



Regione Campania – Assessorato alla Sanità

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE

II Parte

In attuazione dell'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, art.4 comma 1, lett.e)

Regione Campania

TITOLO DEL PROGETTO

Prevenzione delle recidive nei soggetti ricoverati per accidenti cardiovascolari acuti

REFERENTE ISTITUZIONALE

Assessorato alla Sanità, Settore Assistenza Ospedaliera, Dott. **Renato Pizzuti**

Centro Direzionale di Napoli Is. C/3 – 80143.

r.pizzuti@regione.campania.it

REFERENTE VALUTATIVO DEL PROGETTO

Dott. **Enrico de Campora**, Direttore Scientifico dell'UO Campania del Progetto CUORE II,
Agenzia Regionale Sanitaria della Campania.

Centro Direzionale di Napoli Is. F/9 – 80143. tel. 0816060231, fax 0816060246

enricodecampora@arsan.campania.it

REFERENTI SCIENTIFICI DEL PROGETTO

Prof. **Carlo Vigorito**, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale,
c/o Università Federico II di Napoli.

Dr. **Antonello D'Andrea** Dipartimento di Cardiologia
c/o Seconda Università di Napoli – A.O. Monaldi

Prof. **Salvatore Panico**, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale,
c/o Università Federico II di Napoli.

REFERENTE PIANO DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE DEL PROGETTO

Dott. **Gaetano Sicuranza**, Direttore della Struttura Operativa “Formazione e Aggiornamento Professionale” dell'Agenzia Regionale Sanitaria della Campania.

gaetanosicuranza@arsan.campania.it

DURATA DEL PROGETTO

La durata del progetto prevista è biennale.

IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

INFARTIO MIOCARDICO ACUTO

Mortalità

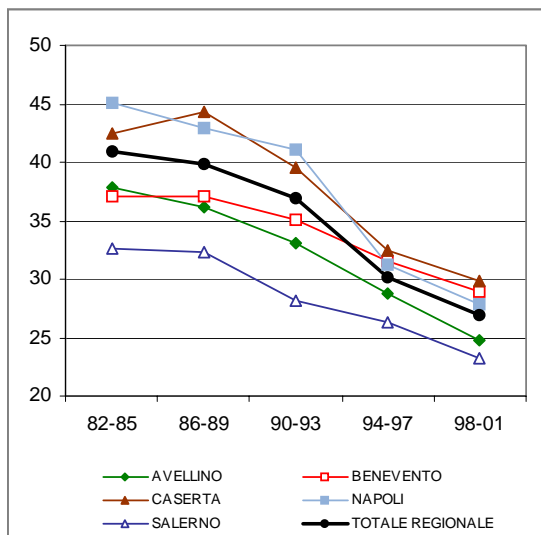
In Campania ogni anno muoiono per infarto del miocardio acuto (IMA) circa 3.000 individui, il 60% dei quali di sesso maschile. Negli uomini, i decessi per questa singola causa rappresentano quasi l'8% del totale dei decessi; il 5% nelle donne. Le morti per IMA sono inoltre il 14% delle morti per malattie del sistema circolatorio (19% negli uomini, 10% nelle donne). La mortalità per infarto del miocardio è in evidente calo negli ultimi venti anni, essendo diminuita del 38% negli uomini e del 34% nelle donne. Il trend negativo interessa tutte le province campane; anche nella provincia di Napoli la mortalità per IMA, costantemente superiore a quella regionale fino agli inizi degli anni '90, negli ultimi anni è sovrapponibile al valore della Campania.

Nel quadriennio 1998-2001 si rilevano eccessi di mortalità statisticamente significativi nelle Asl di Caserta² e Napoli⁴ in entrambi i sessi, nella Asl di Salerno¹ per il solo sesso maschile. Una mortalità significativamente più bassa rispetto alla media regionale si riscontra nelle Asl Avellino¹, Napoli² e Salerno³ negli uomini, e nelle Asl Salerno² e Salerno³ nelle donne.

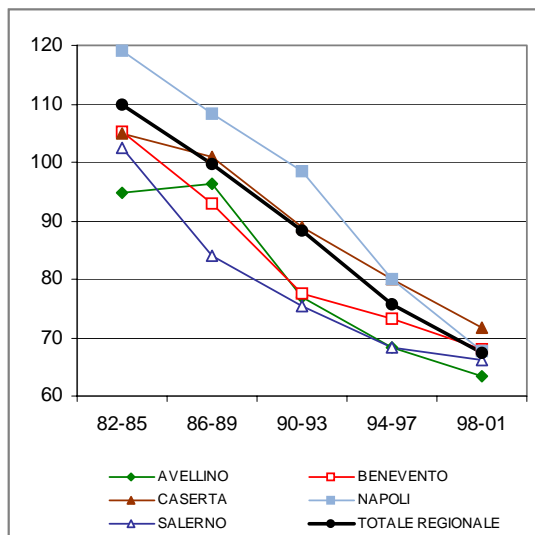
Il rischio stimato di morire entro i 74 anni per IMA è pari al 4,6% negli uomini e all'1,6% nelle donne.

Mortalità per Provincia nel periodo 1982-2001, Tassi standardizzati x 100.000

Uomini



Donne



Fonte: La mortalità in Campania negli anni 1982-2001- OER

Mortalità per Infarto miocardio acuto (ICDIX 410), anni 1998-2001, Uomini

AZIENDA SANITARIA	Numero medio annuale	Tasso grezzo x 100.000	SMR	Intervalli di confidenza al 95%		
				Limite inferiore	Limite superiore	
ASL AVELLINO 1	74,5	88,4	84,4	75,0	94,5	
ASL AVELLINO 2	100,0	75,9	99,7	90,2	110,0	
ASL BENEVENTO	133,0	92,9	101,3	92,9	110,3	
ASL CASERTA 1	125,5	64,5	97,1	88,8	105,9	
ASL CASERTA 2	143,3	63,5	115,2	105,9	125,0	
ASL NAPOLI 1	334,5	68,8	102,9	97,5	108,6	
ASL NAPOLI 2	105,0	42,0	90,7	82,2	99,8	
ASL NAPOLI 3	80,0	41,5	97,6	87,2	108,9	
ASL NAPOLI 4	151,8	57,2	114,5	105,5	124,0	
ASL NAPOLI 5	181,5	58,0	95,0	88,2	102,2	
ASL SALERNO 1	126,8	71,2	114,2	104,5	124,6	
ASL SALERNO 2	153,5	69,3	94,6	87,3	102,4	
ASL SALERNO 3	110,5	82,4	87,4	79,4	95,9	
Provincia	AVELLINO	174,5	80,8	92,5	85,8	99,6
	BENEVENTO	133,0	92,9	101,3	92,9	110,3
	CASERTA	268,8	64,0	105,9	99,7	112,5
	NAPOLI	852,8	56,6	100,7	97,4	104,2
	SALERNO	390,8	73,2	97,8	93,0	102,7
TOTALE REGIONALE	1819,8	64,5				

Fonte: La mortalità in Campania negli anni 1982-2001- OER

Mortalità per Infarto miocardio acuto (ICDIX 410), anni 1998-2001, Donne

AZIENDA SANITARIA	Numero medio annuale	Tasso grezzo x 100.000	SMR	Intervalli di confidenza al 95%		
				Limite inferiore	Limite superiore	
ASL AVELLINO 1	50,8	58,2	92,2	79,9	105,7	
ASL AVELLINO 2	60,0	43,6	94,3	82,8	107,0	
ASL BENEVENTO	88,8	58,9	105,0	94,4	116,6	
ASL CASERTA 1	81,5	40,3	104,2	93,2	116,1	
ASL CASERTA 2	86,3	37,1	117,3	105,3	130,4	
ASL NAPOLI 1	240,0	45,4	104,4	97,9	111,2	
ASL NAPOLI 2	67,5	26,2	105,5	93,3	118,9	
ASL NAPOLI 3	41,3	20,7	88,7	75,7	103,4	
ASL NAPOLI 4	94,8	34,4	124,7	112,5	137,9	
ASL NAPOLI 5	111,8	33,5	94,0	85,5	103,2	
ASL SALERNO 1	66,8	36,1	98,2	86,8	110,7	
ASL SALERNO 2	87,0	37,6	87,9	78,9	97,6	
ASL SALERNO 3	57,5	41,4	74,9	65,6	85,3	
Provincia	AVELLINO	110,8	49,3	93,3	84,8	102,4
	BENEVENTO	88,8	58,9	105,0	94,4	116,6
	CASERTA	167,8	38,6	110,6	102,3	119,2
	NAPOLI	555,3	34,8	103,8	99,5	108,2
	SALERNO	211,3	38,1	86,7	80,9	92,7
TOTALE REGIONALE	1133,8	38,3				

Fonte: La mortalità in Campania negli anni 1982-2001- OER

Ricoveri

I ricoveri dei residenti in Campania per Infarto miocardico acuto sono circa 9.000 ogni anno, la maggior parte dei quali (70%) riguarda gli uomini. Il tasso di ricovero è in lieve aumento negli ultimi anni in entrambi i sessi. Il valore è sovrapponibile a quello nazionale negli uomini, leggermente inferiore nelle donne, mentre risulta superiore a quello del Mezzogiorno, soprattutto tra gli uomini

Trend tasso standardizzato di ricoveri per infarto miocardico acuto, uomini

Aree	1999	2000	2001	2002
Campania	22,0	22,2	22,9	24,9
Mezzogiorno	19,7	19,8	21,8	23,9
ITALIA	21,2	21,8	23,4	24,9

Fonte: Istat-HFA

Trend tasso standardizzato di ricoveri per infarto miocardico acuto, donne

Aree	1999	2000	2001	2002
Campania	6,8	6,6	7,4	8,2
Mezzogiorno	6,4	6,2	7,1	8,0
ITALIA	7,0	7,3	8,0	8,7

Fonte: Istat-HFA

Gli ultimi dati definitivi relativi alle schede di dimissione ospedaliera sono aggiornati all'anno 2003. Tassi standardizzati più elevati si riscontrano tra i residenti nella provincia di Napoli. In tale provincia si evidenzia, infatti, un eccesso di rischio rispetto alla media regionale statisticamente significativo in entrambi i sessi (+ 8%). Avellino in entrambi i sessi, e Benevento negli uomini, risultano le province con i rischi più bassi statisticamente significativi. A conferma del dato provinciale, si riscontrano eccessi di rischio nelle Asl Napoli1, Napoli2, Napoli3 e Salerno1 sia tra gli uomini, che tra le donne. Inoltre, la Asl Caserta2 mostra un tasso più elevato della media regionale negli uomini.

Ricoveri per residenza con diagn. principale infarto miocardio acuto anno 2003, Uomini

					I.C. 95%	
					inf	sup
	AV 1	127	158,1	54,5	45,4	64,9
	AV 2	217	165,1	68,2	59,4	77,9
	BN 1	335	240,9	89,2	79,9	99,3
	CE 1	352	182,0	79,6	71,5	88,3
	CE 2	526	235,2	114,4	104,8	124,6
	NA 1	1.300	269,2	116,8	110,6	123,4
	NA 2	540	213,9	115,3	105,8	125,4
	NA 3	390	206,7	116,9	105,6	129,1
	NA 4	531	198,6	104,0	95,3	113,2
	NA 5	574	188,6	83,7	77,0	90,8
	SA 1	463	264,6	120,3	109,6	131,8
	SA 2	550	248,8	102,3	93,9	111,2
	SA 3	321	248,2	88,4	79,0	98,6
	Avellino	344	162,5	62,4	56,0	69,4
	Benevento	335	240,9	89,2	79,9	99,3
	Caserta	878	210,5	97,3	91,0	104,0
	Napoli	3.335	223,0	107,2	103,6	110,9
	Salerno	1.334	253,9	103,8	98,3	109,5
	Regione Campania	6.226	223,2	100,0		

Fonte: Elaborazioni su dati SDO

Ricoveri per residenza con diagn. principale infarto miocardio acuto anno 2003, Donne

					I.C. 95%	
					inf	sup
	AV 1	68	81,3	59,5	46,2	75,4
	AV 2	102	74,6	70,7	57,7	85,9
	BN 1	161	109,1	88,8	75,6	103,6
	CE 1	170	83,3	88,0	75,3	102,3
	CE 2	217	92,8	112,0	97,6	128,0
	NA 1	607	115,5	111,3	102,6	120,5
	NA 2	216	83,0	123,9	108,0	141,6
	NA 3	160	82,3	125,8	107,0	146,8
	NA 4	206	74,3	101,7	88,3	116,6
	NA 5	267	82,8	89,5	79,1	100,9
	SA 1	227	124,2	136,7	119,5	155,6
	SA 2	233	100,5	97,0	84,9	110,3
	SA 3	114	84,1	68,3	56,3	82,0
	Avellino	170	77,1	65,8	56,3	76,4
	Benevento	161	109,1	88,8	75,6	103,6
	Caserta	387	88,4	100,1	90,3	110,5
	Napoli	1.456	92,2	108,0	102,5	113,7
	Salerno	574	104,3	100,1	92,1	108,7
	Regione Campania	2.748	93,6	100,0		

Fonte: Elaborazioni su dati SDO

*Rapporto standardizzato di ospedalizzazione

Nel 2003, 638 delle 8.974 schede di dimissione ospedaliera con diagnosi principale di infarto

miocardico acuto, riportavano in altra diagnosi un infarto del miocardio pregresso, per una percentuale pari al 7,1%. Negli uomini tale percentuale sale all'8,1%, nelle donne è pari al 5%. E' opportuno precisare che è opinione comune che tale dato, nonostante l'alta specificità, rappresenti una sottostima dei soggetti con infarto recidivi, in quanto non sempre si verificano le condizioni e gli scenari adatti per attestare l'esistenza di un infarto pregresso nel paziente.

Da una lettura dei dati a disposizione si evince che la provincia di Salerno ha il tasso grezzo di soggetti con infarto pregresso di gran lunga più elevato sia tra gli uomini, che tra le donne. Tra le Asl, oltre alle Asl di Salerno, emergono i tassi della Napoli1 e della Napoli2.

Ricoveri per residenza con Infarto miocardico acuto in diagn.principale e Infarto pregresso in altra diagnosi, 2003

		Maschi		Femmine	
		Num. Ricoveri	Tasso grezzo x 100.000	Num. Ricoveri	Tasso grezzo x 100.000
	AV 1	11	13,7	1	1,2
	AV 2	24	18,3	5	3,7
	BN 1	15	10,8	6	4,1
	CE 1	39	20,2	8	3,9
	CE 2	35	15,7	7	3,0
	NA 1	104	21,5	27	5,1
	NA 2	50	19,8	12	4,6
	NA 3	25	13,3	7	3,6
	NA 4	38	14,2	6	2,2
	NA 5	41	13,5	11	3,4
	SA 1	54	30,9	18	9,9
	SA 2	37	16,7	16	6,9
	SA 3	32	24,7	9	6,6
		Avellino	35	16,5	6
Benevento		15	10,8	6	4,1
Caserta		74	17,7	15	3,4
Napoli		258	17,3	63	4,0
Salerno		123	23,4	43	7,8
Regione Campania		505	18,1	133	4,5

Fonte: Elaborazioni su dati SDO

OBIETTIVI E REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

OBIETTIVO PRINCIPALE:

- 1 **Riduzione del rischio di recidive** di eventi cardiovascolari in pazienti dopo Infarto miocardico acuto (IMA), Sindrome coronarica acuta (SCA), Angioplastica Coronarica Percutanea (PTCA).

OBIETTIVI SECONDARI:

- 1 Collaborazione fra i Centri** che assistono pazienti affetti da eventi cardiovascolari acuti;
- 2 Definizione di protocolli** di riabilitazione e prevenzione;
- 3 Utilizzo della carta del rischio GISSI;**
- 4 Diffusione della “lettera di dimissione”** del paziente affetto da evento cardiovascolare acuto al fine della valutazione del rischio di recidiva e delle modalità di riabilitazione e di prevenzione;
- 5 Incremento delle prescrizioni e trattamenti riabilitativi;**
- 6 Formazione degli operatori di specialistica ambulatoriale e dei MMG** sui temi della riabilitazione cardiovascolare, della prevenzione della riacutizzazione degli eventi acuti;

Realizzazione:

- a) Costituzione di un Comitato Regionale di Coordinamento** per la definizione degli obiettivi e delle linee guida operative secondo le indicazioni del documento attuativo del CCM, della divulgazione ed attuazione delle stesse, della definizione degli indicatori di monitoraggio del progetto e, infine, della determinazione del livello di soddisfazione del raggiungimento degli obiettivi previsti;
- b) Censimento dei Centri di Prevenzione e Riabilitazione** e valutazione dei servizi offerti e delle modalità di accesso;
- c) Realizzazione di un Registro Regionale** dei pazienti dimessi dopo IMA, SCA o PTCA, da attuarsi mediante la compilazione di schede clinico-demografiche contestualmente alla SDO;
- d) Attivazione di una Rete Intranet** fra i centri partecipanti al programma;
- e) Definizione e divulgazione di protocolli** e linee guida per i referenti delle strutture cardiologiche collaboranti;
- f) Utilizzo della Carta del rischio del GISSI** quale strumento di valutazione del rischio cardiovascolare individuale all’atto della dimissione da comunicare ai MMGG;
- g) Adozione della “lettera di dimissione”,** compilata secondo i criteri definiti nelle linee guida del CCM e del Comitato Regionale di Coordinamento, indirizzata al MMG e/o allo specialista cardiologo/internista di riferimento del paziente con l’obiettivo di quantizzare il rischio di recidiva per il paziente e gli interventi farmacologici e riabilitativi più idonei all’efficace controllo degli specifici fattori di rischio;

- h) Definizione e realizzazione di un Programma di Formazione del personale sanitario di ruolo ospedaliero e della medicina specialistica ambulatoriale, nonché dei MMG** orientato alla conoscenza e pratica della prevenzione delle recidive di eventi cardiovascolari acuti;
- i) Definizione e realizzazione di un Programma di Educazione ed Informazione dei pazienti** convalescenti da eventi cardiovascolari acuti (da realizzarsi anche in collaborazione con le associazioni di pazienti) orientato al sostegno e divulgazione della pratica di attività di riabilitazione cardio-vascolare e prevenzione delle recidive mediante interventi sullo stile di vita e sulla pratica della riabilitazione fisica e psicologica;
- j) Valutazione di efficacia** degli obiettivi raggiunti attraverso la sorveglianza dei ricoveri, della morbilità e mortalità CV, disabilità ed entità di recidiva e riacutizzazione nella popolazione affetta durante la realizzazione del progetto;
- k) Valutazione della implementazione** del ricorso alla pratica di riabilitazione e prevenzione delle recidive di eventi cardiovascolari acuti.

ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

1. **Costituzione di un Comitato** Regionale di Coordinamento per la stesura delle linee operative del Piano regionale di Prevenzione secondaria, formato da rappresentanti delle Società Scientifiche Cardiologiche maggiormente accreditate (GICR, SIC, ANMCO, HCF, FIC) e da quelle dei MMG attraverso le loro rappresentanze regionali.

2. **Censimento delle strutture ospedaliere o territoriali, dei Centri di Prevenzione e Riabilitazione, pubblici e convenzionati con il SSN**, che effettuano prestazioni degenziali, in regime di DH o ambulatoriali al fine della valutazione dei servizi offerti, delle modalità e disponibilità di accesso, delle eventuali liste di attesa; nonché per la raccolta delle informazioni utili da offrire all'utenza finalizzate alla diffusione di conoscenze relative alla distribuzione territoriale, agli indirizzi e recapiti ed alla modalità di accesso e fruibilità dei servizi.

Per tale obiettivo si prevede di ottenere contributo dalla Società Italiana di Cardiologia Preventiva e Riabilitativa (GICR), che ha anche recentemente censito tali strutture nell'ambito del progetto Yside.

La divulgazione di tali conoscenze potrà essere utilizzata dai MMG per avviare il paziente ad un intervento "strutturato" di Riabilitazione cardiologica successiva all'evento CV acuto, indirizzandolo verso una struttura a maggiore o minore complessità (degenziale, DH o ambulatoriale territoriale) sulla base della disponibilità territoriale e della valutazione di rischio residuo e di programma riabilitativo del

paziente indicata nella lettera di dimissione.

3. **Analisi epidemiologica** dei ricoveri per eventi CV acuti fatali e non fatali accaduti in Campania nel triennio precedente la realizzazione del Piano Regionale di Prevenzione con riepilogo del numero di pazienti dimessi dagli ospedali della Campania dopo SCA, IMA che abbiano subito o meno interventi di PTCA, nonché della mortalità ospedaliera per le medesime cause e, nelle aree territoriali dove risulti possibile realizzare un'integrazione alla sorveglianza, anche un'analisi della complessiva mortalità per le medesime cause "incrociata" con i dati dei ricoveri.

Tale analisi sarà fondata, principalmente, sui dati del Registro degli eventi Cardiovascolari già attivo in Campania ed operativo presso l'ARSAN, integrata dai dati derivanti dalla rilevazione dalle SDO per eventi CV acuti inerenti a pazienti affetti da IMA o SCA, o che abbiano subito interventi di PTCA negli Ospedali della Campania ed integrata dai dati di mortalità generale per i territori ed i periodi per i quali si disponga di dati di sorveglianza.

4. **Individuazione delle strutture cardiologiche** obiettivo del progetto è il coinvolgimento progressivo di tutte le strutture cardiologiche ospedaliere operanti nel territorio della Regione Campania che assistono pazienti affetti da IMA e/o SCA (che pratichino o meno PTCA). Tali strutture dovranno attivamente contribuire a:

- a) **implementare il Registro Regionale Campano** di sorveglianza dei casi incidenti mediante la compilazione, contestualmente alla SDO, della scheda clinico-demografica regionale;
- b) **incremento** delle pratiche di **prevenzione secondaria** degli eventi cardiovascolari mediante la compilazione della lettera di dimissione indirizzata ai MMG e compilata in accordo alle linee guida regionali;
- c) **promozione** delle attività di riabilitazione cardiovascolare.

La **fase iniziale** del progetto si avvarrà della collaborazione delle strutture ospedaliere per acuti e dei centri degenziali di Cardiologia riabilitativa che hanno operato nell'ambito del progetto regionale di prevenzione già operativo (ASL AV1, AV2, CE1, BN1, NA1, NA4, SA2). Parteciperanno, fin dalla fase di avvio del progetto, tutte le Aziende Ospedaliere ed Ospedaliere-Universitarie, nonché le Unità Operative di degenza per acuti ed i centri degenziali di Cardiologia riabilitativa della Regione Campania che garantiscano, dall'avvio del programma, efficienza operativa per tutte le fasi previste dal programma.

Nel **triennio di attuazione** si provvederà al **reclutamento progressivo** dei centri operativi nel territorio regionale che garantiscano il necessario livello di efficienza.

5. **Realizzazione del Registro Regionale** e della rete **Intranet** fra i Centri operativi al fine della raccolta, all'atto della dimissione, di informazioni clinico-demografiche relative ai pazienti dimessi dopo

IMA, SCA o PTCA orientate alla valutazione di incidenza territoriale, di prevalenza dei fattori di rischio, di mortalità ospedaliera, di appropriatezza delle cure, di diffusione ed adeguatezza delle pratiche di riabilitazione.

6. **Definizione, approvazione e divulgazione di protocollo e linee guida operative** del programma, da realizzarsi contestualmente al reclutamento dei centri di assistenza operativi fin dalla prima fase del progetto e realizzate secondo le indicazioni del CCM. Tali linee guida dovranno prevedere l'utilizzo della "Carta del rischio del GISSI"; l'adozione della lettera "lettera di dimissione" uniformata alle indicazioni regionali; la divulgazione delle conoscenze necessarie alla implementazione della prevenzione della riacutizzazione degli eventi acuti ed alla corretta riabilitazione del paziente affetto da eventi cardiovascolari; la definizione e realizzazione di uno specifico programma di formazione degli operatori sanitari coinvolti.

7. **Coinvolgimento operativo e formazione dei MMG e degli specialisti ambulatoriali della Regione Campania**, individuati mediante le liste regionali ed aziendali e coinvolti, progressivamente, in analogia alla realizzazione e diffusione del progetto nelle ASL individuate secondo le modalità previste al punto 4, fino estensione del programma a tutta la Regione.

STRUMENTI OPERATIVI

a) LETTERA DI DIMISSIONE:

I contenuti definitivi saranno stabiliti dalla Commissione Regionale di coordinamento, rispettando la necessità di includere:

- 1 **recapiti e riferimenti** (compreso, quando possibile, il nominativo del medico e/o della persona da contattare per eventuali necessità di chiarimento) **utili a favorire lo scambio di informazioni** fra il medico curante e la struttura ospedaliera specialistica che ha assistito il paziente durante la fase acuta;
- 2 **indicazione del rischio di recidiva** calcolato mediante la carta del **rischio GISSI** per i pazienti post-**IMA**; espresso in termini semiquantitativi (alto, moderato, lieve) per le altre condizioni patologiche (**SCA, post-PTCA**) in relazione alla espressione clinica della patologia, al quadro coronarografico, alle valutazioni strumentali pre-dimissione, nonché al numero ed importanza dei FDR presenti secondo criteri da stabilirsi da parte della commissione regionale;
- 3 **indicazioni per la corretta terapia farmacologica** da prescrivere dopo l'evento acuto

cardiovascolare (antiaggreganti, betabloccanti, ACE-I o sartanici, statine, PUFA, diuretici ecc) sulla base delle evidenze scientifiche e delle linee guida nazionali ed internazionali;

- 4 **indicazioni** per la **Riabilitazione Cardiologica** mediante l'esercizio fisico, nonché programmi di prevenzione secondaria e di intervento psico-comportamentale, derivanti da evidenze scientifiche e linee guida nazionali ed internazionali con definizione del livello di intervento riabilitativo più indicato in relazione al rischio del paziente e, se possibile, l'indicazione della struttura di Cardiologia riabilitativa idonea alle necessità del paziente;
- 5 **indicazioni per i MMG** sugli interventi ritenuti utili alla **correzione dei FDR** per la prevenzione secondaria a lungo termine (stili di vita, comportamentali, dietetici, esercizio fisico). Tali indicazioni dovranno essere le più dettagliate possibili, compatibilmente con le necessità di concisione, alla luce delle più recenti linee guida;
- 6 **indicazioni per i controlli periodici** da eseguire presso le strutture ospedaliere specialistiche, i centri di Cardiologia riabilitativa, o le strutture cardiologiche territoriali, al fine di valutare a determinate scadenze le condizioni funzionali ed il rischio cardiovascolare residuo del paziente

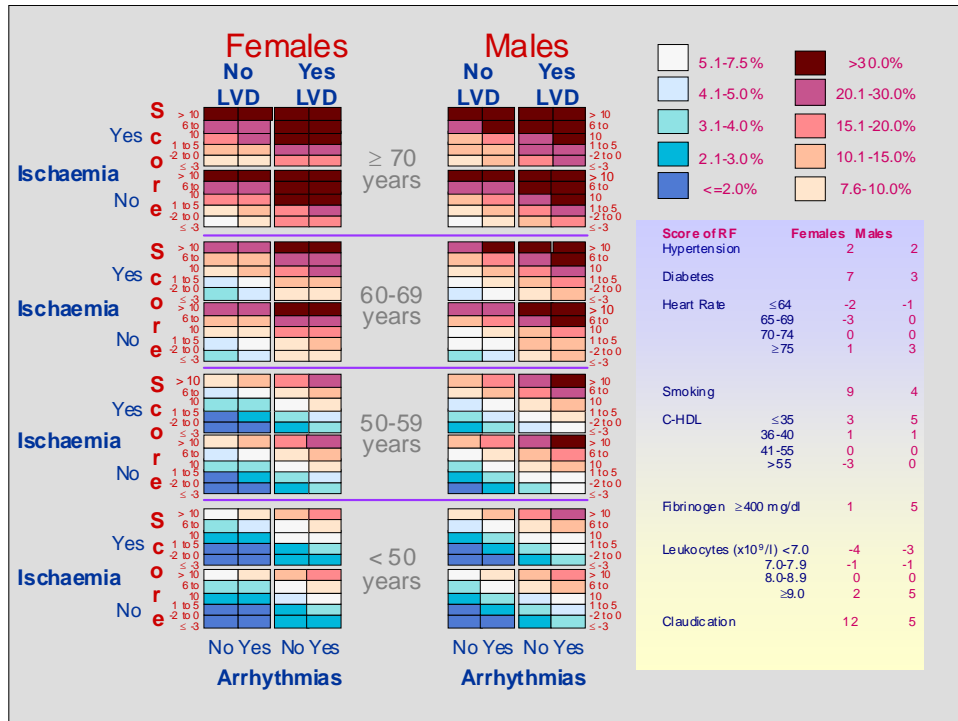
b) **DISPONIBILITÀ DI SERVIZI:**

- 1 **Divulgazione ai MMG dei risultati del censimento delle Strutture di Riabilitazione Cardiologica** degenziali, di DH ed ambulatoriali, del relativo livello di complessità strutturale (disponibilità di PL degenziali, di PL di DH, ambulatori, dotazioni strumentali) e della possibilità di intervento multidisciplinare (valutazione ed intervento psicologico, dietologico, centro anti-fumo), nonché delle modalità di accesso onde facilitare il compito del MMG nell'indirizzare il paziente all'adozione di un programma strutturato di RC;
- 2 **Indicazione dei servizi e delle strutture** regionali operative in territorio regionale per la **prevenzione secondaria** nei pazienti ad alto rischio.

LA CARTA DEL RISCHIO GISSI DOPO IMA

La carta del rischio del post-IMA (qui di sotto riportata), sviluppata dall'ANMCO e dall'Istituto Ricerche Farmacologiche Mario Negri nello studio GISSI Prevenzione, pubblicato sull'European Heart Journal nel 2000, è uno strumento scientificamente validato per valutare il rischio residuo dopo IMA in base ad alcuni semplici parametri demografici, di stile di vita, clinici, strumentali e laboratoristici quali: età, sesso maschile o femminile, presenza di ischemia miocardica residua, presenza di instabilità elettrica, livello di funzione sistolica ventricolare sinistra, presenza di claudicatio intermittens,

l'abitudine al fumo di sigaretta, ipertensione, diabete, colesterolo totale, colesterolo LDL, colesterolo HDL, fibrinogeno, leucociti, frequenza cardiaca, lo stato di abitudini alimentari come il consumo di frutta e vegetali freschi o cotti, pesce, olio di oliva ed altri oli vegetali, vino.



Tale strumento, basato su elementi facilmente disponibili in un paziente dimesso dopo IMA, consente di valutare, attraverso un punteggio attribuito a ciascuno dei fattori sopra indicati e facilmente desumibile dalla Carta, il rischio di recidive di eventi CV quantizzato sia numericamente in percentuale che con un codice di colori variabile dal 5 al 30%.

REGISTRO REGIONALE CAMPANO DEI PAZIENTI RICOVERATI PER SCA, IMA, PTCA

Si tratta di realizzare un **Registro di patologia (informatizzato)**, i cui dati risiederanno presso il Centro Regionale di Coordinamento, che abbia l'obiettivo di ampliare la sorveglianza dei ricoveri (già disponibile mediante l'attività dell'ARSAN) con dati utili a valutare l'associazione degli episodi acuti e delle eventuali riacutizzazioni con i principali fattori di rischio individuale nonché con le terapie ed i programmi di riabilitazione prescritti.

Sarà necessario, pertanto, prevedere l'integrazione della SDO mediante una scheda supplementare.

Le definizioni degli ambiti di studio e delle informazioni aggiuntive necessarie sarà compito della

Commissione Regionale di Coordinamento privilegiando obiettivi realizzabili senza particolare incremento della difficoltà e del tempo di compilazione della scheda di dimissione.

Gli ambiti di interesse potranno essere individuati anche nell'ambito di:

- 1 storia anamnestica relativa a precedenti eventi cardiovascolari;
- 2 abitudini e stili di vita;
- 3 principali fattori di rischio associati all'evento cardiovascolare acuto e/o riacutizzato;
- 4 condizioni cliniche alla dimissione e, se possibile, valutazione dell'entità del danno causato dall'evento cardiovascolare acuto;
- 5 valori ematochimici di specifici indicatori oggetto di sorveglianza (se possibile);
- 6 prescrizioni terapeutiche scelte;
- 7 indirizzo a programmi di riabilitazione cardiovascolare;
- 8 pratica della riabilitazione prescritta;
- 9 tipo e programma di follow up programmato.

La Commissione Regionale di Coordinamento valuterà, in collaborazione con le cooperative dei MMG, l'opportunità che, in territori selezionati, dove gli studi medici risultano attrezzati per l'accesso a reti telematiche e gli operatori di MG accedono a reti Intranet per lo scambio di informazioni ed aggiornamento, si realizzi un programma sperimentale di integrazione della Cartella "di Registro" del paziente mediante dati periodici dello stato di salute per un più accurato monitoraggio degli eventi avversi, nonché del grado di riabilitazione e della qualità di vita raggiunta.

Il Registro di patologia così condotto sarà integrato dai dati di mortalità generale al fine di individuare incidenti ed episodi fatali accaduti senza ricorso alla ospedalizzazione.

Nel triennio di realizzazione del programma il Registro consentirà di valutare l'incidenza di recidive e correlarne la probabilità con i programmi terapeutici scelti data la valutazione della gravità dell'evento indice, dei FDR del singolo paziente e della probabilità di Rischio risultata dall'applicazione della carta GISSI.

FORMAZIONE

E' noto che le malattie cardiovascolari (particolarmente la cardiopatia ischemica e l'ictus cerebrale) rappresentano la principale causa di morte (in Italia così come negli altri Paesi industrializzati).

Alcuni specifici fattori di rischio (ad esempio familiarità, età e sesso) non sono suscettibili di modifica, ma altri più numerosi (come l'abitudine al fumo, l'abuso di alcool, la ridotta tolleranza ai carboidrati ed il

diabete mellito, l'obesità, le dislipidemie, l'ipertensione arteriosa, lo scarso contenuto di frutta e verdura nella dieta, la scarsa attività motoria) sono suscettibili di modifica mediante opportuni interventi di educazione alla salute.

Il monitoraggio dei FDR a più alta prevalenza nella popolazione consentirà di programmare interventi di formazione specifici e, pertanto, efficaci.

Obiettivo di tale programma è la formazione dei MMG e degli specialisti (ospedalieri ed ambulatoriali) coinvolti nella assistenza e nella riabilitazione dei soggetti sfetti da eventi CV acuti o riacutizzati.

I programmi di formazione da realizzarsi favoriranno la divulgazione delle più recenti evidenze scientifiche e linee guida per la costruzione di percorsi assistenziali condivisi ed efficienti.

Argomenti del Programma di Formazione:

- a) evidenze scientifiche recenti in tema di prevenzione secondaria CV
- b) Linee Guida nazionali ed internazionali di prevenzione secondaria CV
- c) conoscenza della carta del rischio GISSI nel post-IMA e dei percorsi valutativi e decisionali da intraprendere a seconda della stratificazione del livello di rischio
- d) conoscenza delle modalità accurate di valutazione funzionale e prognostica del paziente cardiopatico dopo evento acuto CV
- e) conoscenza degli approcci di tipo farmacologico ed interventistico, nonché riabilitativo per la riduzione della morbilità e mortalità CV dopo evento acuto
- f) divulgazione delle procedure di counseling comportamentale finalizzate alla correzione di stili di vita "a rischio" finalizzati alla riduzione dei principali FDR: fumo, ipertensione, iperglicemia, obesità e sovrappeso, ipercolesterolemia, sedentarietà
- g) divulgazione delle corrette modalità di compilazione, trasmissione ed applicazione della "lettera di dimissione"
- h) promozione del Progetto regionale di prevenzione secondaria", degli obiettivi, delle modalità di realizzazione e della necessità alla collaborazione

Obiettivo del programma di formazione è il reclutamento ed il coinvolgimento dell'80 % degli operatori coinvolti ad ogni livello (ospedaliero e specialistico ambulatoriale nell'ambito cardiologico e riabilitativo, nonché i MMG) nella realizzazione del Programma. L'attività inizierà dalle AASSLL già operative dal 2004 (ASL AV1, AV2, BN, CE?, NA1, NA4, SA2) e dalle Aziende Ospedaliere e Ospedaliero-Universitarie.

Il programma di formazione dovrà essere definito entro il 31.7.2006 ed avviato entro il 30.09.2006 prevedendo interventi di durata di 8 ore (non superiori alla giornata), da ripetersi 2 volte l'anno per

ciascun gruppo di operatori coinvolti durante il triennio di realizzazione onde rafforzare le raccomandazioni attuative ed aggiornare circa la realizzazione e le eventuali integrazioni delle linee-guida.

ARGOMENTI DI INTERESSE PER IL PROGRAMMA FORMATIVO

La Tabella riporta gli argomenti principali raccomandati dall'ANMCO e dal GICR da proporre per lo sviluppo del Programma Formativo. Tali ambiti saranno da privilegiare, non vengono considerati di esclusivo interesse.

Terapia Farmacologica	<ul style="list-style-type: none">▪Aspirina (75-160 mg/giorno) o clopidogrel (75 mg/giorno) se non tollerata▪Statine▪β-bloccanti▪ACE inibitori▪N-3 PUFA nel post-IM
Ipertensione	Riduzione PA con obiettivo 130/85 mmHg
Fumo	Brevi consigli di supporto, regolarmente rinforzati Terapia di sostituzione della nicotina
Dieta	Aumento di consumo di frutta e verdura (almeno 5 porzioni al giorno) Aumento di assunzione di acidi grassi omega-3 (pesce oleoso) Sostituzione di grassi saturi con grassi non-saturi (es. olio d'oliva) Controllo del peso (BMI < 30 kg/m ²)
Esercizio Fisico	Esercizio fisico regolare di intensità bassa o moderata (3-5 volte alla settimana)
Diabete	Ottimizzare il controllo della glicemia e della pressione arteriosa

INDICATORI DI QUALITÀ DEL PIANO

a) **efficienza e diffusione del programma di registro:** la diffusione del programma sarà attuata progressivamente con avvio nelle strutture ospedaliere e centri degenziali di Cardiologia riabilitativa che hanno già operato nell'ambito del "Progetto Cuore" già operativo (AASSLL: AV1, AV2, CE1, BN1, NA1, NA4, SA2). Obiettivo è il reclutamento operativo dell'80% dei Centri di ricovero e Riabilitazione non inclusi all'avvio.

b) **riduzione delle recidive di eventi CV e valutazione di efficacia degli interventi:** la valutazione dei dati di ricovero effettuata mediante la SDO (ARSAN) ed integrata dai dati del Registro regionale dei pazienti ricoverati per eventi CV acuti consentirà di misurare l'efficacia degli interventi attuati nel ridurre le recidive di eventi CV acuti in relazione alla tipologia e gravità dell'evento indice ed ai programmi terapeutici e riabilitativi attuati.

c) **lettera di dimissione:** valutazione della diffusione sistematica della compilazione della lettera di dimissione del paziente ricoverato per evento cardiovascolare acuto; dell'utilizzo della carta del rischio GISSI; della adeguatezza delle modalità di trasmissione dell'informazione al medico curante; della corretta interpretazione ed applicazione delle indicazioni da parte del medico curante. Tale indicatore potrà essere valutato mediante idonei studi campionari da realizzarsi nell'arco del triennio di

realizzazione (2006-2008).

d) **obiettivi formativi:** realizzazione di programmi formativi per tutti gli operatori coinvolti (medici ospedalieri e di specialistica ambulatoriale cardiologia e riabilitativa; medici di Medicina Generale) con l'obiettivo della partecipazione dell'80% della popolazione target.

e) **monitoraggio dei centri di riabilitazione:** obiettivo secondario del progetto è l'incremento della percentuale di pazienti indirizzati alla pratica della riabilitazione CV dopo SCA, IMA o PTCA. Attualmente tale percentuale viene stimata pari al 20 % per i pazienti post-IMA ed al 5 % per i pazienti post PTCA, secondo i dati del Registro nazionale del GICR Yside. Obiettivo del Piano è raddoppiare la percentuale (40% dei pazienti post-IMA e 10% dei pazienti post PTCA) nell'arco di tre anni (2006-2008). Tale valutazione potrà essere realizzata mediante confronto dei dati di dimissione e quelli dell'attività dei centri di riabilitazione.

CRONOGRAMMA DEL PROGETTO

	I trimestre	II trimestre	II semestre	II anno	III anno
Costituzione del comitato	X				
Preparazione del sistema informativo (Cartelle, lettere, schede)	X	X			
Definizione del sistema informatico e adozione dello specifico software	X	X	X	X	X
Identificazione ed arruolamento degli operatori coinvolti	X	X	X	X	X
Piano di Formazione	X	X			
Programma di Formazione			X	X	X
Individuazione dei referenti delle strutture cardiologiche	X	X			
Definizione degli strumenti di monitoraggio e controllo di qualità	X	X			
Monitoraggio e controllo di qualità			X	X	X

**STIMA DEI COSTI PREVISTI PER LA REALIZZAZIONE
Piano Finanziario**

risorse	destinatari	azioni	%	
FONDI CIPE quota indistinta	Aziende Sanitarie Locali			€ 713.221
FONDI CIPE quota obiettivi PSN				€ 786.779
totale fondi CIPE			100%	€ 1.500.000
ripartizione fondi CIPE	{ Aziende Sanitarie Locali coordinamento Regionale	{ personale (compresa formazione) potenziamento SIS, promozione	70%	€ 1.050.000
			20%	€ 300.000
		10%	€ 150.000	
ripartizione coordinamento regionale	{ formazione, promozione Contratti e Collaborazioni sistema informativo	60%	€ 90.000	
		30%	€ 45.000	
		10%	€ 15.000	