



Ministero della Salute

ALLEANZA ITALIANA PER LE MALATTIE

CARDIO-CEREBROVASCOLARI

Documento di Strategia

18 maggio 2017

Le malattie cardio-cerebrovascolari: un importante problema di salute Nazionale

Le malattie cardio-cerebrovascolari sono anche in Italia uno dei più importanti problemi di sanità pubblica. Rientrano in questo gruppo di malattie le più frequenti patologie di origine arteriosclerotica, in particolare le malattie ischemiche del cuore (infarto acuto del miocardio, sindrome coronarica acuta ed angina pectoris), le malattie cerebrovascolari (ictus ischemico ed emorragico) e le arteriopatie periferiche.

Esse rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale e hanno anche un notevole impatto in termini di disabilità.

I fattori di rischio modificabili per le malattie cardio-cerebrovascolari sono numerosi: fumo di tabacco, sedentarietà, consumo rischioso di alcol, alimentazione scorretta (con scarso consumo di frutta e verdura e di pesce, eccessivo introito di sale e grassi saturi con i cibi, ecc), sovrappeso/obesità, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete. Gli indicatori disponibili (mortalità, dimissioni ospedaliere, pensioni di invalidità, spesa farmaceutica) evidenziano la gravità dei danni umani, sociali ed economici di quelle che restano tra le principali cause di morbosità e mortalità nel nostro Paese.

Dei soggetti di età 35-64 anni che subiscono un evento acuto fatale, il 40% muore subito dopo l'inizio dei sintomi e prima di arrivare in ospedale; questo dato sulla letalità extra ospedaliera sembra essere addirittura in aumento se riportato per tutte le età (31%). Rispetto al passato, nelle ultime decadi si sono evidenziate grandi differenze nell'ospedalizzazione per malattie cardio-cerebrovascolari: oltre la metà dei ricoveri non è causato da sindrome coronarica acuta o infarto del miocardio e ictus, ma a scapito di scompenso cardiaco e aritmie che rappresentano le complicanze più comuni di forme acute e subacute di ischemia miocardica. Tuttavia, chi sopravvive ad un evento acuto diventa un malato cronico con notevoli ripercussioni sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali; inoltre, le malattie cardio-cerebrovascolari con l'avanzare dell'età si accompagnano spesso a disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva.

In un Paese come l'Italia, caratterizzato da un costante aumento dell'aspettativa di vita, è assolutamente necessario implementare azioni preventive che possano far raggiungere le età più avanzate nelle migliori condizioni di salute e con una qualità di vita dignitosa.

Nell'ambito della ricerca epidemiologica sviluppata negli ultimi 30 anni, è stata dimostrata la reversibilità del rischio, e cioè quindi che l'azione preventiva efficace può ridurre in modo significativo la frequenza di malattie cardiovascolari incidendo sui fattori di rischio noti.

Epidemiologia

Nel 2014 (ultimo dato di mortalità disponibile ISTAT) si sono verificati in Italia complessivamente 220.200 decessi per malattie del sistema circolatorio (96.071 negli uomini e 124.129 nelle donne); di questi, 69.653 decessi sono stati attribuiti a malattie ischemiche del cuore (35.714 negli uomini e 33.939 nelle donne) e 57.230 a malattie cerebrovascolari (22.609 negli uomini e 34.621 nelle donne). L'analisi dei tassi di mortalità standardizzati per uomini e donne per l'anno 2013, suddivisi per le singole regioni, per malattie del sistema circolatorio, malattie ischemiche del cuore e accidenti cerebrovascolari mostra che negli uomini la mortalità per malattie ischemiche del cuore è trascurabile fino a 40 anni, emerge fra 40 e 50 anni e poi cresce in maniera esponenziale con l'avanzare dell'età; nelle donne si manifesta circa 10 anni dopo, a partire dai 60 anni e cresce rapidamente dopo i 70 anni (**Tabella 1**).

Nel 2015 i tassi di ospedalizzazione (numero di dimissioni ospedaliere per diagnosi principale su popolazione residente per 100.000 in regime di Ricovero Ordinario) negli uomini sono risultati essere, come negli anni precedenti, più del doppio di quelli delle donne e questo avviene sia per l'infarto acuto del miocardio (nel 2015 pari a 374,5 ricoveri per 100.000 uomini vs 148,8 ricoveri per 100.000 donne) che per le altre forme acute e subacute di ischemia cardiaca (nel 2015 pari a 509,4 ricoveri per 100.000 uomini vs 194,4 ricoveri per 100.000 donne) e per le malattie ischemiche nel loro complesso (nel 2015 pari a 869,8 ricoveri per 100.000 uomini vs 297,9 ricoveri per 100.000 donne). Sempre nello stesso anno, negli uomini il tasso di ospedalizzazione per il complesso delle malattie cerebrovascolari risulta del 37,0% superiore a quello delle donne; in particolare, per il sottogruppo dell'ictus ischemico, questo eccedenza è pari a 20,7% e a 52,4% per l'ictus emorragico.

Il peso delle malattie cardiovascolari sui ricoveri ospedalieri è in aumento; i dati di dimissione indicano che più della metà dei ricoveri per queste malattie sono dovuti ad evoluzione cronica e complicazioni di eventi acuti nonché a complicanze dell'ipertensione, del diabete, della malattia renale cronica.

L'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey (OEC/HES), l'ISS in collaborazione con l'Associazione Italiana Medici Cardiologi

Ospedalieri (ANMCO), ha condotto due indagini a distanza di 10 anni (1998-2002 e 2008-2012) su campioni casuali di popolazione generale arruolata nelle 20 regioni, ed esaminata attraverso procedure e metodologie standardizzate che hanno valutato la prevalenza delle principali malattie cardiovascolari e delle condizioni a rischio più frequenti; tali aspetti sono stati indagati attraverso la storia clinica e l'Elettrocardiogramma (ECG). Nella **Figura 1** è riportato il trend tra il 1998-2002 ed il 2008-2012, per fascia di età e separatamente per i due sessi, delle prevalenze di 3 gruppi di malattie cardiovascolari: le malattie ischemiche del cuore (infarto del miocardio o angina pectoris o fibrillazione atriale o ipertrofia ventricolare sinistra), le malattie cerebrovascolari (accidenti cerebrovascolari o attacco ischemico transitorio) e gli interventi di PCI (bypass aortocoronarico o angioplastica). Per tutte e tre i gruppi di malattie cardiovascolari considerati ed in entrambe le indagini, è evidente un aumento della prevalenza con l'avanzare dell'età, specialmente nelle fasce di età più anziane (55-64 e 65-74 anni), ed in particolare per quello che riguarda gli interventi di rivascolarizzazione. Negli uomini, tra le due indagini svolte a 10 anni di distanza, si registra una leggera diminuzione della prevalenza per quanto riguarda le malattie coronariche (6,9% nel 1998-2002, 6,7% nel 2008-2012), una diminuzione consistente per quelle cerebrovascolari (2,3% nel 1998-2002, 1,5% nel 2008-2012), mentre si evidenzia un deciso aumento degli interventi di rivascolarizzazione che sostanzialmente raddoppiano (2,2% nel 1998-2002, 4,2% nel 2008-2012). Nelle donne, la prevalenza di malattia coronarica aumenta leggermente (5,9% nel 1998-2002, 6,2% nel 2008-2012), diminuisce quella cerebrovascolare (1,6% nel 1998-2002, 1,3% nel 2008-2012), e, come per gli uomini, raddoppiano gli interventi di rivascolarizzazione (0,4% nel 1998-2002, 0,8% nel 2008-2012) pur partendo da prevalenze molto basse.

I principali fattori di rischio intermedi nella popolazione italiana sono l'ipertensione arteriosa (pressione arteriosa $\geq 140/90$ mmHg o in trattamento specifico), l'ipercolesterolemia (colesterolemia ≥ 240 mg/dl o in trattamento specifico), il diabete (glicemia ≥ 126 mg/dl o in trattamento specifico), l'obesità (BMI ≥ 30 kg/m²) altamente diffuse fin dall'età più giovane. La **Figura 2** confronta l'andamento della pressione arteriosa nella popolazione di età 35-74 anni tra le indagini 1998-2002 e

2008-2012: nell'ultima rilevazione risultano ipertesi il 51% degli uomini (di cui il 40% non sono consapevoli di esserlo) e il 37% delle donne (di cui il 35% non consapevoli di esserlo), entrambe le prevalenze in calo rispetto al 1998-2002 (52% negli uomini e 44% nelle donne). La **Figura 3** confronta, sempre tra le indagini 1998-2002 e 2008-2012, l'andamento dell'ipercolesterolemia, presente nell'ultima rilevazione nel 34% degli uomini (di cui il 39% non ne è consapevole) e nel 37% delle donne (di cui il 42% non ne è consapevole), in sensibile aumento rispetto ai 10 anni precedenti (21% negli uomini e 25% nelle donne). L'analisi ha messo in evidenza che la maggiore diffusione di fattori di rischio e le maggiori prevalenze di alto rischio riguardano le persone con più basso livello socio-economico.

Nella **Tabella 2** sono riportati i dati rilevati nell'indagine 2008-2012 relativi ai valori medi sia di pressione arteriosa sistolica e diastolica che di colesterolemia totale per regione e alle prevalenze delle condizioni di rischio ipertensione arteriosa ed ipercolesterolemia per macro-area geografica. Per gli uomini, Nord e Sud presentano prevalenze sia di ipertensione che di ipercolesterolemia più elevate rispetto al Centro; lo stesso vale per la prevalenza di ipertensione nelle donne; unica eccezione è rappresentata dalla prevalenza di ipercolesterolemia nelle donne che risulta più elevata al Sud rispetto al Centro ed al Nord. I valori medi di colesterolemia totale risultano più elevati in Sardegna ed Emilia Romagna per gli uomini (238 mg/dl e 236 mg /dl rispettivamente) e in Emilia Romagna e Molise nelle donne (245 mg/dl e 240 mg /dl rispettivamente). Nella Valle d'Aosta si registrano i valori medi più elevati di pressione arteriosa sia sistolica che diastolica, sia negli uomini che nelle donne.

Nonostante sia stato ormai ampiamente dimostrato il beneficio nel mantenere il profilo di basso rischio fin dall'età più giovane (pressione arteriosa < 120/80 mmHg, colesterolemia totale < 200 mg/dl, indice di massa corporea <25 kg/m², senza abitudine al fumo, senza diabete e senza trattamenti farmacologici specifici per i fattori di rischio), la prevalenza delle persone con profilo di rischio favorevole nella popolazione generale è ancora molto bassa (2% degli uomini e 7% delle donne di età 35-79 anni, OEC/HES 2008-2012).

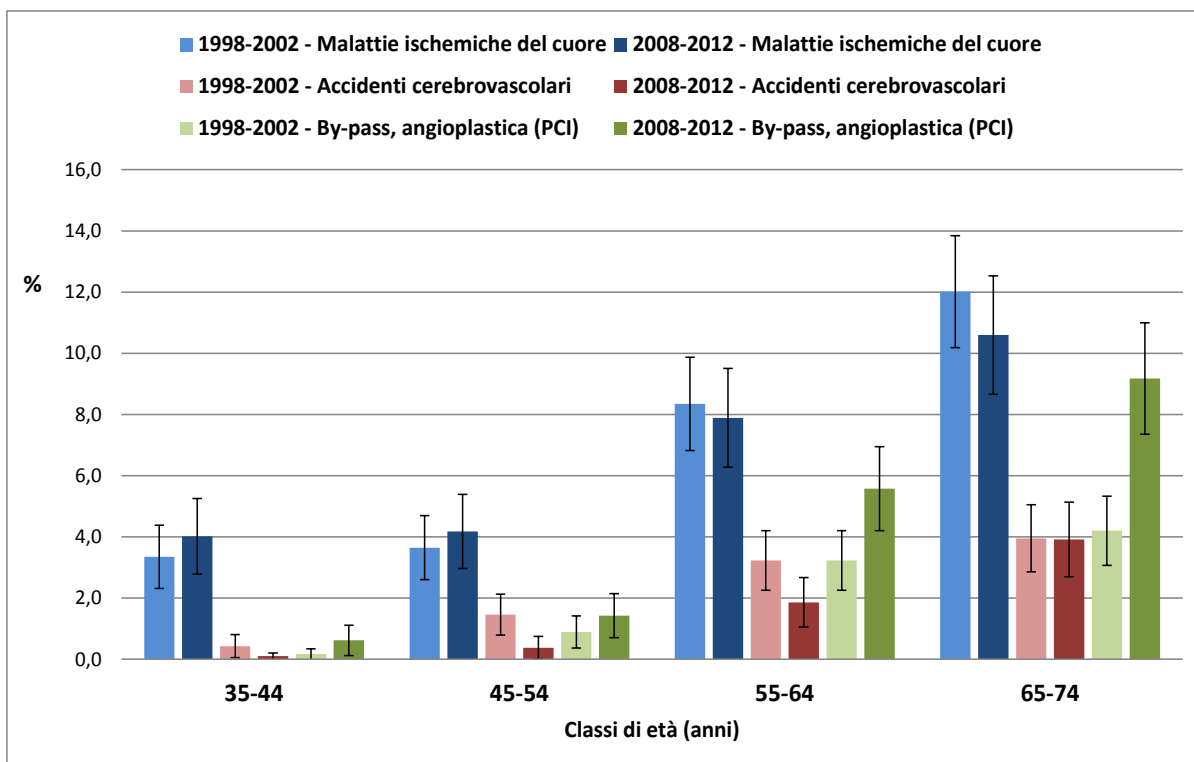
La sfida strategica, e l'opportunità, della prevenzione è il progressivo incremento della proporzione di popolazione a basso rischio, condizione essenziale per sconfiggere l'epidemia delle malattie cardio-cerebrovascolari.

Tabella 1 - Tassi di mortalità x 100.000 standardizzati (Popolazione europea standard) per malattie del sistema circolatorio, malattie ischemiche del cuore e accidenti cerebrovascolari, anno 2013; uomini e donne per Regione

	Malattie del sistema circolatorio		Malattie ischemiche del cuore		Malattie cerebrovascolari	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Abruzzi	198,5	134,8	82,0	42,9	42,1	34,3
Basilicata	196,1	133,4	70,9	34,8	46,7	33,5
Calabria	208,7	145,8	68,0	31,6	47,4	40,9
Campania	235,7	165,9	92,9	50,3	56,2	46,7
Emilia Romagna	164,5	110,3	65,7	31,6	34,5	28,6
Friuli V.G.	176,9	108,9	74,8	35,6	36,7	30,1
Lazio	186,1	123,5	77,3	40,5	38,4	30,9
Liguria	175,2	116,0	68,2	32,7	39,3	31,5
Lombardia	160,1	106,6	64,9	30,9	36,2	31,0
Marche	172,0	110,0	68,6	36,6	41,7	29,6
Molise	209,8	138,8	79,8	43,2	48,3	34,2
Piemonte	180,9	119,7	63,2	27,5	47,6	39,3
Puglie	170,8	123,6	63,9	33,8	34,7	28,4
Sardegna	162,9	101,8	58,2	26,6	38,7	28,8
Sicilia	214,7	149,4	74,9	35,3	57,4	49,3
Toscana	169,7	112,1	61,2	28,6	44,9	36,5
Trentino A.A.	156,3	102,7	69,6	32,3	29,5	23,3
Umbria	176,5	116,5	77,4	39,0	39,9	31,5
Valdaosta	169,2	95,7	76,1	25,0	25,6	29,8
Veneto	164,0	107,8	63,5	30,3	33,4	27,2
ITALIA	181,2	121,5	69,8	34,2	41,6	34,1

Figura 1 - Le malattie cardiovascolari in Italia per fasce di età: confronto tra le indagini 1998-2002 e 2008-2012. Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey - uomini e donne, 35-74 anni.

UOMINI



DONNE

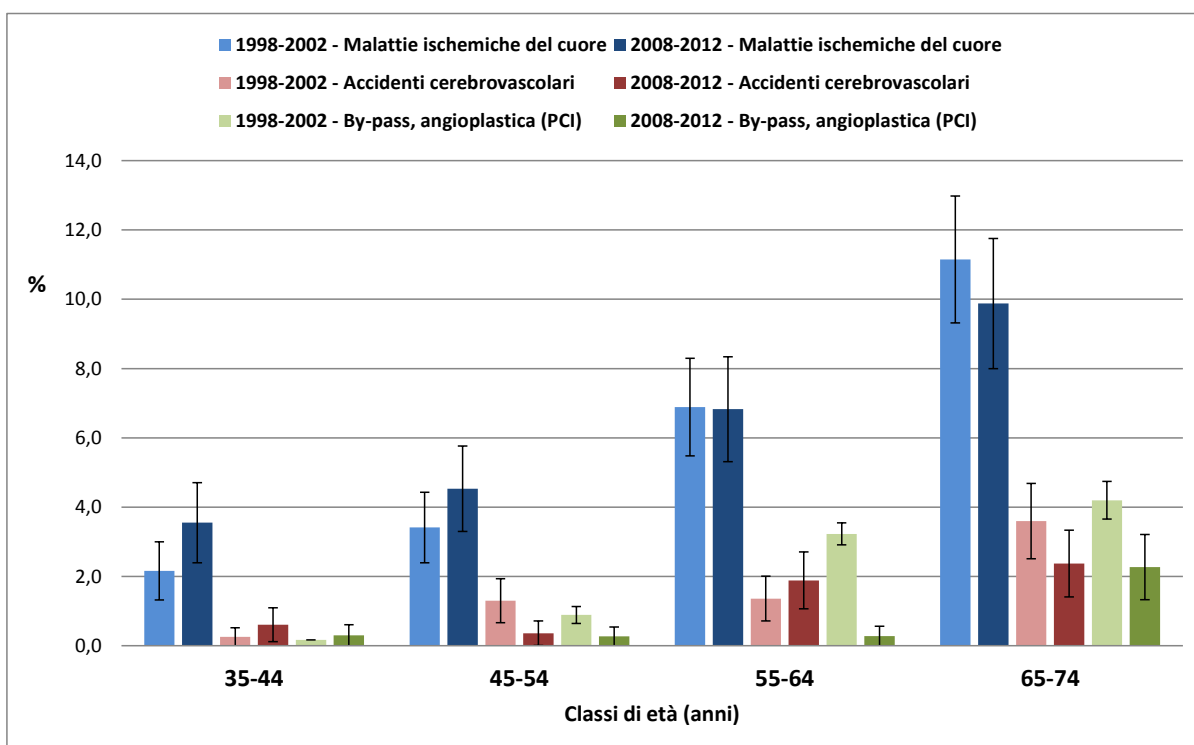


Figura 2 - La pressione arteriosa in Italia: confronto tra le indagini 1998-2002 e 2008-2012.

Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey - uomini e donne, 35-74 anni.

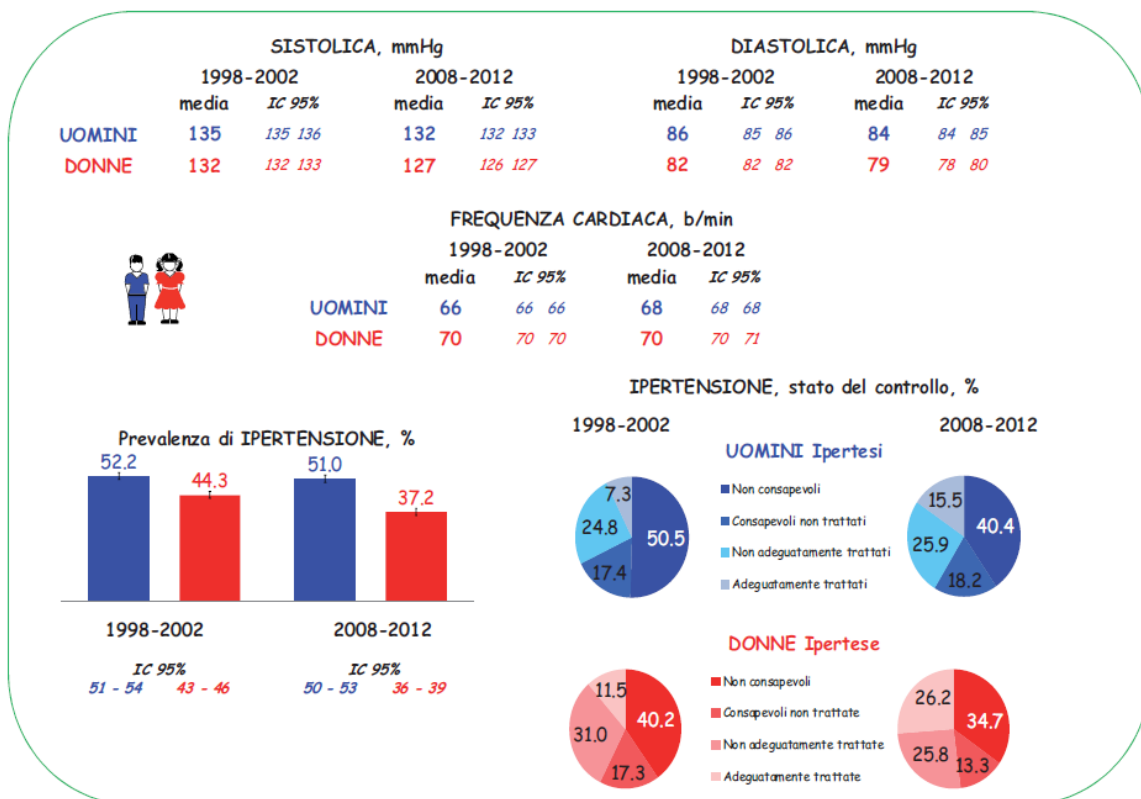


Figura 3 - La colesterolemia totale in Italia: confronto tra le indagini 1998-2002 e 2008-2012.

Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey - uomini e donne, 35-74 anni.

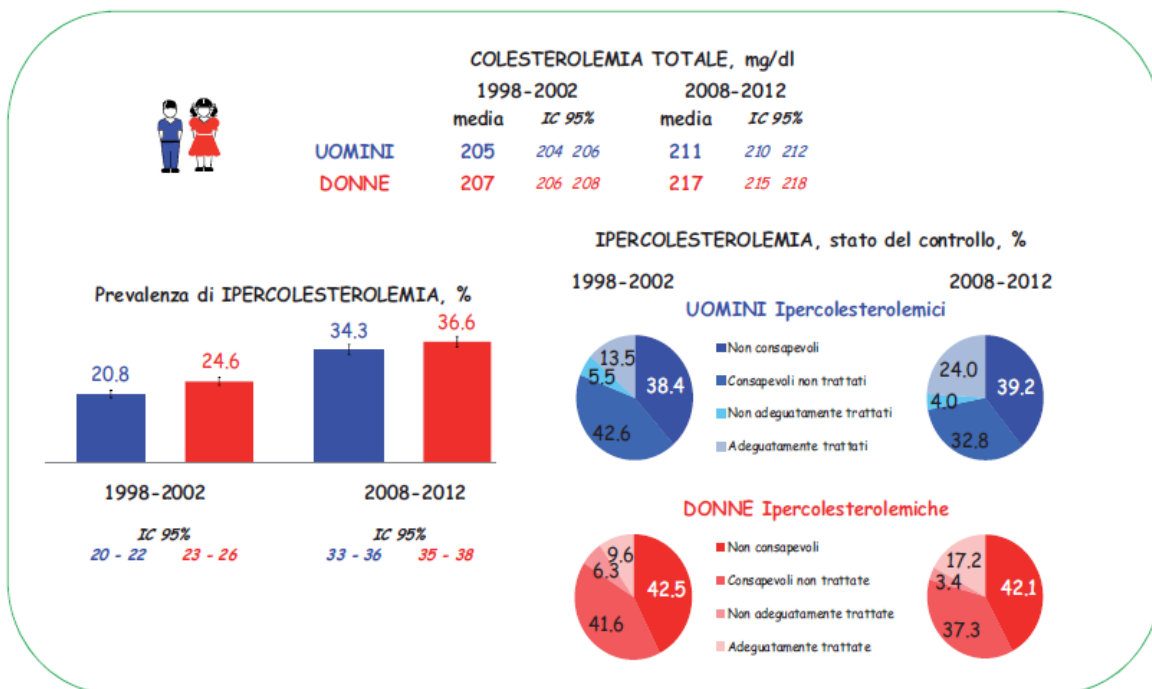


Tabella 2 - Distribuzione della pressione arteriosa e della colesterolemia totale per regione e prevalenza delle condizioni a rischio per macro-area geografica. Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey 2008-2012 - uomini e donne, 35-79 anni.

	Pressione arteriosa media (mmHg)								Colesterolemia totale media (mg/dl)				%	95% IC
	sistolica				diastolica				uomini		donne			
	uomini		donne		uomini		donne		uomini		donne			
	media	dev st	media	dev st	media	dev st	media	dev st	media	dev st	media	dev st		
Valle d'Aosta	141	18	140	22	92	12	87	10	200	38	208	46	NORD	ipercolesterolemia uomini 36 33 38 donne 38 36 40 ipertensione arteriosa uomini 56 54 58 donne 43 41 45
Piemonte	136	18	131	21	86	9	82	9	217	46	221	45		
Lombardia	130	15	124	19	83	10	78	10	193	36	203	37		
Veneto	135	17	129	20	85	10	80	10	202	40	211	39		
Friuli Venezia Giulia	137	19	131	22	85	8	81	9	219	45	223	44		
Trentino Alto Adige	139	21	136	20	87	11	81	11	204	37	205	37		
Emilia Romagna	137	19	132	21	86	11	81	9	236	39	245	43		
Liguria	135	16	129	18	84	8	78	10	210	41	220	43		
Toscana	133	17	129	23	81	9	78	10	188	44	199	39	CENTRO	ipercolesterolemia uomini 31 28 34 donne 38 35 42 ipertensione arteriosa uomini 51 48 55 donne 38 34 41
Umbria	132	17	125	18	81	10	75	9	206	41	213	35		
Lazio	129	17	122	18	81	10	77	9	208	41	222	39		
Marche	136	16	130	19	83	11	78	11	216	51	234	57		
Abruzzo	126	16	121	15	84	11	77	9	195	37	199	33	SUD	ipercolesterolemia uomini 37 35 39 donne 42 39 44 ipertensione arteriosa uomini 56 54 59 donne 44 42 46
Campania	137	19	130	20	85	12	79	10	194	38	204	38		
Molise	135	18	129	20	85	9	79	9	219	40	240	43		
Puglia	131	15	127	16	82	8	79	8	194	41	200	35		
Basilicata	136	18	128	19	81	10	75	9	221	43	225	44		
Calabria	136	19	133	18	83	11	80	10	233	45	238	40		
Sicilia	131	16	131	20	79	9	76	9	224	43	236	46		
Sardegna	135	19	126	20	82	10	75	9	238	47	237	41		

I fattori di rischio

Le malattie cardiovascolari riconoscono un'eziologia multifattoriale, cioè sono dovute all'azione di più fattori di rischio, modificabili e non, quali età, sesso, familiarità, tabagismo, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, inattività fisica, alimentazione scorretta, sovrappeso/obesità, diabete.

I dati della sorveglianza PASSI sulla diffusione dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione adulta di 18-69 anni, nel quadriennio 2012-2015 rilevano che su 10 intervistati, 2 riferiscono una diagnosi di ipertensione arteriosa, 2 di ipercolesterolemia, 3 sono fumatori, 3 sedentari, 4 risultano in eccesso ponderale ($IMC \geq 25$), quasi tutti, 9 persone su 10, dichiarano di consumare meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (come invece raccomandato – five a day).

Circa il 4% degli intervistati, inoltre, riferisce una diagnosi di diabete. Complessivamente più di 4 persone su 10 hanno almeno tre dei fattori di rischio cardiovascolare menzionati sopra e solo una piccolissima quota (meno del 3%) risulta del tutto libera dall'esposizione al rischio cardiovascolare noto.

Risulta che più di 8 intervistati su 10 riferiscono di aver misurato la pressione arteriosa nei due anni precedenti l'intervista. Circa l'80-90% delle persone ipertese dichiara di essere in trattamento farmacologico e di aver ricevuto i consigli per tenere sotto controllo la pressione arteriosa, come diminuire il consumo alimentare di sale, controllare il peso corporeo e svolgere regolarmente attività fisica. I residenti nelle Regioni meridionali meno frequentemente di altri misurano la pressione arteriosa.

I dati PASSI mostrano, infine, che circa 8 intervistati su 10 riferiscono di aver misurato almeno una volta nella vita la colesterolemia e tra questi circa 1/5 ha ricevuto una diagnosi di ipercolesterolemia. Circa 1/3 degli ipercolesterolemici dichiara di essere in trattamento farmacologico e la maggior parte (80-90%) ha ricevuto il consiglio di consumare meno carne e formaggi e più frutta e verdura, di fare regolare attività fisica e controllare il peso corporeo. Modificare e migliorare i comportamenti non salutari contribuisce a mantenere entro i limiti o ridurre la pressione arteriosa, la colesterolemia, la glicemia a digiuno e l'indice di massa corporea, ritardando o evitando il presentarsi di eventi acuti. Pertanto,

parallelamente al crescere delle possibilità di trattamento medico e chirurgico delle patologie già conclamate, considerando la reversibilità del rischio, si è venuta sempre più affermando la consapevolezza dell'importanza degli interventi di promozione della salute e di prevenzione sugli stili di vita, al fine di impedire o ritardare l'insorgenza delle malattie cardiovascolari.

Il quadro programmatico nazionale ed internazionale

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), riconoscendo che le malattie croniche non trasmissibili sono responsabili di circa il 63% dei decessi a livello mondiale ogni anno e che la maggior parte di queste morti sono premature e potrebbero essere evitate in quanto legate a fattori di rischio comuni e modificabili, ha adottato, in attuazione di una risoluzione della 66a Assemblea mondiale della sanità, il Piano d'azione OMS globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020. Il Piano, attraverso le politiche e le azioni poste in essere dall'OMS, dalle altre organizzazioni delle Nazioni Unite e dalle organizzazioni intergovernative, nonché dagli Stati membri, dalle organizzazioni non governative e del settore privato, mira alla riduzione relativa del 25% della mortalità prematura da malattie croniche non trasmissibili entro il 2025.

Il Global Action Plan riconosce il ruolo e la responsabilità primaria dei governi nel rispondere alla sfida delle malattie croniche non trasmissibili, tra cui inserisce le malattie cardio-cerebrovascolari, largamente prevenibili attraverso azioni volte a favorire l'adozione di stili di vita corretti (sana alimentazione, attività fisica regolare e abolizione del fumo di sigaretta).

Inoltre, a Settembre 2016, l'OMS ha lanciato, a margine dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite, una nuova iniziativa "*Global heart*", che si propone di respingere la minaccia mondiale rappresentata dalle malattie cardio-cerebrovascolari che rappresentano la principale causa di morte nel mondo. L'iniziativa globale, che coinvolge l'OMS, i Centri degli Stati Uniti per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CDC) e altri partner, tra cui la Federazione Mondiale del Cuore, l'Organizzazione Mondiale per l'Ictus, la Società Internazionale dell'Ipertensione e la Lega Mondiale per l'Ipertensione, mira a sostenere tre strategie principali di provata efficacia: il contrasto al tabagismo, la riduzione del consumo alimentare di sale nella popolazione, l'individuazione ed il trattamento delle persone ad alto rischio e il rafforzamento dei servizi di assistenza primaria.

In Italia, per quanto riguarda la Prevenzione, gli strumenti nazionali fondamentali di pianificazione sono rappresentati dal programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari" e dal "Piano nazionale della prevenzione" (PNP). Il Programma Guadagnare Salute

(DPCM 4 maggio 2007), coordinato dal Ministero della salute, è una strategia globale per contrastare i quattro principali fattori di rischio di malattie cronico-degenerative nel nostro Paese: scorretta alimentazione, inattività fisica, abuso/uso scorretto di alcol e tabagismo. Il programma, mira ad agire sui fattori ambientali e sui determinanti socio-economici che condizionano l'insorgenza delle malattie cronico-degenerative, attraverso politiche intersettoriali, promuovendo interventi lungo tutto il corso della vita (life-course approach). Guadagnare Salute agisce secondo i principi della "Salute in tutte le politiche" (Health in All Policies), per sviluppare sinergie tra tutti i settori e i soggetti che hanno capacità di incidere sulla salute stessa, individuando i rischi, ma anche le opportunità per la salute negli ambienti di vita e di lavoro.

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018, documento programmatico adottato con Intesa Stato-Regioni il 13 novembre 2014, definisce a livello nazionale gli obiettivi di prevenzione che sono poi adottati a livello regionale con i Piani regionali. Il PNP 2014-2018 affronta la problematica delle malattie cardiovascolari nell'ambito più generale della prevenzione delle Malattie Croniche non Trasmissibili. Detto documento, al fine di "ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili", promuove una strategia di promozione della salute e di sensibilizzazione della popolazione sui vantaggi collegati all'adozione di stili di vita sani in una visione che abbracci l'intero corso della vita, con il coinvolgimento, in linea con il Programma Guadagnare Salute, di settori al di fuori del sistema salute, secondo un approccio intersettoriale e trasversale ai fattori di rischio.

Il PNP 2014-2018, inoltre, riconosce l'importanza della diagnosi precoce delle patologie, per anticipare l'adeguata presa in carico dei pazienti e prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze più gravi, con l'inserimento di appositi percorsi terapeutico-assistenziali per la gestione della patologia. A tal fine il citato Piano nell'ambito dell'obiettivo "Aumentare l'offerta di approccio comportamentale e/o farmacologico per le persone con Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT)", prevede la realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT.

Affinché l'impegno nella prevenzione abbia successo è necessario continuare a sviluppare programmi di prevenzione primaria che promuovano il radicarsi fin dall'età evolutiva di stili di vita salutari, favoriti da azioni volte a modificare il contesto di vita delle persone, consolidando una politica di intervento che preveda un'azione intersettoriale e *multistakeholder* e che sia sostenuta e realizzata in tutti gli ambiti della sanità pubblica (nazionale, regionale e distrettuale).

Accanto alle azioni di promozione della salute, la diagnosi precoce e un trattamento tempestivo adeguato consentono di modificare la progressione della malattia con conseguente riduzione della disabilità, miglioramento della prognosi e dell'aspettativa di vita e contenimento dei costi diretti (farmaci, trattamenti chirurgici e riabilitazione) e indiretti (assenza dal lavoro).

L'Alleanza Italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari

L'Alleanza Italiana per le Malattie Cardio-cerebrovascolari nasce come alleanza volontaria tra Istituzioni, Società scientifiche, Associazioni dei pazienti, e ogni eventuale altro Ente operante in ambito cardio-cerebrovascolare, che vogliano lavorare per il comune obiettivo di implementare interventi di prevenzione e di assistenza alle malattie cardio-cerebrovascolari, coerenti con le strategie e i piani nazionali di promozione della salute, prevenzione e controllo delle malattie croniche non trasmissibili (Programma Guadagnare salute, Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, Piano Nazionale Cronicità), sostenendo e/o sviluppando:

- interventi di promozione della salute e di prevenzione (interventi sulla popolazione);
- interventi di prevenzione secondaria e terziaria (interventi individuali).

Obiettivi dell'Alleanza

Gli sforzi compiuti negli ultimi anni nel controllare le malattie cerebro e cardiovascolari mostrano chiaramente che l'elaborazione di una strategia preventiva costituisce il presupposto per porre fine alla diffusione "epidemica" delle malattie cardiovascolari.

L'Obiettivo generale dell'Alleanza è, quindi, la riduzione di incidenza, morbosità e mortalità delle malattie cardio-cerebrovascolari nel lungo periodo, attraverso un approccio integrato per diminuire il rischio cardio-cerebrovascolare sia nella popolazione sana, attraverso strategie intersettoriali di promozione della salute, sia in coloro che hanno superato un evento acuto, attraverso interventi di prevenzione individuale.

La prevenzione individuale mira a migliorare l'insieme degli interventi che un operatore sanitario, primo fra tutti il medico di medicina generale, può effettuare, nell'ambito del rapporto con la persona che assiste, per ridurre il rischio cardio-cerebrovascolare o la recidiva dell'evento. Le azioni di controllo dei fattori di rischio, ad oggi sottoutilizzate, sono di provata efficacia non solo nella prevenzione primaria ma anche nella prevenzione secondaria post evento acuto.

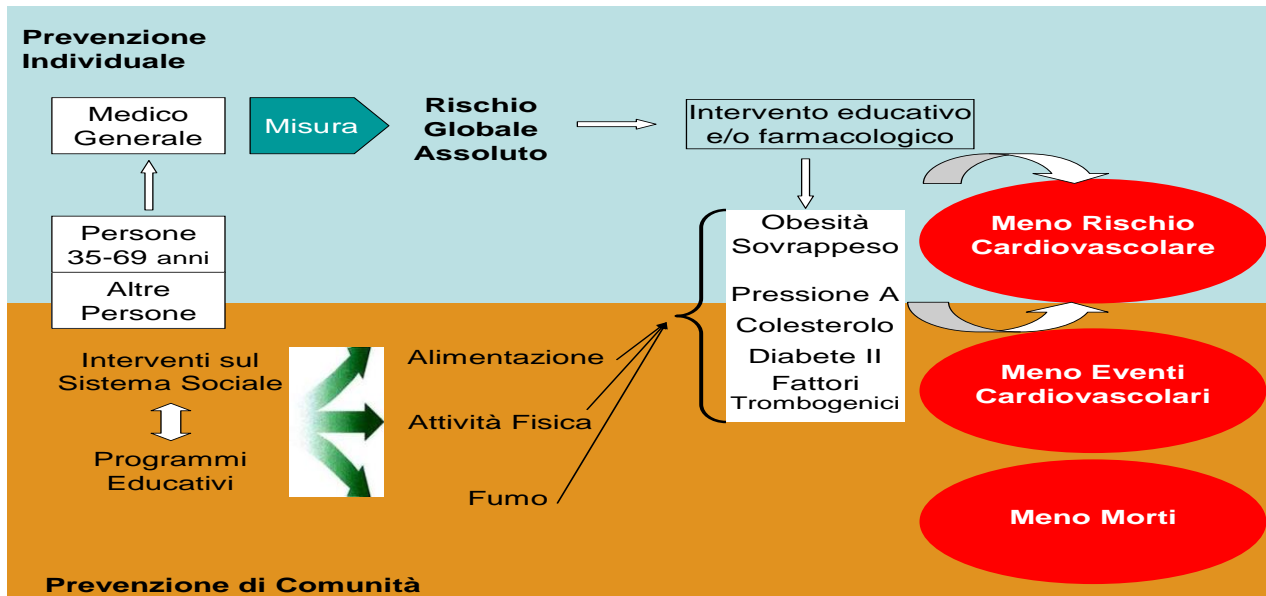
I pazienti con un precedente evento cardio- cerebrovascolare, spesso, non sono supportati da un'adeguata informazione relativa alla prosecuzione della terapia e all'inizio di un'attività di tipo riabilitativo, né sono sostenuti nell'adozione di comportamenti salutari per la prevenzione delle complicanze e il miglioramento della qualità di vita. L'educazione e l'*empowerment* del paziente sono la strategia migliore per renderlo attivamente partecipe del mantenimento del suo stato di salute.

Gli Obiettivi specifici dell'Alleanza sono rappresentati da:

- *advocacy* e sostegno all'implementazione di politiche intersettoriali;
- *empowerment* dei cittadini (sani e malati);
- implementazione di strategie per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie cardio-cerebrovascolari;

- implementazione di strategie per la presa in carico e la gestione delle malattie cardio-cerebrovascolari;

Visione d'insieme della Prevenzione Cardiovascolare



In tale panorama, il valore aggiunto dell'Alleanza è quello di favorire lo sviluppo di una rete di collaborazioni attraverso la quale le parti possano unire le forze, in termini di competenza tecnico-scientifica, di organizzazione, di relazioni intersettoriali, per conseguire risultati che non si potrebbero ottenere con un approccio isolato e migliorare il coordinamento esistente tra programmi governativi e non governativi, in modo da evitare una duplicazione degli sforzi ed uno spreco di risorse.

L'Alleanza rappresenta un'occasione concreta per sviluppare una strategia globale di prevenzione e assistenza delle malattie cardio-cerebrovascolari, adatta al contesto italiano, obiettivo che potrà essere raggiunto solo se si eviteranno frammentarietà e mancanza di coordinamento.

L'Alleanza si dota di un proprio regolamento interno, è articolata in un'Assemblea generale e in un Comitato esecutivo ed opera anche attraverso Gruppi di lavoro.

Il Ministero della Salute e i firmatari si impegnano a:

- promuovere nella popolazione generale e nelle persone ad alto rischio l'adozione di stili di vita salutari (sana alimentazione, attività fisica, niente fumo, consumo moderato e responsabile di alcol), quale principale strategia di prevenzione, supportando gli obiettivi di Guadagnare salute e del Piano Nazionale della Prevenzione;
- promuovere l'*empowerment* dei cittadini e l'*engagement* dei pazienti e delle loro famiglie;
- consolidare il raccordo tra il sistema di cure primarie e la rete di assistenza ospedaliera e specialistica;
- promuovere interventi di formazione sulla gestione del rischio cardio-cerebrovascolare e sul supporto al cambiamento comportamentale (colloquio motivazionale breve);
- collaborare a iniziative di comunicazione e sensibilizzazione;
- definire e divulgare documenti e linee di indirizzo.