



REGIONE DEL VENETO



Regione del Veneto
Coordinamento Regionale
per la prevenzione e il
Controllo delle Malattie

Attrezziamoci per guadagnare salute: cuore,
gambe, cervello

Epidemiologia delle malattie cardiovascolari

B. Pellizzari

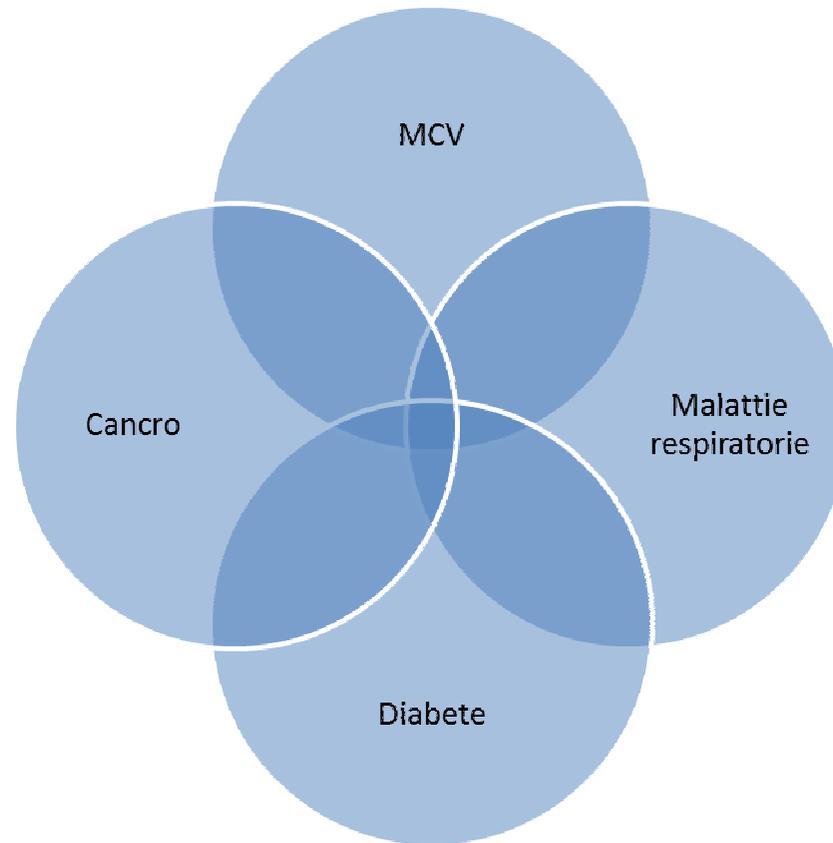
Venezia, 7 ottobre 2014

Significato

- **Epidemiologia** Greco επι= sul, δημοσ= popolo e λογος= studio): parte dell'igiene che studia la **frequenza** con cui si manifestano le malattie e le condizioni che favoriscono od ostacolano il loro sviluppo. L'e. costituisce la base per una razionale profilassi delle malattie.

(tratto da Treccani)

NCD(Noncommunicable Diseases) Malattie croniche non trasmissibili



Come affrontare le MCV

Sorveglianza

- Mappare e monitorare l'epidemia delle MCV

Prevenzione

- Ridurre l'esposizione ai fattori di rischi

Management

- Fornire assistenza equa alle persone con MCV

Sorveglianza



60%
decessi nel mondo
causati da malattie
croniche

cardiovascolari 

diabete 

tumori 

respiratorie
croniche 

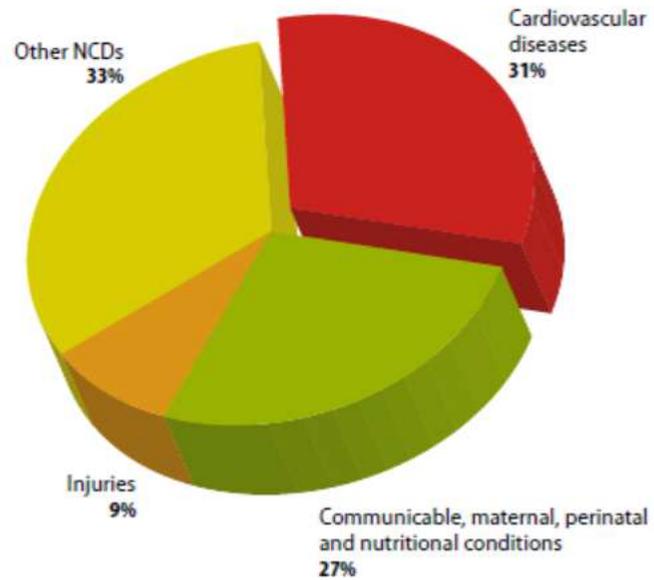
35 milioni di morti nel 2005

80% nei paesi a basso
e medio reddito

+17% le morti da malattie croniche
nei prossimi 10 anni

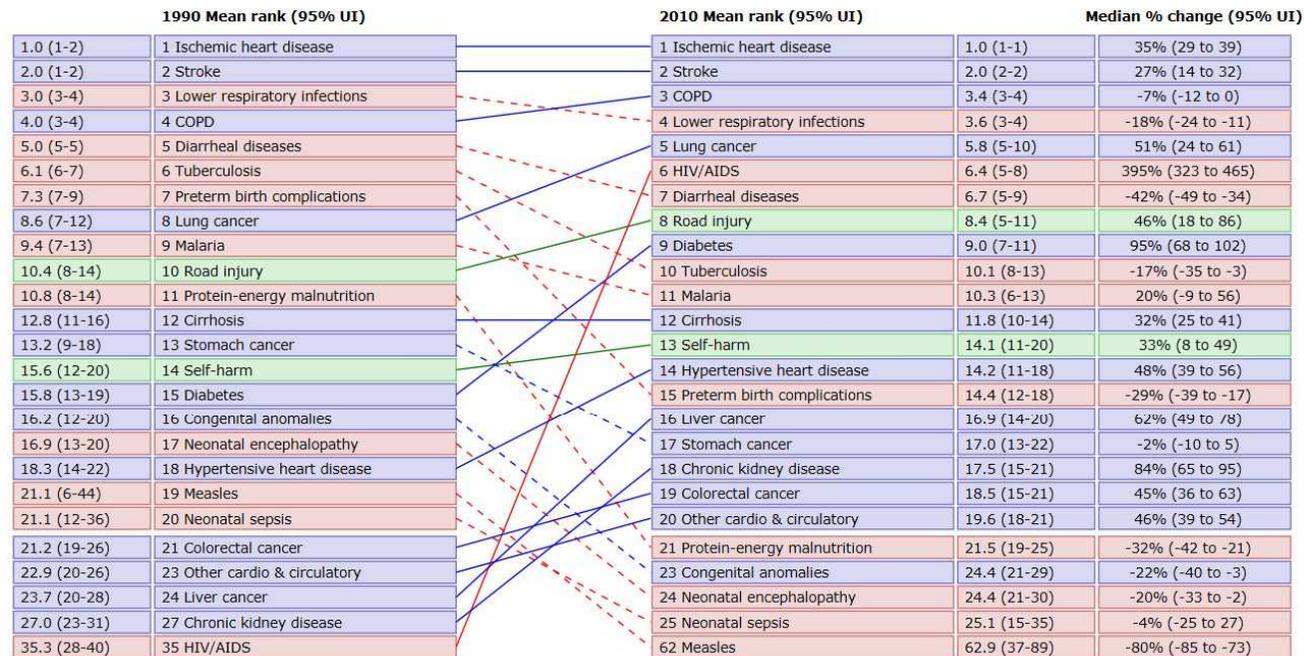
Mortalità

Figure 3 Distribution of major causes of death including CVDs (1).



Tratto da Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control

Variazione mortalità 1990-2010

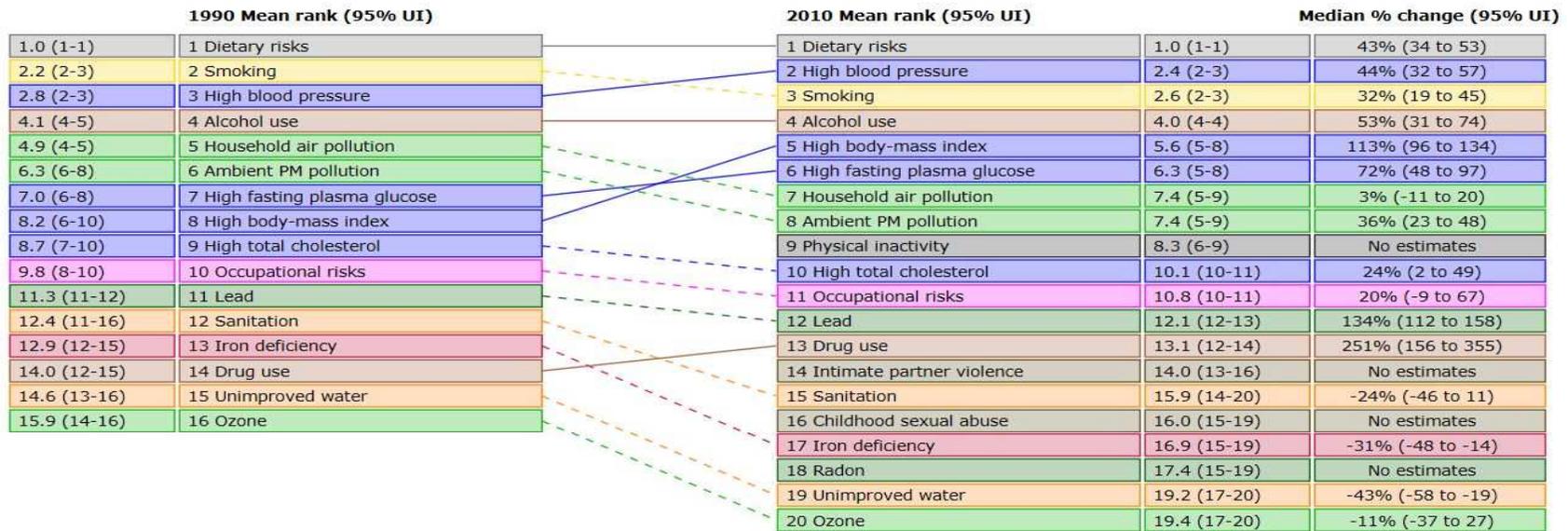


■ Communicable, maternal, neonatal, and nutritional disorders
 ■ Non-communicable diseases
 ■ Injuries

<http://vizhub.healthdata.org/irank/arrow.php>. (Accessed 25/09/2014)

Variazione mortalità dal 1990 al 2010. popolazione mondiale

Mortalità: fattori di rischio



<http://vizhub.healthdata.org/irank/arrow.php>. (Accessed 25/09/2014)

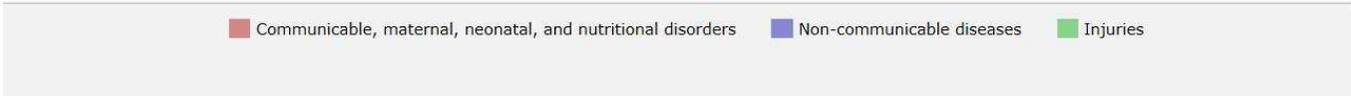
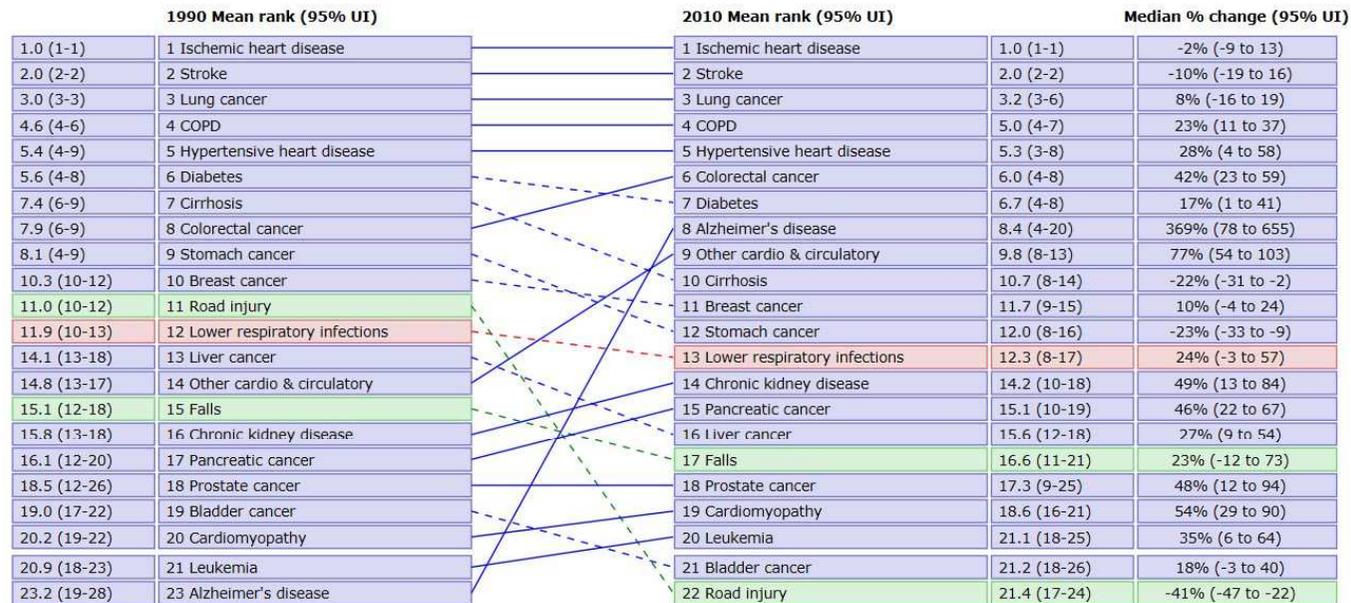
■ Water & sanitation
 ■ Air pollution
 ■ Other environmental
 ■ Undernutrition
 ■ Smoking
 ■ Alcohol & drug use
 ■ Physiological risks
■ Dietary risks
 ■ Physical inactivity
 ■ Occupational risks
 ■ Sexual abuse & violence

Epidemiologia MCV in Italia

In Italia nel 2010 si sono verificati, complessivamente, 220.539 decessi per malattie del sistema circolatorio (95.952 negli uomini e 124.587 nelle donne); di questi, 72.023 decessi sono stati attribuiti a malattie ischemiche del cuore (36.742 negli uomini e 35.281 nelle donne) e 60.586 a malattie cerebrovascolari (23.991 negli uomini e 36.595 nelle donne).

Dato Istat 2010

Mortalità in Italia



<http://vizhub.healthdata.org/irank/arrow.php>. (Accessed 25/09/2014)

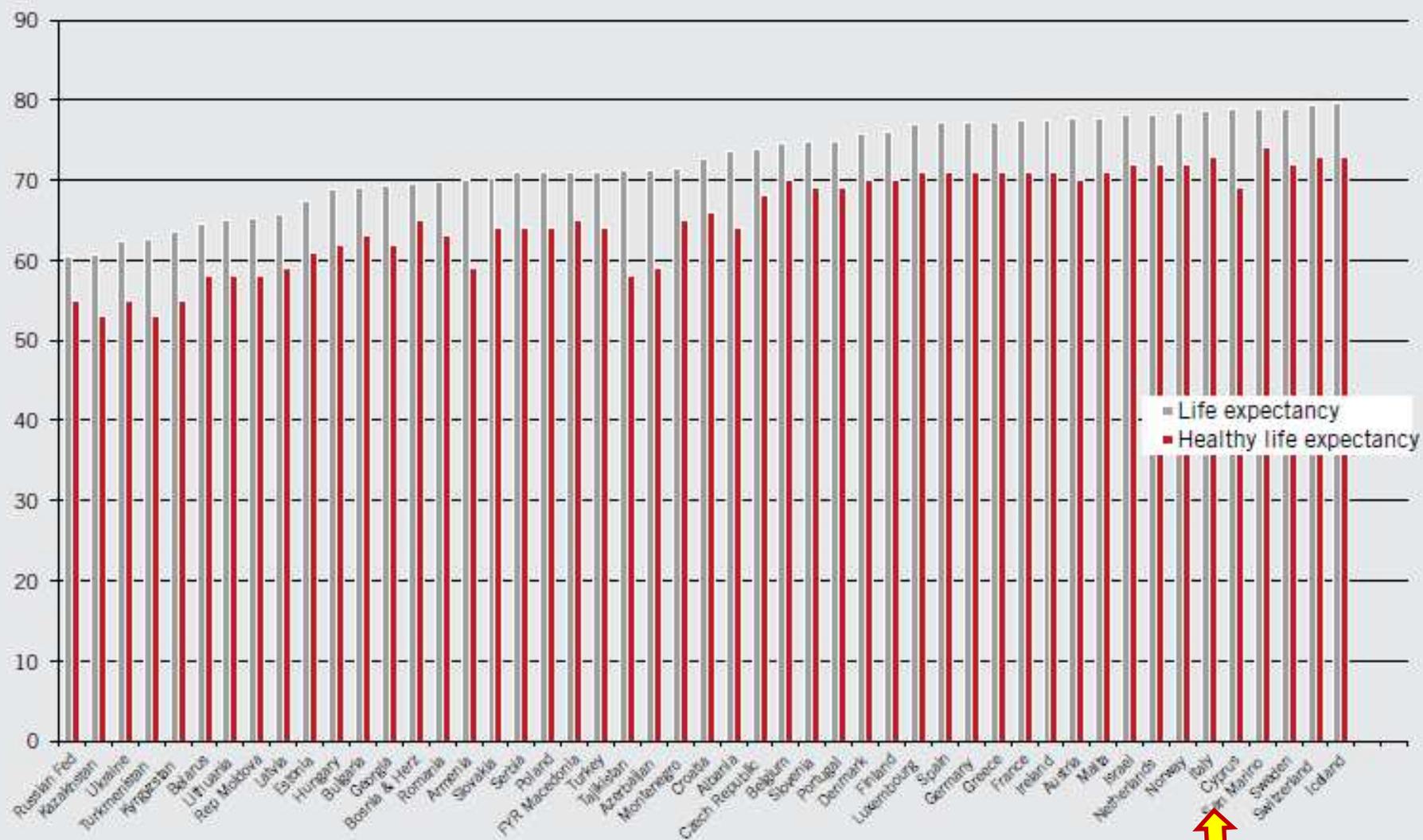
Fattori di rischio: mortalità Italia

1990 Mean rank (95% UI)		2010 Mean rank (95% UI)		Median % change (95% UI)
1.4 (1-2)	1 High blood pressure	1 Dietary risks	1.2 (1-2)	-3% (-9 to 7)
1.6 (1-2)	2 Dietary risks	2 High blood pressure	1.8 (1-2)	-10% (-21 to 3)
3.0 (3-3)	3 Smoking	3 Smoking	3.0 (3-3)	-11% (-24 to -3)
4.0 (4-4)	4 High body-mass index	4 High body-mass index	4.1 (4-5)	11% (-2 to 28)
5.2 (5-6)	5 Ambient PM pollution	5 Physical inactivity	4.9 (4-5)	No estimates
5.9 (5-7)	6 High total cholesterol	6 High fasting plasma glucose	6.2 (6-7)	13% (-11 to 44)
6.9 (6-7)	7 High fasting plasma glucose	7 High total cholesterol	6.8 (6-8)	-13% (-30 to 5)
8.0 (8-8)	8 Alcohol use	8 Ambient PM pollution	7.9 (7-8)	-36% (-43 to -27)
9.0 (9-9)	9 Occupational risks	9 Alcohol use	9.3 (9-12)	-39% (-85 to 42)
10.4 (10-12)	10 Low bone mineral density	10 Lead	9.9 (9-10)	217% (175 to 263)
10.9 (10-12)	11 Lead	11 Occupational risks	11.6 (11-13)	-17% (-33 to 5)
12.1 (10-13)	12 Ozone	12 Low bone mineral density	11.8 (11-13)	29% (-17 to 118)
12.6 (12-13)	13 Drug use	13 Radon	12.9 (10-16)	No estimates
14.0 (14-14)	14 Iron deficiency	14 Ozone	14.0 (13-15)	-15% (-33 to 8)
16.0 (15-21)	15 Zinc deficiency	15 Drug use	14.7 (13-15)	-34% (-49 to 2)
16.5 (15-19)	16 Sanitation	16 Intimate partner violence	16.4 (15-18)	No estimates
16.7 (15-18)	17 Childhood underweight	17 Iron deficiency	16.7 (16-18)	34% (-52 to 100)
17.1 (15-18)	18 Unimproved water	18 Childhood sexual abuse	17.7 (16-18)	No estimates
18.9 (17-19)	19 Vitamin A deficiency	19 Unimproved water	19.3 (19-21)	60% (-18 to 191)
		20 Childhood underweight	20.7 (19-22)	-37% (-73 to 21)
		21 Sanitation	20.8 (20-23)	-36% (-68 to 25)
		22 Zinc deficiency	21.4 (19-23)	-77% (-88 to -52)
		23 Vitamin A deficiency	22.9 (22-23)	-70% (-91 to -23)

Costi per MCV

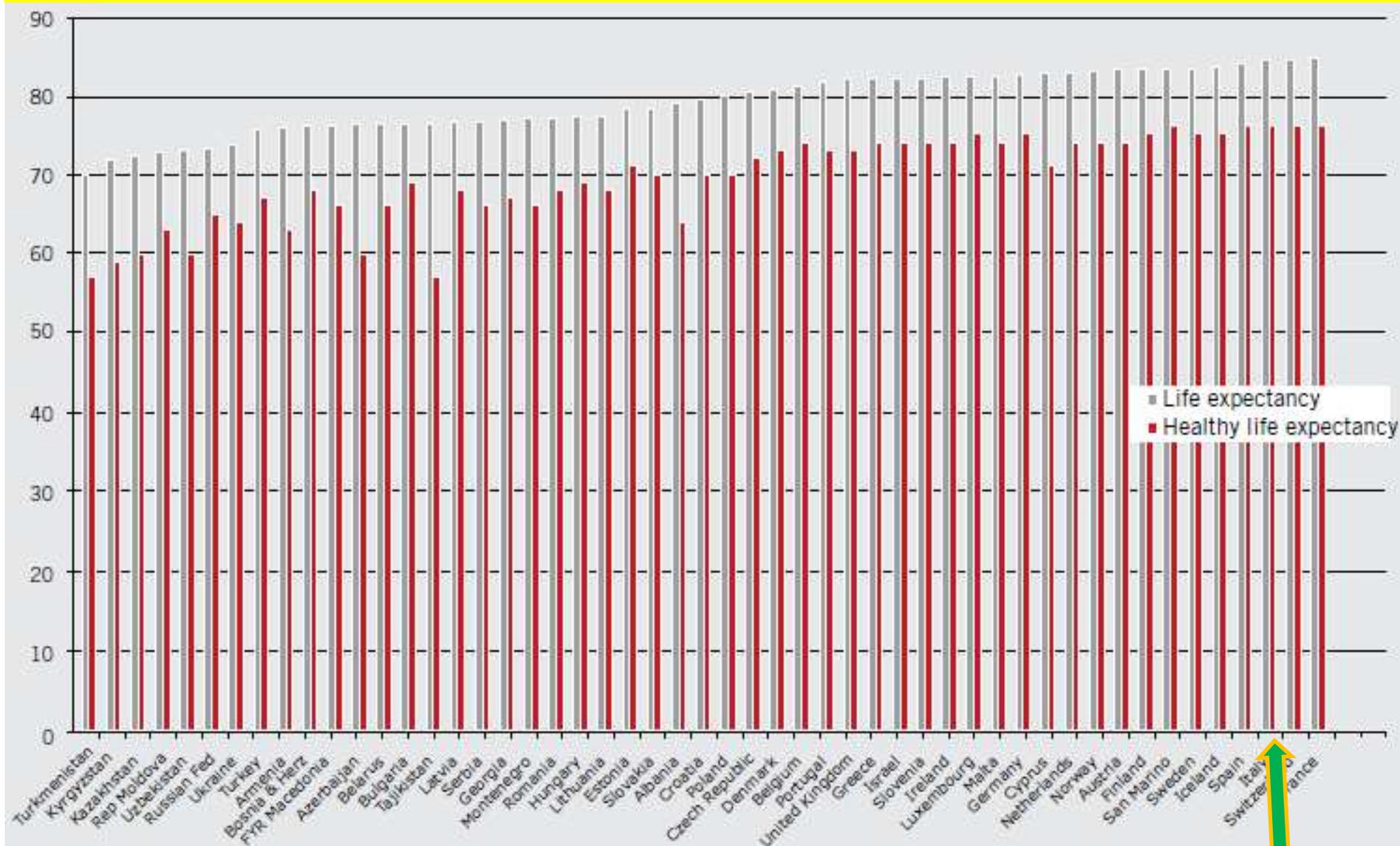
	CVD		CHD		Cerebrovascular disease	
	€ thousands	% of total	€ thousands	% of total	€ thousands	% of total
Direct health care cost	106,156,940	54%	19,867,875	33%	19,102,868	50%
Productivity loss due to mortality	26,963,326	14%	12,014,249	20%	4,812,409	13%
Productivity loss due to morbidity	18,873,665	10%	5,530,552	9%	3,329,282	9%
Informal care cost	43,560,202	22%	22,812,144	38%	11,115,782	29%
Total	195,554,133		60,224,820		38,360,340	
Tratto da European Cardiovascular Disease Statistics 2012 edition						

Attesa di vita e attesa di vita sana, uomini, Europa



Source: from data in World Health Organization Regional Office for Europe, European Health Report, 2009.²⁷

Attesa di vita e attesa di vita sana, donne, Europa

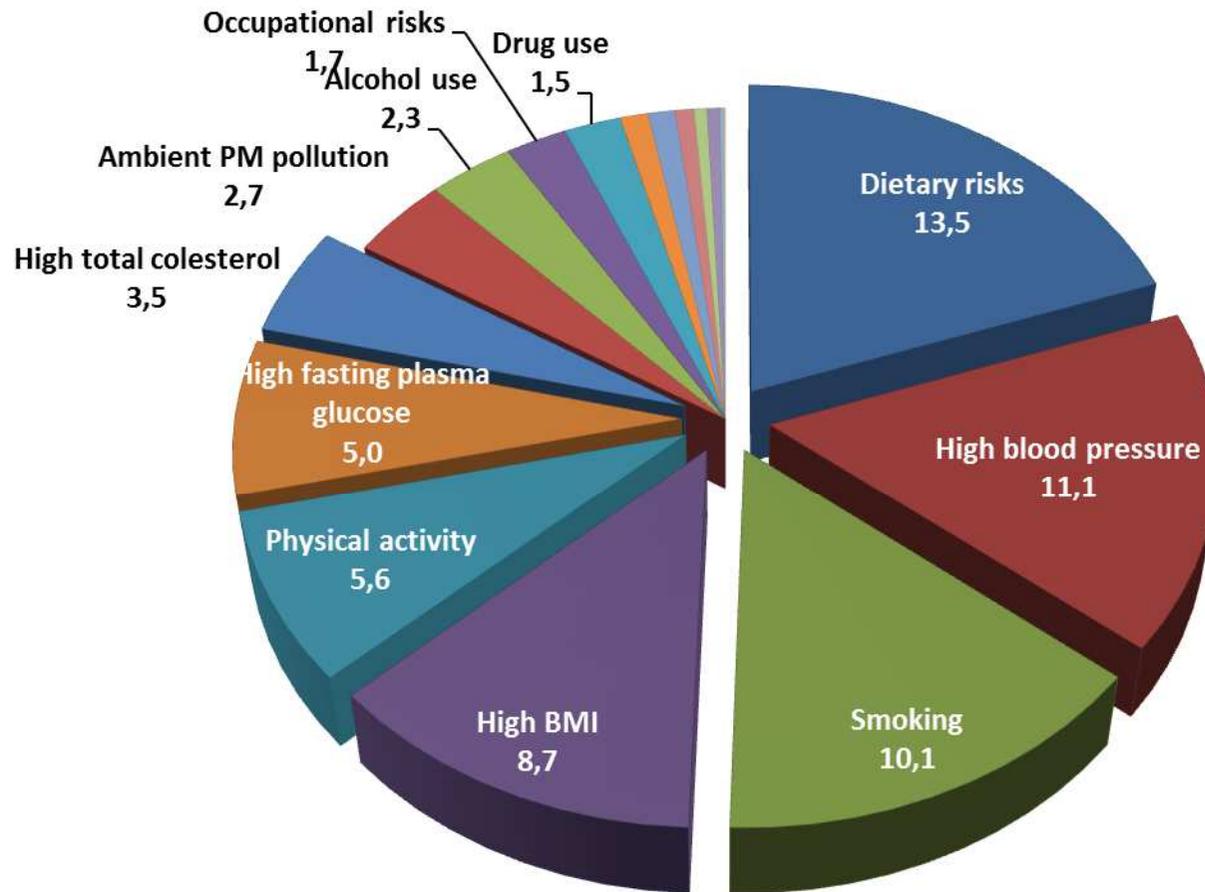


Source: from data in World Health Organization Regional Office for Europe, European Health Report, 2009.²⁷

Disability-Adjusted Life Year (DALY)

Il DALY è il risultato della somma degli anni di vita persi (YLL) in seguito a mortalità prematura con gli anni vissuti in disabilità o malattia (YLD).

DALY Italia 2010 = 16.275.000



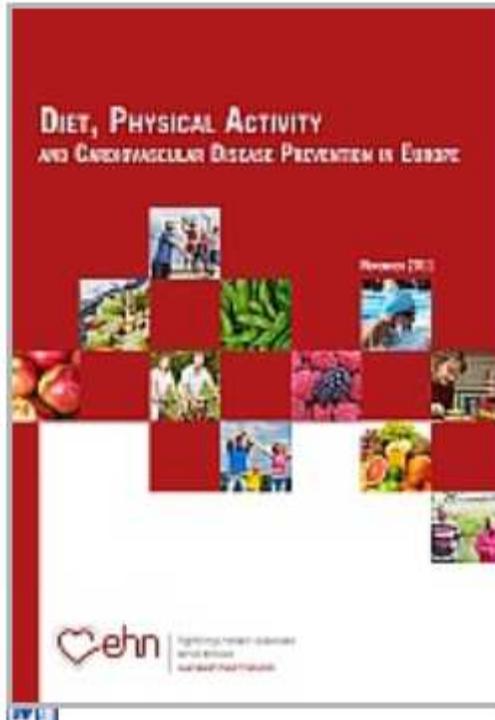
Dalys Italia

1990 Mean rank (95% UI)		2010 Mean rank (95% UI)		Median % change (95% UI)
1.0 (1-1)	1 Ischemic heart disease	1 Ischemic heart disease	1.2 (1-2)	-21% (-27 to -10)
2.4 (2-3)	2 Stroke	2 Low back pain	1.8 (1-3)	14% (-11 to 44)
2.6 (2-3)	3 Low back pain	3 Stroke	3.1 (3-4)	-26% (-32 to -7)
4.5 (4-6)	4 Lung cancer	4 Major depressive disorder	4.4 (3-7)	12% (-16 to 52)
5.3 (4-6)	5 Road injury	5 Falls	5.5 (4-9)	31% (15 to 48)
5.5 (4-9)	6 Major depressive disorder	6 Lung cancer	5.9 (4-10)	-13% (-28 to -5)
7.4 (6-10)	7 Diabetes	7 Diabetes	7.0 (5-10)	8% (-5 to 22)
8.7 (6-13)	8 Falls	8 Neck pain	9.3 (5-13)	11% (-1 to 25)
9.1 (7-12)	9 COPD	9 Other musculoskeletal	9.3 (7-12)	20% (10 to 31)
10.2 (6-15)	10 Neck pain	10 COPD	9.6 (6-13)	3% (-5 to 12)
10.7 (8-13)	11 Cirrhosis	11 Alzheimer's disease	10.8 (8-14)	120% (71 to 165)
11.4 (9-14)	12 Other musculoskeletal	12 Road injury	11.3 (8-14)	-36% (-44 to -23)
13.9 (12-16)	13 Colorectal cancer	13 Colorectal cancer	12.4 (10-14)	20% (3 to 32)
14.8 (10-20)	14 Migraine	14 Migraine	14.8 (11-22)	0% (-20 to 26)
15.4 (13-18)	15 Breast cancer	15 Breast cancer	15.6 (14-18)	-5% (-14 to 6)
15.6 (11-19)	16 Stomach cancer	16 Other cardio & circulatory	17.0 (14-21)	24% (4 to 46)
15.6 (11-20)	17 Drug use disorders	17 Cirrhosis	17.6 (14-21)	-38% (-43 to -20)
19.0 (16-23)	18 Hypertensive heart disease	18 Drug use disorders	18.4 (14-24)	-16% (-32 to 2)
19.2 (14-26)	19 Anxiety disorders	19 Hypertensive heart disease	18.8 (15-23)	2% (-13 to 19)
20.4 (17-25)	20 Other cardio & circulatory	20 Anxiety disorders	19.0 (14-26)	2% (-16 to 23)
22.4 (19-29)	21 Alzheimer's disease	22 Stomach cancer	22.7 (17-28)	-34% (-43 to -26)

<http://vizhub.healthdata.org/irank/arrow.php>. (Accessed 25/09/2014)

Rapporto su MCNT, Europa, OMS 2005

Gruppo di cause*	Carico di malattia (DALY) (x1. 000)	Percentuale sul totale delle cause	Morti (x 1.000)	Percentuale sul totale delle cause
Malattie cardiovascolari	34.421	23%	5.067	52%
Condizioni neuro-psichiatriche	29.370	20%	264	3%
Tumori maligni	17.025	11%	1.855	19%
Malattie apparato digerente	7.117	5%	391	4%
Malattie respiratorie	6.835	5%	420	4%
Disordini organi di senso	6.339	4%	0	0%
Malattie muscolo-scheletriche	5.745	4%	26	0%
Diabete	2.319	2%	153	2%
Condizioni del cavo orale	1.018	1%	0	2%
Tutte le MCNT	110.189	75%	8.176	86%
Tutte le cause	146.919		9.507	



22 novembre 2011

"Alcuni miglioramenti si osservano nella aspettativa di vita. Tuttavia, stiamo assistendo ad un aumento del carico di malattia cardiovascolare e di un livellamento dei tassi di mortalità – le tendenze in decrescita in precedenza si sono ora invertite. Le malattie cardiovascolari sono causa non solo della morte prematura e responsabili per quasi la metà dei decessi ogni anno (48% o più di 4,3 milioni in Europa), ma sono anche causa di disabilità cronica su larga scala in tutta Europa. I cittadini a più basso censo sono quelli maggiormente colpiti e nei paesi più poveri la salute sta peggiorando".



" le casse degli Stati nazionali sono sotto pressione, costringendo i governi di tutta Europa a tagliare le spese previdenziali e ad aumentare l'età pensionabile. Nel clima economico attuale, le tesorerie UE stanno facendo un grave errore a trascurare i costi economici delle malattie cardiovascolari. I governi devono dare priorità ad azioni preventive su basi comprovate. Cambiare il sistema alimentare e i modelli di attività fisica in Europa richiede un intervento coerente a livello nazionale, locale ed Europeo, come mezzo per ottenere benefici economici significativi".

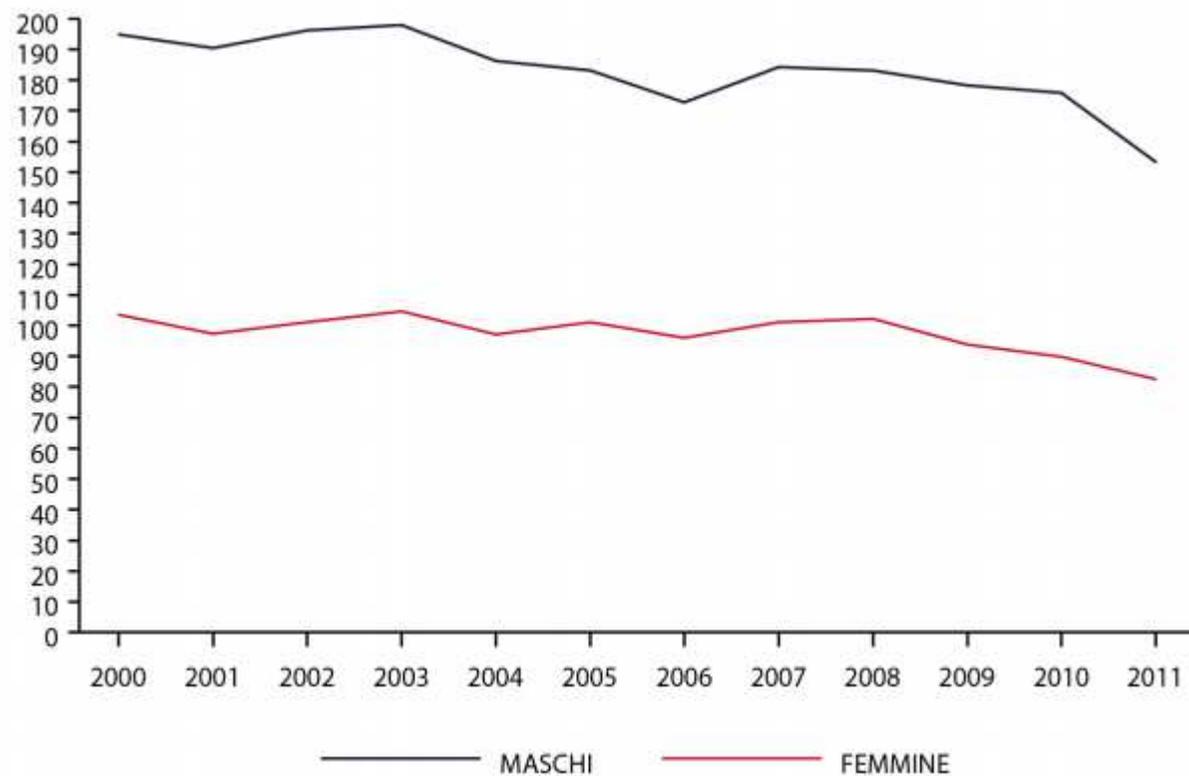
Mortalità in Veneto per IMA

Anno	MASCHI				FEMMINE				TOTALE			
	N	Tasso osservato	Tasso standardizzato	%	N	Tasso osservato	Tasso standardizzato	%	N	Tasso osservato	Tasso standardizzato	%
2007	3.009	130,20	184,34	14,5	3.292	136,15	101,16	14,8	6.301	133,24	133,24	14,6
2008	3.035	129,82	183,13	14,2	3.395	138,83	102,18	14,9	6.430	134,43	133,56	14,6
2009	2.992	126,87	178,37	14,1	3.157	127,85	93,82	13,9	6.149	127,37	126,02	14,0
2010	3.011	127,42	175,96	14,1	3.079	124,21	89,83	13,3	6.090	125,78	122,35	13,7
2011	2.776	117,45	153,33	13,0	2.994	120,32	82,47	12,7	5.770	118,92	110,17	12,9

Classi di età	MASCHI			FEMMINE			TOTALE		
	N	Tasso osservato	Intervallo di confidenza	N	Tasso osservato	Intervallo di confidenza	N	Tasso osservato	Intervallo di confidenza
0	0	0	-	0	0	-	0	0	-
01-14	0	0	-	0	0	-	0	0	-
15-29	9	0,5	(0,2-0,8)	0	0,0	(0,0-0,0)	9	0,3	(0,1-0,4)
30-44	124	4,1	(3,4-4,9)	24	0,8	(0,5-1,2)	148	2,5	(2,1-2,9)
45-64	1.637	51,1	(48,6-53,6)	339	10,5	(9,4-11,6)	1.976	30,7	(29,4-32,1)
65-74	2.573	222,0	(213,4-230,5)	857	64,7	(60,4-69,1)	3.430	138,1	(133,5-142,7)
75-84	5.441	830,3	(808,3-852,4)	4.150	401,9	(389,7-414,1)	9.591	568,2	(556,9-579,6)
85+	5.039	3.110,9	(3.025,0-3.196,8)	10.547	2.386,6	(2.341,1-2.432,2)	15.586	2.580,9	(2.540,4-2.621,4)
TOT	14.823	126,3	(124,3-128,4)	15.917	129,4	(127,4-131,4)	30.740	127,9	(126,5-129,3)

Tratto da SER: IMA: mortalità. Anno 2012.

Mortalità per cardiopatie ischemiche: tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9 / ICD10 per sesso (per 100.000). Veneto, anni 2000-2011. Standardizzazione diretta, popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2007.



Ospedalizzazione Veneto: suddivisione per classi di età

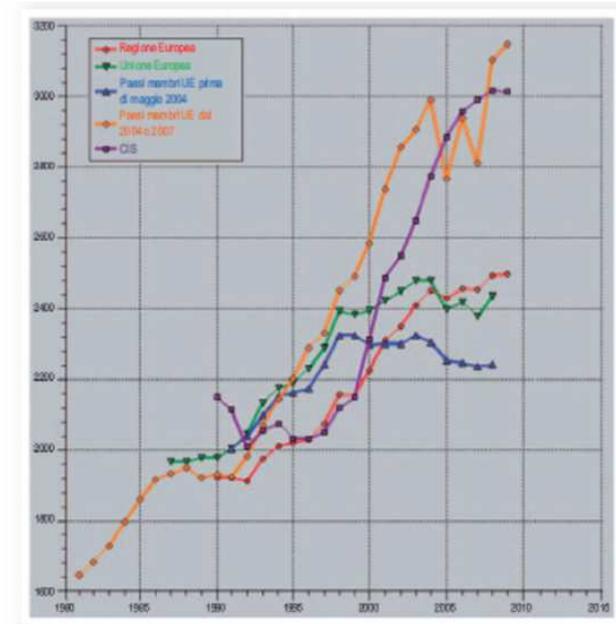
Età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	Tasso spec	N	Tasso spec	N	Tasso spec
0-44	196	15,4	38	3,1	234	9,4
45-64	1.398	207,2	289	42,3	1.687	124,2
65-74	1.065	440,8	397	146,4	1.462	285,1
75-84	1.000	715,8	784	377,4	1.784	513,5
85 +	433	1123,1	777	765,9	1.210	864,3
Totale	4.092	173,0	2.285	91,7	6.377	131,3

Tratto da SER: IMA: numero e tasso di eventi ospedalizzati per età e sesso. Residenti in Veneto. Anno 2012.

Ospedalizzazione anni 2006-2012

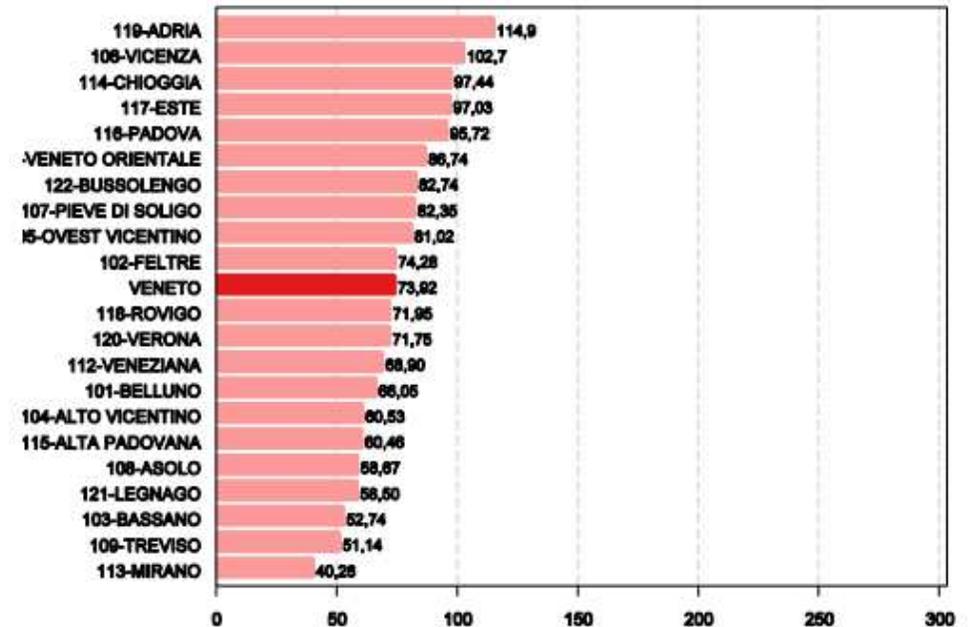
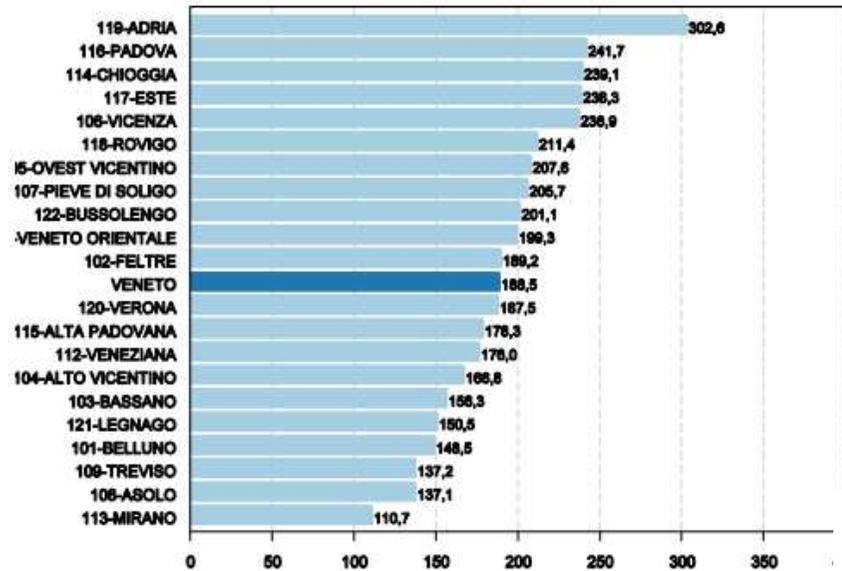
Anno	Maschi			Femmine			Totale		
	Infarto NSTEMI	Infarto STEMI	Totale	Infarto NSTEMI	Infarto STEMI	Totale	Infarto NSTEMI	Infarto STEMI	Totale
2006	70,0	117,3	187,3	44,8	77,3	122,1	57,1	96,9	154,0
2007	73,7	115,4	189,1	40,0	70,3	110,3	56,5	92,3	148,8
2008	69,1	113,9	183,0	39,8	65,9	105,7	54,1	89,4	143,5
2009	68,7	109,8	178,5	42,6	59,9	102,4	55,3	84,3	139,6
2010	75,5	103,9	179,4	44,1	57,5	101,6	59,5	80,1	139,6
2011	77,4	101,2	178,6	44,1	51,8	95,9	60,3	75,8	136,2
2012	78,3	94,8	173,0	43,8	47,9	91,7	60,6	70,7	131,3

Tratto da SER: IMA: tasso standardizzato diretto di eventi ospedalizzati per tipo di infarto e sesso (per 100.000). Residenti in Veneto. Anni 2006-2012. Popolazione standard: popolazione residente in Veneto, anno 2007.



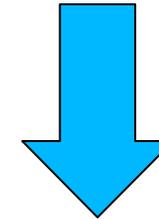
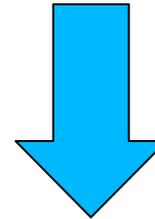
Tasso ospedalizzazione Europa

Ospedalizzazione per ULSS



Prevenzione

Cause delle malattie croniche

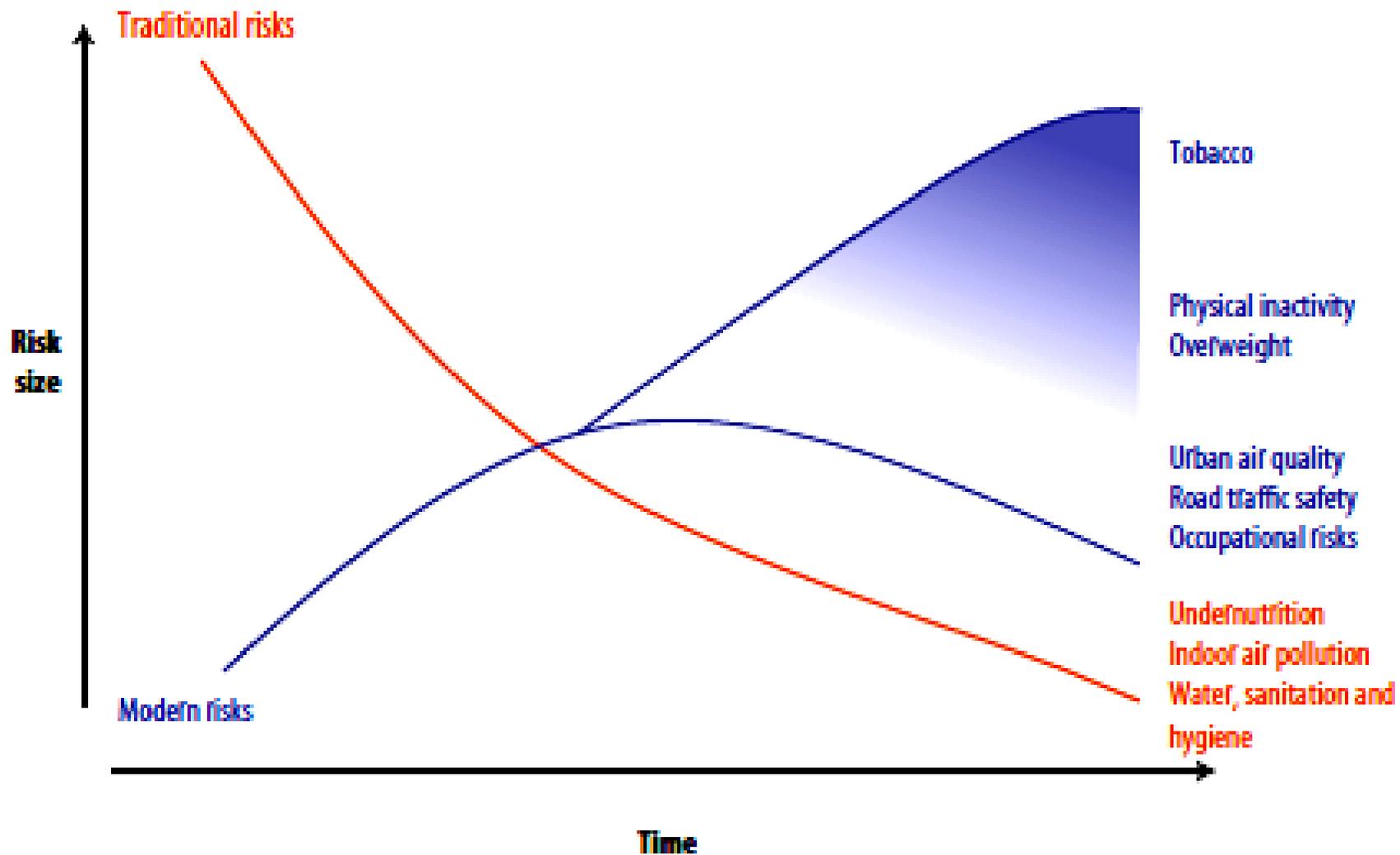


Fonte: Oms

Fattori di rischio

Malattie CNT

La transizione epidemiologica in Occidente



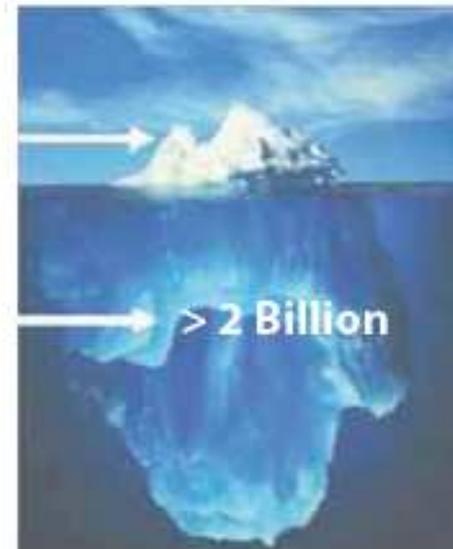
Fattori di rischio

Public health burden hidden and underestimated

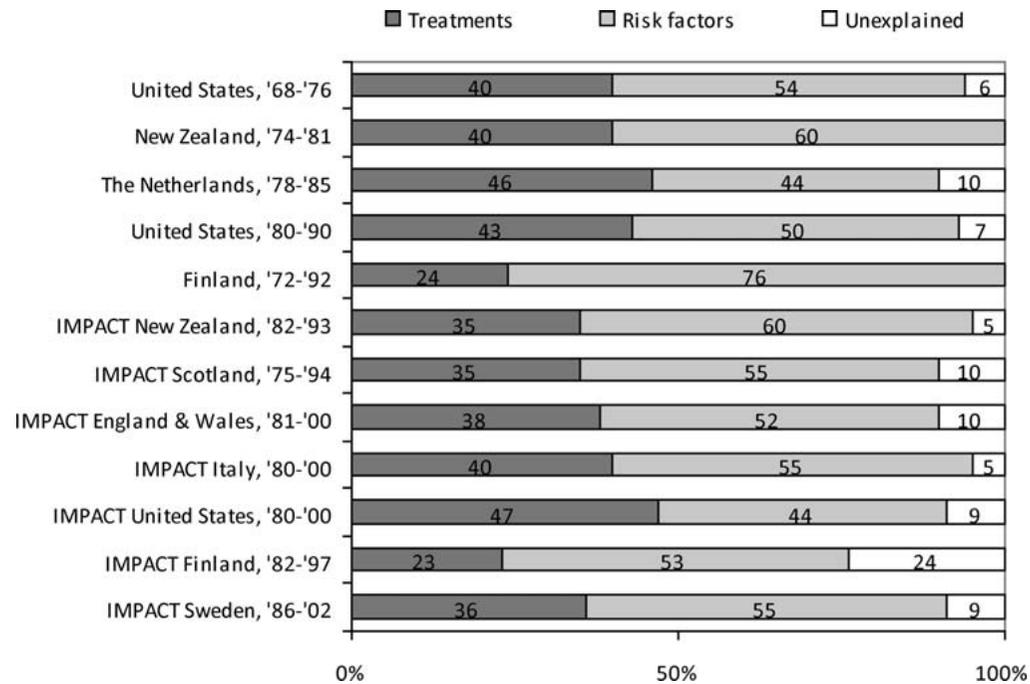
Heart attacks and strokes are only the tip of the iceberg

Risk factor burden; unrecognised

- Obesity
- Physical activity
- Unhealthy diet
- Tobacco use
- Raised blood pressure
- Raised blood sugar
- Raised blood lipids
- Air pollution
- Poverty

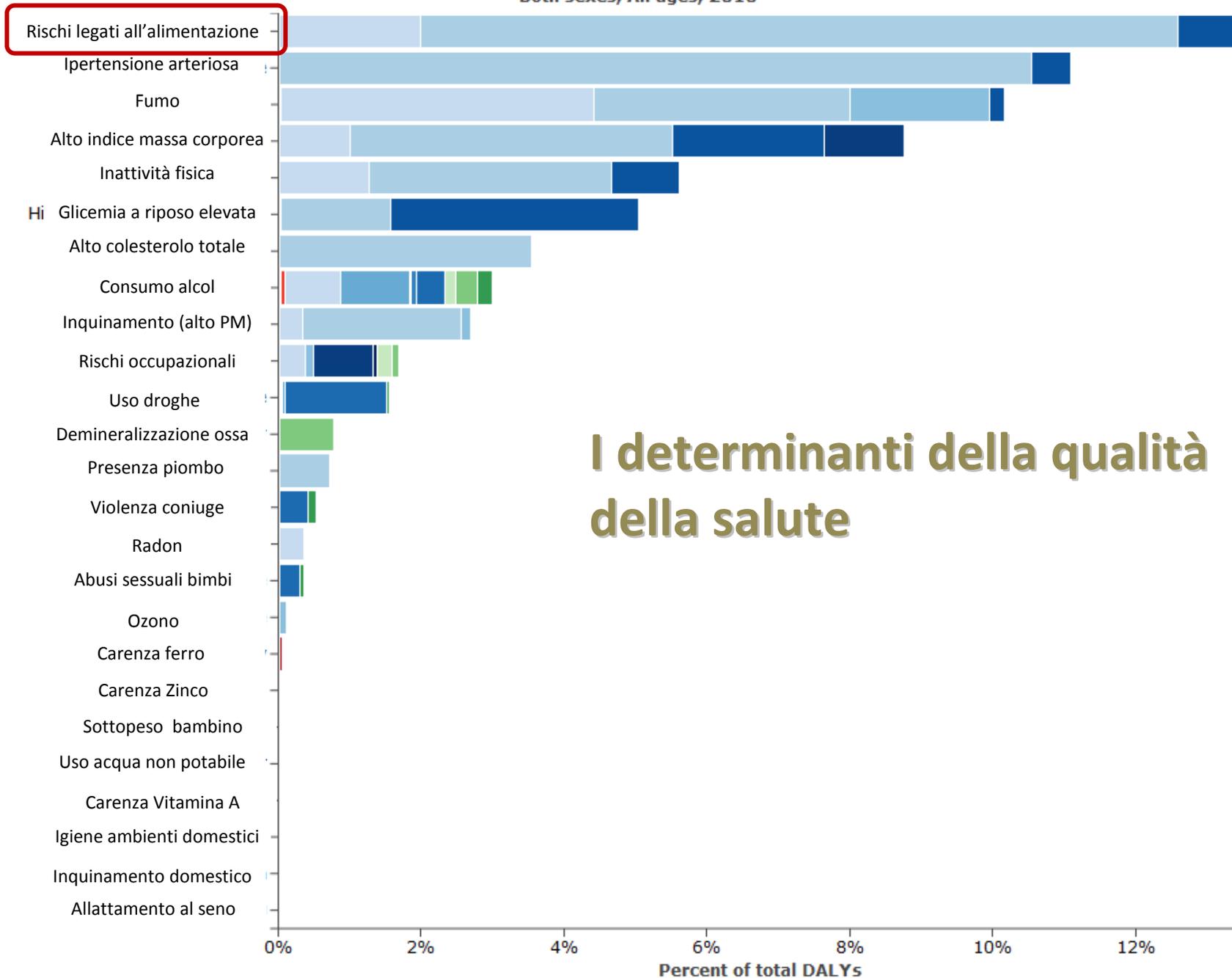


Diminuzione % di mortalità per MCV attribuibile a: trattamento, cambiamento dei Fattori di Rischio o non definito.



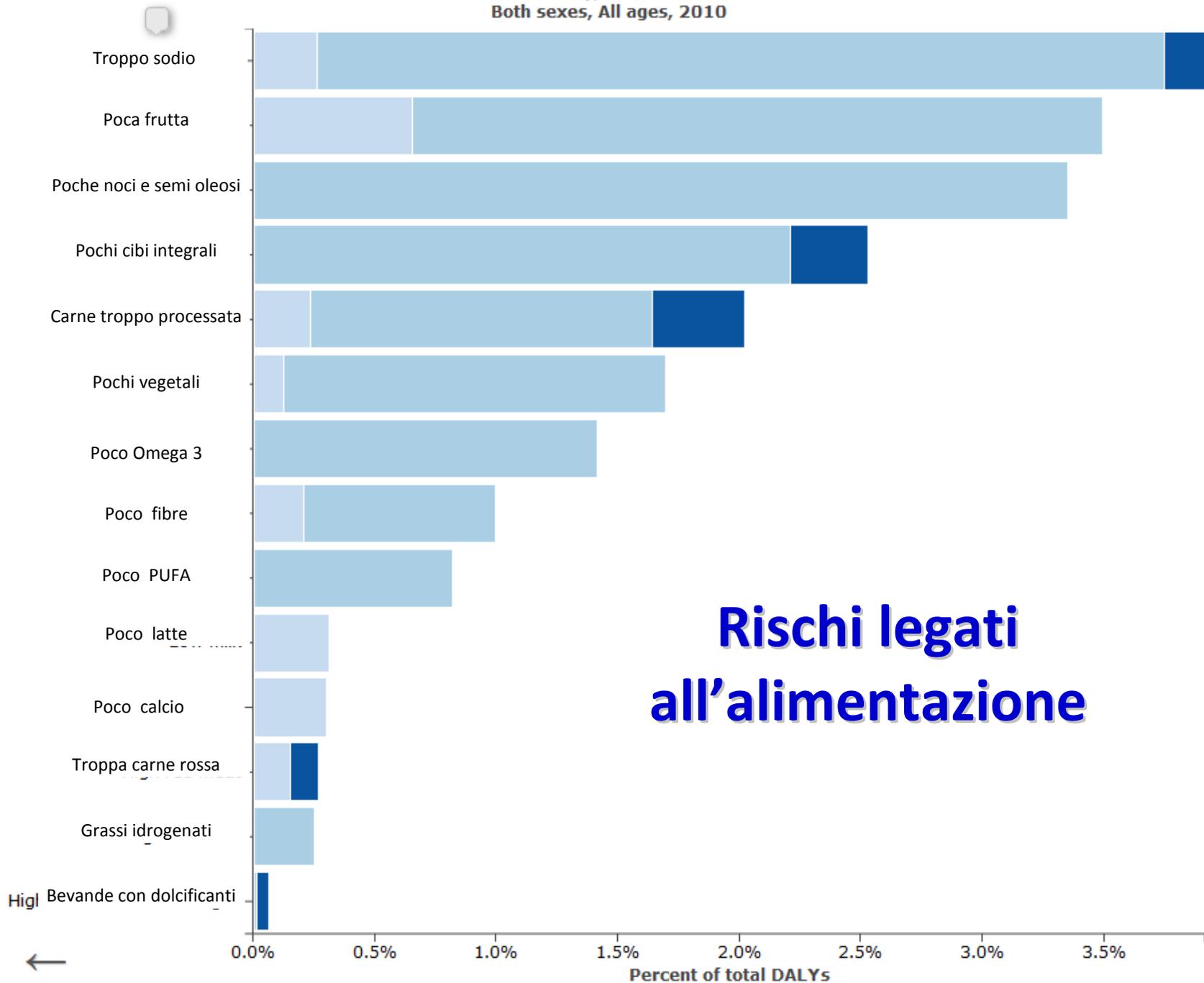
Percentage decrease in deaths from coronary heart disease attributed to treatments and risk factor changes in different population Studies. Tratto da (Di Chiara et al.)

Italy, DALYs
Both sexes, All ages, 2010



I determinanti della qualità della salute

1001y, DALYs
Both sexes, All ages, 2010



Italy

2010 total population: 60 550 848

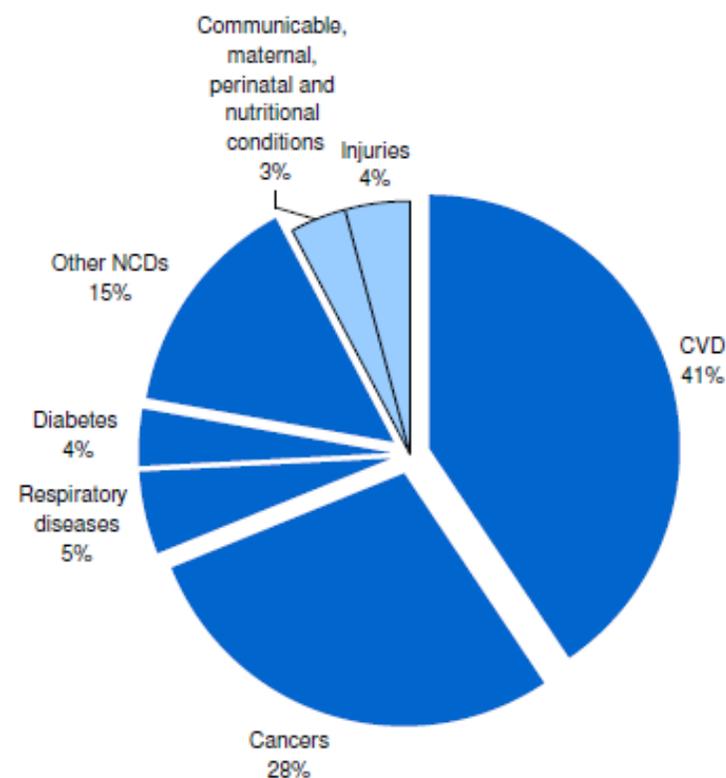
Income group: High

NCD mortality			
<i>2008 estimates</i>			
	<i>males</i>	<i>females</i>	
Total NCD deaths (000s)	256.1	280.8	
NCD deaths under age 60 (percent of all NCD deaths)	9.8	5.6	
<i>Age-standardized death rate per 100 000</i>			
All NCDs	399.8	244.9	
Cancers	158.0	90.7	
Chronic respiratory diseases	24.6	9.4	
Cardiovascular diseases and diabetes	156.3	102.0	

Behavioural risk factors			
<i>2008 estimated prevalence (%)</i>			
	<i>males</i>	<i>females</i>	<i>total</i>
Current daily tobacco smoking	26.3	13.5	19.6
Physical inactivity	51.0	61.8	56.6

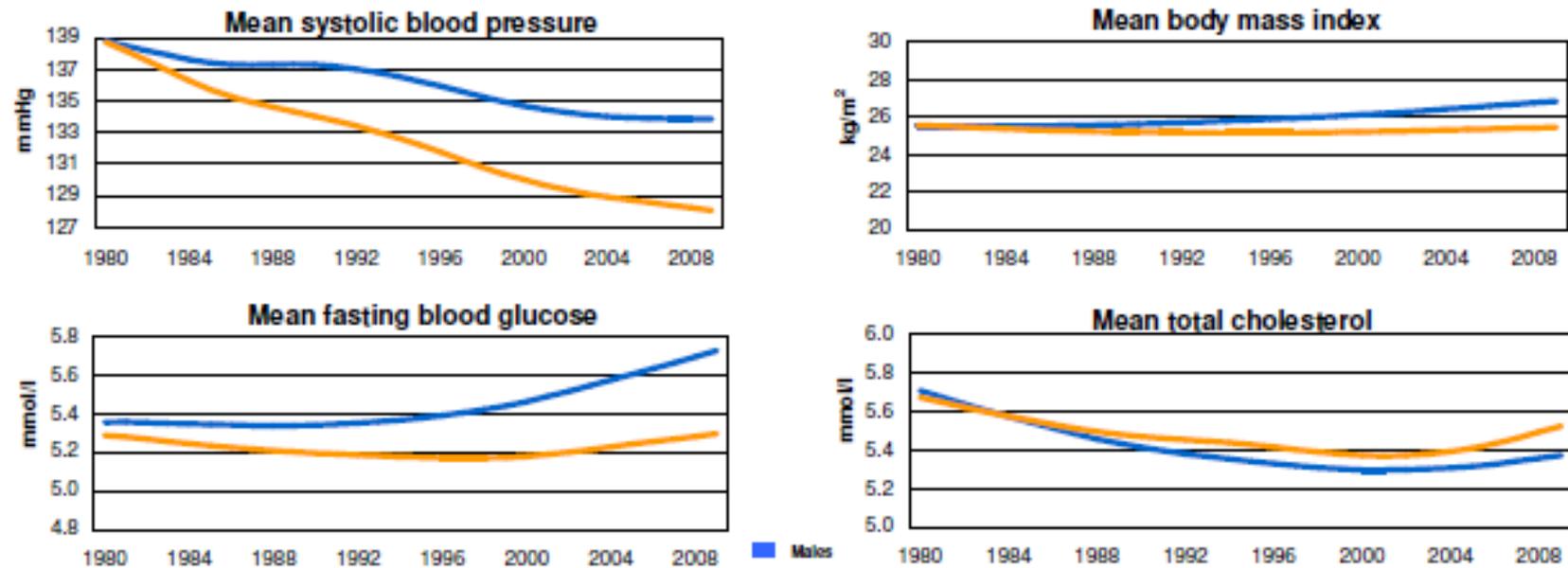
Metabolic risk factors			
<i>2008 estimated prevalence (%)</i>			
	<i>males</i>	<i>females</i>	<i>total</i>
Raised blood pressure	47.9	44.4	46.1
Raised blood glucose	10.6	7.6	9.1
Overweight	61.8	47.1	54.1
Obesity	21.2	18.5	19.8
Raised cholesterol	63.5	66.8	65.2

Proportional mortality (% of total deaths, all ages)



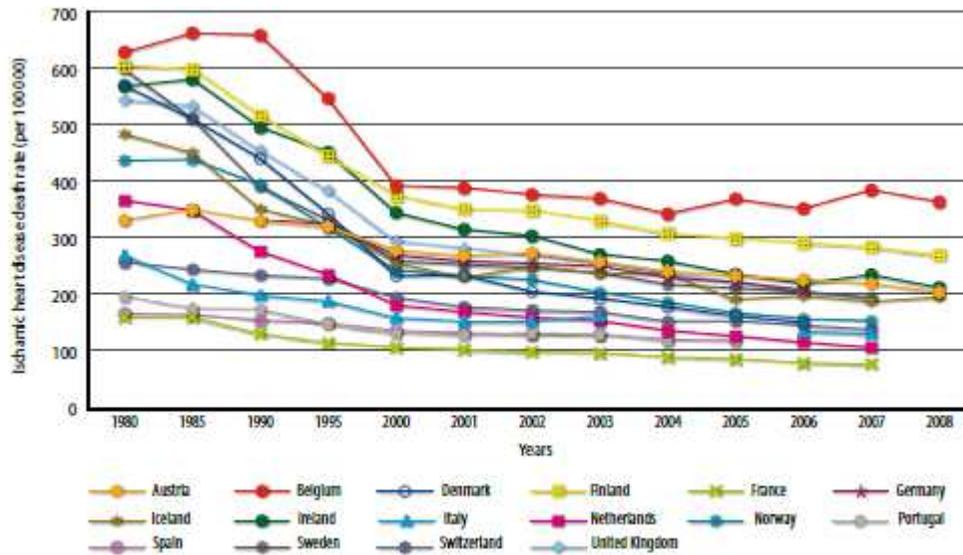
NCDs are estimated to account for 92% of all deaths.

Metabolic risk factor trends



Andamento di pressione arteriosa, indice di massa corporea, glicemia a digiuno e colesterolo, popolazione italiana, 2010 NCD WHO

Le **MCNT**: l'evoluzione

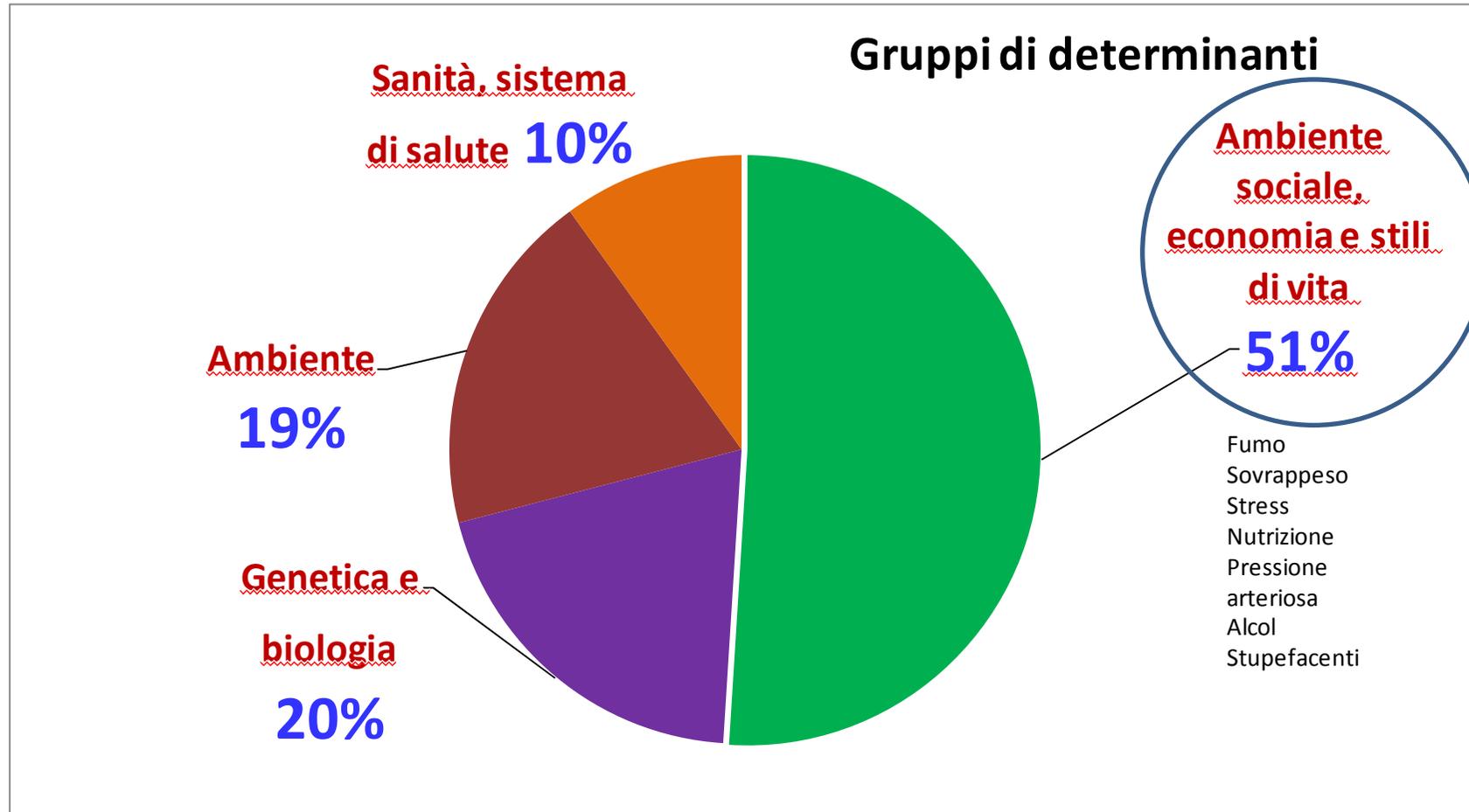


Mortalità in crescita: +15% nel 2020 : CHD mortality projections to 2020, comparing different policy scenarios. Euroheart II

Incidenza cancro in crescita (OCSE): +40% nel 2030

Le **MCNT**: basta attivare il sistema di salute?

Fattori che influenzano lo stato di salute



Le **MCNT**: come agire sugli stili di vita?

L'esempio della cattiva alimentazione

Fattori internazionali

Fattori nazionali

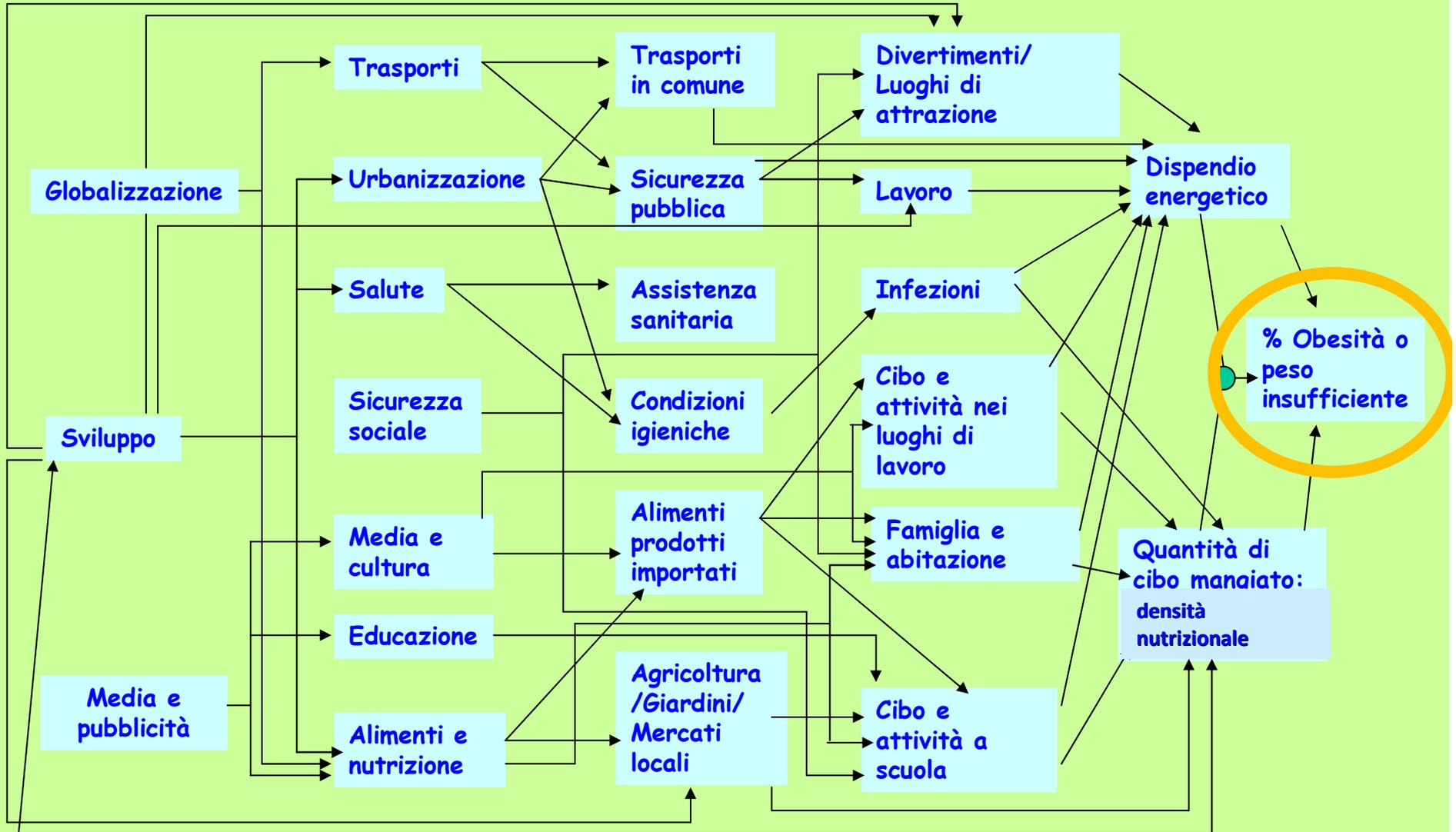
Nazionali /regionali

Locali

Lavoro/ scuola/casa

Personali

Popol.



Le **MCNT**: soluzioni complesse a
problemi complessi?

**Interventi “complessi”:
l’esempio di “Guadagnare Salute”**



guadagnare
salute

rendere facili le scelte salutari

DPCM 4 maggio 2007

Un programma d'azione

condiviso e coordinato per contrastare i quattro principali fattori di rischio di malattie croniche nel nostro paese:

- poca attività fisica
- scorretta alimentazione
- abuso di alcol
- Tabagismo

Una strategia

per promuovere la salute come bene collettivo con *integrazione* tra le azioni che competono alla collettività e quelle che sono responsabilità dei singoli

Daniela Galeone, Ministero della Salute

Una nuova strategia per la salute

Mettere le persone al centro dell'agire

- informare
- educare
- assistere
- stimolare la responsabilità individuale

I cittadini diventano partner attivi della promozione della salute

Sviluppare sinergie per i cittadini

- Amministrazioni centrali
- Amministrazioni locali
(Regioni, Province, Comuni)
- Servizio Sanitario Nazionale
- Professionisti della salute
- Scuola
- Mondo del lavoro e dell'industria
- Associazionismo, Privato sociale

Azioni e politiche concrete per facilitare le scelte salutari

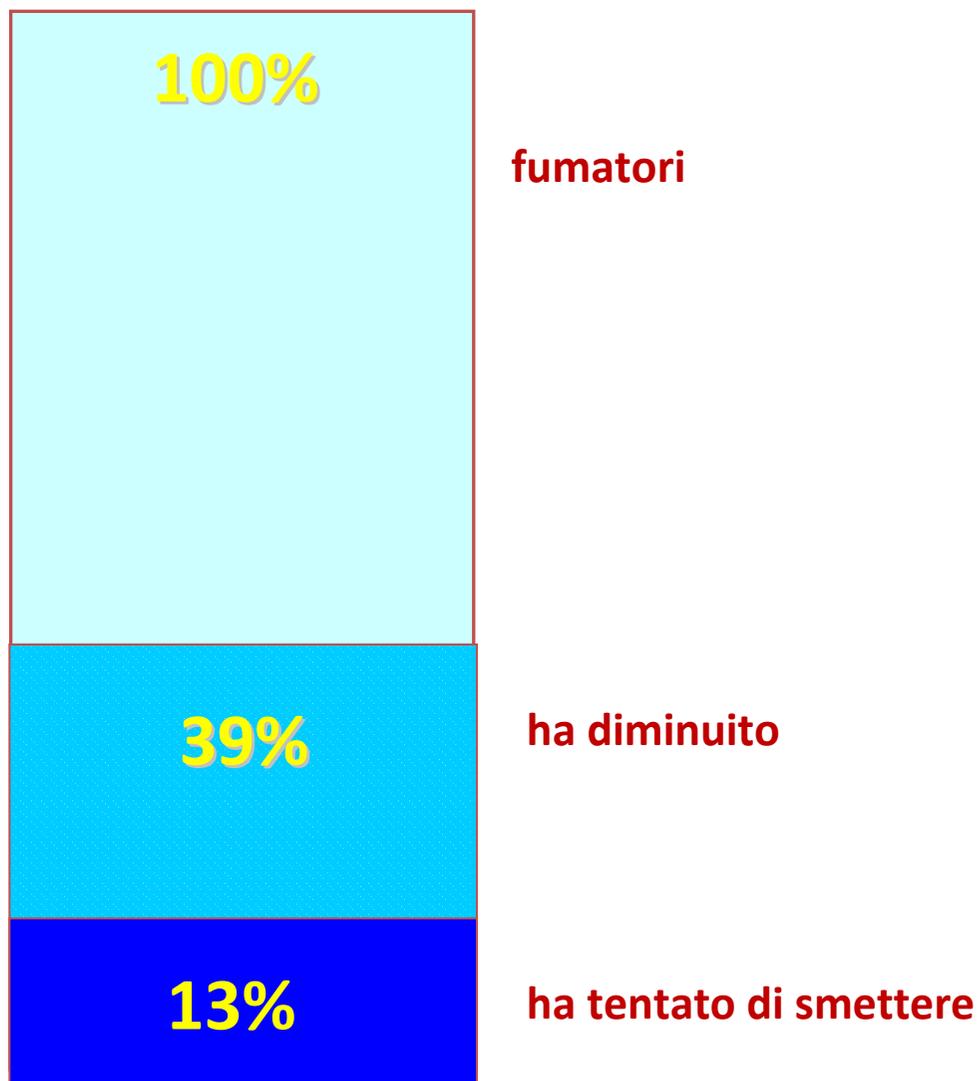
Strumenti del Programma

- **La “Piattaforma Nazionale su alimentazione, attività fisica e tabagismo”**
- **I Protocolli d’intesa**
- **La Comunicazione**
- **I Sistemi di Sorveglianza**

Le **MCNT**: ma funzionano gli
interventi complessi?

**Interventi “complessi”:
provocano un cambiamento?**

CAMBIARE LE REGOLE DEL SISTEMA: L'influenza della Legge sui Fumatori



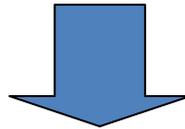
Effetto
sull'abitudine al
fumo fra gli
intervistati che
lavorano, indotto
dalla legge che
vieta di fumare
negli esercizi
pubblici



CAMBIARE LE “REGOLE” DELL’INDIVIDUO :

????????????????????

Qual è la strategia di fondo per migliorare
l'alimentazione e l'attività fisica, diminuire la
sedentarietà, il fumo e il consumo di alcol?



Una strategia che **aumenti** consapevolezza
dei problemi o aspetti di salute, **porti** a un
cambiamento della percezione individuale
e **favorisca** un cambiamento di
comportamenti a un maggior controllo
sulla propria salute

Le **MCNT**: ma bastano gli “interventi”
complessi?

Dietro i cambiamenti legati alle scelte
individuali ci sono i **fattori sociali ed
economici**

Piramide causale delle MCNT



Management

La crisi ha allargato la forbice della diseguaglianza sociale e quasi la metà della **ricchezza nazionale, circa il 47%, è ormai concentrata nelle mani del 10% delle famiglie.** Il dato emerge da un aggiornamento del rapporto sui salari 2012 della Fisac-Cgil che segnala anche il sempre maggior distacco tra le retribuzioni dei top manager e quelle dei lavoratori medi.

	Valore rilevato su tutto il campione	genere		età		istruzione		difficoltà economiche		
		uomini	donne	65-74	75 e più	bassa	alta	nessuna	poche	molte
Fattori di rischio comportamentali										
Fumatori	9,6	13	7	6	13	7	13	11	10	13
Consumatori di alcol a rischio*	18,8	32	9	23	15	16	24	25	19	15
Insufficiente consumo di frutta e verdura°	46,2	48	45	46	50	50	40	37	46	55
Attività fisica (Mediana Punteggio PASE)§	90	98	89	105	70	89	100	103	90	81
Fattori fisici e sensoriali										
Cattiva masticazione	14,8	12	17	9	20	19	9	5	11	22
Udito insufficiente	16,5	16	17	10	23	20	12	7	12	16
Vista insufficiente	13,4	11	15	7	20	17	8	5	8	17
Percezione di sintomi di depressione	21,4	14	26	18	26	25	17	12	22	42
Malattia cronica non trasmissibile	63,2	67	62	58	70	67	59	55	62	70
Cadute negli ultimi 30 giorni	11,1	9	13	8	14	12	9	7	10	16
Non effettuazione vaccinazione anti- influenzale	38,1	38	38	47	29	35	43	42	36	32
Inabilità per 2 o più IADL	36,1	31	40	19	54	45	22	16	27	40
Disabilità per 1 o più ADL	16,3	13	19	6	26	21	9	4	8	14

*più di una unità alcolica/die

° meno di 3-4 porzioni/die

Fonte: PASSI d'Argento, ISS, 2013

Nei paesi sviluppati, l'evidenza mostra che le MCNT e i loro fattori di rischio **inizialmente** si verificano in gruppi con il più alto status socio-economico che vivono nelle aree urbane, prima che il carico della malattia si sposti a tutti i gruppi sociali.

Inoltre, i gruppi con **migliore status socioeconomico di solito sono i primi a rispondere alle campagne** di prevenzione delle malattie croniche, mentre quelli con basso status socio-economico continuano a sperimentare tassi crescenti di malattie non trasmissibili. Si pensa che questi schemi siano validi anche per i paesi in via di sviluppo, dove il carico delle malattie croniche si sta spostando gradualmente verso i gruppi con basso livello di istruzione o di status economico.

Il **doppio carico di malattia** (MT e MCNT) che sfida oggi molti paesi in via di sviluppo continuerà a crescere sui sistemi già sovraccarichi con il risultato che le famiglie con basso status socio-economico probabilmente riceveranno attenzioni e cure inadeguate sia per le malattie trasmissibili che non trasmissibili.

In Europa c'è una differenza di 20 anni nell'aspettativa di vita in buona salute, fra gruppi socio-economici diversi.

E allora che si fa?



FIRST GLOBAL MINISTERIAL CONFERENCE ON
**HEALTHY LIFESTYLES AND
NONCOMMUNICABLE DISEASE CONTROL**

28-29 April 2011
Moscow,
Russian Federation

ПЕРВАЯ ГЛОБАЛЬНАЯ МИНИСТЕРСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО
**ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ И
НЕИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ**



Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control

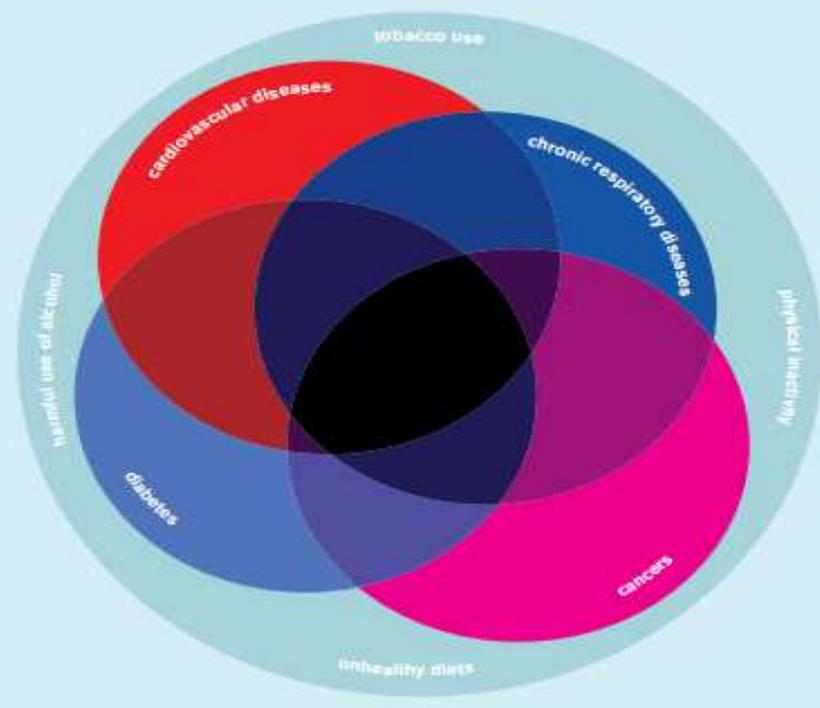


Published by the World Health Organization
in collaboration with the World Heart Federation
and the World Stroke Organization.

Working in partnership to prevent and control the 4 noncommunicable diseases – cardiovascular diseases, diabetes, cancers and chronic respiratory diseases and the 4 shared risk factors – tobacco use, physical inactivity, unhealthy diets and the harmful use of alcohol.



2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases



Action Plan 2012-2016

- promozione di scelte salutari attraverso politiche economiche e marketing mirato
- eliminazione dei grassi insaturi di tipo *trans* dagli alimenti (e loro sostituzione con grassi polinsaturi)
- riduzione dell'uso di sale
- valutazione cardio-metabolica e gestione del rischio
- diagnosi precoce dei tumori

L'OMS ha elaborato un Piano d'azione globale per la prevenzione e il controllo delle MCNT per il periodo 2013-2020 che fornisce a tutti gli Stati Membri e agli altri stakeholder una *road map* e una serie di opzioni di policy, allo scopo di intraprendere azioni coordinate e coerenti per il raggiungimento dei nove obiettivi globali volontari, incluso quello della riduzione relativa del 25% della mortalità precoce dovuta a malattie cardiovascolari, tumori, diabete o malattie respiratorie croniche entro il 2025.

9 obiettivi globali individuati da raggiungere per il 2025 sono:

- ridurre del 30% il consumo di tabacco in persone dai 15 anni in su;
- ridurre del 25% le malattie non trasmissibili;
- ridurre del 10% il consumo dannoso di alcool;
- ridurre del 10% la prevalenza di insufficiente attività fisica;
- ridurre del 30% l'assunzione di sale/sodio;
- ridurre del 25% il numero di persone che soffrono di ipertensione;
- arrestare l'aumento del diabete e dell'obesità;
- raggiungere almeno il 50% della popolazione con terapie farmacologiche e consulenza (compreso il controllo glicemico) per prevenire infarti e ictus; mettere a disposizione l'80% delle tecnologie di base e farmaci generici essenziali a prezzi accessibili per curare le principali malattie non trasmissibili in strutture sia pubbliche che private.

Grazie per l'ascolto!