

I fattori di rischio

A cura di Simona Giampaoli e Diego Vanuzzo

La valutazione dei fattori di rischio nella popolazione italiana viene realizzata dall'ISTAT attraverso l'indagine multiscopo sulle famiglie; si tratta di una rilevazione molto importante condotta periodicamente su campioni rappresentativi della popolazione generale estratti dall'intero territorio nazionale, ma che si basa su condizioni e stili di vita auto-risportati, pertanto risente della sottostima di alcune condizioni di cui la persona dichiarante non è a conoscenza. La modalità più appropriata per valutare la distribuzione dei fattori di rischio è quella realizzata attraverso l'esame clinico di campioni di popolazione adottando procedure e metodologie standardizzate. Queste indagini sono molto costose, possono essere condotte solo su limitati campioni di popolazione e sono raramente disponibili.

Recentemente si è conclusa una indagine sulla distribuzione dei fattori di rischio e delle malattie cardiovascolari, l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Attraverso tale indagine sono stati misurati i fattori di rischio che verranno qui di seguito descritti.

Pressione Arteriosa

Significato. Valori di pressione arteriosa (PA) superiori a 140 mmHg per la sistolica e/o 90 mmHg per la diastolica sono convenzionalmente definiti come ipertensione arteriosa quando derivano dalla media di più misurazioni rilevate in almeno due diverse occasioni (Definizione I).

Quando più misurazioni sono disponibili in un'unica sessione, molti studi considerano prudenzialmente per la definizione di ipertensione arteriosa valori superiori a 160 mmHg di sistolica e/o a 95 mmHg di diastolica (Definizione II).

Un indicatore importante delle attività preventive nei confronti dell'ipertensione è lo stato del controllo, costituito dalla proporzione di ipertesi in trattamento farmacologico efficace. Le indagini epidemiologiche hanno comunque dimostrato che il rischio di malattia cardiovascolare aumenta con l'aumentare della pressione, anche a valori inferiori a quelli soglia, ed è collegato alla coesistenza di altri fattori di rischio. Un indicatore affidabile del profilo pressorio di una popolazione è dato dai valori medi di pressione sistolica e diastolica, in genere riportati con la deviazione standard.

Prevalenza di ipertensione

Numeratore	Definizione I) con PA \geq 140 e/o 90; Definizione II) con PA \geq 160 e/o 95 mmHg o sotto trattamento specifico
Denominatore	Popolazione dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare

Validità e limiti. I valori sono stati rilevati con metodo standardizzato, secondo regole definite (1,2) da operatori certificati con controllo di qualità in relazione alla preferenza di cifra ed alla distribuzione delle ultime cifre; il limite principale riguarda l'unica sessione di rilevamento.

Benchmark. I valori ottimali di riferimento sono: 140/90 mmHg per la media di almeno due misurazioni in due sessioni diverse (Definizione I). Per la media di due misurazioni nella stessa sessione valori di 160/95 mmHg aumentano la specificità (Definizione II).

Descrizione dei Risultati

La prevalenza dell'ipertensione arteriosa (Definizione II) è elevata sia al Nord che al Centro-Sud; nelle donne è del 33%, negli uomini del 31%; la proporzione delle donne trattate adeguatamente è del 39%; quella degli uomini è del 28%. Il 50% delle donne e il 34% degli uomini non è trattato in alcun modo pur essendo iperteso.

Prevalenza di ipertesi (uomini)



Friuli Venezia Giulia ed Emilia-Romagna sono le regioni con più elevata prevalenza di persone ipertese (45%); la prevalenza più bassa si riscontra nelle Marche, in Valle d'Aosta e in Abruzzo che contano il 24% di uomini ipertesi; Trentino Alto Adige e Marche contano il 23% delle donne ipertese.

Fonte dei dati e anni di riferimento: Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Anni 1998-2002.

Valori medi \pm deviazione standard della pressione arteriosa sistolica (PAS) e diastolica (PAD) e prevalenza di ipertesi (Definizione II) nella fascia di età 35-74 anni.

Regione	Uomini			Donne		
	PAS	PAD	Ipertesi	PAS	PAD	Ipertesi
	mm Hg	mm Hg	%	mm Hg	mm Hg	%
Piemonte	135 \pm 16	87 \pm 10	33	131 \pm 17	83 \pm 9	30
Valle D'Aosta	132 \pm 12	84 \pm 8	24	130 \pm 13	82 \pm 8	29
Lombardia	135 \pm 17	87 \pm 9	33	132 \pm 17	83 \pm 9	28
Liguria	138 \pm 18	87 \pm 9	36	130 \pm 16	80 \pm 10	30
Trentino-Alto Adige	136 \pm 14	84 \pm 9	30	132 \pm 14	81 \pm 9	23
Veneto	137 \pm 18	85 \pm 10	33	132 \pm 17	82 \pm 10	28
Friuli-Venezia Giulia	146 \pm 17	91 \pm 9	45	139 \pm 17	83 \pm 8	37
Emilia Romagna	141 \pm 18	88 \pm 12	41	134 \pm 19	81 \pm 11	30
Toscana	134 \pm 18	84 \pm 10	28	128 \pm 17	79 \pm 10	26
Umbria	136 \pm 15	85 \pm 8	39	133 \pm 16	83 \pm 9	32
Marche	132 \pm 17	82 \pm 8	24	124 \pm 16	76 \pm 8	23
Lazio	136 \pm 19	85 \pm 11	33	133 \pm 19	82 \pm 10	33
Abruzzo	129 \pm 15	80 \pm 9	24	127 \pm 16	77 \pm 8	24
Molise	130 \pm 15	85 \pm 10	28	129 \pm 17	82 \pm 9	24
Campania	135 \pm 16	84 \pm 9	29	137 \pm 19	84 \pm 10	33
Puglia	133 \pm 17	83 \pm 10	26	134 \pm 18	82 \pm 10	35
Basilicata	130 \pm 17	82 \pm 10	33	127 \pm 18	79 \pm 10	28
Calabria	138 \pm 17	89 \pm 9	45	136 \pm 18	85 \pm 9	41
Sicilia	135 \pm 18	87 \pm 12	37	132 \pm 18	85 \pm 12	34
Sardegna	129 \pm 16	84 \pm 9	33	129 \pm 17	81 \pm 9	29
ITALIA	135\pm18	86\pm10	33	132\pm18	82\pm10	31

Raccomandazioni di Osservasalute

La pressione arteriosa è uno dei più importanti fattori di rischio per le malattie cardio-cerebrovascolari. Normalmente l'ipertensione arteriosa non dà sintomi, pertanto è possibile sapere se si è ipertesi solo misurando la propria pressione. Una sana alimentazione con poco sale e una attività fisica adeguata aiutano a mantenere ottimale il livello della pressione arteriosa.

Colesterolemia

Significato. L'ipercolesterolemia è un fattore di rischio per le malattie cardiovascolari arteriosclerotiche. Secondo le linee guida una colesterolemia superiore a 200 mg/dL, circa 5 mmol/L, (Definizione I) qualifica un rischio aumentato ed una colesterolemia \geq 240 mg/dL può essere definita elevata in questo contesto (Definizione II). Le indagini epidemiologiche hanno dimostrato che il rischio di malattia cardiovascolare aumenta con l'aumentare della colesterolemia totale, anche a valori inferiori a quella soglia, ed è collegato agli altri fattori di rischio coesistenti. Un indicatore affidabile del profilo colesterolemico di una popolazione è dato dai suoi valori medi, in genere riportati con la deviazione standard. Tale considerazione può essere applicata anche alla HDL-colesterolemia, che è invece un fattore protettivo.

Numeratore	Definizione I) con colesterolo \geq 200 mg/dL; Definizione II) con colesterolo \geq 240 mg/dL o sotto trattamento specifico
Denominatore	Popolazione dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare

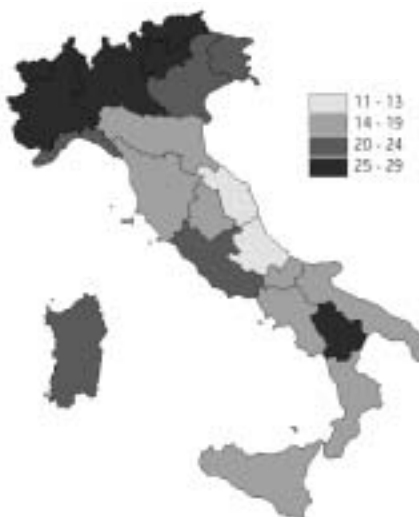
Validità e limiti. I valori sono stati misurati presso un unico Laboratorio (Desio, MI), certificato con il CDC di Atlanta (USA) per i lipidi, su campioni prelevati e trattati con metodo standardizzato e trasferiti centralmente in ghiaccio secco; il limite principale riguarda l'unico prelievo eseguito che non consente di stimare la regressione verso la media ed il cosiddetto «dilution bias».

Benchmark. I valori ottimali di riferimento sono:
200 mg/dL (Definizione I).
Valori maggiori di 240 mg/dL aumentano la specificità (Definizione II).

Descrizione dei Risultati

I valori riscontrati sono più elevati nella popolazione che vive al Nord rispetto al Centro Sud. La prevalenza dell'ipercolesterolemia (Definizione II) è del 25% nelle donne e del 21% negli uomini; la proporzione dei trattati adeguatamente è del 10% delle donne e del 14% degli uomini. Le regioni con prevalenza più elevata di persone con ipercolesterolemia sono la Valle d'Aosta e il Trentino (29%), quelle con la minore prevalenza sono l'Abruzzo che conta l'11% degli uomini e le Marche con il 15% delle donne.

Prevalenza di ipercolesterolemia (definizione II - uomini)



Fonte dei dati e anni di riferimento: Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Anni 1998-2002.

Valori medi \pm deviazioni standard della colesterolemia totale e HDL nella fascia di età 35-74 anni e prevalenza dell'ipercolesterolemia

Regione	Uomini			Donne		
	Colesterolemia			Colesterolemia		
	Totale	HDL	Ipercolest	Totale	HDL	Ipercolest
	mg/dL	mg/dL	%	mg/dL	mg/dL	%
Piemonte	212 \pm 38	55 \pm 14	27	216 \pm 41	63 \pm 16	29
Valle D'Aosta	221 \pm 39	47 \pm 12	29	217 \pm 48	60 \pm 14	32
Lombardia	211 \pm 39	52 \pm 14	25	214 \pm 35	62 \pm 14	29
Liguria	205 \pm 39	50 \pm 11	24	216 \pm 37	63 \pm 13	33
Trentino-A.A.	217 \pm 35	55 \pm 13	29	211 \pm 36	65 \pm 15	27
Veneto	196 \pm 55	50 \pm 14	22	194 \pm 49	58 \pm 15	18
Friuli-V.G.	208 \pm 43	57 \pm 12	21	205 \pm 33	68 \pm 13	20
Emilia Romagna	206 \pm 34	52 \pm 12	18	211 \pm 35	63 \pm 14	23
Toscana	205 \pm 36	41 \pm 12	19	205 \pm 34	51 \pm 15	21
Umbria	184 \pm 46	45 \pm 10	19	187 \pm 43	56 \pm 16	16
Marche	198 \pm 30	47 \pm 9	13	205 \pm 31	56 \pm 10	15
Lazio	211 \pm 38	49 \pm 12	21	220 \pm 37	59 \pm 13	32
Abruzzo	200 \pm 34	45 \pm 11	11	207 \pm 48	50 \pm 10	22
Molise	208 \pm 38	42 \pm 10	16	207 \pm 30	51 \pm 10	18
Campania	196 \pm 46	49 \pm 14	19	205 \pm 49	57 \pm 17	27
Puglia	204 \pm 39	49 \pm 13	18	181 \pm 50	50 \pm 12	16
Basilicata	213 \pm 36	51 \pm 12	27	210 \pm 33	59 \pm 12	25
Calabria	199 \pm 39	49 \pm 11	17	206 \pm 37	58 \pm 13	25
Sicilia	202 \pm 37	44 \pm 11	17	214 \pm 44	54 \pm 12	25
Sardegna	209 \pm 35	51 \pm 13	21	207 \pm 36	64 \pm 16	28
ITALIA	205\pm42	49\pm13	21	207\pm43	58\pm15	25

Raccomandazioni di Osservasalute

Per mantenere il livello basso della colesterolemia è importante alimentarsi, con un'ampia varietà di cibi di origine animale e vegetale: una alimentazione troppo abbondante e ricca di grassi, specialmente quelli di origine animale, produce un eccesso di colesterolemia. È importante aumentare il consumo di cibi ricchi di fibre, amidi, vitamine e minerali, come frutta, verdura, legumi e cereali, ma anche quello del pesce.

Fumo

Significato. Il fumo di tabacco, e di sigaretta in particolare, è un fattore di rischio per gran parte delle patologie cronico degenerative (tumori, malattie cardiovascolari, broncopneumopatie cronico-ostruttive). Per il fumo di sigaretta, il rischio aumenta in relazione al numero di sigarette fumate e all'età di inizio dell'abitudine; tuttavia in molti studi epidemiologici la popolazione viene suddivisa tra fumatori e non fumatori, intendendosi tra i primi coloro che fumano regolarmente almeno una sigaretta al giorno. Questa semplificazione è funzionale alla metodologia trasversale delle indagini che rilevano il numero di sigarette fumate al momento dell'inchiesta, considerando che è complessa ed imprecisa la stima del «carico di fumo» della persona. Con queste limitazioni il numero medio di sigarette fumate al giorno dai fumatori non può che riflettere differenze macroscopiche nell'abitudine al fumo.

Numeratore $\frac{\text{Soggetti che fumano regolarmente almeno una sigaretta al dì}}{\text{Popolazione dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare}}$

Validità e limiti. Il questionario sul fumo deriva dalla metodologia del progetto MONICA-OMS (5) e nonostante sia stato somministrato da operatori standardizzati con metodo computerizzato, risente delle risposte individuali ad un tema «sensibile». Il limite è dato dall'assenza di dati più oggettivi di validazione (dosaggio di cotinina, di tiocianato sierico, di CO nell'aria espirata).

Benchmark. Le persone non dovrebbero fumare e possibilmente non iniziare a farlo. Per chi fuma i vantaggi di una riduzione del numero di sigarette sono decisamente ridotti rispetto a chi smette. Le sigarette a minor contenuto di nicotina e condensato non danno vantaggi dal punto di vista cardiovascolare.

Descrizione dei Risultati

La prevalenza dell'abitudine al fumo di sigarette è del 30% negli uomini e del 21% nelle donne; il numero medio di sigarette fumate è di 17 al giorno per gli uomini e di 13 per le donne. Dalla metà del secolo scorso, l'abitudine al fumo di sigarette è andata riducendosi negli uomini, mentre nelle donne adulte è andata gradualmente aumentando. L'analisi della relazione tra fumo e livello di istruzione suggerisce che, mentre negli uomini un livello culturale elevato sembra essere in grado di promuovere stili di vita più sani, nelle donne, parallelamente alla conquista di indipendenza economica e culturale, sembra associarsi l'acquisizione di abitudini negative, e, almeno in passato, tipicamente maschili.

Prevalenza dell'abitudine al fumo
in donne di 35-74 anni



Le regioni con prevalenza più diffusa di abitudine al fumo sono la Campania e la Basilicata (oltre il 40%), quelle con prevalenza più bassa sono il Veneto (19%), il Trentino Alto-Adige e il Friuli Venezia Giulia per le donne (15%)

Fonte dei dati e anni di riferimento: Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Anni 1998-2002.

Prevalenza di fumatori e numero medio di sigarette fumate al giorno nei fumatori nella fascia di età 35-74 anni

Regione	Uomini		Donne	
	Numero sigarette/die	% Fumatori	Numero sigarette/die	% Fumatori
Piemonte	15±8	29	12±6	20
Valle d'Aosta	17±6	30	11±7	22
Lombardia	17±10	31	13±7	24
Liguria	18±9	25	12±5	19
Trentino-Alto Adige	18±6	26	12±11	15
Veneto	17±8	19	11±7	18
Friuli-Venezia Giulia	17±5	21	11±5	15
Emilia-Romagna	17±9	28	13±7	23
Toscana	16±9	30	14±7	25
Umbria	18±9	23	12±5	22
Marche	16±7	29	12±4	19
Lazio	16±9	36	14±7	28
Abruzzo	16±5	33	10±4	20
Molise	23±10	34	14±7	24
Campania	19±10	41	14±8	25
Puglia	19±9	33	12±8	17
Basilicata	21±8	42	11±8	24
Calabria	17±9	30	13±6	16
Sicilia	19±10	32	15±6	18
Sardegna	18±6	23	13±7	19
ITALIA	17±10	30	13±7	21

Raccomandazioni di Osservasalute

La speranza di vita di un fumatore è di 8 anni inferiore rispetto a quella di un non fumatore. Smettere di fumare è una raccomandazione indicata a qualsiasi età.

Indice di massa corporea ed obesità

Significato. L'indice di massa corporea (IMC) è dato dal peso in kg diviso l'altezza in metri al quadrato e rappresenta un indicatore che considera peso e altezza insieme. Le persone con un indice di massa corporea uguale o maggiore a 30 Kg/m² sono classificate come obese, quelle con un IMC tra 25 e 30 in sovrappeso. L'IMC è importante perchè in numerosi studi è risultato correlato a diverse malattie cronic-degenerative e le persone obese hanno un rischio cardiovascolare elevato. Una parte della predittività cardiovascolare di un IMC compatibile con sovrappeso ed obesità è spiegata dal fatto che le persone in tali condizioni sono più spesso ipertese, ipercolesterolemiche e diabetiche. La sedentarietà è fortemente correlata a sovrappeso ed obesità.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Soggetti con IMC} \geq 30}{\text{Popolazione dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare}}$$

Validità e limiti. Il peso e l'altezza sono stati misurati con metodi standardizzati.

Nell'indagine il peso veniva effettuato con la persona in abiti leggeri; per l'altezza è stato utilizzato lo statimetro a muro, per il peso la bilancia da terra.

Benchmark. L'indice di massa corporea dovrebbe essere inferiore a 25 Kg/m².

Descrizione dei Risultati

La prevalenza dell'obesità è del 22% nelle donne e del 18% negli uomini. Nelle donne l'obesità è più diffusa al Sud ed è accompagnata da più diffusa prevalenza di ipertensione arteriosa, diabete e di inattività fisica. Motivo dell'aumento del peso corporeo è uno squilibrio fra introduzione e consumo energetico: oggi ad una maggiore disponibilità di alimenti corrisponde una minore attività fisica lavorativa e nel tempo libero per intensità e durata.

Molte sono le regioni con prevalenza elevata di obesità: Emilia-Romagna, Umbria, Molise, e tutte le regioni del Sud.

Il Piemonte è la regione dove si riscontra la prevalenza più bassa di obesità sia nelle donne che negli uomini (rispettivamente 12 e 13%).

Prevalenza di soggetti obesi (IMC \geq 30; donne 35-74 anni)



Fonte dei dati e anni di riferimento: Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Anni 1998-2002.

Valori medi e deviazioni standard dell'indice di massa corporea e prevalenza dell'obesità nella fascia di età 35-74 anni .

Regione	Uomini		Donne	
	Indice di Massa Corporea Kg/m ²	Percentuale di soggetti obesi	Indice di Massa Corporea Kg/m ²	Percentuale di soggetti obesi
Piemonte	26±4	12	25±4	13
Valle d'Aosta	27±4	20	26±4	18
Lombardia	26±4	17	25±5	17
Liguria	26±3	15	25±5	20
Trentino-Alto Adige	26±3	13	26±4	16
Veneto	27±4	16	26±5	17
Friuli-Venezia Giulia	28±3	21	26±5	23
Emilia-Romagna	27±4	23	27±5	19
Toscana	26±3	15	26±5	19
Umbria	27±3	23	27±4	21
Marche	26±3	13	25±4	15
Lazio	26±3	16	26±5	19
Abruzzo	27±3	18	28±4	30
Molise	27±4	23	27±5	27
Campania	27±4	18	28±5	33
Puglia	27±4	16	28±4	34
Basilicata	27±4	16	28±5	38
Calabria	28±4	23	28±5	34
Sicilia	28±4	23	27±5	34
Sardegna	26±4	16	26±5	14
ITALIA	27±4	18	26±5	22

Raccomandazioni di Osservasalute

Il sovrappeso corporeo e l'obesità derivano generalmente da uno squilibrio fra l'introduzione e il consumo di energia, se si mangia di più di quanto l'organismo necessita, si ingrassa; nel caso contrario si dimagrisce. Per questo, accanto a una dieta bilanciata, è importante svolgere una attività fisica regolare, adeguata alle condizioni fisiche e al proprio stato di salute. Il fabbisogno di energia varia a seconda dell'età, dell'attività fisica e della situazione fisiologica (gravidanza, stress, malattia).

È importante tenere sotto controllo il proprio peso. Infatti l'indice di massa corporea deve essere inferiore a 25 Kg/m².

Inattività fisica

Significato. L'inattività fisica è definita anche un «determinante di salute» perchè è in relazione non solo con le malattie cardiovascolari, ma con molte malattie cronico-degenerative, tra cui il diabete. In genere si considera come indicatore di rischio l'inattività fisica nel tempo libero, perchè sono pochi oggi gli impieghi che richiedono un notevole dispendio energetico. Parte dell'effetto negativo dell'inattività fisica è dovuto al fatto che le persone sedentarie sono più facilmente in sovrappeso, ipertese, ipercolesterolemiche e diabetiche.

Numeratore	Soggetti sedentari nel tempo libero
Denominatore	Popolazione dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare

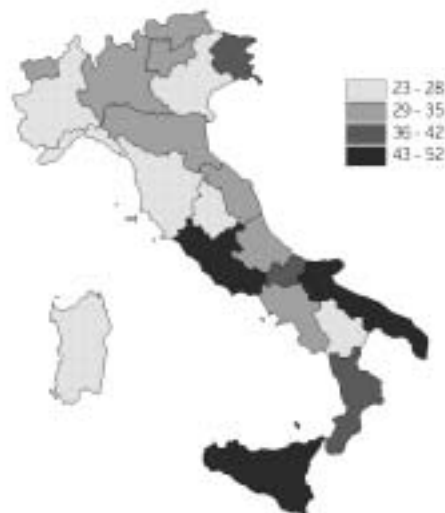
Validità e limiti. Nel questionario utilizzato, il livello dell'attività fisica era espresso in 4 categorie di ordine crescente (sedentaria, leggera, moderata, pesante), separatamente per quella lavorativa e del tempo libero; ogni soggetto doveva indicare in quale categoria meglio si identificava. Questo approccio ha degli evidenti limiti legati alla soggettività dell'interpretazione della persona indagata, ma è sufficientemente attendibile a livello di comunità.

Benchmark. Le persone dovrebbero praticare attività fisiche piacevoli, da inserire nella routine quotidiana, almeno per 3-4 volte a settimana per 20-30 minuti ad una intensità che porti la frequenza cardiaca a 180 battiti meno l'età. Le attività più protettive sono quelle aerobiche come cammino, corsa, ciclismo, cyclette, nuoto, sci di fondo.

Descrizione dei Risultati

La prevalenza dell'inattività fisica al lavoro è del 20% negli uomini e del 37% nelle donne; la prevalenza della inattività fisica nel tempo libero è del 34% negli uomini e del 46% nelle donne. Il Lazio è la regione dove la gente si muove di meno. Negli uomini la prevalenza più bassa di inattività fisica al lavoro è in Valle d'Aosta, nel tempo libero è nel Veneto. Nelle donne la prevalenza più bassa di inattività fisica al lavoro è nelle Puglia (7%), nel tempo libero nel Veneto (28%).

Prevalenza della inattività fisica nel tempo libero (uomini 35-74 anni)



Fonte dei dati e anni di riferimento: Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Anni 1998-2002.

Prevalenza della inattività fisica al lavoro e nel tempo libero nella fascia di età 35-74 anni.

	Uomini		Donne	
	Lavoro	Tempo Libero	Lavoro	Tempo Libero
Regione	%	%	%	%
Piemonte	32	28	22	36
Valle d'Aosta	25	31	15	36
Lombardia	34	30	24	40
Liguria	46	24	17	40
Trentino-Alto Adige	31	30	19	35
Veneto	34	23	14	28
Friuli-Venezia Giulia	45	42	33	42
Emilia-Romagna	37	30	24	39
Toscana	30	24	20	32
Umbria	50	25	23	41
Marche	64	33	18	42
Lazio	58	52	37	66
Abruzzo	34	34	16	42
Molise	28	39	11	58
Campania	31	35	16	52
Puglia	18	49	7	63
Basilicata	44	28	20	32
Calabria	43	41	23	76
Sicilia	35	48	19	65
Sardegna	41	26	24	33
ITALIA	37	34	20	46

Raccomandazioni di Osservasalute

Una buona condizione fisica generale significa un miglioramento della qualità della vita che si manifesta a tutte le età. L'attività fisica regolare è benefica per la salute. Non è necessario svolgere attività intense, uno sforzo moderato e regolare è efficace, praticato per circa 30 minuti per 3-4 volte alla settimana.

Glicemia

Significato. L'iperglicemia ed il diabete mellito sono potenti fattori di rischio cardiovascolare. Il diabete mellito conclamato è stato addirittura considerato un «equivalente ischemico» dalle Linee Guida americane, perchè comporta un rischio simile a quello di pazienti infartuati non diabetici.

Viene definita come iperglicemia un livello di glucosio a digiuno tra 110 e 126 mg/dL e diabete mellito un livello uguale o superiore a 126 mg/dL, i livelli vanno comunque confermati con più determinazioni. Se invece la glicemia viene dosata nel sangue capillare, i valori sono più bassi e tale metodo viene in genere consigliato come sistema di automonitoraggio glicemico nel diabete conclamato. Un altro importante indicatore è l'emoglobina glicata, che sintetizza l'esposizione glicemica di circa 3 mesi ed è usata nei diabetici per valutare il controllo a medio termine.

Numeratore Iperglicemici se glicemia tra 110 e 126 diabetici se ≥ 126 mg/d

Denominatore Popolazione dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare

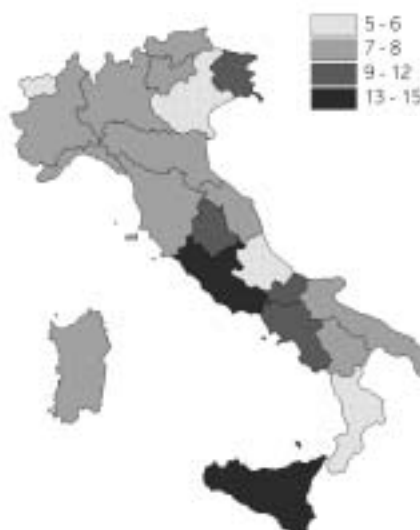
Validità e limiti. La glicemia è stata dosata su sangue capillare a digiuno con sistema Accutrend regolarmente calibrato; pur consapevoli della possibile sottostima collegata alla metodica, considerata l'assenza di riconferme, si sono utilizzate le definizioni di iperglicemia e diabete basate sulla glicemia plasmatica. Sono stati considerati diabetici anche coloro che erano in trattamento con ipoglicemizzanti orali e/o insulina.

Benchmark. Le persone dovrebbero avere una glicemia plasmatica a digiuno inferiore ai 110 mg/dl. Secondo le Linee Guida Europee (4) nei diabetici l'emoglobina glicata dovrebbe essere $\geq 6.1\%$, la glicemia plasmatica < 110 mg/dl, quella capillare a digiuno < 90 mg/dl.

Descrizione dei Risultati

La prevalenza del diabete è più elevata al Centro-Sud rispetto al Nord, è del 6% nelle donne e del 9% negli uomini. Sicilia, Lazio, Molise, Campania e Umbria hanno una prevalenza che supera il 10% negli uomini. Le regioni con prevalenza più bassa sono, per gli uomini, Veneto, Abruzzo e Calabria (6%), per le donne, Valle d'Aosta, Lombardia e Liguria (3%).

Prevalenza di diabete (uomini 35-74 anni)



Fonte dei dati e anni di riferimento: Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Anni 1998-2002.

Valori medi e deviazione standard della glicemia e prevalenza di diabete nella fascia di età 35-74 anni

Regione	Uomini		Donne	
	Glicemia	Diabetici	Glicemia	Diabetici
	mg/dL	%	mg/dL	%
Piemonte	95±26	8	85±20	5
Valle D'Aosta	91±25	5	83±17	3
Lombardia	92±24	7	84±22	3
Liguria	93±20	7	86±21	3
Trentino-Alto Adige	86±31	7	79±18	6
Veneto	93±29	6	90±28	7
Friuli-Venezia Giulia	100±28	10	90±16	6
Emilia Romagna	92±27	8	88±26	4
Toscana	90±24	7	86±22	5
Umbria	101±24	11	94±23	5
Marche	94±20	7	89±19	5
Lazio	93±28	13	88±27	9
Abruzzo	93±16	6	90±22	9
Molise	100±27	12	90±19	6
Campania	93±31	11	88±26	8
Puglia	94±31	8	92±34	9
Basilicata	96±20	8	90±20	5
Calabria	82±25	6	79±30	8
Sicilia	102±23	15	96±25	8
Sardegna	88±23	7	77±19	6
Italia	93±27	9	87±26	6

Raccomandazioni di Osservasalute

Diabete ed iperglicemia sono generalmente associati a sovrappeso corporeo, eccesso di alimentazione e scarsa attività fisica; pertanto una maggiore attenzione verso un salutare stile di vita può migliorarne il controllo.