

Salute cardiovascolare degli italiani: i dati preliminari dell'indagine Oec/Hes 2008-12

Chiara Donfrancesco, Luigi Palmieri, Serena Vannucchi, Cinzia Lo Noce, Francesco Dima, Amalia De Curtis, Licia Iacoviello, Diego Vanuzzo, Patrizia De Santis Caiola e Simona Giampaoli - reparto di Epidemiologia delle malattie cerebro e cardiovascolari, Cnesps-Iss

31 maggio 2012 - I risultati preliminari dell'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare (Oec)/Health Examination Survey (Hes) 2008-2012, relativi all'analisi del 91% dei campioni previsti, mostrano un quadro preoccupante dell'attuale stato di salute e dei [fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione adulta italiana](#) (35-79 anni) (vedi Tabelle 1 e 2). I valori di colesterolo totale e LDL e l'indice di massa corporea (IMC) nei due sessi, nonché la glicemia negli uomini sono ben al di sopra di quelli raccomandati dalle Linee guida europee. Alta è anche la prevalenza di condizioni a elevato rischio cardiovascolare quali l'ipercolesterolemia, il diabete, l'ipertensione e l'obesità. Questi fattori sono legati ad alcune abitudini di vita che possono non solo aumentare la probabilità di sviluppare condizioni a rischio, ma che rappresentano esse stesse fattori di rischio cardiovascolare: il fumo, una alimentazione non sana e una vita sedentaria.

Tabella 1. Distribuzione dei fattori di rischio per uomini e donne, 35-79 anni. Osservatorio epidemiologico cardiovascolare/Health Examination Survey 2008-2012

	UOMINI (n=4135)		DONNE (n=4107)	
	<i>media</i>	<i>dev st</i>	<i>media</i>	<i>dev st</i>
Eta (anni)	57	13	57	12
Pressione arteriosa sistolica (mmHg)	134	18	129	20
Pressione arteriosa diastolica (mmHg)	84	10	79	10
Colesterolemia totale (mg/dl)	211	44	220	44
Colesterolemia HDL (mg/dl)	51	13	62	15
Glicemia (mg/dl)	103	26	95	24
Trigliceridemia (mg/dl)	137	84	109	56
LDL (mg/dl)	132	38	136	37
Creatininemia (mg/dl)	0.9	0.3	0.7	0.1
Consumo di sale (g/die) da raccolta delle urine delle 24h	11	4	8	3
Indice di Massa Corporea (kg/m ²)	28	4	27	6
Circonferenza vita (cm)	97	12	87	13
Numero di sigarette (solo per fumatori)	16	9	12	8
Anni di studio	11	5	10	5
Rischio cardiovascolare Progetto CUORE*	8	8	2	3

Tabella 2. Prevalenza di condizioni a rischio per uomini e donne, 35-79 anni.
Osservatorio epidemiologico cardiovascolare/Health Examination Survey 2008-2012

	UOMINI (n=4135)	DONNE (n=4107)
	%	%
Abitudine al fumo		
<i>Fumo corrente</i>	21	19
<i>Ex fumatori</i>	40	19
Diabete	15	9
<i>Diabetici non consapevoli di esserlo</i>	28	27
Iperensione	56	44
<i>Ipertesi trattati</i>	57	66
Ipercolesterolemia	67	72
Sovrappeso ($25 \leq \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$)	48	34
Obesi ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$)	25	27
Inattività fisica nel tempo libero	31	43
Rischio cardiovascolare* < 10.0%	74	97
Rischio cardiovascolare* 10.0-19.9%	18	3
Rischio cardiovascolare* $\geq 20.0\%$	8	0.5

Diabete: glicemia ≥ 126 mg/dl o in trattamento specifico;
Iperensione: pressione arteriosa sistolica ≥ 140 mmHg o pressione arteriosa diastolica ≥ 90 mmHg o in trattamento specifico;
Ipercolesterolemia: colesterolemia totale ≥ 200 o in trattamento specifico.
*Punteggio basato sulle funzioni del Progetto CUORE per la stima del rischio cardiovascolare globale assoluto a 10 anni, eventi fatali e non fatali - solo per persone di età compresa tra i 35 e i 69 anni, senza precedente evento cardiovascolare.

L'indagine del 2008-2012 ha rilevato tra gli italiani un eccessivo consumo di sale: 11 grammi al giorno negli uomini e 8 nelle donne, rispettivamente più del doppio e il 60% in più dei 5 grammi raccomandati come soglia massima dall'Oms. Considerando la relazione esistente tra sale e ipertensione, è probabile che l'elevata prevalenza dell'ipertensione sia da attribuirsi almeno in parte a questa abitudine alimentare.

Tra le possibili cause degli elevati livelli e prevalenze dei fattori di rischio (pressione arteriosa, glicemia e colesterolemia), il sovrappeso ($25 \leq \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$) e l'obesità ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) giocano un ruolo rilevante. Dalla figura 1 si osserva come la prevalenza di obesità raggiunga livelli maggiori nel Sud e nelle Isole e come questi livelli siano associati alla prevalenza di inattività fisica (figura 2). L'abitudine al fumo di sigaretta, (uno dei principali fattori di rischio cardiovascolare), è tuttora molto diffusa, con percentuali intorno al 20%, e rappresenta quindi in Italia, insieme a ipertensione, ipercolesterolemia e diabete, una condizione di rischio "di massa". Va inoltre notato che lo stato del controllo per ipertensione e diabete è ben lungi dall'essere ottimale.

Figura 1. Prevalenza di obesità per Regione e sesso per uomini e donne, 35-79 anni.
Osservatorio epidemiologico cardiovascolare/Health Examination Survey 2008-2012

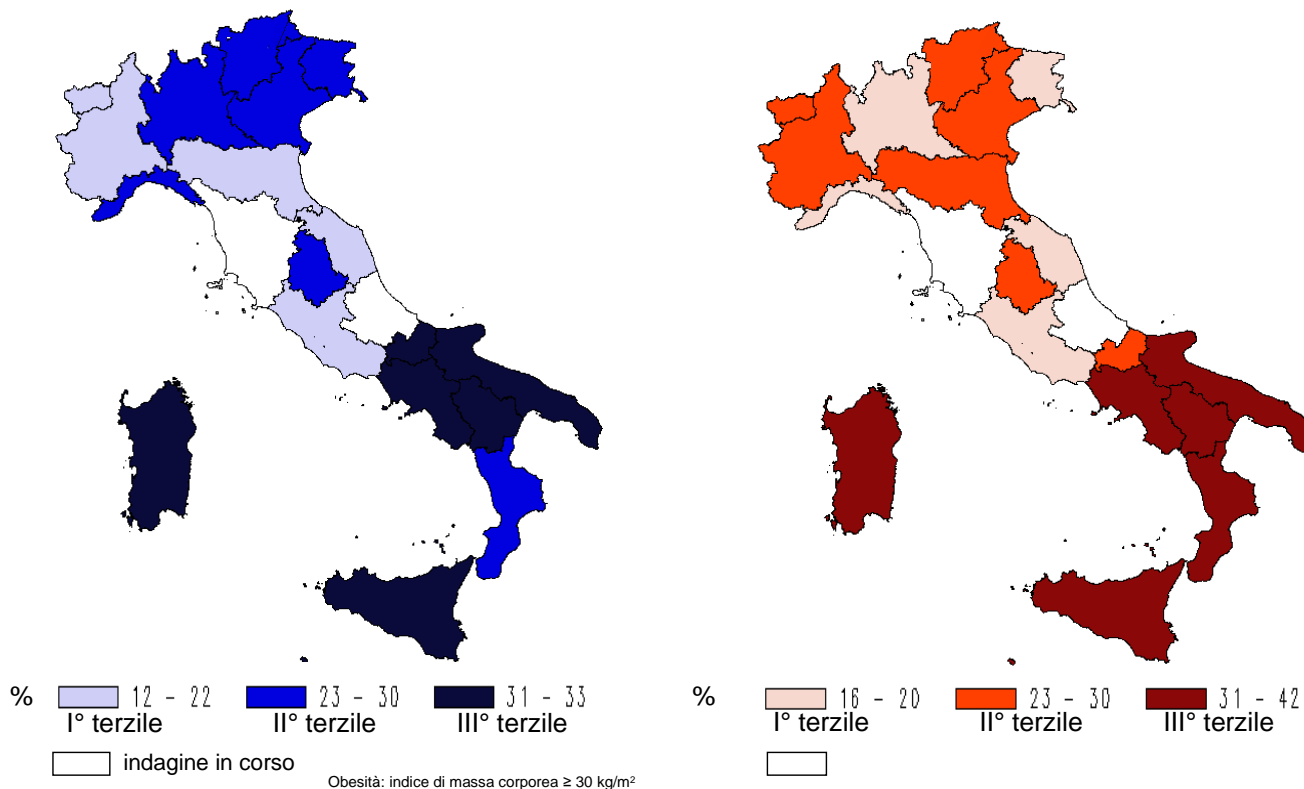
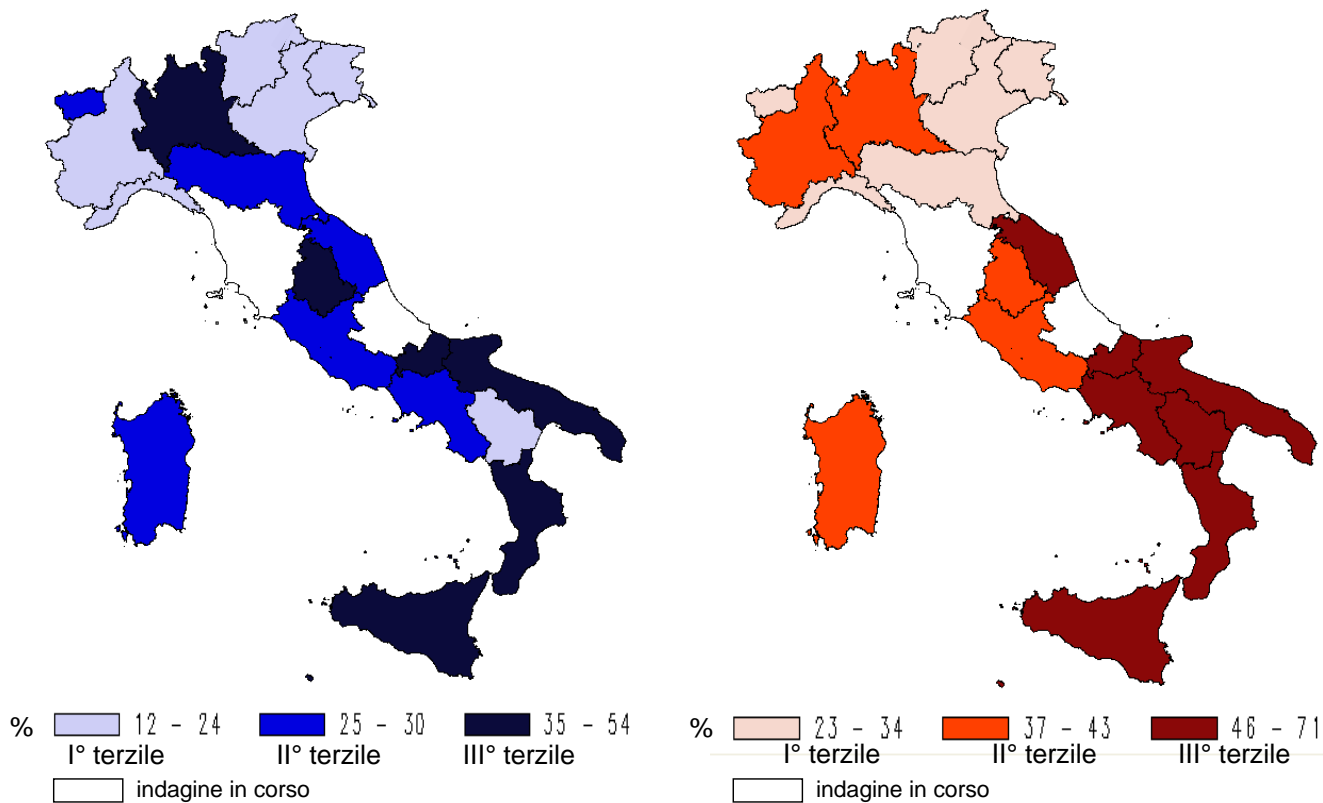


Figura 2. Prevalenza di inattività fisica per Regione e sesso per uomini e donne, 35-79 anni.
Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey 2008-2012



Il rischio cardiovascolare globale assoluto a 10 anni, stimato con il [punteggio Cuore](#), è diversamente distribuito tra i generi, con ben il 26% degli uomini e il 3,5% delle donne a rischio intermedio-alto. Il 2% degli uomini verso lo 0,7% delle donne ha avuto un infarto del miocardio ed è stato riscontrato by-pass aorto coronarico o rivascolarizzazioni nel 5,1% degli uomini e nel 1% delle donne.

Un confronto temporale a 10 anni di distanza con la precedente edizione dell'Oec del 1998-2002 mostra come certi cambiamenti nelle condizioni a rischio cardiovascolare della popolazione siano ancora influenzati dal livello d'istruzione, qui utilizzato come identificativo del livello socio-economico: tra il 1998 e il 2008 migliora la pressione arteriosa, l'abitudine al fumo di sigaretta, e l'attività fisica, ma ciò avviene soprattutto per le persone più istruite.

Come nasce l'Osservatorio cardiovascolare italiano

L'Oec nasce nel 1998 dalla collaborazione tra Istituto superiore di sanità (Iss) e [Anmco](#) (Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri) per la sorveglianza e la prevenzione delle patologie cardiovascolari. L'obiettivo dell'Oec/Hes 2008-2012 è quello di descrivere, a 10 anni di distanza dal primo esame (condotto tra il 1998 e il 2002) le caratteristiche individuali riconosciute come fattori di rischio, le abitudini di vita (alimentazione, attività fisica, abitudine al fumo di sigaretta), la prevalenza di condizioni a rischio (ipertensione arteriosa, dislipidemia, obesità, diabete). Inoltre, l'indagine mira anche a identificare aree di patologia e altre condizioni per le quali è necessario intervenire in termini preventivi, diagnostici, terapeutici e assistenziali e studiare gli andamenti temporali dei fattori di rischio e delle malattie cardiovascolari su campioni rappresentativi della popolazione generale.

Rispetto alla precedente, l'indagine 2008-2012 ha incluso anche nuovi fattori determinanti e indicatori di patologia cronico-degenerativa e ha compreso due indagini specifiche: il Carhes (CArdiovascular risk in Renal patients of the Italian Health Examination Survey) promosso dalla Società italiana di nefrologia e il [Minisal-Gircsi](#) (Gruppo di lavoro intersocietario per la riduzione del consumo di sale in Italia – Buone pratiche sull'alimentazione: valutazione del contenuto di sodio, potassio e iodio nella dieta degli italiani), progetto Ccm del ministero della Salute. L'Oec 2008-2012 ha contribuito con i dati italiani allo studio pilota per lo sviluppo del sistema di sorveglianza europeo European Health Examination Survey ([Ehes](#)).

Metodologia

Ad oggi sono state esaminate più di 8000 persone di età compresa tra i 35 e i 79 anni in 21 Centri; alla fine di giugno 2012 l'analisi sarà completata per un totale di 9020 persone e di 23 Centri, uno per Regione, a eccezione della Lombardia che ne ha due e del Veneto e del Piemonte che hanno un campione aggiuntivo di 200 persone che include anche il decennio di età 25-34 anni.

È stato esaminato un campione di 220 persone ogni milione e mezzo di abitanti. Il 5% del campione totale è risultato costituito da migranti. Gli esami effettuati sono stati: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, colesterolemia totale, HDL, glicemia, trigliceridemia, LDL, creatininemia, emocromo, misure antropometriche (peso, altezza, circonferenza della vita e dei fianchi), ECG (letto secondo il codice Minnesota), spirometria, monossido di carbonio, densitometria ossea, un questionario su abitudini di vita (questionario EPIC food-frequency dell'Istituto tumori di Milano a lettura ottica con trasformazione degli alimenti in nutrienti; questionari su fumo e attività fisica), autopercezione dello stato di salute, uso di farmaci, storia clinica e familiare di malattie cardiovascolari. È stata inoltre effettuata la raccolta delle urine nelle 24 ore per valutare il consumo di sale nell'alimentazione e l'escrezione di potassio e iodio nell'ambito del progetto Minisal-Gircsi e per determinare microalbuminuria e creatininuria nell'ambito del progetto Carhes. Alle persone di età pari a 65 anni o oltre è stato somministrato il Mini-mental State Examination di Folstein per valutare il livello di attenzione e dei disturbi cognitivi.

L'indagine ha permesso anche la costituzione di una [banca di campioni biologici](#) di siero, plasma, *buffy coat*, emazie impacchettate e urine che fa parte della banca del Centro nazionale

di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità. Lo studio è stato finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (Ccm) del ministero della Salute, dall'Anmco - Fondazione per il tuo cuore, dall'Iss e da Ehes – Dg Sanco.