

# Chi deve fare prevenzione cardiovascolare e promozione della salute?

Diego Vanuzzo<sup>1</sup>, Clara Pinna<sup>2</sup>, Simona Giampaoli<sup>3</sup>, Lorenza Pilotto<sup>1</sup>, Giorgio Brianti<sup>4</sup>, Nora Coppola<sup>5</sup>, Andrea Di Lenarda<sup>6</sup>, Francesco Antonini-Canterin<sup>7</sup>, Giancarlo Miglio<sup>8</sup>, Loris Zanier<sup>9</sup>, Luigi Canciani<sup>10</sup>, Romano Paduano<sup>11</sup>, Dorian Battigelli<sup>12</sup>, Fabio Samani<sup>13</sup>, Silvio Brusaferrò<sup>14</sup>

<sup>1</sup>Centro di Prevenzione Cardiovascolare, AAS 4 "Friuli Centrale", Udine

<sup>2</sup>Dipartimento di Prevenzione, AAS 2 "Bassa Friulana - Isontina", Palmanova (UD)

<sup>3</sup>Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

<sup>4</sup>Dipartimento di Prevenzione, AAS 4 "Friuli Centrale", Udine

<sup>5</sup>Area Promozione della Salute e Prevenzione, Direzione Centrale Salute Friuli Venezia Giulia, Trieste

<sup>6</sup>Centro Cardiovascolare, AAS 1 "Triestina" e Università degli Studi, Trieste

<sup>7</sup>Cardiologia Preventiva e Riabilitativa, AAS 6 "Friuli Occidentale", Pordenone e Sacile

<sup>8</sup>AAS 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio-Friuli", San Daniele del Friuli, già Epidemiologia, ASS 4 "Medio Friuli", Udine

<sup>9</sup>Servizio di Epidemiologia e Flussi Informativi, Direzione Centrale Salute Friuli Venezia Giulia, Udine

<sup>10</sup>Medico di Medicina Generale, Responsabile Nazionale Area Prevenzione della Società Italiana di Medicina Generale, Codroipo (UD)

<sup>11</sup>Medico di Medicina Generale, FIMMG Regionale Friuli Venezia Giulia, Trivignano Udinese (UD)

<sup>12</sup>Medico di Medicina Generale, Formatore Centro Regionale di Formazione per l'Area delle Cure Primarie, Trieste

<sup>13</sup>Già Direttore Generale, ASS 6 "Friuli Occidentale", Pordenone, Vicepresidente Nazionale di Federsanità ANCI

<sup>14</sup>Struttura Accreditamento, Valutazione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie, Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Maria della Misericordia, Udine

G Ital Cardiol 2015;16(5):284-288

A livello nazionale è stato recentemente approvato il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018<sup>1</sup>, che comprende tra i suoi macro-obiettivi: "Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili". Secondo questo documento il razionale di tale scelta è dato essenzialmente da questi fatti:

- a) "Le malattie croniche non trasmissibili – malattie cardiovascolari, tumori, patologie respiratorie croniche e diabete – costituiscono, a livello mondiale, il principale problema di sanità pubblica"<sup>1</sup>;
- b) "Le malattie cronicodegenerative hanno in comune alcuni fattori di rischio legati, in gran parte, a comportamenti individuali non salutari modificabili ma fortemente condizionati dal contesto economico, sociale e ambientale in cui si vive e si lavora. Fumo, consumo dannoso di alcol, dieta non corretta e inattività fisica sono comportamenti non salutari che si instaurano spesso già durante l'infanzia o durante l'adolescenza<sup>1</sup>. Questi stili di vita inadeguati si correlano ad una variabile ereditarietà per sviluppare quelli che il documento chiama 'fattori di rischio intermedi' (sovrappeso/obesità, ipertensione, dislipidemie, iperglicemia, lesioni precancerose cancerose iniziali). I fattori di rischio intermedi sono rappresentati da quelle condizioni che, pur non rappre-

sentando ancora una patologia conclamata ed essendo asintomatiche o paucisintomatiche, già di per sé vanno considerate patologiche, seppure ancora almeno in parte reversibili se diagnosticate e trattate in tempo"<sup>1</sup>.

Il Piano Nazionale della Prevenzione sta per essere tradotto a livello regionale nei Piani Regionali della Prevenzione.

Chi scrive è un gruppo di operatori sanitari che ha operato a lungo nella progettazione ed attuazione dei Piani Regionali di Prevenzione della Regione Friuli Venezia Giulia. Per la prossima pianificazione, il cui programma è già stato delineato ed approvato<sup>2</sup>, abbiamo sviluppato una riflessione articolata sulla prevenzione cardiovascolare e sulla promozione della salute, che riteniamo possa interessare i cardiologi italiani. Nel sito web della Regione Friuli Venezia Giulia (<http://www.regione.fvg.it/rafvg/cms/RAFVG/salute-sociale/promozione-salute-prevenzione/FOGLIA6>), proponiamo al riguardo un modello innovativo di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cardiovascolari. Tale approccio, strutturato anche in proposte concrete, ha solide basi scientifiche e si avvale dei dati epidemiologici più recenti, con l'obiettivo di innescare un circolo virtuoso per i cittadini del Friuli Venezia Giulia, chiamati a "partecipare" consapevolmente al percorso di salute e benessere proposto. Le malattie cardiovascolari possono essere un modello per la prevenzione primaria, dato che esistono prove di efficacia di correzione dei loro fattori di rischio (fumo, ipertensione arteriosa, colesterolo e trigliceridi elevati, diabete). Il modello propone come strumento di prevenzione la gestione integrata del rischio cardiovascolare che vede definiti i ruoli non solo dei vari operatori sanitari tra loro collegati, ma degli utenti chiamati a co-gestire la riduzione del loro rischio. Quindi approccio personalizzato e universale per garantire sia equità che risultati. Tuttavia questa strategia diventa efficace solo se si in-

© 2015 Il Pensiero Scientifico Editore

Ricevuto 23.02.2015; accettato 23.03.2015.

Gli autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

Le opinioni espresse in questo articolo non riflettono necessariamente quelle dell'Editor del Giornale Italiano di Cardiologia.

Per la corrispondenza:

**Dr. Diego Vanuzzo** Centro di Prevenzione Cardiovascolare, AAS 4 "Friuli Centrale", Piazzale S. Maria della Misericordia 15, 33100 Udine  
e-mail: diego.vanuzzo@aas4.sanita.fvg.it

CHI DEVE FARE PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE E PROMOZIONE DELLA SALUTE?

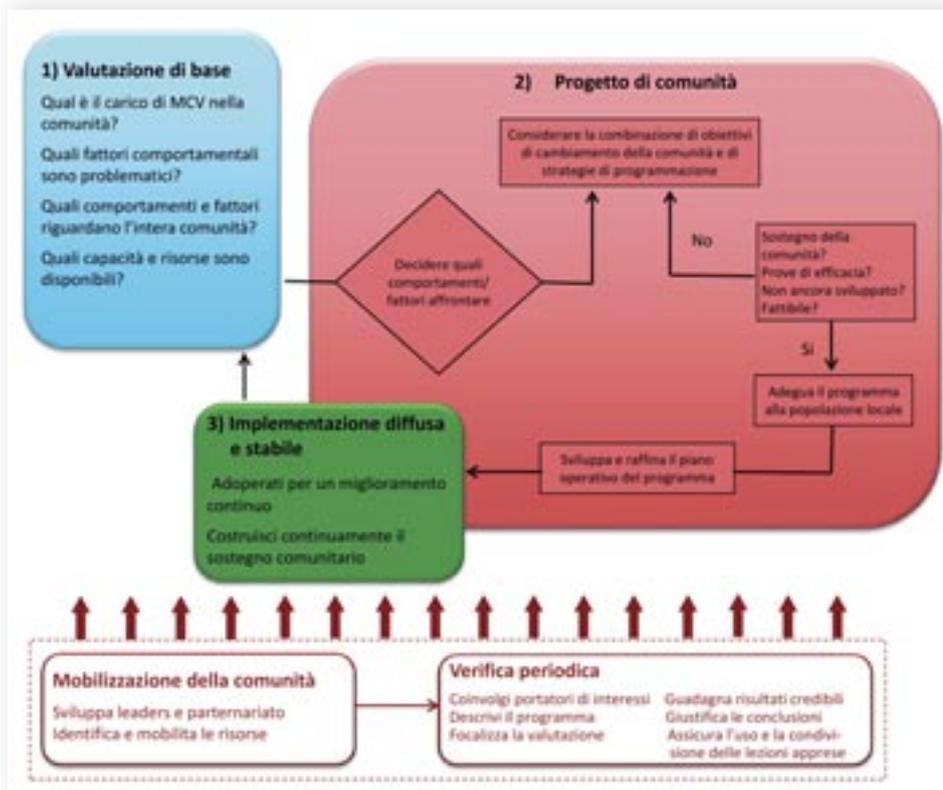


Figura 1. Diagramma di flusso per realizzare buone pratiche di promozione della salute nella comunità. MCV, malattie cardiovascolari. Modificata da Veazie et al.<sup>3</sup>.

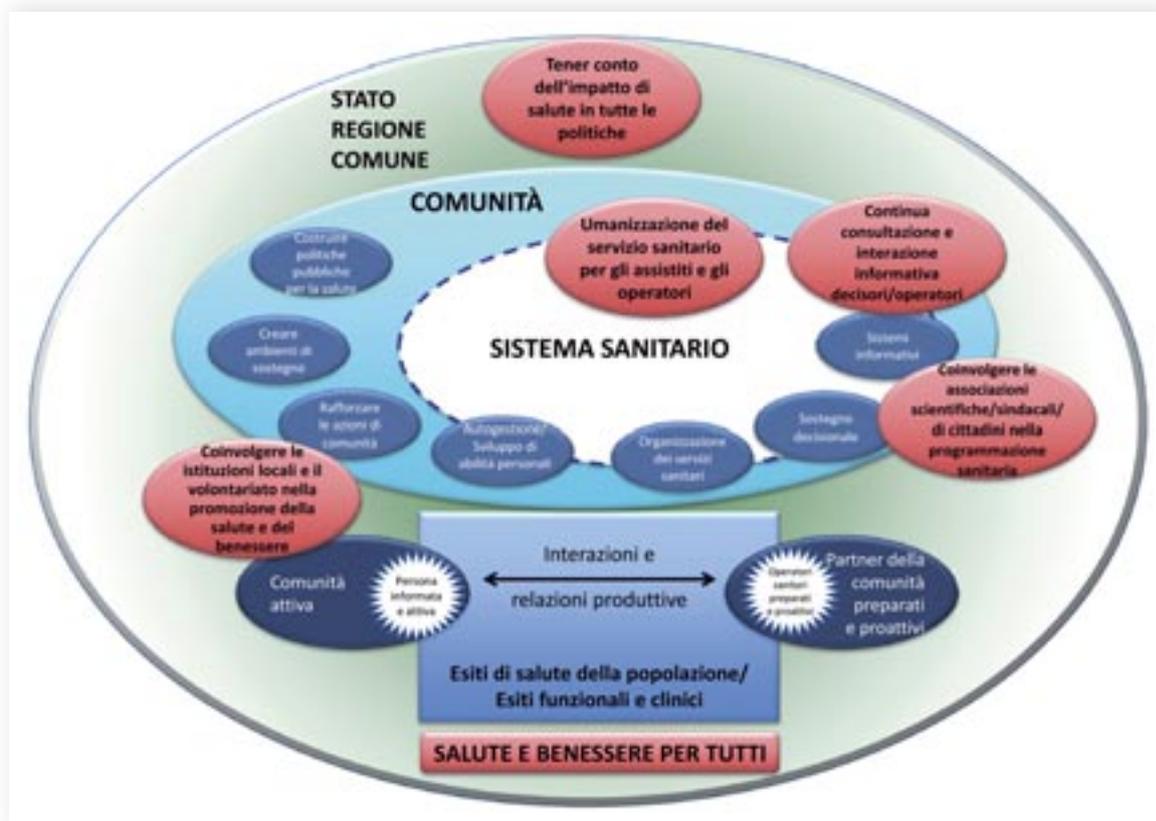


Figura 2. Modello partecipativo di promozione della salute e del benessere.

serisce in un modello organizzativo per la promozione della salute nella comunità (Figura 1)<sup>3</sup>, che faccia cambiare, sia pure gradualmente, gli atteggiamenti e le credenze dei cittadini rispetto agli stili di vita salutari (alimentazione sana e buona, attività fisica regolare, vita libera dal fumo e dall'inquinamento), troppo spesso vissuti come limitativi e mortificanti, in realtà capaci di assicurare non solo meno malattie ma più benessere fisico e psichico. Il tutto può essere inquadrato in un modello partecipativo di promozione della salute e prevenzione in sanità pubblica (Figura 2).

Nei documenti proposti i cardiologi sono chiamati a svolgere un ruolo chiave, con gli infermieri e gli altri operatori sanitari dei loro reparti, insieme ai medici di medicina generale e ai medici ed operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Distretti. È venuto il tempo di sviluppare una cultura professionale comune per la prevenzione cardiovascolare e la promozione della salute. Solo questa sinergia interspe-

cialistica (la medicina generale è una specializzazione) e inter-professionale sanitaria può raggiungere risultati misurabili di salute, collaborando con cittadini "co-gestori" del loro rischio cardiovascolare. Alcuni recenti esempi della letteratura corroborano questa impostazione. Nella Tabella 1 proponiamo un confronto tra due mega-studi di prevenzione cardiovascolare nella comunità, uno danese ed uno canadese<sup>4,5</sup>, pur con tutti i "caveat" delle diversità date dal disegno, dall'età della popolazione in studio, dal follow-up. Lo studio danese, denominato Inter99<sup>4,6-10</sup>, dimostra che operare solo sugli stili di vita non cambia gli esiti di salute. Lo studio canadese<sup>4</sup>, denominato CHAP, pur indirizzandosi ad una popolazione di età maggiore, e quindi di per sé a maggior rischio, ha dimostrato risultati interessanti nella sinergia tra il gruppo di coordinamento – medici ed operatori di sanità pubblica – e medici di medicina generale, farmacisti e volontariato addestrato, con il supporto delle comunità locali. D'altra parte anche l'impor-

**Tabella 1.** Confronto tra due grandi studi recenti di prevenzione cardiovascolare nella comunità.

Caratteristiche	Inter99 <sup>4</sup>	Cardiovascular Health Awareness Program (CHAP) <sup>5</sup>
Nazione ed area	Danimarca, sobborghi di Copenhagen	Canada, Provincia dell'Ontario
Anni solari dello studio	1999-2011	1 settembre 2005-31 agosto 2008
Disegno dello studio	Randomizzato, controllato, basato sulla comunità	Randomizzato per gruppi di comunità (20 intervento, 19 controllo)
Unità di randomizzazione	Singoli soggetti	Comunità tra 10 000 e 60 000 abitanti: identificate 41, eleggibili 39
Popolazione eleggibile (n)	59 616	140 652
Età della popolazione eleggibile (anni)	30-60	≥65
Gruppo di intervento (n)	11 629	67 874 (ricavato da media x 20)
Partecipazione all'intervento (n, %)	6091 (52.4%)	15 889 (23%)
Gruppo di controllo (n)	47 987	72 768 (ricavato da media x 19)
Tipo di intervento	Screening, valutazione del rischio cardiovascolare, counseling sugli stili di vita	Coinvolgimento di medici di famiglia, farmacisti, volontariato, opinion leader. Invito agli eleggibili di recarsi presso farmacie di comunità per valutazione pressoria con strumento automatico, calcolo del rischio cardiovascolare su dati autoriportati, counseling e riferimento
Personale per la valutazione del rischio cardiovascolare e il counseling	Infermieri, dietisti e medici formati sui modelli di modifica comportamentale	577 volontari formati dal coordinamento centrale dello studio
N. e durata delle sessioni di valutazione e counseling nel gruppo di intervento	Soggetti con stili di vita non sani: counseling individuale al basale e dopo 1, 3 e 5 anni. Soggetti ad alto rischio: ulteriori 6 sessioni di gruppo su cessazione fumo, sana alimentazione, attività fisica. Non descritta la durata delle sessioni individuali e di gruppo	1265 sessioni di 3h si sono svolte in 129 farmacie su 145 (89%) in 10 settimane dell'autunno 2006. Counseling quando appropriato e immediato intervento di un'infermiera di comunità per i soggetti ad alto rischio. Trasmissione del profilo di rischio ai curanti ed ai farmacisti
% ad alto rischio nel gruppo di intervento	60%	Non riportato
Follow-up nel tempo	5 anni di intervento e altri 5 di osservazione nel gruppo di intervento, 10 anni di osservazione nel gruppo di controllo	In carico al medico curante
Riferimento dei soggetti ad alto rischio	Al medico di famiglia se necessitavano di terapia farmacologica	Per tutti i soggetti valutati al medico curante e al farmacista
Personale per il follow-up	Lo stesso della valutazione basale	Medico curante, farmacista
Durata dell'intervento	5 anni	10 settimane per l'arruolamento, 1 anno per l'intervento
Durata del follow-up	10 anni	1 anno
Definizione esiti intermedi	Riduzione prevalenza fumo, miglioramento abitudini dietetiche, pratica dell'attività fisica, riduzione del "binge drinking" (abbuffata alcolica) <sup>9</sup>	Nuova prescrizione di antipertensivi

(continua)

CHI DEVE FARE PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE E PROMOZIONE DELLA SALUTE?

(segue) **Tabella 1.**

Caratteristiche	Inter99 <sup>4</sup>	Cardiovascular Health Awareness Program (CHAP) <sup>5</sup>
Risultato esiti intermedi	Confronto trattamento/controllo: astinenza dal fumo a 5 anni (OR 1.38; IC 95% 1.1-1.8; p=0.014). Aumento verdura (uomini: variazione netta: +23 g/settimana; p=0.04; donne: +27 g/settimana; p=0.005), riduzione grassi saturi (uomini: OR 0.59; IC 95% 0.41-0.86; donne: OR 0.42; IC 95% 0.30-0.59). Attività fisica dopo 5 anni minor decremento negli uomini trattati (30 min/settimana) rispetto ai controlli (p<0.0001), nessun effetto nelle donne. Abbuffata alcolica: dopo 5 anni modificazioni nette (uomini: -0.13; p=0.03; donne: -0.08; p=0.04)	Nuova prescrizione di antipertensivi: RR 1.10; IC 95% 1.02-1.20; p=0.02
Definizione esito principale ed esiti secondari	<u>Principale</u> : incidenza di cardiopatia ischemica nel gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo. <u>Secondari</u> : ictus, eventi combinati (cardiopatia ischemica, ictus, o entrambi), mortalità	<u>Principale</u> : ricoveri per infarto miocardico, ictus e scompenso tra tutti i residenti della comunità di età ≥65 anni, l'anno prima rispetto all'anno dopo l'intervento. <u>Secondari</u> : mortalità intraospedaliera nei ricoverati, mortalità totale
Risultato esito principale ed esiti secondari (riportati aggiustati per età e sesso)	<u>Cardiopatia ischemica</u> : HR 1.03; IC 95% 0.94-1.13; p=NS <u>Ictus</u> : HR 0.98; IC 95% 0.87-1.11; p=NS <u>Combinati</u> : HR 1.01; IC 95% 0.93-1.09; p=NS <u>Mortalità totale</u> : HR 1.00; IC 95% 0.91-1.09; p=NS	<u>Ricoveri per infarto, ictus e scompenso</u> : RR 0.91; IC 95% 0.86-0.97; p<0.01 <u>Infarto</u> : RR 0.87; IC 95% 0.79-0.97; p<0.01 <u>Scompenso</u> : RR 0.90; IC 95% 0.81-0.99; p=0.03 <u>Ictus</u> : RR 0.99; IC 95% 0.88-1.12; p=NS <u>Mortalità intraospedaliera</u> : RR 0.86; IC 95% 0.73-1.01; p=NS <u>Mortalità totale</u> : RR 0.98; IC 95% 0.92-1.03; p=NS
Commenti rilevanti degli autori	Lo screening sistematico della popolazione generale per individuare l'alto rischio ed offrire un counseling sullo stile di vita non è stato in grado di ridurre l'incidenza di cardiopatia ischemica in questo grande studio randomizzato di popolazione come in tutti i precedenti studi simili. Pertanto non si può raccomandare lo screening sistematico ed il successivo counseling sullo stile di vita. Questo dovrebbe continuare nella pratica di tutti i giorni, ma non dovrebbe essere implementato come un programma sistematico nella popolazione generale	Un programma di comunità su più fronti – promozione della salute e prevenzione – indirizzato agli adulti più anziani può ridurre la morbosità cardiovascolare a livello di popolazione. Forse la fonte maggiore del successo del programma è stata capitalizzare e coordinare le risorse istituzionali ed umane di ciascuna comunità

HR, hazard ratio; IC, intervallo di confidenza; OR, odds ratio; RR, rapporto tra i tassi.  
<sup>4</sup>descritti in altre pubblicazioni<sup>5-9</sup>.

tante studio EUROACTION ha dimostrato il ruolo fondamentale di cardiologi, infermieri e medici di medicina generale nel ridurre il rischio nei soggetti ad alto rischio ed in prevenzione secondaria<sup>11</sup>.

Questi dati e le più recenti linee guida europee sulla prevenzione cardiovascolare, tradotte anche in italiano<sup>12</sup>, dimostrano che la prevenzione cardiovascolare e la promozione della salute non sono "riserva di caccia" di specifici professionisti, ma richiedono uno sforzo corale, coordinato, continuativo, condiviso

con i cittadini, sostenuto dalle politiche sanitarie nazionali e regionali, per migliorare salute e benessere nella comunità.

**RINGRAZIAMENTI**

Gli autori desiderano ringraziare la dr.ssa Luana Sandrin, Area Promozione della Salute e Prevenzione, Direzione Centrale Salute Friuli Venezia Giulia, Trieste, per la competenza e la scrupolosità nella supervisione della realizzazione dei materiali scaricabili dal sito della Regione Friuli Venezia Giulia.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Piano Nazionale della Prevenzione per gli anni 2014-2018. [http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC\\_045549\\_REP%20156%20%20PUNTO%205%20%20ODG.pdf](http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_045549_REP%20156%20%20PUNTO%205%20%20ODG.pdf) [ultimo accesso 20 febbraio 2015].  
 2. Programmi del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 del Friuli Venezia Giulia. [http://www.regione.fvg.it/rafvfg/export/sites/default/RAFVG/salute-sociale/promozione-salute-prevenzione/allegati/07012015\\_Allegato\\_1\\_alla\\_Delibera\\_2670-2014x0.1x.pdf](http://www.regione.fvg.it/rafvfg/export/sites/default/RAFVG/salute-sociale/promozione-salute-prevenzione/allegati/07012015_Allegato_1_alla_Delibera_2670-2014x0.1x.pdf) [ultimo accesso 20 febbraio 2015].

3. Veazie MA, Galloway JM, Matson-Koffman D, et al.; American Heart Association. Taking the initiative: implementing the American Heart Association Guide for improving Cardiovascular Health at the Community Level: Healthy People 2010 Heart Disease and Stroke Partnership Community Guideline Implementation and Best Practice Workgroup. *Circulation* 2005;112:2538-54.  
 4. Jørgensen T, Jacobsen RK, Toft U, Aadahl M, Glümer C, Pisinger C. Effect of screening and lifestyle counselling on inci-

dence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial. *BMJ* 2014;348:g3617.  
 5. Kaczorowski J, Chambers LW, Dolovich L, et al. Improving cardiovascular health at population level: 39 community cluster randomised trial of Cardiovascular Health Awareness Program (CHAP). *BMJ* 2011;342:d442.  
 6. Pisinger C, Glumer C, Toft U, et al. High risk strategy in smoking cessation is feasible on a population-based level. The Inter99 study. *Prev Med* 2008;46:579-84.

7. Toft U, Kristoffersen L, Ladelund S, et al. The impact of a population-based multi-factorial lifestyle intervention on changes in long-term dietary habits: the Inter99 study. *Prev Med* 2008;47:378-83.
8. von Huth Smith L, Ladelund S, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. A randomized multifactorial intervention study for prevention of ischaemic heart disease (Inter99): the long-term effect on physical activity. *Scand J Public Health* 2008;36:380-8.
9. Aadahl M, von Huth Smith L, Toft U, Pisinger C, Jørgensen T. Does a population-based multifactorial lifestyle intervention increase social inequality in physical activity? The Inter99 study. *Br J Sports Med* 2011;45:209-15.
10. Toft U, Pisinger C, Aadahl M, et al. The impact of a population-based multi-factorial lifestyle intervention on alcohol intake: the Inter99 study. *Prev Med* 2009;49:115-21.
11. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, et al.; EUROACTION Study Group. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008;371:1999-2012.
12. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. Linee guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica (versione 2012). Quinta Task Force congiunta della Società Europea di Cardiologia e di altre Società sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari nella Pratica Clinica (costituita da rappresentanti di nove società e da esperti invitati). *G Ital Cardiol* 2013;14:328-92.