntare sull'aggiornamento dei medici prescrittori.

Sebbene il numero di coloro che sono ad alto rischio e di coloro che assumono terapia specifica sia simile, è difficile capire quanto del consumo attuale delle statine sia dovuto a prevenzione secondaria nelle persone che hanno già avuto un evento cardiaco maggiore, quanto alla primaria e, di questa, quale quota sia dovuta al calcolo del rischio individuale oppure alla presenza di dislipidemia familiare. Questo sarà l'obiettivo del prossimo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. Ebrahim S, Davey Smith G, McCabe CCC, *et al.* What role for statins? A review and economic model. *Health Technology Assessment* 1999;3(19):1-91.
2. LaRosa JC, He J, Vupputuri S. Effect of statins on risk of coronary disease: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 1999;282:2340-6.
3. Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention, Wood D, De Backer G, *et al.* Prevention of coronary heart disease in clinical practice. *European Heart Journal* 1998;19:1434-503.

STATO DI AVANZAMENTO DEL PIANO NAZIONALE PER IL MORBILLO E LA ROSOLIA CONGENITA

Gruppo di coordinamento interregionale sulle malattie infettive e vaccinazioni

(la composizione del Gruppo di coordinamento
è riportata a fine articolo)

Dopo l'approvazione del Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita da parte della Conferenza Stato Regioni, avvenuta nel novembre 2003 (1), è iniziata la fase di attuazione delle attività previste dal Piano. Come è noto, l'impegno da approfondire è notevole, sia in termini di formazione del personale che di organizzazione logistica dell'offerta delle vaccinazioni; il 2004, in particolare, è l'anno che richiede il maggior impegno, perché prevede la conduzione della campagna straordinaria di vaccinazione dei bambini che frequentano le scuole elementari (Tabella 1). Poiché il successo del Piano è strettamente legato al coordinamento tra Regioni e Province Au-

tonome (PA), e all'adeguata pianificazione delle attività, già nel 2003 è stata concordata una "tabella di marcia", che prevedeva:

- l'individuazione in ogni ASL dei referenti dell'attuazione del Piano;
- la stima del numero di dosi di vaccino necessarie per il 2004;
- lo svolgimento di un piano di formazione "a cascata", effettuato inizialmente ai referenti ASL, e successivamente a tutti gli operatori dei servizi vaccinali coinvolti. In questo articolo, riportiamo lo stato di avanzamento di queste attività.

Come riportato in Tabella 2, a oggi 7 regioni e PA hanno approvato una delibera regionale a supporto del Piano, e altre 11 sono in procinto di farlo. I referenti ASL sono stati individuati in 19 regioni e PA, mentre tutte tranne una hanno stimato il numero di vaccinazioni da effettuare nel corso del 2004, per un totale nazionale di circa 2 700 000 dosi.

La conduzione del programma di formazione rappresenta uno dei punti cruciali del Piano, perché ha l'obiettivo non solo di diffondere informazioni sulle sue modalità di svolgimento, ma anche di migliorare la cultura sulle vaccinazioni, in modo da garantire l'attuazione delle misure a dimostrata efficacia nell'aumentare le coperture vaccinali (come la chiamata attiva, l'informazione della popolazione, l'analisi e il *feed-back* dei dati di attività). Per mettere in atto una strategia di formazione comune, è stato preparato un pacchetto di materiale standard adattabile alle singole realtà regionali, che include il programma di massima dei corsi, le presentazioni e il materiale informativo per il pubblico. Il protocollo d'intesa per la conduzione del Piano sperimentale di formazione a sostegno del Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita è ormai arrivato alla sua finale sottoscrizione da parte del coor-

Tabella 1 - Attività di vaccinazione MPR previste per il 2004 dal Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita

Coorte di nascita	Attività di vaccinazione
2003	Raggiungimento del 95% di copertura alla prima dose
1997-1993*	Conduzione della campagna straordinaria di recupero: vaccinazione del 95% dei bambini non ancora vaccinati con due dosi
2001	Recupero dei bambini non ancora vaccinati con la prima dose, al momento della terza dose di IPV
1999	Recupero dei bambini non ancora vaccinati con la prima dose, al momento della quarta dose di DTPa
1989	Recupero dei ragazzi non ancora vaccinati con la prima dose, al momento del richiamo dT degli adolescenti

(*) Bambini che frequentano le scuole elementari

Tabella 2 - Stato di avanzamento del Piano per Regione e PA (febbraio 2004)

Regioni	Delibera	Individuazione referenti ASL	n. vaccinazioni previste nel 2004	Formazione per i referenti ASL
Piemonte	Approvata	Si	121 842	Svolta a novembre 2003
Valle D'Aosta	In corso di approvazione	Si	6 915	Prevista per marzo
Lombardia	In corso di stesura	Si	634 648	Prevista per marzo
PA Trento	In corso di approvazione	Si	29 440	-
PA Bolzano	No	Si	12 064	-
Veneto	In corso di stesura	No	225 647	In corso di attuazione
Friuli-Venezia Giulia	Approvata	Si	38 400	Svolta nel 2003
Liguria	No	Si	79 458	Prevista per marzo
Emilia-Romagna	Approvata	Si	85 770	Svolta a settembre 2003
Toscana	Approvata	Si	145 140	Svolta a settembre 2003
Umbria	In corso di approvazione	Si	40 590	Svolta nel 2003
Marche	Approvata	Si	69 484	Prevista per marzo
Lazio	In corso di stesura	Si	223 400	Svolta a febbraio 2004
Abruzzo	In corso di approvazione	Si	74 731	Prevista per febbraio ^a
Molise	In corso di stesura	Si	16 410	-
Campania	Approvata	Si	473 364	Svolta a gennaio 2004
Puglia	Approvata	Si	277 792	Prevista per febbraio 2004
Basilicata	In corso di stesura	Si	18 000	Prevista per marzo ^a
Calabria	In corso di stesura	Si	117 277	-
Sicilia	nd ^b	nd ^b	nd ^b	nd ^b
Sardegna	In corso di approvazione	Si	85 884	Prevista per marzo

(a) La formazione regionale e delle ASL viene effettuata contemporaneamente

(b) Dato non disponibile

dinamento interregionale malattie infettive e vaccinazioni e il Dipartimento della Qualità, Commissione nazionale per la formazione continua del Ministero della Salute. L'organizzazione dei corsi per tutte le ASL sarà ora un impegno su tutto il territorio nazionale.

Oltre a queste attività, il Piano prevede la conduzione da parte del Ministero della Salute di una campagna informativa e la valutazione, in corso d'opera, dell'attività svolta da parte di un gruppo tecnico di coordinamento.

In particolare, la conduzione della campagna informativa è indispensabile per richiamare l'attenzione dell'opinione pubblica su un'attività straordinaria di vaccinazione condotta contemporaneamente in tutte le regioni, in modo da sconfiggere sul territorio nazionale due malattie che ancora causano nel nostro Paese un importante carico di malattie e decessi (2, 3).

Gruppo di coordinamento interregionale sulle malattie infettive e vaccinazioni: Rossana Cassiani, Abruzzo; Giuseppe Montagano, Gabriella Cauzillo, Basilicata; Antonio Zaccone, Calabria; Renato Pizzuti, Campania; Bianca Maria Borrini, Luisa Grandori, Emilia-Romagna; Giulio Rocco, Friuli-Venezia Giulia; Maria Grazia Pompa, Lazio; Speranza Sensi, Liguria; Luigi Macchi, Anna Pavan, Lombardia; Enrica Carducci, Gualtiero Grilli, Marche; Roberto Patriarchi, Molise; Antonella Barale, Piemonte; Rosa Prato, Maria Trimigliorsi, Puglia; Giulia-

na Novelli, Sardegna; S. Ciriminna, Sicilia; Emanuela Balocchi, Toscana; Anna Tosti, Umbria; Luigi Sudano, Valle d'Aosta; Antonio Ferro, Giovanni Gallo, Veneto; Valter Carraro, Provincia Autonoma di Trento; Giulia Morosetti, Provincia Autonoma di Bolzano; Loredana Vellucci, Rosetta Cardone, Ministero della Salute; Marta Ciofi degli Atti, Stefania Salmaso, Istituto Superiore di Sanità.

Riferimenti bibliografici

1. Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Accordo sul Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita. *Gazzetta Ufficiale* n. 297, 23 dicembre 2003. Suppl. Ordinario n. 195.
2. Ciofi degli Atti ML, Fabi F, Salmaso S, et al. Measles epidemic attributed to inadequate vaccination coverage. Campania, Italy, 2002. *MMWR* 2003;52(43):1044-7.
3. Revello MG. Epidemia di rosolia 2002: un anno dopo. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* - Insetto BEN 2003;16(5): Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2003/maggio2003/3.htm>

Comitato editoriale BEN

Donato Greco, Nancy Binkin, Paola De Castro, Carla Faralli, Marina Maggini, Stefania Salmaso

Full English version is available at: www.ben.iss.it
e-Mail: ben@iss.it