

Allegato alla deliberazione della Giunta regionale n. 4653 del 30/12/2005



**Regione Autonoma Valle d'Aosta**  
**Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali**

# **Piano regionale delle attività di Prevenzione 2006-2008**

(di cui all'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, art. 4 comma 1, lett.e)

## INDICE

	Pag.
Premessa	
Le priorità 2006-2008	
Il monitoraggio e la valutazione degli interventi	
La commissione di coordinamento del Piano	
<b>PROGRAMMA PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOCEREBROVASCOLARI</b>	
<i>PROGETTO PRATO: LA PREVENZIONE PRIMARIA DEGLI ACCIDENTI CARDIOCEREBROVASCOLARI</i>	
<i>PROGETTO DI DIFFUSIONE DELL'USO DELLE CARTE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE</i>	
<b>PROGRAMMA SCREENING ONCOLOGICI</b>	
<i>PROGETTO DI ATTIVAZIONE DELLO SCREENING REGIONALE DEL CARCINOMA COLORETTALE</i>	
<i>PROGETTO PER L'IMPLEMENTAZIONE DEGLI SCREENING DEI TUMORI FEMMINILI: PAP-TEST E MAMMOGRAFIA</i>	
<b>PROGRAMMA PER LA PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE DEL DIABETE</b>	
<b>PROGRAMMA DI AGGIORNAMENTO DEL PIANO REGIONALE VACCINI</b>	
<i>PROGETTO DI UN SISTEMA DI SEGNALAZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE SU WEB (SIMIWEB)</i>	
<b>PROGRAMMA PER LA SORVEGLIANZA E LA PREVENZIONE DELL'OBESITÀ INFANTILE</b>	
<b>PROGRAMMA PER LA SORVEGLIANZA E LA PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI NEI LUOGHI DI LAVORO</b>	
<b>PROGRAMMA PER LA SORVEGLIANZA E LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI</b>	

## PREMESSA

La tematica della salute è sempre stata al centro delle riflessioni dell'uomo, interessando direttamente la vita dell'individuo. Ricercando nelle epoche precedenti le varie definizioni di salute, è impossibile trovare questo concetto separato dal suo alter ego: la malattia. Salute e malattia si sono sviluppati e modificati nel corso del tempo, da un lato seguendo i progressi della medicina, dall'altro variando in funzione dei caratteri sociali, economici e culturali di ciascuna comunità.

Mentre il concetto di malattia si determinava come uno specifico stato di malessere individuale, quello di salute, invece, si configurava più sfuggente, in quanto stato di generale benessere individuale, quasi sempre considerato solo negativamente, quale assenza di malattia.

L'O.M.S. nel 1946 ha evidenziato in pieno la rottura con le vecchie concezioni in cui la salute era concepita come semplice mancanza di malattia, definendola invece come "uno stato di completo benessere psichico, fisico e sociale".

La salute, dunque, è il risultato dell'interazione uomo-ambiente, in cui l'ambiente costituisce l'ambito principale che influenza la qualità della vita. La vita "normale" di un individuo non può essere infatti considerata uno stato, cioè una posizione statica, né un equilibrio dinamico, quanto piuttosto un susseguirsi di cambiamenti incessanti derivanti da condizioni di perenne squilibrio e di continuo adattamento alle mutazioni dell'ambiente fisico e socio-culturale, comprendendo in questo anche l'insieme delle relazioni contestuali in cui il soggetto vive.

La stessa salute mentale non è uno stato di assenza di conflittualità e tensioni, bensì la capacità di gestire i conflitti esterni ed interni.

La salute, collocata in questa prospettiva, si dispiega all'interno di un sistema in cui diverse variabili che si trovano in equilibrio manifestano effetti sulle componenti biologiche, psicologiche e sociali dell'individuo. Le variabili implicate nel definire la salute dell'uomo sono di natura biologica, ecologica, antropologica, sociale, religiosa.

Si devono tuttavia annoverare, tra le altre, anche variabili di ordine diverso, come ad esempio, le abitudini, lo stile di vita, ecc.. ritenute importanti nell'influenzare in modo determinante le cause principali di morbilità e di morte nei paesi industrializzati.

## LA PREVENZIONE

Negli ultimi anni l'interesse verso il tema della prevenzione si è sviluppato a tal punto da rendere quest'argomento "alla portata di tutti". Gli esempi da fare sono molti: basta parlare di

un evento dannoso disturbante per la comunità e sorge spontaneo l'auspicio che si arrivi, al più presto, ad una prevenzione (prevenire il diffondersi della criminalità organizzata, degli incidenti stradali, dell'AIDS, e così via). Tuttavia non si può sempre parlare di prevenzione in termini così semplicistici, anche perché questo concetto è tutt'altro che semplice da definire.

Prevenire significa agire prima, impedire che la patologia si sviluppi; la prevenzione non riguarda solo un'azione incentrata solo su agenti patogeni specifici, ma si allarga fino a coinvolgere gli aspetti comportamentali del singolo individuo (connessi all'azione educativa), ed inoltre aspetti più ampi di tipo sociale, economico e culturale (promozione).

Essa si fonda sul principio dell'evitabilità di ogni malattia e dell'evoluzione dei fattori di rischio, si rivolge a tutti coloro che possono ammalarsi, ponendosi tra l'individuo e il suo ambiente, prima dell'instaurarsi dell'evento patologico, in quanto considerato, uno strumento capace di risolvere il problema a monte, quindi prima che i diversi fenomeni prendano il sopravvento sull'individuo.

Ma non vi può essere prevenzione se non si programmano interventi specifici che mirano ad una azione educativa che modifichi consapevolmente e durevolmente atteggiamenti e comportamenti della popolazione, dove l'individuo giochi un ruolo attivo di attore sociale nel proprio essere all'interno di quel sistema. Quindi l'obiettivo primario che si pone un'attività preventiva sta nell'agire sullo spazio vitale del soggetto, il che non implica solo l'ambiente familiare, ma comprende tutti quei sistemi con i quali la persona entra in contatto quali, ad esempio, la scuola, il lavoro, gli amici, ecc...il contesto di riferimento.

### **LE PRIORITÀ 2006-2008**

In considerazione dello sviluppo che la Prevenzione ha avuto negli ultimi anni, l'attenzione per il triennio 2006-2008 sarà focalizzata prioritariamente su attività preventive quali vaccinazioni, la profilassi delle malattie infettive, gli screening oncologici (citologico, mammografico, coloretale), il controllo dei fattori di rischio ambientali, la modifica degli stili di vita nocivi. Su alcuni di essi sono in corso iniziative regionali di respiro pluriennale da proseguire ed implementare, per altri invece si intende dare avvio nel triennio a nuovi programmi in relazione al documento "Prevenzione attiva" ed al "Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007" del Ministero della Salute.

Nello specifico i seguenti temi saranno affrontati in modo coordinato tra i singoli programmi e progetti:

- la prevenzione della patologia cardiocerebrovascolare;
- il controllo delle complicanze del diabete;

- gli screening oncologici;
- prosecuzione dell'attività vaccinale nel rispetto dei piani vaccinali e delle indicazioni nazionali;
- la prevenzione dell'obesità con particolare riguardo all'obesità infantile;
- la prevenzione degli infortuni, ivi compresi quelli domestici.

I programmi ed i progetti saranno elaborati seguendo le evidenze di efficacia ed i modelli di buona pratica disponibili, secondo le indicazioni della Evidence Based Health Promotion; verranno individuati ed applicati appropriati strumenti di indirizzo, monitoraggio, valutazione e documentazione dell'efficacia pratica della loro realizzazione.

È favorita dalla Regione Valle d'Aosta la progettazione di interventi di Prevenzione a livello locale e con particolare riferimento ai temi relativi ai comportamenti ed agli stili di vita, in modo che siano attivati nei contesti dove i cittadini valdostani possono essere più facilmente raggiunti: dove vivono e svolgono le attività quotidiane, nelle scuole, nei luoghi di lavoro, nei luoghi ove trascorrono il proprio tempo libero o nelle strutture di servizio sanitario ed in genere di aggregazione sociale. Le azioni di Prevenzione saranno diffuse attraverso strumenti/metodi diversi e idonei a raggiungere:

- popolazione in generale;
- target specifici di popolazione identificata per fasce di età e/o bisogni;
- comunità e contesti specifici;
- servizio sanitario;
- scuola;
- luoghi di lavoro;
- volontariato e associazionismo.

#### **IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI**

La valutazione degli interventi di Prevenzione è un'azione complessa ed articolata, condizionata dai fenomeni comportamentali, sociali e politici, che s'intendono misurare e dal tempo necessario per la loro comparsa, modificazione e consolidamento.

Sia a livello nazionale che regionale è in corso un processo volto a sostenere e ad approfondire il tema dell'appropriatezza e dell'efficacia in sanità pubblica. Il concetto di una prevenzione basata su azioni efficaci è evoluto e caratterizza oggi linee guida organizzative nazionali e regionali, direttive, leggi ed offerte formative, ma lo scenario nazionale è ancora molto disomogeneo e trova origini nel più ampio problema delle disparità socio-economiche

regionali che produce, sia rispetto alle differenti offerte assistenziali e di tutela dei soggetti deboli, sia nei confronti di un differente rispetto delle regole di garanzia e di copertura dei livelli minimi di assistenza.

Poiché fortemente segnata dalla posizione sociale, l'attività preventiva, oltre che di dimostrata efficacia, deve essere interpretata in termini d'equità, piattaforma etica del sistema sanitario pubblico, oltre che valido strumento di programmazione. L'equità può essere rappresentata come uguale accesso alle cure a parità di bisogno, uguale utilizzazione dei servizi a parità di bisogno ed uguale qualità del servizio per tutti. La Relazione sanitaria e sociale 2001 ha documentato come anche in Valle d'Aosta le disuguaglianze sociali, individuali e collettive, influiscono sia sullo stato di salute sia sull'accesso ai servizi.

La valutazione dei risultati è quindi fortemente condizionata dai seguenti aspetti:

- valutazione iniziale del contesto sociale in cui si intende intervenire;
- disponibilità al cambiamento dei vari soggetti presenti ed attivi nel contesto;
- priorità percepite dai soggetti e indicate dai dati sanitari e sociali;
- disponibilità di soluzioni basate su prove di efficacia o perlomeno su esempi convincenti di buona pratica;
- qualità della progettazione;
- predisposizione delle competenze professionali e delle infrastrutture organizzative capaci di sostenere la realizzazione degli interventi e dall'esistenza di un piano di valutazione, dotato di strumenti, metodi e competenze, capace di scandagliare e misurare i diversi risultati che compaiono con lo scorrere del tempo (risultati a breve, medio e lungo termine).

L'attività di prevenzione deve inoltre rapportarsi ad un ulteriore elemento che è quello della sostenibilità economica e finanziaria. Il costo medio nazionale per la prevenzione è pari al 4,32 % della spesa complessivamente sostenuta per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, e corrisponde ad una spesa pro-capite di 115.176 euro (2001). In Valle d'Aosta la spesa sostenuta per questo livello di assistenza è pari al 6,03 %, e corrisponde ad un investimento pro-capite di 187.633 euro (2001). Anche se un maggiore investimento economico è un elemento necessario, esso non è peraltro sufficiente a garantire più salute alla popolazione verso la quale è orientato. La conoscenza di quanta "salute aggiuntiva" o di quante "malattie o morti evitate" la Valle d'Aosta può attribuire alle risorse investite è necessaria per scelte trasparenti e responsabili in un contesto a risorse finanziarie limitate, che impone di operare secondo una logica programmatica fondata sui concetti di priorità,

efficacia, efficienza produttiva ed allocativa e in cui ogni conflitto di interesse tra parti deve essere risolto in funzione del beneficio alla persona.

Gli elementi di valutazione contenuti nei diversi progetti del piano regionale sono espressi in termini di indicatori e standard di risultato relativi agli aspetti di output e di impatto, intendendo con il termine output l'esito finale dell'azione in termini di prodotti misurabili e con impatto le modificazioni di atteggiamenti e comportamenti da parte degli individui e delle organizzazioni, e quindi di diminuzione di fattori di rischio e aumento di fattori protettivi.

Questi elementi – in presenza di consistenti evidenze del legame causale – possono essere considerati ragionevoli indicatori dei risultati di salute (cioè sanitari e sociali).

Gli outcome di salute propriamente detti (riduzione di morbosità e/o mortalità generale e specifica, miglioramento della qualità della vita, ecc.), anche quando indicati come obiettivi strategici, non sono in questa sede presi in esame come concreti indicatori di valutazione in quanto le loro variazioni non sarebbero apprezzabili nel breve periodo, e quindi nell'intervallo triennale considerato dal piano.

#### **LA COMMISSIONE DI COORDINAMENTO DEL PIANO**

L'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali, come soggetto istituzionale di garanzia delle iniziative rivolte alla popolazione regionale con promessa di miglioramento dello stato di salute e di riduzione delle cause di morte e degli stadi gravi di malattia, istituisce la Commissione per il coordinamento, la revisione e la valutazione delle attività di prevenzione, di seguito denominata semplicemente Commissione.

Obiettivi della Commissione rispetto al presente piano ed a tutte le iniziative di prevenzione messe in atto sul territorio regionale, sono quelli riferiti a:

- la conoscenza;
- il coordinamento ;
- la valutazione rispetto ai processi e agli esiti della prevenzione.

La Commissione è composta da:

- l'Assessore alla Sanità, Salute e Politiche sociali, nel ruolo di Presidente;
- il Direttore della Direzione Salute dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali;
- il Dirigente del Servizio Dipendenze Patologiche, Salute mentale e Promozione della salute dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali;
- il Direttore Sanitario dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta;
- il Direttore dell'Area territoriale dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta;

- il Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell’Azienda U.S.L. della Valle d’Aosta;
- un rappresentante del Collegio di Direzione dell’Azienda U.S.L. della Valle d’Aosta;
- da un dipendente di categoria C (posizione C2) dell’Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali, nel ruolo di segretario.

In base alle competenze e al valore della proposta, la Commissione può altresì avvalersi del contributo professionale di tecnici o di uno o più esperti della materia, designati dalla Giunta regionale.



## PROGRAMMA PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOCEREBROVASCOLARI

### DIRETTORE SCIENTIFICO DEL PROGRAMMA

Nome e Cognome Edo BOTTACCHI  
Qualifica Direttore Struttura Complessa di Neurologia  
Sede Ospedale regionale dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta  
tel. 0165/543610 e-mail [bottacchi.edo@uslaosta.com](mailto:bottacchi.edo@uslaosta.com) fax: 0165/543264

### REFERENTI AZIENDA U.S.L. DELLA VALLE D'AOSTA DEL PROGRAMMA

Nome e Cognome Clemente PONZETTI  
Qualifica Direttore Sanitario Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta  
Sede Via Guido Rey, 1 11100 AOSTA  
tel. 0165/544511 e-mail [ponzetti.clemente@uslaosta.com](mailto:ponzetti.clemente@uslaosta.com) fax: 0165/544493

Nome e Cognome Carlo POTI  
Qualifica Direttore Area Territoriale Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta  
Sede Via Guido Rey, 1 11100 AOSTA  
tel. 0165/544457 e-mail [poti.carlo@uslaosta.com](mailto:poti.carlo@uslaosta.com) fax: 0165/31303

### INTRODUZIONE

#### Aspetti regionali del progetto

Nei paesi industrializzati l'ictus rappresenta uno dei principali problemi sanitari rappresentando la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie essendo responsabile del 10-12% di tutti i decessi per anno.

Nel mondo le malattie cerebrovascolari rappresentavano nel 1990 la sesta causa di morte, ma secondo una autorevole fonte, nel 2020 saranno la quarta.

La Valle d'Aosta, con i suoi 3 studi di incidenza dell'ictus condotti nel 1989, 1996 e 2004 dalla Neurologia dell'Ospedale Regionale, rappresenta un punto di riferimento epidemiologico per le malattie cerebrovascolari in Italia.

Dalla media dei nostri dati confrontati con la media di quelli italiani, ogni 100.000 abitanti, abbiamo ogni anno circa 50 nuovi TIA (Transient Ischaemic Attack - attacco ischemico transitorio) e 240 nuovi casi di ictus e 80 casi di recidiva.

Per comprendere ancora l'impatto sociale della malattia bisogna ricordare che di tutti gli ictus, una percentuale variabile compresa tra il 20 e il 30% decede entro il primo mese e il 30 %

entro l'anno. Solo il 50% dei pazienti colpiti da ictus è completamente indipendente ad un anno.

Per quanto riguarda l'eziologia dell'ictus gli studi italiani confermano che nel 80% circa dei casi l'ictus è di natura ischemica mentre le emorragie rappresentano il 15-20%.

Tra i principali fattori di rischio troviamo l'ipertensione, il diabete, l'ipercolesterolemia e il fumo.

Anche le ischemie del miocardio hanno un analogo impatto sociosanitario e trovano momenti di analogia per quanto riguarda i fattori di rischio che risultano essere gli stessi anche se talvolta con pesi diversi.

Prevenire l'ictus e l'ischemia del miocardio significa controllare gli stessi fattori di rischio.

### Finalità

Il progetto, attraverso l'applicazione della carta del Rischio Cuore a tutti i pazienti dimessi con diagnosi di Ictus Cerebrale, TIA (Transient Ischaemic Attack - attacco ischemico transitorio) o IMA si prefigge di quantificare il rischio vascolare dei pazienti stessi.

I Reparti Ospedalieri implicati nel progetto sono le strutture Complesse di Neurologia, Geriatria e Cardiologia dell'Ospedale Regionale di Aosta.

Obiettivo quindi quello di fornire ad ogni paziente dimesso dall'Ospedale una Carta denominata Cuore-Cervello contenente il suo profilo di rischio CardioCerebroVascolare.

Questo al fine di mettere in atto a domicilio, nei pazienti con alto rischio ( maggiore del 20% con la Carta del rischio) un programma di stretto monitoraggio dei fattori di rischio con l'intervento del MMG (Medici Medicina Generale) che preveda da parte degli stessi la riapplicazione della Carta del rischio a 6 mesi dalla dimissione.

Questo programma ha quindi lo scopo di prevenire le recidive di cerebrocardiopatìa, sensibilizzare i MMG sulla prevenzione e portare ad un'integrazione tra il lavoro dei medici ospedalieri e quelli di MMG.

### Piano operativo

La Valle d'Aosta è divisa dal punto di vista sanitario in 4 Distretti, vi è un unico Ospedale nel quale operano le Strutture Complesse di Neurologia e Cardiologia.

Questa situazione organizzativa facilita l'applicazione del progetto in termini formazione, coordinamento e monitoraggio del progetto.

I MMG e Medici Ospedalieri verranno formati nei primi mesi del progetto per acquisire la metodologia di somministrazione della Carta del Rischio Cuore e nello stesso tempo acquisire le più recenti informazioni relative ai fattori di rischio vascolare e al loro controllo attraverso la terapia farmacologica e la correzione degli stili di vita.

Tutti i pazienti dimessi dall'Ospedale Regionale con diagnosi di Ictus, TIA o IMA (DRG 14, 15, 121 e 122 ) verranno forniti di una Scheda di dimissione aggiuntiva chiamata "Carta Cuore-Cervello" indirizzata al proprio MMG contenente oltre ai riferimenti del Reparto dimettente, le seguenti informazioni sul paziente:

- il rischio di malattia cardiocircolatoria espresso in percentuale;
- l'elenco dei fattori di rischio modificabili;
- le indicazioni sugli stili di vita da mettere in atto;
- le indicazioni sulla terapia farmacologica per ridurre il rischio di recidiva e controllare quindi i fattori di rischio;
- la data dei controlli ospedalieri previsti
- la data entro la quale il MMG dovrà riapplicare la Carta del Rischio e comunicare al Centro di Riferimento ( Struttura Complessa che ha dimesso) il valore riscontrato.

#### Obiettivi:

- diffondere il concetto di Rischio CardioCerebroVascolare (CCV);
- sostenere la formazione ECM per i partecipanti al progetto;
- misurare la capacità di incidere sui fattori di rischio vascolari.

#### Monitoraggio del progetto e modalità di coordinamento

È costituito un gruppo di lavoro denominato "Comitato tecnico scientifico del programma" costituito da:

- Direttore Scientifico del programma
- Referenti dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta del programma
- Direttori delle Strutture Complesse partecipanti
- Rappresentante dei MMG
- Referenti regionali del programma

Il Comitato tecnico scientifico del programma avrà la funzione di coordinare le diverse fasi del progetto e di verificare l'andamento dello studio mediante riunioni periodiche nel corso delle quali verranno acquisiti gli atti relativi al progetto (avvenuta formazione ECM, numero dimissioni con Carta Cuore-Cervello, numero Pazienti controllati dai MMG, aderenza al progetto in termini di Cronoprogramma).

Le riunioni del Comitato tecnico scientifico del programma verranno effettuate di norma ogni 6 mesi dall'inizio del progetto.

Verrà steso al termine di ogni riunione un verbale contenente una valutazione dello stato dei lavori da trasmettersi all'Assessore alla Sanità, Salute e Politiche sociali e al Direttore Generale dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.

### Cronoprogramma

ATTIVITÀ	INIZIO	FINE	VINCOLI	CRITICITÀ	PIETRE MILIARI
Pianificazione	01.01.2006	01.03.2006			
Accordo con i MMG	01.01.2006	01.03.2006	Disponibilità Azienda e MMG		Stipula accordo
Accordo con i Reparti Ospedalieri	01.01.2006	01.03.2006	Disponibilità Azienda e Medici		Stipula accordo
Organizzazione Corso formazione ECM	01.03.2006	01.05.2006	Struttura del corso dal CCM	Docenti	Iscrizioni al Corso
Svolgimento Corso	01.05.2006	01.06.2006			
Dimissione Ospedaliera con Carta Cuore-Cervello	01.06.2006	31.12.2008		Continuità nella compilazione Carta	
Follow-up dei MMG	31.12.2006	31.12.2008		Trasmissione dati	Compilazione Carta Cuore
Documento Finale	31.12.2008	01.06.2009			Documento

**DIRETTORE SCIENTIFICO DEL PROGRAMMA**

Nome e Cognome Edo BOTTACCHI  
Qualifica Direttore Struttura Complessa di Neurologia  
Sede Ospedale regionale dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta  
tel. 0165/543610 e-mail [bottacchi.edo@uslaosta.com](mailto:bottacchi.edo@uslaosta.com) fax: 0165/543264

**REFERENTI AZIENDA U.S.L. DELLA VALLE D'AOSTA DEL PROGRAMMA**

Nome e Cognome Clemente PONZETTI  
Qualifica Direttore Sanitario Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta  
Sede Via Guido Rey, 1 11100 AOSTA  
tel. 0165/544511 e-mail [ponzetti.clemente@uslaosta.com](mailto:ponzetti.clemente@uslaosta.com) fax: 0165/544493

Nome e Cognome Carlo POTI  
Qualifica Direttore Area Territoriale Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta  
Sede Via Guido Rey, 1 11100 AOSTA  
0165/544457 e-mail [poti.carlo@uslaosta.com](mailto:poti.carlo@uslaosta.com) fax: 0165/31303

Nome e Cognome Leonardo IANNIZZI  
Qualifica Direttore del Distretto n° 3 di Châtillon  
Sede Via Chanoux, 119 Châtillon AO  
tel. 0166-501011 e-mail [iannizzi.leonardo@uslaosta.com](mailto:iannizzi.leonardo@uslaosta.com) fax: 0166/501084

**INTRODUZIONE**

Aspetti regionali del progetto

In Valle d'Aosta esiste da anni uno Stroke Registry (Registro dell'Ictus) di popolazione che consente di misurare prevalenza ed incidenza dell'ictus, patologia che sappiamo essere fra le principali cause di mortalità, disabilità e ricoveri ospedalieri soprattutto negli anziani.

Analogamente tramite il sistema di codifica dei DRG ospedalieri è possibile risalire all'incidenza ospedaliera delle malattie ischemiche cardiache.

Il fatto di avere un unico Ospedale regionale permette una raccolta di questi dati in modo coerente ed esaustivo.

Poiché sono noti i principali fattori di rischio per l'ictus cerebrale e l'infarto miocardio, se fosse possibile identificare nella popolazione generale i soggetti ad alto rischio, sarebbe possibile intervenire prima dell'esordio della malattia CardioCerebroVascolare con strategie mirate di prevenzione.

Nel corso del 2004 nel Distretto Sanitario n° 1 di Morgex è stato applicato un progetto di prevenzione primaria denominato PrATO ( Progetto Assistenza Territorio Ospedale) allo scopo di identificare i residenti portatori di rischio cerebrovascolare e cardiovascolare.

La Carta del Rischio Cerebrovascolare (CRC) così come proposto dalle linee guida SPREAD (Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion) è uno strumento rapido e di facile applicazione.

La CRC, in quel progetto, era stata somministrata dai MMG a 1.147 persone di età compresa tra i 60 e 70 anni di età (47,40% dei probandi hanno aderito) permettendo di identificare 519 (45,2%) persone con punteggio maggiore di 1.000 ritenuto da studi precedenti una soglia significativa per alto rischio cerebrovascolare.

I portatori di alto rischio così identificati sono stati sottoposti ad uno screening di II° livello (visita medica vascolare, esami ematici, ECG, ecodoppler vasi collo).

I MMG hanno quindi ricevuto gli esiti della visita di II° livello attraverso una “Cartella Clinica” redatta per ogni paziente e contenente tutti i risultati degli accertamenti eseguiti con le indicazioni al fine di mettere in atto un programma di prevenzione (terapia farmacologica, stile di vita, approfondimenti diagnostici ecc).

Su tutti questi pazienti selezionati era stata somministrata inoltre la carta di “Rischio Cardiovascolare” secondo Framingham permettendo così di aggiungere una valutazione percentuale del rischio per Malattie Cardiache.

I principali fattori di rischio presenti nella popolazione in esame sono risultati: ipertensione (60% dei casi), dislipidemia (42%) fumo (20%) e diabete (9%).

Solo il 31% dei 423 pazienti è risultato avere la Pressione Arteriosa controllata (< 140/90).

A fronte di 48 pazienti che erano a conoscenza di essere diabetici 97 sono risultati avere la glicemia alterata.

Per quanto riguarda il colesterolo totale 113 pazienti ne avevano un valore superiore a 250 mg, inoltre il 29% dei pazienti con colesterolo elevato non sapeva di averlo.

Per quanto riguarda l'obesità 94 pazienti avevano un BMI superiore.

Gli ecodoppler vasi del collo patologici sono risultati 99 e 4 pazienti sono stati operati di endoarterectomia carotidea.

Dei pazienti così selezionati è in corso un follow-up clinico-anamnestico con il rilievo degli eventi cerebro-cardio-vascolari fatali e non fatali utilizzando lo Stroke Registry Regionale, il sistema DRG Ospedaliero e i dati ISTAT di causa di morte.

Il follow-up si concluderà nel 2009.

## Finalità generali

Questa premessa Regionale alle finalità e obiettivi del progetto si è resa necessaria per dare un senso al progetto che di seguito viene presentato nell'ambito del programma Regionale di prevenzione delle malattie cardiocerebrovascolari.

L'obiettivo del progetto è quello di diffondere il concetto di misura del rischio vascolare attraverso la CRC e la Carta del Rischio Cuore tra i medici di MMG e Medici Ospedalieri (MO) e di mettere in atto uno screening di prevenzione primaria per le malattie vascolari.

Altro importante obiettivo è quello di favorire l'interazione tra Territorio-Ospedale e quindi tra MMG e Medici Ospedalieri affiancandoli in un programma di lavoro.

Di fatto si propone di ripresentare il progetto PrATO, già effettuato nel Distretto n° 1, in un nuovo Distretto: quello n° 3 di Châtillon.

Elementi innovativi rispetto al precedente progetto sono il piano formativo ECM per i MMG e i Medici Ospedalieri che porterà alla certificazione all'utilizzo delle 2 Carte del Rischio e all'approfondimento delle problematiche relative alla prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiocerebrovascolari (CCV).

## Piano operativo

Partecipano al progetto le Strutture Complesse di Neurologia, Chirurgia Vascolare e MCUA dell'Ospedale Regionale che già hanno partecipato al progetto precedente e i 13 MMG attualmente operanti nel Distretto n° 3.

Il progetto PrATO verrà effettuato nel Distretto n° 3 di Châtillon., che conta 16.520 residenti, la fascia d'età compresa tra i 60-70 anni è rappresentata da 19.79 persone, di questi il 18% è residente in comuni considerati "deprivati" dove, per le malattie dell'apparato circolatorio, risulta un rischio di morte maggiore del 17% rispetto alla media regionale. (Fonte: OREPS su dati ISTAT 2002).

Le variabili che compongono l'indice di "deprivazione" sono:

- percentuale di abitazioni senza bagno interno;
- percentuale di abitazioni in case d'affitto;
- percentuale di popolazione attiva disoccupata o in cerca di prima occupazione;
- densità abitativa (numero di occupanti per stanza);
- percentuale di popolazione senza titolo di studio o con licenza elementare;
- percentuale di famiglie mono-parentali con figli dipendenti conviventi.

Si è deciso di intervenire in questa fascia della popolazione in quanto i dati della letteratura indicano essere quella con un'alta incidenza di fattori di rischio in età in cui è ancora possibile instaurare con efficacia un progetto di prevenzione primaria.

I MMG e i Medici Ospedalieri verranno formati nei primi mesi del progetto mediante un corso Formativo ECM al secondo le modalità previste dal CCM fine di acquisire la metodologia di somministrazione della Carta del Rischio Cerebrovascolare e la Carta del Rischio Cuore e nello stesso tempo acquisire le più recenti informazioni relative ai fattori di rischio vascolare e al loro controllo attraverso la terapia farmacologica e la correzione degli stili di vita.

Inizierà quindi la seconda fase mirata ad identificare i pazienti a rischio per malattia CCV.

I probandi verranno informati per lettera e a mezzo stampa del progetto e invitati a presentarsi dal proprio MMG per essere sottoposti al calcolo del rischio.

I pazienti con CRC > di 1000 punti verranno selezionati per essere sottoposti allo screening denominato di "2° livello" attuato dai Medici Ospedalieri e consistente in :

- visita generale (con particolare attenzione agli aspetti vascolari);
- esami ematochimici mirati con particolare attinenza a quelli considerati fattori di rischio vascolare;
- ECG;
- Ecocolordoppler dei vasi del collo.

Ottenuti i risultati degli esami ematochimici il Medico Ospedaliero che ha visitato il paziente compila una "Cartella Clinica" (CC) per ogni paziente contenente tutti i risultati degli accertamenti eseguiti con le indicazioni necessarie a mettere in atto un programma di prevenzione primaria della malattia CCV (terapia farmacologica, stile di vita, approfondimenti diagnostici ecc).

Elemento importante della CC inoltre sarà il calcolo percentuale del "Rischio Cardiovascolare" ottenuto con la Carta del Rischio Cuore. Per coloro che presenteranno un rischio computato => al 20% alla Carta di Rischio Cuore verrà attivata una procedura che porterà all'invio presso l'ambulatorio di Prevenzione Cardiovascolare dell'U.B di Cardiologia per integrare lo screening di II° livello con le procedure cardiologiche diagnostiche e terapeutiche del caso mantenendo comunque in ogni caso anche per questi Pazienti l'iter successivo con i MMG.

A distanza di 12-18 mesi i MMG somministreranno di nuovo le due Carte del Rischio (CRC e CR Cuore) al fine di misurare l'efficacia del nostro intervento di prevenzione misurata in



termini di riduzione, rispettivamente numerico e percentuale del rischio CardioCerebroVascolare.

Disponendo inoltre dei dati di incidenza, relativi agli anni precedenti il Progetto PrATO, delle malattie CCV del Distretto n° 3 (Registro Regionale dello Stroke, DRG per IMA e mortalità ISTAT ) saremo in grado di valutare l'impatto del programma di prevenzione attraverso il confronto statistico del numero degli eventi fatali e non fatali di malattia cardiocerebrovascolari che si verificheranno nella fascia di popolazione in esame.

#### Monitoraggio del progetto e modalità di coordinamento

È costituito un gruppo di lavoro denominato “Comitato tecnico scientifico del progetto” costituito da:

- Direttore Scientifico del programma
- Referenti dell’Azienda U.S.L. della Valle d’Aosta del programma
- Direttori delle Strutture Complesse partecipanti
- Direttore del Distretto n° 3 Châtillon
- Rappresentante dei MMG
- Referenti regionali del programma

La Giunta avrà la funzione di coordinare le diverse fasi del progetto e di verificare l'andamento dello studio mediante riunioni periodiche nel corso delle quali verranno acquisiti gli atti relativi al progetto (formazione ECM, numero cartelle raccolte, numero visite di screening effettuate, aderenza al progetto in termini di Cronoprogramma).

Le riunioni del Comitato tecnico scientifico del progetto verranno effettuate di norma ogni 6 mesi dall'inizio del progetto.

Verrà steso al termine di ogni riunione un verbale contenente una valutazione dello stato dei lavori da trasmettersi all'Assessore alla Sanità, Salute e Politiche sociali e al Direttore Generale dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.

#### Cronoprogramma

ATTIVITÀ	INIZIO	FINE	VINCOLI	CRITICITÀ	PIETRE MILIARI
Pianificazione	01.01.2006	01.03.2006			

Accordo con i MMG	01.01.2006	01.03.2006	Disponibilità Azienda e MMG		Stipula accordo
Accordo con i Reparti Ospedalieri	01.01.2006	01.03.2006	Disponibilità Azienda e Medici		Stipula accordo
Organizzazione Corso formazione ECM	01.03.2006	01.04.2006	Struttura del corso dal CCM	Docenti	Iscrizioni al Corso
Svolgimento Corso	01.04.2006	01.05.2006			
Screening I° livello	01.05.2006	31.10.2006	Raccolta schede dai MMG		Invio schede
Screening II° livello	01.06.2006	31.12.2006			Compilazione Cartella
Follow-up MMG	31.12.2007	01.07.2008		Continuità	
Documento Finale di Valutazione dei risultati screening I° e II° livello	01.07.2008	31.12.2008			Documento

**DIRETTORE SCIENTIFICO DEL PROGRAMMA**

Nome e Cognome Edo BOTTACCHI  
Qualifica Direttore Struttura Complessa di Neurologia  
Sede Ospedale regionale dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta  
tel. 0165/543610 e-mail [bottacchi.edo@uslaosta.com](mailto:bottacchi.edo@uslaosta.com) fax: 0165/543264

**REFERENTI AZIENDA U.S.L. DELLA VALLE D'AOSTA DEL PROGRAMMA**

Nome e Cognome Clemente PONZETTI  
Qualifica Direttore Sanitario Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta  
Sede Via Guido Rey, 1 11100 AOSTA  
tel. 0165/544511 e-mail [ponzetti.clemente@uslaosta.com](mailto:ponzetti.clemente@uslaosta.com) fax: 0165/544493

Nome e Cognome Carlo POTI  
Qualifica Direttore Area Territoriale Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta  
Sede Via Guido Rey, 1 11100 AOSTA  
0165/544457 e-mail [poti.carlo@uslaosta.com](mailto:poti.carlo@uslaosta.com) fax: 0165/31303

Nome e Cognome Costante AILLON  
Qualifica Cardiologo U.B. di Cardiologia e Cure intensive Cardiologiche  
Sede Ospedale regionale V.le Ginevra, 3 11100 AOSTA  
tel. 0165-543341 e.mail: fax: 0165/543342

**INTRODUZIONE**

Le malattie cardiovascolari in Italia da anni rappresentano uno dei più importanti problemi di sanità pubblica. Nel 2002 in Italia si sono verificati 236.000 decessi per malattie cardiovascolari che rappresentano il 42,5% del totale.

I dati epidemiologici regionali evidenziano come anche in Valle d'Aosta, ed allo stesso modo che in tutti i Paesi occidentali, le malattie cardiovascolari rappresentino la prima causa di morte sia per i maschi che per le femmine; se si considera la sola fascia di età 35-64 anni le Malattie Cardiovascolari rappresentano, in entrambi i sessi, la seconda causa di mortalità, dopo le neoplasie.

Il progredire delle conoscenze di base sui meccanismi patogenetici dell'aterosclerosi coronarica e delle manifestazioni cliniche della cardiopatia ischemica, unitamente allo sviluppo dell'epidemiologia cardiovascolare, ha permesso di individuare condizioni di rischio e determinanti di questa patologia:

- comportamenti legati allo stile di vita: alimentazione ricca di grassi prevalentemente saturi, sale e calorie, eccesso di alcool, inattività fisica, fumo di sigaretta;
- fattori di rischio per le malattie cardiovascolari aterosclerotiche: livelli elevati di pressione arteriosa e di colesterolemia, dislipidemie, diabete mellito, sovrappeso e obesità, indicatori di infiammazione, fattori trombogenici

I fattori di rischio cardiovascolare, quando sono presenti in più di uno, hanno un'azione moltiplicativa nel determinare il rischio di malattia.

La correzione di queste condizioni incide notevolmente sulla riduzione del rischio di malattie cardiovascolari. La modalità più appropriata per identificare le persone a rischio di ammalare è quella realizzata attraverso la valutazione del rischio globale assoluto. Questa procedura, considerando insieme i valori di più fattori di rischio, permette di stimare la possibilità di andare incontro a malattia nel corso degli anni successivi (10 anni). Le linee guida internazionali concordano nel sostenere la rilevanza del calcolo del rischio globale assoluto (in questo contesto individuato come rischio cardiovascolare) di sviluppare un evento cardiovascolare come momento decisionale nell'iniziare una terapia farmacologica e nel guidare l'aggressività del trattamento.

L'uso del rischio globale assoluto rispetta l'eziologia multifattoriale della malattia cardiovascolare, e costituisce un criterio oggettivo e accurato per la valutazione dell'assistito da parte del medico, confrontabile anche con le valutazioni eseguite in tempi successivi.

Le Carte del Rischio Cardiovascolare, stilate nel 2004 dall'ISS con la collaborazione dell'ANMCO sulla base di studi epidemiologici su popolazioni italiane, rappresentano uno strumento di primaria importanza nella valutazione del rischio cardiovascolare personale per ogni soggetto nell'ambito della Prevenzione Primaria.

### Contesto regionale

Dal mese di luglio 2002 è attivo presso l'U.B. di Cardiologia e Cure Intensive Cardiologiche l'Ambulatorio di Cardiologia Preventiva, parte della nascente Rete degli Ambulatori di Prevenzione Cardiovascolare in Italia, coordinata dall'ANMCO.

Nell'ambito di questo Ambulatorio vengono seguiti:

► in ambito di Prevenzione Primaria: soggetti portatori di molteplici Fattori di Rischio (FdR) ed indenni da eventi cardiovascolari. In questi soggetti viene svolta un'accurata valutazione dei FdR al termine della quale viene applicata la Carta del Rischio e viene ricavato il Punteggio

individuale del rischio di eventi cardiovascolari nei prossimi 10 anni. Viene svolto un accurato counselling che tocca i seguenti punti:

- modificazione degli stili di vita;
- trattamento farmacologico dei FdR suscettibili di correzione farmacologica;
- eventuale ricorso alle consulenze specialistiche (dietologica, diabetologica, nefrologica..);
- valutazione clinica complessiva, conclusioni diagnostiche e inquadramento del paziente sulla base del punteggio di rischio individuale nella fascia a: ALTO RISCHIO, MEDIO RISCHIO, BASSO RISCHIO con assegnazione di eventuali protocolli terapeutici;
- follow-up differenziato al rischio valutato.

► in ambito di Prevenzione Secondaria: pazienti nei quali si sono già manifestati eventi cardiovascolari. In questi soggetti viene svolta una nuova puntualizzazione ischemica, aritmica, emodinamica (la cosiddetta “stratificazione del rischio”) e viene applicata la Carta del Rischio GISSI (validata per pazienti con precedenti eventi cardiaci). Viene inoltre operata un’accurata valutazione dei FdR ed un counselling che tocca i seguenti punti:

- puntualizzazione diagnostico-terapeutica cardiologica
- modificazione degli stili di vita con counselling stretto ed individualizzato
- trattamento farmacologico dei FdR suscettibili di correzione farmacologica
- eventuale ricorso alle consulenze specialistiche (dietologica, diabetologica, nefrologica)
- follow-up

Dal mese di luglio 2005 l’U.B. di Cardiologia e Cure Intensive Cardiologiche conduce uno studio policentrico nazionale (Studio Cardio SIS) volto all’individuazione del miglior regime pressorio cui tendere nei pazienti ipertesi non diabetici e senza precedenti eventi infartuali.

## **Azioni**

### **a) Svolgimento di riunioni di formazione tra Cardiologi e Medici di Medicina Generale.**

Allo scopo di introdurre alla conoscenza delle RACCOMANDAZIONI della III CONFERENZA (Consiglio dei Ministri/ISS, ROMA, maggio 2004) che costituisce il documento portante le Linee Guida attuali più aggiornate sulla Prevenzione Cardiovascolare. Il progetto di cui sopra è parte del piano di Formazione previsto dall’ISS e dall’ANMCO (Associazione Nazionale Medici cardiologi Ospedalieri) rivolto ai MMG con l’obiettivo di unificare ed armonizzare in rete nazionale i diversi livelli delle strategie di prevenzione alla popolazione e agli individui e/o pazienti. In questo piano la formazione alla conoscenza e all’utilizzo delle Carte del Rischio, messe a punto dagli studi longitudinali epidemiologici sulla popolazione italiana attuati dall’ISS con la stretta collaborazione dei cardiologi italiani

(l'U.B. di Cardiologia e Cure Intensive Cardiologiche ne ha fatto parte integrante) costituisce uno dei contenuti irrinunciabili: si ritiene indispensabile diffondere il significato, le modalità di corretto utilizzo e del contesto nelle quali le Carte del Rischio e il calcolo del Punteggio Individuale vanno utilizzati. Si ritiene che saranno necessarie almeno tre riunioni (rispettivamente ad Aosta, in un Comune del Distretto 1 ed in un Comune del Distretto 4) tra Formatori Cardiologi e MMG con l'obiettivo di una adeguata comunicazione e trasmissione delle conoscenze culturali specifiche, anche attraverso l'uso di materiale didattico (cartaceo/informatico) preparato.

**b) Illustrare e/o dotare i MMG del software dell'ISS/Progetto Cuore per l'agevole utilizzo delle Carte del Rischio Cardiovascolare e del Punteggio Individuale del rischio presso i propri ambulatori.**

- Realizzazione delle riunioni formative, discussione e dibattito in situ, consegna di questionari anche valutativi;
- completamento della fornitura del software a tutti i MMG della Regione Valle d'Aosta, verificarne in seconda istanza il grado e la correttezza del suo utilizzo;
- inizio dell'invio da parte dei MMG di:
  - 1) soggetti con Rischio Cardiovascolare > 20% presso l'Ambulatorio di Cardiologia Preventiva per la corretta diagnostica e terapia;
  - 2) soggetti con patologie multidisciplinari complicate e di gestione clinica complessa: pazienti in Prevenzione Primaria con >2 FR CV e/o segni di aterosclerosi coronarica; o pazienti in Prevenzione Secondaria, ed associate nefropatia, diabete, vasculopatie periferiche o cerebrali.

**Output**

- Screening clinico e tramite l'applicazione delle Carte del Rischio Italiane e del Punteggio Individuale dei soggetti ad Alto Rischio;
- follow-up in Prevenzione Primaria presso l'Ambulatorio di Cardiologia Preventiva della U.B. di Cardiologia e Cure Intensive Cardiologiche;
- Back up del decorso clinico con gli eventuali eventi al fine della creazione di un archivio epidemiologico regionale per la verifica dell'implementazione delle Linee Guida internazionali, dell'attuazione delle metodiche di diagnostica precoce e dell'efficacia terapeutica praticata.

**c) Creazione del software per il calcolo automatico del Punteggio Individuale del Rischio a partire dai dati contenuti nel referto di visita e dal software del Progetto Cuore dell'ISS.**

- Installazione del software appositamente creato sui PC dell'U.B. di Cardiologia;
- Utilizzazione del Punteggio Individuale da parte dei Cardiologi nell'ambito delle Visite Cardiologiche per i Pazienti che rientrano nei gruppi sopra citati: verifica del grado e della correttezza del suo utilizzo.

**Output**

Individuazione, tramite l'applicazione del Punteggio Individuale, di ulteriori pazienti a Rischio Medio o Alto in Prevenzione Primaria da seguire nell'ambito degli Ambulatori specifici (Prevenzione) dell'U.B. di Cardiologia e Cure Intensive Cardiologiche. Follow-up con counselling individuale dei pazienti in Prevenzione Secondaria che presentano scarsa aderenza alle Linee Guida e ai protocolli assegnati al momento delle dimissioni ospedaliere.

**d) Screening dell'Alto Rischio per Cardiopatia Ischemica e Patologia Cardiovascolare per i soggetti che parteciperanno al Progetto PrATO**

PREMESSA

L'attuale pratica clinica si è rivelata inadeguata a fronteggiare il carico di prevalenza ed incidenza delle malattie cardiovascolari causa le problematiche legate alla ridotta percentuale di registrazione dei parametri coinvolti nel rischio nella popolazione identificabile quale la più esposta alle patologie cardiovascolari. Le Linee Guida definiscono le priorità della Prevenzione cardiovascolare con l'identificazione dei pazienti a rischio globale assoluto elevato, i loro parenti stretti e quelli già portatori di patologia aterosclerotica o di un evento ischemico che non mantengono i target previsti e sono esposti a recidive. La valutazione del rischio nella popolazione deve comportare, insieme alla registrazione dei fattori di rischio e dell'anamnesi fisiologica e familiare, il necessario intervento successivo di counselling e farmacologico. In questo atteggiamento le modalità di screening si rivelano indispensabili per

un approccio selettivo, tra esse le Carte del Rischio cardiovascolare sono state dimostrate strumenti efficaci, a fronte di un rapporto costo/efficacia sicuramente favorevole e di prevedibili effetti positivi in termini di salute pubblica e di risparmio su altre fonti di spesa sanitaria. La valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto è la modalità più appropriata per valutare le persone ad elevato rischio nei soggetti esenti da manifestazioni cliniche della malattia aterosclerotica. L'utilizzo di tale indicatore rispetta l'eziologia multifattoriale della malattia CV, offre opzioni multiple al trattamento degli individui a rischio aumentato e facilita al MMG o allo specialista il rispetto delle possibili preferenze soggettive. Le Carte e il computo del punteggio individuale sulla base dei FR, misurati adottando metodologie standardizzate, sono strumenti semplici ed obiettivi per la valutazione del variare del rischio nel tempo e permettono di individuare gli strumenti terapeutici, farmacologici e non, più aggiornati rispetto alle Linee Guida consentendo una sorveglianza e una stima nel tempo del beneficio delle attività di prevenzione intraprese.

#### METODOLOGIA

I soggetti che affluiranno al Distretto 3 per la valutazione del rischio cerebro-vascolare secondo le modalità del Progetto PrATO saranno sottoposti anche al computo del rischio di evento ischemico cardiaco attraverso le stime della Carte del Rischio Cardiovascolare. Per coloro che presenteranno un rischio computato  $\geq$  al 20% verrà attivata una procedura di selezione che invierà tali soggetti, attraverso modalità concordate tra le U.B. di Cardiologia e Neurologia, all'Ambulatorio di Prevenzione Cardiovascolare presso l'U.B. di Cardiologia dove verranno attuate le adeguate procedure diagnostiche e terapeutiche e il follow-up necessario, mantenendo sempre stretto rapporto con gli interventi e i controlli neurologici previsti dal Progetto PrATO medesimo.