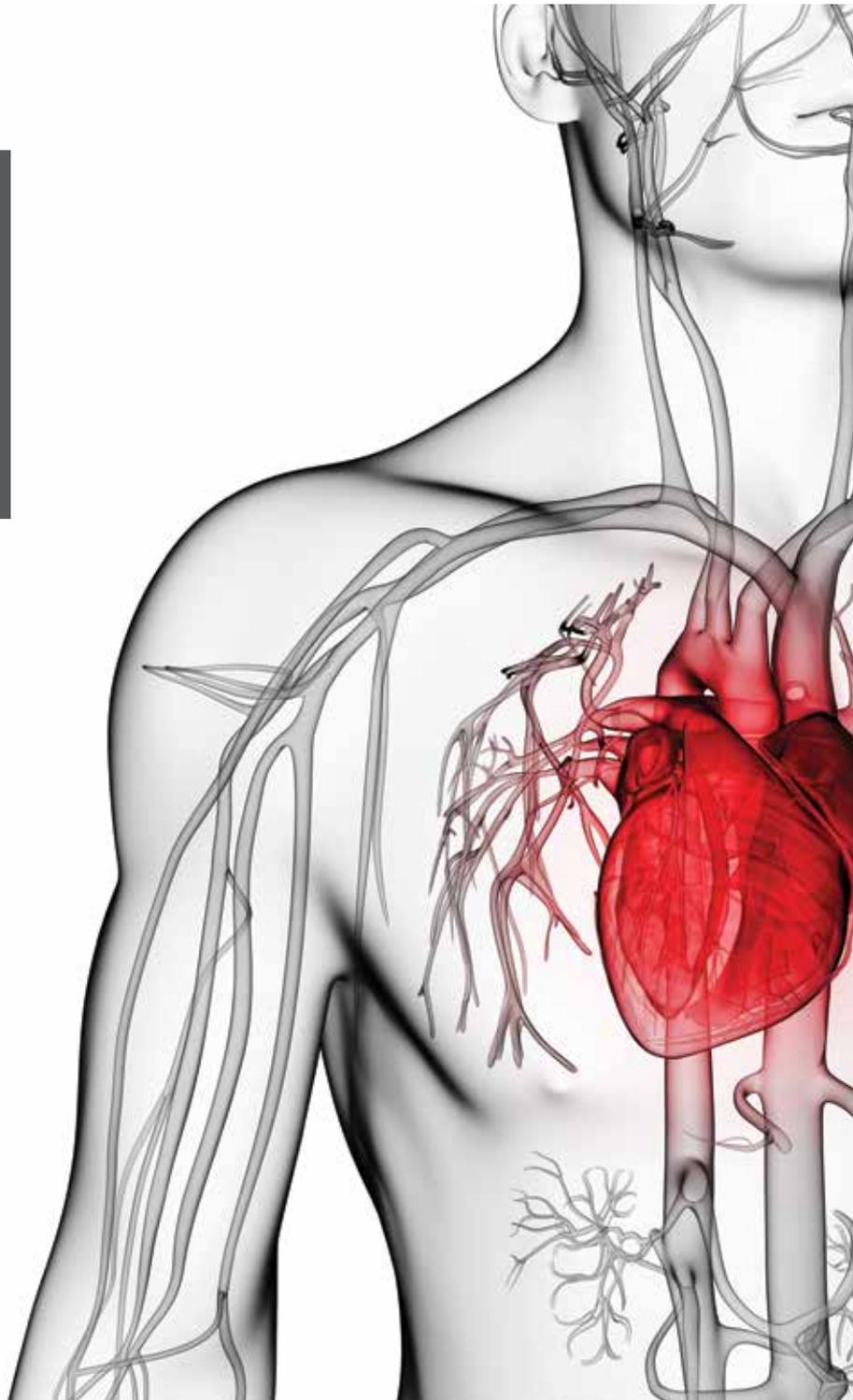


AL CUORE DEL PROBLEMA

RICONSIDERARE LA PREVENZIONE
DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Un rapporto a cura di The Economist Intelligence Unit



Sponsorizzato da:

AstraZeneca 

Indice

Informazioni sul rapporto	2
Sommario esecutivo	3
Introduzione: Una malattia per tutte le età	5
Capitolo 1: Rischi nei Paesi sviluppati e in quelli in via di sviluppo	8
Capitolo 2: Un nuovo punto di vista sulla prevenzione	11
Capitolo 3: Combattere la malattia su ogni fronte	15
Capitolo 4: Fattori chiave per la collaborazione	20
Conclusione	23

Informazioni sul rapporto

Al cuore del problema: riconsiderare la prevenzione delle malattie cardiovascolari è un rapporto della Economist Intelligence Unit, sponsorizzato da AstraZeneca. Il suo scopo è quello di studiare i problemi di salute presentati dalle malattie cardiovascolari (MCV) nei Paesi sviluppati e in quelli in via di sviluppo, e di esaminare la necessità di un nuovo punto di vista sulla prevenzione. Il rapporto si concentra su vari punti di discussione cruciali, con un ampio sguardo a questioni di applicazione generale. Vista la portata di questo tipo di malattie, oltre al gran numero di problemi che riguardano una serie di regioni e Paesi a livello locale, il presente studio non intende essere definitivo o comprendere l'intero panorama della prevenzione.

I risultati di questo documento si basano su ricerche a tavolino e interviste con una serie di esperti sanitari. Bazian, una società di Economist Intelligence Unit specializzata in assistenza sanitaria basata sulle evidenze, ha contribuito a tale lavoro con una serie di ricerche specifiche e metodiche di database medici, compresi Medline, Embase e DARE, e con la compilazione di una mappa delle citazioni effettuata con Google Scholar.

I nostri ringraziamenti vanno alle seguenti persone (elencate in ordine alfabetico), per il tempo e le conoscenze dedicateci:

- Dott. Kingsley Akinroye, ex presidente di African Heart Network; futuro vice-presidente della Federazione mondiale di Cardiologia
- Sig.ra Beatriz Champagne, direttrice esecutiva della InterAmerican Heart Foundation
- Dott. Douglas B. Clement, presidente della Heart and Stroke Foundation of Canada
- Dott. Valentin Fuster, direttore del Mount Sinai Heart e medico capo al Mount Sinai Medical Center, New York

- Dott. Stephan Gielen, presidente dell'Associazione europea per la prevenzione e la riabilitazione cardiovascolare (European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation - ESCARDIO)
- Dott. Lutz Herbarth, responsabile della gestione della salute personale di KKH Allianz Insurance
- Dott. Lixin Jiang, Centro nazionale per le malattie cardiovascolari, Pechino
- Sig.ra Susanne Løgstrop, direttrice dello European Heart Network
- Dott. Shanthi Mendis, direttore ad interim, dipartimento per le malattie non comunicabili, Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)
- Dott. James Morrow, medico di base, Regno Unito
- Professor Joep Perk, presidente del comitato di implementazione della prevenzione cardiovascolare, ESCARDIO
- Dott. Pekka Puska, direttore generale dell'Istituto nazionale finlandese per la salute e il benessere
- Dott. Mike Rayner, direttore del Gruppo di ricerca per la promozione della salute della British Heart Foundation
- Dott. Srinath Reddy, presidente della World Heart Federation
- Professor Walter Ricciardi, presidente della European Public Health Association (EUPHA)
- Dott.ssa Catherine Sykes, ricercatrice di psicologia della salute alla City University, Londra
- Dott.ssa Janet Wright, direttrice generale di Million Hearts
- Professor Salim Yusuf, direttore del Population Health Research Institute, McMaster University, Hamilton, Canada

Il presente rapporto è stato scritto da Paul Kielstra e redatto da James Chambers.

Sommario esecutivo

Le malattie cardiovascolari (MCV) sono la principale causa di morte a livello mondiale. Sono responsabili del 30% dei decessi avvenuti in tutto il mondo nel 2010, per un costo economico totale stimato superiore a 850 miliardi di dollari. L'attenzione nei confronti delle MCV, oltre che di altre malattie non comunicabili (non-communicable diseases - NCD), è pertanto in aumento. Nel settembre 2011 si è svolto un summit di alto profilo delle Nazioni Unite su queste patologie, mentre quest'anno l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato un piano d'azione per affrontarle.

Nonostante il problema sia ampiamente riconosciuto, tutto sembra indicare che la situazione andrà peggiorando prima di iniziare a migliorare. Uno o più fattori di rischio causati dallo stile di vita sono attualmente a livello elevato, in ascesa o entrambe le cose in varie parti del mondo. Fra questi fattori rientrano ipertensione, obesità, tabagismo ed eccessiva assunzione di sale. Inoltre, l'invecchiamento della popolazione e i tipici risultati dello sviluppo economico, come l'urbanizzazione, portano rischi aggiuntivi.

Tuttavia, i casi di MCV sono in gran parte prevedibili, il che rende difficile comprendere l'attuale carenza o mancanza di efficacia degli interventi. Lo studio analizza pertanto la portata del problema delle malattie cardiovascolari a livello mondiale e il modo in cui la prevenzione si sta evolvendo per affrontarlo.

Alcuni dei risultati chiave del rapporto:

Le malattie cardiovascolari sono diventate un'epidemia globale, che colpisce sempre più spesso le popolazioni povere.

Le MCV restano la principale causa di morte nei Paesi sviluppati, e sono responsabili del 43% di tutti i decessi avvenuti nel 2010. Si tratta di una diminuzione rispetto al 48% di 20 anni fa, ma l'invecchiamento della popolazione e l'obesità potrebbero ostacolare i miglioramenti futuri. Nel frattempo, nei Paesi in via di sviluppo la tendenza è decisamente quella di un aumento del fenomeno. Il peso totale resta inferiore rispetto ai Paesi sviluppati, poiché riguarda il 25% di tutti i decessi, ma gli indicatori segnalano un ulteriore aumento del peso delle malattie, poiché i tassi di tabagismo restano elevati e vengono sempre più spesso adottate le abitudini alimentari malsane del mondo occidentale. La caratteristica comune di queste malattie in tutto il mondo è rappresentata da un impatto sproporzionato sulle persone appartenenti ai ceti socio-economici più bassi.

La prevenzione potrebbe ridurre notevolmente la diffusione delle MCV, ma è ampiamente sottoutilizzata.

La riduzione dei tassi di tabagismo, il miglioramento dei regimi dietetici e altri interventi di prevenzione sono responsabili di almeno la metà della riduzione delle MCV nei Paesi sviluppati durante gli ultimi decenni. Se a questo si aggiunge l'impatto della prevenzione secondaria, un'ampia maggioranza delle malattie cardiovascolari appare evitabile. Tuttavia, raramente si fa ricorso alla prevenzione. I governi assegnano solo una piccola parte della loro spesa sanitaria alla prevenzione delle malattie di qualsiasi tipo, normalmente il 3% nei Paesi sviluppati. Inoltre le persone adottano stili di vita dalle conseguenze negative per la loro salute, i medici non prescrivono

farmaci per la riduzione del rischio a molti pazienti che ne beneficerebbero, e anche in presenza di questo tipo di prescrizioni, la maggioranza dei pazienti affetti da MCV non le segue.

Le misure che riguardano tutta la popolazione garantiscono risultati significativi, ma necessitano di una certa abilità politica per avere successo. L'utilizzo di consulenze personali per influenzare uno stile di vita più salutare offre una bassa redditività dell'investimento. Al contrario, le azioni per la riduzione delle MCV rivolte a tutta la popolazione, attraverso l'educazione e la regolamentazione di massa, possono avere effetti diffusi e immediati. I divieti di fumo nei luoghi pubblici, ad esempio, portano a una riduzione degli infarti nella popolazione interessata pari al 13% entro un anno. Tuttavia, l'utilizzo del potere istituzionale per mettere in pratica cambiamenti dello stile di vita, per quanto positivi, è un atto altamente politico, che potrebbe dare luogo a forti opposizioni, come quelle che portarono al fallimento della "tassa sul grasso" in Danimarca nel 2011. Queste misure possono risultare efficaci una volta convinta la popolazione, ma non esiste una scorciatoia per il lungo e lento processo di cambiamento del pensiero e delle emozioni delle persone.

Il ruolo degli operatori sanitari e dei cittadini deve cambiare. Le dimensioni dell'epidemia di MCV sono tali che un sistema sanitario che mette i medici al centro non è più in grado di reggerne il peso. Sarà necessario aumentare l'importanza dell'assistenza primaria e delle modalità innovative per la fornitura di servizi di prevenzione da parte di infermieri e personale non medico. Nel frattempo, affidando ai pazienti un ruolo più importante nella propria cura personale, sarà possibile migliorare in alcuni casi il rispetto dei trattamenti e i tassi di cambiamento degli stili di vita. La diffusione dell'elettronica di consumo, che consente alle persone di monitorare la propria pressione sanguigna o anche di eseguire un elettrocardiogramma, offre ai pazienti

la possibilità di assumere un ruolo più importante, ma i medici sono restii a concedere loro troppe libertà.

La crescente comunità degli stakeholder interessati dalle MCV deve cercare un migliore livello di collaborazione. Sono infatti in aumento gli stakeholder coinvolti nella prevenzione delle MCV, che condividono il peso con le istituzioni e contribuiscono a trasformare l'aspetto puramente medico della malattia in un più ampio aspetto sociale. I tentativi di coordinare questi gruppi sono in aumento, a partire dalle organizzazioni non governative (ONG) dedicate alla lotta alle MCV, ai tumori, al diabete e alla tubercolosi, fino a tutti i dipartimenti governativi coinvolti nella salute dei cittadini, non soltanto i ministeri della salute. Questo coordinamento potrà contare sul sostegno del piano d'azione internazionale per le NCD, attuato a livello nazionale dall'OMS. Ora è necessario incoraggiare la collaborazione fra diversi settori e gruppi di interesse, come accaduto per l'iniziativa Million Hearts negli Stati Uniti.

La collaborazione funziona se gli incentivi per gli stakeholder sono allineati. Spesso la prevenzione fallisce quando non è in grado di allinearsi agli interessi esistenti: i politici beneficiano maggiormente dalla visibilità degli investimenti sugli ospedali; i sistemi sanitari premiano i medici per il trattamento delle malattie, non per la loro prevenzione; ONG che combattono malattie simili si trovano a competere per gli stessi finanziamenti. Il famoso progetto North Karelia, sviluppato in Finlandia, suggerisce che un migliore allineamento degli interessi è fondamentale per il successo di un approccio "multi-settoriale". Non bisogna quindi dimenticare l'aspetto commerciale. Trovando un modo sostenibile a livello commerciale per ridurre il sale nei prodotti del settore alimentare, la Finlandia è riuscita a ridurre il livello medio di pressione sanguigna, una scelta fondamentale dato che circa l'80% del sale assunto normalmente da un cittadino europeo deriva dal sodio che si trova nei prodotti del settore alimentare.

Introduzione

Una malattia per tutte le età

"Le malattie cardiovascolari sono la più grande epidemia del XXI secolo."

Dott. Srinath Reddy, presidente della World Heart Federation

Le MCV sono uno dei principali problemi nei Paesi sviluppati fin da metà del XX secolo. Negli ultimi anni queste patologie hanno visto crescere velocemente il proprio impatto nei Paesi sviluppati, tanto da trasformarsi in un problema globale e diventare la principale causa di morte a livello mondiale. Le MCV sono responsabili del 30% di tutti i decessi del 2010, un aumento rispetto al 25% del 1990, secondo lo studio "Global Burden of Disease", pubblicato nei mesi scorsi. I dati relativi alle

condizioni specifiche, invece che alle categorie di malattia, tratteggiano uno scenario simile. Nel 2010, la cardiopatia ischemica e la malattia cerebrovascolare sono risultate le principali cause di morte, così come lo erano nel 1990.

Oltre alle perdite umane, vanno registrati anche ingenti danni economici. Uno studio congiunto effettuato dalla Harvard School of Public Health e dal Forum Economico Mondiale ha calcolato un costo globale pari a 863 miliardi di dollari nel

¹ DE Bloom et al., *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*, 2011.

Tabella 1: principali cause di morte a livello mondiale - le MCV mantengono la prima posizione (e anche la seconda)

Cambiamento delle 10 principali cause di morte a livello globale (2008 - 2011)

Malattia o lesione	Morti totali (in milioni)* (2008)	Posizione (2008)	Posizione (2011)	Morti totali (in milioni)* (2011)
Cardiopatia ischemica	7,25	1	1	7,02
Malattia cerebrovascolare	6,15	2	2	6,25
Infezioni delle vie respiratorie inferiori	3,46	3	3	3,20
Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)	3,28	4	4	2,97
Malattie diarroiche	2,46	5	5	1,89
HIV/AIDS	1,78	6	6	1,59
Cancro ai polmoni	1,39	7	7	1,48
Diabete mellito	1,26	8	8	1,39
Incidente stradale	1,21	9	9	1,26
Ipertensione cardiaca	1,15	10	11	1,06
Complicanze da parto pretermine	1,00	13	10	1,17

*Stime per il 2011 del Global Health Estimates (GHE) confrontate con le precedenti stime dell'OMS sulle cause di mortalità per il 2008.

Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità.

2010, con la previsione di raggiungere i mille miliardi entro il 2025¹. Le singole stime del costo totale annuale delle MCV per le economie degli Stati Uniti e dell'Europa nello stesso periodo ammontano rispettivamente a 290 e 273 miliardi di dollari (all'incirca il 2% del PIL in entrambi i casi). "I governi dei Paesi, sia ricchi che poveri, iniziano a rendersi conto che le malattie cardiovascolari avranno un enorme peso economico", ha affermato il Dott. Valentin Fuster, direttore del Mount Sinai Heart e medico capo al Mount Sinai Medical Center, nonché ex presidente della World Heart Federation.

In verità, l'entità di questo peso globale è tutt'altro che chiara, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, in cui i dati sui tassi di mortalità spesso non sono disponibili, o sono meno dettagliati a causa della situazione locale o socio-economica. Ciononostante, come sottolinea il Dott. Reddy: "Abbiamo dati sufficienti a dimostrare che si tratta di un grande problema".

Se ignorata, la varietà di condizioni che rientra sotto il nome di MCV (si veda *Un'introduzione alle malattie cardiovascolari*) continuerà a causare malattie debilitanti e in ultimo luogo decessi su ampia scala. Tutto questo si può evitare. Alcuni interventi preventivi hanno già dimostrato benefici ingenti per il singolo ed enormi per la collettività.

Gran parte degli studi eseguiti nei Paesi in via di sviluppo attribuisce una percentuale compresa fra il 50% e il 60% del miglioramento relativo alla mortalità da coronaropatia negli ultimi decenni alla riduzione dei fattori di rischio ottenuta grazie a metodi di prevenzione primaria, come la riduzione del consumo di tabacco o il cambiamento del regime dietetico. Anche gli interventi secondari, come la prescrizione di statine, aspirine e antiaggreganti ai pazienti ad alto rischio, sono associati a benefici evidenti. Il Dott. Stephan Gielen, presidente dell'Associazione europea per la prevenzione e la riabilitazione cardiovascolare (ESCARDIO), afferma che le sole statine sono responsabili di circa un terzo della riduzione della mortalità da MCV negli ultimi 20 anni.

In alcuni Paesi, ottenere questo tipo di successi grazie alla prevenzione diventerà una necessità, non un'opzione. Il Professor Walter Ricciardi, presidente della European Public Health Association (EUPHA), avverte che, se alcuni Paesi in via di sviluppo non si impegneranno maggiormente nella prevenzione, "non disporranno di risorse sufficienti a prendersi cura dei cittadini che si ammalano".

Tuttavia, sia nei Paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo, c'è ancora un ampio spazio di manovra per ridurre ulteriormente i rischi e utilizzare al meglio gli interventi medici convenienti. Come afferma Susanne Løgstrup, direttrice dello European Heart Network, una coalizione che riunisce fondazioni per la cura di cardiopatie e organizzazioni dei pazienti, "Se riusciremo a tradurre in pratica ciò che già sappiamo [sulla prevenzione], otterremo un ottimo risultato". Il Professor Joep Perk, presidente del comitato di implementazione della prevenzione cardiovascolare di ESCARDIO, si spinge oltre. Dopo aver messo a confronto la sua esperienza nella pratica medica in ambienti a basso e alto rischio di MCV, conclude che si tratta di "una malattia che semplicemente non serve a niente".

² PA Heidenreich et al., "Forecasting the future of cardiovascular disease in the United States," *Circulation*, 2011; J Leal J et al. "Economic Costs," in M Nichols et al., *European Cardiovascular Disease Statistics*, 2012.

³ Per una descrizione di alcuni di questi studi, si veda Michael Kelly e Simon Capewell, "Relative contributions of changes in risk factors and treatment to the reduction in coronary heart disease mortality", NHS Health Development Agency Briefing Paper, 2004. Si veda anche ES Ford e Simon Capewell, "Proportion of the decline in cardiovascular mortality due to prevention versus treatment: public health versus clinical care", *Annual Review of Public Health*, 2011.

Un'introduzione alle malattie cardiovascolari

Il termine "malattia cardiovascolare" copre un'ampia gamma di condizioni mediche che colpiscono il cuore e i sistemi circolatori. Secondo la terminologia utilizzata dallo studio "Global Burden of Disease", le due più comuni sono:

Cardiopatía ischemica: conosciuta anche come coronaropatia, deriva spesso da un accumulo di materiali grassi all'interno del sistema circolatorio che impedisce la circolazione del sangue (aterosclerosi). Col tempo può causare angina pectoris e/o infarti (a cui a volte ci si riferisce collettivamente come sindrome coronarica acuta).

Malattia cerebrovascolare: comprende le disfunzioni nell'afflusso di sangue al cervello, spesso derivate da danni al sistema circolatorio causate da ipertensione (pressione sanguigna elevata) o da ostruzioni causate da materiali grassi. Può portare col tempo all'ictus.

Altre condizioni meno comuni comprendono:

Iipertensione cardiaca: cardiopatia derivante da danni al sistema circolatorio causati dall'ipertensione. Poiché l'ipertensione può anche contribuire alla cardiopatia ischemica, è possibile che il reale impatto di questa condizione venga sottostimato.

Cardiomiopatia e miocardite: infiammazione del cuore causata da infezione da virus, batteri, funghi o parassiti.

Cardiopatía reumatica: cardiopatia acquisita tramite danni cardiaci dovuti a febbre reumatica, di solito fibrosi delle valvole cardiache. Questa è la cardiopatia acquisita più comune fra i bambini dei Paesi in via di sviluppo.

Fibrillazione atriale o flutter: segnali elettrici irregolari dal cervello che inibiscono la capacità del cuore di contrarsi in maniera coordinata e conseguentemente di pompare sangue a sufficienza. Può derivare dallo stile di vita, ma anche da infezioni o da alcuni farmaci.

Aneurisma aortico: ingrossamento dell'aorta che ne può causare la rottura e, solitamente, la morte improvvisa. Le cause sono incerte, ma sembrano essere legate a fumo, ipertensione, altre cardiopatie e fattori genetici.



Entro il 2030, la percentuale di decessi dovuti a malattie cardiovascolari nei Paesi dal reddito medio-basso sarà maggiore rispetto a quella nei Paesi dal reddito elevato.

"Global Health Estimates" dell'OMS, 2013

1

Rischi nei Paesi sviluppati e in quelli in via di sviluppo

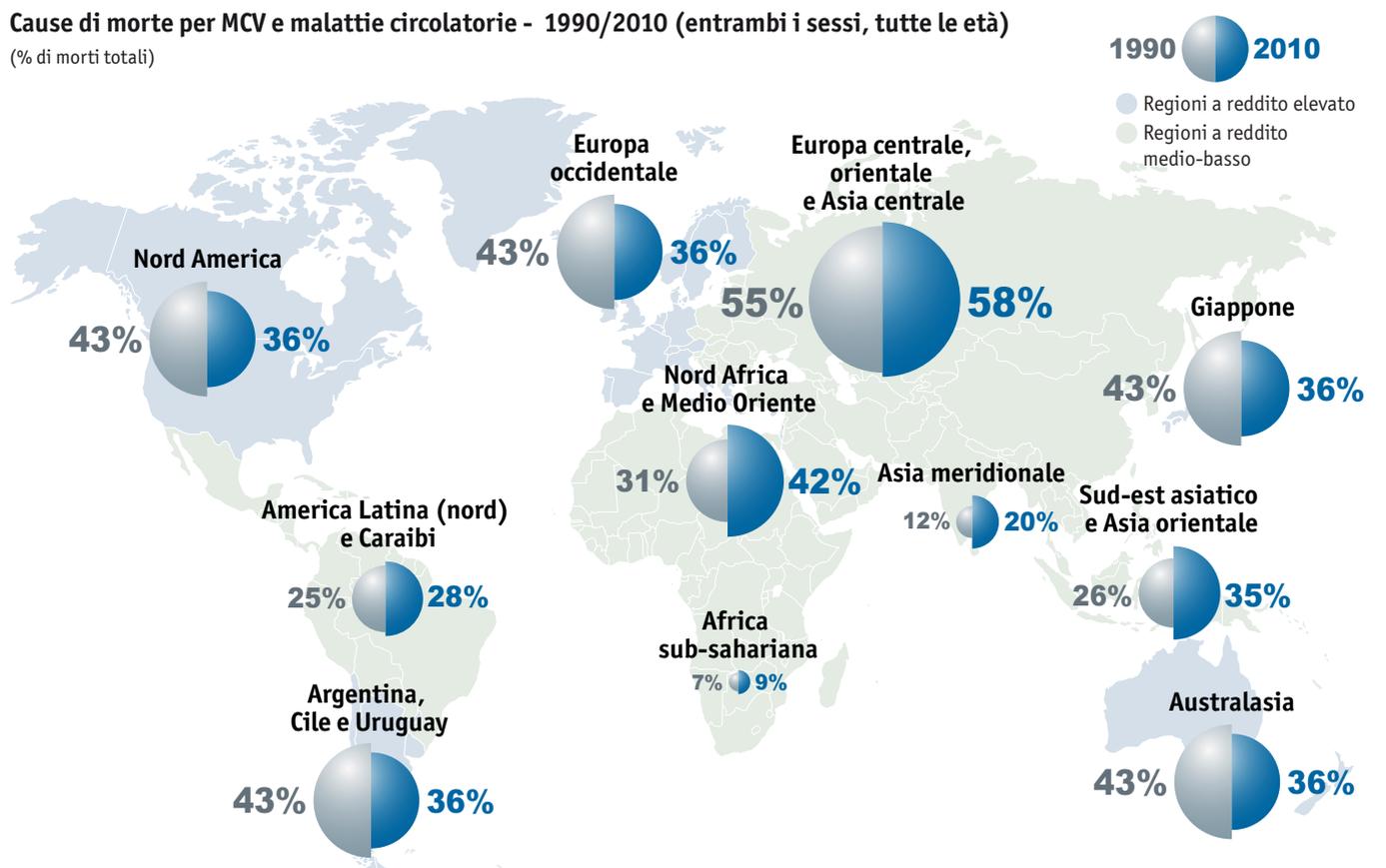
Nonostante le MCV siano malattie globali, colpiscono in maniera diversa i vari Paesi e le varie regioni. Da lungo tempo, i Paesi più sviluppati sono anche quelli più colpiti: le coronaropatie e l'ictus rimangono le principali cause di mortalità in tutte le regioni ad alto reddito al mondo. I Paesi più ricchi hanno ottenuto alcuni progressi, ma queste malattie restano un problema impressionante: nel 2010 le MCV sono risultate responsabili del 43% dei decessi nei Paesi sviluppati, in diminuzione rispetto

al 48% del 1990, secondo lo studio "Global Burden of Disease". Il Dott. James Morrow, medico di base in una zona rurale inglese, racconta "Le malattie cardiovascolari rappresentano una porzione enorme del mio lavoro quotidiano. Affliggono fra il 30% e il 40% dei pazienti che visito. Negli ultimi 20 anni abbiamo rilevato un numero di eventi acuti molto inferiore, ma il numero di persone che convivono con patologie a lungo termine è aumentato".

Tabella 1: globalizzazione delle malattie cardiovascolari

Cause di morte per MCV e malattie circolatorie - 1990/2010 (entrambi i sessi, tutte le età)

(% di morti totali)



Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

Il numero di persone che convivono con la malattia ma non muoiono a causa di essa potrebbe aumentare, con la continua tendenza all'invecchiamento della popolazione. Una popolazione più vecchia non significa necessariamente un aumento dei tassi totali di MCV (negli ultimi decenni, i Paesi sviluppati hanno ridotto il peso delle MCV anche quando si è verificato il processo di invecchiamento demografico), ma un aumento esponenziale dell'impatto di altri fattori di rischio. Al di fuori dell'Africa la percentuale degli over 60 è in rapido aumento, ma questa tendenza si nota in maniera più evidente nei Paesi sviluppati: l'ONU prevede che la percentuale di questo gruppo di età aumenterà dal 22% al 30% fra il 2010 e il 2035. Le cifre equivalenti per i Paesi in via di sviluppo sono 9% e 16%, nonostante ci siano alcune deviazioni estreme. In Cina, ad esempio, la percentuale degli over 60 aumenterà dal 12% al 27% negli anni presi in considerazione.

I Paesi in via di sviluppo si trovano ad affrontare una sfida diversa. Tradizionalmente il peso da esse sostenuto a causa delle MCV è stato poco significativo, e resta inferiore rispetto ai Paesi dal reddito elevato. Tuttavia si tratta di una parabola ascendente. Il numero complessivo di decessi da MCV è cresciuto del 13% nei Paesi in via di sviluppo durante gli ultimi vent'anni.

Nel 2010, le MCV erano la causa di un quarto di tutti i decessi, un aumento rispetto al 18% del 1990. Guardando al futuro, entro il 2030 i decessi da MCV saranno più comuni nei Paesi dal reddito medio-basso rispetto a quelli dal reddito elevato, secondo le proiezioni dell'OMS. Parte di questo cambiamento relativo riflette una significativa diminuzione, pari al 40%, nel tasso di decessi da malattie comunicabili nei Paesi in via di sviluppo fra il 1990 e il 2010.

L'aumento di questo dato è evidente soprattutto nei giganti demografici dell'Asia, nei quali il peso di queste patologie si sta avvicinando a quello di Stati Uniti ed Europa occidentale (si veda la Tabella 2). Ampliando lo sguardo, la coronaropatia e l'ictus sono due fra le prime quattro cause di mortalità in tutte le regioni del mondo eccetto l'Africa. E nemmeno questo continente ne è immune. Come sottolineato dal Dott. Reddy, "Se guardiamo ai tassi di mortalità standardizzati per età [relativi alla MCV], quelli dell'Africa subsahariana e del

Tabella 2: i Paesi del gruppo BRIC stanno colmando la distanza da Stati Uniti ed Europa

Tasso di decessi ogni 100.000 persone causati da malattie cardiovascolari

	1990	2010	cambiamento %
Europa occidentale	458,48	366,79	-20
Stati Uniti	391,26	303,19	-23
Brasile	179,92	206,03	15
Russia	633,85	830,77	31
India	139,20	171,07	23
Cina	189,87	233,70	23

Fonte: studio "Global Burden of Disease" dell'OMS, 2013.

Medio Oriente sono i più alti".

Al di là dei tassi di mortalità differenti, l'impatto delle MCV viene percepito in maniera diversa fra Paesi sviluppati e Paesi in via di sviluppo. "Negli Stati Uniti e in Europa, il problema delle MCV è emerso col passare del tempo, lasciando ai sistemi sanitari diversi decenni di tempo per adattarsi", afferma il Dott. Shanthi Mendis, direttore ad interim del dipartimento per le malattie non comunicabili dell'OMS.

"Al contrario, la loro comparsa nei Paesi in via di sviluppo è stata rapida, e i Paesi che avevano un sistema sanitario inadeguato e priorità concorrenti si sono trovati impreparati ad affrontare il problema", secondo il Dott. Mendis. Inoltre, le malattie colpiscono maggiormente la popolazione più giovane nei Paesi in via di sviluppo: il Dott. Reddy afferma che "il 90% delle morti per MCV in tutto il mondo fra gli under 60 avvengono in Paesi dal reddito medio-basso. Si tratta di un grande peso di mortalità precoce che avrà gravi conseguenze per lo sviluppo di questi Paesi".

Tuttavia, un'area di convergenza globale è rappresentata dal progressivo spostamento del peso della malattia sui ceti più poveri. Il gradiente sociale seguito dal rischio di MCV nei Paesi sviluppati, con le persone meno abbienti che hanno più probabilità di contrarre la malattia, è da tempo riconosciuto dai ricercatori, e potrebbe peggiorare in alcuni casi⁴. Anche nei Paesi in via di sviluppo si sta verificando questo fenomeno. Beatriz Champagne, direttrice esecutiva della InterAmerican Heart Foundation, sottolinea che in America Latina "le persone più povere fanno registrare i maggiori aumenti di cardiopatie", a causa del mancato accesso al trattamento e alle misure

⁴ See, for example, Pearson-Stuttard J et al., "Recent UK trends in the unequal burden of coronary heart disease," *Heart*, 2012.

preventive. Il Dott. Reddy aggiunge che tutto ciò si verifica anche in altre regioni in via di sviluppo, presentando un sostanziale problema di equità.

Il prezzo di uno stile di vita occidentale

Le cause della rapida crescita delle MCV nei Paesi in via di sviluppo e della loro costante prevalenza in quelli sviluppati non sono un mistero. Il Dott. Lixin Jiang, del Centro nazionale per le malattie cardiovascolari di Pechino, non ha difficoltà a fare un elenco piuttosto scontato per spiegare l'aumento delle MCV in Cina: "aumento della diffusione del tabagismo, ipertensione, colesterolo alto, diabete, obesità, attività fisica insufficiente, alimentazione sbagliata, inquinamento dell'aria e invecchiamento della popolazione". I dettagli variano leggermente in base all'area geografica (l'assunzione di sale ha un impatto maggiore in alcune zone, il fumo in altre), ma gli stessi rischi spiegano gran parte delle malattie cardiovascolari.

I dati relativi a questi pericoli restano scarsi in molti Paesi in via di sviluppo, ma quelli esistenti suggeriscono che la diffusione di queste malattie è alta o in aumento, o spesso entrambe le cose. Secondo il "Global Adult Tobacco Survey", il tabagismo è molto diffuso, e più del 40% degli uomini fa regolarmente uso di tabacco in 8 dei 14 Paesi a reddito medio-basso analizzati⁵. Altri fattori di rischio puntano nella direzione sbagliata, anche se i problemi specifici sono in parte differenti a seconda della regione.

I livelli medi di pressione sanguigna misurati in Africa sono fra i più alti al mondo, e al contrario dei Paesi sviluppati, qui si registra un costante aumento sia tra gli uomini che tra le donne sin dagli anni 90⁶. Il Dott. Kingsley Akinroye, ex presidente dell'African Heart Network, considera l'elevata assunzione di sale e la diminuzione dell'attività fisica come fattori che contribuiscono a questa tendenza. In Africa del Nord e in Medio Oriente la misura del giro vita è fra le più grandi al mondo. Intanto, nell'Asia orientale e meridionale l'indice di massa corporea (IMC) medio è in costante crescita⁷. Questa situazione è particolarmente allarmante poiché sembra che il rischio elevato di MCV si presenti in corrispondenza di un IMC inferiore fra le etnie asiatiche (soprattutto fra gli Indiani) rispetto agli altri gruppi etnici⁸.

Le cifre relative a IMC e colesterolo suggeriscono che il cambiamento dei regimi dietetici che accompagna lo sviluppo economico, in particolare l'aumento nell'assunzione di grassi e di cibi occidentali, sta causando un aumento del rischio. Tuttavia, non tutti questi rischi sono imputabili solamente al comportamento dei singoli. Il rapido sviluppo economico in numerose economie emergenti sta causando un ingente degrado ambientale, oltre all'inquinamento dell'aria e acustico; tutti questi fattori sono associati a un aumento dei livelli di MCV. L'urbanizzazione, soprattutto quella priva di pianificazione che è comune nelle economie emergenti, porta i cittadini a stretto contatto con questo tipo di inquinamento, oltre ad aumentare lo stress e diminuire l'attività fisica, altri due fattori di rischio per le MCV.

La portata di alcuni di questi rischi nei Paesi sviluppati offre uno sguardo al futuro, oltre a una panoramica dei nuovi rischi che si profilano all'orizzonte. Secondo l'OCSE, un gruppo di esperti del mondo benestante, più della metà degli abitanti degli stati che ne fanno parte sono sovrappeso od obesi. Spesso l'obesità si accompagna al diabete di tipo II, che aumenta ulteriormente il rischio di MCV. Tali rischi auto-indotti, in particolare quelli legati all'obesità, hanno fatto nascere la preoccupazione di assistere, nei Paesi sviluppati, a un'inversione di tendenza rispetto all'attuale diminuzione dei livelli di MCV.

Esistono, inoltre, altri pericoli occulti associati allo sviluppo economico, che sono meno evidenti e non così ovvi come l'incombente crisi relativa all'obesità. Il Professor Perk segnala una preoccupante "esplosione di disturbi del sonno" fra gli adolescenti in Svezia che utilizzano le tecnologie di comunicazione mobile a tarda notte. "Tutto questo provocherà un aumento dell'aterosclerosi", afferma. Osservazioni simili effettuate in Australia suggeriscono che il problema ha un'estensione che va ben oltre la sola Svezia. Con l'espansione dei telefoni mobili nei mercati emergenti (in Africa assistiamo a tassi di crescita molto rapidi) il problema potrebbe presto interessare anche i Paesi in via di sviluppo.

⁵ Gary A Giovino et al., "Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys," *The Lancet*, August 2012.

⁶ Goodarz Danaei et al., "National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 5.4 million participants," *The Lancet*, February 2011.

⁷ Mariel Finucane et al., "National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants," *The Lancet*, February 2011.

⁸ Farshad Farzadfar et al., "National, regional, and global trends in serum total cholesterol since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 321 country-years and 3.0 million participants," *The Lancet*, February 2011.

2

Un nuovo punto di vista sulla prevenzione

I sistemi sanitari dei Paesi sviluppati dedicano di solito soltanto un 3% della spesa alla prevenzione generale e alla salute pubblica, compresi i programmi di vaccinazione, secondo l'OCSE e l'OMS. Questi sistemi sanitari sono costruiti intorno al concetto di cura dei casi acuti, pertanto sono nulli o quasi gli incentivi per i medici che investono maggiore tempo nell'educazione alla salute e nella prevenzione secondaria. Al contempo, la formazione in queste aree è generalmente limitata. Nei casi estremi, afferma il Professor Perk, alcuni medici non considerano la prevenzione come un aspetto che li riguarda, perché gli incentivi economici premiano solo il trattamento. Il riallineamento degli incentivi è fortemente legato alla volontà e al finanziamento della politica, ma anche qui si affrontano gli stessi ostacoli. I leader politici spesso non vedono alcun vantaggio nel promuovere la prevenzione. Anche se la spesa per la sanità è ben vista, i politici preferiscono una spesa che abbia un impatto rapido e visibile, come la costruzione di un nuovo ospedale.

L'ambiente politico relativo alla prevenzione delle MCV è migliorato negli ultimi anni. Gli impegni a livello internazionale, in particolare il summit di alto profilo delle Nazioni Unite sulle NCD svoltosi nel settembre 2011, i vari incontri dell'agenzia dell'ONU per l'implementazione della dichiarazione politica del summit, e il piano d'azione internazionale per le NCD dell'OMS adottato dall'Assemblea mondiale per la sanità nel maggio 2013, ne hanno certamente migliorato il profilo. Oltre a ciò, esistono una serie di interventi del sistema sanitario provati ed economicamente vantaggiosi per la prevenzione delle MCV, come sottolineato nel piano d'azione internazionale dell'OMS (si veda *Parola all'OMS: tracciare una road map per la prevenzione*). Diversi studi hanno dimostrato che i divieti di fumo a livello nazionale e i programmi per la perdita di peso possono dare risultati

sorprendenti in tempi relativamente brevi. Ma nonostante gli evidenti progressi sul piano politico, gli esperti descrivono la volontà politica come "pigra", e coloro che definiscono le politiche come "incapaci di ammetterlo".

L'impatto di questi ostacoli per la prevenzione può essere evidente. Uno studio globale su oltre 150.000 persone in 17 Paesi (lo studio Prospective Urban Rural Epidemiology - PURE) ha rilevato che in generale "poche persone affette da malattie cardiovascolari hanno provato" uno dei numerosi trattamenti economici e comprovati. Fra i farmaci studiati, solo un quarto dei pazienti ha ricevuto il più comune, i farmaci antiplastrinici. I tassi di prescrizione riflettono in parte il livello di ricchezza nazionale, ma anche nei Paesi dal reddito elevato solo il 62% dei pazienti ha assunto farmaci antiplastrinici e il 66% ha assunto statine, mentre uno su nove non ha ricevuto alcun farmaco⁹. Il Professor Salim Yusuf, direttore del Population Health Research Institute della McMaster University di Hamilton, Ontario, ritiene che l'utilizzo di questo tipo di interventi sia "scarso nei Paesi ricchi, e molto scarso o del tutto assente nei Paesi a basso reddito".

Ridefinire il problema

Poiché il peso delle MCV rimane alto, alcune persone iniziano a pensare a un nuovo punto di vista sulla prevenzione, partendo da uno spostamento concettuale del centro dell'attenzione. La prevenzione medica è suddivisa in categorie, delle quali le due più importanti sono la prevenzione primaria (evitare l'insorgere di una malattia) e quella secondaria (arrestarne la progressione, o invertirne il corso, in particolare per evitare esiti negativi a lungo termine). Per quanto riguarda le MCV, si iniziano a mettere in dubbio i benefici di queste distinzioni.

"Sappiamo bene ciò che bisogna fare, ma non lo stiamo facendo".

Beatriz Champagne,
direttrice esecutiva
della InterAmerican
Heart Foundation

⁹ Salim Yusuf, et al., "Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE Study): a prospective epidemiological survey," *The Lancet*, 2011.

La prevenzione primaria e quella secondaria sono molto simili per le MCV. Interventi quali migliorare il regime dietetico o smettere di fumare sono sempre molto importanti. Allo stesso modo, un livello di colesterolo elevato non è una malattia di per sé, ma potrebbe richiedere lo stesso tipo di trattamento prima e dopo l'insorgenza dei sintomi della MCV. Il Professor Perk, che è stato presidente del comitato che ha redatto le ultime linee guida europee sulla prevenzione, nota che sono stati abbandonati "i termini 'prevenzione primaria' e 'secondaria' poiché l'aterosclerosi è un processo continuo. Perché aspettare per una distinzione artificiale? Parliamo invece di differenti livelli di rischio cardiovascolare".

Un'altra e più pratica modifica per la prevenzione delle MCV è la necessità di coordinare la crescente gamma di potenziali attori coinvolti. A livello istituzionale, l'educazione alla salute nelle scuole è un elemento ovvio da includere in una strategia, ma l'elenco si amplia rapidamente ai ministeri per l'alimentazione che incoraggino un minore consumo di grassi, fino alla progettazione urbana che renda più semplice camminare, e così via. Come afferma il Professor Ricciardi, "Potenzialmente ogni ministro è un ministro della salute, e qualsiasi decisione influenza la sanità".

Anche la società civile può avere un ruolo nella prevenzione. Il Dott. Douglas B. Clement, presidente della Heart and Stroke Foundation of Canada, una ONG, spiega che negli ultimi anni la sua organizzazione si è concentrata maggiormente sulla prevenzione attraverso ricerche, strumenti e programmi che assistono le persone nella prevenzione delle MCV. Negli Stati Uniti, i gruppi religiosi sono sempre più spesso coinvolti in iniziative di solidarietà a livello locale per promuovere la prevenzione. A livello concettuale anche i programmi per la salute dei dipendenti sul posto di lavoro e i regimi dietetici personali rientrano nella prevenzione. Una tale varietà di attori porta evidenti benefici, trasformando innanzitutto la riduzione al minimo dei rischi in un obiettivo globale invece che in un problema solamente medico, ma anche sollevando parte del peso economico dalle spalle dei governi in difficoltà. Il punto dolente in questo caso è il coordinamento fra questi numerosi gruppi, spesso mancante.

Auto-aiuto o autolesionismo?

Ciononostante, alcuni degli ostacoli più persistenti e allarmanti per la prevenzione sussistono a livello personale. Storicamente le persone non hanno un buon rapporto con la prevenzione, nonostante l'interesse personale, che sembrerebbe ovvio. Tutto ciò è vero anche fra i pazienti più a rischio. Lo studio PURE ha rilevato che, fra le persone che avevano sofferto di infarto o ictus, solo il 35% faceva esercizio fisico ad alto livello e il 39% seguiva una dieta sana, mentre il 19% continuava a fumare¹⁰.

In questa situazione l'aspetto psicologico è importante. In generale gli esseri umani tendono a proteggersi dal fallimento, per questo sono restii ad applicare cambiamenti con i quali difficilmente avranno successo, spiega la Dott.ssa Catherine Sykes, ricercatrice del dipartimento di psicologia della salute della City University, a Londra. A questo va aggiunto il fatto che spesso sottostimiamo il rischio di malattie, come tumori e MCV, quando ignoriamo o reinterpretiamo sistematicamente le informazioni per adattarle al nostro comportamento personale.

Anche un fumatore abituale, pienamente informato a proposito dei potenziali rischi del fumo, può razionalizzare un comportamento dannoso facendo paragoni favorevoli rispetto a un collega o un amico che magari fuma di più. Questo comportamento si applica a tutto lo spettro dello stile di vita. Secondo la Dott.ssa Sykes, l'introduzione di etichette con un semaforo rosso, giallo o verde sul cibo per indicare i livelli di rischio potrebbe semplicemente portare i consumatori a considerare tre "gialli" come relativamente sani in confronto a un rosso.

In seguito a un evento di MCV, entrano in gioco altri fattori di influenza psicologica. Generalmente esiste una curva relativa alle patologie a lungo termine legate allo stile di vita, afferma la Dott.ssa Sykes. Le modifiche comportamentali non vengono adottate istantaneamente, ma avviate a metà, prima di tornare di nuovo alla normalità. La depressione e l'ansia sono le emozioni maggiormente in gioco in queste situazioni, e nessuna di esse contribuisce alla riabilitazione o al cambiamento dello stile di vita.

¹⁰ K Teo et al., "Prevalence of a healthy lifestyle among individuals with cardiovascular disease in high-, middle- and low-income countries: The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study," *Journal of the American Medical Association*, 2013.

Un tipo simile di resistenza è valido anche per quanto riguarda l'aderenza ai farmaci prescritti per ridurre i rischi. A parte l'aspirina, la maggioranza dei pazienti non riesce ad assumerli seguendo le indicazioni ricevute (si veda la Tabella 3)¹¹. Il Professor Yusuf spiega che "al momento della dimissione, la maggior parte dei pazienti assume i farmaci adatti, ma entro breve tempo smette di farlo".

La mancata aderenza al trattamento è suddivisa in due categorie: intenzionale e non intenzionale. Messaggi di testo e altre novità tecnologiche possono aiutare le persone che dimenticano di assumere i farmaci (la cosiddetta mancata aderenza non intenzionale). I problemi maggiori riguardano i pazienti che decidono di non assumere i farmaci a causa di una serie di fattori ostacolanti: si va dal costo del trattamento fino alle convinzioni riguardo al farmaco o alla malattia. Spesso le persone smettono di assumere i farmaci prescritti per la prevenzione quando si sentono meglio e si ritengono curati, afferma il Professor Yusuf. Anche alcuni medici non comprendono la necessità di continuare ad assumere alcuni farmaci per il cuore a tempo indeterminato, aggiunge.

Prevenzione sostenibile

È difficile concepire una strategia per prevenire una malattia accessoria causata dallo stile di vita. D'altra parte, la complessità degli esseri umani richiede che gli interventi mirati a un cambiamento comportamentale comprendano innanzitutto in che modo ogni individuo valuta la malattia e il rischio. Secondo la Dott.ssa Syke, questo tipo di ricerca può essere efficace solo se condotta a livello individuale. D'altra parte, uno studio della letteratura medica indica che l'educazione o la consulenza personalizzata per i pazienti hanno un impatto ridotto o insignificante sui livelli di rischio e la mortalità, con un costo piuttosto alto in termini di spesa e tempo per il sistema sanitario¹².

Tabella 3: quando non si segue il copione

Tassi di aderenza ai farmaci cardiovascolari più comuni

Farmaco	Aderenza auto-dichiarata (%)	Aderenza continuata (%*)
Aspirina	83	71
Agenti ipolipidemizzanti	63	46
Betabloccanti	61	44
Aspirina + betabloccanti	54	36
Aspirina + betabloccanti + agente ipolipidemizzante	39	21

* Più di 2 sondaggi di follow-up consecutivi fra i 6 e i 12 mesi

Fonte: Medication Adherence in Cardiovascular Disease, Steven Barotelli e Heather Dell'Orfano, *Circulation*, 2010

Inoltre, secondo alcuni esperti la misura del successo o del fallimento delle iniziative di prevenzione delle MCV non dovrebbe limitarsi agli esiti sanitari e al ritorno dell'investimento. Il Dott. Mike Rayner, direttore del Gruppo di ricerca per la promozione della salute della British Heart Foundation, ritiene che le soluzioni future dovranno essere sostenibili anche da un più ampio punto di vista economico, sociale e ambientale. Dopo tutto, la messa al bando delle bevande gassate potrebbe facilmente causare la perdita di molti posti di lavoro, così come uno spostamento dei consumi di formaggio e carne rossa al pesce potrebbe incrementare la minaccia incombente sulle riserve ittiche mondiali.

Tuttavia, una cosa è certa: l'impegno per la prevenzione deve evolversi per essere più efficace in futuro. La InterAmerican Heart Foundation ha abbandonato i suoi precedenti programmi per le singole persone per concentrarsi sui cambiamenti sociali poiché la moderna società "obesogienica" rende quasi impossibile evitare di compiere scelte dannose nel proprio stile di vita. "La prevenzione così come la consideriamo abitualmente, ovvero con un medico che dice al paziente di smettere di fumare e di mangiare sano, appartiene al passato", afferma la Sig.ra Champagne.

¹¹ Steven Barotelli and Heather Dell'Orfano, "Medication Adherence in Cardiovascular Disease", *Circulation*, 2010.

¹² See, for example, Shah Ebrahim, et al., "Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, updated January 2011; SM Carr, "An evidence synthesis of qualitative and quantitative research on component intervention techniques, effectiveness, cost-effectiveness, equity and acceptability of different versions of health-related lifestyle advisor role in improving health", *Health Technology Assessment*, 2011; Linda Cobiac, et al., "Which Interventions Offer Best Value for Money in Primary Prevention of Cardiovascular Disease?", *PLoS ONE*, July 2012.

Parola all'OMS: tracciare una road map per la prevenzione

Nel maggio 2013, l'Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS) ha adottato un piano d'azione per prevenire e controllare le malattie non comunicabili (NCD), comprese le malattie cardiovascolari (MCV). Per contribuire a raggiungere l'obiettivo globale dell'OMS, ovvero una riduzione del 25% dei decessi da NCD in tutto il mondo entro il 2025, il piano d'azione individua otto obiettivi che esorta i vari Paesi ad adottare volontariamente. Fra essi è compresa una riduzione del 30% di fumo e assunzione di sale, e la somministrazione della terapia farmacologica e la fornitura di consulenze per prevenire infarti e ictus ad almeno il 50% delle persone idonee a riceverle. Il successo sarà misurato grazie a una serie di 25 indicatori specifici descritti nel documento.

La difficoltà sta nel trasformare queste lodevoli intenzioni in qualcosa di più di semplici speranze, soprattutto nei Paesi dal reddito basso e con poche risorse disponibili per la sanità. Secondo il Dott. Shanthi Mendis, direttore ad interim del dipartimento per le malattie non comunicabili dell'OMS, "L'importanza del piano d'azione è data dal fatto che presenta a tutti i Paesi una serie di opzioni, dando loro la libertà di scelta in base ai contesti nazionali. Le opzioni si basano sull'evidenza, tenendo conto dell'efficacia economica e dell'accessibilità".

In particolare, il piano evidenzia 13 misure definite molto vantaggiose economicamente, poiché sostenute da valide prove che indicano

che esse aumentano di un anno l'aspettativa di vita sana a un costo inferiore al reddito medio annuale in un Paese dal reddito basso. Gran parte di esse comprende l'educazione o misure normative e fiscali contro l'assunzione di tabacco e alcol, ma l'elenco comprende anche alcune terapie standard con farmaci generici per le persone ad alto rischio di MCV o che hanno subito un infarto. Il Dott. Mendis afferma che ognuna di queste misure altamente efficaci dal punto di vista economico "è sostenibile praticamente in tutti i Paesi. Alcuni Paesi continuano a dire di non avere risorse, ma possono iniziare da ciò che hanno".

Il piano d'azione riconosce che alcuni Paesi non saranno in grado di attuare questi cambiamenti da soli. Sottolinea la necessità di una cooperazione tecnica Nord-Sud, Sud-Sud, e tri-direzionale, che riguardi anche la configurazione di capacità di misurazione dei dati per monitorare il progresso rispetto agli obiettivi. Questa auspicata cooperazione comprende sostegni allo sviluppo per i Paesi a basso reddito, ma il modello dell'OMS guarda oltre un aumento della dipendenza. "L'impegno contro le NCD non può basarsi sugli aiuti esterni a causa della mancanza di sostenibilità", afferma il Dott. Mendis. "Ogni Paese dovrà adattare l'implementazione del piano d'azione alle proprie condizioni. Ecco perché è importante fissare delle priorità".

3

Combattere la malattia su ogni fronte

Nel 1985, l'epidemiologo Geoffrey Rose affermò che riducendo i fattori di rischio su un'intera popolazione si sarebbero raggiunti risultati migliori rispetto a quelli ottenuti con i soli individui ad alto rischio, poiché una percentuale ingente di casi di malattia si verifica di solito fra le persone a rischio medio o anche basso. Da quel momento, il ruolo centrale della prevenzione su tutta la popolazione è diventato una verità accettata da tutti in materia di MCV.

Recentemente è stato suggerito che le azioni a livello dell'intera popolazione possono ridurre le ineguaglianze socio-economiche della malattia. Una revisione delle prove di efficacia del 2010 ha scoperto che lo screening, le consulenze sulla dieta e il fumo, e la prescrizione di farmaci preventivi aumentano le differenze fra ricchi e poveri, mentre le misure applicate a tutta la popolazione, come il divieto di fumo nei luoghi pubblici e la messa al bando degli acidi grassi trans hanno l'effetto opposto¹³.

Molte delle persone intervistate per questo rapporto considerano questo tipo di intervento come quello dai maggiori vantaggi potenziali, in parte sulla base di un'idea condivisa sul perché i tentativi di prevenzione incentrati sull'individuo falliscono spesso. Queste motivazioni vanno dalla singola difficoltà nell'indurre cambiamenti nello stile di vita, anche fra le persone informate, agli ostacoli istituzionali che mettono alcune scelte significative totalmente al di là del controllo dell'individuo; ad esempio, circa l'80% del sale tipicamente assunto da un europeo proviene dal sodio aggiunto ai prodotti alimentari industriali, afferma il Dott. Pekka Puska, direttore generale dell'Istituto nazionale finlandese per la salute e il benessere.

Parlando in maniera più ampia, la prevenzione su tutta la popolazione è incentrata sulla creazione di un ambiente che consenta alle persone di fare scelte salutari

e sostenerle. Tuttavia, è impossibile tenere l'individuo fuori dall'equazione. La prevenzione applicata a tutta la popolazione deve ottenere il consenso popolare. Tutto ciò risulta evidente se si analizzano le difficoltà che circondano le cosiddette "tasse sul grasso", o le più specifiche "tasse sulle bevande gassate", sempre più richieste per combattere la crescente obesità, nonostante i precedenti sulla loro presunta efficacia: una recente analisi del BMJ ha rilevato che per influenzare i livelli di obesità e cardiopatie sarebbero necessarie tasse sui cibi nocivi pari almeno al 20%¹⁴.

Nel 2011 la Danimarca impose una tassa su tutti i cibi contenuti grassi saturi in misura superiore al 2,3%. La tassa non ebbe la possibilità di dimostrare la propria efficacia: entro un anno venne abolita poiché fortemente impopolare. Che fosse efficace o meno (il calo del 10-20% nella vendita di burro e margarina durante i primi tre mesi potrebbe indicare un cambiamento delle abitudini ma anche la volontà di fare provviste prima dell'imposizione della tassa), i danesi sono riusciti ad aggirare la tassa per non modificare la propria dieta. Gli acquisti oltre frontiera aumentarono del 10% nell'anno in cui la tassa fu in vigore, secondo i dati resi noti dal governo danese. Gran parte di questo fenomeno sembra riguardare la pratica comune osservata che vede le famiglie comprare i cibi grassi in Germania o Svezia.

Pertanto, una prevenzione imposta dall'alto che riguardi tutta la popolazione non sembra essere una soluzione completa: è necessario considerare un cambiamento delle convenzioni sociali, oltre all'aumento delle tasse. Anche i sistemi sanitari giocano un ruolo fondamentale. I dati provenienti dallo studio PURE lo dimostrano in maniera sorprendente. Un'analisi parziale pubblicata nel settembre 2013 rileva che, anche se nei Paesi a reddito elevato il rischio di MCV è maggiore, i tassi di mortalità

"Le azioni a livello nazionale decideranno il futuro dell'epidemia cardiovascolare".

Dott. Shanthi Mendis, direttore ad interim, dipartimento per le malattie non comunicabili, OMS

¹³ Simon Capewell and Hilary Graham, "Will Cardiovascular Disease Prevention Widen Health Inequalities?" *PLoS Med*, August 2010.

¹⁴ Oliver Mytton, et al., "Taxing unhealthy food and drinks to improve health," *BMJ*, April 2012. See also, Lisa Powell, "Food Prices and Obesity: Evidence and Policy Implications for Taxes and Subsidies," *Milbank Quarterly*, March 2009.

sono più di cinque volte inferiori rispetto ai Paesi a basso reddito¹⁵. Questo dato si spiega con la mancanza di buoni sistemi sanitari per la prevenzione, afferma il Professor Yusuf, che ha condotto lo studio: l'ampia tendenza a smettere di fumare, il controllo dell'ipertensione e la prevenzione secondaria compensano ampiamente i maggiori rischi nei Paesi a reddito elevato.

È evidente che la prevenzione deve essere analizzata da molti punti di vista, deve riguardare molteplici attori e prendere in considerazione molteplici interventi. Sarà il modo in cui i cambiamenti avranno (o non avranno) luogo su tre fronti (popolazione, servizi sanitari e individuo) a definire il futuro della prevenzione delle MCV.

(I) Prevenzione fra la popolazione: fumo, sale e grassi saturi

La prevenzione è entrata a far parte della cardiologia circa 50 anni fa, con il crescente riconoscimento del legame fra tabagismo e cardiopatie. "L'eterna lotta contro il tabacco", come l'ha definita il Professor Ricciardi, è ancora in corso, ma i successi ottenuti negli anni inducono i difensori della salute a indicare spesso questa battaglia come un esempio per tutte le altre. Di solito i programmi per il controllo del tabagismo comprendono una serie di misure, fra cui l'educazione, i divieti di fumo e le tasse. Queste misure sono comuni nei Paesi sviluppati, ma non devono essere ristrette ai Paesi più ricchi. Come sottolineato dal Dott. Reddy, "applicare divieti di fumo in alcune zone non costa nulla, e le tasse possono sostenere questa misura".

Il Dott. Reddy, insieme ad altri, indica la Thailandia come un esempio di ciò che può fare un Paese dal reddito medio. Sulla spinta delle ONG locali, all'inizio degli anni '90 il governo stabilì una serie di controlli, spesso aggiornati da quel momento, che comprendevano il divieto di pubblicità per i prodotti di tabacco, etichette con avvertenze sulla salute, divieti di fumo nei locali pubblici e accise. I risultati evidenziarono un forte calo del tabagismo fra gli uomini, che secondo l'OMS passò dal 59% del 1991 al 42% del 2007. Anche la diffusione del fumo fra le donne calò, dal 5% al 2%, anche se non era mai stata elevata. I dati dello studio *Global Burden of Disease* suggeriscono che nello stesso periodo i benefici per la salute siano stati evidenti, e che siano stati tre volte maggiori per gli uomini rispetto

alle donne.

Tuttavia, le misure fiscali hanno avuto un effetto meno diretto sul fumo, e forse questo spiega il loro impatto leggermente inferiore sulla salute rispetto alle misure non fiscali¹⁶. Con l'aumento dei prezzi, le misure fiscali riducono il numero di persone che iniziano a fumare, in particolare fra i giovani. Ma l'impatto sui fumatori adulti è meno netto. Nonostante l'OMS, fra gli altri, affermi che un aumento delle tasse riduce il tabagismo in questo gruppo di persone, ciò non è sempre vero. Un ampio studio effettuato negli Stati Uniti ha rilevato che gli ingenti aumenti delle tasse sulle sigarette applicati in questo Paese negli ultimi anni hanno avuto un impatto piuttosto ridotto, insignificante a livello statistico. Anche una simile ricerca effettuata in Spagna non ha rilevato alcun cambiamento nei consumi, pur individuando uno spostamento verso il tabacco da rollare, meno tassato¹⁷. Inoltre emergono altre conseguenze indesiderate: spesso il contrabbando di sigarette e l'aumento delle imposte sul tabacco sono correlati.

Salare quanto basta...

In maniera simile, il consumo elevato di sale, che porta all'ipertensione, è associato a fattori di rischio per le MCV. Fin dall'inizio degli anni '80, il governo finlandese richiede che alcuni cibi comuni, come il formaggio e il pane, che contengono un livello di sodio più alto rispetto a quello stabilito, abbiano un'etichetta di avvertenza, e che quelli con un contenuto inferiore a un limite prestabilito abbiano un'etichetta che indica il basso contenuto di sale. Di conseguenza, le aziende alimentari hanno modificato i propri prodotti: dall'inizio degli anni '90, i livelli di sale di pane, prodotti di carne, formaggi e pasti pronti sono diminuiti in una proporzione compresa fra un quinto e un quarto. Più recentemente, il governo ha imposto limiti di sodio su alcuni alimenti che ricevono sussidi europei, come il latte per i bambini o i pasti serviti negli studentati universitari.

I risultati sono stati positivi. Fra il 1977 e il 2007, le stime del consumo di sale fra gli uomini finlandesi sono scese da quasi 16 gr al giorno a 8,3, e fra le donne da circa 10 gr al giorno a 7 (nonostante sia ancora superiore ai 5 gr al giorno raccomandati dall'OMS). Durante lo stesso periodo, anche la pressione sanguigna media e la

¹⁵ Salim Yusuf, "PURE: Contrasting associations between risk factor burden, CVD incidence and mortality in high, middle and low income countries," Presentation, European Society of Cardiologists Conference, September 2013.

¹⁶ Perviz Asaria, et al., "Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use," *The Lancet*, December 2007.

¹⁷ Kevin Callison and Robert Kaestner "Do Higher Tobacco Taxes Reduce Adult Smoking? New Evidence of the Effect of Recent Cigarette Tax Increases on Adult Smoking," NBER Working Paper No. 18326, August 2012; Ángel López-Nicolás, et al., "Will the European Union's New Tobacco Tax Legislation Lead to Reductions in Smoking Prevalence? Evidence from a Quasi-experiment in Spain," *Nicotine & Tobacco Research*, February 2013. See also Michael Palinkas, "Are Cigarette Excise Taxes Effective in Reducing the Habit?," *Public Purpose*, Spring 2011.

mortalità da MCV sono diminuite. Poiché il consumo di alcol e l'IMC medio sono aumentati durante questi anni, è probabile che la riduzione del consumo di sale sia in gran parte la causa di entrambe le diminuzioni¹⁸. Uno dei grandi punti di forza del programma per la riduzione del sale è stato la collaborazione. Il Dott. Puska afferma che "il suo successo è strettamente legato al cambiamento dei prodotti attuato dall'industria alimentare". Tuttavia, un approccio più coercitivo può essere controproducente, come la recente esperienza delle "tasse sul grasso" in Danimarca. Un sondaggio ha rilevato che il 70% dei danesi considerava la tassa una cattiva idea¹⁹.

In alcuni casi è possibile implementare misure che inizialmente appaiono impopolari o didattiche. Le limitazioni imposte a New York sull'uso di acidi grassi trans nei ristoranti, osteggiata inizialmente dai proprietari dei locali, hanno avuto un grande successo. Ciononostante, una prevenzione che riguardi tutta la popolazione non può avere successo se contrastata da un'opposizione continua e diffusa. Si tratta di un atto estremamente politico, che deve essere strutturato come tale. Laddove venga visto come un atto che conferisce realmente la responsabilità ai cittadini, può avere un impatto enorme, come per il fumo; laddove invece appaia come una misura paternalistica coercitiva, assomiglierà all'esperimento sul proibizionismo effettuato in Nord America, e probabilmente farà la stessa fine.

(II) Prevenzione nei sistemi sanitari: dalle pillole ai tablet

Insieme a misure che interessino tutta la popolazione, è necessario che i sistemi sanitari si evolvano per supportare al meglio la prevenzione delle MCV. Il cambiamento potrebbe partire dall'approccio, attualmente incentrato sul medico, a una malattia che può finire per interessare circa un terzo della popolazione adulta. I medici sono risorse dispendiose da distribuire all'interno dei Paesi sviluppati, mentre in molti Paesi in via di sviluppo i medici sono semplicemente insufficienti nel numero. In tutto il mondo, i sistemi sanitari dovrebbero riservare un ruolo maggiore alle figure diverse da quelle puramente mediche. In medicina questo tipo di evoluzione si sta già verificando in forme diverse, ma si tratta di un processo lento.

Ad esempio, nei Paesi sviluppati, gli infermieri di

ambulatorio (infermieri altamente qualificati che di solito possono prescrivere alcuni farmaci e spesso si specializzano nella cura di alcune patologie) sono sempre più comuni: negli Stati Uniti il loro numero è cresciuto del 40% fra il 2007 e il 2012. Nel frattempo, il governo indiano ha istituito dal 2005 880.000 attivisti socio-sanitari accreditati (Accredited Social Health Activists - ASHA): donne che vivono nei villaggi rurali alle quali è stata fornita una formazione medica di base, le quali possono fornire primo soccorso e alcuni semplici trattamenti, oltre a indirizzare i pazienti ad altri operatori sanitari qualificati.

Entrambi gli esempi, anche se molto distanti fra loro in termini di formazione e ruolo, mostrano una tendenza all'ampliamento dei tipi di interazione col paziente. La cura delle MCV non fa eccezione a questa tendenza, e i suoi risultati medici sono stati positivi. Uno studio eseguito in Gran Bretagna ha rilevato che la gestione delle cure effettuata da infermieri specializzati in cardiologia ha ridotto i ricoveri ospedalieri del 35%; uno studio eseguito negli Stati Uniti ha rilevato che il coinvolgimento nelle cure di infermieri di ambulatorio che si occupano di patologie cardiache e operatori socio-sanitari hanno contribuito a ridurre in maniera sostanziale i livelli di pressione sanguigna e colesterolo²⁰.

Le novità tecnologiche dovrebbero accelerare questo passaggio, a un costo potenzialmente ridotto. Nel mese di settembre, la Nigerian Heart Foundation invia messaggi di testo con informazioni di base relative al cuore, in collaborazione con l'operatore mobile MTN. La diffusione della tecnologia wireless e mobile in tutto il mondo promette ben più di questo.

Lo Swasthya Slate, un progetto della fondazione indiana per la salute pubblica (Public Health Foundation of India - PHFI), è un tablet appositamente studiato per consentire a un operatore socio-sanitario, come un ASHA, di eseguire 33 diversi test diagnostici (compreso un elettrocardiogramma), i cui risultati sono poi inviati direttamente a un "data cloud" dedicato. Il software del dispositivo consente anche di fornire diagnosi sul posto e assistenza sulle decisioni.

Accolto dal Dott. Reddy come una possibile "rivoluzione" per la cura delle NCD in India, il dispositivo è attualmente

¹⁸ FJ He and GA MacGregor, "A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes," *Journal of Human Hypertension*, 2008.

¹⁹ Søren Gade and Jens Klarskov, "A tax everyone wants to see cut," *The Copenhagen Post*, October 4th, 2012.

²⁰ J Pattenden, "Heart Failure Specialist Nurses: Feeling the Impact," *British Journal of Primary Nursing Care*, October 2008, JK Allen, et al., "Community Outreach and Cardiovascular Health (COACH) Trial" *Circulation: Cardiovascular Quality Outcomes*, September 2011.

in fase di prova sul campo. La PHFI valuta che, in caso di produzione di massa, tutta l'attrezzatura necessaria oltre a un normale tablet costerebbe circa 250 dollari per dispositivo. Brevi studi pilota suggeriscono che possa essere utilizzato anche con una formazione limitata.

Oltre a un utilizzo più efficiente del personale, i servizi sanitari, in particolare nei Paesi in via di sviluppo, che dispongono di risorse limitate, devono prendere in considerazione altri modi per utilizzare le risorse esistenti in maniera più efficace. Un approccio che suscita attualmente interesse è rappresentato dall'uso di cliniche specializzate in Paesi dal reddito medio-basso (in particolare quelli che devono affrontare l'epidemia di HIV/AIDS) per ampliare i servizi a nuovi tipi di analisi e trattamenti per una serie di NCD, fra cui le MCV.

Non si tratta di un'idea nuova: la Cambogia ha sperimentato questo concetto con successo nel periodo 2002-05, ma a causa della crescente portata delle NCD c'è stato un aumento di interesse verso questo concetto. Nel 2011 ad esempio, una partnership congiunta pubblico-privata ha iniziato a utilizzare le strutture per la cura dell'HIV create nell'ambito del Piano di emergenza per la lotta all'AIDS del Presidente degli Stati Uniti come siti per lo screening del tumore alla cervice e al seno. Una serie di progetti pilota lanciati in Africa hanno avuto fortune alterne. La lezione generale sembra essere che non c'è una singola strategia migliore per aggiungere servizi di lotta alle NCD alle cliniche per l'HIV, ma le conoscenze locali formatesi in queste ultime possono essere applicate allo screening e al trattamento di una serie di patologie con il giusto investimento di tempo²¹.

Prendersela comoda

Un'opzione, diversa e più controversa, per facilitare lo spostamento rispetto a una prevenzione incentrata sulla figura del medico è la prescrizione di farmaci che riducono il rischio all'intera popolazione che ha superato i 50 o i 55 anni di età. Esistono argomentazioni valide a sostegno di questa tesi. Come sottolineato in precedenza, i sistemi sanitari si stanno spostando a livello concettuale verso un approccio alla prevenzione delle MCV basato sul rischio, che porta inevitabilmente con sé qualche tipo di screening del rischio. La metodologia più diffusa è il punteggio di rischio Framingham, che prende in considerazione vari

fattori nell'assegnare un punteggio di rischio a dieci anni. Tuttavia, un'analisi eseguita di recente ha evidenziato che si otterrebbe un'efficacia simile (unita a un risparmio economico) semplicemente trattando l'intera popolazione over 55 come se fosse ad alto rischio²².

Si stima che fornendo i farmaci per le MCV a tutta la popolazione di questo gruppo di età, le malattie cardiovascolari si ridurrebbero dell'80%²³, e si eviterebbe di eseguire screening inefficaci. Inoltre si potrebbero somministrare i farmaci in un'unica pillola invece di doverne assumere molte. Da più di un decennio l'OMS spinge per lo sviluppo di una combinazione a dose fissa (fixed dose combination - FDC) o polipillola. Questa combinazione di più farmaci spesso già assunti assieme si è dimostrata uno strumento utile nel trattamento dell'HIV, mentre un recente studio suggerisce che l'aderenza alle FDC da parte dei pazienti affetti da MCV è maggiore rispetto a quella per più pillole (aumento dal 23% al 77% fra i pazienti con precedente aderenza bassa)²⁴.

Le argomentazioni contro questo intervento radicale vanno dai costi fino ai potenziali effetti collaterali. Tuttavia, questo intervento in sostanza tratta il paziente invece che modificare alla base i problemi legati allo stile di vita che causano le MCV. Grazie alla prevenzione estesa a tutta la popolazione, spiega il Dott. Reddy, "la nuova generazione avrà meno probabilità di rischio, ma con l'approccio farmacologico si darà continuità alle patologie. Abbiamo bisogno dei farmaci, ma questi non possono sistemare tutto". Poiché sempre più spesso i giovani mostrano rischi elevati di MCV, la situazione a lungo termine potrebbe vedere bambini di soli otto anni a cui vengono prescritte le statine, come consigliato in alcuni casi dall'Accademia Americana di Pediatria.

(III) Prevenzione individuale: cambiare lo schema medico-paziente

L'entità della diffusione delle MCV richiede che la prevenzione vada oltre le attività dei sistemi sanitari, afferma il Professor Yusuf. "In Africa" afferma "non ci sono medici e infermieri a sufficienza per controllare l'ipertensione. Servono modelli innovativi nei quali anche le mansioni degli infermieri possano essere assegnate [ad altri]". In questo caso la risposta può venire in parte dall'introduzione, negli ultimi anni, di una

²¹ Peter Lamptey and Rebecca Dirks, "Building on the AIDS response to tackle non-communicable diseases," *Global Heart*, 2012; Bart Janssens, et al., "Offering integrated care for HIV/AIDS, diabetes and hypertension within chronic disease clinics in Cambodia," *Bulletin of the World Health Organization*, 2007; Miriam Rabkin, et al., "Strengthening Health Systems for Chronic Care: Leveraging HIV Programs to Support Diabetes Services in Ethiopia and Swaziland," *Journal of Tropical Medicine*, 2012.

²² Nicholas Wald et al., "Screening for Future Cardiovascular Disease Using Age Alone Compared with Multiple Risk Factors and Age," *PLoS One*, May 2011.

²³ See, for example, Nicholas Wald and Malcolm Law, "A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%," *BMJ*, June 2003.

²⁴ Simon Thom, et al., "Effects of a Fixed-Dose Combination Strategy on Adherence and Risk Factors in Patients with or at High Risk of CVD," *JAMA*, September 2013.

serie di strumenti per la telemedicina che consentono di misurare l'attività fisica, la pressione sanguigna e il battito cardiaco. Uno studio condotto a Taiwan su un programma di telesalute - che comprendeva sia la comunicazione istantanea al medico di diversi valori di salute misurati a casa sia la possibilità di interazione fra paziente e operatori sanitari - ha rilevato che il numero e la durata dei ricoveri in ospedale di pazienti affetti da MCV avevano subito una diminuzione. Queste modifiche hanno generato un risparmio ben superiore al costo del programma, rendendolo quindi un intervento economicamente redditizio²⁵. Il Dott. Gielen si riferisce alla telesalute come al "più grande passo in avanti [recente] verso l'adozione di abitudini salutari nel proprio stile di vita".

La crescita dell'importanza della telesalute nelle MCV porta inevitabilmente a chiedersi quale possa essere il ruolo del paziente. Nei sistemi sanitari, il controllo è tradizionalmente stato nelle mani del soggetto curante, non del paziente. Anche in questo caso, sembra evidente che siamo all'inizio di un lento processo di cambiamento. Alla fine degli anni '90, alcune strutture negli Stati Uniti svilupparono il cosiddetto Chronic Care Model (CCM), che da allora si è diffuso a livello internazionale. Fondamentalmente questo significa trasformare un paziente passivo in un attore partecipe e informato che affianca il personale addetto al trattamento. Nella maggioranza dei casi di malattia cronica, i risultati più soddisfacenti sono rappresentati da un'auto-gestione assistita piuttosto che dal controllo da parte del personale medico. Una prima valutazione eseguita da RAND Health ha rilevato che i pazienti affetti da insufficienza cardiaca che partecipavano a un programma CCM hanno trascorso il 35% in meno di giorni in ospedale.

Il CCM è solo una delle tante possibilità per migliorare il ruolo del paziente nella gestione della malattia. Il Dott. Fuster afferma di essere coinvolto in un esperimento in Spagna, nel quale i pazienti affetti da MCV sono divisi in due gruppi di counselling, uno guidato da un terapeuta, l'altro gestito dai pazienti sul modello degli Alcolisti anonimi. I dati preliminari da lui raccolti indicano che il gruppo guidato dai pazienti sta avendo risultati migliori. Consentire ai pazienti di influenzare maggiormente le

decisioni relative al trattamento può anche migliorare l'aderenza ai farmaci o ai cambiamenti nello stile di vita. Ad esempio, uno studio della letteratura sull'aderenza nei casi di MCV eseguito nel 2011 dalla Mayo Clinic nota che: "Più i pazienti si sentono responsabili, più è probabile che siano motivati nella gestione della malattia e nell'aderenza ai farmaci".²⁶

Passaggio di consegne

Sarebbe sbagliato presentare la partecipazione attiva dei pazienti alla gestione delle loro MCV come la panacea per il problema della generale mancanza di aderenza o prevenzione. Tuttavia, il problema più urgente potrebbe essere l'apertura da parte dei medici verso una condivisione del controllo nella gestione dei casi. Una polipillola da banco a basso costo renderebbe più democratica la prevenzione. Allo stesso modo, nuove app e dispositivi collegati a cellulari consentono un monitoraggio personale della salute (in inglese mHealth) che va ben oltre la misurazione di temperatura e peso. Un tale aumento delle possibilità di monitoraggio personale potrebbe risultare fastidioso per molti operatori e professionisti sanitari.

Un sondaggio globale condotto nel 2012 per una società di consulenza del Regno Unito, PwC, ha rilevato che il 42% dei medici, e il 53% dei più giovani, teme che l'approccio mHealth renderà i pazienti troppo indipendenti. Intanto, solo il 27% dei medici raccomanda le app mHealth ai propri pazienti²⁷. Solo l'anno scorso il Queen's Nursing Institute, nel Regno Unito, scriveva: "Esistono medici che rifiutano la tecnologia dell'informazione e si negano a offrire ai propri pazienti apparecchiature per il monitoraggio a casa supponendo che non sarebbero in grado di utilizzarle".

Fare in modo che le persone si occupino attivamente della propria salute dovrebbe essere uno degli obiettivi centrali della cura delle MCV: trovare il modo per consentire alle persone dotate degli strumenti tecnologici necessari di interagire con i sistemi sanitari nella maniera migliore resta un processo ancora incompleto.

²⁵ Ying-Hsien Chen, et al., "Clinical Outcome and Cost-Effectiveness of a Synchronous Telehealth Service for Seniors and Non-seniors with Cardiovascular Diseases: Quasi-Experimental Study," *Journal of Medical Internet Research*, April 2013.

²⁶ Marie Brown and Jennifer Bussell, "Medication Adherence: WHO Cares?," *Mayo Clinic Proceedings*, April 2011.

²⁷ Emerging mHealth: Paths for growth, PwC, June 7th 2012.

"Il grado generale di collaborazione è un problema: fra medici e specialisti, fra compagnie di assicurazioni e medici curanti... sostanzialmente fra tutte le categorie coinvolte".

Dott. Lutz Herbarth, responsabile della gestione della salute personale di KKH Allianz Insurance

4

Fattori chiave per la collaborazione

Il piano d'azione dell'OMS contro le NCD contiene misure per la creazione di un Meccanismo di coordinamento globale che migliori la cooperazione fra l'OMS, i Paesi membri, l'ONU e altri organismi internazionali e non solo, nella lotta alle NCD e nel colmare i vuoti quando essi diventano evidenti. Questa iniziativa riflette una tendenza in rapido aumento nella prevenzione delle MCV e più in generale delle NCD, poiché è sempre più evidente che per affrontare questi problemi variegati è necessario migliorare in modo sostanziale i rapporti di collaborazione.

La sezione di governance del nuovo quadro di azioni Salute 2020 dell'OMS Europa fornisce le linee guida per un approccio governativo globale alla salute e ai fattori che la determinano. Il governo irlandese è stato il primo a redigere delle politiche per tradurre in pratica questi obiettivi. Il suo Healthy Ireland Framework include varie proposte interessanti. Anche se il Ministero della Salute ne sarà a capo, il Cabinet Committee on Social Policy (consiglio di gabinetto per le politiche sociali) supervisionerà l'implementazione del quadro complessivo, compresi gli obiettivi per la prevenzione.

Inoltre, ogni dipartimento governativo creerà un'unità per le politiche che interagisca con l'Unità per la salute e il benessere (Health and Wellbeing Unit) del Ministero della Salute "per lo sviluppo di piani intersettoriali integrati e coordinati per affrontare i fattori di rischio e i fattori sociali determinanti per la salute". Nel frattempo, un nuovo Comitato di Healthy Ireland tenderà di favorire la cooperazione con altri stakeholder esterni alle istituzioni. Poiché sono stati lanciati a marzo 2013, è ancora troppo presto per giudicare il successo di questi piani ambiziosi.

Condividere significa avere a cuore

La necessità di cambiamento è evidente su vari livelli, non solo fra istituzioni e organismi internazionali. Il Dott. Clement afferma che diverse ONG che si occupano di NCD in Canada, come quelle che riguardano cardiopatie, ictus, diabete e tumori, promuovono sempre più spesso l'adozione degli stessi comportamenti. Afferma che l'ostacolo maggiore alla cooperazione è la natura competitiva della raccolta di donazioni a scopo di beneficenza nella sanità; laddove dovrebbero vedere opportunità di collaborazione, le ONG vedono solo la concorrenza. "In qualche modo queste organizzazioni dovranno unire le proprie forze, ma questo non è ancora successo", afferma.

Nonostante le difficoltà, la cooperazione fra le ONG a livello internazionale sta già dando i suoi frutti. Nel 2009, la World Heart Federation, l'International Diabetes Federation e la Union for International Cancer Control hanno creato la Non-Communicable Disease (NCD) Alliance; l'International Union Against Tuberculosis and Lung Disease si è unita nel 2010. L'alleanza si è concentrata principalmente sulla mobilitazione della società civile sul palcoscenico politico, e il suo impegno è stato cruciale nel promuovere il summit dell'ONU sulle NCD del 2011, che a sua volta ha portato nel 2013 al Piano d'azione dell'OMS su queste patologie.

Iniziano a sorgere altre alleanze globali. La Global Alliance for Chronic Diseases, fondata nel 2009, riunisce agenzie di raccolta fondi provenienti da numerose economie sviluppate e in via di sviluppo. Questi organismi rappresentano l'80% dei finanziamenti alla sanità pubblica in tutto il mondo. La loro missione comprende

il coordinamento delle ricerche per la prevenzione delle malattie croniche. Il Dott. Fuster segnala che l'alleanza sta "avendo un impatto fortissimo e sembra pronta a mettersi alla guida dei processi di rafforzamento delle capacità e della ricerca sulle MCV", un risultato derivante dalla volontà dei soggetti coinvolti di collaborare piuttosto che di pensare solamente ai propri interessi. Nel frattempo è in atto il tentativo di creare un'alleanza globale per la prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica.

Un fronte unito

Tuttavia, questi tentativi interessano principalmente la collaborazione fra organizzazioni simili. L'eredità di lungo termine di quello che forse è il progetto di prevenzione delle MCV di maggiore successo (si veda *Lezioni sulla collaborazione dalla Carelia settentrionale*) è l'importanza di un approccio collaborativo trasversale ai gruppi di interesse. Una recente e interessante applicazione di questa collaborazione multi-stakeholder è l'iniziativa Million Hearts, organizzata negli Stati Uniti dal Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani e guidato congiuntamente da due delle sue sotto-unità, il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie e i Centri per i Servizi Medicare e Medicaid. Il suo obiettivo è quello di approfondire la promozione di una serie di attività di prevenzione primarie e secondarie di partner del settore pubblico, privato e sociale allo scopo di prevenire un milione di infarti fra il 2011 e il 2017.

Unendo questo semplice obiettivo, facile da comprendere, a una linea temporale molto specifica, è stato possibile aggregare l'impegno dei servizi sanitari e degli operatori sanitari, afferma la Dott.ssa Janet Wright, direttrice esecutiva del progetto. Inoltre si è creato un punto di attenzione comune per un'ampia gamma di altri

partner, comprese le persone affette da MCV, i datori di lavoro, gli infermieri, i farmacisti, le comunità e i gruppi religiosi, oltre a diverse agenzie governative federali. "In sostanza, stiamo creando un forum" afferma la Dott.ssa Wright. "Anche se c'è un obiettivo comune, esistono una serie di percorsi per raggiungerlo, a seconda della natura dell'organizzazione. Piantiamo una bandiera e diciamo: 'ecco alcune cose che altri stanno scoprendo'. Pensavo che sarebbero emersi una serie di interventi, ma la nostra occupazione maggiore consiste nel raccogliere le esperienze apprese dai vari gruppi e divulgarne le migliori pratiche".

L'iniziativa durerà fino al 2017, e non esistono ancora dati parziali da confrontare con l'obiettivo finale. A giudicare dall'accoglienza ricevuta, sembra comunque che risponda a una necessità. Fra il gennaio 2012 e il maggio 2013, più di 15.000 persone e organizzazioni hanno espresso il proprio supporto a Million Hearts. Fra le organizzazioni pubbliche e private coinvolte, 60 hanno preso impegni specifici e operativi per la prevenzione delle MCV. "Siamo stati sorpresi dalla comprensione e dall'interesse, ma anche dalla velocità con la quale le persone hanno fatto loro il concetto e si sono rese conto del proprio ruolo" afferma la Dott.ssa Wright. "Ogni persona non vedeva l'ora di mettersi in azione".

Così come non tutti gli interventi medici sono economicamente efficaci, non tutti i tentativi di collaborazione si riveleranno fruttuosi ma sono così tante le azioni avviate negli ultimi anni, che presto diventerà più chiaro quali di esse potranno consentire a questo desiderio d'azione di superare un disallineamento degli interessi.

Lezioni sulla collaborazione dalla Carelia settentrionale

Uno dei più famosi programmi di prevenzione che hanno coinvolto tutta la popolazione è stato lanciato nella regione finlandese della Carelia settentrionale: circa 40 anni fa, la popolazione della zona faceva registrare tassi molto alti di malattie non comunicabili (NCD), anche rispetto ai livelli molto alti registrati in Finlandia all'epoca. Nel 1972, un'iniziativa che coinvolgeva funzionari locali e del servizio sanitario, oltre che esperti accademici, prese di mira i rischi di NCD che si nascondevano nella regione. Il progetto della Carelia settentrionale adottò un approccio rivolto a tutta la popolazione che non riguardava soltanto l'educazione, ma anche l'impegno a modificare l'ambiente sociale e fisico in maniera favorevole alla salute. La sperimentazione, durata cinque anni, si rivelò un successo così ampio che le lezioni apprese vennero applicate a tutta la Finlandia, e il Paese continua a beneficiarne.

Una delle chiavi del successo è stato l'ottimo coordinamento di un gran numero di stakeholder, compresi operatori sanitari, mezzi di comunicazione, scuole, supermercati, produttori di generi alimentari e casalinghe locali.

Si è trattato di un'assoluta innovazione. "Eravamo giovani, entusiasti e un po' eretici" ricorda il Dott. Pekka Puska, direttore generale dell'Istituto nazionale finlandese per la salute e il benessere, che contribuì alla creazione e alla guida del progetto. "Ci rendevamo conto che lo stile di vita non poteva essere cambiato con i metodi a disposizione del servizio sanitario. Informare non è sufficiente. È necessario coinvolgere l'intera comunità e collaborare con essa".

Ma non è stato facile. In ogni comunità, afferma, ci sono vantaggi e svantaggi nell'esortare ad un'azione congiunta. Nel caso della Carelia settentrionale, la popolazione era piuttosto omogenea

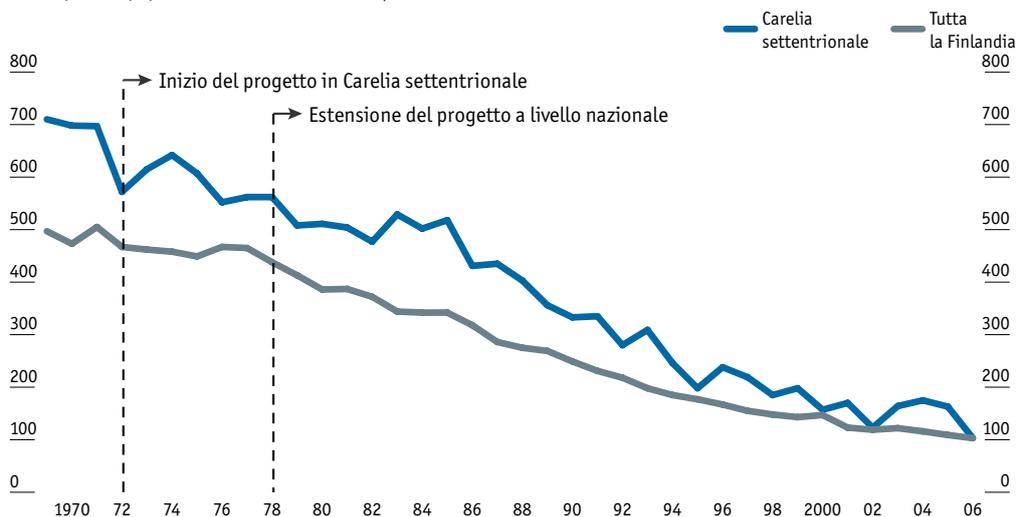
ma, come è tipico nelle comunità rurali, le innovazioni potevano scatenare una resistenza culturale. "Abbiamo avuto grossi scontri" ricorda il Dott. Puska. Guardando al passato, vede nel progetto della Carelia settentrionale due lezioni sulla collaborazione fra gli stakeholder che sarebbero ampiamente condivisibili. Primo: "identificare le azioni pratiche che vogliamo che le persone compiano e che creeranno situazioni di vantaggio reciproco". Nel partecipare a un progetto di questo tipo, le aziende del settore privato devono comunque ottenere profitti e anche i funzionari governativi devono vedere i benefici del proprio lavoro. Le aziende produttrici di prodotti alimentari e i supermercati della Carelia settentrionale vennero coinvolti nell'impegno per sostenere una richiesta di prodotti più sani da parte dei consumatori. Tutto questo consentì di essere pronti al cambiamento di abitudini, e di conseguenza di trarre un beneficio commerciale da questo. La seconda lezione, afferma il Dott. Puska, è l'importanza del contatto diretto. "Bisogna andare in giro, incontrare le persone e conquistare il loro rispetto e la loro amicizia" afferma.

A livello di portata globale, quanto appreso dal progetto viene tuttora studiato e messo in pratica in tutto il mondo²⁸.

Tabella 2: MCV in Finlandia - l'eredità del progetto della Carelia settentrionale

Tassi di mortalità per età in seguito a malattie coronariche nella Carelia settentrionale

(mortalità per una popolazione di 100.000 abitanti)



Fonte: National Institute for Health and Welfare/North Karelia Project Foundation.

²⁸ For a detailed history of the project and its impact, see Pekka Puska, et al. eds., *The North Karelia Project: From North Karelia to National Action*, 2009.

Conclusione

Nessun governo, nessuna società, nessuna persona può ignorare in maniera sicura le MCV. I tentativi di combattere queste malattie in tutto il mondo sviluppato hanno registrato passi avanti innegabili; tuttavia, dopo alcuni decenni esse rimangono ancora la principale causa di morte in molti di questi Paesi. Nel frattempo, la rapida crescita delle MCV nei Paesi in via di sviluppo ne sottolinea la condizione di epidemia principale del XXI secolo. Presto il fulcro mondiale delle MCV potrebbe spostarsi dall'occidente, insieme al predominio economico, ma la prima cosa dovrebbe essere più preoccupante della seconda.

Alcuni dei motivi che stanno dietro a questa epidemia sono comunque positivi: l'invecchiamento della popolazione è un trionfo della sanità, e in pochi rimpiangono i lavori manuali che oggi sono automatizzati, qualunque fosse il tipo di esercizio fisico che consentivano di praticare. Gran parte dei rischi è comunque del tutto evitabile. Le scelte legate allo stile di vita che hanno conseguenze negative per la salute sono una delle cause principali delle MCV. Per quanto questa consapevolezza possa essere frustrante per i medici, presenta per lo meno una grande opportunità per interventi incentrati sulla prevenzione.

Ogni Paese dovrà individuare la strategia migliore per la prevenzione, anche se è emersa ripetutamente una serie di temi applicabili a livello globale:

- **Non ignorare le vittorie facili:** la prevenzione è un

campo molto ampio e il rapporto spese-benefici di alcuni interventi è ancora incerto. Tutto questo non deve impedire ai Paesi e ai servizi sanitari a basso reddito di mettere in atto le azioni la cui efficacia è provata. I divieti di fumo nei locali pubblici, ad esempio, costano poco e possono avere un impatto significativo in meno di un anno.

- **Considerare una serie di opzioni:** esistono interventi a tutti i livelli. Gli esperti concordano ampiamente sul fatto che gli interventi che riguardano tutta la popolazione avranno un ruolo chiave nel fermare la crescita delle MCV, ma non sono l'unico strumento a disposizione. Una prevenzione efficace può anche coinvolgere cambiamenti che vanno ben al di là delle MCV, come rivedere le figure che forniscono le cure all'interno dei servizi sanitari o il ruolo dei singoli pazienti nella gestione delle patologie che li affliggono.

- **Perseguire la coerenza e la collaborazione:** la prevenzione delle MCV non manca certo di stakeholder coinvolti o di interventi possibili. Tuttavia, troppo spesso questi elementi non funzionano bene insieme. Tutte le politiche istituzionali dovrebbero promuovere un cuore sano, non solo quelle del Ministero della Salute; i servizi sanitari dovrebbero assegnare fondi anche alla prevenzione, non solo al trattamento delle patologie. Le ONG e le agenzie dovrebbero fare in modo che le dispute fra i soggetti coinvolti non interferiscano con gli obiettivi comuni. Questo tipo di coerenza ha bisogno

della collaborazione fra gli organismi simili ma anche fra i diversi tipi di stakeholder.

● **Non dobbiamo dimenticare mai che la prevenzione è un problema altamente politico, non solo medico:** qualsiasi tipo di prevenzione non funzionerà solo per il fatto di essere una buona idea o perché si dimostra economicamente efficiente: il successo dipende dal modo in cui la sua applicazione è in grado di ottenere un supporto sufficiente fra i principali stakeholder e fra la popolazione in generale. La prevenzione estesa a tutta la popolazione può essere messa in difficoltà dall'ostilità pubblica; non si può pretendere la collaborazione solo perché i benefici sono evidenti; anche l'aderenza ai farmaci è legata al fatto che i pazienti sentano di avere il controllo invece di attenersi alle istruzioni di altre persone.

In questo senso, i servizi sanitari possono imparare dal modo in cui i politici si costruiscono il consenso.

Soprattutto, le dimensioni e la complessità del compito non devono causare un eccessivo pessimismo. La prevenzione nel suo insieme è difficile, e i singoli interventi possono rivelarsi vicoli ciechi. Ciononostante ha dimostrato più volte il suo valore nel campo delle malattie cardiovascolari, soprattutto nei Paesi sviluppati, nei quali ha le potenzialità per ridurre ulteriormente le MCV. I Paesi di reddito medio-basso possono trarre vantaggio da questi metodi affidabili, ma ciò che afferma il Dott. Jiang a proposito della Cina va ugualmente applicato a tutto il mondo: "C'è speranza, ma c'è anche molto da fare".

Nonostante sia stato compiuto ogni sforzo possibile per verificare l'accuratezza di queste informazioni, The Economist Intelligence Unit Ltd. non può accettare alcuna responsabilità in caso di affidamento, da parte di qualsivoglia individuo, a questo rapporto o a qualsiasi delle informazioni, opinioni o conclusioni in esso contenute.

LONDRA

20 Cabot Square

London

E14 4QW

Regno Unito

Tel: (44.20) 7576 8000

Fax: (44.20) 7576 8500

E-mail: london@eiu.com

NEW YORK

750 Third Avenue

5th Floor

New York, NY 10017

Stati Uniti

Tel: (1.212) 554 0600

Fax: (1.212) 586 1181/2

E-mail: newyork@eiu.com

HONG KONG

6001, Central Plaza

18 Harbour Road

Wanchai

Hong Kong

Tel: (852) 2585 3888

Fax: (852) 2802 7638

E-mail: hongkong@eiu.com

GINEVRA

Rue de l'Athénée 32

1206 Geneva

Svizzera

Tel: (41) 22 566 2470

Fax: (41) 22 346 93 47

E-mail: geneva@eiu.com