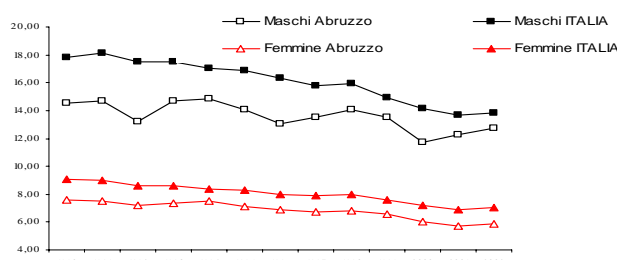


Prevenzione delle recidive nei soggetti che già hanno avuto accidenti cardiovascolari Regione Abruzzo

Dimensioni del problema a livello regionale - Contesto

Le stime di mortalità per cardiopatia ischemica (ICD IX – 410-414) individuano nell'intervallo di tempo 1990-2002 una diminuzione dei tassi di mortalità nei due sessi, più graduale e costante nel sesso femminile.

Anno	Maschi Abruzzo	Maschi ITALIA	Femmine Abruzzo	Femmine ITALIA
1990	14,54	17,8	7,59	9,04
1991	14,7	18,11	7,49	8,97
1992	13,18	17,5	7,23	8,57
1993	14,67	17,5	7,34	8,57
1994	14,88	17,02	7,49	8,36
1995	14,06	16,87	7,1	8,31
1996	13,03	16,31	6,88	7,96
1997	13,54	15,82	6,74	7,89
1998	14,1	15,93	6,79	7,96
1999	13,52	14,93	6,6	7,58
2000	11,76	14,13	6,02	7,18
2001	12,25	13,66	5,68	6,91
2002	12,76	13,86	5,84	7,05



I tassi di mortalità standardizzati (per 10.000) al 2002 sono 12,76 per i maschi e 5,84 per le femmine e sono complessivamente più bassi dei rispettivi tassi di riferimento nazionali (13,86 per i maschi e 7,05 per le femmine).

Nel quinquennio 1997-2001 si sono registrati 3.887 decessi per infarto cardiaco con tassi di mortalità standardizzati (per 100.000) così distribuiti fra le 6 ASL: Avezzano-Sulmona 57,4 – Chieti 61,2 – Lanciano-Vasto 62,9 – L'Aquila 65,6 – Pescara 56,3 – Teramo 63,7.

I tassi di incidenza standardizzati per 100.000 (anno 2000) degli eventi coronarici maggiori nella popolazione considerata (25-84 anni) sono di 213,2 (tasso grezzo 262,2) per i maschi e 94,1 per le femmine (tasso grezzo 130,3) e sono a livelli inferiori rispetto a quelli di riferimento nazionali (TS: 227,3 ♂ - 97,9 ♀) e decisamente più bassi dei tassi stimati per il centro (TS: 228 ♂ - 100,2 ♀) e il sud Italia (TS: 238,9 ♂ - 104,2 ♀).

In termini di prevalenza si registra un aumento dal 1990 al 2000 dei casi prevalenti da 5.410 a 5.976 (566 casi in più) per gli uomini e da 1521 a 1730 (209 casi in più) nelle donne: tale aumento appare più marcato rispetto a quello che si è registrato anche a livello nazionale nello stesso periodo di riferimento (+ 10,5 Abruzzo vs + 3,9 Italia per ♂; + 13,8 Abruzzo vs 2,6 Italia per ♀) ed è riconducibile principalmente al miglioramento della sopravvivenza e all'invecchiamento della popolazione.

Le ospedalizzazioni in Abruzzo per cardiopatia ischemica (ICD 9 – 410-414 in diagnosi principale SDO) sono andate aumentando nel corso degli anni e nel quinquennio 2001-2005, in particolare, da 9214 a 9945 (+ 8 % ca).

Delle 3074 dimissioni per infarto miocardio acuto registrate in Abruzzo nell'anno 2005, 546 sono classificate come "episodi successivi di assistenza" e 227 sono associate alla presenza di codice di infarto pregresso in altri campi di diagnosi (probabile sottostima). Costituisce parte integrante del progetto la pianificazione degli strumenti per una stima accurata delle recidive di accidente cardiovascolare.

In sintesi in regione Abruzzo si è assistito negli anni, a fronte di una riduzione della mortalità per malattia ischemica cardiaca e di una progressiva stabilizzazione del numero dei nuovi casi, all'aumento dei casi prevalenti (↑ sopravvivenza - ↑↑ invecchiamento) e delle ospedalizzazioni e in ultima analisi del carico di disabilità e dei costi.

Finalità generali e obiettivi specifici

Lo scopo del progetto è quello di creare una rete regionale per il controllo delle recidive degli accidenti cardiovascolari che coinvolga principalmente gli operatori delle u.o. di cardiologia/cardiochirurgia, i dipartimenti di prevenzione, e di istituire uffici/funzioni a livello aziendale per il “counseling”, l'indirizzo, l'informazione e l'educazione sanitaria dei pz che siano andati incontro a gravi episodi coronaropatici. Processo cruciale per la realizzazione del sistema è l'identificazione precisa dei pazienti e la stratificazione del rischio attraverso strumenti di valutazione sperimentati e riconosciuti come la carta del rischio del post-IMA (studio Gissi) che classifica il rischio di recidiva di pz infartuati sulla base di parametri demografici, relativi a stili di vita, clinici, strumentali e laboratoristici ed è di facile applicazione.

Piano operativo

I destinatari dell'intervento sono tutti i pazienti residenti di età 35-74 che abbiano avuto un **infarto del miocardio**. Una prima stima dei casi può essere fatta utilizzando i dati SDO.

Sono da coinvolgere tutte le 6 ASL della Regione Abruzzo attraverso il coordinamento tra Direzione Sanità, U.O. di cardiologia e cardiochirurgia e dipartimenti di prevenzione. In sede di dimissione si prevede di dotare la lettera di dimissione di una sezione/scheda che possa definire se si sia trattato di un primo evento o di una recidiva e la classe di rischio secondo carta Gissi. La scheda dev'essere redatta in duplice copia, una delle quali viene inviata dalla Direzione Sanitaria della struttura di dimissione al Dipartimento di prevenzione di competenza: a questo livello viene redatto e gestito un registro delle recidive e dei pazienti deospedalizzati. Per i pazienti, sempre in base al rischio definito, viene individuato un programma di riabilitazione e/o di follow-up attraverso centri individuati a livello di dipartimenti di prevenzione che svolgano principalmente funzione di counseling, educazione sanitaria (conoscenza/gestione dei fattori di rischio), verifica dell'adesione al trattamento farmacologico etc. Questi stessi centri redigono un registro di accessi di tali pazienti.

Monitoraggio

I dati SDO, come già ricordato, costituiscono una prima base per definire quantitativamente il carico ospedaliero degli eventi. Il registro degli eventi segnalati dai MMG ai dipartimenti di prevenzione sulla base della documentazione ricevuta dopo la dimissione può garantire una stima delle recidive. Il monitoraggio nel tempo delle recidive costituisce l'indicatore primario di risultato dell'intervento preventivo. L'analisi dei flussi relativi alle prescrizioni farmaceutiche può offrire una stima delle adesioni ai trattamenti farmacologici.

Coordinamento

A livello regionale il Servizio Prevenzione Collettiva coordina gli operatori e le strutture coinvolte e si avvale dell'ausilio dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale per le specifiche analisi e il monitoraggio degli indicatori. Lo stesso Servizio costituisce il Gruppo di Coordinamento e provvede alla redazione di un piano operativo dettagliato.

Cronoprogramma

Tre fasi in due annualità: 2007-2008

1. istituzione del Gruppo di Coordinamento e redazione di un piano operativo dettagliato: primo semestre 2007
2. attuazione a livello delle Aziende Sanitarie: secondo semestre 2007 – primo semestre 2008
3. sorveglianza: 2008

Costi di realizzazione

I costi stimati per il progetto sono di Euro 162.411,09 complessivi da ripartire in due annualità:

Primo anno – 2007	€ 54.411,09 Per ASL € 9.000,00 di cui € 7.411,09 per spese relative alla comunicazione (opuscoli, depliant, posters etc), € 2.000,00 per 1 pc.
Secondo anno – 2008	€ 108.000,00 Per ASL € 18.000,00 da utilizzare per una borsa di studio annuale (€ 1.500,00 mensili) da destinare a una figura professionale medica da impiegare nel Dipartimento di prevenzione per le funzioni citate.

Fonti

Istat

Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari (I ediz. 2003)

Relazione Sanitaria 2004 Osservatorio Epidemiologico Regione Abruzzo

SDO 2005 Abruzzo