# PREVENZIONE PRIMARIA PER STILI DI VITA SANI IN AMBITO CARDIOLOGICO: L'INFERMIERE DI FAMIGLIA, UNA POSSIBILE STRATEGIA?

A cura di Barbara Di Stefano* e Giovanna Ciccardi**

*Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche e Scienze dell'Educazione, Coordinatore Infermieristico U.O. complessa di Cardiologia, UTIC, Cardiologia Degenze, Emodinamica, Ospedale Morgagni-Pierantoni, Azienda Unica della Romagna, sede di Forlì, Membro del Comitato scientifico G.IT.I.C.

** Coordinatrice Infermieristica, Membro Consiglio Direttivo G.IT.I.C.

## INTRODUZIONE

Le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte nella popolazione femminile e maschile in Europa; per questo costituiscono attualmente uno dei più importanti problemi di salute pubblica.

Si stima che la mortalità per malattie cardiovascolari sia circa la metà della mortalità totale in Europa e che causi 4,35 milioni di decessi ogni anno nei 52 stati membri che compongono la Regione Europea secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e più di 1,9 milioni di decessi ogni anno nell'Unione Europea.

Le malattie cardiovascolari sono anche la causa principale di disabilità e di ridotta qualità di vita. Eppure sono fondamentalmente prevenibili. L'OMS stima che una riduzione anche modesta ma simultanea della pressione arteriosa, dei livelli di colesterolo nel sangue, dell'obesità e del fumo potrebbe ridurre di più del 50% l'incidenza delle malattie cardiovascolari.

La mortalità e l'incidenza delle malattie cardiovascolari sono in diminuzione nella maggior parte dei Paesi dell'Europa del Nord, del Sud e dell'Ovest, mentre nei Paesi dell'Europa Centrale e dell'Est le malattie cardiovascolari non solo non diminuiscono nella stessa misura, ma addirittura sono in aumento (1,2).

Sebbene il tasso di mortalità per malattie cardiovascolari nell'Unione Europea sia in diminuzione, vi è un numero crescente di uomini e donne che convivono con le malattie cardiovascolari. Questo paradosso è correlato all'aumento dell'aspettativa di vita e alla migliorata sopravvivenza delle persone colpite da malattie cardiovascolari.

Infatti, a differenza degli andamenti di mortalità, i tassi di dimissione ospedaliera per MCV (sindromi coronariche acute e ictus) sono aumentati nella maggior parte dei paesi europei. Più di recente, hanno mostrato una tendenza verso la stabilizzazione nell'ambito della UE, ma di contro sono aumentati a dismisura fra i paesi della Comunità degli Stati Indipendenti (CIS).

Nel 2006, i costi complessivi imputabili alle MCV nella UE hanno superato i 190 miliardi di euro, di cui 110 per l'assistenza sanitaria (il 54% per l'assistenza ospedaliera, il 28% per le terapie mediche ed il 18% per altro). Si configura una spesa media di 223 euro annui pro capite o il 10% dei costi complessivi dell'assistenza sanitaria (3).

Le malattie cardiovascolari uccidono più persone che i tumori nella loro totalità soprattutto nelle donne (55% di tutti i decessi) rispetto agli uomini (43% di tutti i decessi). Un livello socioeconomico basso si correla con una maggiore mortalità negli uomini e nelle donne.

## I FATTORI DI RISCHIO, LA REVERSIBILITÀ E IL PROFILO DI RISCHIO FAVOREVOLE

Nella letteratura internazionale sono stati identificati multipli fattori di rischio cardiovascolare (4). I sette principali fattori di rischio modificabili – abitudine al fumo, elevata pressione arteriosa, elevata colesterolemia, abuso di alcool, ridotto introito di frutta e verdura, sedentarietà ed obesità – sono responsabili da soli di oltre il 60% della totalità di DAILY in Europa (Disability Adjusted Life Year: attesa di vita aggiustati per disabilità: sono una misura del carico di malattia globale, espressa come numero di anni di vita persi per morte prematura e numero di anni di vita sana persi per disabilità).

Studi epidemiologici hanno permesso di identificare i fattori di rischio cardiovascolari e hanno dimostrato la reversibilità di questo rischio; attraverso la modificazione dei livelli dei fattori di rischio nei singoli individui si ottiene la riduzione degli eventi cardiovascolari nella popolazione (5,6).

Documenti programmatici dell'Unione Europea sulla promozione della salute cardiovascolare, enfatizzano la necessità di intervenire sia a livello di popolazione sia a livello individuale, soprattutto identificando gli individui con alto profilo di rischio (7).

| **Biologici** | **Fattori legati allo stile di vita** | **Fattori generali** | |
|---|---|---|---|
| | | Non Modificabili | Modificabili |
| Elevati livelli di pressione arteriosa | Fumo | Età | Reddito |
| Elevati livelli di glicemia | Dieta non equilibrata | Genere | Livello di scolarità |
| Livello di colesterolo HDL | Abuso di alcool | Genetica | Condizioni di vita |
| Sovrappeso/obesità | Inattività fisica | Etnia | Condizioni di lavoro |

Il rischio cardiovascolare è continuo, non esiste un livello soglia al di sotto del quale scompare: tutti abbiamo un rischio cardiovascolare, che dipende dalla combinazione di diversi fattori (età, sesso, abitudine al fumo, pressione arteriosa, diabete, colesterolemia totale e HDL). I fattori di rischio modificabili devono per questo essere target di interventi che promuovano corretti stili di vita ed, eventualmente, di una appropriata terapia farmacologia.

Per contrastare le patologie cardiovascolari occorre favorire nella popolazione corretti stili di vita fin dalla giovane età in modo da mantenere, nel corso della vita, un **profilo di rischio cardiovascolare favorevole**. Questo è definito da assenza di fumo e diabete, valori della pressione ≤ 120/80 mmHg senza terapia, colesterolemia totale <200 mg/dl senza terapia, IMC <25 Kg/m2. I benefici di tale profilo sono indipendenti dal livello socio-economico, correlati allo stile di vita, validi per gli eventi fatali e non fatali, coronarici e cerebrovascolari e garantiscono una migliore qualità della vita in età avanzata.

La prevalenza di questo profilo di rischio "favorevole" negli uomini e donne **italiani** di età 35-69 anni è solo del 3%: per trasformare le malattie cardiovascolari da epidemiche in endemiche è necessario aumentare tale prevalenza attraverso la diffusione di stili di vita salutari a livello di comunità. Come ribadito dalle Linee guida europee di prevenzione cardiovascolare, allo stato attuale delle conoscenze gli obiettivi di salute supportati da evidenze di efficacia riguardano l'interruzione del fumo, la promozione di un'alimentazione sana e l'implementazione dell'attività fisica (8).

La salute del cuore passa attraverso:

- l'astensione dal fumo;
- un'adeguata quantità di attività fisica: almeno 30 minuti 5 volte alla settimana;
- sane abitudini alimentari;
- eliminazione del sovrappeso;
- contenimento della pressione arteriosa a livelli inferiori a 140/90;
- contenimento dei livelli di colesterolo totale a livelli inferiori a 5 mmol/L (190mg/dl);
- normalizzazione dei livelli di glicemia;
- riduzione dei carichi di stress.

## DATI EPIDEMIOLOGICI SULLE MALATTIE CARDIOVASCVOLARI: I RISULTATI DEL PROGETTO CUORE E DELLA SORVEGLIANZA PASSI

Secondo i dati dell'OMS, l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia sono causati da alcune patologie (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscolo scheletrici) che hanno in comune fattori di rischio modificabili, quali il fumo di tabacco, l'obesità e sovrappeso, l'abuso di alcool, lo scarso consumo di frutta e verdura, la sedentarietà, l'eccesso di grassi nel sangue e l'ipertensione arteriosa. Tali fattori di rischio sono responsabili – da soli – del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia. Secondo quanto riporta *l'European cardiovascular disease statistics EHN* nel 2008, le malattie cardiovascolari costituiscono la prima causa di morte in Europa (48% del totale delle morti), con una prevalenza maggiore tra uomini e donne con basso livello socio-economico. Anche in Italia (9), le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte e il loro impatto in termini di mortalità, morbosità e sui ricoveri ospedalieri si mantiene elevato, rimanendo il primo problema di sanità pubblica. In particolare, sono stati pubblicati nel 2014 i dati che derivano dal terzo atlante italiano delle malattie cardiovascolari Progetto CUORE (10-11) a cura di Simona Giampaoli, Diego Vanuzzo e del Gruppo di Ricerca del Progetto Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/*Health Examination Survey* Ricerca realizzata nell'ambito de "Il Progetto CUORE-Epidemiologia e prevenzione delle malattie cerebro e cardiovascolari" e finanziata dalla Fondazione "Per il Tuo cuore" e dall'Istituto Superiore di Sanità .

Rispetto al primo obiettivo del progetto di Impiantare un registro di popolazione per il monitoraggio degli eventi cardiovascolari, è stata sorvegliata una popolazione di circa 5 milioni di abitanti, dislocata in otto aree del paese ed è stato possibile, per gli anni 1998-99 e 2003, calcolare il tasso di attacco (nuovi casi più ricadute) per gli eventi coronarici e cerebrovascolari e valutare la letalità a 28 giorni (numero dei decessi sul numero totale dei malati) nella popolazione adulta (35-74 anni) applicando una metodologia semplificata derivata dagli studi del progetto MONICA (MONItoring CArdiovascular diseases), caratterizzata dall'identificazione degli eventi attraverso l'appaiamento dei dati di mortalità e di dimissione ospedaliera e alla validazione di un loro campione con procedure standardizzate per la stima degli eventi correnti (Tabella 1-2).

Il secondo obiettivo è stato quello di realizzare un'indagine per valutare la distribuzione dei fattori di rischio, la prevalenza delle condizioni a rischio e delle malattie cardiovascolari nella popolazione adulta italiana Questa indagine è stata realizzata nel 1998-2002 (9.712 persone, 35-74 anni) ed è stata ripetuta nel 2008-2012 (9.107 persone, 35-79 anni) su campioni rappresentativi di popolazione

generale, inclusivi di tutte le regioni (un campione di 220 persone ogni 1,5 milioni di abitanti).

Tali dati dimostrano le variazioni di alcune condizioni di rischio raccolte a distanza di 10 anni dalla prima indagine del 1998-2002 su uomini e donne della stessa età (35-74 anni). Le condizioni sono ampiamente influenzate dal livello di istruzione, proxy[1] utilizzata per definire lo stato socio-economico. (Tabelle 3-9)

Nello specifico, l'ipertensione arteriosa coglie il 40% delle donne nella seconda indagine rispetto al 48% nella prima, con un aumento della percentuale dei casi trattati. Evidente anche come la differenza di genere influisca negativamente sugli uomini con una percentuale del 54% stabile rispetto all'indagine precedente. L'ipercolesterolemia è in aumento in entrambi i generi, mentre si evidenzia stabilità dei casi di diabete mellito nelle due indagini. L'abitudine al fumo risulta stabile nelle donne ed in discesa tra gli uomini, anche se aumenta nelle donne il tasso delle ex fumatrici. L'obesità è in aumento negli uomini e stabile nelle donne come pure l'inattività nel tempo libero.

I dati del terzo atlante delle MCV indagano anche la prevalenza di comportamenti alimentari sani (indagati attraverso il questionario food frequency) e di uno stile di vita corretto. Dimostrano dati più alti di prevalenza a favore del genere femminile.

Il terzo grande obiettivo del Progetto CUORE è stato quello di valutare il rischio cardiovascolare della popolazione italiana e realizzare strumenti di valutazione del rischio di facile applicazione in salute pubblica: la carta del rischio e il punteggio individuale per la valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto (Figura 1).

I dati di incidenza della seconda indagine di eventi coronarici sono di 80 uomini e 31 donne per 10.000 persone/ anno (Figura 2).

Il **Rischio cardiovascolare globale assoluto** è inteso come la probabilità di essere colpiti da un evento fatale o non fatale coronarico o cerebrovascolare nei successivi 10 anni. È costruito sulla base di otto fattori di rischio (età, sesso, abitudine al fumo, diabete, colesterolemia totale e HDL, pressione sistolica, terapia antipertensiva). E' calcolabile negli individui di età compresa tra 35 e 69 anni esenti da precedente evento cardiovascolare. Questi dati dimostrano come il rischio cardiovascolare medio sia del 2,7 per le donne e il 7,6% per gli uomini con una maggiore percentuale di rischio assoluto inferiore al 5% presente nelle donne per il 82,7% indagate e negli uomini per il 53,2% (Tabella 10).

Esso è stato raggiunto con lo sviluppo di funzioni di rischio specifiche per uomini e donne, attraverso le quali è stato possibile mettere a punto carte del rischio e punteggio individuale: sulla base di 6 (carte) o 8 fattori di rischio (punteggio individuale) è possibile calcolare la probabilità, espressa in percentuale, di ammalare nei successivi 10 anni. E' stato quindi realizzato un software scaricabile gratuitamente dal sito web del progetto CUORE da parte degli operatori sanitari.

Il progetto CUORE ha spiegato inoltre il trend in discesa della mortalità per cardiopatia coronarica: nel 2000 si sono verificati 42.927 decessi in meno rispetto al 1980, tale riduzione è attribuibile per il 41% ai trattamenti farmacologici in prevenzione secondaria, per il 58% al miglioramento degli stili di vita, mentre l'obesità e il diabete hanno contribuito in senso inverso con un 3% (Figura 3). La valutazione del rischio cardiovascolare necessita di strumenti aggiornati, infatti, gli stili di vita e i corrispondenti fattori di rischio si sono decisamente modificati negli ultimi 20 anni in

1In informatica e telecomunicazioni, un proxy (che significa intermediario) è un programma che si interpone tra un cliente che accede ai servizi o alle risorse di un'altra componente detta server facendo da tramite o interfaccia, inoltrando le richieste e le risposte dall'uno all'altro.

Italia: è aumentata l'obesità, si è ridotta l'abitudine al fumo ed è diminuita l'attività fisica.

Le conclusioni del terzo atlante italiano delle MCV sono:

- *le malattie cardiovascolari sono patologie ad alta frequenza, e vanno pertanto monitorate attraverso sistemi di sorveglianza che includano diverse fonti di informazione;*
- *l'Italia ha la fortuna di avere studi longitudinali iniziati fin dagli anni '80, che ancora oggi rappresentano una preziosa fonte di informazione;*
- *le malattie cardiovascolari sono prevenibili in quanto è stata dimostrata la relazione causale fra fattori di rischio e malattia ed è stata dimostrata la reversibilità del rischio: riducendo il livello dei fattori o mantenendolo basso nel corso della vita attraverso sani stili di vita è possibile non ammalare o ammalare contraendo forme meno gravi. I fattori di rischio cardiovascolari sono comuni alle altre patologie cronico-degenerative, quindi la prevenzione deve essere comune;*
- *la prevenzione richiede un lungo processo formativo e culturale, è più incisiva se avviene attraverso strategie di popolazione e i risultati si possono apprezzare solo a lungo termine.*

Parallelamente al Progetto CUORE, nel 2006, il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della Salute, affida al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESP) dell'Istituto superiore di sanità il compito di progettare e sperimentare un sistema di sorveglianza dedicato al monitoraggio dei progressi verso gli obiettivi dei Piani sanitari nazionali e regionali e per la valutazione del Piano nazionale della prevenzione, dove le informazioni raccolte possano essere utilizzate dalla programmazione aziendale e regionale e consentire una valutazione e un riorientamento delle politiche di sanità pubblica a livello locale. Nel 2007, in collaborazione con tutte le Regioni e Province Autonome italiane, viene avviato in forma sperimentale **la Sorveglianza PASSI**[2], che entra a regime nel 2008 caratterizzandosi come strumento interno al sistema sanitario in grado di produrre, in maniera continua e tempestiva, informazioni a livello di Asl e Regione.

La sorveglianza PASSI si caratterizza come una sorveglianza in sanità pubblica che raccoglie, in continuo e attraverso indagini campionarie, informazioni dalla popolazione italiana adulta (18-69 anni) sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione.

I temi indagati sono il fumo, l'inattività fisica, l'eccesso ponderale, il consumo di alcool, la dieta povera di frutta e verdura, ma anche il controllo del rischio cardiovascolare, l'adesione agli screening oncologici e l'adozione di misure sicurezza per prevenzione degli incidenti stradali, o in ambienti di vita di lavoro, la copertura vaccinale antinfluenzale e lo stato di benessere fisico e psicologico, e ancora alcuni aspetti inerenti la qualità della vita connessa alla salute.

Il fattore di rischio di gran lunga più diffuso è lo scarso consumo di frutta e verdura, che coinvolge 9 persone su 10. Per questo motivo solo un'esigua percentuale (meno del 3%) della popolazione di 18-69 anni è completamente priva di fattori di rischio cardiovascolare; circa quattro persone su dieci ne hanno tre o più (Figura 4).

I risultati del Rapporto nazionale Passi 2008-11: prevenzione e controllo del rischio cardiovascolare

---

2 Acronimo di Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia, è un sistema di sorveglianza sulle condizioni di salute e sugli stili di vita delle persone.

- *I dati del pool Passi dimostrano quanto i fattori di rischio cardiovascolare siano diffusi nella popolazione 18-69 anni: meno del 3% degli adulti ne sono privi e 4 persone su 10 ne hanno tre o più.*
- *L'83% delle persone intervistate riferisce di aver misurato la pressione arteriosa, nei due anni precedenti, risultato con differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali.*
- *Sono comunque alte le prevalenze di ipertesi che hanno dichiarato di essere in trattamento farmacologico (76%) o di aver ricevuto i consigli di ridurre abitudini non sane: diminuire il consumo di sale (87%), controllare il peso corporeo (79%) e svolgere regolarmente attività fisica (80%).*
- *La colesterolemia è stata misurata, almeno una volta nella vita, al 79% della popolazione intervistata. Il 29% degli ipercolesterolemici ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico, il 79% di aver ricevuto il consiglio di un maggior consumo di frutta e verdura, l'88% un minor consumo di carne e formaggi, il 76% di controllare il peso e l'80% di fare regolare attività fisica.*
- *La carta o punteggio del rischio cardiovascolare, come strumento di valutazione clinico-prognostica nelle persone con 35 anni di età o più senza patologie cardiovascolari, è poco utilizzato (7%). Si notano differenze statisticamente significative, ma il valore più alto è comunque il 13% delle Asl partecipanti della Calabria. Anche nelle situazioni di maggior rischio è coinvolta solo una minoranza di assistiti.*

Nel report nazionale Passi 2011 i dati vengono presentati secondo scelte metodologiche diverse rispetto al passato: le analisi relative alle sezioni indagate da Passi fanno riferimento al quadriennio 2008-2011, questo per fornire un dato maggiormente consolidato; nei commenti alle elaborazioni viene citato anche il dato relativo al 2011, per permettere, laddove le definizioni operative degli indicatori non siano cambiate, confronti con le stime puntuali degli anni precedenti.

## PRINCIPALI STRATEGIE E INTERVENTI PER LA PREVENZIONE PRIMARIA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE

La prevenzione e il contrasto alle malattie cardiovascolari, per risultare efficace, deve basarsi su un approccio sia individuale sia di popolazione [12-13-14].

I dati finora esposti dimostrano quanto tali fattori di rischio siano diffusi: meno del 3% degli adulti di 18-69 anni ne sono privi e 4 persone su 10 ne hanno tre o più. Aumentare la proporzione delle persone con un basso profilo di rischio potrebbe ridurre grandemente il carico di malattia legato alle patologie cardiovascolari.

È perciò importante attivare strategie a livello di popolazione, che promuovano stili di vita salutari e riducano la prevalenza e la gravità delle principali condizioni a rischio. A tal fine, sono necessari interventi sinergici da parte dei Ministeri e delle Amministrazioni pubbliche, con il coinvolgimento e il contributo di professionisti dell'area sanitaria, dell'opinione pubblica e dei singoli individui.

Rose (15) ha gettato le basi per focalizzare l'attenzione sulle strategie a livello di popolazione per prevenire le malattie. Egli documenta che una minima variazione nel rischio di malattia nell'intera popolazione può ridurre il carico di malattia maggiormente di una riduzione più consistente nei soli soggetti già ad alto rischio. Di conseguenza, è possibile ottenere grandi benefici in termini di salute qualora gli sforzi dedicati alla prevenzione si concentrino sulla totalità della popolazione piuttosto che prevalentemente sugli individui ad alto rischio.

Gli approcci tradizionali all'epidemiologia e agli interventi individuali hanno consentito di compiere notevoli progressi verso la comprensione della correlazione esistente fra i fattori di rischio e gli esiti della malattia. Tuttavia, i benefici di trattamenti efficaci a livello individuale possono diventare più generici ed inefficaci quando siano amplificati, al di là dell'intervento individuale, a livello di popolazione, interessando quindi svariate migliaia di persone (16).

Le teorie socio-ecologiche hanno identificato le relazioni che intercorrono fra i diversi livelli di determinanti per le malattie croniche, dimostrando in maniera univoca come il comportamento individuale sia connesso ad una serie di altri livelli. Di conseguenza, la descrizione di rischio cardiovascolare che ne scaturisce è estremamente variabile, implicando talora la presenza di lesioni su una parete arteriosa, i livelli di lipidi plasmatici, un'alimentazione non sana e una scarsa attività fisica, l'esposizione ad ambienti che propongono alimenti insalubri, quartieri a rischio per un trasporto fisicamente attivo e per un'inadeguata pianificazione urbanistica, la povertà, le politiche di pianificazione statale e decentrata e le ripercussioni di accordi commerciali internazionali.

Tali fattori possono essere descritti come un'asse di gerarchie interconnesse, da un livello micro (per es. le scelte individuali o l'influenza dell'ambiente familiare) attraverso un livello intermedio (per es. il luogo di lavoro o l'assistenza sanitaria) e un livello macro (per es. le politiche statali, regionali o provinciali), fino ad un livello globale (per es. le politiche nazionali e le ripercussioni del commercio internazionale) (17). Mentre le strategie personalizzate si concentreranno sul livello micro, le strategie di prevenzione indirizzate alla popolazione generale dovrebbero focalizzarsi sui livelli intermedio, macro e globale. Le strategie di popolazione comprendono misure fiscali (per es. tassazione e sussidi), politiche e normative internazionali, nazionali e regionali (per es. politiche antifumo, regole per il marketing, produzione di alimenti), nonché modificazioni ambientali. Pertanto, ogni strategia volta alla correzione dei fattori di rischio deve tenere conto dell'interazione fra i livelli di tali fattori di rischio e in quale misura le variazioni delle politiche nazionali modificano il comportamento individuale a rischio (18-19).

Nella Carta Europea per la Salute del Cuore (7) si ribadisce che essendo multifattoriale l'origine delle malattie cardiovascolari è indispensabile che tutti i fattori di rischio e i determinanti di malattia vengano affrontati a due livelli, sociale ed individuale.

Per modificare i fattori di rischio è indispensabile la collaborazione di più partner:

- il legislatore, che deve mirare a creare un ambiente favorevole alla prevenzione con interventi sulla normativa fiscale e sulla pressione di mercato;
- i singoli individui, che possono e devono trovare le motivazioni utili per modificare il proprio stile di vita scegliendo un'alimentazione sana, smettendo di fumare, abituandosi a praticare un'attività fisica quotidiana regolare;
- gli operatori della salute, che devono sollecitare azioni di sensibilizzazione e realizzare campagne mirate a identificare precocemente le persone a rischio più elevato. L'impatto delle malattie cardiovascolari può essere ridotto anche attraverso la diagnosi precoce, la gestione corretta della malattia, la riabilitazione e la prevenzione basata anche sulla sollecitazione organizzata e strutturata a enfatizzare l'utilità di uno stile di vita sano.

Si possono distinguere tre strategie di prevenzione delle MCV: prevenzione a livello di popolazione, per i soggetti ad alto rischio e secondaria.

Queste tre strategie sono necessarie e complementari. In particolare, la strategia di prevenzione a livello di popolazione è fondamentale ai fini di una riduzione dell'incidenza globale delle MCV, in quanto mira a ridurre i fattori di rischio a livello di

popolazione mediante modifiche dello stile di vita e ambientali che riguardano l’intera popolazione, senza la necessità di sottoporre i singoli individui a visita medica.

Questa strategia si realizza per lo più definendo specifici programmi di politica sanitaria e interventi comunitari. Gli esempi includono misure per vietare di fumare e ridurre il contenuto di sale del cibo.

La strategia di popolazione si basa sul fatto che la maggior parte dei casi di infarto e ictus è dovuta all’esposizione di larga parte della popolazione a fattori di rischio moderatamente elevati.

L’approccio di popolazione mira a ridurre i livelli dei fattori di rischio nel loro insieme: la logica è quella secondo cui, sebbene il rischio di malattia cardiovascolare per ciascun individuo possa ridursi solo di una piccola quantità, l’effetto sulla popolazione è sostanziale, dal momento che molte persone ne sono affette e, in termini di vite salvate, è superiore rispetto a interventi selettivi sugli individui ad alto rischio.

Il vantaggio è che può portare a grandi benefici alla popolazione, anche se può offrire poco all'individuo.

L'impatto di tale approccio sul numero totale di eventi cardiovascolare nella popolazione può essere grande, perché tutti i soggetti sono osservati e una maggioranza di eventi si verificano in un gruppo sostanziale di persone a rischio solo modesto.

L'attuazione dell'approccio di popolazione può portare numerosi vantaggi e risparmi:

- ridurre il divario delle disuguaglianze di salute;
- risparmi ottenuti dal numero di eventi cardiovascolari evitati;
- prevenire le altre condizioni, come il cancro, malattie polmonari, e diabete di tipo 2;
- risparmi sui costi associati alla malattia cardiovascolare, come i farmaci, prime visite e presenze ambulatoriali;
- migliorare la qualità e la durata della vita delle persone.

Nell'approccio ad alto rischio, le misure preventive mirano alla riduzione dei livelli dei fattori di rischio nei soggetti a più alto rischio, sia persone senza MCV nella parte superiore della distribuzione del rischio totale cardiovascolare o quelli con MCV accertata. Anche se gli individui osservati in questa strategia hanno più probabilità di trarre beneficio dagli interventi di prevenzione, l'impatto sul livello di popolazione è limitato, perché gli individui a così alto rischio sono pochi. Se interveniamo solo sulle persone ad alto rischio riduciamo effettivamente il rischio in questa fascia di popolazione, ma la stragrande maggioranza degli eventi si verifica nel resto della popolazione: gli uomini con un rischio ≥20% generano solo il 25% degli eventi, quelli con un rischio <20% generano il 75% degli eventi. La situazione è analoga nelle donne: le persone a rischio elevato generano solo una piccola parte degli eventi, il 4% (Figura 5).

Per lungo tempo la strategia di popolazione è stata considerata più cost-effective che l'approccio ad alto rischio, ma dopo l'introduzione di farmaci altamente efficaci per l'abbassamento di lipidi , il miglioramento dei programmi di cessazione del fumo e minori costi di farmaci antipertensivi, l'efficacia dell'approccio ad alto rischio è aumentato. Vi è consenso sul fatto che il più grande effetto preventivo è raggiunto quando questi sono combinati. Pertanto, una buona strategia preventiva non deve occuparsi solo degli individui ad alto rischio, ma deve combinare l’approccio dell’alto rischio con un approccio mirato anche alle persone a rischio moderato o basso.

Alcuni paradigmi sembrano ormai accettati dalla comunità scientifica (20):

1. è necessario implementare i programmi di "prevenzione primordiale", cioè quella rivolta alla popolazione più giovane, finalizzati ad evitare che compaiano i fattori di rischio attraverso campagne per la promozione di stili di vita sani ed interventi legislativi per regolamentare alcune situazioni che possono avere effetti nocivi sulla salute;
2. in "prevenzione primaria", nei confronti della popolazione adulta ad alto rischio, è necessario agire mediante programmi educazionali e trattamenti appropriati passando anche attraverso l'acquisizione di una maggior consapevolezza e determinazione da parte dei medici;
3. in "prevenzione secondaria" si è ancora alla ricerca di un'organizzazione complessiva della fase post-acuta nell'ambito della rete cardiologica, che garantisca risultati anche nel medio-lungo termine.

Le strategie volte a ridurre il rischio cardiovascolare globale degli individui sono quindi quelle di prevenzione primaria per i soggetti ad alto rischio e quelle di prevenzione secondaria. Le prime sono dirette agli individui sani con distribuzione del livello di rischio nella fascia più elevata, mentre le seconde si rivolgono ai pazienti con danno d'organo o patologia cardiovascolare conclamati.

## La prevenzione primordiale: le campagne di popolazione e gli interventi legislativi

Gli studi epidemiologici realizzati negli ultimi 30 anni hanno dimostrato chiaramente, lo studio INTERHEART (21) su tutti gli altri, che i fattori di rischio tradizionali sono in grado di spiegare oltre il 95% degli eventi coronarici della popolazione del mondo occidentale e che la riduzione della mortalità cardiovascolare osservata negli ultimi decenni è attribuibile per il 25% al calo dell'incidenza delle malattie cardiovascolari e per il 75% al miglioramento del trattamento in soggetti cardiopatici noti. Abitudini di vita e trattamenti farmacologici si dividono alla pari il merito(22).

Le campagne di popolazione e i provvedimenti legislativi in prevenzione cardiovascolare riguardano soprattutto tre abitudini di vita che influiscono sulla morbosità cardiovascolare: fumo di sigaretta, esercizio fisico e alimentazione.

Per quanto riguarda la **riduzione dell'abitudine al fumo** dagli anni '80 sono state effettuate campagne finalizzate a creare una maggiore consapevolezza dei danni del fumo sulla salute, trasformando l'immagine del fumatore da un modello "vincente", ad uno opposto, socialmente "perdente" (23-24), e sono stati adottati provvedimenti legislativi basati sull'aumento della tassazione sulle sigarette e sul divieto del fumo nei locali pubblici (leggi del 1995 e del 2003). I risultati ottenuti sono stati importanti per l'intera comunità in considerazione delle significative evidenze sui danni del fumo passivo (25-26). Il divieto di fumare nei luoghi pubblici ha determinato una significativa riduzione dell'incidenza di nuovi infarti miocardici (-17%) (27).

Riguardo alla **promozione dell'esercizio fisico** molto è stato fatto. Nella fase storica in cui si è passati da una popolazione dedita per la maggior parte a un lavoro manuale al terziario avanzato, con significativo aumento della sedentarietà, a fronte della riduzione dell'attività fisica legata all'attività lavorativa, però, sono state promosse le occasioni di esercizio fisico legato alle attività sportive e al tempo libero, attraverso l'implementazione delle cosiddette "3P" – parchi, palestre, piscine – e la creazione di strutture dedicate, facendolo diventare un comportamento socialmente gratificante.

Più controversi sono stati i risultati ottenuti sulla **modificazione delle abitudini alimentari.** È ormai chiaro che il modello da preferire è quello generalmente

identificato come alimentazione “mediterranea”, e che, nella letteratura più recente, viene identificato come dieta “prudente” (28). Tuttavia il miglioramento delle condizioni economiche e il radicale cambiamento di abitudini a cui abbiamo assistito nel mondo occidentale, ha favorito l’implementazione di uno stile alimentare ad alto contenuto calorico e di cibi preconfezionati che ha portato ad un drammatico incremento dei casi di obesità, dislipidemia, ipertensione arteriosa e diabete (29). Una modificazione dello stile alimentare si è dimostrata in grado di rallentare la progressione delle lesioni aterosclerotiche e ridurre gli eventi cardiovascolari (30-31).

### La strategia dell’alto rischio

I soggetti a rischio più elevato sono quelli che possono trarre maggiori benefici dal trattamento dei fattori di rischio. Tuttavia, per quanto questi soggetti traggano maggiori benefici, la maggior parte dei decessi di una comunità si verificano nei soggetti con livelli inferiori di rischio per il semplice fatto di essere più numerosi rispetto a quelli a rischio elevato, i quali, paradossalmente, sviluppano un minor numero di eventi in termini assoluti, il paradosso di Rose. Pertanto, la strategia per i soggetti ad alto rischio deve essere integrata da misure di sanità pubblica, per ridurre, per quanto possibile, i livelli di popolazione dei fattori di rischio cardiovascolare e incoraggiare uno stile di vita sano.

Sulla base dei fattori di rischio tradizionali la ricerca epidemiologica cardiovascolare longitudinale ha portato all’elaborazione di carte del rischio che aiutano i clinici nello stratificare il rischio cardiovascolare del singolo paziente.

Nell’ambito della prevenzione cardiovascolare primaria in Italia, vengono utilizzate le carte e il punteggio individuale del Progetto CUORE (31,32), compatibili con lo SCORE per la mortalità, avendo cura di considerare l’alto rischio SCORE (≥5%) equivalente all’alto rischio CUORE (≥20%), quando vi si fa riferimento nelle linee guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari .

## L’INFERMIERE DI FAMIGLIA: UNA POSSIBILE STRATEGIA

Le malattie croniche rappresentano una delle tipiche ambiguità del progresso: i successi della medicina, infatti, permettono la sopravvivenza di persone con gravi problemi di salute che necessitano di continui interventi sanitari.

I mutamenti socio-demografici degli ultimi decenni comportano la necessità di apportare cambiamenti significativi nella rete dei servizi, il progressivo invecchiamento della popolazione dei Paesi occidentali industrializzati, l’insorgenza di nuove cause di malattia legate ai moderni stili di vita e di benessere, l’aumento delle patologie a carattere sociale come le disabilità e le dipendenze, ed in ultimo la maggiore consapevolezza della popolazione per tutto ciò che riguarda la salute con il conseguente aumento delle aspettative (32).

Pertanto diventa evidente come la tutela della salute debba essere raggiunta non solo attraverso la risposta sanitaria alla patologia acuta, facilitata dai progressi tecnico-scientifici e dalla dipartimentalizzazione delle strutture ospedaliere, ma anche attraverso interventi mirati alla risoluzione dei problemi prioritari di salute dei cittadini (definiti in ordine di priorità dall’OMS nel 1999: le cardiopatie ischemiche, le cerebrovasculopatie, l’Aids, i tumori, gli incidenti, le malattie respiratorie, le malattie psichiatriche, il diabete e le nefropatie) (33).

In conseguenza alle politiche europee di Salute per tutti, anche l’Unità per l’Infermieristica e l’Ostetricia dell’Ufficio Regionale per l’Europa dell’OMS, ha elaborato uno studio sull’assistenza infermieristica nell’intento di rispondere in modo adeguato ai bisogni espressi dai cittadini europei. Tale impegno è conferito nella prima conferenza europea sull’infermieristica che si è tenuta nel 1988 a Vienna, dove venne elaborata la Dichiarazione di Vienna sull’Infermieristica in supporto degli obiettivi

europei della salute per tutti. I partecipanti alla conferenza raccomandarono lo sviluppo di servizi innovativi e centrati sullo sviluppo della salute oltre che sulla cura della malattia. Le raccomandazioni e la dichiarazione che scaturirono dalla conferenza di Vienna riguardavano le funzioni dell'infermiere (assistenziale, gestionale, educativa e di ricerca) con particolare riferimento alla formazione professionale.

Di pubblicazione successiva è il progetto *Nursing in action*, elaborato nel 1993 con la finalità di rafforzare la professione infermieristica e supportare la politica della Salute per tutti. La strategia del progetto era finalizzata a sviluppare due aspetti dell'infermieristica: la leadership e la qualità.

Nel 1999 finalmente, nel contesto della politica Salute 21, l'OMS ha definito la figura di un nuovo infermiere: **l'infermiere di famiglia**. La finalità generale della dichiarazione è il raggiungimento del pieno potenziale di salute per tutti quale valore e diritto universale in rapporto anche all'obiettivo di migliorare la qualità di vita del singolo e delle popolazioni all'interno di una crescita economica sostenibile (34).

Alla base della politica, dei suoi obiettivi e scopi, ci sono i tre valori fondamentali:

- la salute è un diritto umano fondamentale;
- equità in salute e solidarietà nelle azioni tra i paesi 2 all'interno degli stessi, tra gli abitanti;
- partecipazione e responsabilità dei singoli, dei gruppi, delle istituzioni e delle comunità, per uno sviluppo sanitario continuo.

L'obiettivo 15 e il 18 del documento Salute 21, definiscono le specificità dell'infermiere di famiglia, individuandolo come il professionista che, insieme al medico di famiglia, costituisce il perno su cui centrare l'assistenza sanitaria di base, in grado di fornire prestazioni che possano garantire il raggiungimento degli obiettivi di salute espressi nel documento.

Le risorse umane sono definite un elemento strategico nel garantire la messa in atto delle politiche e delle programmazioni, e giocano un ruolo fondamentale nel garantire il principio di equità e continuità assistenziale. Quest'ultimo concetto è oltremodo perseguibile e funzionale a ogni sistema sanitario moderno e civile: progettare un sistema socio-sanitario integrato moderno prevede l'attivazione per ogni cittadino di percorsi leggeri e non burocratici di accompagnamento nelle diverse fasi del bisogno, con il supporto di tecnologie telematiche, fondato su una cultura della salute non estemporanea.

La tendenza a orientare il sistema sanitario di uno Stato verso la malattia e le cure altamente specialistiche facilita la svalutazione di aspetti rilevanti quali la prevenzione e l'educazione sanitaria e terapeutica.

L'OMS sostiene che i diversi professionisti della sanità ricevono ancora oggi una formazione insufficiente riguardo alle competenze necessarie per attivare interventi di promozione della salute e di educazione terapeutica sulla popolazione.

Tra le strategie per l'obiettivo 18, il documento individua la messa in atto di politiche finalizzate a migliorare le caratteristiche dei professionisti sanitari, adeguandone il numero alle esigenze, finalizzando i percorsi formativi allo sviluppo di competenze e capacità assistenziali, fornendo i mezzi per un aggiornamento continuo, facilitando l'integrazione tra le professioni.

Nell'ambito di questa politica europea, è stata prevista quindi l'istituzione di questa nuova competenza infermieristica, ritenuta fondamentale per raggiungere il pieno potenziale della salute per tutti, attraverso il perseguimento di due obiettivi principali:

- promuovere e proteggere la salute della popolazione lungo tutto l'arco della vita;

- ridurre l'incidenza delle malattie e degli incidenti più comuni e alleviare le sofferenze che questi causano.

Il ruolo dell'Infermiere di Famiglia è centrale all'interno della comunità e durante il continuum assistenziale.

Nel 1988, la Conferenza europea sul nursing identifica l'infermiere di famiglia come fondamentale per aiutare gli individui nei momenti di forte stress nell'adattamento alla malattia e alla disabilità cronica (35).

Secondo questo documento, l'infermiere di famiglia trascorre buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio dei pazienti e con le loro famiglie, fornendo consigli riguardo agli stili di vita e ai fattori comportamentali di rischio e assistendo le famiglie in materia di salute. Attraverso la diagnosi precoce, l'infermiere può garantire che i problemi sanitari delle famiglie siano curati al loro insorgere.

La figura dell'Infermiere di Famiglia combina quindi i vari elementi che appartengono al ruolo svolto dalle diverse figure di infermiere di comunità e di sanità pubblica, che nei diversi paesi della regione europea hanno lavorato in ambiti di assistenza primaria, centrando la propria attività oltre che sulla comunità, anche sulle famiglie e sulla casa.

In questo modo il ruolo svolto dall'Infermiere di Famiglia nell'ambito della salute pubblica e dell'assistenza primaria contribuirà in modo significativo a " *migliorare l'accesso all'assistenza primaria orientandola sulla famiglia e sulla comunità, sostenuta da un sistema ospedaliero flessibile e responsabile*" (obiettivo 15 "un settore integrato per le cure", Salute 21).

L'infermieristica di famiglia è quindi un approccio che non sostituisce bensì integra gli aspetti dell'infermieristica di comunità. Indubbiamente, la figura e il nuovo ruolo sono molto innovativi, specie se contestualizzati nel nostro Paese.

L'obiettivo dell'attività di questa nuova figura è quello di aiutare la famiglia a raggiungere o mantenere un efficace livello di funzionamento e di benessere nel contesto delle sue particolarità e aspirazioni, nonostante i problemi di salute insorti al suo interno. La convinzione di fondo è che sia necessario interagire con tutto il nucleo familiare, che rappresenta la cellula della società e il soggetto primario della promozione della salute. Obiettivo dell'assistenza quindi è la famiglia nel suo complesso, senza dimenticare gli aspetti riferiti alla comunità.

Infatti, anche se il titolo "Infermiere di Famiglia" fa supporre che oggetto dell'assistenza siano soltanto i membri delle famiglie così come comunemente intese, in effetti, il ruolo è molto più ampio, comprendendo tutte le persone della comunità, sia che vivano con altri in casa sia che si tratti di persone senza dimora e/o emarginate. L'Infermiere di Famiglia giocherà inoltre un ruolo importante nel potenziamento delle comunità e nel lavoro congiunto con queste per incrementare le risorse ed i potenziali.

La conoscenza della comunità inoltre consente di riconoscere i bisogni di salute e di orientare la cittadinanza ad una partecipazione più attiva ai programmi sanitari anche attraverso una maggiore informazione circa i servizi sanitari attivati. L'infermiere in questo modo è facilitato a realizzare interventi a più livelli, integrare maggiormente le risposte, pianificare azioni consistenti, costruire e rafforzare un rapporto di fiducia tra cittadini e istituzioni.

## QUADRO CONCETTUALE DI RIFERIMENTO

La missione affidata all'Infermiere di Famiglia e di Comunità è stata descritta nel documento dell'OMS specifico: ***The family health nurse context, conceptual framework and curriculum***, World Health Organization – 2000 (36). Essa comprende: la gestione del processo assistenziale, l'analisi dei bisogni di salute della famiglia e della Comunità, la garanzia della continuità assistenziale, la promozione

della salute, l'attività di ricerca e di consulenza; un ruolo nuovo che può contribuire in modo significativo al raggiungimento degli obiettivi individuati. È anche richiesta la capacità di identificare i fattori socio economici che influenzano la salute e la malattia, lavorando a stretto contatto e collaborando con gli altri servizi di cura e assistenza, poiché l'integrazione non si realizza sulla carta, ma attraverso il contatto con i cittadini e i sistemi sanitari gestito da un operatore di riferimento.

L'attività dell'Infermiere di Famiglia si realizza nella capacità di presa in carico globale dell'utente e della sua famiglia, nella capacità di lavoro interprofessionale e nell'analisi del contesto socioeconomico di provenienza della persona. La personalizzazione dell'assistenza, altro punto cardine della pianificazione, si realizza attraverso un vero e proprio managed care.

Gli interventi basati sull'infermiere case manager e sul case management sono ampiamente descritti nella letteratura internazionale quali efficaci ed efficienti, con conseguenti significative riduzioni di costi generali per la collettività, riduzione dei ricoveri ospedalieri e degli eventi di riacutizzazione di malattia nelle persone assistite affette da patologie cronico degenerative, del rischio di cadute nella popolazione anziana, maggior aderenza ai regimi terapeutici, e una maggior consapevolezza e partecipazione attiva nei percorsi di cura/ assistenza (37- 42).

Coniugando il sapere prettamente tecnico scientifico al sapere relazionale e conoscendo l'offerta di servizi socio sanitari disponibili sul territorio, molto spesso vasta, articolata ma misconosciuta dalla popolazione, l'Infermiere di Famiglia e Comunità è in grado di rilevare i bisogni noti e non, proporre soluzioni, supportare le famiglie nelle scelte e nei processi decisionali, cercando di renderle il più possibile autonome nel gestire la propria condizione, evitare il fenomeno di burn-out, spesso causa di istituzionalizzazione (43).

## LA FORMAZIONE SPECIALISTICA IN ITALIA

L'Infermiere di Famiglia ricopre un ruolo ben strutturato nel sistema sanitario statunitense e canadese, riconosciuto in ambito accademico con laurea magistrale già dagli anni 70 del secolo scorso. Anche paesi quali la Tailandia, il Botswana, Australia, Nuova Zelanda, Finlandia hanno una storia decennale da raccontare.

Nel rapporto OMS sulla valutazione dello studio multinazionale sulla figura dell'Infermiere di Famiglia in Europa (D. Hennessy e L. Gladin, tradotto dal Centro per lo studio delle Professioni infermieristiche di Torino, 2009) ha dimostrato l'importanza del lavoro di rete e della formazione per questa figura, la necessità di sostegno della figura nella pratica clinica, il bisogno di ricerca continua per monitorare successi e progressi nell'implementazione del ruolo. I paesi che contano esperienza decennale nell'implementazione di questa figura nel Sistema Sanitario sono la Scozia, la Slovenia, la Finlandia, l'Armenia, la Moldavia, l'Inghilterra, la Spagna. Il Portogallo, la Svizzera, il Tajikistan stanno implementando formazione ed organizzazione. (44)

Nel nostro paese, invece, la figura dell'Infermiere di Famiglia stenta ed essere riconosciuta ed inserita all'interno dei relativi contesti sanitari. Un chiaro esempio di resistenza verso il ruolo è la differenza tra la relazione tecnica del documento sul riconoscimento delle specializzazioni infermieristiche in cui l'area individuata quale "cure primarie/Infermiere di Comunità-Famiglia" è stata mutata nel documento sottoposto alla firma in "cure primarie/servizi territoriali - distrettuali", andando a descrivere un modello organizzativo locale e non una specializzazione riconosciuta nel panorama internazionale e proposta dall'OMS Europa. Negli ultimi dieci anni alcune università hanno istituito corsi di master di primo livello in infermieristica di famiglia e di Comunità, capostipite l'Università degli Studi di Torino.

Attualmente sono presenti master di specializzazione anche presso l'Università di Novara, Pavia, Pisa, Bari e Napoli. Il percorso formativo offerto dall'Università di Torino

si è caratterizzato negli anni per la struttura interdipartimentale tra la scuola di medicina e quella di psicologia, il forte collegamento con le associazioni dei cittadini presenti sul territorio e il confronto costante con altre contesti europei, in particolar modo la Scozia, la Francia e la Spagna. Nel 2011 e nel 2013 alcuni studenti hanno partecipato alle conferenze internazionali dell'International Family Nursing Association a Kyoto e a Minneapolis. Recentemente si è inserita la teleassistenza nel programma di studio, data la rilevante importanza che avrà nel futuro per lo sviluppo sostenibile delle cure primarie.

La formazione specialistica non ha però attualmente nessun riconoscimento nelle aziende sanitarie. Un patrimonio di sapere infermieristico, non solo specialistico, sottoutilizzato e disperso, per sottostare alla logica prestazionale che non si adatta più allo scenario attuale, con conseguenze negative sia per i cittadini, sia per i professionisti, spesso demotivati e in burn-out "organizzativo" (45).

## I PRIMI PASSI DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA IN ITALIA

In Italia in regioni quali Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Puglia, Toscana e Valle d'Aosta, stanno sperimentando modelli assistenziali nelle cure primarie nei quali viene riconosciuto ufficialmente l'apporto infermieristico. Due proposte di legge sono state presentate, una in Regione Sicilia e l'altra in Regione Lazio, per l'istituzione e il riconoscimento del ruolo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità.

Nel Territorio della nuova AUSL della Romagna, come in altre realtà regionali ed extra regionali, è in corso una grande trasformazione dei setting assistenziali territoriali in relazione al nuovo paradigma sociale, economico e culturale, con particolare riferimento al mutare del quadro demografico ed epidemiologico della popolazione. Questo primo mutamento ha imposto la necessità di far fronte ai costi derivanti dai crescenti consumi, anche nell'ottica dell'innovazione del progetto politico-istituzionale delle Cure Primarie indicate nel decreto Balduzzi. L'innovazione organizzativa dei servizi assistenziali territoriali è caratterizzata da un cambiamento radicale sia nell'organizzazione che nell'erogazione dei servizi, i cui punti cardine risultano essere la centralità del paziente e la Comunità, la valorizzazione dell'autonomia e della responsabilità delle varie figure professionali, nonchè il team multidimensionale nell'ambito territoriale quale fondamentale alternativa alla struttura ospedaliera che ha come mission la cura della malattia acuta.

Attualmente il territorio della Romagna accoglie, oltre ai Nuclei di Cure Primarie con gli Ambulatori Infermieristici integrati, all'Assistenza Domiciliare Integrata, anche gli Ospedali di Comunità e le Case della Salute (Cds) che offrono assistenza ai cittadini nei quattro ambiti territoriali di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini.

Il progetto di implementazione delle Cds e tutta la struttura dell'assistenza primaria della AUSL, ha l'obiettivo di fornire l'orientamento sui servizi, assicurare la presa in carico fin dal momento dell'accesso, garantire risposte ai problemi ambulatoriali "urgenti", gestire le patologie croniche, farsi carico dei principali percorsi diagnostici che non necessitano del ricorso all'ospedale. La CdS è quindi un presidio del Distretto che si raffigura quale primo punto di riferimento, ovvero primo livello con cui il cittadino, la famiglia e la collettività entra in contatto con il Sistema Sanitario, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano, coinvolgendo anche il settore sociale. La figura dell'infermiere della cronicità e di comunità e la sua peculiare funzione è la base su cui poggia l'intera riorganizzazione delle cure primarie del territorio romagnolo. (45)

In Lombardia, è in corso di elaborazione da parte dei Collegi IP.AS.VI. una proposta di dialogo istituzionale per trovare nuove soluzioni per il benessere dei cittadini. È proprio di questi giorni la pubblicazione da parte di questa Regione del *"Libro Bianco- Proposte di sviluppo del servizio sanitario e Socio sanitario Lombardo - L'assistenza*

*territoriale"*. All'interno del testo vengono delineate proposte che rispondono anche ai seguenti temi indicati nel decreto di nomina: 1) medicina e presa in carico territoriale in relazione allo spostamento dell'asse di cura dall'ospedale al territorio e alle dinamiche legate alla cronicità, 2) metodologie volte a una ulteriore riduzione di sprechi, inefficienze e inappropriatezze in modo mirato, in grado di distinguere i sistemi virtuosi da quelli inefficaci, evitando l'applicazione di tagli lineari (spending review) che rischiano di compromettere la corretta erogazione dei servizi e 3) settore sanitario e sociosanitario come area di sviluppo economico, di ricerca e di occupazione qualificati. Proprio il 24 di questo mese si terrà un convegno a Milano, dal titolo: *"LE COMPETENZE SPECIALISTICHE IN SANITÀ: L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ, UN CONFRONTO TRA ESPERIENZE IN EUROPA".*

Un riconoscimento a livello europeo è arrivato alla regione Piemonte, inserita tra i *Refence Site* del progetto europeo sull'invecchiamento sano e attivo, *European Innovative Partnership on Active and Healthy Ageing*, in virtù della presenza consolidata del programma di specializzazione in Infermieristica di Famiglia e di Comunità. Questo è stato lo stimolo per partecipare al bando di ricerca *Horizon 2020* proponendo un ampio studio sulla presa in carico da parte di infermieri dedicati di cittadini che hanno raggiunto i 65 anni di età, costruendo una rete di partnership con altri sei stati europei.

La ricerca promossa dal Centro di Eccellenza per la Ricerca Infermieristica dell'IP.AS.VI. di Roma sull'Infermiere di Famiglia e di Comunità ha ottenuto recentemente un finanziamento da parte del Ministero della Salute.

Il percorso è in evoluzione, ma si stanno comunque raccogliendo i primi segnali significativi in merito, ed una forte spinta verso le cure primarie viene sempre più sollecitata a tutti i livelli istituzionali nazionali ed internazionali. Indubbiamente, anche a fronte di una scelta politica che riconosca il ritorno economico e di benessere per i cittadini che l'Infermiere di Famiglia può generare nel suo ruolo di consulente per la valutazione dei bisogni e l'integrazione delle cure, ci si dovrà confrontare con resistenze al cambiamento non solo interprofessionali, ma anche intraprofessionali. Come scrive Silvia Marcadelli nella sua analisi sociologica, "*Nonostante il percorso per il riconoscimento dell'autonomia, anche all'interno della professione infermieristica vi sono correnti di pensiero, che si traducono in modalità organizzative ed operative, che non ne promuovono il pieno raggiungimento. Vi sono diversi orientamenti e diverse proposte per l'istituzione della figura e qualche rappresentante della professione ritiene che l'Infermiere di Famiglia non debba essere un professionista con autonomia organizzativa e operativa e che vada assolutamente inserito in ambiti organizzativi definiti e controllati da una forma di gerarchica infermieristica (Direzione Servizio Infermieristico). Ciò che invece qui si propone è l'istituzione di una figura che, come il medico di medicina generale, abbia un rapporto diretto con gli assistiti che scelgono il professionista sulla base di un rapporto di fiducia che deve essere creato, sviluppato e mantenuto".* (46)

Nel 2009 è nata l'AIFEC (Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità) con l'obiettivo di promuovere e sviluppare i principi dell'assistenza sanitaria primaria basata sulla centralità del cittadino, l'ottimizzazione delle risorse economiche disponibili e la qualità degli interventi, nonché promuovere e incoraggiare gli infermieri che lavorano nell'assistenza primaria, sia in possesso di laurea triennale, sia specializzati con formazione post-base in Infermieristica di Famiglia e di Comunità, sostenerli nell'attività di ricerca per l'evoluzione dell'assistenza sanitaria di base per l'individuo, la famiglia, la Comunità.

Il percorso di collaborazione iniziato dall'Aifec con le società scientifiche dei Medici di Medicina Generale, i collegi professionali e i sindacati di categoria per presentare il ruolo senza generare paure e barriere, fa sperare che un vento di rinnovamento possa aprire nuovi sipari, consoni alla realtà attuale e allo sviluppo di un modello di cure

primarie centrato sul benessere dei cittadini che riconosca il contributo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità.

## CONCLUSIONI

L'impatto delle malattie cardiovascolari sul SSN può essere ridotto attraverso la diagnosi precoce, la gestione corretta della malattia, la riabilitazione e la prevenzione basata anche sulla sollecitazione organizzata e strutturata a enfatizzare l'utilità di uno stile di vita sano nei singoli soggetti.

È necessario stimolare i singoli individui a trovare le motivazioni utili per modificare il proprio stile di vita scegliendo un'alimentazione sana, smettendo di fumare, abituandosi a praticare un'attività fisica quotidiana regolare. Si è dimostrato come operatori della salute competenti, opportunamente riconosciuti ed inseriti nel tessuto del SSN, siano in grado di sollecitare azioni di sensibilizzazione e realizzare campagne mirate a identificare precocemente le persone a rischio più elevato.

L'infermiere di famiglia e di comunità sta muovendo già da alcuni anni i passi necessari per il riconoscimento del suo ruolo nel tessuto sociale e sanitario. Anche se la situazione italiana è ancora differenziata da regione a regione, molto si sta facendo. Parallelamente, anche su stimolo dell'OMS, l'Europa sta compiendo passi celeri verso un'implementazione di questa figura con audit periodici di valutazione e l'omogeneizzazione del percorso formativo.

Le associazioni infermieristiche oggi riunite dovrebbero far proprio lo stimolo dell'Oms a promuovere nella politica l'urgenza del riconoscimento legale e formale di questa figura nel tessuto sanitario di questo nostro paese. I temi ricorrenti che richiedono una soluzione tempestiva sono la gestione della cronicità, la continuità delle cure e dell'assistenza, l'oculatezza e la razionalizzazione dei costi della sanità. Temi ai quali questa nuova figura di infermiere è pronto a rispondere.

## BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. European health report. Health and health systems. Geneva: WHO, 2009.

2. World Health Organization. European Health for All database (HFA-DB). Geneva: WHO, 2011.

3. European Heart Network. European cardiovascular disease statistics 2008. Brussels: European Heart Network, 2010.

4. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2007;14(Suppl 2):E1-40.

5. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001; 285: 2486-97.

6. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, et al, on behalf of the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Third Joint Task Force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2003; 10: S1-S10.

7. Carta Europea Salute Cuore.www.heartcharter.org/download/Italian.pdf

8. Perk J et al: European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): the fifth joint task force of the European society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Atherosclerosis 2012; May 14.

9. Ministero della Salute: Quaderni del Ministero della Salute. n. 1, gennaio-febbraio 2010

10. Palmieri L, Donfrancesco C, Lo Noce C, Dima F, Vannucchi S, Vanuzzo D, Ferrario MM, Cesana G, Panico S, Iacovello L, De Santis Caiola P, Meduri FR e Giampaoli S. Il progetto CUORE: 15 anni di attività per la prevenzione e la riduzione del rischio cardiovascolare. Not Ist Super Sanità 2013;26(2):3-8.

11. La salute cardiovascolare degli italiani Terzo Atlante Italiano delle Malattie cardiovascolari. L'Atlante descrive i dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey (OEC/HES) raccolti nel 2008-2012 ed il confronto con i dati dell'OEC 1998-2002, un focus particolare è stato realizzato sulle donne in menopausa e, per il 2008-2012, sugli anziani e sui migranti. G Ital Cardiol 2014;15(4 Suppl 1):7S-31S.

12. Hahn RA, Heath GW, Chang Man-Huei. Cardiovascular Disease Risk Factors and Preventive Practices Among Adults -- United States, 1994 A Behavioral Risk Factor Atlas. MMWR - Surveillance Summaries. December 11, 1998 / 47(SS-5);35-69 (http://www.cdc.gov/...)

13. Whelton PK; He J, Appel LJ, et al. Primary Prevention of Hypertension: Clinical and Public Health Advisory From the National High Blood Pressure Education Program. JAMA. 2002;288(15):1882-1888 (doi:10.1001/jama.288.15.1882)

14. US Department of Health and Human Services. A Public Health Action Plan to Prevent Heart Disease and Stroke. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2003.

15. Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press, 1992

16. Ebrahim S, Taylor F, Ward K, et al. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev 2011; (1):CD001561.

17. Glass TA and McAtee MJ. Behavioral science at the crossroads in public health: extending horizons, envisioning the future. Soc Sci Med 2006;62:1650-71.

18. Greater than the sum: systems thinking in tobacco control. Rockville, Maryland: National Cancer Institute, US Department of Health and Human Services. National Institutes of Health, 2007.

19. Atella V, Brady A, Catapano AL, et al. Bridging science and health policy in cardiovascular disease: focus on lipid management: a report from a session held during the 7th International Symposium on Multiple Risk Factors in Cardiovascular Diseases: Prevention and Intervention -Health Policy, in Venice, Italy, 25 October, 2008. Atheroscler Suppl 2009;10:3-21.

20. Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, et al. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic impact goal through 2020 and beyond. Circulation 2010; 121: 586-613.

21. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al; INTERHEART Study Investigators. Effects of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004; 364: 937-52.

22. Goldman L. The decline in coronary artery disease: determining the paternity of success. Am J Med 2004; 117: 274-6.

23. Christakis NA, Fowler JH. The collective dynamics of smoking in a large social network. N Engl J Med 2008; 358: 2249-58.

24. Schroeder S. Stranded in the periphery - the increasing marginalization of smokers. N Engl J Med 2008; 358: 2284-6.

25. Barnoya J, Glantz SA. Cardiovascular effects of secondhand smoke: nearly as large as smoking. Circulation 2005; 111: 2684-98.

26. Lightwood JM, Glantz SA. Declines in acute myocardial infarction after smoke-free laws and individual risk attributable to secondhand smoke. Circulation 2009; 120: 1373-9.

27. Meyers DG, Neuberger JS, He J. Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and metaanalysis. J Am Coll Cardiol 2009; 54: 1249-55.

28. Heidemann C, Schulze MB, Franco OH, van Dam RM, Mantzoros CS, Hu FB. Dietary patterns and risk of mortality from cardiovascular disease, cancer, and all causes in a prospective cohort of women. Circulation 2008; 118: 230-7.

29. Mente A, de Koning l, Shannon HS, Anand SS. A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease. Arch Intern Med 2009;169:659-69.

30. Maruthur NM, Wang NY, Appel LJ. Lifestyle interventions reduce coronary heart disease risk: results from the PREMIER trial. Circulation 2009; 119: 2026-31.

31. Shai I, Spence JD, Schwarzfuchs D, et al; DIRECT Group. Dietary intervention to reverse carotid atherosclerosis. Circulation 2010; 121: 1200-8.

32. Sasso L., Gamberoni L., Ferraresi A.M., Tibaldi L., L'infermiere di famiglia, scenari assistenziali ed orientamenti futuri. Ed. McGraw Hill, Milano 2005.

33. Sasso L. et all., Infermieristica generale e clinica per problemi prioritari di salute. Ed. Mac Graw Hill, Milano 2003.

34. World Health Organization Regional Office for Europe. HEALTH21: An Introduction to the Health for All Policy Framework for the World Health organization 2000.

35. Dichiarazione di Vienna sulla professione infermieristica a sostegno degli obiettivi europei per la salute per tutti, Vienna 1988

36. The family health nurse context, conceptual framework and curriculum World Health Organization – 2000

37. Tappenden P, Campbell F, Rawdin A et al. The clinical effectiveness and cost effectiveness of home-based, nurse- led health promotion for older people: a systematic review Health Technology Assessment 2012; Vol. 16: No. 20 ISSN 1366-5278

38. Lluch M, Incentives for telehealthcare deployment that support integrated care: a comparative analysis across eight European Countries International Journal of Integrated Care 2013; Oct–Dec; URN:NBN:NL:UI:10-1-114750 Volume 13, 4 November 2013 http://www.ijic.org

39. McClure RJ et al. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1

40. Il Sun Ko,TaeHwa Lee,Gwang Suk Kim, SeWon Kang, and Mi Ja Kim. Effects of Visiting Nurses' Individually Tailored Education for Low-Income Adult Diabetic Patients in Korea, 2011, Public Health Nursing Vol. 28 No. 5, pp. 429–437

41. Joo JY, Huber DL. An integrative review of nurse-led community-based case management effectiveness. Inter- national Nursing Review, 2014 Mar; 61 (1): 14-24

42. Jonker AAGC, Comijs HC, Knipscheer KCPM, Deeg DJH. Promotion of self-management in vulnerable older people: a narrative literature review of outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP). Eur J Ageing (2009) 6:303–314

43. L'Infermiere di Famiglia e di Comunità: una proposta per lo sviluppo delle cure primarie di P. Obbia, G. Menarello e C. Maddalena, Tempo di Nursing 66/2014 Collegio IP.AS.VI. di Brescia16

44. Rapporto OMS sulla valutazione dello studio multinazionale sulla figura dell'infermiere di famiglia in Europa (D. Hennessy e L. Gladin, tradotto dal Centro per lo studio delle Professioni infermieristiche di Torino, 2009).

45. " Descrizione e analisi di comparazione degli assetti assistenziali presenti all'interno della Medicina Territoriale, con particolare riferimento alle costituite / costituende Case della Salute". Documento a cura dei Direttori della DIT dell'Azienda Usl della Romagna Roberta Mazzoni Antonietta Santullo Mauro Taglioni Coordinatore: Silvia Mambelli - Forlì

46. L'Infermiere di Famiglia e di Comunità: una proposta per lo sviluppo delle cure primarie di P. Obbia, G. Menarello e C. Maddalena, Tempo di Nursing 66/2014 Collegio IP.AS.VI. di Brescia16

**SITOGRAFIA**

http://data.euro.who.int/hfadb/

www.ehnheart.org/cvd-statistics.html

http://www.epicentro.iss.it/focus/cardiovascolare/aggiornamenti.asp

https://ec.europa.eu/jrc/sites/default/files/lbna26666enn.pdf

http://www.cuore.iss.it/

http://www.cuore.iss.it/altro/cuore.asp

http://www.iss.it/site/mortalita/Scripts/Uscita.asp

http://www.quadernidellasalute.it/1-gennaio-febbraio-2010-quaderno.pdf.

**TABELLE E FIGURE**

**Tab. 1** - Registro degli eventi coronarici (trend 1998-2003). Stima dei tassi di attacco e della letalità; dati standardizzati per età (popolazione standard europea); età 35-74 anni. Criteri diagnostici progetto MONICA

Tabella 1 - Registro degli eventi coronarici (trend 1998-2003). Stima dei tassi di attacco e della letalità; dati standardizzati per età (popolazione standard europea); età 35-74 anni. Criteri diagnostici progetto MONICA

| | Uomini (n. 2.428.541) | | | Donne (n. 2.572.889) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Tassi di attacco (x 10.000) | | IC 95% | | | IC 95% | |
| 1998-99 | 30,4 | 29,8 | 31,1 | 7,7 | 7,4 | 8,0 |
| 2003 | 29,4 | 28,6 | 30,1 | 7,4 | 7,1 | 7,8 |
| Letalità (%) | | IC 95% | | | IC 95% | |
| 1998-99 | 26,0 | 25,1 | 27,0 | 34,6 | 32,6 | 36,6 |
| 2003 | 23,4 | 22,3 | 24,5 | 23,4 | 21,2 | 25,5 |

**Tab. 2** - Registro degli accidenti cerebrovascolari (trend 1998-2003). Stima dei tassi di attacco e della letalità; dati standardizzati per età (popolazione standard europea); età 35-74 anni. Criteri diagnostici progetto MONICA

Tabella 2 - Registro degli accidenti cerebrovascolari (trend 1998-2003). Stima dei tassi di attacco e della letalità; dati standardizzati per età (popolazione standard europea); età 35-74 anni. Criteri diagnostici progetto MONICA

| | Uomini (n. 2.428.541) | | | Donne (n. 2.572.889) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Tassi di attacco (x 10.000) | | IC 95% | | | IC 95% | |
| 1998-99 | 21,9 | 21,4 | 22,4 | 12,5 | 12,1 | 12,8 |
| 2003 | 20,7 | 20,0 | 21,3 | 11,3 | 10,8 | 11,7 |
| Letalità (%) | | IC 95% | | | IC 95% | |
| 1998-99 | 14,5 | 13,7 | 15,3 | 17,1 | 16,1 | 18,2 |
| 2003 | 15,3 | 14,1 | 16,4 | 18,9 | 17,3 | 20,5 |

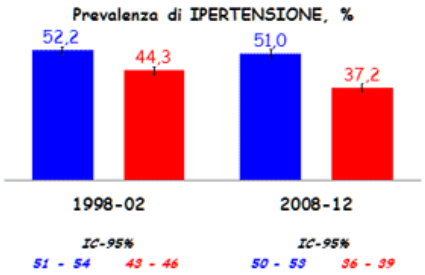
**Tab. 3** - Popolazione generale: pressione arteriosa

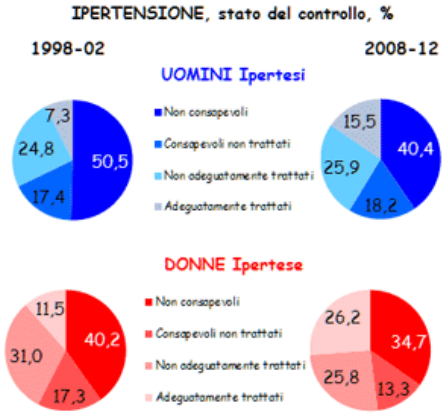
**PRESSIONE ARTERIOSA, ITALIA: Confronto tra 1998-02 e 2008-12. Età 35-74 anni**

| | SISTOLICA, mmHg | | | | DIASTOLICA, mmHg | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1998-02 | | 2008-12 | | 1998-02 | | 2008-12 | |
| | media | IC-95% | media | IC-95% | media | IC-95% | media | IC-95% |
| UOMINI | 135 | 135 136 | 132 | 132 133 | 86 | 85 86 | 84 | 84 85 |
| DONNE | 132 | 132 133 | 127 | 126 127 | 82 | 82 82 | 79 | 78 80 |

FREQUENZA CARDIACA, battiti/min

| | 1998-02 | | 2008-12 | |
|---|---|---|---|---|
| | media | IC-95% | media | IC-95% |
| UOMINI | 66 | 66 66 | 68 | 68 68 |
| DONNE | 70 | 70 70 | 70 | 70 71 |

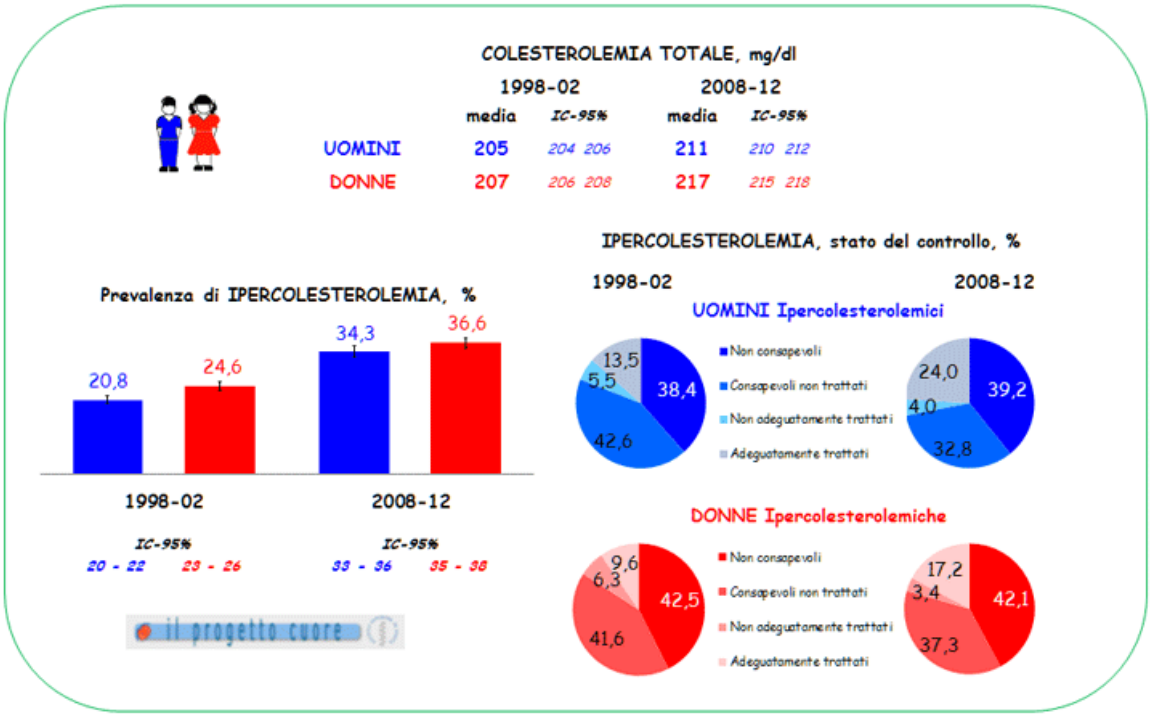



L'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare / Health Examination Survey (OEC/HES) è stato realizzato nell'ambito dell'accordo di collaboarzione tra l'Istituto Superiore di Sanità, l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) e la Fondazione "per il Tuo cuore" (HCF ONLUS)

**Tab. 4** - Popolazione generale: colesterolemia totale

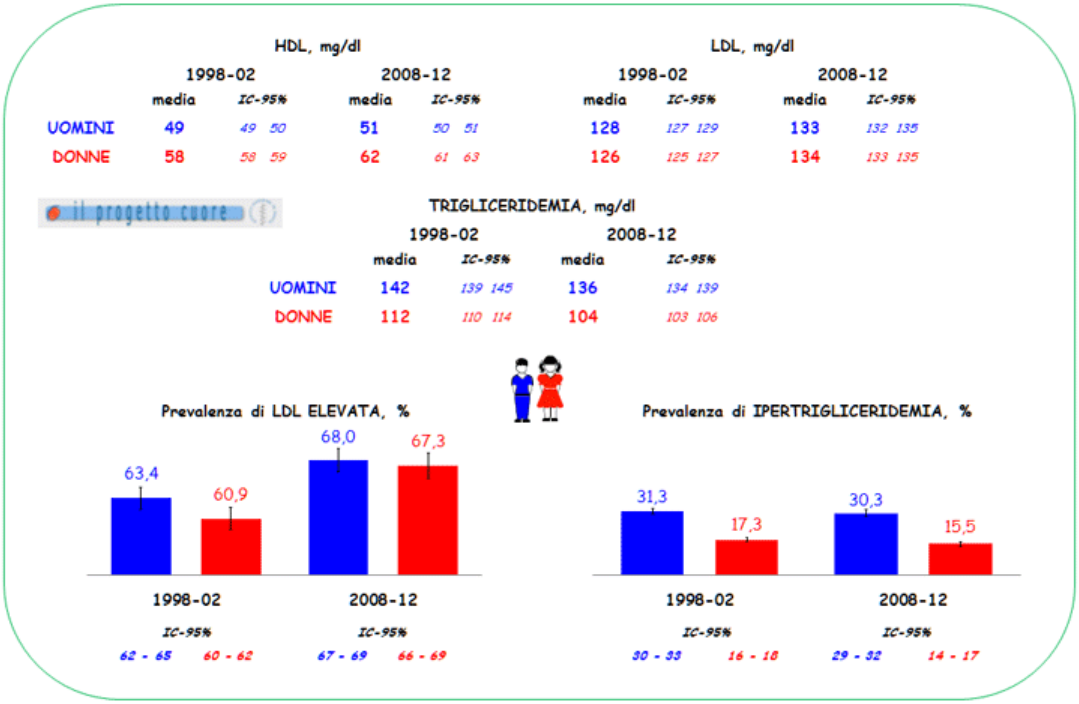
**COLESTEROLEMIA TOTALE, ITALIA: Confronto tra 1998-02 e 2008-12. Età 35-74 anni**




L'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare / Health Examination Survey (OEC/HES) è stato realizzato nell'ambito dell'accordo di collaboarzione tra l'Istituto Superiore di Sanità, l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) e la Fondazione "per il Tuo cuore" (HCF ONLUS)

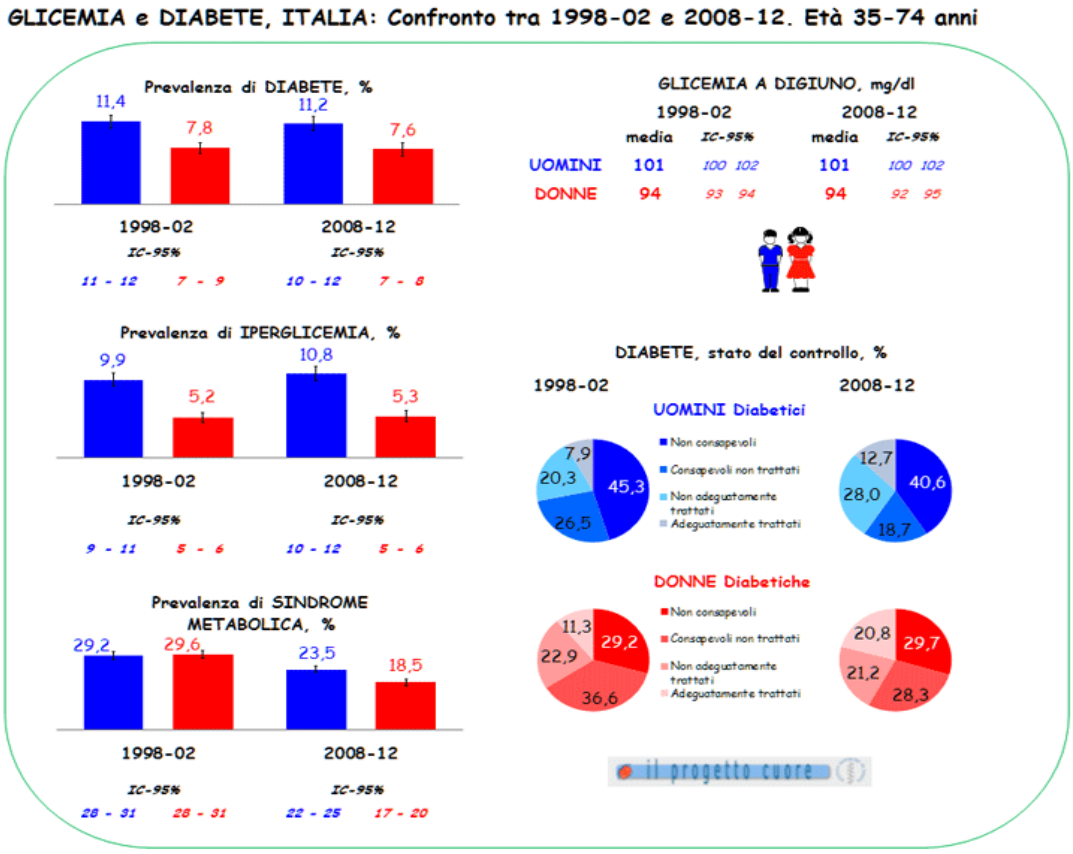
**Tab. 5** - Popolazione generale: assetto lipidico

**ASSETTO LIPIDICO, ITALIA: Confronto tra 1998-02 e 2008-12. Età 35-74 anni**



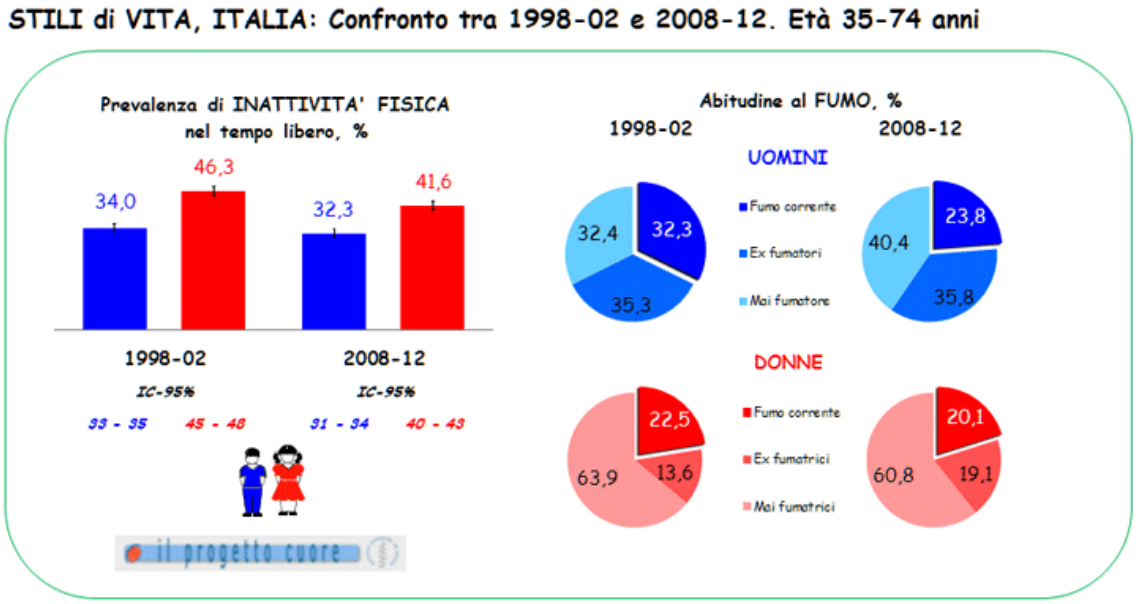

L'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare / Health Examination Survey (OEC/HES) è stato realizzato nell'ambito dell'accordo di collaboarzione tra l'Istituto Superiore di Sanità, l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) e la Fondazione "per il Tuo cuore" (HCF ONLUS)

**Tab. 6** - Popolazione generale: glicemia e diabete



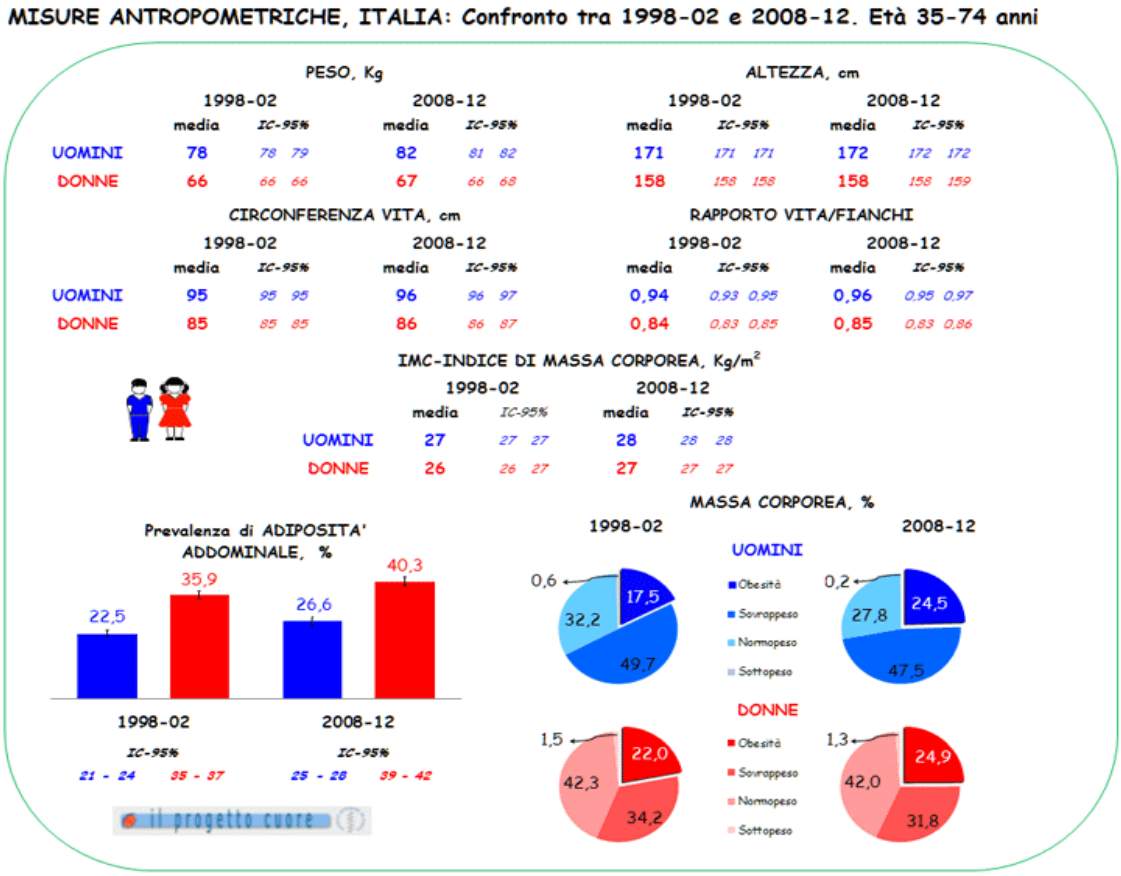

L'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare / Health Examination Survey (OEC/HES) è stato realizzato nell'ambito dell'accordo di collaboarzione tra l'Istituto Superiore di Sanità, l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) e la Fondazione "per il Tuo cuore" (HCF ONLUS)

**Tab. 7** - Popolazione generale: stili di vita



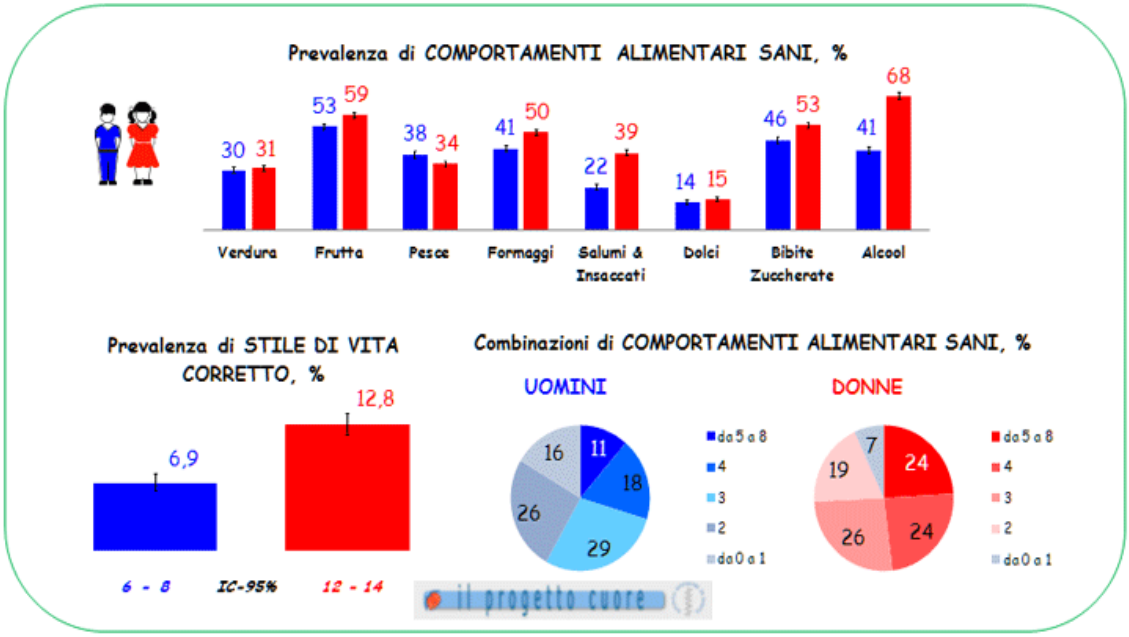

L'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare / Health Examination Survey (OEC/HES) è stato realizzato nell'ambito dell'accordo di collaboarzione tra l'Istituto Superiore di Sanità, l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) e la Fondazione "per il Tuo cuore" (HCF ONLUS)

**Tab. 8** - Popolazione generale: misure antropometriche




**Tab. 9** - Popolazione generale: alimentazione

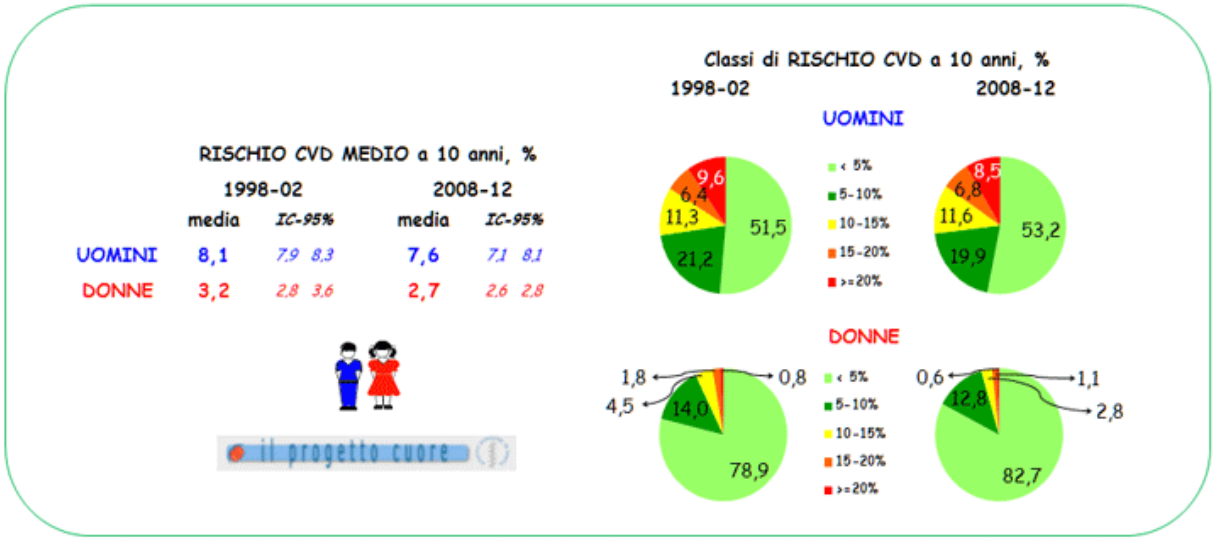
ALIMENTAZIONE & STILI DI VITA SANI, ITALIA 2008-12. Età 35-74 anni




L'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare / Health Examination Survey (OEC/HES) è stato realizzato nell'ambito dell'accordo di collaboarzione tra l'Istituto Superiore di Sanità, l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) e la Fondazione "per il Tuo cuore" (HCF ONLUS)

**Tab. 10** - Popolazione generale: rischio cardiovascolare

RISCHIO CARDIOVASCOLARE, ITALIA: Confronto tra 1998-02 e 2008-12. Età 35-69 anni




L'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare / Health Examination Survey (OEC/HES) è stato realizzato nell'ambito dell'accordo di collaboarzione tra l'Istituto Superiore di Sanità, l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) e la Fondazione "per il Tuo cuore" (HCF ONLUS)

**Fig. 1 -** Valutazione del rischio cardiovascolare da Terzo Atlante italiano delle MCV

**Fig. 2 -** Rischio cardiovascolare, incidenza in uomini e donne 35-69 anni da Terzo Atlante italiano delle MCV

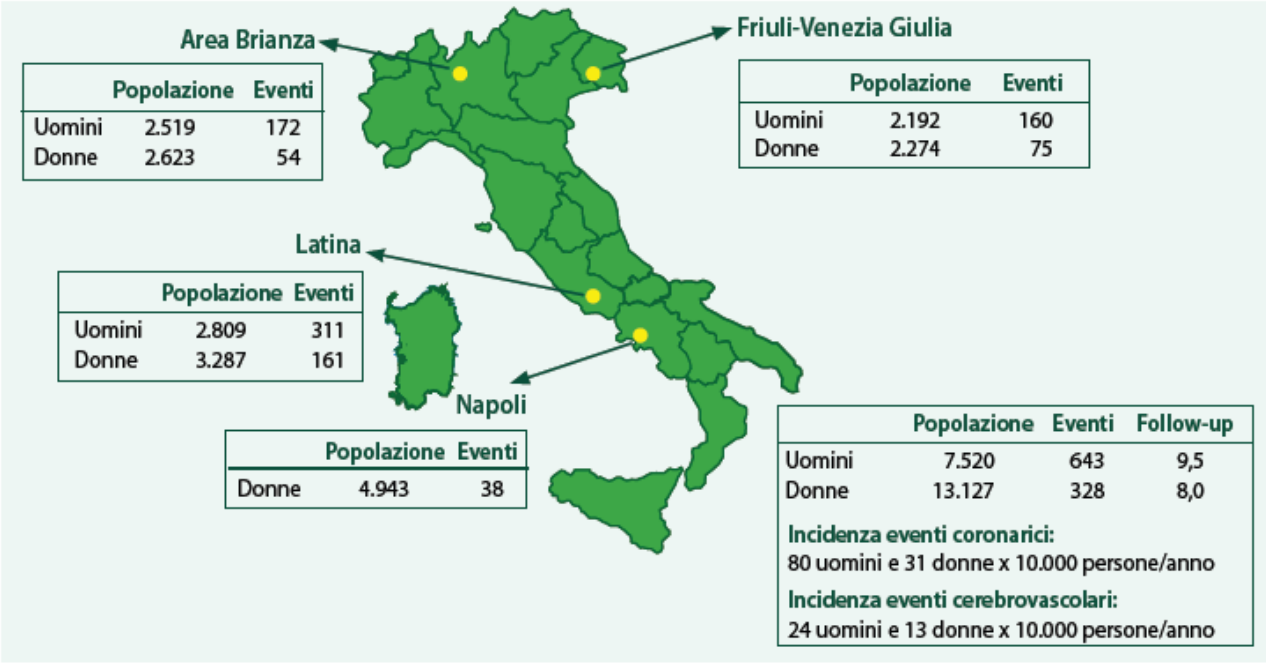


**Fig. 3 -** Spiegazione della riduzione della mortalità coronarica in Italia dal 1980 al 2000 da Terzo Atlante italiano delle MCV

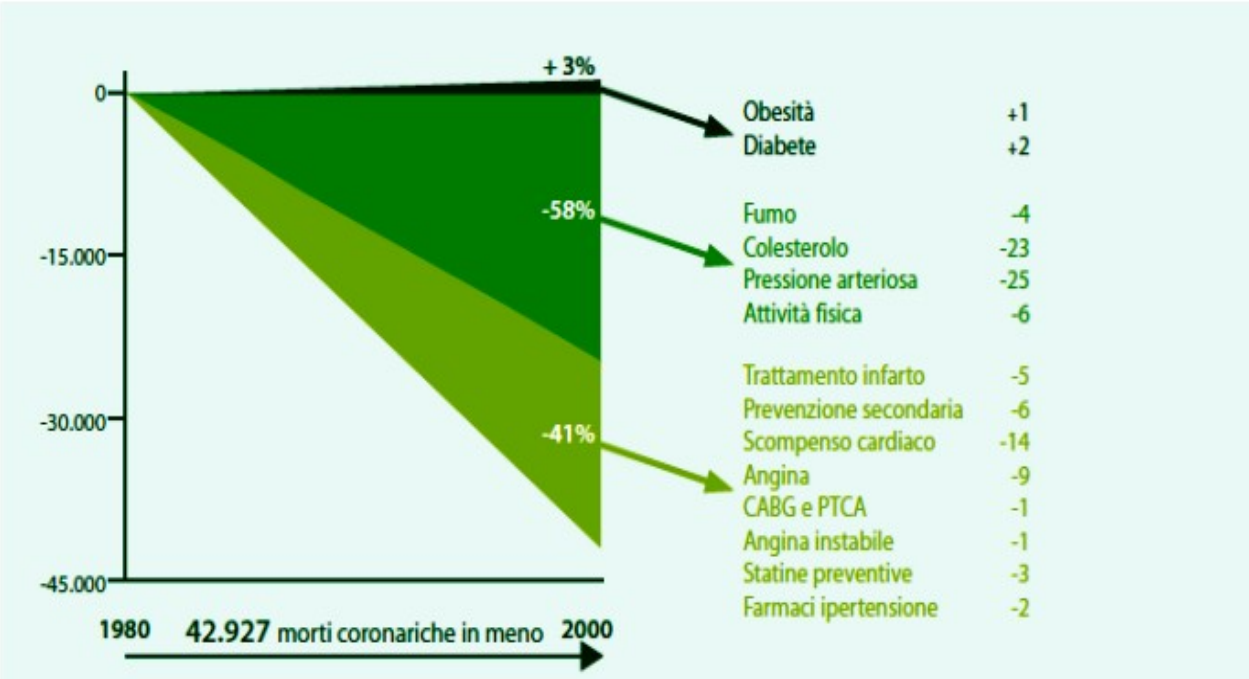



**Fig. 4** - Fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione 18-69 anni - Pool di Asl 2008-2011

| | % |
|---|---|
| Ipertensione arteriosa | 21% |
| Ipercolesterolemia | 24% |
| Sedentarietà | 30% |
| Fumo | 29% |
| Eccesso ponderale (IMC>25) | 42% |
| Meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno | 90% |
| Diabete | 5% |

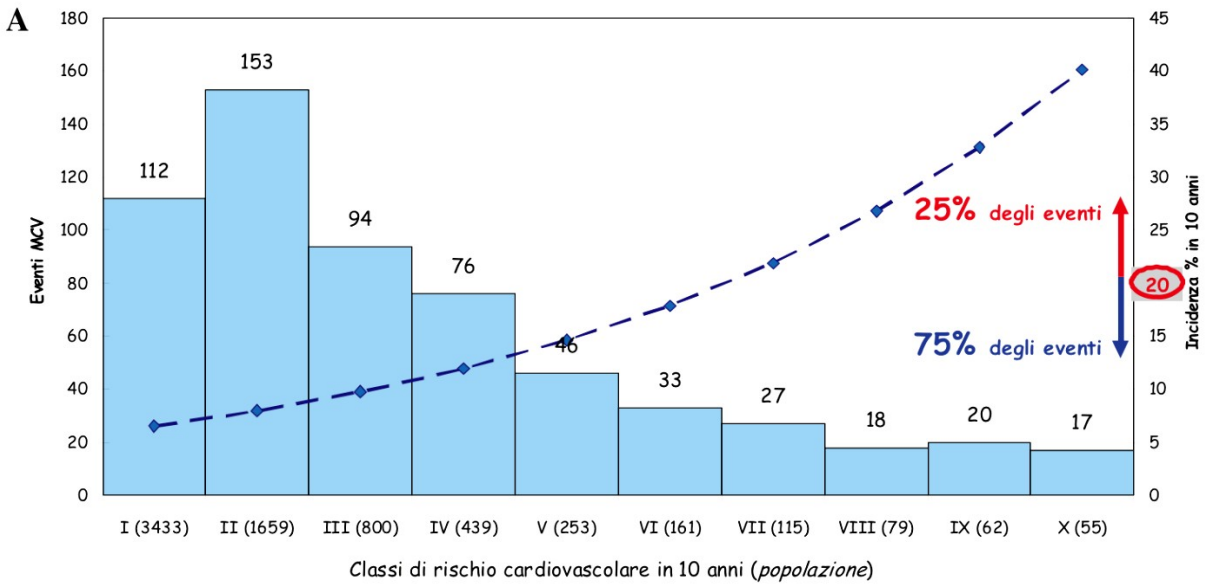
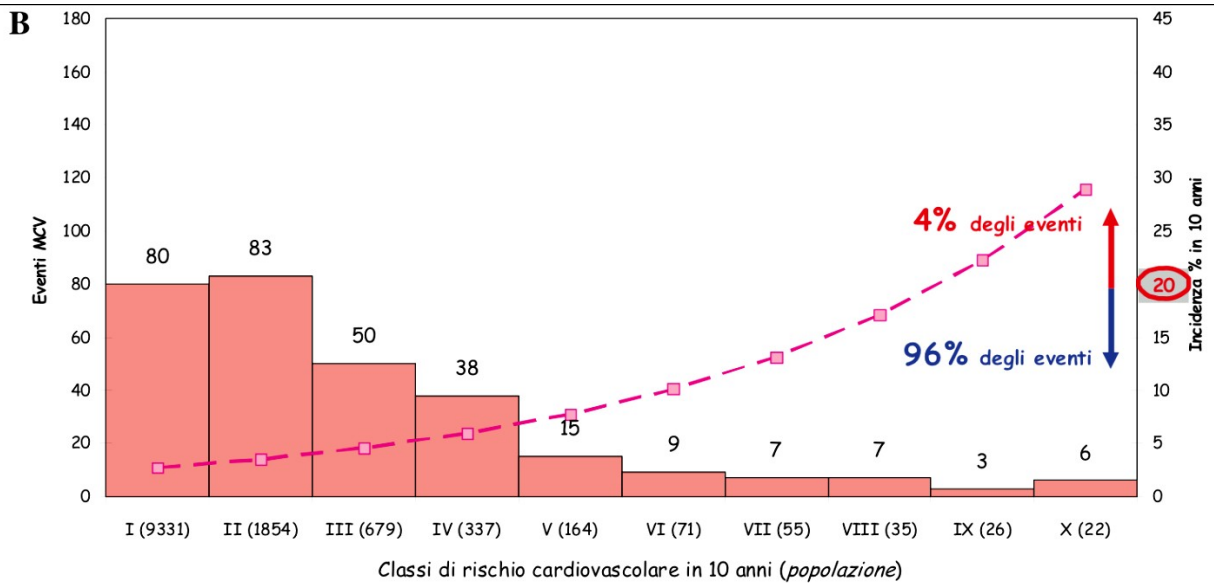



**Fig. 5** - Numero assoluto di eventi cardiovascolari (MCV) (barre) e tasso percentuale di eventi in relazione ai decili di rischio (linea tratteggiata), uomini (A) e donne (B): dati dal Progetto CUORE.