

**Dgr n. 2031 del 26.07.2005**

pag. 1/61

**2.2 CARDIOVASCOLARE E DIABETE****Il contesto regionale****2.2.1 Definizioni e presupposti scientifici**

Per “malattie cardiovascolari” si intendono (ICD-10, 1992) un gruppo di patologie tra le quali le più rilevanti sono la cardiopatia ischemica, l’ipertensione arteriosa, le malattie circolatorie dell’encefalo, le aritmie, le malattie dei vasi. Tali malattie condividono i principali fattori di rischio e, in molti casi, l’etiopatogenesi su base ischemica (prevalentemente malattia aterosclerotica del cuore e/o delle arterie coronarie, cerebrali o periferiche) e vengono pertanto raggruppate sia per motivi di analisi epidemiologica che di azioni preventive. La gravità e la numerosità dei loro principali esiti, infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca congestizia, morte improvvisa, ictus, gangrena, pongono le malattie cardiovascolari al primo posto quale causa di morte nei Paesi industrializzati e sono responsabili di una rilevante quota di invalidità permanente.

I principali **fattori di rischio** identificati comprendono età avanzata, sesso maschile, livelli di colesterolo LDL alti, livelli di colesterolo HDL bassi, pressione arteriosa alta, fumo, diabete, familiarità per malattie cardiovascolari, obesità e vita sedentaria. Tra questi, particolare rilevanza riveste il diabete. Il **diabete mellito** comprende un gruppo di disturbi determinati dall’iperglicemia (le definizioni variano; secondo la definizione attualmente usata negli Stati Uniti, la glicemia a digiuno deve essere  $\geq 126$  mg/dl o  $\geq 200$  mg/dl 2 ore dopo un carico orale di 75 g di glucosio, in 2 o più occasioni). I citati fattori di rischio interagiscono ampiamente in catene causali o concausali. Per esempio il controllo del peso corporeo (mediante l’alimentazione e l’attività fisica), oltre ad essere fondamentale per la riduzione del rischio cardiovascolare, costituisce il cardine della prevenzione primaria del diabete.

Esistono prove scientifiche che sono possibili una prevenzione primaria e secondaria efficaci, sostenibili dal punto di vista economico ed organizzativo. Gli interventi efficaci per la prevenzione della patologia cardiovascolare e delle complicanze del diabete da attuare sono stati recentemente riassunti in una rassegna curata da Clinical Evidence. Essi sono:

*Attività fisica*

## **Allegato A alla**

**Dgr n. 2031 del 26.07.2005**

pag. 2/61

Studi osservazionali hanno trovato che una intensa o anche moderata attività fisica riduce le malattie coronariche e l'ictus. E' stato inoltre riportato che la morte improvvisa è rara dopo un esercizio fisico intenso, anche se la sua frequenza è maggiore nei soggetti abitualmente sedentari. Questo rischio comunque non annulla i benefici osservati.

### *Dieta*

Studi osservazionali hanno trovato che il consumo di frutta e verdura è associato ad una riduzione della malattie cardiovascolari di tipo ischemico. Studi randomizzati non hanno trovato prove dell'utilità di un supplemento dietetico di beta carotene, che può anzi essere dannoso. Clinical Evidence non riporta prove sufficienti a sostegno dell'utilità di supplementi dietetici di antiossidanti in soggetti sani.

### *Fumo di tabacco*

Studi osservazionali hanno trovato una stretta associazione tra fumo e mortalità globale e malattie cardiovascolari di tipo ischemico. Molti grandi studi di coorte hanno trovato che l'aumento del rischio associato al fumo si riduce sospendendolo.

### *Farmaci antitrombotici*

Clinical Evidence non riporta prove adeguate per identificare quali soggetti asintomatici potrebbero ricavare un beneficio e quali potrebbero essere danneggiati da una terapia cronica con aspirina. Uno studio randomizzato ha trovato che una terapia anticoagulante orale in soggetti senza sintomi di malattia cardiovascolare comporta effetti positivi e negativi comparabili e che è quindi difficile valutare l'effetto netto del trattamento.

### *Interventi diretti a ridurre la pressione arteriosa*

Vi sono prove derivate da studi prospettici che alcuni interventi sullo stile di vita (esercizi aerobici, dieta a basso contenuto di grasso e ricca di frutta, riduzione del sale, perdita di peso, supplementi di potassio e olio di pesce) riducono la pressione arteriosa; tuttavia, mancano prove adeguate sul fatto che questi interventi possano ridurre anche mortalità e morbosità. I dati relativi ad

## **Allegato A alla**

### **Dgr n. 2031 del 26.07.2005**

pag. 3/61

altri cambiamenti dello stile di vita (diminuzione del consumo di alcol, sospensione del fumo, supplementi di calcio e di magnesio) non permettono di trarre conclusioni affidabili.

Revisioni sistematiche hanno trovato prove convincenti che il trattamento farmacologico riduce la pressione arteriosa. Studi sulla efficacia di trattamenti farmacologici hanno trovato che la pressione arteriosa viene ridotta maggiormente rispetto a quanto ottenuto modificando gli stili di vita, anche se non si sono trovati studi di confronto diretto. Revisioni sistematiche hanno trovato che il fattore maggiormente legato al beneficio osservato con il trattamento dell'ipertensione è l'entità del rischio cardiovascolare assoluto prima del trattamento.

Esistono solide prove relative agli effetti benefici su mortalità e morbilità di diuretici, betabloccanti e ACE inibitori.

Non sono state trovate prove dirette sugli effetti di una riduzione della pressione arteriosa sotto i 140/80 mmHg.

Revisioni sistematiche hanno trovato che ridurre la pressione sistolica in soggetti di età superiore a 60 anni, con pressione sistolica superiore a 160 mmHg, porta a una diminuzione della mortalità globale e degli eventi cardiovascolari fatali e non.

#### *Interventi diretti a ridurre i livelli di colesterolo*

Revisioni sistematiche hanno trovato che la diminuzione dei livelli di colesterolo in soggetti asintomatici riduce il rischio di eventi cardiovascolari; mancano, tuttavia, prove che la riduzione del colesterolo comunque ottenuta riduca la mortalità in soggetti a basso rischio cardiovascolare.

Revisioni sistematiche e studi randomizzati hanno trovato che l'uso combinato di diete ipocolesterolemizzanti e farmaci ipolipemizzanti riduce i livelli di colesterolo più dei soli interventi sullo stile di vita.

#### *Interventi diretti alla riduzione della glicemia in diabetici*

Uno stretto controllo della glicemia con insulina e/o ipoglicemizzanti orali può ridurre il rischio di malattia cardiocircolatoria. Il trattamento intensivo è diretto a raggiungere valori di glicemia il più possibile vicini alla normalità. Componenti essenziali di tale strategia terapeutica sono rappresentati da interventi educazionali, *counselling*, monitoraggio glicemico, autogestione e

## **Allegato A alla**

### **Dgr n. 2031 del 26.07.2005**

pag. 4/61

terapia farmacologica con insulina o ipoglicemizzanti orali finalizzata a ottenere valori glicemici ottimali specifici.

Su questi basi si è sviluppata una *programmazione nazionale* (definita nel documento della Conferenza Stato-Regioni del Ministero della Salute denominato “Piano di prevenzione attiva” e nel progetto “Cuore” dell’Istituto Superiore di Sanità). La Regione del Veneto intende avviare una *programmazione regionale* in materia, coerente con le indicazioni della programmazione nazionale e delle indicazioni scientifiche internazionali, con enfasi sugli aspetti preventivi ed il ruolo centrale dell’assistenza primaria (Dipartimenti di Prevenzione e medici di famiglia).

#### **2.1.2 La dimensione epidemiologica**

Le malattie cardiovascolari sono al I° posto tra le cause di morte in Italia, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi; la cardiopatia ischemica è responsabile del 28% di tutte le morti, e le patologie cerebrovascolari del 13%. Il 23.5% della spesa farmaceutica italiana (pari all’1.34% del prodotto interno lordo) è destinata a farmaci per il sistema cardiovascolare.

In Italia si stima che siano affette da diabete circa 3 milioni di persone, destinate pressoché a raddoppiare entro il 2025; la malattia attualmente colpisce il 3-5% della popolazione adulta, e il 10% o più nell’età avanzata. Questa patologia è attualmente responsabile secondo il Ministero della Salute del consumo del 15-20% delle risorse sanitarie totali, e il costo pro capite di un diabetico è pari a circa tre volte quello dei non diabetici.

L’obesità e il sovrappeso sono in costante aumento (è stato calcolato un aumento del 25% in Italia tra il 1994 e il 1999) e attualmente coinvolgono nel nostro paese circa 16 milioni di persone, cioè oltre un quarto della popolazione globale e il 24% dei bambini.

## **Allegato A alla**

### **Dgr n. 2031 del 26.07.2005**

pag. 5/61

L'ipertensione è un importante fattore di rischio per la cardiopatia ischemica e il principale per la malattia cerebrovascolare; il rischio di ictus aumenta 10 volte se i valori di pressione sistolica sono  $\geq 160$  mmHg di pressione sistolica e/o 95 mmHg di diastolica. La pressione arteriosa a sua volta è associata a valori elevati di BMI, alla sedentarietà, al fumo di tabacco e ad un consumo eccessivo di sale o di alcol nella dieta. Il 33% degli uomini e il 31% delle donne italiane sono ipertesi ( $> 160/95$  mmHg) oppure sotto trattamento farmacologico specifico, e rispettivamente il 19% e il 14% sono in una situazione limite (sistolica 140-159 e diastolica 90-95).

L'ipercolesterolemia (valori di colesterolo  $> 240$  mg/dl oppure trattamento farmacologico specifico) affligge il 21% dei maschi e il 25% delle femmine italiane.

#### *Prevalenza dei fattori di rischio legati allo stile di vita*

E' stato calcolato che l'importanza dei principali fattori di rischio legati allo stile di vita nello spiegare la mortalità è pari al 19% per il tabacco, al 14% per quanto riguarda dieta e sedentarietà e al 5% per l'alcol. In Italia secondo il Ministero della Salute per i danni diretti e indiretti che derivano da stili di vita scorretti lo stato spende circa 60 miliardi di euro/anno.

**Sedentarietà:** in Italia nel 2002 il 20% della popolazione ha dichiarato di praticare con continuità uno sport, il 10% di praticarlo saltuariamente, il 29% di svolgere attività fisica regolare (cammino, bicicletta, nuoto) pur non praticando sport mentre il 41% si è dichiarato sedentario.

L'aumento della sedentarietà rispetto all'anno precedente riguardava particolarmente bambini e anziani. Si stima che la sedentarietà sia responsabile di 1.9 milioni di morti all'anno nel mondo e del 22% dei casi di cardiopatia ischemica, e il rischio relativo di malattia coronarica nei sedentari rispetto ai non sedentari è pari all'1.5-2.4; viceversa, numerosi studi confermano una cospicua riduzione della mortalità associata con l'attività fisica. Per quanto riguarda il diabete, l'incidenza della malattia in soggetti con ridotta tolleranza al glucosio può essere ridotta di oltre il 50% attraverso un intervento integrato sull'alimentazione e l'attività fisica. Individui sedentari presentano inoltre una probabilità di sviluppare ipertensione del 30-50% superiore alle persone attive.

**Tabacco:** Il fumo di tabacco causa un terzo delle morti per tumori e malattie cardiovascolari. Anche l'esposizione al fumo passivo aumenta il rischio di malattia coronarica del 30%. Dall'ultima

## Allegato A alla

### Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 6/61

indagine ISTAT (Stili di vita e condizioni di salute, 1999-2000) i fumatori in Italia sono risultati il 24,1% della popolazione con età di 14 anni e più.

**Alimentazione:** E' noto che un adeguato consumo di frutta e verdura, cereali integrali e pesce rappresenta un fattore protettivo per le malattie cardiovascolari, mentre il rischio aumenta se si consumano elevate quantità di calorie totali, di alimenti contenenti grassi saturi, di sale. In merito, i dati su alcuni consumi sono i seguenti:

Anno 2001

% persone colazione adeguata 3+ M+F	% persone consumano carni bovine qualche volta settimana 3+ M+F	% persone consumano pesce qualche volta settimana 3+ M+F	% persone consumano verdura almeno 1 volta al giorno 3+ M+F
75,6	72,2	56,4	49

Fonte ISTAT

**Allattamento:** Dai dati disponibili risulta che in Italia 1 bambino su 10 non è allattato al seno alla dimissione dall'Ospedale, che 6 su 10 ricevono supplementi nei primi giorni di vita, che 7 su 10 non sono più allattati esclusivamente al seno a 3 mesi. In Italia l'81% delle donne allatta al seno e il 58% allatta al seno in modo esclusivo, con ampie variabilità regionali (indagine ISTAT 1999-2000), ma a sei mesi solo il 31-68% dei bambini è ancora allattato al seno (indagine ISS 2002).

**Determinanti ambientali e fattori psicosociali:** una gran parte della popolazione generale è esposta ad inquinamento atmosferico e fumo passivo che possono avere effetti importanti sul sistema cardiovascolare; la sedentarietà è fortemente condizionata da numerosi fattori legati all'ambiente (presenza nel territorio di spazi verdi, percorsi per il cammino, piste ciclabili, palestre e centri sportivi ancora molto carenti nel nostro paese, riducendo l'accessibilità, in termini di distanze, trasporti e prezzo, delle strutture per l'attività fisica); per quanto riguarda l'alimentazione, rivestono un ruolo importante il costo dei diversi alimenti, e la presenza (ad esempio a scuola o sul posto di lavoro) di distributori di cibi a basso valore nutrizionale; l'abitudine – socialmente condizionata - all'uso prolungato della televisione condiziona sia la sedentarietà che il consumo di alimenti ipercalorici; infine, un ruolo importante è rivestito dal capitale sociale (rete di relazioni

## **Allegato A alla**

### **Dgr n. 2031 del 26.07.2005**

pag. 7/61

interpersonali e supporto a livello della comunità di appartenenza) e dalle diseguaglianze sociali tra le diverse fasce di popolazione.

#### *Dimensioni del problema nel Veneto*

Nel Veneto le malattie cardiocircolatorie rappresentavano nel 1996 la I<sup>a</sup> causa di morte negli anziani e la II negli adulti (25-64 anni); la cardiopatia ischemica era responsabile di un decesso su 6 per i maschi e uno su 7 per le femmine; oltre i 65 anni sono stati rilevati 2604 decessi nei maschi e 2689 nelle donne per cardiopatia ischemica, e rispettivamente 920 e 1552 per ictus.

Per quanto riguarda il diabete, nelle Az. ULSS di Verona e Vicenza sono stati identificati al 31 dicembre 1999 oltre 14.000 diabetici di tipo 2.

#### **Dati “Progetto Cuore-ISS” per il Veneto**

##### **Pressione arteriosa**

Negli uomini il valore medio della pressione arteriosa sistolica (massima) è pari a 137 mmHg, nelle donne a 132 mmHg. Negli uomini il valore medio della pressione arteriosa diastolica (minima) è pari a 85 mm Hg nelle donne è 82 mmHg. Il 33% degli uomini e il 28% delle donne è iperteso (pressione arteriosa uguale o superiore a 160/95 mmHg oppure sotto trattamento specifico); il 23% degli uomini e il 15% delle donne è in una condizione a rischio, in cui il valore del pressione sistolica è compreso fra 140 e 159 mmHg e quello della diastolica è compreso fra 90 e 95 mmHg.

##### **Colesterolemia**

Negli uomini il valore medio della colesterolemia è 196 mg/dl, nelle donne è 194 mg/dl. Negli uomini il valore medio della HDL-colesterolemia è di 50 mg/dl, nelle donne di 58 mg/dl. Il 22% degli uomini e il 18% delle donne ha una ipercolesterolemia (valore uguale o superiore a 240 mg/dl), mentre il 33% degli uomini e il 34% delle donne è in una condizione di rischio, presentando il valore della colesterolemia compreso fra 200 e 239 mg/dl

##### **Sedentarietà**

Il 23% degli uomini e il 28% delle donne non svolge alcuna attività fisica durante il tempo libero. Secondo una rilevazione, il 37.6% dei giovani nel 2002 non praticava alcuno sport, mentre nel 2000 oltre il 38% della popolazione generale risultava sedentaria alla rilevazione ISTAT Multiscopo.

## **Allegato A alla**

### **Dgr n. 2031 del 26.07.2005**

pag. 8/61

#### **Fumo**

Dall'ultima indagine ISTAT (*Stili di vita e condizioni di salute, 1999-2000*) i fumatori in Veneto sono risultati il 21,1% della popolazione con età di 14 anni e più (24,1% dato italiano). Tale percentuale è maggiore nei maschi (25% contro 17,2% nelle femmine).

Il 19% degli uomini fuma in media 17 sigarette al giorno, contro il 18% delle donne che ne fuma 11 in media al giorno.

#### **Obesità**

Il 16% degli uomini e il 17% delle donne è obeso e ha in media un indice di massa corporea di 27 per gli uomini e 26 per le donne.

#### **Glicemia**

Negli uomini il valore medio della glicemia è 93 mg/dl, nelle donne è di 90 mg/dl. Il 6% degli uomini e il 7% delle donne è diabetico (glicemia superiore a 126 mg/dl), mentre il 9% degli uomini e il 3% delle donne è in una condizione di rischio, in cui il valore della glicemia è compreso fra 110 e 125 mg/dl.

### **2.2.3 Inquadramento nella programmazione nazionale**

Il Piano nazionale "Prevenzione attiva" del Ministero della Salute, identifica due linee di lavoro distinte definite come di seguito riportato.

#### **a) Rischio cardiovascolare.**

Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte nel nostro Paese, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi.

A fronte della gravità di tali dati epidemiologici, si riscontra nella popolazione una *bassa percezione collettiva dell'incidenza del rischio* cardiovascolare e *poca informazione* sui fattori che predispongono l'organismo ad ammalarsi.

Nelle malattie cardiovascolari non è individuabile una causa unica e la presenza contemporanea di due o più fattori moltiplica, inoltre, il rischio di andare incontro alla malattia ischemica di cuore e agli accidenti cardiovascolari. L'entità del rischio che ogni persona ha di sviluppare la malattia dipende dalla combinazione dei fattori di rischio o meglio dalla combinazione dei loro livelli.

## **Allegato A alla**

### **Dgr n. 2031 del 26.07.2005**

pag. 9/61

Il Piano nazionale di prevenzione attiva prevede l'utilizzazione della *carta per la valutazione del rischio cardiovascolare*, uno strumento semplice ed obiettivo per stimare la probabilità di andare incontro ad un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) negli anni successivi, conoscendo il valore dei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudini al fumo, età, pressione arteriosa sistemica, colesterolemia e sovrappeso.

La carta, predisposta dall'Istituto Superiore di Sanità, offre opzioni multiple alla gestione degli individui a rischio aumentato. Inoltre, la valutazione attraverso la carta rende obiettivo e più accurato il controllo dell'assistito da parte del medico, anche in tempi successivi, e permette di valutare il rapporto costo/beneficio delle azioni di prevenzione intraprese. La carta, quindi, agevola il controllo da parte dei medici dei fattori di rischio dei loro assistiti.

#### **Obiettivi specifici:**

- implementare nella rete di assistenza primaria l'utilizzo della carta del rischio e il conseguente counselling individualizzato.

#### *b) Complicanze del diabete*

Il diabete è una malattia con un elevato impatto sociale e alti costi sanitari. In Italia, secondo uno studio recente, sono diabetici il 9% degli uomini e il 6% delle donne, mentre sono a rischio, in quanto intolleranti al glucosio il 9% degli uomini e il 5% delle donne. Per quanto riguarda i trattamenti il 62% degli uomini diabetici in Italia, non segue alcun trattamento farmacologico, il 24% non è trattato in modo adeguato ( il valore della glicemia rimane superiore a 126 mg/dl) e solo il 14% riceve trattamenti adeguati. Tra le donne, il 56% non è sottoposto ad alcun trattamento farmacologico, il 31% non è trattato in modo adeguato e solo il 13% riceve trattamenti adeguati.

Il diabete è una condizione cronica, senza cura risolutiva ma se non viene trattato adeguatamente, può comportare numerose complicanze sia nel breve che nel lungo periodo; in particolare, per quanto riguarda le conseguenze a lungo termine, il diabete causa diverse complicanze invalidanti che coinvolgono principalmente il sistema cardiovascolare, la retina, i reni, il sistema nervoso periferico.

## **Allegato A alla**

### **Dgr n. 2031 del 26.07.2005**

pag. 10/61

L'adozione di programmi di "disease management" si è rivelata efficace nella prevenzione delle complicanze del diabete. Per disease management si intende una nuova strategia di gestione delle malattie croniche, e in particolare del diabete, che prevede i seguenti elementi peculiari:

- partecipazione attiva del paziente nella gestione della sua malattia, attraverso programmi di educazione e di supporto del paziente, svolti a livello della rete primaria di assistenza;
- attivazione di una schedulazione di sistemi atti a garantire la regolare esecuzione di un set di controlli periodici da parte del paziente;
- attivazione di un sistema di monitoraggio, su base informatizzata.

#### ***Obiettivi specifici***

- Identificare i pazienti diabetici attraverso l'iscrizione in appositi registri
- Implementare, attraverso l'integrazione in rete di tutte le strutture territoriali della prevenzione e dell'assistenza primaria e i Centri Antidiabetici, programmi di disease management per i pazienti iscritti.

Il **Progetto "Cuore" dell'ISS**, inoltre, enfatizza l'importanza dell'uso della carta del rischio e del punteggio individuale per stimare il rischio di un evento cardiovascolare maggiore (infarto, ictus), nei dieci anni successivi alla stima e per identificare i fattori di rischio del soggetto al fine di attivare le idonee azioni preventive e modificare la storia clinica del paziente.

Il **Progetto Passi "Progressi per le Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" del Ministero della Salute**, infine, che dovrebbe essere svolto dai Dipartimenti di Prevenzione costituisce lo strumento ideale per il monitoraggio dell'impatto della strategia preventiva sulla popolazione generale.

#### **2.2.4 Inquadramento nella programmazione sanitaria regionale**

In relazione ai citati documenti, si è rivelata la necessità di una *progettualità regionale specifica unitaria*, con riorganizzazione delle attività correlate alla prevenzione delle patologie cardiovascolari già considerate nella pianificazione triennale (in particolare il Piano Triennale dei servizi di Igiene e Sanità Pubblica afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto 2002-2004 ed il Piano triennale della prevenzione 2005-2007 DGR n 3846 del 3 dicembre 2004). In particolar modo vanno ricondotte in tale contesto la prevenzione delle patologie fumo correlate e la lotta alla sedentarietà, allargando a temi relativi all'alimentazione, agli aspetti

## **Allegato A alla**

### **Dgr n. 2031 del 26.07.2005**

pag. 11/61

diagnostici (screening di comunità mediante utilizzo della carta del rischio, approfondimenti di laboratorio e strumentali) e alla terapia farmacologica (statine, antipertensivi, ecc.) quando necessario. Il modello organizzativo da sviluppare è tipo “screening oncologici” che prevede la costruzione di rete con la clinica per quanto di competenza e la messa a disposizione del *know how* di sanità pubblica: gestione di grandi numeri di popolazione, analisi epidemiologica e valutazione degli interventi, attività di tipo educativo/promotive, sviluppo di percorsi secondo logica di *clinical governance*.

Alla luce di quanto riportato, l’attività prevista per l’anno 2005 sarà prevalentemente costituita dal definire un piano dettagliato di fattibilità congiuntamente agli altri attori del Sistema Sanitario Regionale (*in primis* i medici di medicina generale) nonché alle associazioni dei malati che possono svolgere un ruolo di primo piano nell’identificazione e controllo dei fattori di rischio.

In particolare si intende dare centralità alla figura del medico di medicina generale (MMG). Gli assistiti si recano dal MMG quasi esclusivamente quando sono malati, per necessità di continuità terapeutica o di certificazione. Di fatto tutta l’attività di prevenzione svolta dal MMG, salvo encomiabili singoli casi, può essere riassunta nella campagna di prevenzione per l’influenza o in un generico counselling lasciato alla buona volontà del singolo.

Si propone una svolta per la sanità pubblica: sulla scorta di attività preventive *Evidence Based* verrà offerto a tutti i cittadini del Veneto uno screening, tramite la medicina di famiglia, dei più importanti fattori di rischio per la propria salute con l’offerta di interventi mirati ed efficaci per i soggetti che presentino potenziali rischi utilizzando quale strumento operativo il ‘bilancio di salute’ di cui verrà trattato in seguito. I MMG interverranno sottoponendo al ‘bilancio di salute’ i loro assistiti secondo le tipologie ed un cronogramma che verrà concordato con loro. In caso venissero rilevati fattori di rischio, i MMG dovranno operare secondo linee guida precise, come ad esempio nel caso di soggetti con ipertensione.

Il Dipartimento di Prevenzione ha invece competenza per:

- la predisposizione del bilancio preventivo in collaborazione con i medici di famiglia;
- l’organizzazione della chiamata attiva (sul modello degli screening oncologici e delle campagne vaccinali);

## **Allegato A alla**

### **Dgr n. 2031 del 26.07.2005**

pag. 12/61

- l'offerta di supporti per le attività preventive di secondo livello per i soggetti con fattori di rischio (ad esempio un centro per smettere di fumare nel caso di fumatori ) in linea con le attività previste dal piano triennale della prevenzione.

Dunque, il presente programma intende realizzare una trama generale nella quale interconnettere nuovi progetti specifici con i piani triennali e progetti già attivati da diverse Direzioni Generali dell'Assessorato alla Sanità quali: la prevenzione del tabagismo, la promozione dell'attività motoria, la promozione dell'allattamento al seno, la sperimentazione dei MMG sui protocolli terapeutici, la definizione di un modello unico di patto aziendale per MMG.

La durata prevista del programma è di tre anni.

**Il Piano operativo** (ambito territoriale dell'intervento Regione, ASL, Distretto). **Azioni**

## **OBIETTIVI**

### **2.2.5 Obiettivo generale**

Ridurre la mortalità e la morbosità per eventi cardiovascolari con minimi effetti avversi.

### **2.2.6 Obiettivi specifici**

- Aumentare le conoscenze epidemiologiche sulla prevalenza nella popolazione veneta di soggetti con fattori di rischio o con stili di vita protettivi per le patologie cardiovascolari e il diabete.
- Aumentare le conoscenze epidemiologiche sulla prevalenza/incidenza nella popolazione veneta delle patologie cardiovascolari ed il diabete e degli esiti.
- Identificare le sottopopolazioni con rischio specifico nelle fasi iniziali di patologia per avviare interventi preventivi mirati.
- Aumentare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale e in target specifici.

## **Allegato A alla**

### **Dgr n. 2031 del 26.07.2005**

pag. 13/61

- Produrre/implementare raccomandazioni organizzative e cliniche per la prevenzione primaria e secondaria delle patologie cardiovascolari e del diabete, con particolare riferimento al rapporto anche temporale tra controllo degli stili di vita e terapia farmacologica.
- Organizzare modalità di assistenza integrate fra assistenza territoriale ed assistenza ospedaliera per prevenire l'insorgenza della patologia cardiovascolare nella popolazione generale contrastando i fattori di rischio modificabili (alimentazione, fumo, attività fisica, allattamento al seno) e migliorando la qualità dell'assistenza farmaceutica.
- Indurre un approccio terapeutico razionale ed attento al rapporto costi/benefici
- Monitorare e valutare gli interventi di cui ai punti precedenti.

#### **2.2.7 Strategie e metodi**

Per gli obiettivi specifici sopra indicati si definiscono le seguenti strategie operative e metodi:

- a) per gli obiettivi di cui ai punti 2.2.6, al fine di aumentare le conoscenze epidemiologiche, saranno avviate indagini campionarie sugli stili di vita; inoltre saranno messe in rete le informazioni provenienti dai MMG, dai Centri Anti Diabetici (CAD), dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e ISTAT. Il ruolo di coordinamento e analisi epidemiologica è fornita dal Sistema Epidemiologico Regionale Ruolo (SER), in collaborazione con il Servizio Sanità Pubblica della Direzione Regionale per la Prevenzione ed i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto;
- b) per identificare le sottopopolazioni con rischio specifico nelle fasi iniziali di patologia al fine di avviare interventi preventivi mirati, saranno attivati sistemi di chiamata attiva tramite i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS per l'analisi dei fattori di rischio effettuata dai MMG. Per i fattori di rischio individuati saranno effettuati counselling individuale, consegna materiale informativo, indicazione di punti di riferimento per rischi specifici (fumo, alimentazione, attività motoria), interventi di distribuzione di frutta e verdura (pesce ?) alle classi sociali disagiate attraverso modalità quali il "last minute market";
- c) per aumentare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale e in target specifici sarà perseguito mediante una strategia di comunicazione articolata su più livelli:

## **Allegato A alla**

### **Dgr n. 2031 del 26.07.2005**

pag. 14/61

- campagna di marketing sociale rivolta alla popolazione generale come veicolo delle principali informazioni in tema di patologie cardiovascolari e indicazione dei servizi attivati per il cittadino;
- ulteriori informazioni mediante lettera personalizzata in occasione di chiamata attiva per analisi dei fattori di rischio;
- distribuzione di materiale informativo presso le sedi delle aziende ULSS
- incontri con la popolazione su base comunale, anche attraverso il coinvolgimento delle associazioni;
- comunicazione target specifica mediante intervento di personale sanitario nel corso dei contatti con l'assistito.

- d)** La produzione e/o l'implementazione delle raccomandazioni organizzative e cliniche per la prevenzione primaria e secondaria delle patologie cardiovascolari e del diabete procederà secondo le metodologie sviluppate nell'ambito dell'EBM, codificate per l'Italia del Centro Cochrane nazionale. Uno dei punti critici da affrontare sarà relativo alla indicazione di far precedere ed accompagnare la terapia farmacologia all'induzione di stili di vita sani e/o protettivi e del ruolo dell'assistenza primaria nei confronti del secondo livello. Una concretizzazione delle raccomandazioni è costituita dal **“libretto del bilancio di salute preventivo”** con le indicazioni di cosa e quando valutare per fascia d'età. Le linee guida dovranno dare indicazioni condivise, anche per garantire l'uniformità nel Veneto dell'assistenza, sulla migliore raccomandazione farmaceutica disponibile target specifica;
- e)** gli aspetti di implementazione organizzativa relativi a “Organizzare modalità di assistenza integrate fra assistenza territoriale ed assistenza ospedaliera per prevenire l'insorgenza della patologia cardiovascolare nella popolazione generale contrastando i fattori di rischio modificabili (alimentazione, fumo, attività fisica, allattamento al seno) e migliorando la qualità dell'assistenza farmaceutica”, costituiscono un punto fondamentale per la fattibilità e sostenibilità nel tempo del programma.

Il modello organizzativo che sarà introdotto in tutto il Veneto nel triennio 2005-2007, avrà un avvio sperimentale in alcune Az. ULSS pilota (almeno 3, rappresentative di diverse realtà venete – piccola, media e grande Az. ULSS collocate in province diverse). Gli aspetti interessati

## **Allegato A alla**

### **Dgr n. 2031 del 26.07.2005**

pag. 15/61

riguarderanno la formazione del personale sanitario coinvolto (diffusione della metodologie e di procedure *evidence based*), introduzione nei patti aziendali di specifici pacchetti di attività preventive, diagnostiche e terapeutiche comprensivi di questa attività; costruzione della rete assistenziale aziendale nella logica della *clinical governance* e della rete di monitoraggio.

In particolare andrà testato per la valutazione di fattibilità l'attività preventiva del MMG. Il modello di riferimento, desunto dalla letteratura scientifica internazionale, è il seguente:

Su appuntamento verranno misurati e annotati su apposito libretto alcuni parametri fisici e dati sullo stile di vita:

- pressione arteriosa (2 misurazioni),
- peso e altezza
- circonferenza del girovita
- glicemia
- abitudine all'attività fisica (da sola vale un 30% di protezione per malattie cardiovascolari)
- abitudini alimentari
- abitudine al fumo
- abitudine all'alcool
- partecipazione o meno agli screening organizzati e offerti dalla Regione

Il tempo necessario per tali bilancio è stimato un circa 20 minuti, di cui 8 per le abitudini rilevate e offerta screening regionali.

- f) In relazione all'obiettivo specifico "Indurre un approccio terapeutico razionale ed attento al rapporto costi/benefici", ci si avvale di due importanti strategie relative alla adozione di linee guida validate e del confronto delle diverse realtà prescrittive secondo l'analisi denominata "small area variation".
- g) Il "Monitoraggio e valutazione degli interventi di prevenzione" sarà prevalentemente basato sull'applicazione locale del progetto "Passi" del Ministero della Salute, che dovrebbe essere svolto dai dipartimenti di prevenzione diviene lo strumento ideale per il monitoraggio dell'impatto di tale strategia preventiva sulla popolazione generale. Alcune informazioni aggiuntive potranno essere acquisite mediante ricerche *ad hoc* quali ricerche correlate per la definizione di un sistema validato di misura dell'attività fisica, definizione e misura di efficacia

## **Allegato A alla**

### **Dgr n. 2031 del 26.07.2005**

pag. 16/61

di un modello standard di intervento di attività fisica da suggerire per i pazienti neo-diagnosticati prima di consigliare l'inizio della terapia farmacologica.

#### **2.2.8 Popolazione target**

Esiste ormai una copiosa e consolidata bibliografia che documenta come i fattori di rischio sia per il diabete che per le patologie cardiovascolari non si distribuiscono omogeneamente fra la popolazione ma incidono molto più pesantemente sulle classi più svantaggiate socialmente. Questo programma della regione Veneto tenterà di mettere in atto degli interventi selettivamente rivolti a ridurre questa disuguaglianza sanitaria individuando sottopopolazioni svantaggiate sulle quali agire in modo specifico. Naturalmente gli aspetti di informazione e sensibilizzazione saranno rivolte alla popolazione generale.

Va inoltre considerato che, anche se per definizione gli eventi sono più frequenti in soggetti ad alto rischio, la maggior parte degli eventi cardiovascolari in una popolazione avvengono in soggetti a rischio intermedio, che sono molto più numerosi di quelli ad alto rischio. L'identificazione di tali soggetti diviene pertanto prioritaria e, in questo campo, l'attività di screening del MMG è fondamentale.

In considerazione della stratificazione della società, le fasce adulte fra i 20 ed i 30 anni sembrano meno raggiungibili da interventi di popolazione (mobilità dovuta alla scolarità universitaria, minor sensibilità alle tematiche della salute). appare maggiormente affidabile, in un primo momento dedicarsi in generale alla popolazione adulta impiegata in casa e alla popolazione anziana, più sensibile ad attività preventive in ragione della maggior suscettibilità a patologie cronico-degenerative, maggior disposizione di tempo libero.

Secondo il presente progetto è opportuno rivolgerci ad una popolazione compresa tra i 35-60 anni in quanto popolazione che difficilmente si rivolge ai MMG e comunque a strutture a strutture sanitarie.

#### **2.2.9 Formazione e comunicazione ai partecipanti**

La formazione e la comunicazione identificano due target distinti: gli operatori sanitari coinvolti e gli assistiti. Per gli operatori sanitari (personale dei Dipartimenti di Prevenzione,

## **Allegato A alla**

### **Dgr n. 2031 del 26.07.2005**

pag. 17/61

personale di altri servizi dell'azienda sanitaria, medici di medicina generale) il focus formativo è orientato alla acquisizione delle pratiche efficaci e alla loro corretta applicazione, mediante incontri formativi specifici; per gli assistiti la formazione è indirizzata a target specifici, prevalentemente mediante counselling e volta ad acquisire capacità pratiche che vanno dalla adozione di stili di vita preventivi in relazione alle patologie cardiovascolari e al diabete, alla corretta compliance farmacologica.

Anche gli aspetti comunicativi sono differenziati tra operatori sanitari e assistiti. Per i sanitari l'azione comunicativa fondamentale è il ritorno informativo in merito all'andamento del programma in corso ed ai risultati in termini di processo e di esito. Per gli assistiti la comunicazione ha il ruolo di aumentare l'informazione ed il grado di consapevolezza dei rischi per patologia cardiocircolatoria e diabete e gli aspetti relativi all'organizzazione assistenziale in atto sul tema.

Quali strumenti di comunicazione, oltre agli strumenti tipici di marketing sociale, sarà implementato un sito web dedicato con due livelli di accesso, per operatori (riservato) e per popolazione generale.

#### **2.2.10 Prodotti attesi**

Saranno prodotte linee guida organizzative e tecnico-scientifiche, sarà attivato un sistema di monitoraggio e sorveglianza con ampia diffusione dei dati raccolti, saranno infine prodotti materiali informativi per la popolazione generale e target specifici.

In termini organizzativi vi sarà il coinvolgimento nel triennio di tutti i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie del Veneto e di almeno il 50% dei MMG (3 Az. ULSS e almeno il 10% dei MMG di tali ULSS nel primo anno).

#### **2.2.11 Monitoraggio del progetto**

Come detto, il "Monitoraggio e valutazione degli interventi di prevenzione" (obiettivo **2.2.8**) sarà prevalentemente basato sull'applicazione locale del progetto "Passi" del Ministero della Salute, che dovrebbe essere svolto dai dipartimenti di prevenzione diviene lo strumento ideale per il monitoraggio dell'impatto di tale strategia preventiva sulla popolazione generale. Alcune informazioni aggiuntive potranno essere acquisite mediante ricerche *ad hoc* quali ricerche correlate

## **Allegato A alla**

### **Dgr n. 2031 del 26.07.2005**

pag. 18/61

per la definizione di un sistema validato di misura dell'attività fisica, definizione e misura di efficacia di un modello standard di intervento di attività fisica da suggerire per i pazienti neo-diagnosticati prima di consigliare l'inizio della terapia farmacologica.

#### **2.2.12 Modalità di coordinamento del progetto** (presso la Regione)

Si distingue tra il team operativo che assume il **coordinamento tecnico-scientifico** dal **team operativo locale** che provvede all'attuazione locale delle attività. Inoltre sono previsti **gruppi di lavoro specifici** per ogni obiettivo del presente programma.

Il **coordinamento tecnico-scientifico**, attivato con Decreto dalla Direzione Regionale per la Prevenzione, mette assieme le competenze dei Dipartimenti di Prevenzione e dell'assistenza primaria erogata dai MMG, il Sistema Epidemiologico Regionale, i responsabili della pianificazione regionale di settore (Piano Triennale SISP) ed i funzionari regionali del Servizio Sanità Pubblica. Altri contributi necessari allo sviluppo del programma saranno possibili con incarico specifico (Università, Associazioni di Volontariato, clinici, farmacologi, nutrizionisti, ecc.) Il direttore scientifico del programma curerà le interconnessioni con le direzioni regionali relative all'assistenza ospedaliera e territoriale.

Il **team locale** potrà avere un adattamento nella composizione sulla base delle peculiarità di ogni singola ULSS. E' prevista sempre la presenza di un dirigente del Dipartimento di Prevenzione e di un MMG.

#### **2.2.13 Tempi per la realizzazione**

Il cronogramma di lavoro può essere riassunto nei seguenti punti:

- a. decreto della Direzione Regionale per la Prevenzione di nomina del coordinamento tecnico scientifico
- b. riunioni con i rappresentanti di tutti gli stakeholders per la condivisione del programma di dettaglio;
- c. istituzione dei gruppi di lavoro specifici;
- d. scelta delle Az. ULSS pilota

## **Allegato A alla**

**Dgr n. 2031 del 26.07.2005**

pag. 19/61

- e.** contemporanea contrattazione di categoria per inserimento nei patti aziendali delle attività previste;
- f.** analisi epidemiologica, progettazione interventi di mkt sociale, strategie di prevenzione primaria e definizione linee guida e protocolli (operativi e clinici)
- g.** formazione operatori (ULSS capofila)
- h.** avvio del programma con riunioni fra i Dipartimenti di Prevenzione delle Az. ULSS e MMG per stabilire calendari di attività (ULSS capofila)
- i.** distribuzione informazioni agli uffici URP, Dipartimenti di Prevenzione e altri servizi interessati delle Az. ULSS capofila
- l.** distribuzione libretti ai MMG (ULSS capofila)
- m.** invio lettere agli utenti con informazioni su inizio attività, gestito da dipartimenti di prevenzione
- n.** inizio attività di routine
- o.** verifica attività al 3° mese e poi ad intervalli regolari di 6 mesi
- p.** monitoraggio esterno veicolato da progetto passi (tempi da stabilire)
- q.** miglioramenti organizzativi e di performance sulla base della verifica e monitoraggio dell'attività a 4 mesi dall'avvio del programma (tempi da stabilire)
- r.** estensione del programma a livello regionale, con modalità similari, dopo 5 mesi dall'avvio del programma (dopo il primo monitoraggio).

