

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno di LUNEDI' 27 (VENTISETTE) del mese di GIUGNO dell' anno 2005 (DUEMILACINQUE) si e' riunita nella residenza di VIALE A.MORO, 52 , la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| 1) ERRANI VASCO | - Presidente |
| 2) DELBONO FLAVIO | - Vice Presidente |
| 3) BISSONI GIOVANNI | - Assessore |
| 4) BRUSCHINI MARIOLUIGI | - Assessore |
| 5) CAMPAGNOLI ARMANDO | - Assessore |
| 6) DAPPORTO ANNA MARIA | - Assessore |
| 7) GILLI LUIGI | - Assessore |
| 8) PASI GUIDO | - Assessore |
| 9) PERI ALFREDO | - Assessore |
| 10) RABBONI TIBERIO | - Assessore |
| 11) RONCHI ALBERTO | - Assessore |
| 12) ZANICHELLI LINO | - Assessore |

Funge da Segretario l'Assessore BRUSCHINI MARIOLUIGI

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Premesso che:

- in data 23 marzo 2005, con repertorio n. 2271 è stata stipulata un'intesa - in sede di Conferenza Stato-Regioni - tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311
- tale intesa stabilisce che le Regioni si impegnano ad adottare, entro il 30 giugno 2005, il Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione 2005-2007, in coerenza con il vigente Piano Sanitario Nazionale, nonché a trasmettere al Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie, idonea documentazione sulle attività svolte per consentire al medesimo Centro di certificare l'avvenuto adempimento;

Dato atto che gli ambiti di intervento indicati nel Piano nazionale della prevenzione 2005-2007 sono i seguenti:

1. la prevenzione della patologia cardiovascolare, comprensiva delle complicanze del diabete;
2. la diagnosi precoce dei tumori;
3. le vaccinazioni;
4. la prevenzione degli incidenti, ivi compresi quelli domestici.

Considerato che con nota DGPREV/IX/13535/P/C.1.b.b del 8 giugno 2005 il Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute ha trasmesso le linee operative per la presentazione dei piani regionali, prevedendo fra l'altro, che la scadenza del 30 giugno 2005 sia riferita ai progetti riguardanti:

1. gli screening oncologici;
2. le vaccinazioni;
3. gli interventi per introdurre la carta del rischio cardiovascolare e le tecniche di gestione integrata (disease management) del diabete;

mentre gli interventi sull'obesità, la prevenzione delle ricadute degli eventi cardiovascolari maggiori (prevenzione terziaria) e la sorveglianza e prevenzione degli incidenti dovranno vedere avvio a partire dal 2006 e, pertanto, i relativi programmi devono essere presentati dalle Regioni entro il 31 dicembre 2005;

Rilevato che, sulla base delle indicazioni sopra riportate è stato predisposto il Piano regionale della prevenzione per il triennio 2005-2007 relativo ai progetti sopra indicati, come previsto dalle linee operative del Ministero della Salute, allegato alla presente deliberazione quale sua parte integrante e sostanziale;

Richiamata la propria deliberazione, esecutiva ai sensi di legge, n. 447 del 24 marzo 2003 recante: "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali";

Dato atto del parere di regolarità amministrativa espresso dal Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali, dott. Franco Rossi, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della propria deliberazione n. 447/2003;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

- a) di approvare, per le motivazioni esplicitate in premessa, il Piano regionale della prevenzione per il triennio 2005-2007, predisposto secondo le linee operative elaborate dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute e allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale dello stesso;
- b) di trasmettere il presente atto al Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, via della Civiltà Romana 7, Roma, ai fini della certificazione di avvenuto adempimento della Regione Emilia-Romagna di quanto previsto dall'art. 4, punto e) dell'Intesa 23 marzo 2005 richiamata in premessa.

- - - -

Regione Emilia-Romagna
Piano Regionale Prevenzione 2005 – 2007
Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005

Premessa	pag. 5
Screening oncologici: Progetti attivati e in corso	pag. 8
Progetto di attivazione di un programma di screening dei tumori del colon-retto nella Regione Emilia-Romagna	pag. 21
Politiche vaccinali in Emilia-Romagna nel triennio 2005 - 2007	pag. 32
Progetto regionale per la diffusione della valutazione del rischio cardiovascolare, attraverso l'uso della carta del rischio cardiovascolare	pag. 47
Gestione integrata del diabete per la gestione delle complicanze	pag. 52

PREMESSA

I fattori che determinano la salute e la malattia in una popolazione vengono in genere distinti in quattro categorie: fattori genetici e biologici, i servizi sanitari, l'ambiente fisico e sociale e il comportamento individuale (o stile di vita). L'impatto del comportamento individuale sulla morbosità e mortalità da malattie croniche é ormai ben conosciuto.

E' tuttavia arduo sostenere che il fumare, il bere, il mangiare e il fare l'amore siano il risultato di scelte individuali perfettamente libere, ossia indipendenti dal lavoro svolto, dai gruppi e gli ambienti frequentati, dall'origine familiare, geografica o etnica, dal reddito percepito, ecc.. La prevenzione della mortalità sulle strade, ad esempio, non é in genere visto come un qualcosa che ha a che fare con lo stile di vita. Tuttavia le auto che guidiamo, il modo in cui impariamo a fare uso della strada e l'influenza che una determinata politica dei trasporti ha su di noi formano parte del nostro "stile di vita" che può avere un impatto negativo sulla nostra salute, come lo hanno le sigarette, l'alcol e l'alimentazione.

L'epidemiologia moderna ha inoltre evidenziato come la maggior parte dei comportamenti non siano distribuiti nella popolazione in modo casuale, bensì siano modellati socialmente e spesso si dispongono a grappoli l'uno con l'altro. Molte persone che abusano di alcolici sono anche fumatrici e quelle che seguono pratiche alimentari salutistiche tendono anche ad essere più attive fisicamente. I più poveri, coloro che hanno un livello di istruzione inferiore o sono socialmente emarginati é più probabile che pratichino una vasta gamma di comportamenti a rischio e meno probabile che adottino comportamenti favorevoli alla salute. Questo modello di risposta comportamentale ha condotto a parlare di situazioni che pongono i soggetti "a rischio di rischi".

Fattori sociali contestuali (come il livello di istruzione, lo stato socio-economico, il livello di responsabilità occupato, le risorse personali a disposizione) svolgono quindi un ruolo critico nella adozione e nel mantenimento di comportamenti che influiscono sulla salute.

Inoltre, le capacità di un individuo di affrontare i problemi di salute che incontra sono in larga parte determinati durante il periodo iniziale della sua vita. In altre parole, l'ambiente fisico, sociale e culturale in cui hanno luogo le prime fasi della infanzia ha un profondo rapporto con il futuro di salute nella vita adulta.

La prevenzione secondaria e le cure mediche rappresentano soltanto alcune delle modalità, e non necessariamente a maggiore impatto, per mantenere e migliorare la salute. Interventi di natura non medica possono promuovere in modo significativo lo stato di salute della popolazione.

Poiché salute e condizione socio economica sono così strettamente collegate, per migliorare la salute delle persone occorre promuovere interventi che influiscano sull'organizzazione del contesto sociale. In modo particolare le disuguaglianze sociali ed economiche influenzano lo stato di salute di un individuo.

Secondo Rose (Rose G. *The Strategy of Preventive Medicine* New York, Oxford University Press; 1992.) l'adozione di un approccio esclusivamente comportamentale (ossia interventi di promozione della salute rivolti esclusivamente ai singoli individui) per migliorare la salute di una popolazione non ha molte probabilità di successo in quanto alla singola persona non appaiono sufficientemente evidenti i benefici che può ottenere adottando certi comportamenti. Per poter prevenire una singola morte è infatti necessario far cambiare le abitudini a rischio per la salute ad un numero troppo elevato di persone. Nel caso degli incidenti stradali, Rose calcolava che per potere salvare la vita di una persona per mezzo della cintura di sicurezza è necessario che 400 autisti la indossino per 40 anni. Il che vuol dire che gli altri 399 non vedranno mai i vantaggi immediati per le proprie probabilità di sopravvivenza, dovendosi invece soltanto sobbarcarsi il fastidio di indossare la cintura per tutta la loro vita di autisti.

La ricerca di una efficace strategia di promozione della salute non può quindi limitarsi a considerare l'individuo a sé stante e i determinanti più prossimi che influenzano la sua salute, ma deve rivolgersi a lui nelle relazioni che intrattiene con le realtà sociali in cui è inserito (determinanti distali). Il fatto che la struttura sociale di una popolazione venga vista come difficilmente modificabile e comunque non ad opera del settore sanitario, non deve indurre i professionisti della salute a limitarsi a perseguire soltanto obiettivi apparentemente più facilmente raggiungibili, come, ad esempio, ridurre il contenuto di grassi della dieta o aumentare l'esercizio fisico. Le conoscenze acquisite in questi ultimi anni dimostrano, al contrario, come, in assenza di una attenta considerazione delle situazioni socio-economiche in cui gli individui vivono e lavorano, gli interventi di promozione della salute rischiano di perdere gran parte della loro rilevanza. Come afferma l'*Independent Inquiry into Inequalities in Health* (Acheson Inquiry, HMSO, 1997), "È necessario un approccio ampio poiché molti di questi fattori sono interrelati. Può essere inefficace concentrarsi su di un unico punto della catena se non vengono adottate azioni complementari in grado di influenzare fattori collegati, appartenenti a un'altra area di interesse. Le strategie devono essere "a monte" [distali] e "a valle [prossimali]".

Molti dei nostri modelli teorici tradizionali di analisi del comportamento nell'ambito della salute continueranno ad avere un valore esplicativo limitato se non ci impegniamo a studiare i processi

teorici attraverso i quali i fattori sociali possono influenzare la salute. Gli interventi di promozione della salute dovranno quindi sforzarsi di essere il più possibile interdisciplinari, concentrarsi a livelli diversi (individuo, famiglia, comunità e società) e considerare la necessità di intervenire anche sul contesto sociale in modo da renderlo più favorevole alla adozione di stili di vita positivi per la salute.

Questi principi sono concretizzati nella recentissima istituzione, da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, della Commissione sui determinanti sociali della salute che ha, tra i suoi compiti, quello di sensibilizzare i governi sull'impatto che l'organizzazione sociale ha sulla salute.

La Regione Emilia-Romagna ha adottato da tempo il modello di intervento sopra descritto, e lo ha inserito attraverso i "Piani per la salute" nell'agenda degli Enti Locali per sviluppare politiche di promozione della salute attraverso il coinvolgimento dei diversi attori sociali.

La recente Legge regionale n. 29 del 23 dicembre 2004 "Norme generali sull'organizzazione e sul funzionamento del Servizio sanitario regionale" delinea un Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna orientato alla promozione della salute e non solo all'erogazione di servizi sanitari e ribadisce, fra i principi ispiratori dello stesso, "la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute per le persone e per le comunità locali"; inoltre attribuisce agli Enti Locali un ruolo fondamentale di programmazione e verifica dei risultati di salute, distinguendolo nettamente dal ruolo gestionale affidato alle Aziende sanitarie. In coerenza con questi principi la nuova Giunta regionale ha riorganizzato le deleghe agli assessori, modificando la denominazione dell'Assessorato alla sanità in Assessorato alle Politiche per la salute.

Il piano regionale della prevenzione dell'Emilia-Romagna si iscrive in tale contesto e va letto alla luce delle considerazioni sopra riportate; pertanto l'importanza del coinvolgimento dei vari attori sociali nella definizione e attuazione di politiche per la salute e la necessità di intervenire sulle disuguaglianze caratterizzano in modo trasversale tutti i singoli progetti presentati.

PROGETTO REGIONALE PER LA DIFFUSIONE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE, ATTRAVERSO L'USO DELLE CARTE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE

PARTE INTRODUTTIVA – DEFINIZIONE DEL CONTESTO

Nel novembre 2004 l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha pubblicato, con la Determinazione 29 ottobre 2004, la revisione delle Note CUF. La recente revisione della nota 13 AIFA riguarda essenzialmente la concedibilità in regime di SSN dei farmaci ipolipemizzanti, ma introduce anche importanti novità, tra cui il concetto di rischio cardiovascolare globale (RCG), attraverso il quale si possono individuare i fattori di rischio per ogni persona sui quali intervenire anche con azioni di prevenzione primaria individuale.

La Regione Emilia-Romagna nel recepire tale revisione ha sollecitato i Medici di Medicina Generale all'adozione delle Carte del Rischio ed ha rilevato la necessità di costituire un gruppo di lavoro multidisciplinare sulla corretta interpretazione e applicazione della Nota 13, con particolare riferimento alla novità costituita dallo strumento delle carte del rischio italiane.

Nelle carte italiane il RCG è stimato a 10 anni, sia per i maschi sia per le femmine, e deriva dalla somma di eventi fatali e non fatali riferibili a una malattia cardiovascolare maggiore.

A questo proposito è importante ricordare che il calcolo del RCG per la rimborsabilità delle statine in prevenzione primaria si è basato fino alla fine del 2004 su una carta del rischio ricavata dallo studio nordamericano di Framingham, e, per la prevenzione secondaria, sulla carta dello studio GISSI, di fatto poi poco utilizzata dai medici.

Il calcolo del RCG basato sulle nuove Carte del Rischio italiane ha portato, per molti pazienti (soprattutto femmine), ad un abbassamento dell'indice di rischio, che, in alcuni casi, è risultato inferiore alla soglia di rimborsabilità, fissata dall'AIFA nel 20%.

Tra i fattori di rischio contemplati nelle carte italiane, infatti, non viene considerata la familiarità per malattie cardiovascolari precoci (insorte cioè prima dei 60 anni), un basso valore di colesterolo HDL o la presenza di un trattamento antiipertensivo. Questi ultimi due fattori di rischio possono essere tenuti in considerazione solo utilizzando il calcolatore individuale scaricabile (o direttamente utilizzabile) dal sito

<http://www.cuore.iss.it/sopra/calc-rischio.asp>.

Le Carte del Rischio sono uno strumento utile per favorire la discussione interattiva con il paziente; tuttavia la loro efficacia nel permettere l'analisi dei vari fattori di rischio e la impostazione della strategia globale di trattamento più opportuna e più gradita va testata sperimentalmente.

L'applicabilità delle Carte come efficace mezzo di comunicazione e valutazione dei pazienti elegibili ad un programma attivo di prevenzione cardiovascolare va testata in Medicina Generale, in quanto, trattandosi essenzialmente di una attività di counselling, l'applicazione delle Carte del Rischio deve essere accompagnata da un intervento educativo nei confronti degli stili di vita scorretti eventualmente adottati dal paziente; pertanto non è facilmente misurabile a priori il livello di impegno richiesto, sia in termini di tempo sia in termini di formazione professionale, per la loro somministrazione efficace.

PIANO PER LA DIFFUSIONE DELLA CARTA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE Anno 2005

PIANO OPERATIVO

- Adozione dell'algoritmo per il calcolo del RCG nei pacchetti informatici utilizzati dal medico di medicina generale;
- Pubblicizzazione del sito internet Cuore ai medici e altri operatori sanitari;
- Definizione di un gruppo di lavoro con il compito di definire gli indirizzi regionali di interpretazione/applicazione della Nota 13;
- Il gruppo, coordinato da un Medico di Medicina Generale, sarà composto, da almeno un cardiologo, un medico esperto del metabolismo lipidico, un geriatra, un endocrinologo, un medico di Direzione sanitaria, un epidemiologo ed un farmacista;
- Il gruppo di lavoro ha l'obiettivo di produrre un documento di interpretazione della Nota 13, di cui la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali curerà successivamente la divulgazione e la presentazione alle Aziende sanitarie della regione;
- Le Aziende sanitarie attiveranno programmi di formazione obbligatori rivolti ai medici per la presentazione del documento stesso e l'adozione delle Carte del Rischio;

MONITORAGGIO

- Proporzioni di medici di medicina generale in grado di valutare il RCG utilizzando il computer di studio;
- Numero di corsi organizzati in regione sull'argomento.

RISULTATI ATTESI

- La disponibilità, attraverso l'implementazione dei programmi informatici in uso, dell'algoritmo cuore.exe da parte di almeno il 30% dei medici di medicina generale, entro la fine del 2005;
- L'organizzazione in ogni Azienda sanitaria territoriale di almeno un incontro formativo con i medici di medicina generale entro il 2005.

COORDINAMENTO

- Il Servizio Distretti Sanitari ed il Servizio Politica del farmaco e Medicina Generale coordinano congiuntamente il progetto con rilevazione a cadenza trimestrale, tramite questionario, delle iniziative poste in essere e programmate da parte delle Aziende sanitarie.

Anno 2006

PIANO OPERATIVO

- Censimento delle iniziative concluse e dei risultati emersi; censimento delle iniziative in corso di attuazione e analisi dello stato di raggiungimento degli obiettivi previsti, rilevazione delle metodiche utilizzate.

Il censimento produce l'opportunità di valutare il set di indicatori rilevati ed i messaggi adottati nei precedenti studi rispetto ai fattori di rischio contemplati dalle Carte nonché proposte per una loro integrazione ed aggiornamento rispetto alle conoscenze che si rendano disponibili.

Il censimento diviene l'opportunità per definire gli indicatori specifici sia del processo di disseminazione delle carte, sia dell'effetto formativo delle stesse, del livello di utilizzazione, del livello di integrazione con altri strumenti per la prevenzione, e della loro efficacia in termini di prevenzione. Sotto il profilo metodologico, appare strategico definire il livello di standardizzazione (e quindi di scambiabilità/confrontabilità) dei dati sui fattori di rischio nelle singole realtà, definendo le azioni tese a migliorare la fruibilità degli indicatori da parte della Regione;

- Valutazione dei risultati del censimento.

- Stesura di un progetto con adesione volontaria da svolgersi nell'ambito della Medicina Generale in due aziende sanitarie e con la partecipazione complessiva di circa 30 medici.

MONITORAGGIO

- Numero di incontri di definizione del disegno del progetto;
- Numero di medici di medicina generale che nel corso del 2006 condividono il progetto;
- Numero di progetti già avviati, censiti e definizione di una griglia riassuntiva dei principali parametri utilizzati.

RISULTATI ATTESI

- La promozione in almeno due Aziende sanitarie territoriali del progetto pilota, finalizzato a valutare l'utilizzo sistematico delle Carte del Rischio in una popolazione adulta di assistibili con un range di età da individuare, entro il 2006;
- La partecipazione attiva al progetto aziendale di almeno 15 medici di medicina generale entro il 2006;
- Documento sinottico dei parametri, obiettivi, metodologie di analisi utilizzate nei progetti censiti conclusi e nei progetti in corso già attivati.

COORDINAMENTO

- Il Servizio Assistenza distrettuale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari ed il Servizio Politica del farmaco e Medicina Generale coordinano congiuntamente il progetto con la MG e le Aziende, e costituiscono un gruppo di monitoraggio a supporto delle Aziende sanitarie e per l'estensione delle esperienze in ulteriori realtà territoriali.
- La Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali attribuisce la responsabilità del censimento e dei risultati

Anno 2007

PIANO OPERATIVO

- Identificazione delle strategie per integrare le Carte del Rischio nel bagaglio decisionale di prevenzione e diagnosi del MMG;
- Definizione di una politica di supporto per i principali laboratori di popolazione esistenti per sperimentare in modo analitico e specifico la fruibilità delle Carte del Rischio (loro

valore informativo, formativo, possibilità di uso pratico, etc..) e di altri mezzi di comunicazione del rischio in vari strati della popolazione con progressiva estensione a tutta la regione;

- Verifica dei risultati formativi, di quelli di fruizione/percezione da parte degli utenti.

MONITORAGGIO

- Proporzione di Aziende sanitarie attive sull'argomento;
- Numero di MMG e di medici di altra specializzazione che utilizzano le CdR nell'identificazione dei soggetti a rischio cardiovascolare;
- Individuazione di indicatori di attività di prevenzione e di partecipazione condivisi su tutto il territorio regionale.

RISULTATI ATTESI

- Adesione e adozione del progetto in almeno 5 Aziende sanitarie territoriali entro il 2007;
- Raccolta dati e costituzione di una banca dati regionale per l'avvio di una analisi dei risultati.

COORDINAMENTO

- Il Servizio Assistenza distrettuale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari ed il Servizio Politica del farmaco e Medicina Generale coordinano congiuntamente il progetto con pubblicazione annuale dei risultati.