

Ruolo ed interazioni del cardiologo in un progetto istituzionale regionale di prevenzione primaria

Francesco Soffiantino, Maria Grazia Sclavo*, Pantaleo Giannuzzi, Pier Antonio Ravazzi**

Divisione di Cardiologia, Fondazione S. Maugeri, IRCCS, Veruno (NO), *Divisione di Cardiologia, ASL Valle d'Aosta, Aosta, **Divisione di Cardiologia, Azienda Sanitaria Ospedaliera, Alessandria

Key words:
Health service;
Ischemic heart disease;
Prevention.

Background. Evidence is available in support of the policies for a population-wide approach to shifting risk factor distribution; on the other side, setting up enduring projects of primary prevention is difficult, as well as gathering the right experts.

Methods. In 1999 the Piedmont Region's Administration set up a multi-year intervention with the aim at reducing risk factors and increasing protective factors of oncologic and cardiovascular diseases in the general population, particularly in disadvantage groups. The cardiologists played a primary role by supporting the project of evidence-based guidelines, producing bibliographic reviews and spreading coronary risk maps. A main group of trainers was set up in each Local Health Service to promote a system of counseling lifestyles, with the central reference of the general practitioner activity. As a second step, a mass-media campaign has been set up using health advertisements on newspapers, television, public transports, notice-boards on the following subjects: nutrition, hypertension, tobacco, physical activity, stress; warehouses, food markets, trains and squares were involved. Moreover, a newsletter review has been published since January 2000, to produce basic models, most effective interventions and recommendations for their implementation.

Results. A new care for the primary prevention and counseling arguments as well as the need for continuous training to promote preventive actions were shown to general practitioners. A system to identify the best channels, communication ways and the most effective messages for healthy lifestyles was settled. A model of monitoring risk factor changes and protective behaviors in the population, describing social differences, was established to better plan and assess effective interventions.

Conclusions. After more than half a century of productive public health science, there is an urgent need that Government Administrations steer their health policies towards determinants of health and create the best conditions to make citizens to improve their lifestyle.

(Ital Heart J Suppl 2002; 3 (5): 526-531)

© 2002 CEPI Srl

Il lavoro si è avvalso della collaborazione di più competenze professionali ed è stato coordinato dall' Area Educazione Sanitaria e Promozione della Salute, Direzione 29 Controllo Attività Sanitarie della Regione Piemonte, Via S. Domenico 47, Torino. Il sostegno finanziario è stato totalmente a carico della Regione Piemonte.

Ricevuto l'8 marzo 2002; accettato il 18 marzo 2002.

Per la corrispondenza:

Dr. Francesco Soffiantino

Divisione di Cardiologia
Fondazione S. Maugeri, IRCCS
Via per Revislate, 13
28010 Veruno (NO)
E-mail:
fsoffiantino@fsm.it

Le premesse razionali

Il progredire delle conoscenze di base sui meccanismi patogenetici dell'aterosclerosi coronarica e delle manifestazioni cliniche della cardiopatia ischemica, unitamente allo sviluppo dell'epidemiologia cardiovascolare, ha permesso di individuare con sicurezza condizioni di rischio e determinanti di quella che resta tra le principali cause di morbilità e mortalità nel nostro Paese. Parallelamente al crescere delle possibilità di trattamento medico e chirurgico della cardiopatia ischemica, si è venuta così affermando la consapevolezza dell'importanza di interventi di tipo preventivo, atti ad impedire o ritardare l'insorgenza della malattia stessa.

Nel 1999 sono stati resi noti i risultati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare¹, che ha evidenziato nella popolazione italiana valori elevati dei livelli me-

di di pressione arteriosa sistemica e di colesterolemia ed ha individuato ancora alte percentuali di fumatori, di obesi e di sedentari. Con il supporto anche dei positivi riscontri che la letteratura offre sulla riduzione del rischio relativo attraverso interventi di prevenzione primaria², i dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare rappresentano uno stimolo per iniziative rivolte alla promozione della salute nella popolazione generale.

Tali iniziative stanno alla base di tutte le azioni di prevenzione e si pongono l'obiettivo di ridurre il rischio globale, modificando i determinanti delle malattie cardiovascolari. Solo l'azione sulla comunità, inoltre, è in grado di influire positivamente sull'incidenza di eventi e sulla mortalità da essi indotta. È noto, infatti, che la relazione tra i fattori di rischio e gli eventi è di tipo continuo, che la maggior parte degli eventi si verifica nella fascia intermedia della di-

stribuzione del rischio piuttosto che nel livello elevato di esso e che pertanto i maggiori sforzi in campo di politica sanitaria vanno indirizzati sulla popolazione generale, pur senza trascurare l'accertamento del livello di rischio individuale.

Nell'affrontare tali tematiche ci si trova peraltro di fronte ad una realtà contraddittoria. Da un lato si è visto che intervenendo efficacemente su pochi fattori di rischio si possono ottenere eccellenti risultati in termini di riduzione della morbilità e mortalità coronaria: ne sono esempi l'esperienza del progetto Nord Karelia³ e, più recentemente, il Progetto WHO MONICA⁴ e l'Asia Pacific Cohort Studies Collaboration⁵, i cui risultati indicano che se si ottiene un 2% di riduzione della pressione arteriosa diastolica, attraverso un minor contenuto di sale nei prodotti confezionati, si possono prevenire 1-2 milioni di morti per stroke, equivalenti al 15% delle morti totali in Asia per questa patologia.

D'altro lato, i risultati dei trial clinici randomizzati e le raccomandazioni delle linee guida si traducono con difficoltà nell'implementazione di interventi di riduzione del rischio efficaci e duraturi nel tempo⁶⁻¹⁰. L'evidenza scientifica trova comunque scarsa corrispondenza anche in ambito di prevenzione secondaria, dove pure le positive ricadute della riduzione del rischio in termini di riduzione di eventi dovrebbero esprimersi con la massima potenzialità¹¹: i risultati dello studio EUROASPIRE¹² hanno dimostrato infatti, in pazienti con storia di eventi ischemici, il persistere di un'elevata prevalenza di fattori di rischio modificabili.

Si può pertanto affermare, con Pearson e altri partecipanti alla 27^a Conferenza di Bethesda¹³, che esistono vere e proprie barriere all'implementazione di programmi di prevenzione, attribuibili a diversi soggetti e condizioni. Parte della responsabilità appartiene alla classe medica, per la tendenza a focalizzare l'attenzione sulle problematiche acute, per le obiettive restrizioni di tempo, per il feedback neutro (quando non negativo) sulle problematiche riguardanti la prevenzione, per la mancanza di conoscenze specifiche, per la carenza di rapporti specialista/medico di medicina generale (MMG), per le erronee modalità di comunicazione verso i destinatari del messaggio, per la mancanza di incentivi.

In parte responsabili sono anche quanti, per ruolo istituzionale, si devono occupare degli aspetti amministrativi ed organizzativi e che tendono, per cultura ed abitudine, a dare priorità alle problematiche acute e a dedicare scarse risorse ai programmi di prevenzione, pur essendo evidente che approccio clinico ed intervento di sanità pubblica sono complementari. In parte responsabile è infine la popolazione che, se pur attenta ai problemi della salute in generale, spesso mostra scarsa motivazione ad approfondire gli aspetti preventivi e grossa difficoltà a seguire le raccomandazioni che ne derivano.

Di particolare importanza e delicatezza sono infine le modalità attraverso le quali vengono comunicati i messaggi e che riguardano sia il rapporto personale medico/paziente che lo sviluppo di campagne rivolte alla popolazione generale. La comunicazione non può infatti essere intesa come semplice trasferimento e diffusione di conoscenze da un ambito ristretto e specialistico ad un contesto di massa; è necessario che i messaggi vengano rielaborati, trasformati ed adattati e che quanti propongono il messaggio stesso tengano conto delle diverse specificità socio-culturali presenti nella popolazione¹⁴.

La soluzione di tali problemi non può essere di pertinenza della sola branca medica, ma richiede l'azione integrata di tutti i soggetti impegnati nella promozione della salute¹⁵.

Il progetto: i soggetti coinvolti, gli obiettivi

Il Dipartimento di Sanità Pubblica della Regione Piemonte, quale soggetto istituzionale, si è fatto promotore, a partire dal 1999, di un progetto di prevenzione cardiovascolare ed oncologica, denominato progetto "Promozione Salute Piemonte", rivolto a tutta la popolazione residente. Obiettivo del progetto è contrastare i fattori di rischio e promuovere i fattori di protezione, con l'obiettivo, in linea anche con quanto raccomandato nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000¹⁶, di identificare i canali, le vie di comunicazione e i messaggi di provata efficacia per promuovere stili di vita sani ed ottenere così una riduzione dell'incidenza delle patologie cardiovascolari ed oncologiche nella popolazione, cercando di incidere sui fenomeni di disuguaglianza correlati e di favorire la realizzazione di progetti comunitari basati sull'evidenza. Tale progetto, pilota per le dimensioni e la caratterizzazione, prevede il coinvolgimento attivo e l'integrazione di differenti competenze professionali rappresentate dagli operatori sanitari, con al centro la figura del MMG, da équipe di specialisti e dai servizi della Regione. Tale iniziativa ha visto l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) giocare un ruolo primario, promuovendo il progetto stesso presso gli organi di governo della Sanità Regionale e supportandolo con i necessari strumenti scientifici.

Fondamentale è stata la sensibilità politica della Regione Piemonte, che ha raccolto l'istanza dell'intervento preventivo, assumendosene a pieno titolo la responsabilità, ed ha cercato di operare in termini globali, a partire dalle patologie a maggiore rilevanza epidemiologica. La Regione ha avuto inoltre il merito, per prima nel nostro Paese, di istituzionalizzare l'intervento con relativo atto deliberativo¹⁷, facendosi carico di tutti gli oneri finanziari (circa 3 miliardi di lire, ripartiti nei primi 2 anni di intervento 2000-2001); ha fornito inoltre gli strumenti operativi, coinvolgendo i suoi servizi e dipartimenti per rendere effettivo e funzionante il progetto.

Dal 1999 l'ANMCO piemontese è così entrata a far parte del Gruppo di Coordinamento Regionale del progetto Promozione Salute Piemonte, costituito da:

- Area Educazione Sanitaria e Promozione della Salute, Direzione 29 Controllo Attività Sanitarie della Regione Piemonte;
- Area Comunicazione Istituzionale della Giunta Regionale;
- Centro di Documentazione Regionale per la Promozione della Salute, Regione Piemonte;
- Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università degli Studi, Torino;
- ANMCO - Sezione Piemonte-Valle d'Aosta;
- Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG), Sezione Regionale piemontese;
- Laboratorio di Psicologia dello Sviluppo, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi, Torino;
- Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, Azienda Sanitaria Locale 5, Collegno (TO);
- Servizio Universitario di Epidemiologia dei Tumori, Centro Prevenzione Oncologica Regione Piemonte, Università degli Studi, Azienda Sanitaria Ospedaliera San Giovanni Battista, Torino.

Attraverso azioni concertate fra tutti gli attori e con l'impiego di strategie individuali, di "setting" e di comunità, ci si è posti l'obiettivo di ottenere nella popolazione piemontese, con particolare riguardo alle fasce svantaggiate, modificazioni apprezzabili dei comportamenti a rischio per le malattie cardiovascolari ed oncologiche, promuovendo l'adozione di un'alimentazione sana, l'aumento dell'attività fisica, l'astensione dal fumo di tabacco, il perseguimento di livelli ottimali di pressione arteriosa.

Gli strumenti operativi e la metodologia di intervento

Destinataria della campagna è stata tutta la popolazione piemontese, afferente o meno agli studi dei MMG, senza criteri di selezione quale rischio elevato o altri.

Fase cruciale e snodo fondamentale del progetto è stata la creazione, l'organizzazione e la formazione, presso tutte le Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere, di un gruppo istituzionale di formatori (Nuclei Operativi Aziendali-NOA), costituiti da un referente di educazione sanitaria, un MMG, un cardiologo ed un oncologo che, a loro volta, utilizzando un pacchetto formativo all'uopo predisposto, hanno provveduto a fornire gli strumenti conoscitivi ed operativi al corpo dei MMG della Regione, ciascuno per la propria competenza territoriale, indispensabili alla prosecuzione dell'iniziativa. Tali corsi sono tutti stati programmati e finanziati dalla Regione Piemonte, di intesa con gli organismi sindacali di categoria (FIMMG), utilizzando lo strumento dell'aggiornamento obbligatorio, elemento chiave per garantire il successo dell'iniziativa, che ha

così consentito di istruire globalmente oltre 2000 MMG. I NOA, stabilmente operativi, costituiscono così una continua interfaccia fra il Gruppo di Coordinamento Regionale ed i MMG, cui spetta l'interazione diretta con tutta la popolazione.

Avvalendoci delle evidenze di efficacia fino ad oggi disponibili, come cardiologi abbiamo in tale contesto fornito strumenti tecnico-culturali per la conoscenza dei fattori di rischio, diffondendo le mappe del rischio globale e le linee guida internazionali di prevenzione primaria¹⁸, comprensive dell'eventuale intervento farmacologico correttivo dell'ipercolesterolemia e dell'ipertensione arteriosa. Particolare attenzione è stata rivolta in questa fase alle modalità di trasferimento delle informazioni agli utenti-pazienti: dall'équipe di psicologi è stata infatti ribadita l'importanza di stimolare in modo positivo il cambiamento e l'assunzione di corretti stili di vita, sottolineando che è davvero possibile intervenire sulla propria salute in modo efficace e che, selezionando i fattori di rischio su cui intervenire ed i fattori di protezione su cui puntare, si possono ottenere non solo benefici per la salute in tempi medio-lunghi, ma anche vantaggi percepibili nell'immediato.

Nel corso del 2001 un sottogruppo di progetto, facente capo ai Servizi Sanitari e a professionalità diverse ha iniziato la valutazione delle attività svolte, avvalendosi anche delle indicazioni emerse dalle schede operative compilate al termine delle riunioni formative.

Il Gruppo di Coordinamento Regionale ha inoltre continuato a produrre materiale informativo ed ha promosso la pubblicazione di un periodico trimestrale, del tipo "newsletter", dal titolo "Punto Salute inFormazione", destinato ai MMG e a tutti gli specialisti operanti nel settore della prevenzione. Come cardiologi garantiamo, attraverso tale periodico, un aggiornamento costante sulle novità in tema di prevenzione che emergono dalla letteratura internazionale.

Parallelamente alla strutturazione dei NOA è stata avviata una campagna di comunicazione volta a sensibilizzare la popolazione generale sui temi della prevenzione, con lo scopo di predisporre i cittadini della Regione ad un cambiamento negli stili di vita grazie a un rinforzo delle azioni realizzate dalle Aziende Sanitarie Locali e dalle attività di "counseling" dei MMG¹⁹. In un primo momento si è cercato di stimolare il pubblico ad una responsabile ed attiva gestione della propria salute, cercando di far giungere il messaggio in particolare alle fasce sociali medio-basse, quali categorie a maggior rischio; per mezzo di affissioni, della stampa quotidiana e di pillole televisive sui canali locali, con lo slogan propositivo "ama te stesso", si è tentato di far passare il concetto che alcune patologie invalidanti e dagli elevati costi sociali si possono prevenire.

In un secondo momento ci si è rivolti al pubblico attraverso messaggi mirati ad informare sui vantaggi che derivano dall'assunzione di corretti comportamenti in

tema di alimentazione, attività fisica moderata, cessazione del fumo e gestione dello stress: tra novembre e dicembre 2000 sono state collocate nelle piazze principali delle città capoluogo di provincia del Piemonte strutture trasportabili, con spazi dedicati ai temi della prevenzione e della diagnosi precoce, svolti attraverso cartelloni, pannelli esplicativi, programmi informatici specifici e con sezioni in cui era presente uno specialista cardiologo.

La campagna ha toccato inoltre 230 supermercati, dove gestori ed addetti alle vendite, dopo un breve ciclo di formazione, hanno provveduto a diffondere opuscoli pieghevoli contenenti materiale predisposto ed hanno eseguito, in giornate prestabilite, operazioni di sconto ed omaggio su prodotti freschi.

Tra la seconda metà del 2000 e l'inizio del 2001 sono stati infine istituiti sottoprogetti mirati:

- monitoraggio epidemiologico/disuguaglianze e salute;
- piano di valutazione, formazione, e "counseling" al MMG;
- sussidi informativi per l'assistito;
- adolescenti e comportamenti a rischio;
- alimentazione e promozione della salute nella scuola;
- alimentazione e promozione della salute nella comunità;
- ospedali liberi dal fumo rete "Health Promotion Hospital";
- "counseling" specifico per il "setting" ospedaliero;
- formazione operatori sanitari per "setting" definiti;
- attività fisica.

Riflessione sui primi risultati

A qualificare e caratterizzare l'esperienza piemontese sono stati gli aspetti metodologici, che hanno consentito ad un progetto scientifico di divenire una modalità di erogazione di servizi. La metodologia ha permesso all'iniziativa di crescere durante questi anni, coinvolgendo la totalità delle strutture sanitarie regionali: le Aziende Sanitarie, i Distretti, la globalità dei MMG.

L'implementazione del progetto ha permesso inoltre, per la prima volta, l'interazione strutturata e continua di una parte della realtà cardiologica piemontese con la realtà sanitaria istituzionale e amministrativa operante nella Regione.

Risultati tangibili derivanti dall'efficacia degli interventi descritti si potranno avere solamente nel tempo. È comunque già possibile individuare alcune linee di tendenza, in termini di punti forti e di criticità.

Punti forti e ricadute positive:

- si è fatta strada, in tutti i soggetti coinvolti nel progetto, l'idea di quanto sia importante un atteggiamento di educazione e formazione permanente;
- nella maggioranza dei casi i componenti dei NOA hanno imparato a collaborare e ad adottare un linguaggio comune;

- si sono strutturati forti rapporti di collaborazione tra specialisti e MMG;
- si è riscontrato un vivo interesse per l'attualità delle tematiche e la novità degli aspetti psicologici che devono sottendere una corretta comunicazione;
- è stato avviato un sistema di monitoraggio dei fattori di rischio e dei comportamenti protettivi nella popolazione per poter descrivere l'andamento temporale dei fenomeni in studio ai fini della progettazione degli interventi preventivi;
- è stato previsto un modello di valutazione dell'impatto dei messaggi inviati con i mass-media per poter meglio identificare i canali, le vie di comunicazione e gli interventi di provata efficacia per promuovere stili di vita sani sul territorio regionale.

Criticità:

- alcuni NOA hanno risentito di una scarsa omogeneità del gruppo e hanno denunciato difficoltà dovute ad un arruolamento non motivante, all'assenza di ruolo e di mandato, allo scetticismo e al pregiudizio osservati in alcuni clinici rispetto agli interventi educativi. In particolare è emersa, in alcuni casi anche nel campo cardiologico, la carenza nelle competenze e nelle conoscenze in ambito preventivo, con conseguente resistenza ad accettare metodi e strutture necessariamente innovativi, specie se paragonati agli strumenti operativi consolidati con i quali si è soliti intervenire;
- la figura dello psicologo, presente nel Gruppo di Coordinamento Regionale, non è stata prevista in modo strutturato per i NOA, pur avendo alcuni di questi fatto ricorso a competenze estemporanee;
- le Aziende hanno scarsamente valorizzato i NOA.

Prospettive e conclusioni

Tra i campi d'azione che richiederanno per il futuro maggiore impegno intravediamo:

- il rafforzamento dei NOA, che devono diventare sempre più soggetti attivi di monitoraggio permanente del territorio per la rilevazione delle condizioni di rischio e la strutturazione di interventi di prevenzione;
- la concretizzazione dei sottoprogetti mirati. In qualità di ANMCO ci siamo impegnati in particolare nel sottoprogetto di monitoraggio epidemiologico della diffusione delle patologie, dei fattori di rischio e delle loro differenze di distribuzione, e dei comportamenti protettivi nella popolazione generale, nei gruppi svantaggiati e/o a maggior rischio. Lo scopo è descrivere l'andamento temporale dei fenomeni in studio e le differenze geografiche e sociali rilevanti ai fini della progettazione e valutazione degli interventi preventivi. A tale riguardo, è già stato anticipato un potenziale modello di studio messo in atto da alcuni MMG facenti capo a "Medicina di Iniziativa": si tratta del progetto "Giano I", che ha attivato protocolli per individuare nella popolazione, soggetti con ipertensione non ancora nota, così da poter essere in grado di intervenire su tale fatto-

re di rischio. Si prevede di poter estendere l'applicazione di tale modello all'area torinese, con l'obiettivo di misurare le eventuali differenze all'interno di diversi gruppi, in termini di incidenza dei fattori di rischio e di eventi sfavorevoli;

- la necessità di migliorare le capacità di trasmettere messaggi fruibili dal pubblico attraverso i mass-media;
- l'opportunità di sfruttare al meglio alcuni ambienti specifici di grande frequentazione per dare visibilità alle iniziative di comunicazione;
- l'attuazione di post-test per la valutazione dell'efficacia delle campagne svolte;
- l'avvio di nuovi "setting" in cui promuovere la comunicazione, con particolare riguardo alla rete di "Farmacia Amica" e alle ristorazioni collettive collegate ai buoni pasto, quali mense e bar;
- la realizzazione della newsletter "Punto salute in Formazione" anche in versione elettronica, da inoltrare via e-mail nel quadro di un progetto di collegamento informatico con i MMG;
- il passaggio, in "setting" limitati, a strategie di tipo individuale, rivolte alla definizione dei soggetti ad alto rischio cardiovascolare e all'istituzione su di essi di programmi preventivi mirati.

Dopo gli sviluppi pluriennali della scienza rivolta alla salute pubblica, la strategia più sensibile per la prevenzione cardiovascolare sembra essere costituita dall'approccio di prevenzione primaria a tutta la popolazione; la massa delle risorse disponibili e le politiche sanitarie dovranno essere riorientate in direzione dei determinanti di salute comunitaria, creando le condizioni affinché si possano sviluppare le giuste alleanze tra gli interessi di salute pubblica e gli altri settori.

Riassunto

Razionale. Sono noti in letteratura l'efficacia di interventi mirati a modificare la distribuzione dei fattori di rischio delle malattie a maggior impatto sulla popolazione generale, così come la difficoltà di implementare programmi duraturi di prevenzione primaria e la necessità che in tale campo collaborino più competenze professionali.

Materiali e metodi. Nel 1999 la Regione Piemonte ha predisposto un intervento pluriennale, atto a ridurre i fattori di rischio e ad aumentare i fattori protettivi nell'ambito oncologico e cardiovascolare, con particolare riguardo alle fasce socialmente più svantaggiate. Come cardiologi abbiamo giocato un ruolo fondamentale nell'impostazione e nella realizzazione del progetto, avvalendoci delle linee guida, fornendo materiale bibliografico e diffondendo le mappe del rischio coronario. In ogni Azienda Sanitaria Locale è stato istituito un Nucleo Operativo Aziendale, costituito da diverse competenze in campo sanitario, con il compito di promuovere nella popolazione l'adozione

di stili di vita orientati alla promozione della salute, attraverso la valorizzazione del ruolo centrale del medico di medicina generale. Come secondo momento è stata impostata una campagna rivolta a tutta la popolazione, mediante l'utilizzo di giornali, televisione, cartellonistica affissa in grandi magazzini, piazze, mezzi di trasporto, sui temi dell'alimentazione, dell'ipertensione arteriosa, del fumo, dell'attività fisica e dello stress. Una newsletter viene inoltre pubblicata periodicamente dal gennaio 2000, nell'intento di promuovere una formazione permanente ed un confronto sui temi della prevenzione.

Risultati. Si sono ottenute nuove modalità di approccio alla prevenzione primaria e corrette modalità di comunicazione con i pazienti riguardo a tali tematiche; si sono inoltre sperimentati sistemi per identificare i canali di comunicazione più efficaci per lanciare messaggi finalizzati alla promozione della salute; si è da ultimo impostato un modello di monitoraggio della distribuzione dei fattori di rischio e dei fattori protettivi nella popolazione piemontese, per meglio pianificare progetti di intervento.

Conclusioni. Dopo più di mezzo secolo di produzione scientifica in campo di politica sanitaria, è giunto il momento che le amministrazioni pubbliche orientino sforzi e risorse economiche all'intervento sui determinanti della salute, creando anzitutto le migliori condizioni affinché i cittadini possano adottare congrui stili di vita.

Parole chiave: Cardiopatia ischemica; Prevenzione; Sanità.

Bibliografia

1. Giampaoli S, Vanuzzo D, e il Gruppo di Ricerca dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. I fattori di rischio cardiovascolare in Italia: una lettura in riferimento al Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. *G Ital Cardiol* 1999; 29: 1463-71.
2. Ketola E, Sipila R, Makela M. Effectiveness of individual lifestyle interventions in reducing cardiovascular disease and risk factors. *Ann Med* 2000; 32: 239-51.
3. Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Salonen J. Ten years of the North Karelia project. *Acta Med Scand Suppl* 1985; 701: 66-71.
4. Kuulasmaa K, Tunstall-Pedoe H, Dobson A, et al. Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations. *Lancet* 2000; 355: 675-87.
5. Rodgers A, Lawes C, MacMahon S. Reducing the global burden of blood pressure-related cardiovascular disease. *J Hypertens Suppl* 2000; 18: S3-S6.
6. Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *N Engl J Med* 1989; 321: 1306-11.
7. Cohen MV, Byrne MJ, Levine B, Gutowski T, Adelson R. Low rate of treatment of hypercholesterolemia by cardiologists in patients with suspected and proven coronary artery disease. *Circulation* 1991; 83: 1294-304.

8. Miller M, Konkel K, Fitzpatrick D, Burgan R, Vogel RA. Divergent reporting of coronary risk factors before coronary artery bypass surgery. *Am J Cardiol* 1995; 75: 736-7.
9. Abrams J. Reporting of coronary risk factors. *Am J Cardiol* 1995; 75: 716-7.
10. Sox HC Jr. Screening for lipid disorders under health system reform. *N Engl J Med* 1993; 328: 1269-71.
11. Pyorala K. CHD prevention in clinical practice. *Lancet* 1996; 348 (Suppl 1): S26-S28.
12. EUROASPIRE. A European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease: principal results. EUROASPIRE Study Group. European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events. *Eur Heart J* 1997; 18: 1569-82.
13. Pearson TA, McBride PE, Miller NH, Smith SC. 27th Bethesda Conference: matching the intensity of risk factor management with the hazard for coronary disease events. Task Force 8. Organization of preventive cardiology service. *J Am Coll Cardiol* 1996; 27: 1039-47.
14. Bosio AC, Vecchio L. La prevenzione primaria delle cardiopatie ischemiche: indicazioni per le campagne di comunicazione rivolte alla popolazione generale. *G Ital Cardiol* 1999; 29 (Suppl 2): 104-9.
15. Beaglehole R. Global cardiovascular disease prevention: time to get serious. *Lancet* 2001; 358: 661-3.
16. Approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 288 del 10 dicembre 1998.
17. DGR n. 3 - 27545, 9 giugno 1999. Oggetto: Programma Pluriennale "Promozione Salute Piemonte".
18. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on coronary prevention. *Eur Heart J* 1998; 19: 1434-503.
19. Venutti S, Salvio R, Carzana M, et al. Progetto Salute Piemonte: campaign marketing to health. (abstr) In: Abstracts of the 50th Anniversary Conference of the International Union in Health Promotion and Education Health. Parigi, 2001: 257.