

# Profilo di rischio cardiovascolare e stili di vita in una coorte di cardiologi Italiani. Risultati della survey SOCRATES

## (Survey on Cardiac Risk Profile and Lifestyle Habits in a Cohort of Italian Cardiologists)

### *Cardiovascular Risk Profile and Lifestyle Habits in a Cohort of Italian Cardiologists. Results of the SOCRATES Survey*

Pompilio Faggiano<sup>1\*</sup>, Pier Luigi Temporelli<sup>2\*</sup>, Giovanni Zito<sup>3</sup>, Francesco Bovenzi<sup>4</sup>, Furio Colivicchi<sup>5</sup>, Francesco Fattiroli<sup>6</sup>, Cesare Greco<sup>7</sup>, Gianfrancesco Mureddu<sup>7</sup>, Carmine Riccio<sup>8</sup>, Marino Scherillo<sup>9</sup>, Massimo Uguccioni<sup>10</sup>, Giacomo Faden<sup>1</sup>

**ABSTRACT:** *Cardiovascular Risk Profile and Lifestyle Habits in a Cohort of Italian Cardiologists. Results of the SOCRATES Survey. P. Faggiano, P.L. Temporelli, G. Zito, F. Bovenzi, F. Colivicchi, F. Fattiroli, C. Greco, G.F. Mureddu, C. Riccio, M. Scherillo, M. Uguccioni, G. Faden.*

**Objectives.** To offer a snapshot of the personal health habits of Italian cardiologists, the Survey on Cardiac Risk Profile and Lifestyle Habits in a Cohort of Italian Cardiologists (SOCRATES) study was undertaken.

**Background.** Cardiologists' cardiovascular profile and lifestyle habits are poorly known worldwide.

**Methods.** A Web-based electronic self-reported survey, accessible through a dedicated website, was used for data entry, and data were transferred via the web to a central database. The survey was divided in 4 sections: baseline characteristics, medical illnesses and traditional cardiovascular risk factors, lifestyle habits and selected medication use. The e-mail databases of three national scientific societies were used to survey a large and representative sample of Italian cardiologists.

**Results.** During the 3-month period of the survey, 1770 out of the 5240 cardiologists contacted (33.7%) completed

and returned one or more sections of the questionnaire. More than 49% of the participants had 1 out of 5 classical risk factors (e.g. hypertension, hypercholesterolemia, active smoking, diabetes and previous vascular events). More than 28% of respondents had 2 to 5 risk factors and only 22.1% had none and therefore, according to age and sex, could be considered at low-intermediate risk. Despite the reported risk factors, more than 90% of cardiologists had a self-reported risk perception quantified as mild, such as low or intermediate. Furthermore, overweight/obesity, physical inactivity and stress at work or at home were commonly reported, as well as a limited use of cardiovascular drugs, such as statins or aspirin.

**Conclusions.** The average cardiovascular profile of Italian cardiologist is unlikely to be considered ideal or even favorable according to recent statements and guidelines regarding cardiovascular risk. Thus, there is a large room for improvement and a need for education and intervention.

**Keywords:** *cardiovascular risk, risk factor, cardiologists, physicians.*

*Monaldi Arch Chest Dis 2013; 80: 118-125.*

---

\* *Pompilio Faggiano e Pierluigi Temporelli hanno contribuito egualmente alla stesura del manoscritto.*

<sup>1\*</sup> *Divisione di Cardiologia, Spedali Civili e Università di Brescia.*

<sup>2\*</sup> *Divisione di Cardiologia, Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS, Veruno (NO).*

<sup>3</sup> *Ambulatorio di Cardiologia, Distretto 58, ASL Napoli 3 Sud.*

<sup>4</sup> *Divisione di Cardiologia, Ospedale Campo di Marte, Lucca.*

<sup>5</sup> *Dipartimento Cardiovascolare, Azienda Ospedaliera S. Filippo Neri, Roma.*

<sup>6</sup> *Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze e Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze.*

<sup>7</sup> *Divisione di Cardiologia, Azienda Ospedaliera S. Giovanni, Roma.*

<sup>8</sup> *Divisione di Cardiologia, Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano, Caserta.*

<sup>9</sup> *Divisione di Cardiologia, Azienda Ospedaliera G. Rummo, Benevento.*

<sup>10</sup> *Dipartimento Cardioscienze, Azienda Ospedaliera S. Camillo - Forlanini, Roma.*

*Corresponding author: Dr. Pompilio Faggiano; U.O. Cardiologia, Spedali Civili di Brescia, Piazza Spedali Civili, I-25100 Brescia, Italy; E-mail address: faggiano@numerica.it*

---

### Introduzione

Le malattie cardiovascolari (MCV) sono la principale causa di morte nei paesi sviluppati [1]. L'ele-

mento fondamentale nella prevenzione delle MCV è la promozione e diffusione di un corretto stile di vita insieme alla identificazione ed al trattamento dei tradizionali fattori di rischio cardiovascolare (FRC). Di

fatto, sempre più numerose sono le evidenze in letteratura sull'impatto a lungo termine di semplici modifiche dello stile di vita nell'ambito della prevenzione primaria e secondaria [2]. I medici, ed in particolare i cardiologi, giocano un ruolo chiave nella prevenzione cardiovascolare, sia come modello comportamentale che attraverso indicazioni ai loro pazienti su un corretto stile di vita (abolizione del fumo, dieta ipolipidica ed iposodica, regolare attività fisica) [3, 4]. È pertanto ipotizzabile che i cardiologi che conoscono il proprio profilo di rischio cardiovascolare (RCV) siano più attenti ed aderenti alle linee guida nella gestione dei loro pazienti. Tuttavia i dati in letteratura sul profilo di rischio CV e sullo stile di vita dei cardiologi sono scarsi a livello internazionale. Uno studio americano ha mostrato che i cardiologi sembrano avere un minor numero di FRC e sembrano seguire uno stile di vita più salutare rispetto alla popolazione generale [5]. Attualmente non sono disponibili dati analoghi riguardanti i cardiologi dell'Europa mediterranea. Per cercare di colmare questa lacuna è stato ideato il progetto SOCRATES (Survey on Cardiac Risk Profile and Lifestyle Habits in a Cohort of Italian Cardiologists).

### Materiali e Metodi

#### Popolazione dello studio e raccolta dati

Gli iscritti a tre società scientifiche nazionali, ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri), ARCA (Associazioni Regionali Cardiologi Ambulatoriali) e GICR-IACPR (Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Epidemiology), sono stati usati come campione rappresentativo dei cardiologi italiani in attività.

Ai partecipanti è stato chiesto di compilare, in forma anonima, un questionario elettronico accessibile attraverso un sito dedicato, i cui dati venivano elettronicamente trasferiti in un database centrale. Il questionario era suddiviso in 4 sezioni: caratteristiche generali, anamnesi patologica con particolare attenzione ai FRC (risposta sì/no), stile di vita (risposta multipla) ed anamnesi farmacologica (Figura 1). Le caratteristiche demografiche di base includevano età, sesso, altezza, peso, indice di massa corporea (BMI) e circonferenza vita (WC). Oltre alle informazioni sulla presenza di MCV, pregresse o in atto, su ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia e diabete mellito, sono stati acquisiti dati su parametri fisici, quali pressione arteriosa e frequenza cardiaca, e biochimici, quali colesterolo totale e frazionato (LDL ed HDL), trigliceridi, creatinina e glicemia. Veniva inoltre richiesto di specificare quando erano stati eseguiti tali esami ematochimici (entro 12 mesi o oltre). Sono stati inoltre valutati l'abitudine tabagica, la sedentarietà e/o la regolare esecuzione di attività fisica e il consumo di frutta, verdura e grassi. In aggiunta erano presenti domande per verificare il grado di stress quotidiano, sul lavoro e nella vita privata, a cui era sottoposta la popolazione in esame. Infine veniva chiesta un'autovalutazione del proprio profilo di RCV (basso, intermedio, alto). I questionari sono stati strutturati con parti a risposta multipla e dei parametri obbligatori per ridurre al minimo eventuali bias di compilazione.

La survey è stata condotta attraverso il sito internet dedicato [www.socrates.qbgroup.it](http://www.socrates.qbgroup.it). Nel Gennaio 2012, utilizzando i dati presenti nei database elettronici, sono stati contattati tramite e-mail 5240 cardiologi (età media 53 anni, range 28-89 anni, 26% donne) iscritti ad ANMCO, ARCA e GICR-IACPR. In questa e-mail era descritto lo scopo della ricerca ed era presente un link al sito internet dedicato per la compilazione dei questionari. Nella lettera veniva inoltre spiegato che la compilazione dei questionari implicava il consenso all'utilizzo dei dati ottenuti, sotto la garanzia della più completa anonimità. Il tempo richiesto per la compilazione del questionario era di 8-10 minuti. Ai cardiologi contattati veniva chiesto di compilare il questionario entro 3 mesi dal ricevimento della prima lettera. Per massimizzare l'adesione, ogni 10-14 giorni veniva spedita una e-mail per ricordare, a coloro che non lo avevano ancora fatto, di compilare il questionario.

### Analisi statistica

Per le caratteristiche demografiche dei singoli soggetti sono state utilizzate delle statistiche descrittive. Valore assoluti e percentuali sono stati utilizzati per le variabili qualitative; media, deviazione standard, intervallo, mediana e quartili sono stati utilizzati per rappresentare le variabili quantitative. L'analisi statistica è stata eseguita utilizzando SAS, software (SAS Institute Inc., Cary, North Carolina, USA).

### Risultati

Dei 5240 cardiologi contattati, 1770 (33.7%) hanno partecipato e compilato una o più parti del questionario nei tre mesi di durata dell'indagine. La maggior parte dei medici ha risposto *entro* 24 ore dalla ricezione della prima mail o di uno dei successivi inviti di sollecito; la risposta *dopo* 24 ore a ciascun sollecito è stata scarsa. Non sono state documentate differenze tra le diverse regioni italiane nel tasso di risposta e pertanto questi dati possono essere considerati rappresentativi della situazione dei cardiologi italiani.

Le caratteristiche demografiche sono riportate nella Tabella 1. La maggior parte dei cardiologi che hanno risposto aveva un'età compresa fra 40 e 65 anni, con un decimo della popolazione di età <40 anni ed il 4.7% con età >65 anni. Le donne costituivano circa un quarto della popolazione, ed erano particolarmente numerose (>50%) quelle con età <40 anni.

La Tabella 2 mostra la prevalenza dei FRC e dei differenti stili di vita. Almeno un quinto dei partecipanti era affetto da ipertensione arteriosa ed oltre un terzo riferiva storia di ipercolesterolemia. La presenza di diabete mellito era scarsa, mentre più frequenti erano il fumo di sigaretta, lo stress sul lavoro ed uno stile di vita sedentario (definito dal questionario come attività fisica "leggera" o "assente", vedi Figura 1). Inoltre, la maggior parte dei cardiologi riferiva di seguire una dieta mediterranea. Infine, il 5.2% riportava un pregresso evento cardio-cerebrovascolare.

I riquadro: dati antropometrici e clinici e stili di vita					
<b>Iniziali:</b>					
Cardiologo clinico		SI		NO	
Emodinamista/elettrofisiologo		SI		NO	
Riabilitatore		SI		NO	
Altro (specificare)					
<b>In che regione lavori:</b>					
Età					
Sesso		M		F	
Peso (Kg)					
Altezza (cm)					
Circonferenza vita (cm)					
Frequenza Cardiaca a riposo					
Hai storia di: infarto/angina/TIA/stroke/clausicatio/angioplastica/By-pass aorto-coronarico		SI		NO	
Fumo		MAI		EX	ANNI dalla sospensione SI NUMERO/DIE
<b>Hai storia di:</b>					
ipertensione arteriosa		SI		NO	
ipercolesterolemia		SI		NO	
Diabete mellito		SI		NO	
Hai familiarità per aterosclerosi precoce (parenti di I grado uomini <55 anni/donne <65 anni)					
<b>Attività fisica:</b> (rispondi solo a una domanda)					
Fai attività fisica molto di rado o addirittura mai		SI		NO	
Fai attività fisica leggera ma non tutte le settimane		SI		NO	
Fai attività fisica leggera ogni settimana		SI		NO	
Fai attività fisica moderata, ma meno di 30 minuti al giorno o meno di 5 giorni alla settimana		SI		NO	
Fai attività fisica intensa, ma meno di 20 minuti al giorno o meno di 3 giorni alla settimana		SI		NO	
Fai 30 minuti di attività fisica moderata, 5 giorni alla settimana o più		SI		NO	
Faccio 20 minuti di attività fisica intensa, 3 giorni alla settimana o più		SI		NO	
<b>NOTA:</b> Attività leggera: il cuore batte appena più velocemente del normale, mentre si svolge l'attività si riesce a parlare senza particolari problemi. Attività moderata: il cuore batte più velocemente del normale, mentre si svolge l'attività, si può ancora parlare ma con un po' di affanno. Attività intensa: il cuore batte molto più velocemente del normale, mentre si svolge l'attività è difficile parlare.					
<b>DIETA:</b>					
CONSUMO di:	mai/saltuariamente	2/3 volte alla settimana	una volta al giorno	più di una volta al giorno	
Frutta e verdura					
Pesce					
Olio d'oliva					
Formaggio					
Consideri la tua una dieta mediterranea?		SI		NO	
<b>STRESS</b>	mai	raramente	spesso	quasi sempre	
Sono irritabile, ansioso, ho difficoltà a dormire, per problemi del lavoro					
Sono irritabile, ansioso, ho difficoltà a dormire, per problemi a casa					

Figura 1. - La survey SOCRATES: il questionario inviato ai Cardiologi Italiani. (segue)

II riquadro: anamnesi personale e parametri strumentali			
<b>Pressione arteriosa</b>			
abituamente la tua pressione arteriosa è:	<=140/90	<=130/80	>160/90
quando hai misurato la PA l'ultima volta?	<12 mesi	>12 mesi	
<i>Ultimo valore di PA misurato (mmHg)</i>			
<b>Profilo lipidico</b>			
quando hai misurato il profilo lipidico l'ultima volta?	<12 mesi	>12 mesi	
<i>Ultimo valore di Col. T disponibile (mg/dl)</i>			
<i>Ultimo valore di Col. HDL disponibile (mg/dl)</i>			
<i>Ultimo valore di Trigliceridi disponibile (mg/dl)</i>			
<b>Profilo metabolico</b>			
hai mai eseguito l'emoglobina glicata?	SI	NO	
quando hai misurato la glicemia l'ultima volta?	<12 mesi	>12 mesi	
<i>Ultimo valore di glicemia disponibile (mg/dl)</i>			
<i>Ultimo valore di creatinemia disponibile (mg/dl)</i>			

III riquadro: assunti farmaci cardioprotettivi?		
ACE-inibitori	SI	NO
Sartani	SI	NO
Calcio-antagonisti	SI	NO
Beta-bloccanti	SI	NO
Anti-aldosteronici	SI	NO
Statine	SI	NO
Fibrati/Ac. Nicotinico/PUFA	SI	NO
Nitrati	SI	NO
Aspirina	SI	NO
altro antiaggregante piastrinico	SI	NO
ipoglicemizzanti/insulina	SI	NO

IV riquadro: esami strumentali e di laboratorio			
Hai mai riscontrato?	SI	NO	NON SO
Ipertrafia ventricolare sinistra			
Microalbuminuria			
Riduzione della Clearance Creatinina			
Placche ateromatiche carotidee			
Arteriopatia periferica			

V riquadro: rischio cardiovascolare globale			
Se dovessi autostimare il RCT, come lo definiresti:	alto	intermedio	basso

(segue) Figura 1. - La survey SOCRATES: il questionario inviato ai Cardiologi Italiani.

Nella Tabella 3 vengono mostrati i dati sulle caratteristiche fisiche e sugli esami ematochimici. Indipendentemente dall'anamnesi positiva per ipertensione arteriosa e/o dall'utilizzo di farmaci anti-ipertensivi circa il 10% dei partecipanti ha riportato valori di pressione arteriosa superiori al normale; inoltre, più del 45% dei cardiologi risultava essere in sovrappeso o obeso, e quasi il 20% mostrava valori patologici di circonferenza vita, indipendentemente dal sesso. Il 76% dei partecipanti aveva eseguito esami ematochimici negli ultimi 12 mesi: più della metà dei cardiologi aveva un livello di colesterolo

maggiore di 190 mg/dL, nonostante il 27% di loro non riferisse storia di ipercolesterolemia; inoltre, tra coloro che non risultavano affetti da diabete mellito, l'1.6% presentava una glicemia a digiuno superiore a 126 mg/dL. Il 9.3% dei soggetti era affetto da sindrome metabolica secondo i criteri ATP III, anche se la reale prevalenza potrebbe essere sottostimata per il concomitante utilizzo di farmaci anti-ipertensivi e di statine. Infine una lieve riduzione della funzione renale, espressa come velocità di filtrazione glomerulare stimata <60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>, era presente nel 4% dei cardiologi intervistati.

Tabella 1. - Caratteristiche demografiche e professionali dei cardiologi (n = 1763)

	Media ± DS o n (%)
Femmine / Maschi	465 (26.5%) / 1288 (73.5%)
Età (anni)	52.7±8.9
Distribuzione in base all'età	
• <40 anni	181 (10.3%)
• 40-65 anni	1490 (85%)
• >65 anni	83 (4.7%)
Distribuzione di maschi e femmine in base all'età	
• femmine / maschi <40 anni	95 / 83
• femmine / maschi 40-65 anni	365 / 1119
• femmine / maschi >65 anni	1 / 82
Specialità	
• Cardiologia clinica	1316 (74.7)
• Emodinamica	232 (13.2)
• Prevenzione / Riabilitazione	114 (6.4)
• Altro	100 (5.7)

Le percentuali sono calcolate in base al numero totale di risposta per ogni parametro (i dati mancanti sono stati esclusi).

Tabella 2 - Prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolari e caratteristiche dello stile di vita (n = 1754)

Iperensione arteriosa	23.3%
Diabete mellito	3.2%
Ipercolesterolemia	35%
Fumo di sigaretta	
• Attivo	12.4%
• Pregresso	27.5%
Familiarità per coronaropatia	13.4%
Pregressi eventi cardiovascolari	5.2%
Attività fisica	
• minima o nessuna attività	39.4%
• lieve-moderata	45.5%
• intensa	15.1%
Dieta Mediterranea	83.5%
Stress sul lavoro / in casa	27.3% / 14.3%

Le percentuali sono calcolate in base al numero totale di risposta per ogni parametro (i dati mancanti sono stati esclusi).

Un danno d'organo, definito come ipertrofia ventricolare sinistra o microalbuminuria, era presente rispettivamente nel 3% e 1.4% degli intervistati, mentre aterosclerosi subclinica, quale presenza di placche carotidiche asintomatiche o di arteriopatia periferica, era riportata rispettivamente dal 4.4% e dallo 0.3% dei cardiologi. Una percentuale compresa tra il 5.6% ed il 27.1% dei soggetti che hanno

Tabella 3. - Informazioni di base e parametri biochimici (rilevati negli ultimi 12 mesi) (n = 1619)

	Media ± DS o n (%)
Pressione arteriosa, mmHg	122±11 / 77±7.5
Soggetti con pressione sistolica ≥140 e/o pressione diastolica ≥90 mmHg	9.7%
Body mass index, kg/m <sup>2</sup>	24.9±3.3
Prevalenza di Sovrappeso (BMI 25 - 29.9)	38.4%
Prevalenza di Obesità (BMI ≥30)	7.2%
Circonferenza vita, cm	90.8±12.8
Circonferenza vita	
• >102 cm (maschi)	19.9%
• >88 cm (femmine)	20%
Colesterolo totale, mg/dl	197.6±34.8
Prevalenza di Colesterolo totale >190 mg/dl	54.5%
Prevalenza di livelli di colesterolo totale >190 in soggetti senza ipercolesterolemia anamnestica	27%
Colesterolo LDL, mg/dl	115±31
Colesterolo HDL, mg/dl	53.6±11.5
Soggetti con colesterolo HDL	
• <40 mg/dl (maschi)	9.9%
• <45 mg/dl (femmine)	10.3%
Trigliceridi, mg/dl	122±47
Glicemia, mg/dl	92±13
Prevalenza di glicemia >126 mg/dl in soggetti senza diabete mellito anamnestico	1.6%
Prevalenza di sindrome metabolica (secondo ATP III)*	9.3%
Creatininemia, mg/dl	0.9±0.3
Velocità di filtrazione glomerulare (metodo CKD-EPI) ml/min	88.5±17
Prevalenza di velocità di filtrazione glomerulare <60 ml/min/1.73 m <sup>2</sup>	4%

Abbreviazioni: BMI, body mass index; HDL, lipoproteina ad alta densità; LDL, lipoproteina a bassa densità.

\* La prevalenza di sindrome metabolica può essere sotto-stimata dalla concomitante assunzione di farmaci ipotensivanti ed ipolipidizzanti.

Le percentuali sono calcolate in base al numero totale di risposta per ogni parametro (i dati mancanti sono stati esclusi).

risposto non era a conoscenza di queste informazioni, o non le ha riportate. Infine, la prevalenza di uso di farmaci per modificare i FRC è riportata nella Tabella 4.



Tabella 4. - Prevalenza dell'uso di farmaci (n = 1564)

Aspirina	7.1%
Altriantiaggreganti	1.7%
ACE-I/ARB	14.2%/7%
Beta-bloccanti	11.2%
Calcio-antagonisti	4.5%
Statine	16.3%
Fibrati	2.8%
Ipoglicemizzanti orali / insulina	2.5%

I dati sono espressi come valore percentuale rispetto al numero totale di risposte.  
 Abbreviazioni: ACE-I, Inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina II; ARB, antagonisti del recettore dell'angiotensina II.

Per poter meglio valutare lo stato di salute dei cardiologi italiani tra i 40 e 65 anni rispetto alla popolazione generale, i dati riguardanti diabete mellito, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, fumo di sigaretta, BMI, sono stati confrontati con quelli di 1011 soggetti di età e livello socio-culturale analoghi valutati nei 4 anni precedenti nell'ambito del Progetto Cuore dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare (OEC) [6]. I risultati sono mostrati nella Figura 2 ed indicano una più bassa prevalenza dei tradizionali FRC nei cardiologi rispetto alla popolazione generale.

Aspetto interessante, più del 95% dei cardiologi intervistati ha attribuito il proprio profilo di rischio

al livello basso o intermedio. Dall'analisi della distribuzione dei FRC maggiori (cioè ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete mellito, fumo di sigaretta, pregressi eventi cardiovascolari) è risultato che solo il 12% dei cardiologi con 2 o più FRC considerava alto il proprio profilo di rischio (dati non mostrati).

### Discussione

I risultati di questa indagine su un ampio campione di cardiologi mostrano una rilevante prevalenza dei tradizionali FRC, seppur leggermente inferiore a quella della popolazione adulta Italiana di pari età e livello socio-culturale. Nonostante la conoscenza del ruolo dei FRC nella patogenesi dell'aterosclerosi e nella mortalità e morbilità CV, più del 49% dei cardiologi partecipanti presentava almeno 1 dei 5 classici FRC (es. ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete mellito, fumo di sigaretta, pregressi eventi cardiovascolari) e più del 28% aveva 2 o più FRC. Soltanto il 22.1% dei partecipanti non presentava FRC ed in base all'età e al sesso poteva essere considerato a rischio intermedio-basso; ciononostante, più del 90% dei cardiologi che hanno risposto si classificava come a rischio basso o intermedio (Figura 2). Inoltre il sovrappeso, l'obesità, la sedentarietà e la presenza di stress lavorativo o domestico erano riportati frequentemente, così come risultavano relativamente sottoutilizzati farmaci quali l'aspirina e le statine (Tabella 4). Pertanto il profilo di RCV dei cardiologi italiani non può essere considerato ottimale, in accordo a quanto stabilito dalle principali società scientifiche internazionali [7, 8] e vi è spazio per un ampio miglioramento.

Pochi sono i dati attualmente disponibili in letteratura riguardo al profilo di RCV di altre comunità

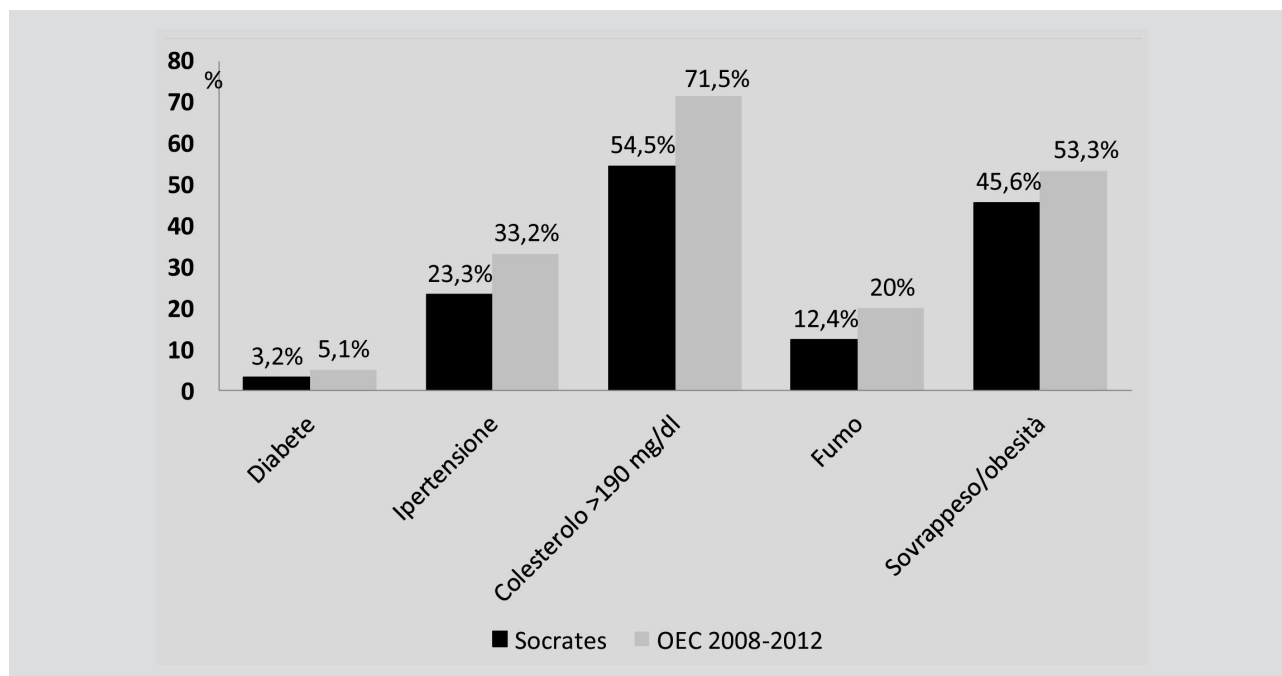


Figura 2. - Confronto tra i tassi dei tradizionali fattori di rischio cardiovascolare tra SOCRATES e l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare (OEC) - Progetto Cuore. Vedi il testo per i dettagli.

cardiologiche [4, 5]. Abuissa *et al.* [5] hanno valutato 800 cardiologi americani mediante un questionario cartaceo: il tasso di partecipazione è stato del 59%, che è maggiore rispetto a quello rilevato in SOCRATES, ma il periodo di raccolta dati era di 5 mesi mentre era di tre mesi nell'indagine italiana. Anche in quello studio la prevalenza di FRC era rilevante, seppur inferiore a quella della popolazione generale, con valori simili a quelli del nostro studio. Di particolare interesse è la differenza tra il fumo di sigaretta nei cardiologi americani e quelli italiani (1.7% vs 12.4%). I cardiologi americani risultavano fisicamente più attivi rispetto ai colleghi italiani, praticando esercizio più volte alla settimana (89% vs 60.6%). Infine i cardiologi americani erano più propensi all'assunzione di aspirina e statina in prevenzione (37% vs 7.1% e 30% vs 16.3%, rispettivamente).

### Limiti dello studio

Lo studio ha alcuni limiti. Soltanto il 33.7% dei cardiologi invitati ha completato e rispedito il questionario: questo elemento potrebbe avere rappresentato una differenza rispetto a chi non ha risposto. È ipotizzabile, sebbene non provato, che i cardiologi con uno stile di vita meno "sano" fossero meno inclini a partecipare all'indagine. Tuttavia, poiché i dati erano anonimi, non è possibile confrontare le caratteristiche generali di chi ha partecipato e chi non ha partecipato alla survey. Inoltre considerando che in genere vi è la tendenza a sottovalutare – e quindi a descrivere meno – le proprie condizioni di "rischio", il fatto che vi sia una quota rilevante di soggetti con 2 o più fattori di rischio riteniamo possa rendere affidabile il dato riportato.

### Conclusioni

In questa indagine su base nazionale abbiamo evidenziato le abitudini personali e lo stile di vita di un ampio gruppo di cardiologi. Come gruppo, i cardiologi italiani sembrano aver una minor prevalenza dei tradizionali FRC rispetto alla popolazione generale. Tuttavia il profilo di RCV della popolazione esaminata è ben lungi dal potersi considerare ideale, specialmente pensando al ruolo di modello comportamentale che i medici dovrebbero avere per i loro pazienti. È pertanto auspicabile che le campagne di educazione, prevenzione e promozione della salute mirino non solo a sensibilizzare i pazienti, ma anche ad una maggior presa di coscienza dei cardiologi in prima persona.

### Riassunto

*Obiettivo e Metodi.* Il ruolo del cardiologo nella educazione del singolo paziente e della popolazione generale ad una corretta prevenzione delle malattie cardiovascolari è sicuramente molto rilevante. Tuttavia, il profilo di rischio cardiovascolare dei cardiologi è relativamente poco conosciuto. A tal fine è stata condotta una survey (SOCRATES) tra i Cardiologi Italiani iscritti a 3 società scientifiche, il Gruppo Italiano di Cardiologia Preventiva e Riabilitativa (GICR-IACPR), l'Associazione Nazionale

*Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO e l'Associazione Regionale Cardiologi Ambulatoriali (ARCA), mediante l'invio web-based di un questionario, anonimo e di rapida compilazione, per definire le caratteristiche demografiche, la presenza di fattori di rischio o malattie cardiovascolari pregresse, lo stile di vita, in particolare abitudine al tabagismo, alimentazione e attività fisica, le terapie in atto e la autovalutazione del rischio cardiovascolare.*

*Risultati.* La Survey SOCRATES è durata 3 mesi, con solleciti periodici all'adesione: durante questo periodo 1770 dei 5240 cardiologi contattati (33.7%) hanno partecipato, completando una o più sezioni del questionario. Il 49% riferiva 1 dei 5 fattori di rischio "tradizionali" (ipertensione, diabete, fumo attivo, ipercolesterolemia ed eventi vascolari pregressi), il 28% riferiva da 2 a 5 fattori di rischio e solo il 22.1% non riferiva alcun fattore di rischio ed in base a sesso ed età potevano essere considerati a rischio basso o intermedio. Inoltre, veniva riportata una elevata prevalenza di sovrappeso o franca obesità, sedentarietà e stress sul lavoro; d'altra parte l'utilizzo di aspirina o statina era basso. Tuttavia, malgrado la elevata prevalenza di fattori di rischio, oltre il 90% dei cardiologi riferiva una percezione del proprio rischio come basso o intermedio.

*Conclusioni.* Dai dati ottenuti da questa Survey, il profilo di rischio cardiovascolare del cardiologo italiano non può essere considerato ideale o favorevole sulla base degli Score di rischio recentemente proposti dalle Linee Guida nazionali o internazionali. È auspicabile che questa categoria di medici largamente coinvolta nell'educazione e prevenzione cardiovascolare si impegni a migliorare anche il proprio profilo di rischio.

**Ringraziamenti:** Un ringraziamento sentito va fatto ai Cardiologi Italiani che hanno accettato di aderire alla survey. Gli Autori ringraziano la Dr.ssa Giovanna Magni per il contributo determinante all'analisi statistica, e la Dr.ssa Simona Giampaoli dell'Istituto Superiore di Sanità per aver fornito i dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare - Progetto Cuore.

SOCRATES è stato supportato da A. Menarini con un grant di ricerca senza restrizioni. La fonte del finanziamento non ha avuto alcun ruolo nella progettazione dello studio, nella conduzione, nella raccolta, analisi, e/o interpretazione dei dati, né nella stesura, revisione ed approvazione del manoscritto.

### Bibliografia

1. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, Bravata DM, Dai S, Ford ES, Fox CS, Fullerton HJ, Gillespie C, Hailpern SM, Heit JA, Howard VJ, Kissela BM, Kittner SJ, Lackland DT, Lichtman JH, Lisabeth LD, Makuc DM, Marcus GM, Marelli A, Matchar DB, Moy CS, Mozaffarian D, Mussolino ME, Nichol G, Paynter NP, Soliman EZ, Sorlie PD, Sotodehnia N, Turan TN, Virani SS, Wong ND, Woo D, Turner MB; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Executive summary: heart disease and stroke statistics - 2012 update: a report

- from the American Heart Association. *Circulation* 2012; 125: 188-97.
2. Knoops KT, de Groot LC, Kromhout D, Perrin AE, Moreiras-Varela O, Maschiotti A, van Staveren WA. Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA* 2004; 292: 1433-1439.
  3. O'Kelly S, Andersen K, Capewell S, Rydén L. Bringing prevention to the population: an important role for cardiologists in policy-making. *Eur Heart J* 2011; 32: 1964-7.
  4. Aboyans V, Pinet P, Lacroix P, Laskar M. Knowledge and management of smoking-cessation strategies among cardiologists in France: a nationwide survey. *Arch Cardiovasc Dis* 2009; 102: 193-9.
  5. Abuissa H, Lavie C, Spertus J, O'Keefe J Jr. Personal health habits of American cardiologists. *Am J Cardiol* 2006; 97: 1093-6.
  6. Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Available at: [www.cuore.iss.it](http://www.cuore.iss.it)
  7. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *Eur Heart J* 2012; 33: 1635-701.
  8. Smith SC, Benjamin EJ, Bonow RO, Braun LT, Creager M, Franklin BA, et al. AHA/ACCF secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 Update: A guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. *Circulation* 2011; 124: 2458-73.