

Chi deve fare prevenzione cardiovascolare e promozione della salute?

Diego Vanuzzo¹, Clara Pinna², Simona Giampaoli³, Lorenza Pilotto¹, Giorgio Brianti⁴, Nora Coppola⁵, Andrea Di Lenarda⁶, Francesco Antonini-Canterin⁷, Giancarlo Miglio⁸, Loris Zanier⁹, Luigi Canciani¹⁰, Romano Paduano¹¹, Dorian Battigelli¹², Fabio Samani¹³, Silvio Brusaferrò¹⁴

¹Centro di Prevenzione Cardiovascolare, AAS 4 "Friuli Centrale", Udine

²Dipartimento di Prevenzione, AAS 2 "Bassa Friulana - Isontina", Palmanova (UD)

³Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

⁴Dipartimento di Prevenzione, AAS 4 "Friuli Centrale", Udine

⁵Area Promozione della Salute e Prevenzione, Direzione Centrale Salute Friuli Venezia Giulia, Trieste

⁶Centro Cardiovascolare, AAS 1 "Triestina" e Università degli Studi, Trieste

⁷Cardiologia Preventiva e Riabilitativa, AAS 6 "Friuli Occidentale", Pordenone e Sacile

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

⁹Servizio di Epidemiologia e Flussi Informativi, Direzione Centrale Salute Friuli Venezia Giulia, Udine

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

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

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

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

¹⁴Struttura 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 2014-2018¹, 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"¹;
- b) "Le malattie cronico-degenerative 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'adolescenza¹. 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"¹.

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 approvato², 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?

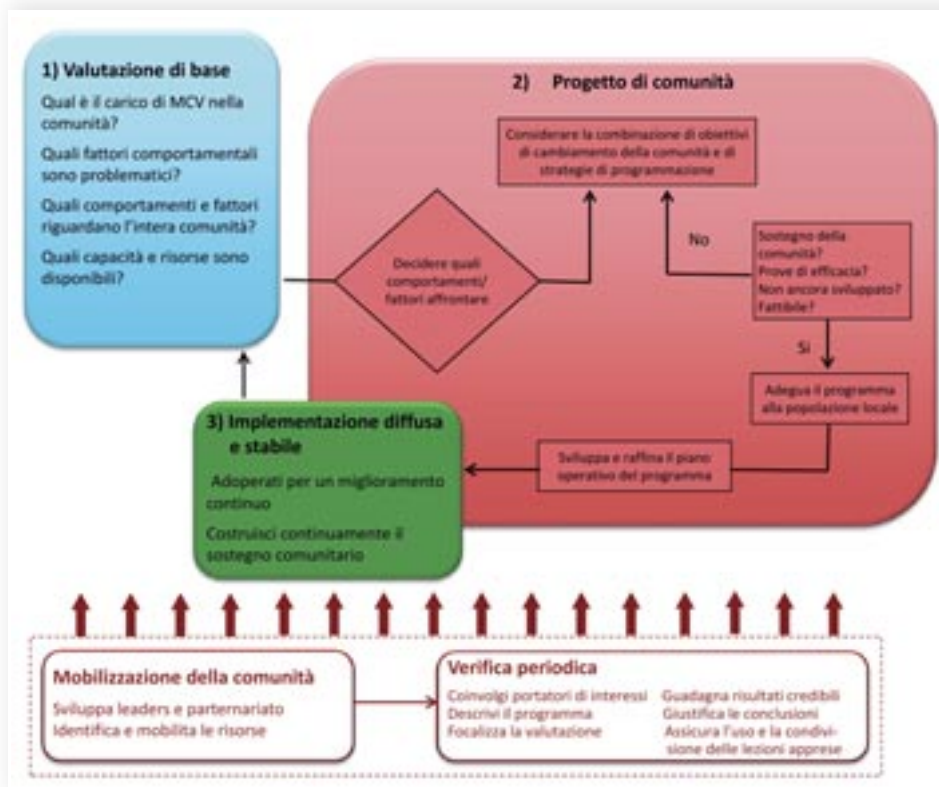


Figura 1. Diagramma di flusso per realizzare buone pratiche di promozione della salute nella comunità. MCV, malattie cardiovascolari. Modificata da Veazie et al.³.



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)³, 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^{4,5}, pur con tutti i "caveat" delle diversità date dal disegno, dall'età della popolazione in studio, dal follow-up. Lo studio danese, denominato Inter99^{4,6-10}, dimostra che operare solo sugli stili di vita non cambia gli esiti di salute. Lo studio canadese⁴, 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 ⁴ | Cardiovascular Health Awareness Program (CHAP) ⁵ |
|---|--|---|
| Nazione ed area | Danimarca, sobborghi di Copenaghen | 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) ⁹ | Nuova prescrizione di antipertensivi |

(continua)

CHI DEVE FARE PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE E PROMOZIONE DELLA SALUTE?

(segue) **Tabella 1.**

| Caratteristiche | Inter99 ⁴ | Cardiovascular Health Awareness Program (CHAP) ⁵ |
|--|---|--|
| 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.
⁴descritti in altre pubblicazioni⁵⁻⁹.

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 secondaria¹¹.

Questi dati e le più recenti linee guida europee sulla prevenzione cardiovascolare, tradotte anche in italiano¹², 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 [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 [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, Glümer 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.