

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007

PREVENZIONE DEL RISCHIO VASCOLARE

Progetto: La diffusione della carta del rischio cardiovascolare.

1. Parte introduttiva : contesto regionale (epidemiologico, organizzativo, etc..).
2. Piano operativo-ambito territoriale di intervento (Regione, ASL, Distretto,..).
3. Monitoraggio del Progetto.
4. Definizione delle modalità di coordinamento del progetto presso la regione.
5. Tempi e costi per la realizzazione.

Parte introduttiva : definizione del contesto regionale (epidemiologico, organizzativo, etc..)

Le malattie del circolatorio causano in Toscana sempre meno morti e producono sempre meno ricoveri.

Le due principali patologie della famiglia “ malattie del circolatorio “, malattie cerebrovascolari e infarto di cuore, contribuiscono con un diverso comportamento a questo positivo andamento.

La mortalità e l'ospedalizzazione per malattie cerebrovascolari sono, nell'ultimo decennio, in costante discesa in entrambi i sessi; la mortalità per infarto di cuore è in costante discesa, l'ospedalizzazione per infarto di cuore è, invece, in aumento sia nei maschi che nelle femmine.

L'accessibilità e la qualità delle cure spiegano il differenziale registrato, nell'infarto del miocardio, tra l'andamento nel tempo della mortalità e l'andamento della ospedalizzazione; la precocità delle diagnosi e il miglior controllo dell'ipertensione, oltre la riduzione del fumo di sigaretta, spiegano la sovrapposizione del trend in diminuzione della mortalità e della ospedalizzazione registrato per le malattie cerebrovascolari.

L'esistenza del Registro regionale dell'infarto e delle malattie cardiovascolari ci permette di avere la dimensione regionale dell'infarto in termini di nuovi casi per anno: in Toscana, dati relativi all'anno 2000, si verificano circa 7.600 nuovi casi di infarto all'anno, dei quali 4.900 nei maschi e 2.700 nelle femmine; si registra un differente rischio di ammalarsi di infarto nelle diverse aree.

In termini di rischio i residenti nelle Aziende USL con i valori peggiori (Massa Carrara, Viareggio, Lucca in ambo i sessi), hanno una probabilità di ammalarsi di infarto di circa il 40% superiore ai residenti nelle aree a più basso rischio. Particolare attenzione dovrà, quindi, essere posta nella implementazione del Piano Cuore alla capacità di diffusione della Carta del rischio cardiovascolare e alla gestione dei percorsi in queste specifiche realtà.

Il tributo pagato alla mortalità per malattie cardiovascolari rimane, anche nelle organizzazioni sanitarie più evolute per accessibilità e qualità delle cure, il più elevato tra tutte le cause di morte:

questo primato rende la prevenzione del rischio di eventi cardio-cerebro vascolari uno dei temi più dibattuti in ambito scientifico e di interesse dei sistemi sanitari.

L'area delle malattie cardiovascolari in ragione dei suoi evidenti successi, nella gestione della fase acuta della malattia e nella conoscenza dei meccanismi patogenetici della aterosclerosi coronaria e delle manifestazioni cliniche della cardiopatia ischemica, si sta caratterizzando per una importante transizione epidemiologica del bisogno/domanda di cure verso le malattie cronico-degenerative, scompenso cardiaco e cardiopatia ischemica sono paradigmatici.

Il mutato contesto epidemiologico non ha modificato, sostanzialmente, la struttura organizzativa e professionale delle specialità interessate, soprattutto cardiologia per quanto di interesse del presente Progetto, che rimane fortemente ancorata al modello ospedaliero, Unità coronarica e Laboratori delle procedure cardiologiche invasive.

Rispondere contestualmente, ed efficacemente, ad un ruolo crescente delle possibilità di trattamento medico e chirurgico della cardiopatia ischemica, alle aumentate necessità della cronicità e, infine, alla consapevolezza dell'importanza di interventi di tipo preventivo, atti ad impedire o ritardare l'insorgenza della malattia stessa, riteniamo sia una sfida improponibile nelle attuali condizioni organizzative.

La dimensione del problema è, infatti, tale da non essere affrontabile efficientemente con l'attuale modello organizzativo delle Cure Primarie ed impone una reingegnerizzazione, anche culturale, degli specifici mandati, e delle relazioni, professionali tra Medicina generale e Medicina Specialistica.

Il Progetto Cuore, e la Carta del rischio cardiovascolare, rappresentano un utile strumento per avviare una riflessione sulla necessità di un ridisegno delle relazioni professionali, dei processi sanitari e socio-sanitari, della produzione e trasferimento delle conoscenze scientifiche, finalizzato a costruire nuove alleanze tra ospedale e territorio per una integrazione reale tra le varie articolazioni che compongono la complessa organizzazione sanitaria.

La necessaria integrazione e il processo di continuità assistenziale tra ospedale e territorio sono favoriti dalla crescita culturale, scientifica ed organizzativa della Medicina Generale toscana che può ricondurre il confronto con la funzione specialistica, ospedaliera o ambulatoriale, alla sua originaria vocazione: un potenziale di energia, scientifica e professionale, da non sprecare in ruoli e competenze non specifiche, disponibile per un più rapido trasferimento delle conoscenze specialistiche sul territorio con un rapporto dinamico, e costruttivo, con la Medicina Generale.

Un utile laboratorio di sperimentazione per una medicina, generale e specialistica, di iniziativa e di intervento, capace di integrare, mediante una nuova organizzazione, iniziative di prevenzione

primaria e secondaria con i grandi cambiamenti avvenuti nel trattamento delle malattie cardiovascolari.

D'altra parte, anche in ambito specialistico, è ormai matura la consapevolezza che “ .. la maggiore articolazione degli interventi sanitari a livello delle attività territoriali ha comportato e comporterà sempre di più nel futuro la creazione di un'area professionale delle cure primarie i cui presupposti epistemologici, le modalità di intervento, la casistica appaiono diversi da quanto viene affrontato in ambiente ospedaliero.... “.

In questo contesto, con gli obiettivi dichiarati, la Regione Toscana condivide gli specifici contenuti dell'Intesa del 23 marzo 2005 che individua nella carta del rischio uno strumento valido per la definizione del rischio cardiovascolare e per fornire al medico occasioni favorevoli per consigliare modifiche dei comportamenti a rischio; partecipa nelle modalità di seguito definite al Progetto Cuore.

Individuazione delle modalità di coordinamento del progetto presso la regione.

Costituzione Gruppo di coordinamento regionale - Progetto Cuore .

Enti –Istituti – Associazioni – Unità amministrative - Società scientifiche, interessate.

Compiti assegnati:

- Contestualizzazione ed adattamento delle linee operative proposte dal Centro Nazionale per la Prevenzione e la sorveglianza delle malattie (CCM) nella specifica realtà toscana.
- Definizione del percorso, clinico ed organizzativo, per la gestione del rischio cardiovascolare: individuazione dei servizi, strutture, operatori interessati e governo delle relazioni necessarie; linee guida, protocolli di intervento.
- Definizione requisiti e caratteristiche per l'attivazione di un sistema di registrazione dei dati, ai fini valutativi ed epidemiologici.
- Predisposizione del Piano di Formazione Regionale;
- Progettazione di specifiche iniziative;
- Coordinamento attività;
- Monitoraggio della applicazione del Piano Cuore;
- Valutazione risultati;

1. Definizione del contesto.

Linee operative per la pianificazione regionale indicate dal CCM per la definizione del contesto.

- Individuazione dell'ambito territoriale di effettuazione del progetto.

Principi di riferimento ed azioni operative previste nello specifico contesto toscano.

- Obiettivo è la diffusione della Carta del rischio cardiovascolare all'intero territorio regionale.

Professionisti interessati: 3.111 Medici di Medicina Generale (dato relativo all'anno 2002).

Popolazione interessata: uomini e donne residenti in Toscana di età compresa tra 35 e 69 anni.

Campione di arruolamento atteso: 1.688.622 cittadini, dei quali 826.485 maschi, 862.137

Femmine.

Nell'anno 2002 i Medici di Medicina Generale che lavorano in forma associata rappresentano il 63,9 % di tutti i MMG e hanno in carico il 70,4% degli assistiti con un numero medio di assistiti significativamente più alto rispetto ai MMG singoli. I medici informatizzati rappresentano circa il 70% del totale.

Tali dati di contesto organizzativo rappresentano variabili di riferimento di interesse per valutazione dei tempi e delle risorse necessarie per la diffusione della Carta del rischio cardiovascolare.

Possibile individuazione, in fase di avvio, di gruppi target specifici.

Possibile studio pilota, semestrale, in tre Aziende Unità Sanitarie locali: ASL 8 di Arezzo, ASL 11 di Empoli, ASL 2 di Lucca.

2. Valutazione del rischio globale assoluto.

Linee operative per la pianificazione regionale indicate dal CCM per la valutazione del rischio globale assoluto.

- Adozione algoritmo per il calcolo del rischio globale assoluto.
- Individuazione dell'Area della Medicina Generale nel suo contesto territoriale come setting clinico per la diffusione dello strumento per il calcolo del rischio cardiovascolare (carta del rischio, *cuore.exe*).
- Modalità di sviluppo delle collaborazioni e tipo di accordi necessari.

Azioni operative previste nello specifico contesto toscano.

- Si propone una diffusione, ed un uso, della Carta del rischio cardiovascolare oltre l'Area della Medicina Generale anche ad alcuni servizi sanitari di riferimento, professionale o sociale, per i soggetti appartenenti alla fascia di età 35-69 anni, quali i Servizi per la prevenzione e la salute nei luoghi di lavoro, i Centri trasfusionali, prevedendo una modularità nell'intervento, e nel ruolo, sia come possibile adozione della Carta e relativo calcolo del rischio globale individuale, sia come aree di incontro utili, in presenza di alcuni fattori di rischio, per la sensibilizzazione alla iniziativa e la promozione del ruolo del medico curante per la valutazione ed gestione eventuale del rischio.

3. Gestione del rischio

Linee operative per la pianificazione regionale indicate dal CCM per la gestione del rischio.

- La gestione comprende l'identificazione del percorso per il trattamento ed il monitoraggio del rischio individuale, con il coinvolgimento attivo e l'integrazione di differenti competenze professionali.

Principi di riferimento ed azioni operative previste nello specifico contesto toscano.

- Il case-manager della gestione del rischio cardiovascolare è il medico di medicina generale.
- La individuazione del percorso per la gestione del rischio cardiovascolare, i servizi e le strutture interessate, le relazioni funzionali necessarie, le linee guida, i protocolli diagnostici e terapeutici sono di competenza del Gruppo di coordinamento regionale.

4. Formazione.

Linee operative per la pianificazione regionale indicate dal CCM per la gestione del rischio.

- Sviluppo del Piano di Formazione Regionale per il personale coinvolto nella prevenzione del rischio cardiovascolare.

Principi di riferimento ed azioni operative previste nello specifico contesto toscano.

- Lo sviluppo del Piano di Formazione Regionale per il personale coinvolto nella prevenzione del

rischio cardiovascolare è competenza del Gruppo di coordinamento regionale, nel rispetto dei contenuti essenziali elaborati dal CCM: Prevenzione in ambito cardiovascolare, Calcolo del rischio, Rischio globale assoluto, Trattamenti terapeutici, Counseling .

5. Monitoraggio della applicazione del Piano.

Indicatori proposti :

1. Proporzione di medici generali che adottano la stima del rischio globale assoluto nella loro pratica.
2. Attività di formazione specifica.
3. Proporzione di popolazione 35-69 che riceve la stima del rischio globale assoluto.

Valori di riferimento- risultati attesi:

1. Proporzione di medici generali che adottano la stima del rischio globale assoluto nella loro pratica.

Valore atteso al 30.06. 2006: 30%

Valore atteso al 31.12. 2006: 50%

Valore atteso al 31.12. 2007: 60%

2. Attività di formazione specifica.

Valore atteso al 30.06. 2006: Predisposizione programma di formazione, se disponibile in tempi congrui il Piano di formazione elaborato dal C.C.M.

Valore atteso al 31.12.2006: 1 corso sull'argomento specifico per ogni azienda sanitaria partecipante.

Valore atteso al 31.12.2007: 1 corso sull'argomento specifico per ogni Zona – distretto delle Aziende sanitarie partecipanti.

3. Proporzione di popolazione 35-69 che riceve la stima del rischio globale assoluto.

Valore atteso al 30.06. 2006: 5 %

Valore atteso al 31.12. 2006: 25%

Valore atteso al 31.12. 2007: 40%

Tempi per la realizzazione:

Cronogramma delle attività.

	<i>Anno 2005</i>	<i>Anno 2006</i>	<i>Anno 2007</i>
Costituzione Gruppo di coordinamento regionale Progetto Cuore	<i>Entro il 31.12.2005</i>	-	-
Definizione del contesto	<i>Entro il 31.12.2005</i>	-	-
Applicazione della carta	-	30% MM.GG al 30.6.2006 50% MM.GG al 31.2.2007	60% MM.GG al 31.12.2007
Attività di formazione specifica	-	Predisposizione programma formazione 30.6.2006 1 evento formativo per azienda 31.12.2006	1 evento formativo per Zona –distretto per azienda partecipante 31.12.2006

Costi attesi.**Anno 2005 : 3.200.000 euro**