

RACCOMANDAZIONI

Raccomandazioni operative della IV Conferenza Nazionale sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari

a cura di:

Stefano Urbinati¹, Diego Vanuzzo¹, Simona Giampaoli²

¹Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) e Fondazione "per il Tuo cuore" - HCF, Firenze,

²Istituto Superiore di Sanità, Roma

(G Ital Cardiol 2010; 11 (5 Suppl 3): 1335-1345)

La IV Conferenza Nazionale sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari, svoltasi a Roma all'Istituto Superiore di Sanità, nei giorni 14 e 15 aprile 2010, si proponeva tre obiettivi principali: fare il punto sulla collaborazione ANMCO-Fondazione "per il Tuo cuore"-HCF-Istituto Superiore di Sanità attraverso la presentazione dei dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare e l'aggiornamento della carta del rischio cardiovascolare, riflettere sul ruolo della Cardiologia ospedaliera nei programmi di prevenzione cardiovascolare e sul suo rapporto con istituzioni, cardiologi universitari e territoriali, medici di medicina generale, gli altri professionisti coinvolti nella prevenzione cardiovascolare, ma anche con il mondo della comunicazione e della scuola, infine avviare una nuova fase della Cardiologia italiana che, dopo aver ottenuto risultati straordinari nella fase acuta, con significative ricadute sulla prognosi, è chiamata ad estendere la rete alla gestione della fase post-acuta e cronica ed a valorizzare in chiave preventiva i percorsi assistenziali.

Al suo termine emergono le seguenti conclusioni operative, che sono proposte all'attenzione di tutta la comunità cardiologica e medica ed ai responsabili della salute a livello nazionale e regionale.

1. I dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare 2008-2011 dimostrano che in Italia è necessario un sistema stabile di sorveglianza cardiovascolare, adeguatamente finanziato a livello centrale e regionale, con il coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità. Infatti sia gli indicatori di patologia che dei fattori di rischio variano nel tempo e ciò si riflette sulle modalità assistenziali e preventive.
2. L'aggiornamento della carta del rischio cardiovascolare rilancia la necessità di ave-

re strumenti nazionali adeguati per una stima del rischio cardiovascolare la più vicina possibile a quella della popolazione attuale: stimare il rischio è infatti il primo passo nella valutazione individuale in prevenzione primaria cardiovascolare.

3. La promozione degli stili di vita salutari coinvolge le società scientifiche, le istituzioni, il mondo della comunicazione, la scuola, la società civile. Ci sono due aspetti capitali e complementari: da una parte i medici, ed i cardiologi *in primis*, sono chiamati a farsi carico personalmente di un intervento breve che indirizzi i loro utenti ad adottare comportamenti salutari, dall'altra parte un concetto chiave è quello che è molto difficile contrastare uno stile di vita scorretto ma socialmente accettato, come ad esempio quello alimentare, agendo esclusivamente sul singolo, mentre è più efficace agire sull'intero contesto sociale, promuovendo una cultura dell'alimentazione sana e ciò vale per l'attività fisica e l'astensione dal fumo. Ci sono esperienze, ancora iniziali, che dimostrano come la ricerca gastronomica e l'educazione al gusto possano rendere più attraenti scelte alimentari sane.
4. Particolarmente rilevante appare la promozione dell'esercizio fisico, considerati i benefici sull'apparato cardiovascolare e sui fattori di rischio: il decisore pubblico dovrebbe favorire le opportunità e le occasioni per i cittadini di svolgere attività fisica attraverso l'implementazione delle tre P – parchi, piscine, palestre. Particolarmente rilevante la promozione dell'attività fisica nei bambini e nei ragazzi, che va implementata, considerati i dati del CONI sulla riduzione dei giovani che fanno sport e che afferiscono ai vivai delle società sportive.

5. La promozione di uno stile di vita sano deve essere veicolata da una comunicazione efficace nonostante sia difficile, anche nell'ambito dei media che svolgono un servizio pubblico, far passare il concetto di promozione della salute a scapito dell'audience.
6. La prevenzione cardiovascolare non può utilizzare gli stessi strumenti e le stesse modalità nelle diverse fasce di età e nei diversi gruppi sociali. Il problema si pone diversamente nelle campagne destinate ai bambini ed agli adolescenti, nelle azioni per il genere femminile, per gli anziani, per i migranti. L'organizzazione sanitaria e le campagne di comunicazione ne devono tener conto.
7. La ricerca in prevenzione cardiovascolare è fondamentale anche per le associazioni cardiologiche e l'esperienza dell'ANMCO è importante sia per quanto riguarda la ricerca tradizionale, sia per quanto riguarda quella "innovativa" esplorata nel progetto finalizzato ad identificare e studiare i soggetti che hanno una coronaropatia severa malgrado non abbiano fattori di rischio oppure abbiano un alto rischio e coronarie indenni.
8. La prevenzione secondaria e la gestione della fase post-acuta dopo un evento cardiovascolare devono avere lo stesso sviluppo di quello ottenuto nell'assistenza acuta. In questo ambito va applicato il modello culturale dell'organizzazione e della strutturazione dell'intervento preventivo, proposto dall'Area Prevenzione dell'ANMCO e dal GICR/IACPR, recepito anche nel documento "Struttura ed organizzazione funzionale della Cardiologia" realizzato nel 2009 sotto l'egida della Federazione Italiana di Cardiologia, che esporta il modello e l'esperienza delle Cardiologie Riabilitative all'interno della rete cardiologica ospedaliera e territoriale.
9. La prevenzione cardiovascolare rende necessaria l'integrazione e il coinvolgimento delle diverse competenze e delle discipline specialistiche, inoltre va superato il gap esistente tra medicina specialistica e medicina delle cure primarie.
10. Sono necessarie aggregazioni tra le società scientifiche per arrivare a proposte comuni in tema di prevenzione, raccogliendo l'invito della Società Europea di Cardiologia a realizzare "un'alleanza per la prevenzione cardiovascolare" che potrebbe essere coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità. In questo contesto va trovata la maniera di condividere i dati attraverso sistemi informatici che coinvolgano cardiologi, medicina generale e medicina specialistica. Il programma *cuore.exe* dell'Istituto Superiore di Sanità, già disponibile, potrebbe essere una utile piattaforma comune.