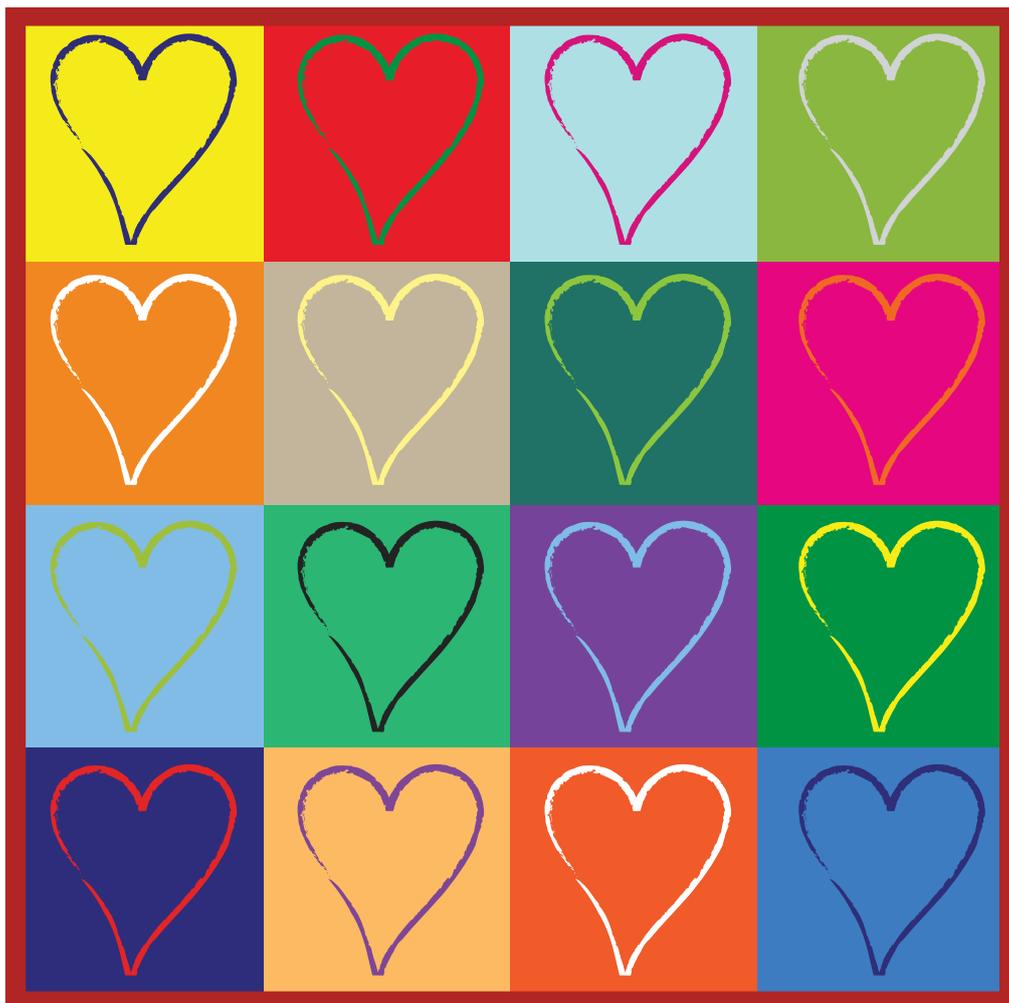
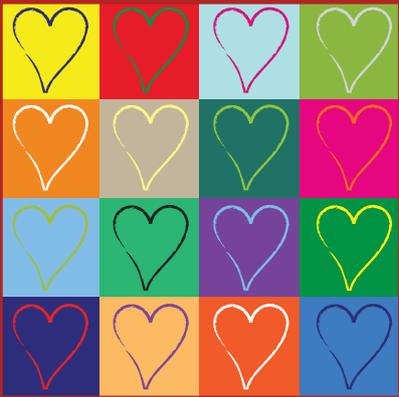


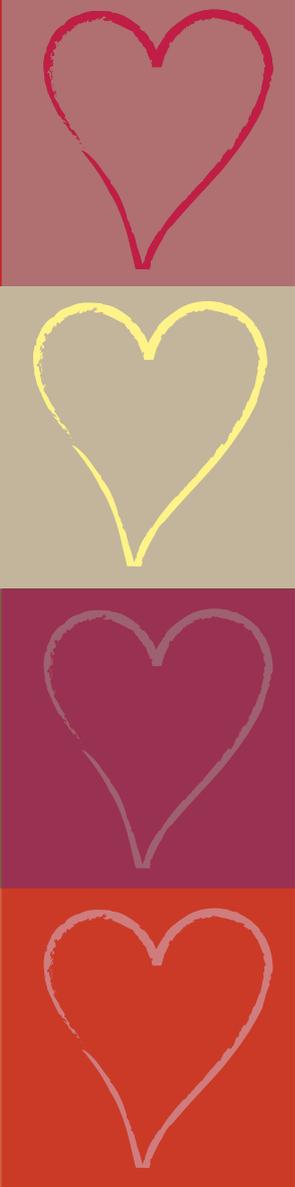
La prevenzione delle malattie cardiovascolari in Europa: un programma in corso

“EuroHeart work package 5”:
Piani, politiche e provvedimenti nei Paesi dell’Unione,
e loro impatto sulla promozione della salute cardiovascolare
e la prevenzione delle malattie cardiovascolari



Settembre 2009





Contenuto

Ringraziamenti	3
Introduzione	4
La situazione di base	5
Tassi di mortalità per uomini e donne nei 16 Paesi del WP 5: in ordine decrescente	6
Prevalenza della presenza dei fattori di rischio per uomini e donne nei 16 Paesi del WP5: in ordine decrescente.....	10
Il progetto di mappatura EuroHeart	15
Metodo.....	15
Preparazione del questionario.....	15
Raccolta dei dati	15
Analisi dei dati	16
Risultati	17
Organizzazioni nazionali.....	17
Atti nazionali, leggi e legislazioni	17
Politiche/strategie o programmi nazionali.....	17
Programmi nazionali.....	22
Linee guida/standard nazionali.....	24
Obiettivi nazionali, monitoraggio e valutazione.....	25
Commenti generali	26
Elementi essenziali di una strategia nazionale complessiva sulle malattie cardiovascolari	28
Conclusioni	36
Raccomandazioni	37
Bibliografia	38
Appendix A: Advisory Board for Work Package 5	39
Appendix B: Questionnaire	40
Appendix C: Explanatory notes for Questionnaire	48
Appendix D: Additional data collection	54
Glossary	55

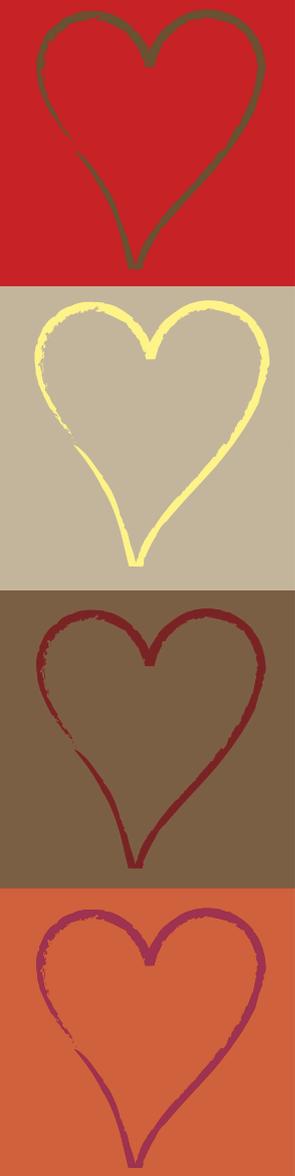


Tabella

1. Tassi di mortalità standardizzati per età in uomini e donne di età inferiore a 65 anni nei 16 Paesi del WP5 in ordine decrescente – Cardiopatia coronarica.....	6
2. Tassi di mortalità per Ictus per 100.000 persone, nei due sessi.....	8
3. Prevalenza della presenza dei fattori di rischio per uomini e donne nei sedici Paesi del WP5: in ordine decrescente – Tabagismo	10
4. Grammi per persona al giorno di frutta e verdura	12
5. Percentuale di apporto energetico derivante da grassi.....	13
6. Persone che praticano esercizio fisico moderato per 4 o più giorni alla settimana.....	14
7. Mappa della legislazione esistente o prevista in tutti i Paesi del WP5	19
8. Mappa delle politiche/strategie e programmi nazionali esistenti o previsti nei Paesi del WP5.....	20
9. Mappa dei programmi nazionali esistenti o previsti nei Paesi del WP5.....	23
10. Mappa delle linee guida/standard nazionali esistenti o previste nei Paesi del WP5.....	24
11. Mappa degli obiettivi nazionali esistenti e previsti, monitoraggio e valutazione nei Paesi del WP5	27

Figure

1. Tassi di mortalità della malattia cardiaca coronarica in uomini sotto i 65 anni, ogni 100.000 persone.....	7
2. Tassi di mortalità della malattia cardiaca coronarica in donne sotto i 65 anni, ogni 100.000 persone.....	7
3. Tassi di mortalità dell'Ictus in uomini sotto i 65 anni, ogni 100.000 persone.....	9
4. Tassi di mortalità dell'Ictus in donne sotto i 65 anni, ogni 100.000 persone.....	9
5. Percentuale di tabagismo fra gli uomini di 15 anni o più, nei Paesi del WP5	11
6. Percentuale di tabagismo fra le donne di 15 anni o più, nei Paesi del WP5	11
7. Grammi per persona al giorno di frutta e verdura disponibili nei Paesi del WP5.....	12
8. Percentuale dell'apporto energetico derivante da grassi nei Paesi del WP5	13
9. Percentuale di persone che praticano esercizio fisico moderato per 4 o più giorni alla settimana nei Paesi del WP5	14
10. Paesi che riferiscono di politiche nazionali nel campo della promozione della salute cardiovascolare e/o della prevenzione delle malattie cardiovascolari, della malattia cardiaca coronarica, dell'ipertensione, dell'Ictus e dell'iperlipidemia.....	21
11. Modello suggerito per gli elementi fondamentali di una strategia nazionale complessiva	28



Ringraziamenti

Questo rapporto è stato preparato da:

Gill Cowburn¹, Prachi Bhatnagar¹, Susanne Løgstrup²

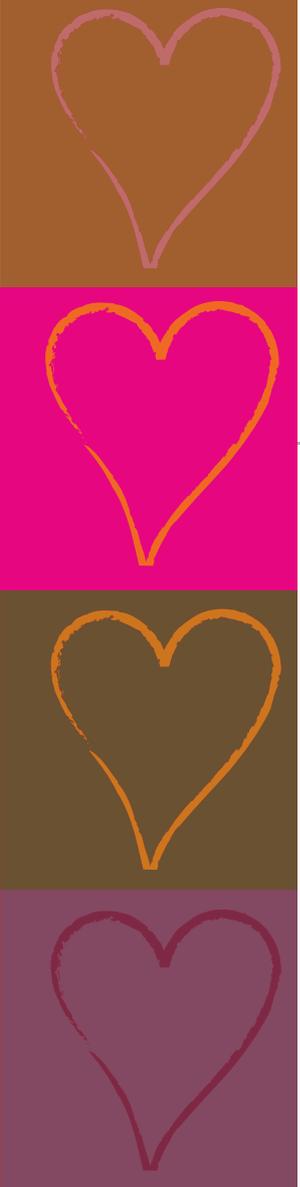
Si ringraziano i coordinatori nazionali ed i loro colleghi che hanno collaborato alla raccolta dei dati:

- Freddy van de Casseye - Belgian Heart League
- Mads Hyldgard - Danish Heart Foundation
- Marianne Sirel - Estonian Heart Association
- Anna-Liisa Rajala - Finnish Heart Association
- Céline dos Santos - French Federation of Cardiology
- Christine Dehn - German Heart Foundation
- George Andrikopoulos - Hellenic Heart Foundation
- András Nagy - Hungarian Heart Foundation
- Bylgja Valtýsdóttír - Icelandic Heart Association
- Maureen Mulvihill - Irish Heart Foundation
- Maria Luce Ranucci - Fondazione Italiana per il Cuore
- Marina Trovo' - Associazione per la Lotta alla Trombosi e alle malattie cardiovascolari - Onlus
- Marijke Luif - Netherlands Heart Foundation
- Grete Crowo - Norwegian Association of Heart and Lung Patients
- Jan Slezak - Slovak Heart to Heart League
- Monika Kozjek - Slovenian Heart Association
- Rebecca Salay - UK National Heart Forum

- Marleen Kestens – European Heart Network

¹ British Heart Foundation Health Promotion Research Group, University of Oxford, Old Road Campus, Headington, Oxford, OX3 7LF, UK - <http://www.dphpc.ox.ac.uk/bhfhprg>

² European Heart Network, Rue Montoyer 31, B-1000 Brussels, Belgium - <http://www.ehnheart.org>



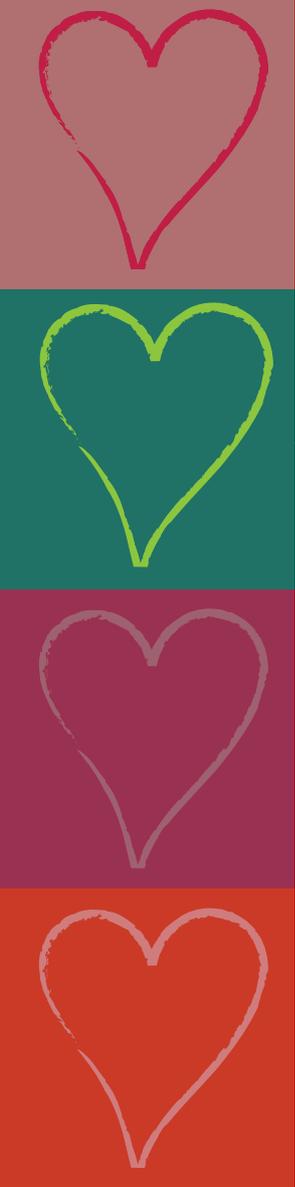
Introduzione

Le Malattie Cardiovascolari (MCV) restano la principale causa di morte nell'Unione Europea, ammontando a più di due milioni di decessi ogni anno. Mentre i fattori di rischio e le cause determinanti delle patologie cardiovascolari sono ben accertati, è ancora incompleto il quadro di quanto i singoli Paesi abbiano messo in atto in termini di strategie ed azioni per affrontare il pesante carico umano ed economico che queste malattie comportano.

Nel corso degli ultimi cinque anni, in Europa hanno avuto luogo sviluppi significativi nelle politiche indirizzate alle MCV, tra cui le Council Conclusions to Promote Heart Health adottate nel 2004, la Carta Europea per la Salute del Cuore lanciata nel 2007 e la Risoluzione del Parlamento Europeo sulle azioni per affrontare le MCV adottata a larga maggioranza nel luglio 2007.

Al fine di utilizzare al meglio questi sviluppi e di adottare misure specifiche previste dalla Carta Europea per la Salute del Cuore, European Heart Network e European Society of Cardiology hanno concordato di unire le proprie competenze in un progetto comune denominato EuroHeart. Gli obiettivi principali di EuroHeart sono: rafforzare la collaborazione intersettoriale; ottenere informazioni complete e comparabili su politiche ed azioni per la promozione della salute cardiovascolare e la prevenzione delle MCV; migliorare la consapevolezza, la diagnosi e il trattamento delle donne con MCV in Europa; creare un'area comune di impegno con l'introduzione di versioni nazionali delle linee guida per le MCV. Questi obiettivi sono stati descritti in dettaglio in work packages ("pacchetti di lavoro") distinti.

Questo rapporto descrive uno dei work packages di EuroHeart – il work package 5 – fornendo una rassegna delle strategie ed azioni nazionali esistenti nei campi della promozione della salute cardiovascolare e/o della prevenzione delle MCV in 16 Paesi europei. Il rapporto e le sue conclusioni verranno diffusi largamente fra coloro che hanno potere decisionale in materia in Europa, consentendo loro di rivedere le proprie strategie nazionali alla luce di ciò che sta accadendo negli altri Paesi. Questo rapporto è un'istantanea dell'attuale situazione. Affrontare le MCV non è un processo statico, e sono essenziali continue revisioni e valutazioni dell'impatto delle strategie adottate. European Heart Network ritiene che, se la politica sanitaria è in gran parte nelle mani degli Stati Membri dell'Unione Europea (UE), l'UE stessa può sostenerli ed aiutarli a ridurre le disuguaglianze all'interno dei Paesi e fra essi, ad esempio stabilendo dei punti di riferimento attraverso raccomandazioni. Sicuramente, considerando il problema della salute del cuore anche in altre iniziative, l'UE può assumere un ruolo di guida assicurando un'efficace valutazione dell'impatto delle misure proposte sulla salute, nell'ambito di un'ampia gamma di politiche sanitarie e sociali.



La situazione di base

Le MCV sono, per le donne, la prima causa di morte in tutti i Paesi Europei; per gli uomini sono ugualmente la prima causa di morte escludendo la Francia, i Paesi Bassi e la Spagna. Tuttavia, vi sono importanti differenze nella mortalità tra i vari Paesi d'Europa.

Queste differenze si riscontrano anche tra i 16 Paesi EuroHeart, come è descritto nelle tabelle 1 e 2 e figure 1 e 4. Il tasso di mortalità da MCV in Ungheria (105/100 000) è sei volte maggiore che in Francia (17/100 000) per gli uomini e nove volte maggiore per le donne. In Estonia il tasso di mortalità maschile per Ictus (41/100 000) è dieci volte maggiore (4/100 000) e il corrispondente tasso di mortalità femminile è tre volte maggiore rispetto all'Islanda.

Vi sono differenze evidenti anche nell'andamento della mortalità. In Finlandia si è riscontrata una diminuzione significativa del tasso di mortalità sia da cardiopatie coronariche (CC) sia da Ictus (76% cardiopatie coronariche; 74% Ictus) nell'arco di tempo dal 1972 al 2005. Nello stesso periodo, in Grecia, il tasso di mortalità da cardiopatie coronariche è aumentato dell'11%, mentre la mortalità da Ictus si è ridotta del 48%.

In nove dei Paesi EuroHeart, l'andamento della mortalità da cardiopatia coronarica nella donna mostra una diminuzione inferiore a quella riscontrata per gli uomini.

Informazioni più dettagliate su popolazione, prodotto interno lordo (PIL), mortalità e fattori di rischio specifici si possono trovare nel rapporto supplementare Country Summary Reports, alla pagina web <http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176>

La fonte utilizzata per le tabelle 1 e 2 e figure 1 e 4 è: Allender, S.; Scarborough, P.; Peto, V.; Rayner, M. (2008) European cardiovascular disease statistics 2008. European Heart Network. Brussels.



Tassi di mortalità per uomini e donne nei sedici Paesi del WP5, in ordine decrescente

Tassi di mortalità standardizzati per età in uomini e donne di età inferiore a 65 anni nei sedici Paesi del WP5 in ordine decrescente.

Tabella 1 :
Cardiopatía Coronarica

UOMINI		DONNE	
Paese	Tasso per 100 000	Paese	Tasso per 100 000
Ungheria	105	Ungheria	28
Estonia	104	Estonia	20
Slovacchia	74	Slovacchia	19
Grecia	50	Regno Unito	11
Finlandia	48	Grecia	10
Regno Unito	44	Belgio	9
Irlanda	39	Danimarca	9
Belgio	36	Irlanda	9
Germania	33	Germania	8
Slovenia	33	Finlandia	7
Islanda	30	Olanda	7
Danimarca	30	Norvegia	6
Norvegia	27	Italia	5
Italia	25	Slovenia	5
Olanda	22	Francia	3
Francia	17	Islanda	3



Figura 1:
Tassi di mortalità della malattia cardiaca coronarica in uomini sotto i 65 anni,
ogni 100.000 persone, ultimo anno disponibile per Paese

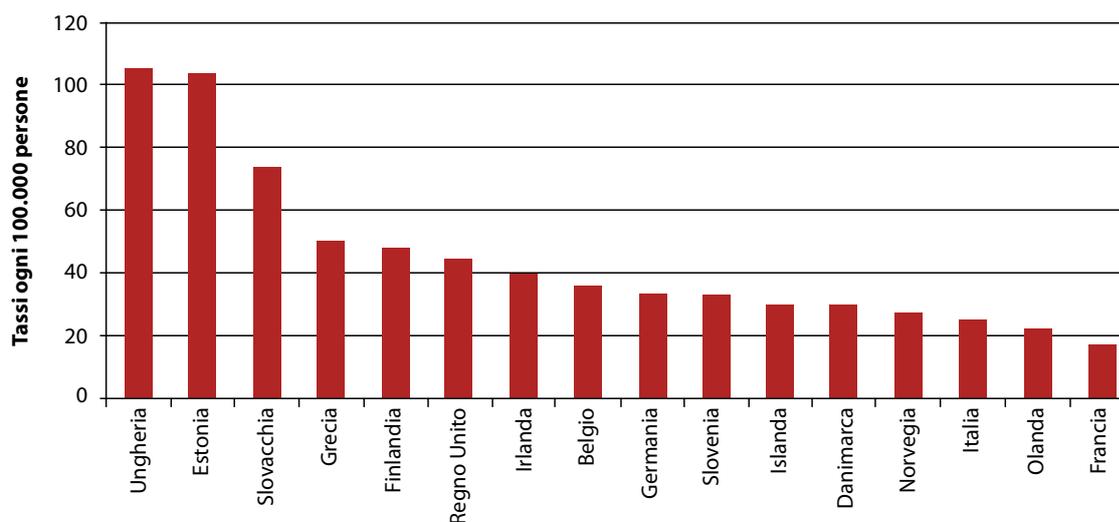
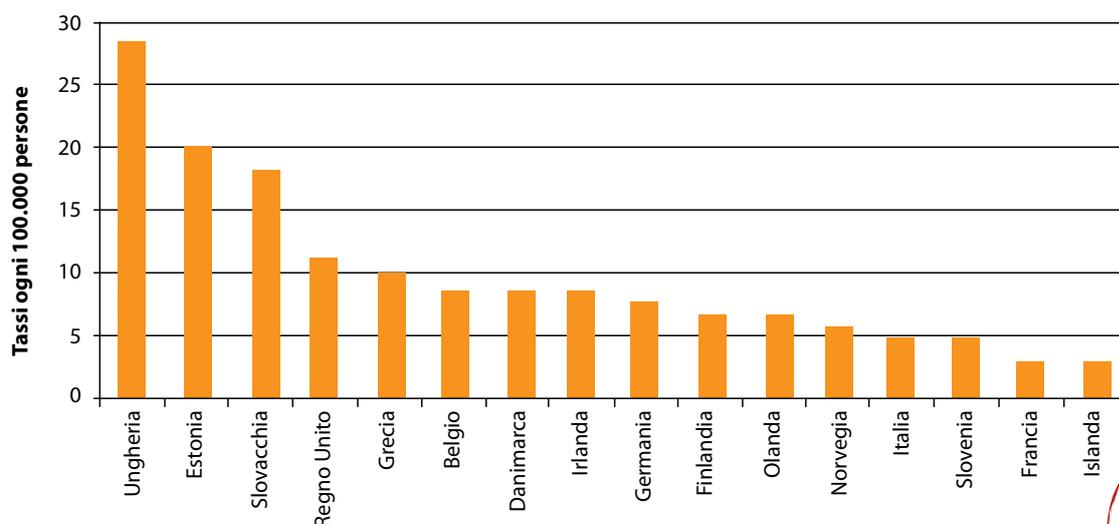


Figura 2:
Tassi di mortalità della malattia cardiaca coronarica in donne sotto i 65 anni,
ogni 100.000 persone, ultimo anno disponibile per Paese



Fonte: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. European Heart Network. Brussels.
Ultimo anno disponibile (nell'intervallo dal 1997 al 2006)



Tabella 2:
Ictus: Tassi di mortalità per Ictus per 100.000 persone, nei due sessi,
ultimo anno disponibile per Paese (nell'intervallo dal 1997 al 2006)

UOMINI	
Paese	Tasso per 100 000
Estonia	41
Ungheria	34
Slovacchia	19
Grecia	14
Slovenia	13
Danimarca	12
Belgio	11
Finlandia	11
Italia	9
Regno Unito	9
Germania	8
Irlanda	8
Francia	7
Olanda	7
Norvegia	7
Islanda	4

DONNE	
Paese	Tasso per 100 000
Estonia	16
Ungheria	15
Belgio	8
Danimarca	7
Grecia	7
Slovacchia	7
Slovenia	7
Regno Unito	7
Finlandia	6
Olanda	6
Germania	5
Islanda	5
Italia	5
Norvegia	5
Francia	4
Irlanda	4





Figura 3:
Tassi di mortalità dell'Ictus in uomini sotto i 65 anni, ogni 100.000 persone,
ultimo anno disponibile per Paese

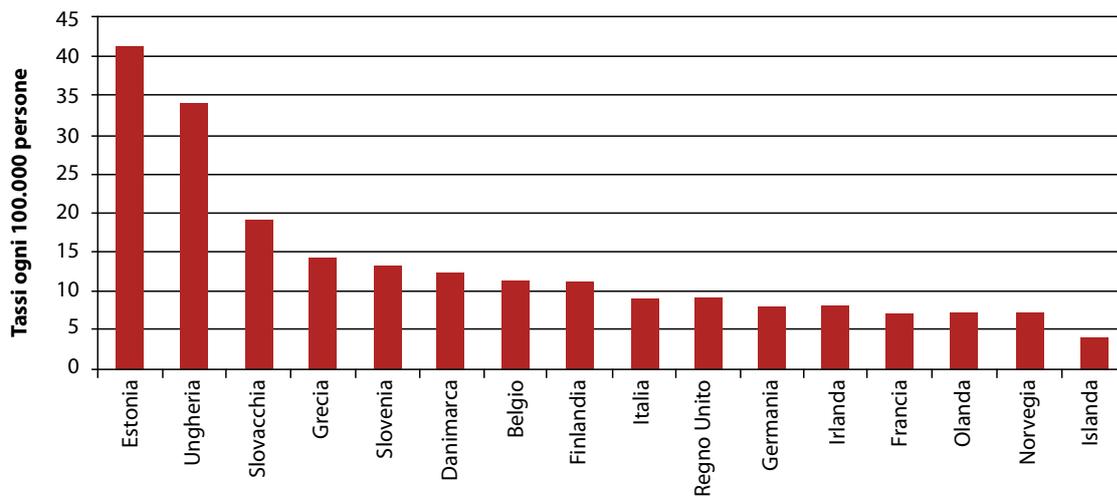
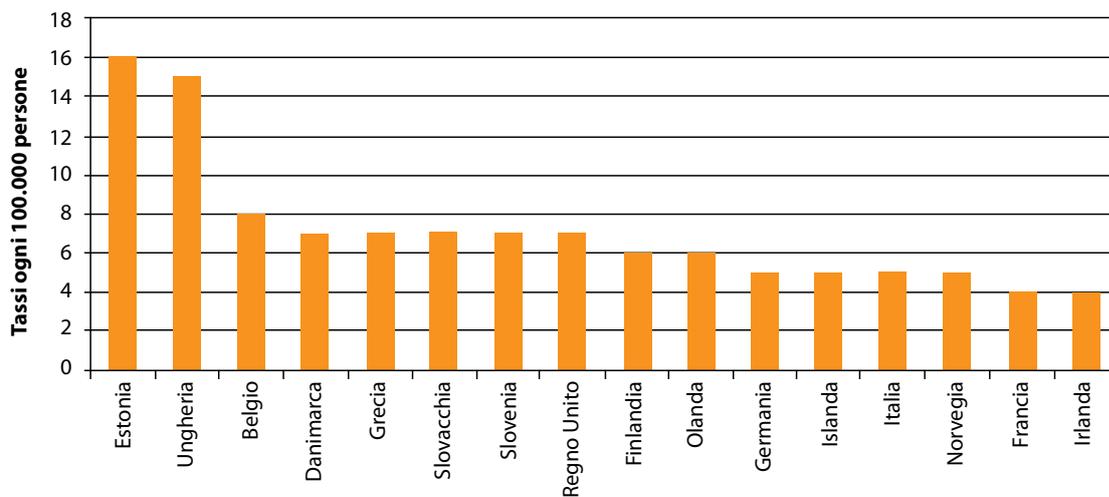


Figura 4:
Tassi di mortalità dell'Ictus in donne sotto i 65 anni, ogni 100.000 persone,
ultimo anno disponibile per Paese





Prevalenza della presenza dei fattori di rischio per uomini e donne nei sedici Paesi del WP5: in ordine decrescente (ultimo anno disponibile per Paese)

Tabella 3:
Tabagismo: Ultimo anno disponibile per Paese

UOMINI		DONNE	
Paese	%	Paese	%
Grecia	47	Germania	31
Estonia	42	Grecia	29
Slovacchia	41	Olanda	26
Germania	37	Ungheria	25
Ungheria	37	Irlanda	24
Olanda	35	Norvegia*	24
Italia	31	Danimarca	23
Francia	30	Regno Unito	23
Danimarca	29	Slovenia	22
Finlandia	26	Estonia	21
Norvegia*	26	Francia	21
Regno Unito	26	Islanda	19
Irlanda	24	Finlandia	18
Slovenia	24	Italia	17
Belgio	23	Belgio	16
Islanda	22	Slovacchia	15

Figura 5:
Percentuale di tabagismo fra gli uomini di 15 anni o più, nei Paesi del WP5,
ultimo anno disponibile per Paese

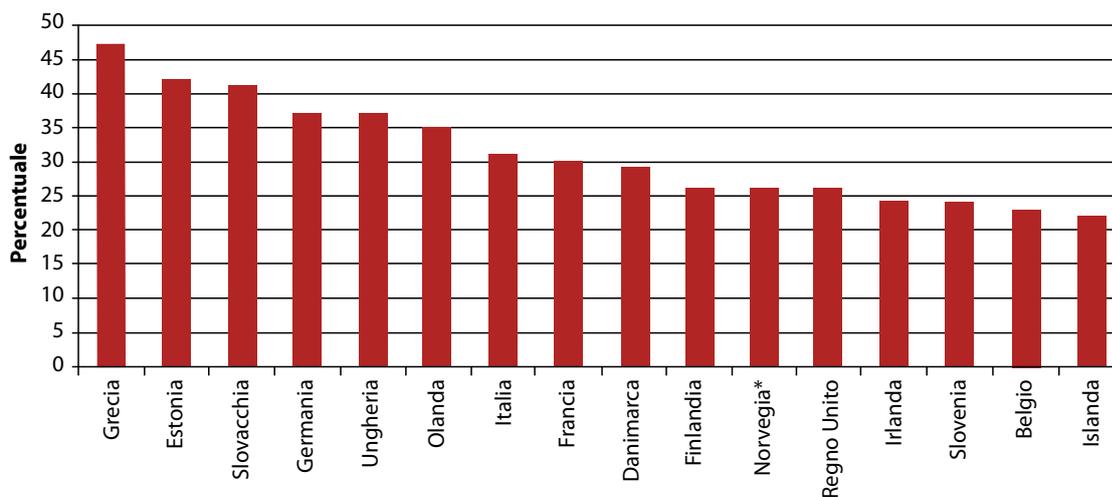
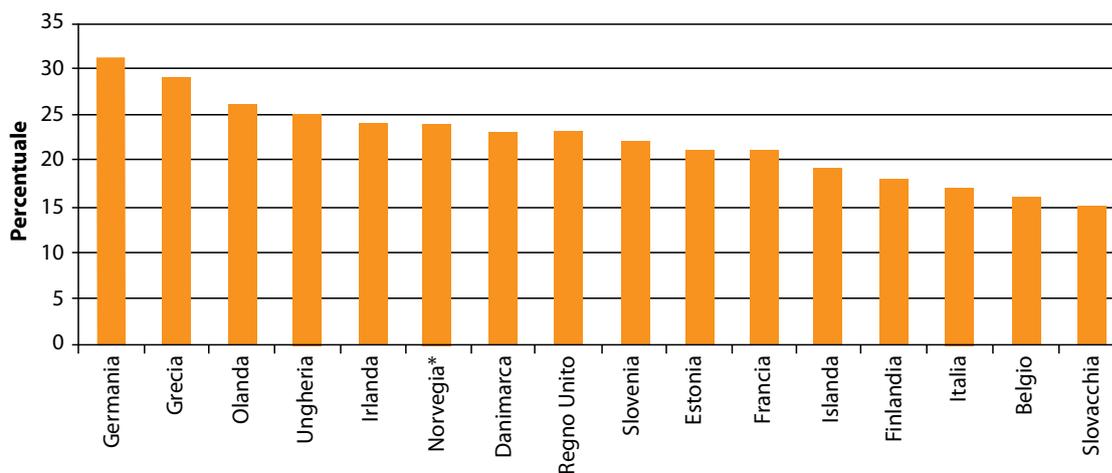


Figura 6:
Percentuale di tabagismo fra le donne di 15 anni o più nei Paesi del WP5,
ultimo anno disponibile per Paese



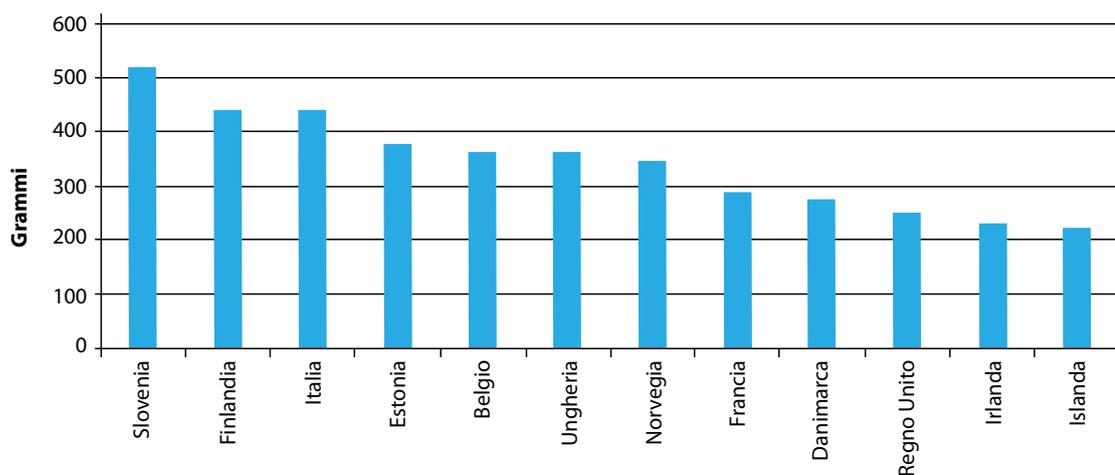
Fonte: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. European Heart Network. Brussels; Ultimo anno disponibile (nell'intervallo dal 1998 al 2008);

* Norwegian: Norwegian Directorate of Health, 2009

Tabella 4:
Grammi per persona al giorno di frutta e verdura: ultimo anno disponibile per Paese

TUTTI	
Paese	grammi/per persona/giorno
Slovenia	516
Finlandia	433
Italia	433
Estonia	378
Belgio	360
Ungheria	360
Norvegia	341
Francia	288
Danimarca	273
Regno Unito	248
Irlanda	229
Islanda	224

Figura 7:
Grammi per persona al giorno di frutta e verdura disponibili nei Paesi del WP5



I dati non sono disponibili per Grecia, Germania, Olanda e Slovacchia.

Fonte: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. European Heart Network. Brussels; Ultimo anno disponibile (nell'intervallo dal 1980/84 al 1997)

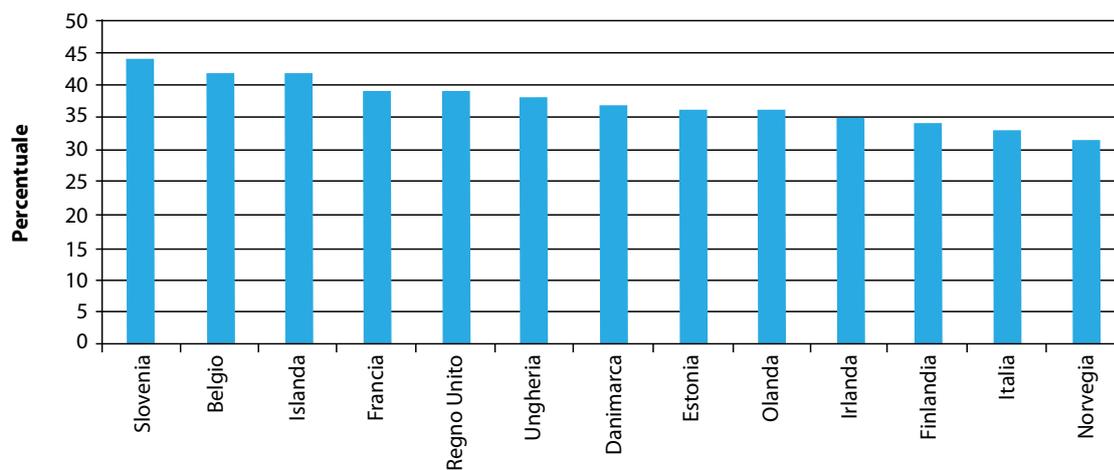




Tabella 5:
Percentuale di apporto energetico derivante da grassi: ultimo anno disponibile per Paese

TUTTI	
Paese	%
Slovenia	44
Belgio	42
Islanda	42
Francia	39
Regno Unito	39
Ungheria	38
Danimarca	37
Estonia	36
Olanda	36
Irlanda	35
Finlandia	34
Italia	33
Norvegia	31

Figura 8:
Percentuale dell'apporto energetico derivante da grassi nei Paesi del WP5



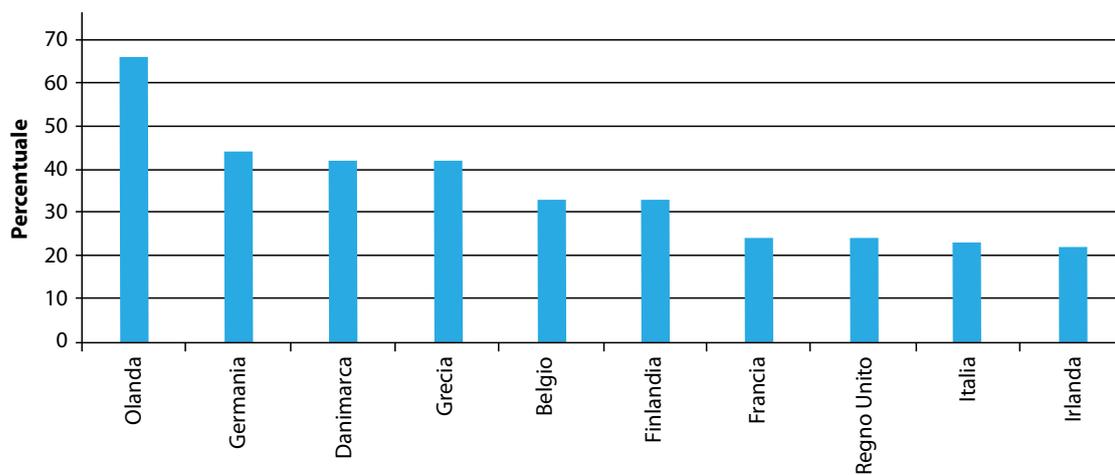
I dati non sono disponibili per Grecia, Germania e Slovacchia.

Fonte: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. European Heart Network. Brussels; Ultimo anno disponibile (nell'intervallo dal 1980/84 al 1997)

Tabella 6:
Persone che praticano esercizio fisico moderato per 4 o più giorni alla settimana, 2005

TUTTI	
Paese	%
Olanda	66
Germania	44
Danimarca	42
Grecia	42
Belgio	33
Finlandia	33
Francia	24
Regno Unito	24
Italia	23
Irlanda	22

Figura 9:
Percentuale di persone che praticano esercizio fisico moderato per 4 o più giorni la settimana nei Paesi del WP5



I dati non sono disponibili per Estonia, Ungheria, Islanda, Norvegia, Slovenia e Slovacchia.

Fonte: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. European Heart Network. Brussels
 Ultimo anno disponibile (nell'intervallo dal 1980/84 al 1997)





Il progetto di mappatura EuroHeart

Questo rapporto presenta i risultati del progetto di mappatura EuroHeart (work package 5), che si propone di fornire una panoramica delle strategie per la salute del cuore in 16 Paesi europei. La mappatura è iniziata nel settembre 2007 ed è stata completata nel novembre 2008.

Gli obiettivi primari del work package 5 erano quelli di raccogliere, attraverso mappatura ed analisi, informazioni complete e comparabili su politiche, piani e provvedimenti incidenti sulla promozione della salute cardiovascolare e la prevenzione delle MCV. Il work package 5 si proponeva di identificare differenze e lacune nelle politiche e nelle azioni tra i Paesi europei e di determinare gli elementi essenziali di una strategia nazionale complessiva sulle malattie cardiovascolari. Inoltre, esso mirava a migliorare la consapevolezza dell'importanza di tenere in considerazione la salute del cuore in un ampio spettro di politiche socio-sanitarie. Il progetto EuroHeart riceve finanziamenti dall'Unione Europea nell'ambito del programma Public Health (Salute Pubblica).

Metodo

Il progetto di mappatura si è sviluppato in collaborazione fra European Heart Network, i Paesi Membri e British Heart Foundation Health Promotion Research Group (BHFHPRG) dell'Università di Oxford (il partner accademico di questo work package). Ciascuna delle organizzazioni suddette aveva un ruolo ben definito all'interno del progetto. European Heart Network ha provveduto alla gestione ed amministrazione generale del work package ed ha raccolto i dati a livello dell'UE. I partner nazionali associati sono stati incaricati di raccogliere i dati all'interno del proprio Paese ed il BHFHPRG è stato responsabile degli strumenti per la raccolta e l'analisi dei dati e della preparazione del rapporto sul progetto.

Un Comitato Consultivo appositamente costituito si è riunito in tre occasioni. Un primo incontro si è svolto nell'ottobre 2007 per discutere i programmi del work package 5, la progettazione e lo sviluppo degli strumenti per la raccolta dei dati. Un secondo incontro ha avuto luogo nell'ottobre 2008, per discutere i risultati del progetto. Un terzo e ultimo incontro si è tenuto nel marzo 2009 per discutere delle modalità di diffusione dei risultati.

Preparazione del questionario

Al fine di consentire la raccolta di informazioni comparabili, si è trovato l'accordo sul fatto che il metodo più efficace per la raccolta dei dati nell'ambito dei Paesi partecipanti era l'utilizzo di questionari strutturati diffusi per via informatica. Il BHFHPRG ha curato la preparazione di un questionario strutturato e di una serie di note esplicative, basandosi, in parte, su di un lavoro simile realizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)^{1,2}

Raccolta dei dati

La raccolta delle informazioni a livello nazionale è stata condotta dai partner associati coinvolti in questo work package. Tre incontri si sono tenuti per i coordinatori nazionali, nominati all'interno di ciascuna nazione e incaricati di raccogliere i dati per conto dell'Università di Oxford. Durante la prima riunione tenutasi nel novembre 2007, i coordinatori nazionali sono stati informati sul processo di raccolta dei dati, nell'ottica di stabilire criteri qualitativi per il reperimento e la registrazione dei dati stessi. Ulteriore supporto e consigli sono stati inviati per via informatica nel corso della raccolta dei dati da parte dei coordinatori nazionali. Scaduto il primo termine per l'invio dei dati, i coordinatori nazionali (in numero di 4) che non avevano inviato risposta sono stati contattati





e sollecitati ad inviare i propri dati. In seguito a questo passaggio, tutti i Paesi hanno inviato i propri dati per l'analisi. Dopo la verifica dei dati, i coordinatori nazionali sono stati invitati a fornire le informazioni mancanti. Inoltre, a ciascun coordinatore nazionale è stato chiesto di raccogliere ulteriori informazioni sulle politiche/strategie o piani nazionali dei propri Paesi. Nel Giugno 2008, nel corso di un secondo incontro, sono stati presentati i risultati iniziali del progetto ai coordinatori nazionali, ai quali è stato poi chiesto di revisionare un riassunto delle informazioni da essi raccolte e di correggere qualsiasi interpretazione non corretta dei dati.

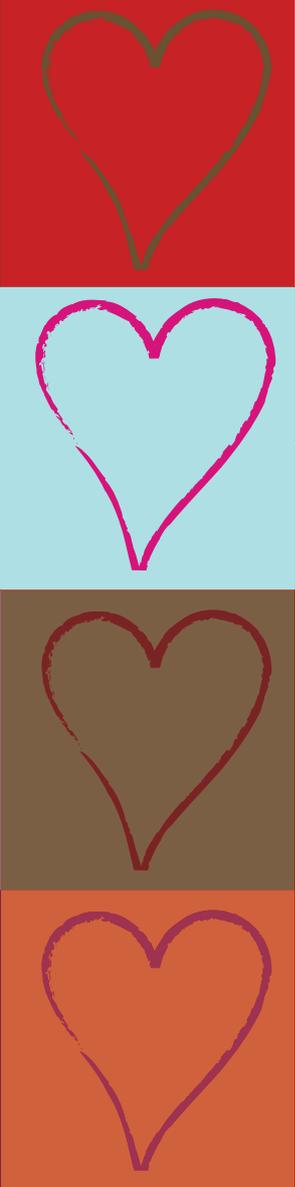
Nel settembre 2008 sono stati poi presi in considerazione i dati raccolti nel progetto OMS^{1,2} per confrontare le compatibilità delle due serie di dati a disposizione, considerando anche il fatto che i dati sono stati raccolti in tempi diversi. I coordinatori nazionali sono stati quindi invitati a commentare ogni eventuale discrepanza fra i dati suddetti.

A seguito della discussione che ha avuto luogo durante la riunione del Comitato Consultivo dell'ottobre 2008, a ciascun coordinatore nazionale è stato chiesto di preparare un breve riassunto informativo sulle politiche di promozione della salute cardiovascolare e/o di prevenzione delle MCV nel proprio Paese.

Nel marzo 2009 si è infine tenuto un incontro conclusivo dei coordinatori nazionali per concordare le ultime modifiche al rapporto e discuterne la divulgazione e il follow-up.

Analisi dei dati

L'analisi di tutti i dati è stata effettuata dal BHFHPRG presso l'Università di Oxford. I dati provenienti da ciascun Paese sono stati raccolti utilizzando il programma Excel. In origine, le analisi erano state pianificate puntando allo sviluppo di una matrice che tenesse in considerazione di analoghe tipologie di analisi comparativa¹⁻⁴, e con riferimento all'Ottawa Charter.⁵ Dopo tre fasi di raccolta dati, i partner nazionali associati hanno prodotto una considerevole quantità di informazioni. Tuttavia, la variabilità dei dati ha impedito di effettuare un'analisi dettagliata delle informazioni raccolte. E' stata invece intrapresa un'analisi descrittiva.



Risultati

Viene qui di seguito presentato un riassunto dei risultati principali. Ulteriori informazioni relative ai singoli Paesi si possono trovare nel rapporto supplementare, Country Summary Reports, disponibile alla pagina web <http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176>

Organizzazioni nazionali

Tutti i Paesi inoltre hanno identificato il dipartimento governativo che avesse la principale responsabilità sulle azioni per la salute pubblica relative alla prevenzione e al controllo delle malattie croniche. La maggior parte dei Paesi ha inoltre potuto identificare altri dipartimenti governativi e/o altre organizzazioni nazionali anch'esse coinvolte in tale funzione.

Tutti i Paesi hanno dunque identificato il dipartimento governativo dotato della principale responsabilità sulla promozione della salute cardiovascolare e/o alla prevenzione delle MCV. Una serie di altre organizzazioni (governative, non-governative, associazioni no-profit, società professionali), risultavano coinvolte nella promozione della salute cardiovascolare e/o nella prevenzione delle MCV in tutti i 16 Paesi.

Alcuni Paesi hanno potuto identificare organizzazioni con responsabilità di coordinamento dell'implementazione di una politica/strategia o di un piano riguardante la promozione della salute cardiovascolare e/o la prevenzione delle MCV. L'Irlanda ha potuto individuare organizzazioni responsabili della realizzazione di obiettivi ben focalizzati. La Finlandia ha riportato che una serie di operatori si sono assunti la responsabilità di realizzare azioni mirate al raggiungimento di obiettivi specifici.

Atti nazionali, leggi e legislazioni

La Tabella 7 mostra la mappa della legislazione esistente o programmata nei 16 Paesi europei. Ogni nazione ha dichiarato di possedere qualche tipo di legislazione nel campo della salute pubblica, dal controllo del fumo all'alimentazione. La legislazione nel campo della salute pubblica è solitamente di natura generale, volta a guidare la gestione della sanità e dei servizi medici correlati. La legislazione sul consumo di tabacco include norme riguardanti divieti e limitazioni al fumo in luoghi pubblici, limitazioni della pubblicità e della vendita di prodotti a base di tabacco e l'inserimento di adeguate avvertenze in etichetta. La legislazione sull'alimentazione varia dai requisiti di etichettatura alle regole per le forniture di cibo nel contesto scolastico. Tutti i Paesi, ad eccezione della Grecia, hanno riferito di disporre di legislazione sul controllo dell'alcol, per esempio, limitazioni alla pubblicità e/o alla vendita ai giovani. Undici dei sedici Paesi possiedono legislazioni relative alla promozione dell'attività fisica. Queste comprendevano l'organizzazione e promozione dell'attività sportiva e delle opportunità di praticare attività fisica nelle scuole.

Misure legislative sul tema del diabete, della promozione della salute cardiovascolare e/o della prevenzione delle MCV, della riduzione delle disuguaglianze in ambito sanitario e dell'obesità sono meno comuni e sono riportate dalla metà, o meno della metà dei Paesi. Solo due nazioni hanno riferito di provvedimenti sullo stress (Belgio, Slovacchia) relativi ai luoghi di lavoro e/o a provvedimenti sulla salute mentale.

Politiche/strategie o programmi nazionali

La Tabella 8 mostra la mappatura di politiche/strategie o programmi nazionali esistenti o proposti nei 16 Paesi. Le politiche nazionali più comuni sono ampiamente coerenti con le aree più frequentemente coperte dalla legislazione esistente. Quindici Paesi hanno riferito di una politica nazionale per la salute pubblica (con l'esclusione della Germania, in cui questo tipo di azione è di



competenza degli stati federali). Analogamente, tutte le nazioni (tranne la Danimarca) hanno riferito di possedere una politica nazionale per il fumo. Quattordici Paesi (escludendo la Germania e la Grecia) hanno politiche nazionali sulla cardiopatia coronarica. Tutti i Paesi (ad eccezione di Danimarca e Grecia) hanno politiche nazionali sia per l'alimentazione che per l'esercizio fisico.

La Figura 10 elenca i Paesi che riferiscono di una politica nazionale relativa alla promozione della salute cardiovascolare e/o prevenzione delle MCV: cardiopatia coronarica, ipertensione, Ictus ed iperlipidemia. Le azioni relative sono state affrontate in modi diversi per le varie nazioni. La maggior parte dei Paesi dispone di politiche nazionali dedicate a tutte quattro queste aree. Alcuni Paesi hanno adottato politiche nazionali di promozione della salute cardiovascolare e/o per la prevenzione delle MCV soltanto per la cardiopatia coronarica (Danimarca, Ungheria), mentre altre (come Inghilterra e Irlanda del Nord) hanno riportato una politica nazionale sulla cardiopatia coronarica e una strategia separata per l'Ictus. La Germania non ha riferito di alcuna politica nazionale, ma piuttosto un'azione politica a livello regionale sull'Ictus. La Grecia ha riferito di avere in preparazione una strategia per la promozione della salute cardiovascolare e/o promozione delle MCV.

Diverse nazioni hanno riportato programmi o raccomandazioni per programmi/politiche che consentono la diagnosi precoce (identificazione della popolazione ad alto rischio o screening). Questi Paesi sono: Belgio, Estonia, Francia, Grecia, Ungheria, Irlanda e Olanda. Ad esempio, nella Comunità francofona del Belgio l'approccio globale alla promozione della salute cardiovascolare comprende l'obiettivo di incentivare gli screening in modo da valutare il rischio globale di MCV nella popolazione di età compresa fra 30 e 75 anni. In genere, i Paesi attribuiscono la responsabilità della gestione dello screening ai medici di base. Tre nazioni, Francia, Germania e Irlanda, riferiscono di raccomandazioni per l'intervento di pronto soccorso per condizioni acute, es. rianimazione cardiopolmonare (RCP) e accesso e addestramento all'utilizzo di defibrillatori esterni.

Una varietà di approcci differenti è stata riscontrata nelle politiche di azione riferite dai vari Paesi su patologie e su fattori di rischio relativi allo stile di vita, correlati con le malattie cardiovascolari (alcol, alimentazione, esercizio fisico e tabagismo). Undici nazioni (e due regioni del Regno Unito) hanno riferito politiche nazionali che affrontano obesità, diabete e i citati quattro fattori di rischio di stile di vita. La Grecia non ha riportato politiche nazionali per alcuna di queste aree. La Scozia ha riferito una politica sull'obesità accanto ad iniziative relative ai fattori di rischio inerenti allo stile di vita, mentre l'Irlanda del Nord dispone di politiche per il diabete e per fattori di rischio dello stile di vita. La Slovenia ha riferito una sua politica sul diabete, in via di preparazione, accanto a politiche per i fattori di rischio. Estonia ed Ungheria hanno politiche sull'alimentazione, l'esercizio fisico ed il fumo. La Danimarca ha pure riferito di politiche nazionali su obesità e diabete.

Undici Paesi (escludendo Danimarca, Estonia, Francia, Germania e Grecia) hanno riferito di politiche nazionali che affrontano le disuguaglianze in campo sanitario. Al contrario, poche nazioni hanno una qualsiasi politica nazionale in relazione allo stress.

Le varie nazioni hanno riportato una struttura comune della loro normativa, nonostante siano state riferite diversità nella lunghezza dei testi dei documenti e fra le diverse aree tematiche. La maggior parte delle normative contiene, secondo quanto riferito, informazioni sulla gravità del problema sanitario in questione all'interno del Paese, obiettivi e tempi da seguire, scelte di provvedimenti e raccomandazioni e identificazione di importanti fattori atti a supportare il cambiamento. Alcuni Paesi hanno riferito la pubblicazione di piani di azione più dettagliati per supportare le affermazioni generali delineate nella politica, mentre altri hanno segnalato la pubblicazione di rapporti in corso sul progetto. Altri elementi che potrebbero contribuire allo sviluppo di una strategia nazionale complessiva sulle MCV verranno discussi successivamente. Esempi di politiche nazionali sulla promozione della salute cardiovascolare e/o prevenzione delle MCV si possono trovare nel rapporto supplementare, Country Summary Report, disponibile alla pagina web [http://www.ehnheart.org/content/ itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176](http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176)



Tabella 7:
Mapa della legislazione esistente o prevista in tutti i Paesi del WP5

Paese	Salute Pubblica	MCV	Obesità	Diabete	Alcol	Alimentazione	Esercizio fisico	Tabagismo	Firmatario FCTC	Stress	Disuguaglianze
Belgio Francese	●	●	✘	✘	●	●	●	●	●	●	●
Belgio Fiammingo	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Belgio Tedesco	●	✘	✘	✘	●	●	●	●	●	●	✘
Danimarca	●	●	●	●	●	✘	●	●	✘	●	●
Estonia	●	✘	✘	✘	●	●	●	●	✘	✘	✘
Finlandia	●	✘	✘	✘	●	●	●	●	✘	✘	✘
Francia	●	●	✘	✘	●	●	●	●	✘	✘	✘
Germania	●	●	●	●	●	✘	●	●	✘	●	●
Grecia	●	✘	✘	✘	✘	●	✘	●	✘	✘	✘
Ungheria	●	●	✘	●	●	●	●	●	✘	✘	✘
Islanda	●	✘	✘	✘	●	●	●	●	✘	●	●
Irlanda	●	✘	✘	✘	●	●	✘	●	✘	●	●
Italia	●	●	●	●	●	●	●	●	✘	●	●
Olanda	●	✘	●	●	●	●	●	●	✘	✘	✘
Norvegia	●	✘	●	✘	●	●	●	●	✘	●	●
Slovacchia	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Slovenia	●	●	■	○	●	●	●	●	✘	✘	✘
Regno Unito Inghilterra	●	✘	✘	✘	●	●	✘	●	✘	✘	✘
Regno Unito Irlanda Nord	●	✘	✘	✘	●	●	✘	●	✘	✘	✘
Regno Unito Scozia	●	✘	✘	✘	●	●	✘	●	✘	✘	✘
Regno Unito Galles	●	✘	✘	✘	●	●	✘	●	✘	✘	✘

Legenda: ● = sì; ✘ = no; ○ = in preparazione; ■ = non noto, nessuna risposta
 FCTC = Framework Convention on Tobacco Control

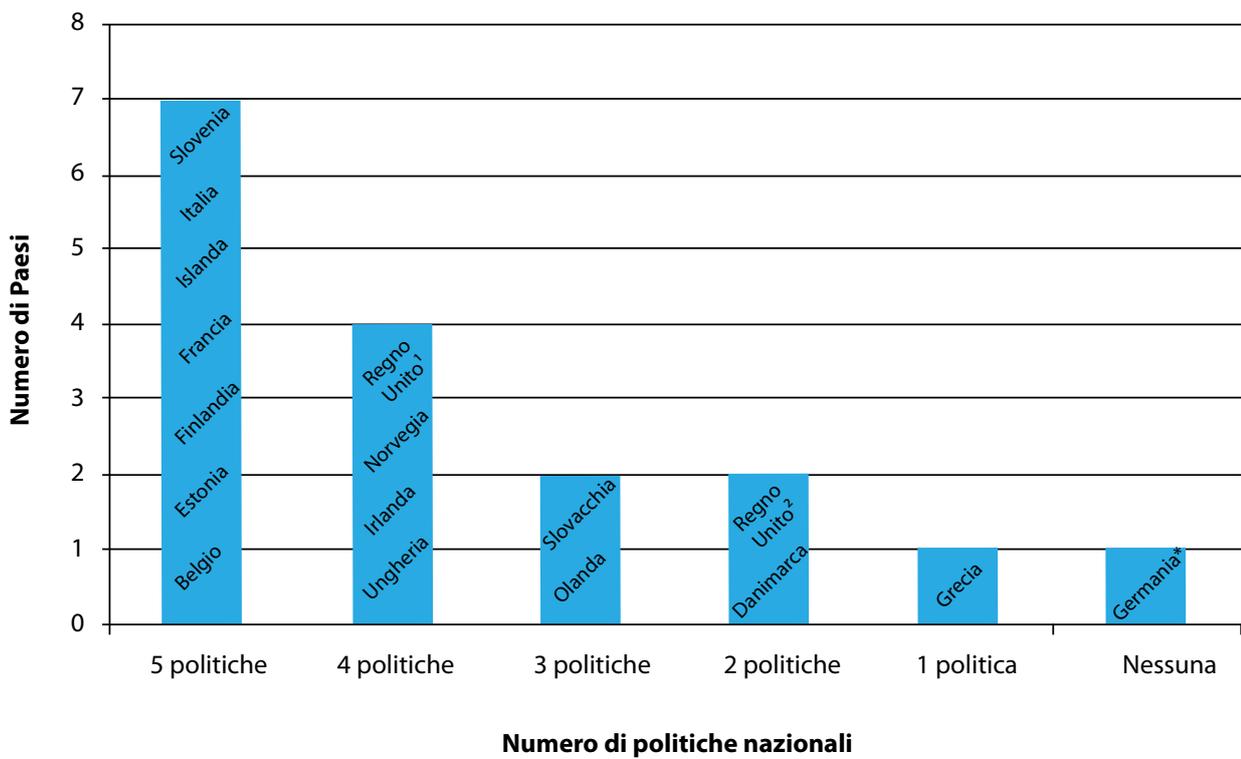
Tabella 8:
Mapa delle politiche/strategie e programmi nazionali esistenti o previsti nei Paesi del WP5

Paese	Salute pubblica	MCV	CC	Ipertensione	Ictus	Iperlipidemia	Obesità	Diabete	Alcol	Alimentazione	Esercizio fisico	Tabagismo	Stress	Disuguaglianze
Belgio Francese	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	■	●	
Belgio Fiammingo	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	■	●
Belgio Tedesco	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	■	●
Danimarca	●	●	●	✗	✗	✗	●	●	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Estonia	●	●	●	●	●	✗	✗	✗	●	●	●	✗	✗	
Finlandia	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✗	●	
Francia	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✗	✗	
Germania	✗	✗	✗	✗	✗	○	○	●	●	●	●	✗	✗	
Grecia	○	○	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	●	✗	✗	
Ungheria	●	●	●	●	✗	✗	✗	✗	●	●	●	✗	●	
Islanda	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	■	●	
Irlanda	●	●	●	●	○	✗	●	●	●	●	●	●	●	
Italia	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✗	●	
Olanda	●	●	●	✗	✗	●	○	●	●	●	●	✗	●	
Norvegia	●	✗	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✗	●	
Slovacchia	●	○	●	✗	○	✗	●	●	●	●	●	●	●	
Slovenia	●	●	●	●	●	✗	○	●	●	●	●	○	●	
Regno Unito Inghilterra	●	✗	●	✗	●	✗	●	●	●	●	●	✗	●	
Regno Unito Irlanda Nord	●	✗	●	✗	○	✗	●	✗	●	●	●	●	●	
Regno Unito Scozia	●	✗	●	●	●	✗	●	●	●	●	●	✗	●	
Regno Unito Galles	●	✗	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	●	



Figura 10:

Paesi che riferiscono di politiche nazionali nel campo della promozione della salute cardiovascolare e/o della prevenzione delle malattie cardiovascolari, della malattia cardiaca coronarica, dell'ipertensione, dell'ictus e dell'iperlipidemia



Regno Unito¹ – Scozia & Galles
Regno Unito² – Inghilterra e Irlanda del Nord

* La Germania non riferisce alcuna politica nazionale perché la responsabilità per le strategie sanitarie è di competenza degli stati federali

Programmi nazionali

La Tabella 9 mostra la mappa dei programmi nazionali esistenti o previsti nei 16 Paesi. I programmi che affrontano problemi relativi a fumo, salute pubblica, esercizio fisico, cardiopatia coronarica ed alimentazione sono stati i più frequentemente riportati dalle varie nazioni, come è già stato mostrato per le misure legislative e politiche. L'attività dei programmi spaziava da campagne multimediali ad azioni dirette a specifici gruppi di popolazione, in diversi contesti, per esempio nelle scuole, nei luoghi di lavoro e nelle sedi dell'assistenza sanitaria primaria. Gli approcci adottati dai vari programmi sono molteplici. La maggior parte dei programmi riferiti da più Paesi è costituita da progetti educativi diretti ad influenzare il comportamento individuale nei confronti della salute. Alcune nazioni inoltre hanno riferito, in talune aree, di un approccio diretto al pubblico, ad esempio promuovendo l'esercizio fisico attraverso innovazioni strutturali, come la realizzazione di migliori percorsi ciclabili o di campi di gioco. Dodici Paesi hanno riportato un programma nazionale per il diabete. Metà o più dei Paesi hanno riferito dell'esistenza di programmi nazionali sulla promozione della salute cardiovascolare e/o prevenzione delle MCV o di programmi specificamente dedicati all'ipertensione, all'alcol e/o all'obesità. Meno comuni sono i programmi nazionali dedicati all'iperlipidemia, all'Ictus e allo stress. Solo quattro Paesi (Belgio, Finlandia, Italia e Regno Unito) hanno riferito specifici programmi nazionali per perseguire il miglioramento delle diseguglianze in campo sanitario.

Il National Child Measurement Programme (Programma Nazionale di Valutazione Metrica e Ponderale dei Bambini) in Inghilterra

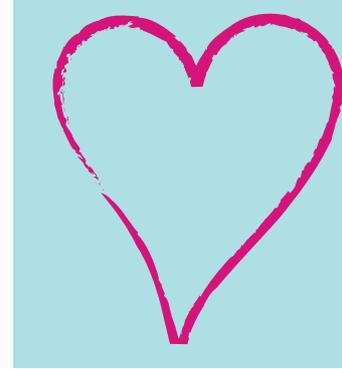
Il Programma Nazionale di Valutazione Metrica e Ponderale dei Bambini è un elemento del programma di lavoro del Governo sull'obesità infantile, ed è condotto unitamente dal Dipartimento di Salute Pubblica e dal Dipartimento per l'Infanzia, la Scuola e la Famiglia. Il programma è stato varato nel 2005.

Ogni anno, i bambini in classe preparatoria (4-5 anni) e in 5° classe (10-11 anni) vengono pesati e misurati nel corso dell'anno scolastico per informare le strutture locali di pianificazione e fornitura dei servizi per l'infanzia e per raccogliere dati di sorveglianza a livello di popolazione così da consentire l'analisi dell'andamento della crescita e dell'obesità.

Il programma inoltre contribuisce ad aumentare la comprensione da parte del pubblico e degli operatori sanitari sui problemi legati al peso nei bambini ed è un utile strumento per coinvolgere i bambini e le loro famiglie nell'adottare stili di vita salutari e prestare attenzione al tema del peso. Tutti i genitori dei bambini che prendono parte al programma ricevono i risultati del loro figlio, indipendentemente dal peso riscontrato, a meno che i genitori chiedano di non riceverli.

Ulteriori informazioni http://www.dh.gov.uk/en/Publichealth/Healthimprovement/Healthyliving/DH_073787





**Tabella 9:
Mappa dei programmi nazionali esistenti o previsti nei Paesi del WP5**

Paese	Salute pubblica	MCV	CC	Iperensione	Ictus	Iperlipidemia	Obesità	Diabete	Alcol	Alimentazione	Esercizio fisico	Tabagismo	Stress	Disuguaglianze
Belgio Francese	●	●	●	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	●
Belgio Fiammingo	●	●	●	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	●
Belgio Tedesco	●	●	●	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	●
Danimarca	✘	●	○	✘	✘	✘	○	✘	✘	✘	✘	✘	■	✘
Estonia	●	●	●	●	●	✘	✘	✘	●	●	●	✘	✘	✘
Finlandia	●	●	●	●	✘	●	✘	●	●	●	●	✘	●	●
Francia	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✘	✘	✘
Germania	●	●	●	✘	✘	✘	●	●	●	✘	●	✘	✘	✘
Grecia	✘	✘	●	●	■	●	●	●	■	■	●	●	●	■
Ungheria	✘	✘	●	●	■	■	■	■	■	●	■	●	■	■
Islanda	●	✘	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	●	■
Irlanda	●	●	●	✘	✘	✘	✘	✘	●	●	●	●	✘	■
Italia	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✘	●
Olanda	●	●	✘	✘	✘	●	●	●	○	✘	✘	●	✘	✘
Norvegia	●	✘	✘	●	✘	✘	✘	●	✘	●	●	●	✘	✘
Slovacchia	●	●	✘	✘	✘	✘	●	●	●	●	●	●	●	✘
Slovenia	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	■	■	■
Regno Unito Inghilterra	●	✘	●	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	●
Regno Unito Irlanda Nord	●	✘	✘	✘	●	✘	●	●	✘	●	●	●	●	●
Regno Unito Scozia	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Regno Unito Galles	●	●	●	●	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	●

Legenda: ● = sì; ✘ = no; ○ = in preparazione; ■ = non noto, nessuna risposta

Linee guida/standard nazionali

La Tabella 10 mostra la mappa di linee guida/standard nazionali esistenti o previste nei 16 Paesi. Due nazioni non hanno riportato alcuna linea guida/standard (Danimarca, Grecia). Tutti gli altri Paesi hanno riportato di linee guida/standard nazionali dedicate alla cardiopatia coronarica ed all'ipertensione, con una minoranza (Belgio, Finlandia, Irlanda) che ha comunicato l'avvallo ufficiale da parte del governo delle linee guida europee esistenti. La maggior parte dei Paesi possiede linee guida/standard nazionali per la gestione dell'iperlipidemia (ad eccezione di Danimarca e Grecia), per il diabete e per la prevenzione dell'Ictus. Dodici Paesi possiedono linee guida/standard per l'obesità.

Tabella 10:
Mappa delle linee guida/standard nazionali esistenti o previste nei Paesi del WP5

Paese	CC	Iperensione	Ictus	Iperlipidemia	Obesità	Diabete
Belgio Francese	●	●	●	●	●	✘
Belgio Fiammingo	●	●	●	●	●	●
Belgio Tedesco	●	●	●	●	●	✘
Danimarca	✘	✘	✘	✘	✘	✘
Estonia	●	●	✘	●	●	●
Finlandia	●	●	●	●	●	●
Francia	●	●	●	●	●	●
Germania	●	●	●	○	●	●
Grecia	✘	✘	✘	✘	✘	✘
Ungheria	●	●	●	●	●	●
Islanda	●	●	●	●	●	●
Irlanda	●	●	○	●	●	○
Italia	●	●	●	●	●	●
Olanda	●	●	●	●	●	●
Norvegia	●	●	●	●	●	✘
Slovacchia	●	●	■	●	■	●
Slovenia	●	●	●	●	✘	●
Regno Unito Inghilterra	●	●	●	○	●	●
Regno Unito Irlanda Nord	●	●	●	●	●	●
Regno Unito Scozia	●	●	●	●	●	●
Regno Unito Galles	●	●	●	○	●	●

Legenda: ● = sì; ✘ = no; ○ = in preparazione; ■ = non noto, nessuna risposta

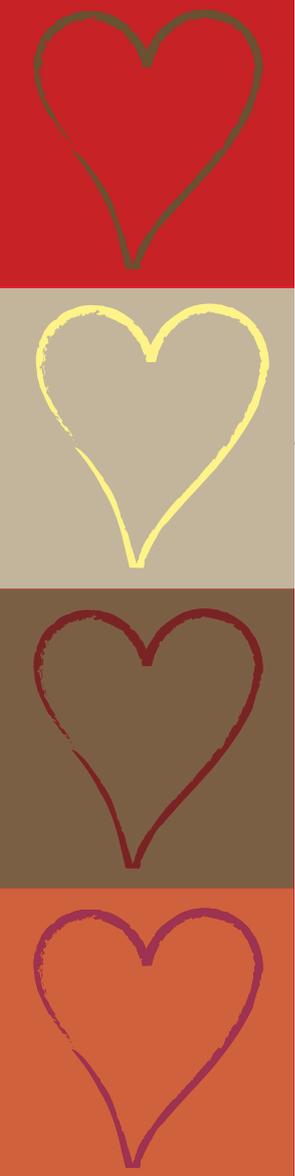


Obiettivi nazionali, monitoraggio e valutazione

La Tabella 11 mostra le risposte relative agli obiettivi nazionali in tema di salute pubblica e di promozione della salute cardiovascolare e/o prevenzione delle MCV, la presenza di qualsiasi tipo di monitoraggio degli obiettivi esistenti e informazioni sulla sistematica comunicazione pubblica delle iniziative per la salute del cuore.

Tutti i Paesi hanno riferito di avere obiettivi di qualche tipologia sulla salute cardiovascolare e/o prevenzione delle MCV. Gli obiettivi riferiti erano di tipo generale, volti a ridurre l'incidenza di MCV in specifici gruppi di popolazione, oppure diretti sui fattori di rischio. Due Paesi (Finlandia e Slovenia) e una delle comunità in Belgio hanno riportato obiettivi oltre che sul monitoraggio dei risultati ottenuti, anche sulla sistematica comunicazione pubblica dei provvedimenti e sull'esistenza di una valutazione per alcune forme di attività rivolte alla salute. Analogamente, la Slovacchia ha riferito obiettivi, monitoraggio del loro raggiungimento, valutazione, e sistematica comunicazione pubblica dello sviluppo delle misure in corso. L'Estonia e tre parti del Regno Unito (non l'Irlanda del Nord) hanno riportato gli obiettivi, il monitoraggio del loro raggiungimento, la valutazione, ma non le strutture esistenti per la sistematica comunicazione pubblica dei provvedimenti. Cinque Paesi (Francia, Islanda, Irlanda, Italia e Olanda) ed una parte del Regno Unito (Irlanda del Nord) hanno riportato l'esistenza di obiettivi e di alcune forme di monitoraggio del loro raggiungimento. Nel Sistema Sanitario Italiano la prescrizione di farmaci per l'alterato metabolismo dei lipidi è legato alla valutazione del rischio individuale, misurato con lo score nazionale (Progetto Cuore).





Commenti generali

Anche se è stato possibile presentare un panorama abbastanza completo delle attività riportate dai singoli Paesi, per diversi motivi non è stato possibile avere un'analisi descrittiva completa. Nonostante i rigorosi sforzi compiuti per standardizzare i metodi di raccolta dei dati e la diligenza dei responsabili, a livello nazionale, i diversi Paesi hanno fornito informazioni con differenti livelli di approfondimento. Questo ha reso impossibile effettuare confronti dettagliati. Talvolta, questo è stato causato dalla mancata risposta, da parte dei dipartimenti governativi dei Paesi, a domande riguardanti informazioni essenziali. Inoltre, gran parte della documentazione pertinente era disponibile solo nella lingua della nazione di provenienza, per cui si è fatto affidamento sul titolo o su un breve sommario in lingua inglese, dato che i costi di traduzione andavano ben oltre le finalità del work package.

Nonostante questi problemi pratici, condivisi da altri simili progetti, questa mappatura ha evidenziato che la maggior parte dei Paesi europei che partecipano al presente work package ha riferito dell'esistenza di strategie ed azioni nazionali nei campi della promozione della salute cardiovascolare e/o prevenzione delle MCV. Rimane al di là degli scopi di questo progetto commentare l'efficacia di queste misure nei singoli Paesi oppure confrontare o stimare la vasta scelta di approcci utilizzati nelle diverse Nazioni partecipanti.

I risultati suggeriscono comunque che, nella maggior parte dei Paesi, il legame tra misure legislative, provvedimenti di politica sanitaria e programmi sono particolarmente forti nei temi della salute pubblica e nella cardiopatia coronarica, nel tabagismo, nell'alimentazione e nell'esercizio fisico. La collaborazione a livello di Governi ed Associazioni esiste in tutti i Paesi, sebbene non in tutti i Paesi sia risultato un chiaro coordinamento delle azioni. Le linee guida per la gestione della cardiopatia coronarica e l'ipertensione sono comuni. La maggior parte dei Paesi ha indicato qualche obiettivo di salute cardiovascolare e/o della prevenzione delle MCV. Tuttavia, sono molto meno evidenti i collegamenti fra questi obiettivi e il loro monitoraggio, la comunicazione pubblica dei progressi nel raggiungimento degli obiettivi, la valutazione nazionale complessiva dei risultati.

E' stato possibile identificare solo nella metà circa dei 16 Paesi il budget stanziato per la realizzazione di politiche/programmi ma, nella maggior parte dei casi, i dati disponibili sui finanziamenti erano incompleti. Questo può essere dovuto alla metodologia di raccolta dei dati, e potrebbe evidenziare la necessità di un processo decisionale più "aperto e trasparente"; oppure potrebbe riflettere una mancanza di precisa individuazione delle risorse destinate al raggiungimento degli obiettivi delle azioni di promozione della salute cardiovascolare e/o prevenzione delle MCV.

Tabella 11:
Mapa degli obiettivi nazionali esistenti o previsti, monitoraggio e valutazione nei Paesi del WP5

Paese	Salute pubblica	MCV	Monitoraggio	Preparazione di rapporti	Valutazione
Belgio Francese	●	✘	✘	✘	✘
Belgio Fiammingo	●	●	●	●	●
Belgio Tedesco	✘	✘	✘	●	✘
Danimarca	○	✘	✘	✘	✘
Estonia	●	●	●	✘	●
Finlandia	●	●	●	●	●
Francia	●	■	●	✘	●
Germania	●	✘	✘	✘	○
Grecia	✘	✘	✘	✘	✘
Ungheria	✘	●	✘	✘	■
Islanda	●	●	●	✘	✘
Irlanda	✘	●	●	✘	●
Italia	●	●	●	●	●
Olanda	●	✘	●	●	●
Norvegia	●	✘	✘	●	✘
Slovacchia	●	●	●	○	●
Slovenia	●	●	●	●	●
Regno Unito Inghilterra	●	●	●	✘	●
Regno Unito Irlanda Nord	●	●	●	✘	✘
Regno Unito Scozia	●	●	●	✘	●
Regno Unito Galles	●	●	●	✘	●

Legenda: ● = sì; ✘ = no; ○ = in preparazione; ■ = non noto, nessuna risposta



Elementi essenziali di una strategia nazionale complessiva sulle malattie cardiovascolari

Una serie di tematiche simili è emersa dalla documentazione proveniente da Paesi diversi, suggerendo che ci possano essere elementi comuni che sono importanti per lo sviluppo di strategie nazionali. La Figura 11 mostra le tematiche individuate inserite in un determinato modello. Nella seguente sezione, esempi forniti da singoli coordinatori nazionali mostrano come le tematiche identificate nella Figura 11 possano applicarsi nel contesto dello sviluppo e della messa in atto di una politica comune concreta. Ulteriori informazioni su queste politiche si possono trovare nel rapporto supplementare, Country Summary Reports, alla pagina web <http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176>

Figura 11:
Modello suggerito per gli elementi fondamentali di una strategia nazionale complessiva





Identificazione di un problema all'interno di una popolazione

Questo elemento ha fornito informazioni supplementari sui problemi specifici identificati nel documento di politica nei gruppi di popolazione interessati. In taluni casi, sono state anche fornite informazioni su come questi problemi siano stati identificati (ad esempio, attraverso indagini nazionali, consenso di un gruppo di esperti, ecc.)

Esempio: Piano di Azione per la Promozione della Salute del Cuore in Finlandia per gli anni 2005-2011

Le malattie cardiovascolari rappresentano in Finlandia la più comune causa di morte in entrambi i sessi, ma l'attenzione si è spostata sui soggetti più anziani. Sebbene la mortalità da cardiopatia coronarica sia cinque volte più alta negli uomini in età lavorativa che nelle donne, il numero totale di decessi all'interno della popolazione è quasi identico. Esistono differenze di morbilità significative tra diversi gruppi di popolazione e, nonostante i successi delle politiche sanitarie in Finlandia, queste differenze non sono diminuite. Tutti i gruppi sociali hanno avuto uno sviluppo positivo, che è stato tuttavia più lento nei gruppi sociali meno privilegiati. L'obesità negli adulti e nei bambini è aumentata. La percentuale di sovrappeso nei ragazzi di 12 anni è aumentata dal 7% al 27% dal 1977 al 2005 e dal 7% al 18% nelle ragazze. La percentuale di sovrappeso nei ragazzi di 18 anni è aumentata dal 6% al 25% dal 1977 al 2005 e dall'1% al 13% nelle ragazze.

Fonte: Anna-Liisa Rajala

Action Plan for Promoting Finnish Heart Health for the years 2005-2011 (2005). Finnish Heart Association www.sydanliitto.fi

Obiettivi da raggiungere entro uno specifico arco temporale

Gli obiettivi generali dell'azione politica sono dichiarati nella maggior parte delle normative riferite. Essi variano da dichiarazioni generali di intenti fino, più comunemente, ad obiettivi misurabili e da raggiungere entro un dato arco temporale.

Esempio: Strategia per la Salute del Cuore in Estonia 2005-2020

L'obiettivo generale di questa strategia è di raggiungere una riduzione costante della morbilità e mortalità cardiovascolare precoce nella popolazione Estone. Gli obiettivi sono i seguenti:

- ridurre il rischio dei cittadini Estoni di età compresa fra 30 e 60 anni che si trovano già in un gruppo ad alto rischio
- ridurre la mortalità da MCV fra i 30-65enni del 5% rispetto al 2004, entro il 2010
- identificare almeno il 90% dei soggetti ad alto rischio per MCV entro il 2008
- ridurre il rischio globale di MCV del 10%

Fonte: Marianne Sirel <http://www.sm.ee/eng/pages/index.html>



Esame delle scelte di politica normativa: a livello di popolazione e di comunità o individuo

In alcuni casi, le informazioni sulle varie possibilità normative (ad esempio, se utilizzare approcci di popolazione, oppure focalizzati sull'individuo, o ancora una combinazione dei due approcci) che erano state considerate prima della scelta dell'approccio, vengono fornite come dati supplementari, insieme con i dettagli di come si svolgeva il processo decisionale.

Esempio: Progettare Cuori più Sani, Irlanda 1999

Il Ministro per la Salute e l'Infanzia ha insediato il Cardiovascular Health Strategy Group al fine di sviluppare un approccio strategico per ridurre il numero dei casi di morte e di malattia causati dalle MCV. I termini di riferimento del Gruppo richiedevano la considerazione di iniziative per migliorare la salute cardiovascolare, l'ulteriore sviluppo di assistenza cardiaca e di riabilitazione a livello di assistenza primaria, secondaria e terziaria e la coordinazione dei servizi per i pazienti. Il Ministro ha richiesto al Gruppo di impegnarsi in un processo estensivo di consultazioni: sono state contattate 53 organizzazioni statutarie e di volontariato e sono state ottenute 43 adesioni. È stato chiesto ai rappresentanti delle organizzazioni maggiori di incontrarsi col Gruppo, ed il Gruppo stesso ha fatto riunioni con il personale di ospedali, di ambulatori, di comunità mediante visite in loco. Due diversi questionari sono stati fatti circolare negli ospedali che si prendono cura di pazienti con problemi cardiaci. Il Gruppo si è incontrato in 20 occasioni ed è stato costituito un certo numero di sotto-gruppi per le diverse necessità identificate. Il rapporto conclusivo è stato il frutto di consultazioni e discussioni e dell'esame della letteratura sugli sviluppi dei servizi di trattamento e assistenza sanitaria in Irlanda e all'estero. Il rapporto è stato sviluppato nel contesto di altri documenti di politica sanitaria. In accordo con la politica nazionale, il Gruppo era ispirato ai seguenti principi di base:

- Salute e suo vantaggio sociale
- Equità di accesso
- Qualità
- Efficacia ed efficienza
- Responsabilità e verifica

Fonte: Maureen Mulvihill

Department of Health and Children (1999). Building Healthier Hearts - The Report of the Cardiovascular Health Strategy Group. Government Publications Office. Dublin

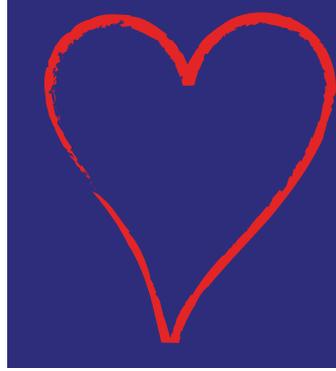
Impegni da assumere (incluse risorse), raccomandazioni e obiettivi

Generalmente le raccomandazioni e gli obiettivi identificati erano contenuti nei documenti di iniziativa e meno frequentemente, venivano fornite anche informazioni sulle risorse stanziare (compresi finanziamenti, personale, ecc.).

Esempio: Piano Nazionale di Prevenzione Italiano 2005-2007

Le risorse finanziarie che le regioni hanno concordato di stanziare per l'attuazione del Piano ammontano a 240 milioni di euro per anno, corrispondenti al 25% della quota di finanziamenti che competono a ciascuna regione per il raggiungimento degli obiettivi del piano sanitario. Oltre a queste risorse, le regioni hanno stanziato altri 200 milioni di euro per il Piano Nazionale di Prevenzione per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007. Perciò, ogni anno il totale dei fondi che le regioni possono spendere per il Piano Nazionale di Prevenzione (onnicomprensivo: vaccinazioni, screening, igiene pubblica ecc.) equivale a 440 milioni di euro.

Fonte: http://www.epicentro.iss.it/focus/piano_prevenzione/Tabella_CCm.pdf
http://www.ccm-network.it/Pnp_intro



Piano di azione dettagliato: identificazione dei gruppi di popolazione e degli scenari dell'azione

La maggior parte delle politiche attuative forniva informazioni su quanto si intendeva fare, e in pratica un sommario delle azioni chiave da intraprendere per la realizzazione della politica. A somiglianza di altri elementi chiave, questo variava tra le diverse politiche, da affermazioni generali di intenti fino a descrizioni più dettagliate di compiti, responsabilità, e calendario di realizzazione.

Esempio: cardiopatia coronarica: struttura nazionale dei servizi per la cardiopatia coronarica – standard moderni e modelli di servizio. Inghilterra

Il piano ha lo scopo di ridurre le malattie cardiache nella popolazione dell'Inghilterra, ed ha anche obiettivi specifici diretti ai pazienti ad alto rischio. Inoltre, il piano è rivolto a ridurre le disegualianze in campo sanitario. I punti relativi alla promozione di azioni riguardanti la promozione della salute sono diretti alle autorità sanitarie, alle autorità locali, a gruppi/associazioni di assistenza primaria e ad alle amministrazioni locali del Servizio Sanitario Nazionale.

Entro Ottobre 2000 le suddette strutture sanitarie ed amministrazioni locali dovranno:

- Aver partecipato attivamente allo sviluppo dei Programmi per il miglioramento della Salute
- Aver concordato le proprie responsabilità ed i propri contributi a progetti specifici identificati in tali programmi
- Aver concordato un meccanismo che li impegni a rendere conto dei provvedimenti da portare a termine come parte dei suddetti programmi
- Aver concordato un meccanismo per assicurare che i progressi nelle politiche di promozione della salute siano riportati al Comitato e dallo stesso revisionati
- Aver designato una persona di collegamento tra le varie agenzie partner

Entro Aprile 2001, le suddette strutture dovranno:

- Aver concordato e contribuito a finalizzare il programma locale delle politiche in vigore su a) riduzione del fumo b) promozione di una sana alimentazione c) aumento dell'attività fisica e d) riduzione del sovrappeso e dell'obesità
- Aver sviluppato un meccanismo per assicurare che tutte le nuove politiche e tutte le politiche esistenti e soggette a riesame possano essere valutate in base al loro impatto sulla salute
- Aver promosso una politica sul fumo nelle aziende, da parte dei datori di lavoro
- Aver potuto indirizzare i clienti/utenti a servizi specializzati nell'abolizione del fumo, inclusi gli ambulatori
- Aver prodotto un profilo generale di equità e stabilito obiettivi di equità locale

Entro Aprile 2002, i suddetti attori dovranno:

- Aver raccolto dati quantitativi risalenti a meno di 12 mesi sull'attuazione delle politiche riguardanti:
 - o riduzione dell'incidenza del fumo
 - o promozione di una sana alimentazione
 - o promozione dell'esercizio fisico
 - o riduzione del sovrappeso e dell'obesità
- Aver realizzato, se in qualità di datore di lavoro, programmi 'verdi' di trasporto e progressi nell'attuazione di politiche in favore dei dipendenti

Entro Aprile 2003, i suddetti attori dovranno:

- Aver messo in atto piani di valutazione dei progressi riguardanti gli obiettivi nazionali i relativi al programma Saving Lives: Our Healthier Nation e anche riguardo ad obiettivi locali.

Viene inoltre esposto ciò che dovrebbe essere incluso nei modelli di servizio per portare a termine programmi di prevenzione efficaci:

- gli attori locali debbono sviluppare un programma di miglioramento della salute che renda evidente la priorità di tale miglioramento e della riduzione delle disegualianze; si riferisca alle raccomandazioni del rapporto annuale del Direttore della Sanità Pubblica e al Rapporto Locale di Equità; specifichi le azioni del cui completamento ciascuna organizzazione è responsabile; crei collegamenti locali a politiche nazionali di rilievo; specifichi struttura, procedimenti e misure dei risultati ottenuti per valutare l'esecuzione locale del programma.
- gli attori locali lavoreranno assieme con i referenti chiave così da fondare un gruppo locale di attuazione che sviluppi e coordini la realizzazione del progetto locale.

continua



- gli attori locali dovranno condurre valutazioni di impatto sulla salute delle principali decisioni normative che potrebbero avere un effetto diretto o indiretto sull'assistenza cardiologica.
- I Direttori Locali della Sanità Pubblica dovranno sviluppare un profilo di equità per la popolazione locale, che identifichi le disuguaglianze nella salute cardiovascolare e nell'accesso ai servizi di prevenzione e di cura.
- Dalle autorità sanitarie, che lavorano con i gruppi di assistenza primaria, ci si attende che sviluppino servizi per l'abolizione del fumo per i fumatori che desiderino smettere. Questi servizi debbono essere rivolti a comunità svantaggiate, ai giovani e alle donne in gravidanza, debbono essere disponibili in una varietà di tipologie, e fornire supporto e consulenza, ed anche una settimana gratuita di terapia sostitutiva con nicotina per i fumatori che non possano permettersela.
- Deve essere intrapreso un approccio di sviluppo di comunità con i professionisti che agiscono da facilitatori nel coinvolgere le comunità locali nelle decisioni rilevanti per la loro salute.
- Altri attori dovrebbero sviluppare e attuare politiche del posto di lavoro, per proteggere e migliorare la salute (compresa la salute cardiaca) del personale, e riferire sui progressi ottenuti ai loro Comitati e Consigli.

Fonte: Rebecca Salay

Department of Health (2000) Coronary heart disease: national service framework for coronary heart disease - modern standards and service models. London: Department of Health

Sviluppo e attuazione dei programmi

La maggior parte dei documenti di politica attuativa ha fornito informazioni su come è stato realizzato il piano di azione, fornendo dati specifici sulle modalità con cui esso è stato portato a termine.

Esempio: Il Piano Sanitario Nazionale (NHP) Islandese (termine al 2010)

Il Ministero della Sanità e della Sicurezza Sociale condurrà la realizzazione amministrativa e la revisione degli obiettivi del Piano. La Direzione della Sanità emanerà provvedimenti per la raccolta e l'elaborazione delle informazioni e per il monitoraggio appropriato dei risultati. Medici di distretto, funzionari dell'assistenza sanitaria, direttori delle istituzioni, esperti, comitati ed autorità sanitarie collaboreranno all'attuazione dei diversi aspetti del Piano, per cui vengono formati diversi gruppi di lavoro. Questi coopereranno al raggiungimento degli obiettivi ed assicureranno il monitoraggio della realizzazione del Piano a livello locale. E' vitale per l'attuazione del Piano una stretta collaborazione con gli ospedali, i centri di studio e ricerca, professionisti della sanità ed altri partecipanti di rilievo. Annualmente verrà reso pubblico un riesame o un rapporto sullo stato di avanzamento dei progetti compresi nel Piano Nazionale.

"Inoltre, è importante che il Piano Sanitario attenga sia applicato a tutti i livelli dei servizi di assistenza sanitaria e che abbia il supporto di Consigli di comunità, organizzazioni regionali, organizzazioni non-governative, organizzazioni professionali e gruppi di interesse, compagnie private, organizzazioni partner economiche e sociali, famiglie ed individui. Va comunque assicurato che le politiche dello Stato, delle comunità e dei partner di varie aree sociali promuovano effettivamente il miglioramento della salute in Islanda."

Fonte: Bylgja Valtýsdóttir

The Ministry of Health and Social Security (2001). The National Health Plan to the Year 2010. Long time goals in health care. Reykjavik: The Ministry of Health and Social Security.



Sviluppo/avvallo di linee guida/standard per la pratica medica

In alcuni casi, sono state fornite informazioni sulle linee guida/standard che vanno preparate ed usate al fine di sostenere l'esecuzione del programma normativo.

Esempio - cardiopatia coronarica: struttura nazionale dei servizi per la cardiopatia coronarica – standard moderni e modelli di servizio

Per ciascuna area di assistenza sono stati stabiliti degli standard formali, che ci attende che il Servizio Sanitario Nazionale (NHS) inglese possa raggiungere. Essi sono basati su chiare evidenze, e sull'appropriatezza degli interventi in termini clinici e di costo-efficacia. Gruppi "ad hoc" hanno riveduto le evidenze in ciascuna area. Inoltre, sono stati identificati modelli di assistenza e di servizi già dimostratisi efficaci e che potrebbero contribuire al raggiungimento degli obiettivi.

Fonte: Rebecca Salay

Department of Health (2000) Coronary heart disease: national service framework for coronary heart disease - modern standards and service models. London: Department of Health

Rapporti sull'andamento del programma e monitoraggio

Alcuni documenti di politica attuativa hanno dato informazioni su come monitorare e descrivere il processo di avanzamento verso l'enunciazione dei fini della politica medesima.

Esempio: "Sani a vita" obiettivi e strategie per la politica di sanità pubblica del Governo di Danimarca 2002-2010

Il governo presenterà un programma di indicatori numerici per gli obiettivi generali di "Sani a vita", riguardanti fattori di rischio, gruppi di obiettivi, scenari di promozione della salute. L'andamento di questi indicatori verrà regolarmente aggiornato sulla pagina web www.folkesundhed.dk. Una versione aggiornata verrà compilata in una pubblicazione annuale per tutta la durata di "Sani a vita".

Fonte: Mads Hylgaard

Ministry of Interior and Health (2003): Healthy throughout Life – the targets and strategies for public health policy of the Government of Denmark, 2002 – 2010.

Comunicazione al pubblico e assunzione di responsabilità

Alcune azioni hanno fornito anche informazioni sulle modalità con cui i progressi nel raggiungimento degli obiettivi del programma sarebbero stati resi pubblici.

Esempio: Progettare Cuori più Sani, Irlanda 1999

Il Ministero per la Salute e per l'Infanzia ha costituito una Task Force per la Salute del Cuore atta a sorvegliare l'attuazione della Strategia per la Salute Cardiovascolare. Tale Task Force riferisce al Comitato per la Sanità e per l'Infanzia del Parlamento ed un Comitato Consultivo, che suggerisce il modo migliore per applicare le raccomandazioni del Rapporto. Sono stati pubblicati tre rapporti che documentano lo stato di avanzamento del programma:

- Heart Health Task Force (2001) Progress Report July 1999-2001. Dublin: Government Publications Office
- Heart Health Task Force (2003) Ireland's Changing Heart (2002). Second report on Implementation of the Cardiovascular Health Strategy. Dublin: Government Publications Office
- Health Services Executive (2006) Ireland Take Heart. Audit of Progress on the Implementation of Building Healthier Hearts 1999-2005. Dublin: HSE, Population Health.

Fonte: Maureen Mulvihill

Department of Health and Children (1999). Building Healthier Hearts - The Report of the Cardiovascular Health Strategy Group. Government Publications Office. Dublin

Valutazione basata sull'evidenza delle scelte efficaci

Solo alcuni documenti di politica attuativa hanno dato informazioni sulle modalità con cui le evidenze della ricerca sono state utilizzate per indirizzare lo sviluppo del programma, citando l'evidenza scientifica dell'efficacia dei diversi interventi.

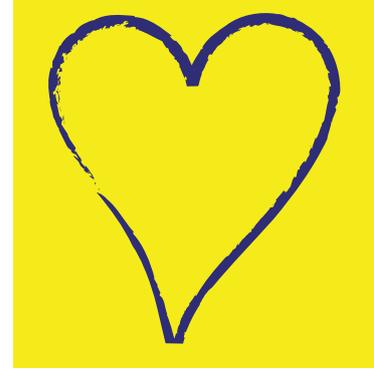
Esempio: Il Piano Sanitario Nazionale Islandese (termine: 2010)

Ciascuno degli obiettivi principali comprende una panoramica della situazione attuale basata su dati statistici o di ricerca. Anche l'analisi del Rapporto su Costo e Profitto dell'Istituto di Studi Economici è stata utilizzata nella preparazione del Piano Sanitario Nazionale.

Fonte: Bylgja Valtýsdóttir

The Ministry of Health and Social Security (2001). The National Health Plan to the Year 2010. Long time goals in health care. Reykjavik: The Ministry of Health and Social Security.





Valutazione dell'attuazione di politiche e programmi

Un elemento chiave, ma riportato meno comunemente nei documenti di politica attuativa, è rappresentato da informazioni su eventuali studi scientifici in essere volti a valutare il 'successo' della politica e a sostanziare piani futuri.

Esempio: Piano d'Azione Finlandese per la Promozione della Salute del Cuore per gli anni 2005-2011

Sono state anzitutto prodotte alcune newsletter informatiche, e in seguito un rapporto annuale emanato dalla Società Finlandese di Cardiologia <http://www.sydanliitto.fi>

Sosiaalikehitys Ltd sta valutando il Piano di Azione Finlandese. Il rapporto di metà periodo è stato redatto alla fine del 2008.

Fonte: Anna-Liisa Rajala

Action Plan for Promoting Finnish Heart Health for the years 2005-2011 (2005). Finnish Heart Association www.sydanliitto.fi

Identificazione di attori in grado di supportare il cambiamento

La maggior parte dei documenti di politica è stata in grado di dare esempi di gruppi chiave di persone, alla quale può essere richiesto di supportare l'attuazione della politica in questione.

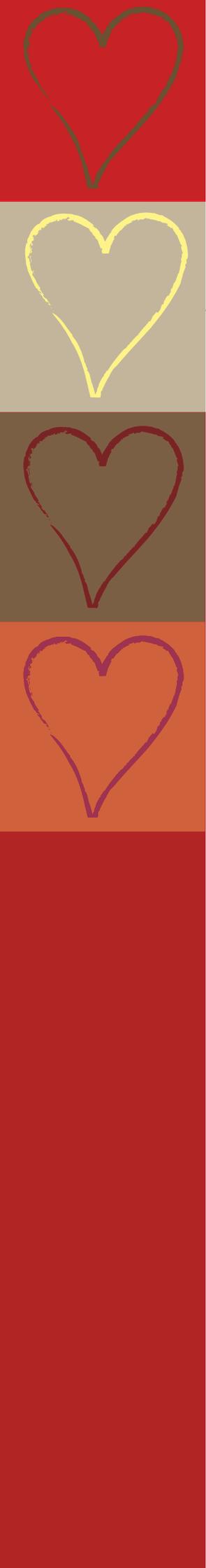
Esempio: Politica per la prevenzione della salute pubblica – Lettera del Ministro della Salute, Previdenza e Sport (Olanda)

Il governo invita tutti i suoi partner nel campo della prevenzione che hanno interessi comuni – all'interno e al di fuori dell'assistenza sanitaria – a contribuire e a collaborare alla realizzazione delle azioni programmate per il cambiamento ed il rafforzamento della politica di prevenzione. Esempi di alcuni partners:

- Ministero della Salute e altri dipartimenti (Educazione, Gioventù e Famiglie, ecc.)
- La Commissione per l'Assicurazione Sanitaria, l'Istituto Nazionale per la Salute Pubblica e l'Ambiente, il Consiglio Olandese per la salute, il Trimbos Institute etc.
- Consigli Locali, Servizi Sanitari Municipali, scuole, datori di lavoro, Industrie, Istituto Nazionale dello Sport e dell'Attività Fisica

Fonte: Marijke Luif

Policy on prevention for the public health – Letter of the Minister of Health, Welfare and Sport on the vision of the government on health and prevention (piece number 22849, no. 134). The Hague, 24 September 2008. www.tweedekamer.nl



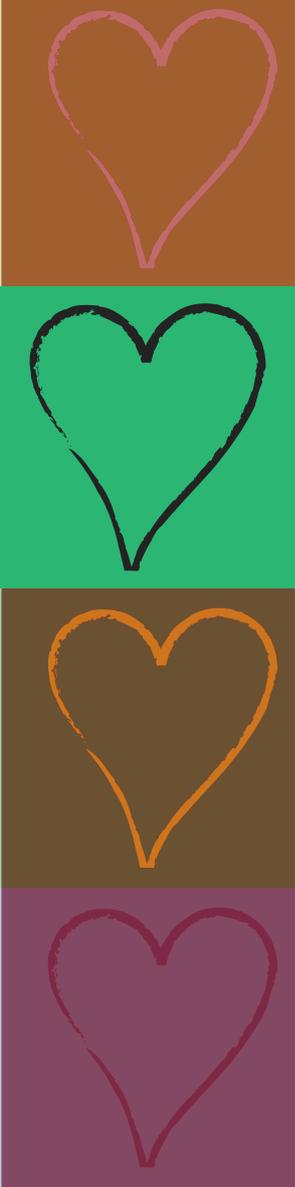
C

onclusioni

Il progetto di mappatura EuroHeart è stato costruito per ottenere informazioni complessive e comparabili su politiche, programmi e provvedimenti con impatto sulla promozione della salute cardiovascolare e la prevenzione delle MCV. Esso è finalizzato ad identificare differenze e lacune nelle politiche e nei provvedimenti tra i Paesi europei e a stabilire gli elementi fondamentali di una strategia nazionale complessiva sulle malattie cardiovascolari. Sotto molti punti di vista, il progetto ha avuto successo. Il progetto ha descritto le attività sulla promozione della salute cardiovascolare e la prevenzione delle MCV in 16 Paesi europei, e dovrebbe così mettere tali Paesi in grado di valutare i propri programmi confrontandoli con quelli degli altri. E' stato inoltre possibile identificare elementi comuni fra i vari documenti di politica attuativa. Il panorama fornito dal progetto ha mostrato che:

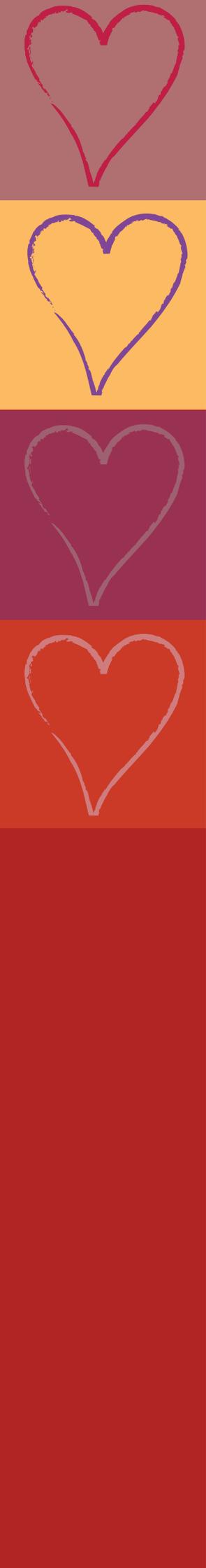
- Tutti i Paesi hanno identificato l'appropriato dipartimento del Governo come primo responsabile per la promozione della salute cardiovascolare e /o prevenzione delle MCV. Un numero minore di Paesi ha identificato un'organizzazione specifica come responsabile del coordinamento delle misure di promozione della salute cardiovascolare e/o prevenzione delle MCV.
- Ogni Paese ha riportato qualche tipo di legislazione nel campo della salute pubblica, controllo del fumo e alimentazione. La maggior parte dei Paesi ha riferito di normative sul controllo dell'alcol e la promozione dell'attività fisica. Meno comuni sono invece le normative su altri temi relativi a patologie e fattori di rischio legati allo stile di vita, associati alle MCV.
- Le politiche nazionali più comunemente riportate erano ampiamente coerenti con le aree più frequentemente coperte dalla legislazione, cioè salute pubblica, fumo, cardiopatia coronarica, alimentazione ed esercizio fisico. La maggior parte dei Paesi ha riferito politiche nazionali sulle disuguaglianze nel campo della sanità. Diversi Paesi hanno anche riportato piani o raccomandazioni per programmi/politiche che consentono la diagnosi precoce (identificazione di popolazioni ad alto rischio o screening).
- Programmi indirizzati a problemi relativi al fumo, salute pubblica, attività fisica, cardiopatia coronarica e alimentazione, erano assai frequentemente riportati dall'insieme delle nazioni, anche in connessione e, forse, in collegamento con corrispondenti azioni legislative e politiche.
- E' stato difficile identificare i finanziamenti stanziati per le politiche/programmi attuati e, nella maggior parte dei casi, i dati disponibili sui finanziamenti erano incompleti.
- La maggior parte dei Paesi ha riportato linee guida/standard nazionali dedicate a cardiopatia coronarica, ipertensione, iperlipidemia, alla prevenzione di diabete, Ictus, e obesità.
- La maggior parte dei Paesi ha riferito di aver adottato qualche tipologia di obiettivo nel campo della promozione della salute cardiovascolare e/o della prevenzione delle MCV. I legami fra questi obiettivi ed il monitoraggio, la comunicazione pubblica del grado di avanzamento degli obiettivi e la valutazione su scala nazionale risultavano molto meno chiari.

Nonostante il valore di questi risultati, in tutti coloro che sono stati coinvolti nell'EuroHeart Work Package 5 resta un senso di frustrazione, in quanto rimane al di là della portata di questo progetto un commento sull'efficacia di qualsivoglia delle misure adottate, ed un confronto e una valutazione dei vari approcci scelti dei diversi Paesi. In parte, questo è dovuto ai metodi utilizzati, che sono stati limitati dai fondi disponibili per il progetto. Tuttavia, anche con finanziamenti più generosi, coloro che cercassero una risposta alla domanda su quale tipo di azione funzioni meglio per la promozione della salute cardiovascolare e la prevenzione delle MCV, e per quale gruppo di popolazione ed in quale contesto, sarebbero probabilmente ostacolati dalla carenza di informazioni solide e standardizzate nelle varie nazioni europee.



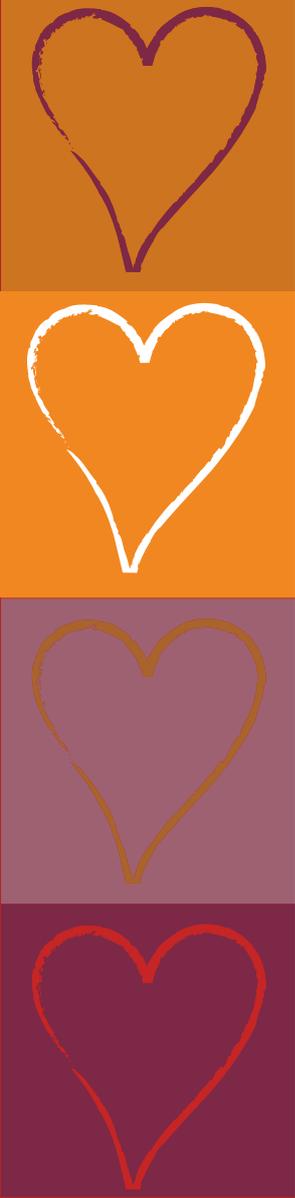
Raccomandazioni

- Vi è un'evidente necessità di collaborazione e di una raccolta di dati pan-europea per consentire la valutazione dell'efficacia di diversi provvedimenti o interventi di promozione della salute cardiovascolare e di prevenzione delle malattie cardiovascolari.
- Maggiori sforzi e più puntuali relazioni sulla sorveglianza, il monitoraggio e la valutazione delle attività esistenti e pianificate sono auspicabili. Si raccomanda inoltre di costruire meccanismi interni per rinnovare efficaci strategie e linee guida.
- Per alcuni Paesi selezionati è sentita la necessità di un paragone più approfondito tra politiche cardiovascolari già ben sviluppate, le relative risorse, la loro effettiva attuazione ed i corrispondenti risultati.
- Un'ulteriore raccomandazione è quella di esaminare la letteratura sulle politiche attuative e le indagini effettuate per altre politiche di rilievo, ed infine di realizzare un'analisi dei contenuti delle varie politiche.



Bibliografia

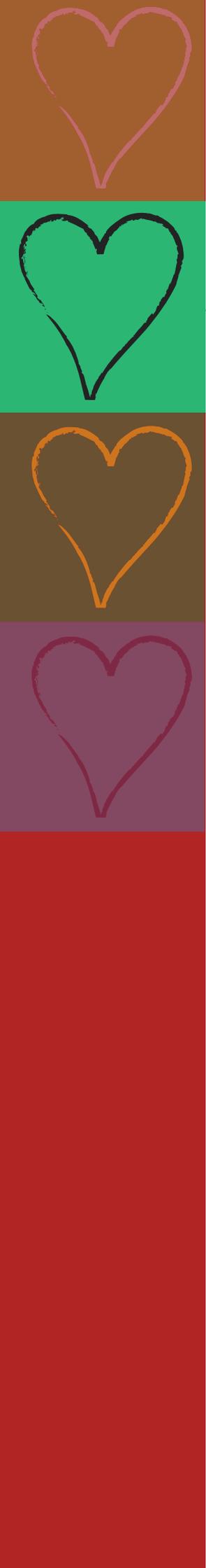
1. World Health Organization, Report of the global survey on the progress in national chronic diseases prevention and control. World Health Organization 2007 (ISBN 978 92 4 159569 8). Disponibile alla pagina web: http://www.who.int/chp/about/integrated_cd/en/index6.html
2. L Joossens and M Raw The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity Tobacco Control 2006; 15: 247-253
3. Swinburn B and Egger G. Preventive strategies against weight gain and obesity. Obesity Review 2002; 3(4):289-301.
4. World Health Organisation Comparative analysis of nutrition policies in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organisation 2006
5. World Health Organisation Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organisation for Health and Welfare, Ontario. 1986



Appendix A: Advisory Board for Work Package 5

The Advisory Board for this work package was composed of:

George Andrikopoulos	Hellenic Heart Foundation
Jill Farrington/ Albena Arnodova	WHO – Europe
Robin Ireland	EuroHealthNet
Tor Jungman	Finnish Heart Association
Marleen Kestens	European Heart Network
Susanne Løgstrup	European Heart Network
András Nagy	Hungarian Heart Foundation
Ruairi O'Connor	British Heart Foundation
Sophie O'Kelly	European Society of Cardiology
Michael O'Shea	Irish Heart Foundation
Mike Rayner	British Heart Foundation Health Promotion Research Group, University of Oxford
Per Tornvall	European Society of Cardiology



Appendix B: Questionnaire

Please complete this questionnaire with reference to the accompanying explanatory notes. Underlined terms are explained in the Glossary.

National Coordinator:

Country:

Please address any queries and return the completed questionnaire to Gill Cowburn, British Heart Foundation Health Promotion Research Group by e-mail: gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk

Deadline for return of questionnaire: Friday 15th February 2008

A. National organisations

A1. Which Government department (such as the Ministry of Health) has the main responsibility for public health action relevant to the prevention and control of chronic diseases?

.....
.....
.....
.....

A2. Are any other Government department/s involved in public health action relevant to the prevention and control of chronic diseases?

.....
.....
.....
.....

A3. Which Government department has the main responsibility for cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

.....
.....
.....
.....

A4. Are any other national organisations (such as a National Institute) involved in public health action relevant to the prevention and control of chronic diseases?

Yes (Please give details)

.....

No

Don't know (Please give details)

.....



A5. Are these national organisations involved in cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes (Please give details)

.....

No

Don't know (Please give details)

.....

A6. Are any non-governmental organisations, professional societies or charitable organisations involved in cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes (Please give details)

.....

No

Don't know (Please give details)

.....

A7. Is any organisation responsible for coordinating the implementation of a policy/strategy or plan on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes (Please give details)

.....

No

Don't know (Please give details)

.....

A8. In your country, which key organisation/s would be considered to be the 'driving force' behind cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

.....

.....

.....

.....

A9. Please add any other comments about information in section A

.....

.....

.....

.....



B. National Acts, Laws, legislation, Ministerial Decrees (or equivalent)

B1. Does your country have any national Acts, Laws, legislation, Ministerial Decrees (or equivalent) in place to address any of the following areas?

	Yes	No	Don't know	Type (e.g. Act, Law, Legislation, Ministerial Decree)	Year, Title, and websites (or PDF files, if exist)
Public health					
Cardiovascular disease					
Obesity					
Diabetes					
Alcohol					
Food and nutrition					
Physical activity					
Tobacco					
Stress					
Inequalities					
Any other relevant areas					

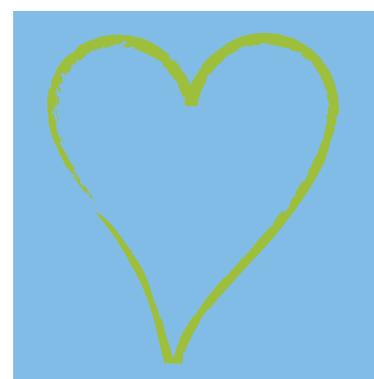
B2. Please add any other comments about information in Section B

.....

.....

.....

.....





C. National policies/strategies or plans

C1. Does your country have any national health policies/strategies or plans on public health action relevant to the prevention and control of chronic diseases?

Yes Year - Titles (original and English) - Websites/PDF files, if exist - Allocated funding

.....

No

Don't know (Please explain)

.....

C2. Does your country have any national health policies/strategies or plans on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes Year - Titles (original and English) - Websites/PDF files, if exist - Are the policies/strategies integrated? - Allocated funding

.....

No

Don't know (Please explain)

.....

C3. Does your country have any national policies/strategies or plans in place to address any of the following specific areas?

	Yes	No	Don't know	Year, Titles, and websites (or PDF files, if exist) Allocated funding
Coronary heart disease				
Hypertension				
Stroke				
Hyperlipidaemia				
Obesity				
Diabetes				
Alcohol				
Food and nutrition				
Physical activity				
Tobacco				
Stress				
Inequalities				
Any other relevant areas?				



C4. In your country, which national policies/strategies or plans have been considered most important in influencing cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

.....
.....
.....

C5. Please add any other comments about information in Section C

.....
.....
.....

D. Policies/strategies or plans in preparation

D1. Are there any relevant national policies/strategies or plans currently in preparation?

Yes (Please give details)

.....

No

Don't know (Please give details)

.....

D2. Please add any other comments about information in Section D

.....
.....
.....

E. National programmes

E1. Does your country have any country-wide programmes on public health relevant to the prevention and control of chronic diseases?

Yes Year - Titles (original and English) - Websites/PDF files, if exist - Allocated funding

.....

No

Don't know (Please explain)

.....

E2. Does your country have any country-wide programmes on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes Year - Titles (original and English) - Websites/PDF files, if exist - Are the policies/strategies integrated? - Allocated funding

.....

No

Don't know (Please explain)

.....





E3. Does your country have any country-wide programmes in place to address any of the following specific areas?

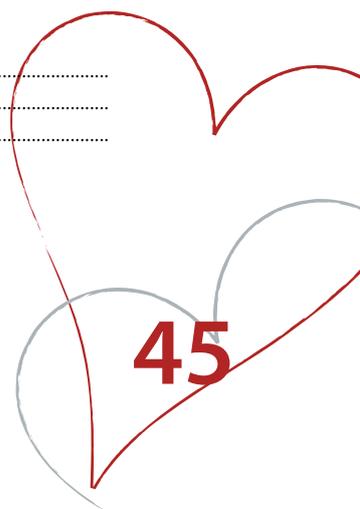
	Yes	No	Don't know	Year, Titles, and websites (or PDF files, if exist) Allocated funding
Coronary heart disease				
Hypertension				
Stroke				
Hyperlipidaemia				
Obesity				
Diabetes				
Alcohol				
Food and nutrition				
Physical activity				
Tobacco				
Stress				
Inequalities				
Any other relevant areas?				

E4. Which country-wide programmes have been successfully implemented?

.....

E5. Please add any other comments about information in Section E

.....



F. Programmes in preparation

F1. Are there any relevant country-wide programmes currently in preparation?

Yes (Please give details)

No

Don't know (Please give details)

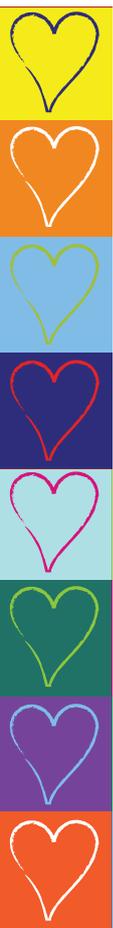
F2. Please add any other comments about information in Section F

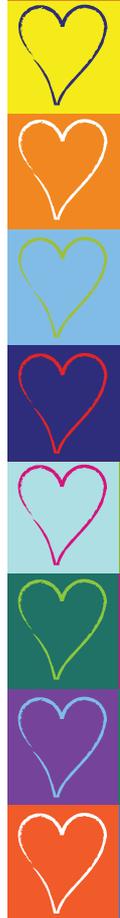
G. National guidelines/standards

G1. Has your country adopted any country-wide guidelines/standards relevant to cardiovascular disease prevention/treatment and care which address any of the following areas?

	Yes	No	Don't know	Year, Titles, and websites (or PDF files, if exist) Allocated funding
Coronary heart disease				
Hypertension				
Stroke				
Hyperlipidaemia				
Obesity				
Diabetes				
Alcohol				
Food and nutrition				
Physical activity				
Tobacco				
Stress				
Inequalities				
Any other relevant areas?				

G2. Please add any other comments about information in Section G





H. National targets, monitoring and evaluation

H1. Does your country have any national targets on public health relevant to the prevention and control of chronic diseases?

Yes (Please give details of target/s and websites or PDF files, if exist)

.....
 No

Don't know (Please give details)
.....

H2. Does your country have any national targets on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes (Please give details of target/s and websites or PDF files, if exist)

.....
 No

Don't know (Please give details)
.....

H3. Has your country undertaken any monitoring of progress towards achievement of any targets relevant to cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes (Please give details of target/s and websites or PDF files, if exist)

.....
 No

Don't know (Please give details)
.....

H4. Does your country have a structure for systematic public reporting on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes (Please give details of target/s and websites or PDF files, if exist)

.....
 No

Don't know (Please give details)
.....

H5. What evaluation of programmes relevant to cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention has been undertaken?

.....
.....
.....

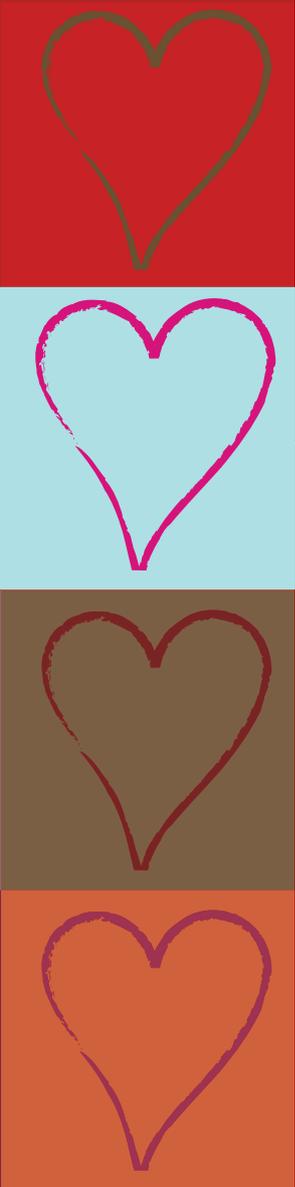
H6. Please add any other comments about information in Section H

.....
.....
.....

Thank you for your help and time in completing this questionnaire. Please return the completed questionnaire to Gill Cowburn by e-mail to gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk

by Friday 15th February 2008.





Appendix C:

Explanatory notes for Questionnaire

These explanatory notes are designed to help you to complete questionnaire 1. Words which are underlined in the questionnaire have been defined in the glossary (see page 55).

General issues

Please complete the questionnaire in English. Where information is only available in the original language, please provide a brief summary translation in English.

We are interested in collecting information about national policies/strategies or plans and programmes which are currently relevant in your country. This could include, for example, a recently published action plan or legislation which has been in force for a considerable time. We also want to find out about country-wide policies/strategies or plans which exist as 'intentions' and those country-wide programmes which have actually been implemented.

Please use the 'don't know' column only when you have been unsuccessful in finding the requested information, and then provide a short explanation of the attempts which you have made to gather the required information. Provide URLs and pdf files wherever possible. There is a section at the end of each part of the questionnaire for you to add any further comments.

Please contact Gill Cowburn (e-mail gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk) if you are not sure about what information we are asking you to collect or where it might be found.

A. National organisations

In this part of the questionnaire, we are interested in finding out how health promotion and disease prevention structures are organised in your country. We would like to know which government departments, non-governmental and other national organisations are involved in some way in contributing towards the promotion of health and the prevention and management of chronic disease, particularly cardiovascular disease. This information should be available directly from government sources or from the organisations involved. Details required are the name of the organisation (please provide an English language translation) and the URL, where appropriate.

For example:

In the UK, the Department of Health has overall responsibility for public health,
<http://www.dh.gov.uk>

Some typical government departments to consider include:

Ministry of Health, Ministry of Agriculture; Ministry for Children and/or Education; Ministry for the Environment, Ministry for Home & Community, Ministry for Cultural Affairs

Some typical non-governmental organisations to consider include:

National Heart Foundations, Consumer groups, Lobbying organisations, Medical Societies, Voluntary groups

We have also asked you (in question A7) to find out which organisations are responsible for coordinating the implementation of a policy/strategy or plan. By this we mean any organisations which are coordinating either government and/or non-governmental action.

In question A8, we ask you to identify key organisations which would be considered to be the 'driving force' behind cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention. Here,



we are trying to establish a consensus view from within your country rather than your own opinion. So, if the general consensus from within your country is that organisations X and Y are the key organisations which drive action forward, please tell us about them. If, however, no consensus exists in your country, please state your own personal view but tell us that this is your own opinion (for example, in my opinion, organisations A, B & C do most to drive change).

B. National Acts, Laws, Legislation, Ministerial Decrees (or equivalent)

Here, we are interested in locating any legislative mechanisms which exist in your country to promote healthier lifestyles. This information should be available directly from government sources. Please list all of the legislation (or equivalent) which you can locate. For each, provide the year of publication or enactment, title (please provide an English language translation, if necessary) and the URL.

For example:

In the UK, the Tobacco Advertising and Promotion Bill was introduced in February 2001, <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200001/ldbills/026/2001026.htm>

C. National policies/strategies or plans

In this section, we want to establish what national health policies/strategies or plans exist in your country to promote health and prevent and manage chronic disease, particularly cardiovascular disease. This information should be available directly from government sources. For each, provide the year of publication, title (please provide an English language translation, if necessary) and the URL.

Policy example:

In the UK, the white paper "Choosing Health: making healthy choices easier" (2004) sets out an integrated public health policy which includes addressing cardiovascular disease and cancers, alongside risk factors like tobacco, healthy eating, obesity, physical activity and alcohol

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4094550

We are keen to identify how much funding has been allocated to each policy/strategy or plan. This information should be available directly from government sources and from the organisations involved in developing and/or delivering policies/strategies or plans. Please provide details of the amount of allocated funding for each policy/strategy or plan (where this information is available) in the original currency and Euros and provide a URL reference, where possible.

For example:

In the UK, in 2005, the School Food Trust was allocated 15 million GBP (21,526,676 EUR) from the Department for Education and Skills to promote the education and health of children and young people by improving the quality of food supplied and consumed in schools.

<http://www.schoolfoodtrust.org.uk/content.asp?ContentId=232>

We would also like you to record whether or not the policies and/or strategies you locate are integrated or not. By this we mean do they aim to act on either several diseases (like cancer and cardiovascular disease) and/or across a range of risk factors (like tobacco, food and nutrition and physical activity)?

Example of an integrated plan:

In the UK, an integrated action plan “Delivering Choosing Health; making healthy choices easier” was published in 2005

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4105713.pdf

Example of 2 (non-integrated) action plans addressing particular risk factors:

Department of Health (2005) Choosing a better diet: a food and health action plan London: Department of Health

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4105709.pdf

Department of Health (2005) Choosing activity: a physical activity action plan London: Department of Health

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4105710.pdf

Dates covered by the plans: all three publications are ongoing from 2005

In question C4, we are interested in finding out which national policies/strategies or plans have been considered most important in influencing cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention. Here, as in section A, we are trying to establish a consensus view from within your country rather than your own opinion. If no consensus exists in your country, please state your own personal view but tell us that this is your own opinion.

Further information will be collected about the details of these policies/strategies or plans in Questionnaire 2.

D. Policies/strategies or plans in preparation

In this part of the questionnaire, we want to know about any relevant policies/strategies or plans which are being developed in your country but which are not currently in action. This is information you are likely to gather as you collect information to complete other sections of the questionnaire, for example when you are contacting government departments or other organisations. For each, provide the year of proposed publication and summary information about the area to be addressed.

For example:

In the UK, a new national strategy for stroke is being prepared, consultation ending October 2007

Further information will be collected about the details of these policies/strategies or plans in Questionnaire 2.





E. National programmes

In this section, we want you to record information about any country-wide programmes which are being implemented in your country to promote health and prevent and manage chronic disease, particularly cardiovascular disease. By this, we mean programmes which are intended to have national coverage and which are implemented across the whole country, not at regional or local level. The exceptions to this are countries (like Belgium, Germany and the UK) where health is the responsibility of regional government, where information from each region would be recorded.

This type of information should be available directly from government sources or from the organisations involved in developing and/or delivering the programmes. For each, provide the year of publication, title (please provide an English language translation, if necessary) and the URL.

We are interested in how much funding has been allocated to each programme. This information should be available directly from government sources and from the organisations involved in developing and/or delivering the programmes. Please provide details of the amount of allocated funding for each country-wide programme (where this information is available) in the original currency and Euros and provide a URL reference, where possible.

We would also like you to record whether or not the country-wide programmes you locate are integrated or not. By this we mean do they aim to act on either several diseases (like cancer and cardiovascular disease) and/or across a range of risk factors (like tobacco, food and nutrition and physical activity)

For example:

from 2003, the Food Standards Agency has continued to develop and deliver a salt awareness/reduction programme for the general public

<http://www.food.gov.uk/healthiereating/salt/>

This is a non-integrated national programme with a total campaign spend for Phase 3 (from 2007) of 4 million GBP (5,755,535 EUR)

<http://www.food.gov.uk/news/pressreleases/2007/mar/saltconsumptioncampaign>

In question E4, we are interested in finding out which country-wide programmes have been successfully implemented. As in section A and C, we want to establish a consensus view from within your country rather than your own opinion. If no consensus exists in your country, please state your own personal view but tell us that this is your own opinion. We ask specifically about monitoring and evaluation in section H.

Further information will be collected about the details of these programmes in Questionnaire 2.



F. Programmes in preparation

In this part of the questionnaire, we want to know about any relevant programmes which are being developed in your country but which are not currently in action. This is information you are likely to gather as you collect information to complete other sections of the questionnaire, for example when you are contacting government departments or other organisations. For each, provide the year of proposed publication and summary information about the area to be addressed.

For example:

In the UK, a new programme will be implemented to address earlier identification and treatment as part of the National Alcohol Strategy

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_075218

G. National guidelines/standards

In this section, we are interested in finding out whether your country has adopted any country-wide guidelines/standards to guide the delivery of cardiovascular disease prevention as well as treatment/care. Include any governmental or non-governmental guidelines/standards, if they are widely used in your country (for example, the joint European guidelines). This information should be available directly from government sources and from the organisations involved in developing and/or delivering the guidelines/standards. For each, provide the year of publication, title (please provide an English language translation, if necessary) and the URL.

For example:

In the UK, The National Service Framework for coronary heart disease was launched in 2000 and sets 12 standards for improved prevention, diagnosis and treatment, and goals to secure fair access to high quality services. The standards are to be implemented over a 10-year period.

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4094275

Further information will be collected about the details of these guidelines/standards in Questionnaire 2.

H. National targets, monitoring and evaluation

Here, we are interested in finding out about any national targets which have been set to promote health and prevent and manage chronic disease, particularly cardiovascular disease. This information should be available directly from government sources.





Specifically we would like information (where it exists) about:

Targets at a population level

- mortality, morbidity
- biological factors (like blood pressure)
- behavioural factors (like physical activity levels)

Targets for treatment/care

- for example, around cardiopulmonary resuscitation, emergency services, rehabilitation etc.

For each, provide the date of publication and the date by which the target should be achieved, details of the target (please provide an English language translation, if necessary) and any relevant URL.

For example:

In the UK, a Public Service Agreement (PSA) target for obesity was set in 2004 "To reduce the year on year rise in the prevalence of obesity in children under 11 by 2010, in the context of a broader strategy to reduce obesity in the population as a whole"

http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Obesity/DH_4133952

We also want to record any country-wide monitoring or evaluation activity which has taken place. Questions H3 and H4 ask for information about monitoring and reporting of progress towards achievement of targets and/or plans.

For example:

a report published in November 07 summarises details of the public opinion research, business research and compliance data relating to the first three months since the smokefree law was introduced in the UK.

<http://www.smokefreeengland.co.uk/thefacts/latest-research.html>

Question H5 asks about the availability of published evaluation reports on relevant programme implementation.

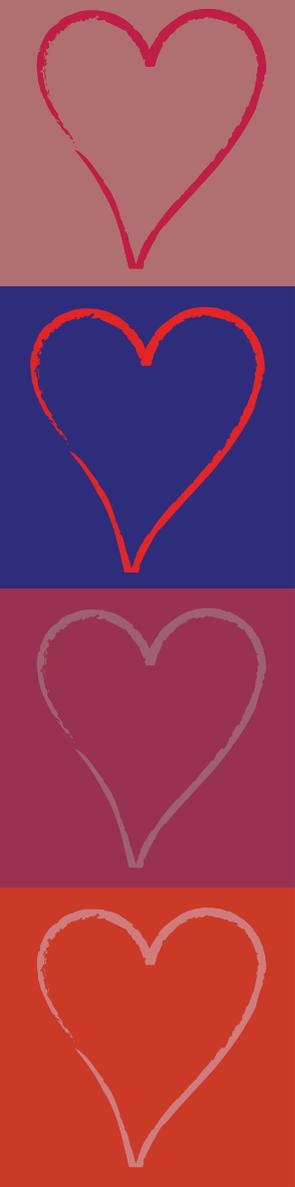
For example:

In the UK the National Evaluation of Local Exercise Action Pilots was published in 2007

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_073600

We gratefully acknowledge your help and the time you will spend in sourcing the information to complete questionnaire 1. Please return the completed questionnaire to Gill Cowburn, British Heart Foundation Health Promotion Research Group by e-mail to gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk **by Friday 15th February 2008.**

Further details will be sought from you in a second phase of data gathering in spring 2008.



Appendix D: Additional data collection

By e-mail:

I would be grateful if you could provide me with further information about the existing national policies/strategies or plans which you have already listed in questionnaire 1. This was section C in the questionnaire.

For each policy you have listed please provide the following information - in English

Title of policy document

Total number of pages in the policy

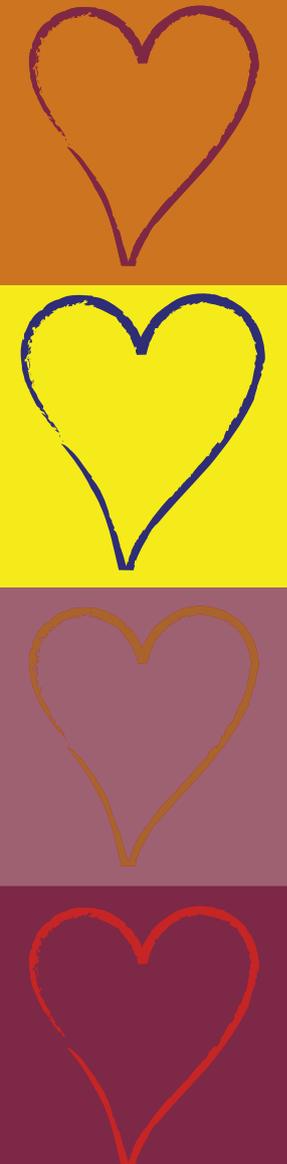
At which population group is the policy targeted?

Contents page (titles of each section)

Key themes of the policy (no more than 2-3 paragraphs)

Any other interesting features in the policy

This extra information will really bring the project alive so I appreciate the time it will take to complete it. Please return the completed information to me by e-mail no later than Wednesday 4th June 2008



Glossary

Allocated funding:

A defined amount of money which has been provided to pay for a specific purpose, and which cannot be used for any other purpose

Cardiovascular disease or CVD:

includes coronary heart disease, stroke (cerebrovascular accidents) and all other diseases of the circulatory system

Cardiopulmonary resuscitation or CPR:

an emergency treatment which aims to restart heart and breathing activity when it has stopped during cardiopulmonary arrest

Country-wide:

action intended to have national coverage and to be implemented across the whole country

Emergency services:

response and provision of medical aid during an acute episode

Health promotion:

a process of enabling people to increase control over and to improve their health. Health promotion uses strategies at the primary level of prevention which are designed to facilitate behavioural and environmental changes which are conducive to health enhancement

Charitable organisation:

an organisation which exists to use donated funds for public benefit

Disease prevention:**Primary prevention:**

aims to deter disease before it occurs

Secondary prevention:

any strategy (such as early detection and prompt treatment of disease) which aims to reduce the presence of an existing disease in a population, thus preventing further deterioration and/or early death

Goal:

a statement of a desired outcome

Guidelines:

an agreed series of actions and strategies used to guide practice

Health policy/ strategy:

a written, formally adopted consensus about health issues which need to be addressed and approaches to be used to achieve change. For example, a policy includes a set of statements and decisions defining goals, priorities and main directions for attaining these goals. It may also include strategies for how the policy is to be implemented

Integrated:

bringing together a range of issues across different areas which are worked on and progressed together rather than separately

National:

a geographical area defined by fixed borders

Non-governmental organisation:

an organisation which undertakes some of the tasks of a national government, but is not a government department or part of one, and which operates to a greater or lesser extent at arm's length from the government

Plan:

a scheme, prepared according to policy and strategic directions, and defining activities, to generate products/targets set to achieve desired goals

Prevention and control of chronic disease:

the use of specific strategies to reduce and manage the occurrence of a disease in a population

Professional societies:

organisations which act as learned societies for people with shared professional qualifications and interests

Programme:

a series of related and connected activities which are designed to deliver specific objectives

Public health:

the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organised efforts of society. Modern public health is concerned with addressing determinants of health across a population

Standards:

a set of pre-defined levels of activity to be achieved

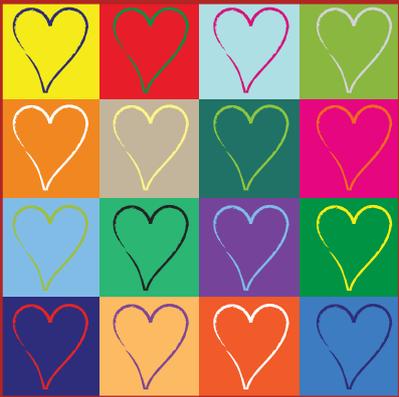
Target:

an agreed and declared quantitative output which can be used to assess progress towards achievement of a goal

Treatment:

the provision of medical services (including rehabilitation services) to alleviate symptoms following diagnosis of illness





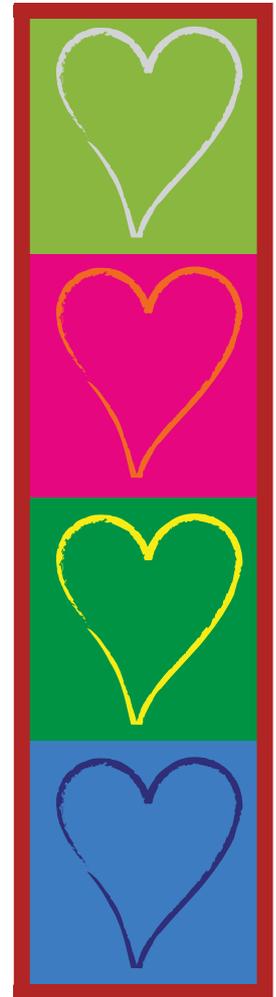


Mixed Sources
Product group from well-managed
forests and other controlled sources
Cert. no. SGS-COC-008340
www.fsc.org
© 1996 Forest Stewardship Council

Graphic design & production: www.altitude.be - September 2009

www.ehnheart.org

European Heart Network
Rue Montoyer, 31
B-1000 Brussels
Belgium
Telephone: +32 2 512 9174
Fax: +32 2 503 3525
E-mail: info@ehnheart.org



This report is produced as part of Work Package 5 of the EuroHeart Project, which has received co-funding from the European Union in the framework of the Public Health Programme. The Executive Agency for Health and Consumers is not responsible for any use that may be made of the information provided in this report, the sole responsibility lies with the persons/organisation concerned.