



**CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE
PER IL DIRITTO ALLA SALUTE
I° CONGRESSO NAZIONALE**

**IL DIRITTO ALLA SALUTE: UN DIRITTO INALIENABILE
CRITICITA' A CONFRONTO**

**COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE
DIPARTIMENTO
MALATTIE CARDIOCIRCOLATORIE**

1. INTRODUZIONE

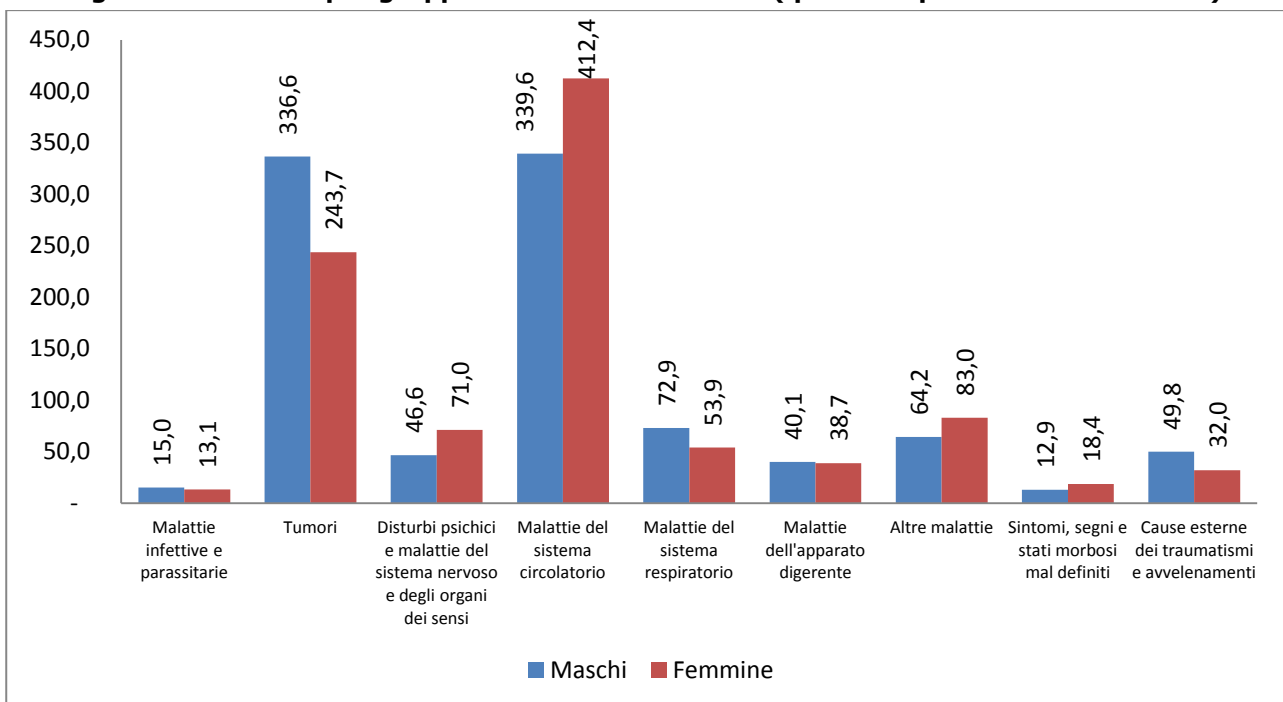
Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte nell'Unione Europea e sono all'origine del 40% circa dei decessi, per un totale di 2 milioni all'anno.

Esse sono inoltre tra le principali cause di morbosità, invalidità, infermità di lunga durata e conseguente abbandono del mercato del lavoro. Dipendono in larga misura dalle condizioni sociali, e la loro diversa incidenza costituisce la principale causa di disparità in campo sanitario all'interno degli Stati membri e tra di loro. La salute del cuore dipende fortemente dai comportamenti e dagli stili di vita. Per poter essere efficaci, le strategie di prevenzione devono pertanto concentrarsi su fattori chiave come il consumo di tabacco e alcol, l'alimentazione, l'attività fisica e lo stress psicosociale.

Anche nel nostro Paese le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi (377 morti ogni 100.000 abitanti). Distinguendo per genere, si riscontrano 339,6 morti nei maschi e 412,4 per le femmine ogni 100.000 abitanti (Figura 1).

In particolare la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia, mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 13%, dopo i tumori. Ogni anno le malattie cardiovascolari uccidono più di 4,3 milioni di persone in Europa e sono causa del 48% di tutti i decessi (54% per le donne, 43% per gli uomini).

Figura 1: Mortalità per gruppi di cause – Anno 2008 (quozienti per 100.000 residenti)



Fonte: *Annuario ISTAT 2011*

Si è riscontrato che negli uomini il rischio di cardiopatia è pressoché trascurabile fino ai 40 anni, emerge fra i 40-50 anni e cresce in maniera esponenziale con l'età. Nelle donne invece il fenomeno si manifesta nel range di 50-60. A questa diversità si accompagna anche quella relativa alle manifestazioni cliniche: nelle donne sono più frequenti la morte improvvisa, l'infarto silente e l'angina pectoris.

2. PREMESSE

INCIDENZA & LETALITA'

Per dare una stima dei numeri di nuovi casi presenti in un arco temporale, denominata incidenza, ci si avvale dei risultati del Progetto CUORE, portato avanti dal Ministero della Salute, dove sono stati arruolati 21.000 tra uomini e donne di 35-74 anni d'età partendo dagli anni '80 e con un *follow-up* medio di 13 anni. La Tabella 1 evidenzia una letalità maggiore per eventi coronarici negli uomini (28%) rispetto alle donne (25,4%), tuttavia evidenzia una maggiore letalità per eventi cerebrovascolari nelle donne (34,7%) rispetto che negli uomini (32%). Applicando queste stime al censimento ISTAT 2001 (ultimo dato disponibile per questo tipo di analisi) si stimano circa 80.000 nuovi eventi coronarici negli uomini e 20.000 nelle donne compresi tra i 35 e i 74 anni d'età.

Tabella 1: Progetto CUORE – Studi Longitudinali: tassi di incidenza e letalità – Uomini e donne 35-74 anni; follow-up dicembre 2004

Età (anni)	Eventi coronarici				Eventi cerebrovascolari			
	Uomini		Donne		Uomini		Donne	
	Tassi di incidenza per anno per 1.000	Letalità, %	Tassi di incidenza per anno per 1.000	Letalità, %	Tassi di incidenza per anno per 1.000	Letalità, %	Tassi di incidenza per anno per 1.000	Letalità, %
35-44	3,2	9,6	0,5	8,3	0,6	11,1	0,3	20,0
45-54	4,5	15,3	1,2	11,4	1,7	29,1	0,6	23,7
55-64	9,7	33,6	2,8	27,1	4,8	27,3	2,3	33,9
65-74	10,1	54,2	4,5	54,5	7,8	53,6	5,3	49,0
35-74	6,1	27,9	1,6	25,4	2,7	32,0	1,2	34,7

Fonte: Ministero della Salute, *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009-2010*. IV Conferenza Nazionale sulla Prevenzione Cardiovascolare, Istituto Superiore di Sanità – aprile 2010.

Nel Registro Nazionale delle Malattie Cardiovascolari, che include una popolazione di circa 5 milioni di uomini e donne tra 35-74 anni residenti nelle aree Nord, Centro e Sud vengono analizzati sia i nuovi casi di malattia e le recidive (eventi che occorrono a soggetti già sopravvissuti a un episodio di malattia), sia la letalità in termini di eventi fatali rispetto alla totalità degli eventi (Tasso di attacco e letalità).

Dallo studio CUORE emerge che tra i pazienti colpiti da infarto miocardico acuto, circa 3 uomini su 10 e 4 donne su 10 muoiono entro 28 giorni dall'esordio dei sintomi, fuori dall'ospedale e prima del ricovero. Mentre, per gli eventi cerebrovascolari, circa 2 pazienti su 10 muoiono entro 28 giorni dall'esordio dei sintomi.

PREVALENZA

Se analizziamo la prevalenza di malattie cardio-cerebrovascolari stimata su campioni di popolazione ci fa capire come circa la metà di malattie ischemiche del cuore sia dovuta ad episodi di angina pectoris, che non ricevono usualmente ricovero ospedaliero e pertanto vengono inclusi nei registri di popolazione cardiovascolari. Queste malattie colpiscono in generale l'età avanzata. Secondo la *Health Examination Survey* attualmente in corso (2008-2012), che raccoglie e confronta i dati inerenti alle varie malattie cardiocircolatorie nelle stesse regioni che furono oggetto di studio dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare (Friuli, Molise, Emilia Romagna, Calabria, Basilicata, Piemonte, Sardegna, Lazio, Sicilia) per il periodo 1998-2002, la prevalenza di tali patologie sembra addirittura aumentata sensibilmente (Tabella 2).

Tabella 2: Prevalenza delle malattie cardiovascolari per fasce di età e sesso (Anni 1998 e 2008). Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare (Friuli, Molise, Sicilia, Emilia Romagna, Calabria, Basilicata, Piemonte, Sardegna, Lazio): uomini e donne di età compresa tra i 35 e i 74 anni.

Età (anni)	1998		2008	
	Uomini %	Donne %	Uomini %	Donne %
Infarto del miocardio*				
35-44	0,2	-	0,2	0,3
45-54	1,3	0,2	0,9	-
55-64	3,0	0,9	3,3	0,5
65-74	4,3	1,6	6,4	1,6
Totale	2,2	0,7	2,7	0,6
Angina pectoris**				
35-44	1,3	2,3	2,0	2,5
45-54	2,1	2,9	2,4	4,5
55-64	2,8	6,6	2,9	5,4
65-74	4,3	6,5	6,4	5,8
Totale	2,6	4,5	3,4	4,6
Rivascolarizzazioni***				
35-44	0,4	-	0,2	-
45-54	1,3	0,2	1,7	-
55-64	3,2	-	5,5	-
65-74	5,2	0,7	11,3	2,2
Totale	2,5	0,2	4,7	0,6
Coronaropatia clinicamente manifesta****				
35-44	1,8	2,3	2,5	2,5
45-54	3,8	3,1	3,9	4,5
55-64	7,0	7,2	8,4	5,9
65-74	10,5	8,5	16,5	8,2
Totale	5,8	5,2	7,8	5,4

* Si tratta di persone che hanno superato la fase acuta.

** Questionario della London School of Hygiene and Tropical Medicine.

*** Bypass o angioplastica

**** Infarto al miocardio o angina o bypass alle coronarie o angioplastica.

Fonte: Ministero della Salute, Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009-2010. IV Conferenza Nazionale sulla Prevenzione Cardiovascolare, Istituto Superiore di Sanità - aprile 2010.

La prevalenza di malattie cardiocircolatorie aumenta in modo importante grazie ad alcuni fattori di rischio noti, tra cui ricordiamo i più importanti: abitudine al fumo di sigaretta, diabete, obesità, valori elevati di colesterolemia, ipertensione, arteriosa e scarsa attività fisica, oltre, ovviamente, ad età, sesso e familiarità alla malattia. La *Health Examination Survey* suddivide, inoltre, la popolazione oggetto di studio in due livelli socioeconomici, e li confronta con i dati raccolti dall'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, nelle stesse aree geografiche di cui sopra, confermando che nel livello socioeconomico più basso si avverte di più la condizione di disagio derivante da sindrome metabolica (obesità); è evidente che l'abitudine al fumo di sigaretta, in quest'ultima categoria, rimane pressoché invariata nel decennio considerata.

Tabella 3: Confronto della distribuzione delle principali condizioni a rischio per due differenti gruppi di livello socioeconomico: dati raccolti in uomini e donne di 35-74 anni nell'ambito dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey 1998 e 2008

Fattori di rischio	Elementare/Media inferiore				Media Superiore/Laurea			
	1998 N = 2.286	2008 N = 1.675	Diff. Ass. EU STD §	Sig.	1998 N = 1.475	2008 N = 1.758	Diff. Ass. EU STD §	Sig.
	%	%			%	%		
Diabete	14,7	16,3	0,8	NS	7,5	6,4	-1,8	NS
Sindrome metabolica	28,3	33,0	3,5	*	16,3	16,7	-0,5	NS
BMI**								
Obesità	26,0	32,2	6,7	‡	13,2	18,6	5,0	‡
Sovrappeso	44,8	41,2	-3,7	*	40,2	39,0	-2,2	NS
Normale	29,2	26,6	-3,1	*	46,6	42,4	-2,8	NS
Ipertensione arteriosa-stato del controllo^								
Non ipertesi	38,9	42,5	6,9	‡	57,8	63,9	8,5	‡
In trattamento efficace	5,7	11,5	3,9	‡	4,1	9,0	4,7	‡
Non adeguatamente trattati	24,1	22,4	-1,9	NS	11,3	9,4	-3,1	†
Ipertesi non trattati	31,3	23,6	-8,9	‡	26,8	17,6	-10,1	‡
Abitudine al fumo di sigaretta								
Mai fumato	50,9	48,0	-4,1	*	42,8	48,3	5,7	†
Ex fumatori	24,5	28,6	4,6	‡	28,0	30,1	1,4	NS
Fumatori correnti	24,6	23,3	-0,5	NS	29,2	21,6	-7,1	‡

‡ $p < 0,001$; † $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

** Obesità: $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$; Sovrappeso: $25 \text{ BMI} < 30 \text{ kg/m}^2$; Normale: $BMI < 25 \text{ Kg/m}^2$.

^ Non iperteso: $PAS < 140 \text{ mmHg}$ e $PAD < 90 \text{ mmHg}$ e senza trattamento.

§ Differenza assoluta tra i valori standardizzati per età con la Popolazione Europea Standard.

In trattamento efficace: $PAS < 140 \text{ mmHg}$ e $PAD < 90 \text{ mmHg}$.

Non adeguatamente trattati: $PAS \geq 140 \text{ mmHg}$ oppure $PAD \geq 90 \text{ mmHg}$.

Ipertesi non trattati: $PAS \geq 140 \text{ mmHg}$ oppure $PAD \geq 90 \text{ mmHg}$ e senza trattamento.

BMI, indice di massa corporea [peso (Kg)/altezza (m^2)]; NS, non significativo; PAD, pressione arteriosa distolica; PAS, pressione arteriosa sistolica.

Fonte: Ministero della Salute, Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009-2010. IV Conferenza Nazionale sulla Prevenzione Cardiovascolare, Istituto Superiore di Sanità – aprile 2010.

3. ANALISI DEI DATI

I tassi di mortalità per cardiopatie in Italia hanno avuto un andamento in discesa a partire dalla metà degli anni '70, mantenendosi a livelli inferiori rispetto ad altri Paesi europei. Grazie ai dati disponibili di incidenza, prevalenza, consumo di farmaci, trattamenti chirurgici, ricoveri ospedalieri e dei fattori di rischio è stato valutato, grazie al modello IMPACT, l'andamento in discesa della mortalità per cardiopatia coronarica in Italia tra il 1980 e il 2000. Questi dati confermano ancora una volta che le malattie cardiocircolatorie (coronariche e cerebrovascolari) rappresentano un problema di salute pubblica di primaria importanza, perché soggette ad un'alta frequenza nonostante il nostro Paese venga considerato a basso rischio cardiovascolare. Esse sono comunque considerate le malattie che maggiormente incidono sullo sviluppo di patologie legate all'invecchiamento (disturbi cognitivi e disabilità). Laddove i fattori di rischio sono poco modificabili, o comunque forniscono un quadro complessivamente negativo, si configura un elevato rischio cardiovascolare globale per cui, oltre a stili di vita "salvacuore" imperativi, esistono farmaci di documentata efficacia preventiva.

BIBLIOGRAFIA

- [1] ISTAT, *Annuario Statistico Italiano 2011*.
- [2] Istituto Superiore di Sanità, *IV Conferenza Nazionale sulla Prevenzione Cardiovascolare*, aprile 2010.
- [3] Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario. *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese, 2009-2010*.

LAVORI DELLA COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE

ANALISI DELLE CRITICITÀ

- Il punto di vista dei pazienti
- Il punto di vista legale
- Criticità nella gestione del paziente iperteso nella "Real life"
- L'impatto della continuità terapeutica e dell'aderenza al trattamento sulla qualità di vita del paziente iperteso
- Problematiche nel controllo della pressione del sistema cardiocircolatorio
- Il ruolo chiave della medicina generale sulla gestione del paziente iperteso
- Varie ed eventuali

SOLUZIONI E SOSTENIBILITÀ: sintesi

1. Consapevolezza che l'ipertensione arteriosa aumenta con il passare degli anni, fino a raggiungere circa il 50% negli individui con età > 65 anni.
2. Consapevolezza che la pressione arteriosa aumenta il rischio di eventi cardiovascolari
3. Difficoltà dell'applicazione "tout-court" delle linee guida scientifiche nei soggetti anziani, in funzione delle comorbidità e del grado di fragilità (perdita di funzioni psico-fisiche).
4. Terapia Personalizzata: Cautela nella riduzione dei valori pressori nell'anziano, in quanto una riduzione eccessiva, specie nei soggetti più fragili, potrebbe indurre un aumento della mortalità cardiovascolare.
5. Necessità di aumentare l'aderenza e la persistenza al paziente anziano al trattamento antipertensivo perché la presenza delle comorbidità e la perdita delle funzioni, soprattutto quelle cognitive, nonché la politerapia, condizionano una discontinuazione del trattamento.
6. Necessità di recupero del rapporto medico-paziente al fine di limitare l'utilizzo di farmaci generici consigliati dal farmacista.
7. Opportunità di veicolare, attraverso gli anziani, messaggi positivi di educazione sanitaria nell'ambito familiare, ad esempio: gli anziani come testimonial per campagne di prevenzione ed educazione degli stili corretti di vita alle giovani generazioni (i nipoti), affinché si educerli ad una reale prevenzione delle malattie cardiovascolari a cui l'ipertensione è associata (stili di vita sani, attività fisica, corretta alimentazione).
8. Educazione all'automisurazione della pressione arteriosa per ottimizzare il controllo pressorio e razionalizzare le risorse economiche-patrimoniali. Applicazione della telemisurazione a medio-lungo termine.
9. Accordi commerciali/convenzioni tra l'industria alimentare ed il Governo, la fine di ridurre la concentrazione di sodio negli alimenti.
10. Migliore definizione degli indicatori di controllo e loro allocazione della spesa, non in funzione esclusiva del budget, attraverso la collaborazione di clinici, pazienti ed amministrativi.
11. Sensibilizzare i pazienti all'assenza della certezza in medicina, ma alla reale riduzione del rischio.