

22 Settembre 2011 – Sala Capitolare Senato della Repubblica - Roma

Conferenza-Dibattito Con il Patrocinio del Senato della Repubblica

La protezione della salute come investimento economico per la società

In occasione dell'Assemblea delle Nazioni Unite a New York, dal 20 al 22 Settembre 2011, è stato portato all'attenzione dei Governanti e dei Ministri della Sanità delle nazioni partecipanti, il tema delle *malattie croniche non comunicabili (NCD)*, quali le *malattie cardiovascolari, il diabete, l'obesità, molti tumori e le malattie croniche respiratorie*. Esse sono ritenute responsabili dell'80% di mortalità e del 70% di disabilità e sofferenze. Esse riconoscono alcuni fattori di rischio comuni che sono stati più volte richiamati: tabacco, alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, senza dimenticare l'inquinamento atmosferico. Nel lungo iter di preparazione sotto la spinta dell'Organizzazione Mondiale della Sanità le grandi Società Scientifiche federative sopra nazionali attinenti non solo alle patologie indicate, come anche organizzazioni non governative, fondazioni e istituzioni no profit, si sono progressivamente alleate verso l'obiettivo comune di meglio sostenere presso i decisori programmi efficaci di intervento sui fattori di rischio comuni.

Non si può parlare di questi temi e degli obiettivi che ne derivano senza tenere conto della grande crisi economica e finanziaria in cui si dibattono molti paesi se non tutti. Anche in Italia, per esempio, il dibattito tra esperti su come ridurre il rapporto Deficit/PIL e come sostenere lo sviluppo economico della nazione non ha finito di occupare l'attenzione dei cittadini e dei politici. La parola ***taglio della spesa*** è divenuta un indicatore costante di ogni piano di macro e di microeconomia. Sta nascendo tuttavia un nuovo approccio: sempre maggiore nella comunità dei decisori politici, anche di paesi a solida configurazione economico-finanziaria, emerge, infatti, la ricerca di percorsi nuovi per ridurre la crescita della spesa sanitaria, che da un lato deve assistere una popolazione sempre più fragile per età, e dall'altro deve comunque inserire nell'organizzazione sanitaria i benefici di un'innovazione senza sosta della medicina. La grande tecnologia in medicina contribuisce a ridurre la mortalità di molte patologie ma è anche più evidente l'efficacia di una prevenzione nel ridurre la morbilità e i costi relativi. La stessa comunità medico-scientifica, infatti, sente sempre maggiore lo stimolo a ***rovesciare il concetto di costo della sanità in quello di investimento per la salute***. Si ritiene che questo sia il messaggio portato, per logica di cose, dal Summit di N.Y. Accanto a questo messaggio un altro scaturisce dai molti mesi di preparazione del Summit: il concetto vincente dell'***alleanza*** che ha visto insieme società scientifiche, organizzazioni non governative e fondazioni no profit. ***(Per saperne di più vedi [La Protezione della salute: dal costo per la sanità all'investimento economico per la società](#))***.

Nella logica di questi due messaggi si è voluto congiungere sui temi trattati il Summit di New York di settembre con una Conferenza-Dibattito che il Senato della Repubblica Italiana ha voluto ospitare il 22 settembre per verificare la potenzialità della protezione della salute come investimento economico per la società, nello spirito di coinvolgere sempre di più nell'alleanza il cittadino, qualunque sia il suo stato di salute, perché diventi responsabile protagonista di percorsi di prevenzione che la scienza medica e le autorità sanitarie gli mettono continuamente a disposizione.

L'Agenda

Moderatori:

Mariapia Garavaglia (Senato della Repubblica, Roma)

Rodolfo Paoletti (Presidente Fondazione Italiana per il Cuore, Fondazione Giovanni Lorenzini, Società Italiana e Società Europea per la Salute e la Medicina di Genere)

Apertura:

Ferruccio Fazio (Ministro della Salute) *invitato*

Elena Tremoli (Direttore Scientifico Centro Cardiologico Monzino – Milano e Vice Presidente Fondazione Italiana per il Cuore)

Relazione sul tema:

Dal costo della sanità all'investimento per la salute

Francesco Saverio Mennini (Dipartimento di Economia, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”)

Discussants:

Giuliano Barbolini (Senato della Repubblica, Presidente del Gruppo “*Parlamentari del Cuore*”, CONACUORE)

Enrico Garaci (Presidente, Istituto Superiore di Sanità)

Francesco Romeo (Presidente, Federazione Italiana di Cardiologia)

Vincenzo Castelli (Vice Presidente Nazionale, CONACUORE)

Giovannella Baggio (Presidente, Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere, Padova)

Geltrude Mingrone (U.O.C., Patologie dell'Obesità, Policlinico Gemelli, Università Cattolica, Roma)

Daniela Galeone (Centro per il Controllo delle Malattie – CCM, Dipartimento della Prevenzione, Ministero della Salute)

Conclusioni prospettive

Graziella Caselli (Dipartimento di Scienze Statistiche, Università La Sapienza di Roma)

Faculty:

Giovannella Baggio: Presidente Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere, Padova

Giuliano Barbolini: Senatore della Repubblica, Presidente del Gruppo “*Parlamentari del Cuore*”, CONACUORE

Graziella Caselli: Dipartimento di Scienze Statistiche, Università La Sapienza, Roma

Vincenzo Castelli: Vice Presidente Nazionale, CONACUORE

Daniela Galeone: Centro per il Controllo delle Malattie – CCM, Dipartimento della Prevenzione, Ministero della Salute, Roma

Enrico Garaci: Presidente Istituto Superiore di Sanità, Roma

Mariapia Garavaglia: Senatrice della Repubblica Italiana, Ministro della Sanità negli anni 1992-94

Francesco Saverio Mennini: Dipartimento di Economia, Università degli Studi “Tor Vergata”, Roma

Geltrude Mingrone: U.O.C. Patologie dell'Obesità, Policlinico Gemelli, Università Cattolica, Roma

Rodolfo Paoletti: Presidente Fondazione Italiana per il Cuore, Fondazione Giovanni Lorenzini e Società Italiana e Società Europea per la Salute e la Medicina di Genere

Francesco Romeo: Presidente Federazione Italiana di Cardiologia

Elena Tremoli: Direttore Scientifico Centro Cardiologico Monzino – Milano e Vice Presidente Fondazione Italiana per il Cuore

Sintesi

Introduzione alla Conferenza

Mariapia Garavaglia

Senatrice della Repubblica Italiana, Ministro della Sanità negli anni 1992-94

I grandi interventi programmatici dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulle malattie infettive trasmissibili (*communicable* in inglese) hanno cambiato il profilo letale e disabilitante di dette malattie, e hanno visto una partecipazione non solo dei paesi, delle agenzie nazionali sanitarie, ma anche dei cittadini e spesso dell'industria. È stata una guerra non ancora terminata, ma sicuramente con risultati importanti in molti paesi dove alcune patologie infettive sono state eradiccate. In controtendenza è stato, invece, l'aumento

delle malattie croniche non trasmissibili (*non communicable* in inglese/NCD), la cui crescita esponenziale sta togliendo anni di vita o anni in salute a un numero impressionante di persone nel mondo. Là dove ancora le malattie infettive continuano a mietere vittime, stanno entrando pesantemente ipertensione, obesità, diabete e conseguentemente malattie cardiovascolari che fino a qualche lustro fa erano considerate appannaggio del mondo occidentale.

Le maggiori *Malattie Croniche Non Trasmissibili* (NCD), come le malattie cardiovascolari, il diabete, l'obesità, la malattia cronica ostruttiva polmonare, alcuni tumori, sono responsabili di oltre 36 milioni di morti nel mondo. Oggi nel mondo 1,1 miliardi di adulti sono in sovrappeso e 312 milioni di essi sono obesi; 155 milioni di bambini sono in sovrappeso o obesi, e la maggior parte di loro è destinata a diventare obesa nell'età adulta. 285 milioni sono i diabetici nel mondo e si stima che supereranno i 430 milioni entro il 2030: il 75% dei diabetici muore per malattie cardiovascolari. La crescita del diabete di tipo II nei giovani rappresenta una sfida nella lotta drammatica alla crescita del diabete nel mondo. Le Malattie Cardiocerebrovascolari - MCCV causano la morte di oltre 4.3 milioni di persone in Europa geografica e di oltre 2 milioni nella Unione Europea a 27. Circa il 43% di morti sono uomini e il 54% donne. In Italia le MCCV sono responsabili di circa 250.000 morti ogni anno (54% donne) e di un numero eguale di disabili.

Nell'incontro del 22 settembre, le persone che hanno risposto all'invito della Fondazione Italiana per il Cuore dimostrano con la loro presenza la sensibilità e l'interesse ad ascoltare e ad agire. Non suoni male il coniugare salute, economia, finanza e azienda. La salute è un bene che deve essere protetto. La presenza in aula dei Senatori Giuliano Urbani e Giuliano Barbolini ci conforta nel capire che ancora si deve fare molto. Il Presidente del Senato, Senatore Renato Schifani è molto interessato e ci segue nei temi di questo incontro, anche perché la medicina non è un lusso. Merito del SSN è di avere divulgato il concetto di diritto alla sanità, in forma democratica. Questo significa che democraticamente tutti possono partecipare anche alla gestione della sanità. Il documento di New York del 16 settembre emesso in occasione del Summit delle Nazioni Unite, sottolinea l'interesse mondiale sul tema *salute* che si riconosce nell'ambiente e nel lavoro (anche questo può venire a mancare). 1 miliardo di persone nel mondo soffrono per la fame e più di un 1 miliardo di persone sono in sovrappeso e molte di queste sono destinate ad avere complicazioni cardiovascolari. Delle prime non ci interessiamo, delle seconde ci interessiamo perché sono ormai le pandemie dei paesi occidentali: infatti malattie come obesità e diabete sono portate dal nostro comportamento e da scorretti stili di vita.

Maggiore conoscenza e prevenzione possono dare risultati enormi. Va sottolineato inoltre che i cittadini inabili non producono, oltre a essere una spesa per la società. Lavorare intorno a questo tema, sia dal punto di vista dell'innovazione tecnologica che dell'economia deve essere un'area di attenzione dei decisori e dell'intelligenza di tutti, inclusi i comunicatori. Più affrontiamo apertamente certi argomenti e più riusciamo a divulgarli.

Abbiamo sentito solo parlare dei tagli della spesa sanitaria, e ce ne saranno degli altri nelle prossime manovre. Tagli alla sanità vuole dire servizi in meno che provocano disuguaglianza di accesso tra chi ha i soldi e chi non li ha. Tutti devono contribuire secondo il proprio reddito, ma non ci possono essere disuguaglianze di accesso ai servizi per la salute, e la costituzione dice che i cittadini sono tutti uguali, e ai cittadini uguali deve essere data una sanità essenziale uguale. Ciò che è essenziale deve essere pagato dalle tasse. Questi criteri devono essere rivisti: purtroppo dobbiamo constatare a volte che la sanità non è diretta da nessuno e le regioni sono abbandonate. Quelle che sono commissariate fanno del male ai propri cittadini che non ne hanno colpa. Ne hanno colpa i politici. Per questo, devono essere fatti investimenti di ordine informativo, educativo e formativo degli operatori per aiutare a cambiare: la prevenzione, ma la promozione della salute è un fatto culturale anche nel modo di comportarsi, di mangiare e di vivere nell'ambiente.

Rodolfo Paoletti

Presidente Fondazione Italiana per il Cuore, Fondazione Giovanni Lorenzini e Società Italiana e Società Europea per la Salute e la Medicina di Genere

I numeri che sono riportati nell'incontro destano un allarme importante non solo nel mondo della sanità, ma devono richiamare l'attenzione degli economisti e dei decisori politici per il grande peso che dette patologie hanno sul mondo economico e finanziario, non solo per i necessari interventi medici ma soprattutto per la perdita di produttività che queste patologie portano. Queste sono le motivazioni che hanno spinto l'Organizzazione Mondiale della Sanità a operare, non facilmente, per creare alleanze e attenzione verso la definizione di un programma, che proprio nella settimana tra il 16 e il 20 settembre in occasione dell'apertura della Assemblea Generale delle Nazioni Unite, i governanti e i decisori politici hanno discusso

al fine di definire un intervento radicale su dette patologie. Nel lungo iter di preparazione del Summit, sotto la spinta dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, le grandi Società Scientifiche attinenti non solo alle patologie indicate, ma anche organizzazioni non governative, fondazioni e istituzioni non profit si sono progressivamente alleate verso l'obiettivo comune di meglio sostenere presso i decisori programmi efficaci di intervento sui fattori di rischio comuni. Il concetto di alleanza è quello che ha aiutato nel non facile percorso verso la delibera che dovrebbe indirizzare l'impegno di tutti nei prossimi anni e decenni. Infatti non poteva, fra le alleanze, non formarsi un ponte tra i temi trattati nel Summit di New York con i temi che tradizionalmente vengono sviluppati nella Giornate Mondiale per il Cuore il cui claim quest'anno è "One World, One Home, One Heart". Siamo grati alla Senatrice Garavaglia per avere aiutato la Fondazione Italiana per il Cuore a organizzare questa Conferenza-Dibattito nella prestigiosa Sala Capitolare del Senato, con lo scopo di mettere in luce la potenzialità della protezione della salute come investimento economico per la società, nello spirito di coinvolgere sempre di più nell'alleanza il cittadino, qualunque sia il suo stato di salute, perché diventi responsabile protagonista di percorsi di prevenzione che la scienza medica e le autorità sanitarie gli mettono continuamente a disposizione.

Non si può dimenticare che la preparazione all'incontro di N.Y. è stata facilitata dalle grandi alleanze tra le Società e Federazioni Scientifiche mondiali, e dei molti Paesi che hanno sostenuto la realizzazione del Summit. Anche in Italia vediamo da tempo un'alleanza fra le istituzioni che sostengono la Giornata Mondiale per il Cuore e che insieme intervengono nella promozione della salute come investimento economico per la società.

Elena Tremoli

Direttore Scientifico Centro Cardiologico Monzino – Milano e Vice Presidente Fondazione Italiana per il Cuore

Gli studi mettono sempre più in evidenza che obesità, diabete, tumori, malattie respiratorie croniche e malattie cardiovascolari hanno non pochi fattori di rischio in comune. L'Organizzazione Mondiale della Sanità nella sua delibera preparatoria del summit di New York ha identificato i nemici nel tabacco, nell'alimentazione scorretta, nella sedentarietà, e nell'abuso di alcol. Forse si sta dimenticando l'inquinamento atmosferico. Fattori di rischio in comune significa alleanza nella prevenzione. La quale non può essere identica nei confronti dei cittadini di aree geografiche e culturali diverse, di età diverse e di sesso diverso. Ha fatto molto rumore in questi ultimi giorni la notizia ripresa da tutti i giornali sui risultati dello studio europeo IMPROVE, a cui il mio gruppo sta partecipando: il fumo di sigaretta causa danni alle arterie in misura maggiore nelle donne che negli uomini. La ricerca mostra che l'esposizione al tabacco durante l'intera vita si correla significativamente con lo spessore delle pareti delle carotidi (un indice di aterosclerosi), in entrambi i sessi. Tuttavia, l'impatto è più che raddoppiato nelle donne che negli uomini. Allo stesso modo, l'effetto negativo del numero di sigarette fumate al giorno sulla progressione della malattia nel tempo è più di cinque volte nelle donne rispetto agli uomini. Queste associazioni sono indipendenti da altri fattori che possono influenzare l'aterosclerosi, come età, pressione arteriosa, livello di colesterolo, obesità e classe sociale. Secondo l'OMS, mentre nella maggior parte dei paesi europei una percentuale significativa di uomini ha smesso di fumare, in molti paesi (ad esempio Italia e Finlandia) la percentuale delle donne fumatrici è rimasta pressoché costante negli ultimi tre decenni, e in altri – Francia e Spagna - è addirittura aumentata. I giovani fumatori sono sempre più numerosi, iniziando verso i 12-13 anni, prima i ragazzi e qualche mese dopo le ragazze; a 17-19 anni la parità è raggiunta avvicinandosi ambedue i sessi al 20%. Questo porta all'effetto negativo del fumo un numero sempre più grande di donne, destinate, se la tendenza rimane, a diventare oltre che il target principale delle malattie cardiovascolari anche dei tumori del polmone.

[Link alle slide](#)

Tema: Dal costo della sanità all'investimento per la salute.

Francesco Saverio Mennini

Dipartimento di Economia, Università degli Studi "Tor Vergata", Roma

L'investimento sulla salute costituisce una strategia vincente a favore dell'individuo, della società e dell'economia di un paese moderno. Un utilizzo più efficiente e rigoroso della *Health-economy* dovrebbe andare dalla formulazione di un concetto scientifico sino alla sua applicazione nel preciso contesto

organizzativo in cui vive il malato, o meglio il cittadino, bisognoso di salute: una scienza che ha sposato le regole della evidenza clinica per il raggiungimento della razionalizzazione delle risorse e che, tuttavia, non trova un'attenzione adeguata da parte del gestore di sistemi di *health providers*, e da parte del decisore politico, con evidenti ricadute negative nell'ambito di una corretta gestione delle risorse.

Infatti investire sulla salute conduce a:

- minore disabilità e quindi minore perdita di produttività;
- riduzione dei costi di cura e assistenziali per le patologie prevenibili;
- sviluppo della ricerca medica e dell'industria;
- promozione della responsabilità del cittadino a proteggere il proprio patrimonio di salute.

Vi sono, purtroppo, delle barriere che frenano/impediscono lo svolgersi del percorso virtuoso sopra evidenziato. Sono barriere rappresentate fundamentalmente dall'approccio per silos nella valutazione di un rapporto costo/beneficio di un approccio terapeutico, diagnostico o preventivo. Non viene visto il beneficio finale trasversale per la società, ma viene interpretato il rapporto vantaggio/svantaggio finanziario in quella determinata unità operativa verticale che sia per esempio: nell'area amministrativa piuttosto che nell'area clinica, nei reparti di diagnosi nei confronti di quelli terapeutici, nell'ospedale piuttosto che nel territorio, nella prevenzione piuttosto che nella terapia.

Un percorso che sta nascendo, e che merita un'attenzione particolare, si riferisce alla Health Technology Assessment, e al cattivo uso degli strumenti, sia dai controllori sia dal mondo industriale che ha spesso trascurato questo tipo di approccio nei suoi investimenti. L'autorità Regolatoria deve vedere anche questo lato del problema cercando di non essere sempre tesa al contenimento dei costi ma alla valorizzazione degli interventi che vengono utilizzati. Occorre rivedere il modello di revisione della innovatività, che invece è una opportunità per la crescita di occupazione e competitività internazionali. I freni che vengono imposti alla valorizzazione della innovazione non trovano riscontro negli altri paesi. Non viene visto il beneficio finale, e spesso solo il rapporto vantaggio svantaggio finanziario. Nel settore sanitario parlare di analisi finanziaria e non economica è un errore. Un approccio strategico all'investimento per la salute costituisce una strategia vincente, minore disabilità e minore perdita di produttività, riduzione dei costi di cura per le malattie prevenibili, sviluppo di ricerca e industria medica e aumento di responsabilità del cittadino.

[Link alle slides](#)

Discussione

Giuliano Barbolini

Senatore della Repubblica, Presidente del Gruppo "Parlamentari del Cuore", CONACUORE

Il senatore richiama la sua esperienza come assessore alla sanità in ER, poi sindaco, e infine come membro di Conacuore, di cui apprezza molto la costruttiva capacità dialogante con gli scienziati e i medici. Egli rappresenta i parlamentari del cuore del senato, e ha lavorato nella commissione Tommasini. E in quella occasione si era adoperato per il finanziamento e l'emanazione di direttive per la diffusione dei defibrillatori. Apprezza il senso di questa iniziativa, prevenire è un modo di risparmiare, investire nella salute è importante anche per il sistema economico. Questo incontro dibattito si iscrive in un momento difficile, ma per questo acquista molto più ragione di essere. Il paese spende più di quello che ha. Il peso del debito pubblico è elevato e deriva da una miopia e strabismo nelle scelte. È necessario uno spirito di confronto sul merito delle cose. Tre sono gli indicatori: a) tagliare sui comuni, sulle regioni significa aumentare il peso sui cittadini;

b) la riforma fiscale e dell'assistenza produrrà miglioramento scarso, è una scelta autolesionista; c) il ticket di ingresso sulle prestazioni specialistiche è dare vantaggio al privato, significa spingere fuori dal SSN una parte di utenti. Il meccanismo di riduzione delle prestazioni porta dei danni ai meno abbienti: il sistema deve rimanere universalistico. Nelle difficoltà spesso si attuano scelte che vanno in direzione opposta al miglioramento del sistema. Come decisori dobbiamo raccogliere le sollecitazioni e le competenze e avere il coraggio di tenere ferma la direzione di marcia. Tra le cose non positive, come l'ultima manovra, vi sono alcune cose positive: il principio della *spending review* può essere un beneficio: c'è infatti spesa cattiva e spesa buona. È un'operazione difficile ma non impossibile. Entro novembre il governo deve venire con strategie di approccio su questo tema che possono consentire alle commissioni il merito di aggredire la spesa

pubblica e scomporla e modificarla con intelligenza. Un lavoro di sollecitazione di accompagnamento e aiuto a un tema delle dimensioni locali: investimento e politiche di educazione e formazione agli stili di vita corretti. Coesione e partecipazione nel modo di organizzare gli stili di vita. I soldi sono pochi e vanno indirizzati bene. C'è da chiedersi se usare risorse per aumentare il grado di penetrazione di una TAC sia ottimale rispetto all'uso della stessa somma per agire sul fumo, alcol o inquinamento. Noi ci proviamo a metterci in sintonia con queste sollecitazioni verso il benessere collettivo, e ci assumiamo le nostre responsabilità.

Enrico Garaci

Presidente Istituto Superiore di Sanità, Roma

Porta le testimonianze delle attività dell'Istituto Superiore di Sanità, su questo settore con la più che decennale attività del centro nazionale di epidemiologia, di Simona Gianpaoli e collaboratori con il *progetto cuore* che è il capo fila di questa attività scientifica. La correzione di stili di vita sbagliati può influire sulla mortalità delle malattie cardiovascolari. Il *progetto cuore* in 20 anni dal 1980 al 2000 ha contribuito ad avere 40.000 morti in meno per dette malattie: la riduzione è dovuta per il 58% a interventi su corretti stili di vita, fumo, pressione arteriosa, ipercolesterolemia, sedentarietà. Vi sono ancora dei comportamenti sbagliati: grassi saturi, zucchero, alcol e ancora alto è il fumo. L'epidemia obesità riduce i vantaggi ottenuti con l'applicazione anche se parziale delle norme di prevenzione. La crescita nel Nord Centro e Sud Italia della percentuale di obesi e sovrappeso è impressionante fino ad arrivare al 60% - 75% della popolazione, come rileva lo studio fatto dall'Istituto Superiore di Sanità nel Progetto Cuore. Come in USA, si sta passando a *prosperity versus poverty related diseases*. Si deve discutere delle regole per persone a basso rischio (per esempio colesterolo < 200, Pressione arteriosa < 120, BMI < 25) che sono le cosiddette popolazioni virtuose che non superano il 5%. Si deve discutere della disabilità, dell'aspettativa di vita in salute, che in Italia è inferiore rispetto ad altri paesi mentre il nostro paese è al primo posto per aspettativa di vita. E' necessario che la politica si faccia forte nella correlazione tra l'investimento per la salute e investimento produttivo: tale correlazione c'è. Per esempio è importante valutare con un algoritmo, partendo da un BMI di 25, quale è la mortalità CV prevedibile per ogni punto di aumento dell'indice e quanto si può risparmiare in costi sanitari riducendo tale indice. Può essere uno strumento per i decisori. Altri strumenti in sviluppo sono strumenti di valutazione della mortalità evitabile: infatti ISS sta producendo una mappa per USL, dove si evidenzia il tipo di mortalità evitabile per non avere applicato metodi corretti. Un altro tema da prendere in considerazione è il rapporto tra innovazione e produttività ove l'attenzione è ancora carente e un migliore investimento nella innovazione porterebbe un ritorno enorme se si ragiona in modo integrato tra accademia e industria sui brevetti di farmaci e protocolli.

Francesco Romeo

Presidente Federazione Italiana di Cardiologia

Il diritto alla salute, garantito dalla Costituzione, è un diritto inalienabile che in linea di principio non può soggiacere alle regole del rapporto costo-beneficio. Il costo per garantire questo diritto deve infatti prescindere da ogni valutazione di opportunità economica, non si può mettere il bollino sui prezzi dei farmaci e sulla vita. Ciononostante, un'adeguata politica di prevenzione delle malattie cardiovascolari garantisce il diritto alla salute e determina una ricaduta positiva sull'aspettativa e sulla qualità della vita. Non si può parlare di costo della sanità della gestione, ma di costi da ridurre della politica della sanità che occupano l'80% dei costi (mentre quelli medici sono meno del 20%). Da uno studio di *Claude Lenfant* l'aumento di aspettativa di vita negli ultimi 20 anni è di 8 anni grazie al miglioramento del trattamento di malattia e alla riduzione rischio (attenzione si fuma di più di venti anni fa). L'80% dell'aumento della aspettativa di vita è dovuto a un migliore trattamento delle malattie cardiovascolari. Il risparmio avuto nel 2010 per la riduzione della mortalità per infarto del miocardio si riferisce al 1,5% su 200.000 infarti: cioè 20.000 morti risparmiate. Inoltre il paziente viene rimandato a casa al 3 giorno contro gli 8 giorni del 2002. E stanno bene. Se volete analizzare adeguatamente la possibile riduzione dei costi bisogna parlare con medici e cardiologi. Fattori di rischio: il principale fattore di rischio è il colesterolo, poi il fumo, il diabete, l'ipertensione, al quinto posto arriva obesità con 1.5. Va rivendicato il fatto che la cardiologia italiana è la

prima dell'Europa. La politica sta preparando una legge che prevede di classificare gli ospedali per intensità di cura. Non si ha più un reparto cardiologico verticale, ma un approccio trasversale rappresentato da una grande hall dove c'è l'intensivista, un medico affronta tutti i pazienti, sapendo poco di tutti. E toglie la gestione alla cardiologia: è una politica che distruggerà la cardiologia italiana. Il politico non deve legiferare contro ma deve interagire con chi questo lavoro lo fa e ha raggiunto livelli di eccellenza (*ascoltare anche i pazienti suggerisce la Sen. Garavaglia*). Ricordarsi i grandi risultati della cardiologia che è migliorato rispetto al passato, il trattamento delle sindromi coronariche acute che, oltre ad aver ridotto la mortalità per infarto miocardico acuto, ha restituito alla società soggetti che possono essere reinseriti nell'attività lavorativa più rapidamente. Si riconsegnano così alla vita normale dei pazienti che prima avevano un costo per la società molto alto sia in termini di ripresa dell'attività lavorativa che di produttività lavorativa.

Vincenzo Castelli

Vice Presidente Nazionale CONACUORE

Da alcuni decenni è di moda lo slogan su cui tutti si trovano sostanzialmente d'accordo: "prevenire è meglio che curare". Ma da sempre, ivi compresi i suddetti decenni, si continua a curare in costante assenza, o quasi, di prevenzione. Eppure, in linea di massima, si possono prevenire quelle cronicità che sono responsabili del maggior numero di malati e deceduti nel nostro Paese. Secondo dati OCSE (2007) il nostro Paese impiega in prevenzione soltanto uno striminzito 0,45% della spesa sanitaria. Le patologie che maggiormente incidono a produrre feriti e morti sono quelle cardiovascolari e quelle oncologiche, giustappunto due famiglie da ascrivere al pianeta cronicità. Le cardiovascolari da sole provocano oltre il 40% dei decessi, le oncologiche circa il 30%. Ma le lame delle forbici divergono significativamente per il numero dei malati: quelli cardiovascolari sono costantemente oltre 3.200.000, pari al 5,2% della popolazione italiana (61 milioni di abitanti, a stima).

È evidente che se si riuscisse (finalmente!) ad avviare e a realizzare, negli anni a venire, una seria politica di drenaggio alla fonte dei fattori di rischio cardiovascolari, ciò si tradurrebbe in una costante riduzione delle percentuali, tanto dei decessi, quanto delle cronicità. In ogni caso la diminuzione del numero dei malati, in una prevedibile costanza temporale, inciderebbe positivamente sulla qualità della vita con un incremento degli anni vissuti in condizioni ottimali da fasce sempre più ampie della popolazione. I riflessi sui bilanci sanitari e su quelli sociali sono immaginabili. Qualcuno potrebbe obiettare che aumenterebbe (vivaddio!) il periodo di godimento delle pensioni. Non è difficile rispondere che, accanto ad esso, si potrebbe ragionevolmente provvedere ad un adeguamento dell'età lavorativa. Inoltre una popolazione pensionata, ma sana, potrebbe irrobustire considerevolmente le fila di quel volontariato (anche sanitario) che costituisce una risorsa assai importante (e gratuita) della società italiana, in ogni direzione.

Forse, a questo punto, sarebbe indispensabile che chi è esperto di conti cominci ad elaborare i giusti calcoli. Una volta tanto sarebbe opportuno computare ed accertare se la prevenzione costituisca un ulteriore costo oppure un provvido e non più rinviabile investimento. Il nostro così bistrattato e autoleso Paese, tanto bello e tanto trascurato, se ne gioverebbe oltremodo! Se ne gioverebbero, con assoluta certezza, le attuali e le future generazioni. Quelle che non ammaleranno (senza saperlo) e quelle che avranno modo di vivere, lavorando, in un Paese nel quale la sanità non dovrà necessariamente bruciare e assorbire percentuali del tutto prevalenti della spesa pubblica.

Giovannella Baggio

Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere, Padova

Siamo sicuri di parlare di tutti gli abitanti del pianeta quando parliamo di salute, costi ed economia? Le malattie cardiocerebrovascolari (MCCV) sono la prima causa di morte e di disabilità nella donna e negli ultimi 30 anni non sono diminuite come invece è avvenuto nell'uomo. La Medicina di Genere è una nuova dimensione della medicina che vuole studiare l'influenza del sesso e del genere sulla fisiologia, clinica e terapia. Tale nuova attenzione ci rivela che le MCCV sono state studiate sia a livello di prevenzione che di clinica e terapia quasi esclusivamente nel genere maschile. Invece i fattori di rischio per MCCV, la sintomatologia clinica, gli strumenti diagnostici, la terapia farmacologica si differenziano in modo sostanziale nei 2 generi. La conseguenza di ciò è che non si fa una corretta prevenzione nella donna, la diagnosi è tardiva, gli outcomes sono molto peggiori. La donna è più longeva, vive circa 5 anni di più dell'uomo, ma quello che guadagna è solo disabilità legata prevalentemente al sistema cardiovascolare.

Focalizzare l'attenzione sul cuore della donna e dell'uomo in modo differenziato è un dovere deontologico e della politica sanitaria moderna. Si tratta non solo di un risparmio di vite, ma soprattutto di una lotta per la qualità della vita della donna anziana con conseguente grandissimo risparmio di risorse economiche.

[Link alle slides](#)

Geltrude Mingrone

U.O.C. Patologie dell'Obesità, Policlinico Gemelli, Università Cattolica, Roma

Nel solo anno 2008 il costo sanitario degli Stati Uniti derivante dall'obesità e malattie correlati è stato di 145 miliardi di dollari. Infatti un terzo degli adulti e oltre il 17% dei bambini americani sono obesi. Il peso è sul budget sanitario, ma anche sul come lavarsi, vestirsi, muoversi con i mezzi pubblici, con gli aerei. Il diabete nei bambini era rappresentato una volta solo dal tipo I, ora è in aumento anche il diabete di tipo II. Allo scopo di arginare l'epidemia di obesità e diabete a essa associato il National Institute of Health - NIH americano ha emanato un primo piano strategico nel 2004; nel marzo 2011 è stato pubblicato il secondo piano strategico per la ricerca sull'obesità. La cifra messa a disposizione per la ricerca dal Governo Americano nel solo anno fiscale 2010 è stata di \$ 824 miliardi. In Europa solo poche nazioni, fra cui il Regno Unito e la Germania, stanno incoraggiando la ricerca sulle cause dell'obesità e del diabete e stanno puntando sulla prevenzione dell'obesità e del diabete di tipo 2 nei bambini e adolescenti. Ovviamente i risultati del cambiamento dello stile di vita, molto difficili da attuare (si veda lo scarso impatto della campagna contro il fumo nel ridurre il numero di fumatori), potranno essere visibili soltanto dopo alcune decadi. Inoltre, la terapia farmacologica dell'obesità è praticamente inesistente. In Italia un'attività multidisciplinare che veda il medico, il chirurgo, lo psichiatra e il dietologo collaborare, sia dal punto di vista clinico che di ricerca, sarebbe da promuovere e incoraggiare nonostante le scarse risorse economiche di cui disponiamo. Naturalmente la "bench to bedside research" rappresenta un punto cruciale della ricerca in generale e, quindi, anche di quella sull'obesità. In alcuni paesi i bambini che superano i 100 chili vengono sottoposti a chirurgia bariatrica. Essi hanno un'aspettativa di vita inferiore ai genitori. Si parla ora di *diabesity*: diabetici sono obesi e molti soggetti obesi diventano diabetici. Il fenomeno sta diventando un dramma soprattutto in India e in Cina.

[Link alle slides](#)

Daniela Galeone

Centro per il Controllo delle Malattie – CCM, Dipartimento della Prevenzione, Ministero della Salute, Roma

Il tema della conferenza/dibattito si inserisce nella strategia del suo ufficio. La prevenzione come atto sanitario e negli stili di vita è una strada tracciata a livello internazionale, che è realizzata in Italia dal programma *Guadagnare Salute* che ha l'obiettivo di trasformare il modo in cui i cittadini vivono la salute. Le regioni stanno intervenendo su prevenzione primaria, secondaria e terziaria in un unico schema globale. Il CCM ha seguito il Meeting di New York rappresentando il Ministero, partecipando alla fase preparatoria, mandando un documento nazionale a New York, e con la collaborazione con altre istituzioni le quali sono andate al summit. Il documento finale pone l'accento sulla strada che il Ministero della Salute sta facendo già. Non può essere un impegno solo del SSN. Non ci si deve fermare e farsi scoraggiare. Gli interventi di sanità pubblica portano anche dei benefici e su questa strada il Ministero si impegna con una serie di studi scientifici in collaborazione con diversi ricercatori nel territorio. A New York sono state sottolineate le azioni fondamentali. Importante è quanto si è imparato dalla alleanza per il cuore. Fondamentale il rapporto con il mondo dell'industria, che deve essere alleato. È necessario rivedere il contenuto di grassi e sale negli alimenti. Viene citata la Barilla per il suo programma di riduzione del contenuto di sale nella panificazione, che rappresenta uno stimolo che si sta allargando alle altre aziende. Viene ricordato che l'ISS supporta il Ministero nella valutazione dei consumi. La sorveglianza costituisce un'azione costante per avere dati sull'andamento delle malattie croniche dei costi e dei loro investimenti. Questi studi sono in fase iniziale ma l'indirizzo è confortato dai risultati di New York.

Conclusioni prospettive

Graziella Caselli

Dipartimento di Scienze Statistiche, Università La Sapienza, Roma

L'analisi dei trend storici sulla demografia in Italia delinea un quadro allarmante per il bilancio sanitario del nostro Paese. La crescita dell'aspettativa di vita sta portando nelle fasce di età superiori ai 75 anni, un numero sempre più elevato di soggetti che in detta età sono più fragili e quindi più colpiti dalle malattie croniche. Si stima che dai 75 anni in su, un uomo, e maggiormente una donna, utilizzano, se si può usare questo termine, fino all'80% dei servizi sanitari di tutta la vita. L'elevato accesso ai servizi sanitari porta, sicuramente, un forte impatto sulla spesa pubblica e sulla capacità di risparmio delle famiglie, travolgendo il già fragile stato sociale italiano. Inoltre, se le famiglie e, soprattutto le donne, continueranno a essere lasciate sole ad affrontare i problemi di assistenza agli anziani disabili, il futuro produrrà inevitabilmente difficoltà e tensioni che potrebbero compromettere la tenuta delle famiglie stesse. Già si legge di interventi programmati o in programma per affrontare la crisi economica e finanziaria del paese che può impattare pesantemente sulla micro, oltre che sulla macroeconomia. Non si può non sottolineare quanto è emerso negli interventi precedenti: la protezione della salute, che fa parte della costituzione italiana, deve ricevere da tutti i decisori quegli indirizzi e quel sostegno necessari per salvare la società di oggi".

[Link alle slides](#)

Maria Pia Garavaglia

Senatrice della Repubblica Italiana, Ministro della Sanità negli anni 1992-94

Nel concludere il dibattito viene sottolineato il lavoro insieme tra la Fondazione Italiana per il Cuore e le Società Scientifiche e le Istituzioni che intorno al cuore e al metabolismo possono sedersi allo stesso tavolo. Utile identificare il supporto che il rapporto Stato-RAI può dare insegnando a mangiare e non solo a seguire delle comunicazioni di marketing. Importante organizzare intorno alla medicina di genere i corsi trasversali delle Facoltà di medicina. Non dimenticare la potenzialità della Scuola, che con l'abolizione della leva obbligatoria, costituisce la sede ideale per osservare e monitorare lo stato di salute dei bambini, produrre una sensibilizzazione alla alimentazione e all'attività fisica. Avere tolto il medico scolastico è stato un delitto cui dovrà rispondere fra qualche anno chi l'ha realizzato. Il CONI deve verificare come i medici certificano l'idoneità dei giovani. Una volta c'erano le colonie che avevano il medico.

Aggiungere anni alla vita ma non malati. I grandi vecchi (5% della popolazione) consumano il 93% della spesa farmaceutica. Bisogna cominciare dall'età infantile per diventare novantenni non malati.

I senatori presenti si impegnano a portare in Senato un documento che raccolga quanto emerso dalla conferenza/dibattito.

Appendice

Ancora una domanda: Assistenza o investimento?

"Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese." (Art 3 Costituzione italiana).

Quasi 11,5 miliardi rappresentano il peso della invalidità sul sistema sociale: è un valore che si riferisce a circa la metà (iscritti all'INPS circa 20 milioni di cittadini) della popolazione in età di lavoro. Questo carico rispecchia abbastanza bene il valore della salute nella società e quindi la necessità di proteggere tale bene. Se si aggiunge il costo del Sistema sanitario di circa 111 miliardi (complessivo stimato per il 2010) si rimane perplessi sulle molte barriere volute e non volute che limitano l'investimento sulla protezione del bene salute a livello delle istituzioni o dei singoli cittadini.

Dal Summit delle Nazioni Unite di N.Y. sul tema delle Malattie Croniche Non Comunicabili del 19-20 Settembre 2011.

Dopo mesi di discussioni e di perfezionamenti e di sofferte modifiche al testo, in data 7 settembre veniva concordato, per referendum, tra i 193 stati membri delle Nazioni Unite, la bozza di un documento divenuto delibera dell'Assemblea delle Nazioni Unite il 16 settembre 2011. Infatti in tale data la 66 ma Assemblea Generale adotta la dichiarazione politica del Summit dell'Assemblea Generale sulla Prevenzione e il Controllo delle Malattie Croniche Non trasmissibili (NCD) che diventa annesso alla risoluzione, dal titolo: **Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases.** http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/en/index.html

La delibera si basa sulle indicazioni della *NCD Alliance* la quale, nata nel maggio del 2009 per volontà di *International Diabetes Federation*, *World Heart Federation*, *The International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*, *Union for International Cancer Control*, vanta oggi almeno 2000 istituzioni e società scientifiche come membri, tra cui appunto anche la *Fondazione Italiana per il Cuore*. Il documento vuole affrontare la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili in tutto il mondo con particolare attenzione all'impatto sullo sviluppo e alle sfide socio-economiche, particolarmente, per i c.d. paesi in via di sviluppo. Il documento mette l'accento su:

- la sfida alle NCD in crescita simil-epidemica e il suo impatto sullo sviluppo e la socioeconomia dei paesi;
- la risposta alla sfida richiede l'esigenza di uno sforzo unito dei governi e della intera società;
- la riduzione dei fattori di rischio e la promozione di una salute ambientale;
- il potenziamento delle politiche indirizzate alla salute e dei sistemi sanitari nazionali;
- la collaborazione, la cooperazione e la partnership internazionale;
- la ricerca e lo sviluppo;
- il controllo e la valutazione dei programmi, dei risultati e del loro sfruttamento;

È stato sottolineato che manca un obiettivo dominante, comunque vi è un accordo di sviluppare nel 2012 una struttura trasversale tra i paesi aderenti di monitoraggio delle NCD e un insieme globale di targets e indicatori. Gli stati membri hanno anche aderito a fare una revisione del programma nel 2014 e a inserire, fra le misure prioritarie future per la salute, le NCD, quando al termine dei Millennium Development Goals nel 2015, verranno impostati nuovi obiettivi. L'accordo è stato raggiunto dopo estenuanti negoziazioni nella preparazione del documento, nei seguenti oggetti:

- aumentare la possibilità di accedere a medicine sicure, efficaci, di qualità e a prezzo abbordabile;
- accelerare l'implementazione della Frame-work Convention on Tobacco;
- eliminare gli acidi grassi trans di origine industriale negli alimenti;
- sviluppare interventi per la riduzione del consumo di sale, zucchero e acidi grassi saturi;
- promuovere diete corrette per la salute e aumentare la attività fisica nella popolazione in genere.

Purtroppo l'attenzione dei paesi membri all'abuso di alcool, specialmente nei confronti dei giovani, non è come ci si sarebbe aspettato, vista la gravità del problema.

Il 15 settembre 2011 il Parlamento Europeo approvava la risoluzione *P7_TA-PROV(2011)0390* sulla posizione e l'impegno della Unione Europea anticipando il summit delle Nazioni Unite sulla prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili, denominata: **EU position and commitment in advance of the UN high-level meeting on the prevention and control of non-communicable diseases.**

<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P7-TA-2011-0390&language=EN>

In modo più aderente alle caratteristiche europee il documento ricalca in parte quello delle Nazioni Unite ma lo personalizza sulle caratteristiche dei paesi europei dotati di servizi e anche di "sicurezze" diverse rispetto alla grande maggioranza dei paesi che sono oggetto di attenzione delle Nazioni Unite.

Lo scenario della Unione Europea è caratterizzato da una mortalità del 86% per le NCD, di cui le MCCV uccidono più di 2 milioni di persone ogni anno. Ogni anno vengono diagnosticati 2,45 milioni nuovi pazienti con tumore e ne muoiono 1,23 milioni, mentre la prevalenza dei tumori nei bambini cresce di una percentuale superiore al 1% ogni anno. Le malattie respiratorie come asma e malattie croniche respiratorie fanno soffrire milioni di persone in Europa. Non vi è una strategia specifica per il diabete che colpisce più di 32 milioni di cittadini della Unione Europea. Queste cifre sono destinate a crescere come risultato della crescita in forma epidemica della obesità e dell'aumento della popolazione anziana. Anche la UE riconosce i fattori di rischio maggiori delle NCD come tabacco, dieta scorretta, alcol e sedentarietà; ma in più richiama i contaminanti ambientali come quinto fattore di rischio da tenere in considerazione. Una azione preventiva efficace su detti fattori ha dimostrato essere efficace per una loro sostanziale riduzione. Particolare attenzione è dedicata all'esercizio fisico e alla dieta, che sono legate ai sette fattori di morte prematura (ipertensione, ipercolesterolemia, obesità, mancanza di frutta e verdura nell'alimentazione, mancanza di esercizio fisico, abuso di alcol e fumo). La prevenzione di questi fattori è seguita da una riduzione sostanziale delle NCD. Viene sottolineato che il 97% dei budget sanitari è dedicato al trattamento, e solo il 3% a un investimento nella prevenzione, mentre il costo delle terapie e delle diagnosi è in continua drammatica crescita.

Viene sottolineato che nel mondo le NCD provocano 36 milioni di morti all'anno, e sono responsabili nel periodo dal 2005 al 2030 di una perdita di 25 trilioni di Euro. **Tutte le strategie economiche della EU rischiano di essere fortemente compromesse.** Il documento prende in considerazione il ruolo centrale della EU nella protezione della salute globale (per esempio per l'inquinamento ambientale), e il ruolo sussidiario delle nazioni aderenti a livello locale e regionale. Deve essere anche considerato che l'inquinamento ha un impatto che si accompagna per tutta la vita (per esempio a livello respiratorio soprattutto nei bambini) e nei confronti della crescita di cancro e diabete. Vi è poi il fenomeno crescente dell'*oldest old*, delle disuguaglianze di censo, di accesso alle cure fra gli stati. Non menzionata è la differenza di genere. Ma viene sottolineata l'indoor pollution responsabile di 1,6 milioni di morti all'anno, il primo fra tutti i fattori di rischio ambientali.

Lo scenario descritto porta la EU a richiamare gli stato membri a sostenere fortemente cinque obiettivi di impegno quali:

- la riduzione delle NCD del 25% entro il 2025
- l'implementazione di interventi ad alto valore di efficacia/costo per agire sui fattori di rischio
- il monitoraggio del trend di mortalità e dei fattori di rischio comuni delle NCD
- lo sviluppo di meccanismi di responsabilizzazione globale e locale per gli *stakeholders* coinvolti
- il consolidamento nel 2012 di una partnership ad alto livello che acceleri le raccomandazioni e l'organizzazione nel 2014 di un summit per verificare quanti impegni sono stati onorati.

Viene sottolineata l'importanza della ricerca per le NCD e altre patologie correlate quali i disordini mentali e neurologici incluso l'Alzheimer. Il paziente deve essere messo al centro, in una visione olistica, e in esse le NCD devono essere ricercate anche nella fase preclinica. Linee guida, educazione a ogni livello, attenzione alla sanità pubblica e alla *health economy*, formazione del personale, e aggiornamento continuo di questo nei vari temi inerenti alle NCD, sono parte delle raccomandazioni finali del documento.

Infine un invito: gli stati membri assicurino che delegazioni di alto livello siano presenti agli incontri delle nazioni Unite dal 19 al 20 settembre 2011.

Per avere un'idea di quanto alcuni organismi internazionali stiano facendo nel mettere in atto quanto proposto a New York si riporta la news sui **Running Projects della WHF (a dicembre 2011)**

<http://www.world-heart-federation.org/publications/heart-beat-e-newsletter/heart-beat-december-2011/interview/charity-zumbathon-for-heart-health/>

INTERVIEW

Interview with a Zumba instructor who got Dubai moving for the World Heart Federation

Saskia West, a Zumba instructor in Dubai, found an original way to raise awareness of cardiovascular disease. We met this woman who was inspired by a family tragedy and took action to encourage people to exercise and take care of their heart.

HIGHLIGHTS

Using Football Fever to Promote Heart Health: UEFA EURO 2012 RESPECT your Health

World Heart Federation is teaming up with partners in sports and education in the RESPECT your Health-Euroschools 2012 project organized by the Union of European Football Associations (UEFA) around the European Football Championship, UEFA EURO 2012. The initiative uses the power and popularity of football to promote healthy lifestyles among children and their families.

President Sidney C Smith, Jr explains new guidelines

An interview with World Heart Federation President Prof. Sidney C. Smith Jr, who shares his views on why new guidelines that provide recommendations to prevent heart attack and stroke are so important for those of us working in the cardiovascular disease community.

IN THIS ISSUE

World Heart Day 2011: One World, One Home, One Heart Campaign

After two years of focusing on heart health in the workplace, this year the World Heart Federation and its members called on individuals to reduce the risk of heart disease and stroke for themselves as well as for

their family.

Increasing awareness for atrial fibrillation

Atrial fibrillation is the most common sustained cardiac arrhythmia (abnormal heart rhythm). The World Heart Federation works together with the Stroke Alliance for Europe and the Atrial Fibrillation Association through the AF AWARE campaign to raise international awareness about the condition.

Controlling rheumatic heart disease in the Pacific Islands

In October, representatives from seven Pacific Island nations met in Apia, Samoa to develop a regional strategy for reducing the burden of rheumatic heart disease (RHD) in the Pacific. Eliminating rheumatic fever and minimizing the burden of RHD is a key priority for the World Heart Federation hence this strategy will take us one step closer to delivering on this goal.

NEWS FROM OUR MEMBERS

Heart and Stroke Foundation South Africa Awareness Month

Every September the Heart and Stroke Foundation South Africa dedicates the month to raising awareness of heart disease and its prevention among the South African public. This year they teamed up with Clicks, a popular nationwide health and beauty chain store, to increase their impact.

Helping smokers quit: British Heart Foundation saves the day

When public-sector cuts threatened the future of UK charity No Smoking Day, a merger with British Heart Foundation (BHF) saved the day.

ADVOCACY NEWS

World Heart Federation Advocacy Milestones in 2011

2011 proved to be an eventful year for global cardiovascular disease advocacy. Although the United Nations High Level Summit on Non-Communicable Diseases was certainly the culminating event, there were many other developments worth highlighting.

Moving forward with the UN Political Declaration

On 2 December 2011, the World Heart Federation leadership met in Geneva to consider next steps for the cardiovascular disease community. Discussions took place on how to synergize the strategic objectives of the World Heart Federation with the Political Declaration on Non-Communicable Diseases.

Take our advocacy survey

The World Heart Federation has released a broad survey to assess the progress and successes achieved by our 2011 advocacy activities.

CONGRESS NEWS

World Congress of Cardiology session highlight

Join us on Saturday, 21 April at 10:30 am in Hall 5 as we debate the role that the private sector should play in the prevention and control of cardiovascular disease.

WCC 2012 latest news

The latest news from the World Congress of Cardiology (WCC) 2012, to be held in Dubai on 18-21 April.

EVENTS 2012

12-14 January 2012 - Singapore, Republic of Singapore

3rd Asia PCR/ SingLive 2012

16-23 January 2012 - Geneva, Switzerland

World Health Organization Executive Board

15-27 January 2012 - Cape Town, South Africa

44th Ten-Day International Teaching Seminar on Cardiovascular Disease Epidemiology and Prevention.

10 Novembre, 2011

Andrea Peracino, MD, PhD

Fondazione Giovanni Lorenzini Medical Science Foundation

Fondazione Italiana per il Cuore

Società Italiana e Società Europea per la Salute e la Medicina di Genere

Viale Piave 35 -20129 Milano

www.lorenzinifoundation.org - www.fondazionecuore.it - www.gendermedicine.org