REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

**Direzione Centrale Salute e Protezione Sociale**

**Agenzia Regionale della Sanità**

# PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE

(di cui intesa Stato / Regioni del 23 marzo 2005)

## PRIMA PARTE

Prevenzione del Rischio Cardiovascolare

Prevenzione delle Complicanze del Diabete

Screening Oncologici

Vaccinazioni

**NOVEMBRE 2005**

## *Indice*


*pagina*

Indice II

**Prevenzione del Rischio Cardiovascolare** 1

Premessa 1

Delineazione del progetto 3

Dimensioni del problema 3

Razionale della strategia preventiva proposta 4

Finalità generali ed obiettivi 6

Piano operativo 8

Monitoraggio del piano 8

Tempi per la realizzazione 9

Identificazione di referenti del piano regionale di prevenzione attiva del rischio cardiovascolare 10

Fasi operative 10

Definizione del contesto 10

Individuazione delle modalità di coordinamento del Piano presso la Regione 10

Individuazione dell'ambito territoriale di effettuazione del Piano Regionale di Prevenzione Attiva del Rischio Cardiovascolare 11

Valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto 11

Adozione algoritmo per il calcolo del rischio globale assoluto 11

Individuazione dell'area della Medicina Generale nel suo contesto territoriale come settino clinico per la diffusione dello strumento per il calcolo del rischio cardiovascolare 12

Individuazione del percorso per la gestione del Rischio Cardiovascolare 13

Modalità di sviluppo delle collaborazioni e tipo di accordi necessari 15

Gestione del rischio 16

Formazione 16

Monitoraggio della applicazione del piano 18

Allegato – Valutazione del rischio cardiovascolare assoluto nella popolazione italiana dai (35) 40 ai 69 anni 20

**Prevenzione delle Complicanze del Diabete** 23
Introduzione 23
Dimensioni del problema nel Friuli Venezia Giulia 23
Sistema regionale di assistenza ai pazienti diabetici 25
Quadro normativo 25
Interventi regionali 25
Situazione dei servizi 26
Finalità generali ed obiettivi specifici 26
Piano operativo 27
Ambito territoriale 27
Modalità di adozione e contestualizzazione delle linee guida per l'assistenza al paziente diabetico 28
Definizione degli indicatori di processo e di esito 28
Definizione delle modalità di acquisizione dei dati per la valutazione degli indicatori 29
Piano di formazione degli operatori 29
Piano di attività educativo – formative rivolte ai pazienti 29
Registro dei pazienti 30
Monitoraggio e coordinamento del progetto 30
Tempi per la realizzazione 30

**Screening Oncologici** 31
Tipologia dei programmi 31
Programmi specifici 32
Programma di screening cervicale 33
Background epidemiologico 33
Caratteristiche generali del programma 34
Popolazione bersaglio 34
Software 35
Campagna informativa 35
Modalità di invito 36
Test di screening 36
Consegna dei referti negativi 37
Approfondimenti diagnostici 37
Referto istologico 38
Trattamento delle lesioni 39

Trattamenti 39
Neoplasia cervicale intraepiteliale di basso grado 39
Neoplasia cervicale intraepiteliale di alto grado 39
Atypical squamous cells of undetermined significance verosimilmente di origine displastica 40
Protocolli di follow up 40
Aspetti comunicativi 41
Formazione del personale 41
Monitoraggio del programma 42
Progetto di attivazione di un programma di screening mammografico 44
Background epidemiologico 44
Caratteristiche generali del programma 44
Popolazione bersaglio 45
Software 45
Campagna informativa 46
Modalità di invito 46
Test di screening 46
Consegna dei referti negativi 47
Approfondimenti diagnostici 47
Trattamento delle lesioni 47
Follow up 47
Aspetti comunicativi 47
Formazione del personale 48
Monitoraggio del programma 48
Progetto di attivazione di un programma di screening del carcinoma colorettale 50
Background epidemiologico 50
Caratteristiche generali del programma 50
Popolazione bersaglio 51
Software 51
Campagna informativa 51
Modalità di invito 51
Test di screening 52
Consegna dei referti negativi 52
Approfondimenti diagnostici 52
Aspetti comunicativi 52
Formazione del personale 53

Monitoraggio del programma 53

**Vaccinazioni** 55

Premessa e contesto generale 55

Pianificazione regionale in materia di strategie vaccinali e prevenzione delle patologie infettive nel periodo 2005 – 2007 56

Prima linea di lavoro 56

Seconda linea di lavoro 57

Terza linea di lavoro 57

Quarta linea di lavoro 59

Quinta linea di lavoro 60

Sesta linea di lavoro 62

Settima linea di lavoro 64

Modalità di coordinamento del progetto complessivo e delle linee di lavoro specifiche 66

Coordinamento dei processi programmatori e di verifica in materia sanitaria e sociosanitaria 67

Allegato – Tabelle 68

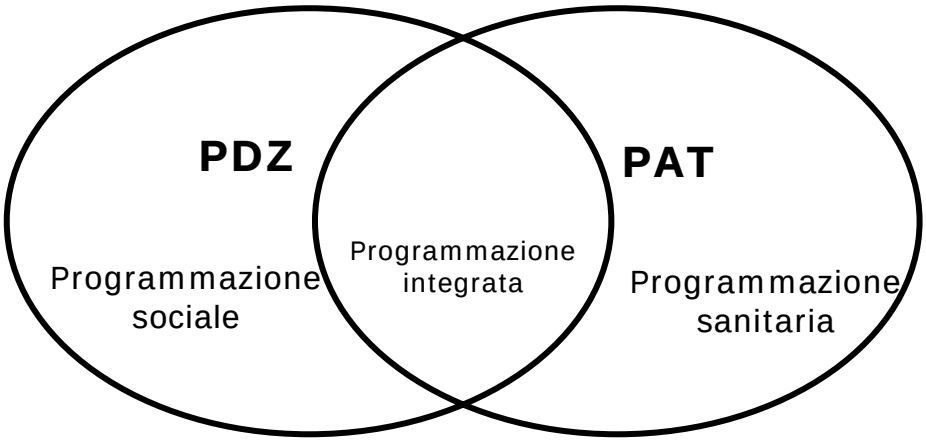
**- PREMESSA**

Le malattie cardiovascolari hanno ormai una dimensione epidemica, cioè abnormemente frequente nella popolazione, non solo nei paesi occidentali, ma in tutto il mondo e l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riconosciuto che esse sono il principale problema sanitario nella popolazione (The World Health Report 2002 WHO), causando un enorme carico di sofferenze umane e di perdite economiche, perché colpiscono persone ancora produttive e gravano la vecchiaia di una condizione di cronicità e fragilità. Paradossalmente lo stesso progresso medico e tecnologico, che ha ridotto la letalità di queste malattie, cioè il numero di coloro che decedono rispetto ai colpiti, ha aggravato il fenomeno, perché i sopravvissuti sono malati cronici, spesso con qualità della vita decisamente ridotta, ad alto consumo di risorse assistenziali e farmaceutiche a carico dei Servizi Sanitari. Eppure da molti anni sono note le condizioni che, presenti in soggetti ancora sani, li predispongono ad ammalare di malattie cardiocircolatorie e segnatamente del processo patologico che sottende le principali, l'aterosclerosi: queste condizioni, definite fattori di rischio, hanno purtroppo la caratteristica di potenziarsi a vicenda, aumentando la probabilità di avere una sindrome coronarica acuta o un ictus cerebrale. Fortunatamente esistono oggi trattamenti preventivi efficaci per contrastare l'alto rischio cardiovascolare, dotati di prove di efficacia (*evidence-based medicine*). Ma quello che l'epidemiologia ha dimostrato è il cosiddetto "paradosso della prevenzione" e cioè il fatto che il maggior numero di eventi cardiovascolari, in senso assoluto, si verifica non nei soggetti ad alto rischio, la cui frequenza nella popolazione è ridotta, ma nei soggetti a rischio intermedio, perché sono molto più numerosi dei primi. Pertanto, anche se è doveroso identificare e trattare i soggetti ad alto rischio, è altrettanto fondamentale individuare i soggetti a rischio intermedio, perché è stato ampiamente dimostrato che è possibile ridurlo attraverso modificazione positive dello stile di vita, definite "salvacuore". Per ridurre il carico umano, sociale ed economico delle malattie cardiovascolari è necessaria pertanto un'azione a vasto raggio che coinvolga le Istituzioni, il mondo sanitario nelle sue varie articolazioni, la comunità ed in particolare la sua espressione più sensibile e disponibile, che è il volontariato sanitario. C'è anche la necessità di un Centro di Coordinamento qualificato, che disponga di adeguate risorse umane e finanziarie. Laddove ciò si è realizzato, come in Finlandia con il Progetto della Carelia del Nord e in Canada con la "*Heart Health Initiative*", letteralmente Iniziativa per la Salute del Cuore, i risultati sono stati decisamente positivi.

Anche in Italia è stato avviato un processo virtuoso per la cosiddetta "Prevenzione Attiva" non solo delle malattie cardiovascolari, ma anche dei tumori, del diabete, delle malattie infettive evitabili con la vaccinazione. In particolare l'intesa Stato Regioni siglata il 23 marzo 2005, che impegna il sistema sanitario a portare avanti il Piano di Prevenzione Attiva 2005-2007, cui sono vincolate quote del fondo sanitario, ha introdotto novità importanti. Gli ambiti del piano nazionale di prevenzione definiti per il triennio 2005-2007 sono: la prevenzione della patologia cardiovascolare, la prevenzione delle complicanze del diabete, gli screening oncologici; le vaccinazioni, la prevenzione degli incidenti. Di ognuno di questi temi l'accordo delinea le finalità generali, ed è stato affidato al Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute il compito di indicare le linee operative e coordinare l'intero Piano e certificare l'avanzamento dei progetti regionali.

La Regione Friuli Venezia Giulia, con vari atti tra cui la Legge Regionale N° 23 del 17/08/2004, le Linee per la Gestione del Servizio Sanitario Regionale nell'Anno 2005 (Delibera Giunta Regionale - DGR - N° 3234 del 29/11/2004), le Linee Guida per la Predisposizione del Programma delle Attività Territoriali - PAT-, le Linee Guida per la Predisposizione del Programma del Piano di Zona - PDZ - (DGR N° 3236 del 29/11/2004), nel riconoscere la rilevanza della patologia cardiovascolare come uno dei maggiori problemi sanitari dei propri cittadini, ha disegnato un percorso organico e di alta integrazione socio-sanitaria in cui, tra gli elementi guida, sono esplicitamente riconosciuti: la **focalizzazione sulla salute**, comprensiva della prevenzione primaria e secondaria, la **risposta alle esigenze dei cittadini**, includente la rilevazione dei bisogni di prevenzione anche nel contesto socio-sanitario, la **revisione dei processi interni**, con particolare rilevanza per il ruolo del Distretto e la centratura sulla persona attraverso il potenziamento della continuità assistenziale ospedale-territorio e della continuità preventiva specialista-medico di medicina generale, **l'introduzione di sistemi di governo della spesa**, inclusa quella farmaceutica con particolare riguardo all'appropriatezza non solo in eccesso ma anche in difetto, gli **investimenti nella formazione** di tutti gli operatori sanitari, di quelli sociali e dell'Alta Direzione delle Aziende Sanitarie Regionali, gli **investimenti in edilizia e tecnologia**, conseguenti alle priorità delineate. Con la programmazione PAT/PDZ la Regione Friuli Venezia Giulia intende valorizzare il punto chiave, già espresso nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, di passare dalla Sanità alla Salute, nel contesto dell'integrazione dei Servizi Sanitari con la realtà sociale ed economica, con l'obiettivo dichiarato di promuovere la salute e prevenire le malattie oltre che curarle, e fa propria l'affermazione del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 che "nessun sistema sanitario può soddisfare a pieno la propria missione se non è rispettoso dei principi di solidarietà e integrazione

sociosanitaria". L'art. 11 e l'art. 12 della LR 23/04, che trattano rispettivamente del PAT e del PDZ, stabiliscono che i due strumenti programmatori devono individuare: le **attività sociosanitarie,** le **risorse necessarie**, le **quote** da porre rispettivamente a carico dell'ASS e dei Comuni, le **forme di concertazione con l'ASS** per garantire la cooperazione gestionale e professionale nell'ambito delle aree ad alta integrazione sociosanitaria (vedi schema).




In questo contesto operativo nazionale e regionale la Regione Friuli Venezia Giulia lancia il PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE ATTIVA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE, come azione per la salute dell'intera popolazione regionale, sviluppando armonicamente sia la **strategia individuale** e **quella di popolazione**, con un modello gestionale e di sorveglianza che evidenzi i punti di forza ed i punti di debolezza dell'intervento, con raccolta di adeguati indicatori, in modo da attivare il circolo virtuoso della progettazione-azione-valutazione-riprogettazione e con l'intento esplicito di modificare permanentemente l'approccio di promozione della salute e preventivo cardiovascolare, dopo l'investimento iniziale, al fine di garantirne la sostenibilità – e pertanto l'efficacia – nel tempo. In sintesi il Piano intende fornire la base per un miglioramento stabile del Sistema Sanitario Regionale in relazione alla prevenzione attiva cardiovascolare.

## - DELINEAZIONE DEL PROGETTO

### *- Dimensioni del problema*

Nella Regione Friuli Venezia Giulia la patologia cardiovascolare rappresenta la prima causa di morte, essendo nel 2001 il 38% dei decessi totali, con una significativa differenza tra uomini (33%) e donne (43%) (*Dati ISTAT 2001*). In relazione ai ricoveri ospedalieri, la patologia cardiovascolare si colloca al primo posto (15,7% del totale) nell'anno 2003 con un totale di 13.641 ricoveri negli

uomini e 12.197 nelle donne. L'incidenza di coronaropatia, stimata dal 1° Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari (*Ital Heart J 2003; Supplement, Suppl 4*), è di 301 per 100.000 negli uomini dai 25 agli 84 anni e di 159 per 100.000 nelle donne di pari età. La prevalenza di coronaropatia e di altre forme di malattie cardiovascolari nella popolazione tra i 35 e i 74 anni è superiore all'11,2% negli uomini e al 9,4% nelle donne (dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, 2° Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari, *Ital Heart J 2004; Supplement, Suppl 3*). Dalla stesse fonti emerge che i fattori di rischio cardiovascolare e lo stato del controllo di quelli modificabili nella Regione Friuli Venezia Giulia sono preoccupanti: nella popolazione tra i 35 e i 74 anni il 45% degli uomini e il 37% delle donne ha un'ipertensione che richiede trattamento farmacologico, ma solo il 45% degli uomini ed il 60% delle donne lo assume e solo il 20% nei due sessi ha una terapia efficace; circa il 20% della popolazione ha un'ipercolesterolemia che richiede farmaci, ma oltre il 75% non ne assume, mentre il 42% degli uomini e il 37% delle donne ha valori di colesterolo che richiedono una stabile correzione delle abitudini alimentari; un terzo degli uomini ed oltre un quarto delle donne fuma regolarmente, i diabetici sono il 10% degli uomini e il 6% delle donne, gli obesi il 21% degli uomini e il 31% delle donne, il 42% in entrambi i sessi è sedentario nel tempo libero.

***- Razionale della strategia preventiva proposta***

Molte raccomandazioni internazionali [ATPIII (*Circulation* 2002;106:3143–3421**.** *Circulation* 2004;110:227-239.); European Guidelines (*European Heart Journal* 2003; 24:1601–1610; *European Journal of Prevention and Rehabilitation* 2003; 10(Suppl1):S1-S78); AACE Lipid Guidelines (*Endocr Pract.* 2000; 6:162-212); *Atherosclerosis* 2003; 168:1-14*; Atherosclerosis* 2001; 157:481–489; *Lancet* 2003; 362: 717–31] e nazionali [*Ital Heart J 2004*; 5(Suppl 3):94S-101S; *Ital Heart J 2004*;5(Suppl 8): 22S-135S] delineano con chiarezza le modalità per attuare una prevenzione attiva efficace del rischio cardiovascolare, sottolineando in particolare il ruolo integrato della strategia individuale e di quella di popolazione.

Nella **strategia individuale** un ruolo fondamentale è svolto dai Medici di Medicina Generale che sono in grado di stratificare il rischio cardiovascolare assoluto dei loro assistiti, nei vari contesti professionali, dalla medicina di attesa a quella di opportunità a quella attiva. Oltre a loro altre figure di spicco sono rappresentate dal personale infermieristico di studio, se esistente, dal personale medico e infermieristico dei Distretti di riferimento e dagli specialisti, in particolare cardiologi, internisti, angiologi, diabetologi, esperti di metabolismo e ipertensione, cui i Medici di Medicina Generale inviano particolari categorie di assistiti ad alto rischio per una migliore valutazione diagnostica e prognostica. La Regione Friuli Venezia Giulia intende pertanto cooptare i Medici di

Medicina Generale, i Medici di Distretto, gli Specialisti interessati ed il personale infermieristico per un'azione sinergica e concordata di valutazione del rischio cardiovascolare assoluto dei propri cittadini di età dai 40 ai 69 anni, seguita da interventi adeguati di correzione del rischio, laddove necessari, prevalentemente attraverso la terapia educazionale degli stili di vita, di cui uno degli strumenti principali è il counseling motivazionale breve. La Regione intende incentivare questa azione attraverso i previsti strumenti contrattuali e con accreditamento ECM sia di corsi di formazione specifica sia della partecipazione attiva a progetti regionali e nazionali di raccolta delle informazioni sul rischio cardiovascolare dei cittadini, essenziali per creare indicatori di attività da confrontare nel tempo con quelli di esito, ottimizzando progressivamente la performance dell'intero Sistema Sanitario Regionale con guadagni sensibili di salute per la popolazione e razionalizzazione degli investimenti sanitari.

Nella **strategia di popolazione**, che mira a diffondere nel maggior numero dei cittadini della Regione la cultura della promozione della salute e della prevenzione cardiovascolare in particolare, aumentando le conoscenze sul rischio cardiovascolare assoluto, sui fattori di rischio ed i loro livelli raccomandabili e sui comportamenti per ridurre quelli modificabili, un ruolo fondamentale spetta ai Comuni, ai Distretti e ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie, esplicitamente riconosciuto nella programmazione socio-sanitaria del Friuli Venezia Giulia con le Linee Guida per la Predisposizione del Programma delle Attività Territoriali -PAT- e le Linee Guida per la Predisposizione del Programma del Piano di Zona -PDZ- (DGR N° 3236 del 29/11/2004); in questo contesto di programmazione socio-sanitaria un ruolo importantissimo può essere svolto dai Farmacisti, dalle Associazioni di Volontariato, specie in ambito cardiovascolare. Considerate le esigenze di standardizzazione dell'approccio e delle misure per una corretta valutazione del rischio cardiovascolare assoluto, la Regione Friuli Venezia Giulia ritiene che tale operazione sia appannaggio dei medici o di personale infermieristico adeguatamente formato, secondo le indicazioni del Progetto Cuore dell'Istituto Superiore di Sanità (vedi www.cuore.iss.it), pertanto fa appello alla cultura ed alla disponibilità di Farmacisti e Volontari per promuovere a tutti i livelli le conoscenze sulla prevenzione cardiovascolare ed in particolare gli stili di vita "salvacuore", con l'esempio, consigli, manifestazioni ad hoc. La Regione intende incentivare questo preziosissimo supporto con corsi di formazione ECM per Farmacisti ed intende privilegiare, nel contesto delle proprie Leggi sul Volontariato, le associazioni che programmeranno corsi di formazione per volontari in sinergia con i Dipartimenti di Prevenzione ed i Distretti delle Aziende Sanitarie. I Comuni hanno inoltre un altro ruolo determinante nella promozione della salute cardiovascolare, sostenendo attivamente le Direttive Nazionali e Regionali di **Protezione della Salute** (intesa come serie di provvedimenti istituzionali che oggettivamente migliorano la salute dei cittadini, es. la

Legge antifumo n. 306 del 21/10/2003), facilitando i comportamenti "salvacuore" dei cittadini, per esempio attrezzando piste ciclabili, aree verdi, palestre, piscine ed impianti sportivi per l'attività fisica di massa, promuovendo corsi di ginnastica per vari gruppi di età, ed infine interagendo con il Volontariato per favorire le iniziative di quest'ultimo con la concessione di spazi pubblici coperti e scoperti, la detassazione della pubblicità sanitaria etc. Alcuni Comuni possono ulteriormente potenziare la propria azione, aderendo ad iniziative di promozione attiva della salute nella Comunità come l'adesione al ***Progetto Città Sane***, alle iniziative del ***Centro di Ricerca di Comunità "Giorgio A. Feruglio"*** di Martignacco**,** la creazione di ***Scuole Territoriali della Salute***, sull'esempio dell'omonimo organismo operante negli 11 Comuni del Distretto di Codroipo con compiti di indirizzo, coordinamento e ricerca nel campo della prevenzione primaria. La Regione Friuli Venezia Giulia, d'intesa con i Dipartimenti di Prevenzione ed i Distretti delle Aziende Sanitarie, promuove l'attivazione di specifici Corsi di formazione per Amministratori e Funzionari Comunali per fornire loro gli elementi conoscitivi e programmatori alla base di scelte consapevoli. Infine i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie, oltre ad interagire con la formazione in promozione della salute cardiovascolare con i Distretti, i Comuni ed il Volontariato sanitario, dovrebbero mappare le iniziative intraprese ed eseguire specifiche indagini di popolazione come il Progetto PASSI dell'Istituto Superiore di Sanità.

***- Finalità generali ed Obiettivi***

Le finalità generali del Piano Regionale di Prevenzione Attiva del Rischio Cardiovascolare in Friuli Venezia Giulia sono stati descritti in premessa: promuovere un'azione per la salute dell'intera popolazione regionale, sviluppando armonicamente sia la **strategia individuale** e **quella di popolazione**, con l'intento esplicito di modificare permanentemente l'approccio di promozione della salute e preventivo cardiovascolare, dopo l'investimento iniziale, al fine di garantirne la sostenibilità – e pertanto l'efficacia – nel tempo.

Gli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione Attiva del Rischio Cardiovascolare in Friuli Venezia Giulia sono:

- ♥ valutare il rischio cardiovascolare assoluto nel maggior numero di cittadini regionali di età dai 40 ai 69 anni;
- ♥ implementare le proprie banche informative online con la valutazione del rischio cardiovascolare per ottenere strumenti di monitoraggio, di interpretazione degli esiti e di governo;

- ♥ diffondere presso il personale sanitario dell'assistenza primaria e della specialistica di riferimento per il rischio cardiovascolare globale le competenze per la gestione del rischio cardiovascolare globale in termini di terapia educazionale per gli stili di vita e l'aderenza, terapia farmacologica quando appropriata, il monitoraggio del rischio nel tempo;
- ♥ favorire nei medici e nei farmacisti l'interpretazione della normativa esistente sulla rimborsabilità dei farmaci per la prevenzione dell'alto rischio con provvedimenti facilitatori e la delineazione di percorsi di riferimento di Area Vasta e Regionali per i casi dubbi, al fine anche di migliorare l'appropriatezza prescrittiva in un contesto di equità;
- ♥ diffondere presso il personale sanitario e tecnico-amministrativo dei Distretti e dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie, le competenze per attività di supporto alla Medicina Generale, di formazione per Volontari laici, Amministratori e funzionari comunali, di monitoraggio delle iniziative intraprese.
- ♥ coinvolgere i Comuni, sia nel contesto dei PDA/PDZ che in quello della protezione della salute, per attivare, d'intesa con i Distretti ed i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie, programmi di comunità orientati agli stili di vita "salvacuore" come indispensabile integrazione alla strategia individuale.
- ♥ coinvolgere categorie professionali come i Farmacisti e le Associazioni di Volontariato Sanitario nei PDA/PDZ orientati alla promozione della salute cardiovascolare nella comunità.

Le modalità con cui il Piano Regionale di Prevenzione Attiva del Rischio Cardiovascolare intende realizzare le finalità e gli obiettivi sono:

- ♥ informare la popolazione generale del Piano Regionale di Prevenzione Attiva del Rischio Cardiovascolare, nelle sue dimensioni di strategia individuale e di popolazione;
- ♥ coinvolgere il maggior numero di Medici di Medicina Generale e di Specialisti collegati alla valutazione del rischio cardiovascolare in programmi di formazione per la valutazione e la gestione del rischio cardiovascolare globale;
- ♥ coinvolgere il maggior numero di infermieri collaboratori dei Medici di Medicina Generale e degli Specialisti collegati alla valutazione del rischio cardiovascolare in programmi di formazione per la valutazione del rischio cardiovascolare globale e la terapia educazionale che la sua gestione comporta;
- ♥ coinvolgere il maggior numero di Dirigenti di Distretto e di personale infermieristico e amministrativo ivi operante, in programmi di formazione per il sostegno all'informatizzazione dei risultati della valutazione del rischio eseguita da Medici di

Medicina Generale che non utilizzano abitualmente il computer nella propria attività professionale;

- ♥ coinvolgere il maggior numero di Dirigenti e personale medico e infermieristico e tecnico-amministrativo dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie in programmi di formazione per Farmacisti, Volontariato Sanitario, Amministratori e Funzionari Comunali e nella gestione di sistemi di monitoraggio delle attività nella comunità.

**- PIANO OPERATIVO**

Il Piano Operativo della Regione Friuli Venezia Giulia si articolerà nei seguenti punti:

1. Definizione del contesto
2. Valutazione del rischio globale assoluto
3. Gestione del rischio
4. Formazione
5. Monitoraggio

Lo sviluppo dei singoli punti del Piano Operativo è riportato successivamente.

**- MONITORAGGIO DEL PIANO**

Ad integrazione del monitoraggio del Piano Operativo, affidato alle Aziende Sanitarie Territoriali, la Regione Friuli Venezia Giulia effettuerà il monitoraggio dell'intero Piano di Prevenzione Attiva del Rischio Cardiovascolare tramite la propria Agenzia Regionale della Sanità, comparando i risultati Azienda per Azienda, secondo indicatori concordati, i cui risultati saranno inviati in chiaro solo all'Azienda di pertinenza, mentre quelli globali saranno pubblicati in forma anonima in modo da poter verificare l'andamento delle iniziative previste in un contesto sinottico, senza che comunque sia possibile riconoscere la specifica Azienda. Il razionale di questo processo di monitoraggio è finalizzato al miglioramento continuo del Sistema Sanitario Regionale, che deve funzionare in modo armonico per garantire la stessa equità a tutti i cittadini. I Responsabili Aziendali, che vedranno i propri risultati in chiaro potendoli leggere nel contesto delle altre Aziende Regionali, avranno pertanto uno strumento di verifica e consolidamento/miglioramento delle attività del Piano, per il raggiungimento delle finalità e degli obiettivi indicati.

## - TEMPI PER LA REALIZZAZIONE

La Regione Friuli Venezia Giulia, adottando il Piano di Prevenzione Attiva del Rischio Cardiovascolare intende seguire il cronogramma riportato nella pagina successiva:

| **REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA**<br>**PIANO DI PREVENZIONE ATTIVA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE**<br>***CRONOGRAMMA*** | lug 2005 | set 2005 | ott 2005 | nov 2005 | dic 2005 | gen 2006 | feb 2006 | mar 2006 | apr 2006 | mag 2006 | giu 2006 | lug 2006 | ago 2006 | set 2006 | ott 2006 | nov 2006 | dic 2006 | gen 2007 | feb 2007 | mar 2007 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Luglio-Settembre 2005: predisposizione Atti Regionali per il Piano di Prevenzione Attiva del Rischio Cardiovascolare (PARCV) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ottobre 2005: insediamento del Comitato dei Referenti del PARCV, tempificazione delle riunioni periodiche di monitoraggio e verifica delle azioni predisposte | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nov-Dic 2005: predisposizione del Piano Regionale degli Eventi Formativi (PREF) per gli attori del PARCV, MMG, infermieri, personale dei Distretti, personale Dipartimenti di Prevenzione, Farmacisti, Volontari Sanitari, Amministratori e funzionari comunali | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Novembre-Dicembre 2005 predisposizione dei sistemi di raccolta dati e di monitoraggio di processo e di esito | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gennaio-Marzo 2006 attuazione degli eventi previsti dal PREF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Febbraio-Novembre 2006 lavoro "sul campo" per la strategia individuale la Medicina Generale e Specialistica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Febbraio-Novembre 2006 lavoro "sul campo" per la strategia di popolazione | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Febbraio-Novembre 2006 monitoraggio indicatori di processo e di esito da parte delle ASS e dell'Agenzia Reg. Sanità | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dicembre 2006-Febbraio 2007 elaborazione dati e correlazione con gli indicatori previsti | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marzo 2007 valutazione risultato finale, redazione della Relazione per il CCM, approvazione della relazione e pubblicizzazione risultati | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**- IDENTIFICAZIONE DI REFERENTI DEL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE ATTIVA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE**

La Regione Friuli Venezia Giulia negli Atti specifici di adozione del Piano Regionale di Prevenzione Attiva del Rischio Cardiovascolare nominerà un Comitato di Coordinamento per lo sviluppo ed il monitoraggio dello stesso, afferente all'Agenzia Regionale della Sanità e composto da personale qualificato di quest'ultima e dell'Assessorato Regionale alla Salute ed alla Protezione Sociale, incluso il Servizio Farmaceutico, e da referenti regionali di: Organizzazioni della Medicina Generale e dei Cardiologi, Medici Dirigenti di Distretto, Medici Coordinatori dei Dipartimenti di Prevenzione ed inoltre da rappresentante dei Farmacisti regionali, rappresentanti delle Conferenze dei Sindaci, rappresentanti del Volontariato Sanitario Cardiovascolare, referente per il Sistema Informativo Sanitario Regionale, rappresentanti delle Aziende Sanitarie Regionali. I compiti del Comitato di Coordinamento, in relazione al cronogramma del Progetto ed alle risorse disponibili sono di coordinamento e valutazione e sono descritti nei paragrafi seguenti.

**- FASI OPERATIVE:**

1. **Definizione del contesto**

– ***Individuazione delle modalità di coordinamento del Piano presso la Regione***

Come già descritto, la Regione Friuli Venezia Giulia si doterà di un Comitato di Coordinamento del Piano Regionale di Prevenzione Attiva del Rischio Cardiovascolare che avrà il compito, con riunioni periodiche anche in audioconferenza dopo le prime di insediamento e pianificazione, di predisporre, monitorare e valutare le fasi attuative del Piano, secondo le finalità ed il cronogramma esposti, con particolare riguardo alla strategia individuale, in cui il ruolo del Medico di Medicina Generale è preminente, alla strategia di popolazione, secondo le indicazioni fornite e alla corretta comunicazione all'opinione pubblica del Progetto e dei suoi sviluppi.

- ***Individuazione dell'ambito territoriale di effettuazione del Piano Regionale di Prevenzione Attiva del Rischio Cardiovascolare***

Per definizione l'intera Regione Friuli Venezia Giulia sarà coinvolta nella strategia individuale, e nella strategia di popolazione. La prima si basa sulla valutazione del rischio cardiovascolare globale da parte del Medico di Medicina Generale con strumento computerizzato o cartaceo (vedi oltre) e con un presumibile riferimento specialistico di approfondimento decisamente contenuto. La strategia di popolazione, affrontando in particolare gli stili di vita insalubri (fumo, alimentazione scorretta, eccesso di alcool, inattività fisica), richiede la partecipazione attiva della comunità ed è affidata a Comuni, ai Distretti e ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie, come esplicitamente riconosciuto nella programmazione socio-sanitaria del Friuli Venezia Giulia con le Linee Guida per la Predisposizione del Programma delle Attività Territoriali -PAT- e le Linee Guida per la Predisposizione del Programma del Piano di Zona -PDZ- (DGR N° 3236 del 29/11/2004); in questo contesto di programmazione socio-sanitaria un ruolo importantissimo viene svolto dai Farmacisti e dalle Associazioni di Volontariato, specie in ambito cardiovascolare, per promuovere a tutti i livelli le conoscenze sulla prevenzione cardiovascolare ed in particolare gli stili di vita "salvacuore", con l'esempio, consigli, manifestazioni ad hoc. Pertanto le specifiche azioni di promozione della salute cardiovascolare saranno riportate e messe in atto nel contesto dei Programmi delle Attività Territoriali e dei Piani di Zona delle Aziende Sanitarie Territoriali della Regione.

## 2. Valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto

- ***Adozione algoritmo per il calcolo del rischio globale assoluto***

Sulla scorta delle Linee Guida Internazionali e Nazionali c'è un ampio consenso all'adozione di un algoritmo di valutazione del rischio cardiovascolare assoluto che comporti, quando appropriato, l'adozione di uno strumento validato di calcolo del rischio basato su dati nazionali standardizzati e recenti. Un possibile algoritmo per la valutazione del rischio cardiovascolare assoluto, che utilizza le carte del Progetto Cuore dell'Istituto Superiore di Sanità di Roma è riportato nell'Allegato 1, già utilizzabile in forma cartacea. L'algoritmo può essere computerizzato nell'ambito di cartelle cliniche elettroniche della Medicina

Generale o di Specialisti, come ad esempio i cardiologi, ma anche in un software a se stante. Infine i punti c) e d) possono essere valutati elettronicamente con il programma cuore.exe, scaricabile gratuitamente per i medici dal sito dell'Istituto Superiore di Sanità (http://www.cuore.iss.it/) che consente anche un sistema a punteggio, più accurato delle Carte del Rischio perché prende in considerazione anche il colesterolo HDL (protettivo) e la terapia anti-ipertensiva come indicatrice di un'ipertensione di lunga durata (maggior rischio).

- ***Individuazione dell'area della Medicina Generale nel suo contesto territoriale come setting clinico per la diffusione dello strumento per il calcolo del rischio cardiovascolare (carta del rischio, cuore.exe)***

La Regione Friuli Venezia Giulia, adottando il Piano Regionale di Prevenzione Attiva del Rischio Cardiovascolare, considera l'area della Medicina Generale, nella sua articolazione territoriale in Distretti come il contesto clinico maggiormente appropriato per la strategia individuale, in cui il primo passo è la valutazione del rischio cardiovascolare globale per la popolazione regionale dai 40 ai 69 anni, con l'uso sistematico, quando appropriato, della Carta del Rischio Cardiovascolare Globale dell'Istituto Superiore di Sanità e/o del sistema a punteggio del programma elettronico cuore.exe. La Regione Friuli Venezia Giulia pertanto, come meglio specificato nei paragrafi seguenti, intende privilegiare culturalmente questo aspetto del Piano Regionale di Prevenzione Attiva del Rischio Cardiovascolare, favorendo la formazione dei Medici di Medicina Generale, tramite il coinvolgimento attivo del Centro Regionale per l'Area della Formazione della Medicina Generale del Friuli Venezia Giulia e la partecipazione attiva ad un programma regionale di raccolta dati sul rischio cardiovascolare assoluto gestito elettronicamente per i Medici di Medicina Generale che utilizzano correntemente il computer nella loro pratica professionale, ma anche con supporti cartacei, da computerizzare a carico dei Distretti sanitari di pertinenza, per i Medici di Medicina Generale che non utilizzano il computer. La Regione Friuli Venezia Giulia infatti tende prioritariamente a perseguire l'equità anche con questo Piano di Prevenzione Attiva del Rischio Cardiovascolare, consentendo a tutti i Medici di Medicina Generale convenzionati con il Sistema Sanitario Regionale di partecipare, al fine di non privare nessuna categoria dei propri cittadini di questa straordinaria opportunità di prevenzione.

- ***Individuazione del percorso per la gestione del Rischio Cardiovascolare***

La gestione del Rischio Cardiovascolare Globale Assoluto è il secondo passo fondamentale dopo la valutazione del rischio. Da un punto di vista della sanità pubblica, anche a livello della strategia individuale, ciò che è indispensabile e sinora ampiamente negletta è la terapia educazionale, intesa come interventi strutturati rispettosi delle caratteristiche motivazionali del soggetto/paziente, in ordine a modificazione positive degli stili di vita e, se necessaria terapia farmacologica, all'aderenza alla stessa, da somministrare a tutte le persone valutate per il rischio cardiovascolare globale, anche e soprattutto a coloro che non hanno livelli elevati di rischio. E' infatti dimostrato che anche in Italia sono queste persone a produrre il maggior numero "assoluto" di eventi cardiovascolari, perché pur non avendo un rischio elevato sono numericamente molte di più di quelle ad alto rischio: queste ultime, pur avendo più eventi all'interno della categoria, contribuiscono con un minor numero al carico totale di eventi, essendo di meno nella distribuzione della popolazione. La tecnica che, nel contesto della Medicina di Base e Specialistica, sembra più idonea a garantire elevati standard di terapia educazionale è il Counseling (colloquio) Motivazionale Breve. La Regione Friuli Venezia Giulia intende pertanto favorire al massimo grado l'acquisizione della competenza in terapia educazionale e segnatamente nel colloquio motivazionale breve, nei Medici di Medicina Generale, negli Specialisti loro collegati per l'approfondimento del rischio cardiovascolare, in primis i Cardiologi, e nel Personale Infermieristico che collabora con queste categorie. Tale azione sarà integrata con quella più abituale per la classe medica, tesa a favorire la predisposizione e l'attuazione di **Protocolli Operativi Aziendali** sia per la "gestione del rischio" da parte della Medicina Generale, sia per il riferimento specialistico, specie cardiologico, dei pazienti/soggetti ad alto rischio in cui siano necessari approfondimenti peculiari e strumentali. I Protocolli dettaglieranno le modalità operative possibili nel contesto territoriale di riferimento, in relazione alle Linee Guida Internazionali e Nazionali ed alle risorse disponibili, in modo da garantire a tutta l'utenza una parità di trattamento ed un accesso equo con adeguato controllo delle liste di attesa e prioritarizzazione delle situazioni da approfondire, secondo le Linee per la Gestione del Servizio Sanitario Regionale nell'Anno 2005 (DGR N° 3234 del 29/11/2004). La Regione Friuli Venezia Giulia intende dare un ruolo guida nella stesura e nel monitoraggio dei Protocolli Operativi Aziendali per il Piano Regionale di Prevenzione Attiva del Rischio

Cardiovascolare ai Distretti Sanitari, i cui Dirigenti li stileranno e approveranno seguendo linee applicative predisposte dal Comitato di Coordinamento Regionale, attraverso il metodo della concertazione con i rappresentanti della Medicina Generale e degli Specialisti coinvolti, in particolare i Cardiologi. La Regione Friuli Venezia Giulia infine intende proporre degli schemi di "gestione del rischio cardiovascolare" sul modello del "disease management", predisposti dal proprio Comitato di Coordinamento, ma discussi ed integrati a livello Distrettuale in modo da far parte integrante dei Protocolli Operativi Aziendali.

La Regione Friuli Venezia Giulia, in questo ambito intende favorire nei medici e nei farmacisti **l'interpretazione della normativa esistente sulla rimborsabilità dei farmaci per la prevenzione dell'alto rischio**, in particolare la Nota 13 AIFA, con provvedimenti facilitatori e la delineazione di percorsi di riferimento di Area Vasta e Regionali per i casi dubbi, al fine anche di migliorare l'appropriatezza prescrittiva in un contesto di equità. Poiché uno dei punti di maggior problematicità della Nota 13 AIFA è la ***definizione delle dislipidemie familiari***, la Regione Friuli Venezia Giulia, sentito anche il Servizio Farmaceutico, intende adeguare la Nota 25 diagnostica, prevista dal D.M. 28/05/1999, N° 329, G.U. Suppl. Ord. 226 del 25/09/1999, con lettere che identifichino la forma di dislipidemia familiare e la presenza o meno di complicanza cardiovascolare (es. 025a = ipercolesterolemia familiare eterozigote [ICD 9 272.0] senza complicanze, 025A = ipercolesterolemia familiare eterozigote con complicanze cardiovascolari, etc.), analogamente a quanto disposto dalla Regione stessa per la nota diagnostica 031 per l'ipertensione arteriosa. Inoltre la Regione Friuli Venezia Giulia intende identificare, nel contesto di Azienda Sanitaria e Area Vasta, strutture pubbliche competenti di primo livello per la certificazione diagnostica delle dislipidemie familiari, ricomprendendo alcune di quelle già considerate per la stesura dei Piani Terapeutici previsti dalla Nota 13 AIFA; infine la Regione intende individuare una o più strutture pubbliche di secondo livello per la diagnosi genetica delle dislipidemie familiari e conferma alla Cattedra Malattie Dismetaboliche dell'Università di Trieste il ruolo di Centro Regionale per l'LDL-aferesi delle dislipidemie aterogene intrattabili farmacologicamente o le forme di ipercolesterolemia familiare omozigote (per definizione molto rare). Tutte le strutture di primo e secondo livello per la diagnosi ed il trattamento delle dislipidemie familiari saranno collegate in rete a servizio dei Medici di Medicina Generale e degli altri Specialisti coinvolti nella gestione del rischio cardiovascolare e la Regione intende varare un regolamento per la loro operatività, assicurando risorse adeguate nel contesto della pianificazione regionale.

- ***Modalità di sviluppo delle collaborazioni e tipo di accordi necessari***

Come già accennato il Comitato di Coordinamento Regionale per la Prevenzione Attiva del Rischio Cardiovascolare predisporrà una bozza di Piano Regionale degli Eventi Formativi (PREF) per il Piano Regionale di Prevenzione Attiva del Rischio Cardiovascolare, che conterrà non solo gli aspetti relativi alla valutazione del rischio cardiovascolare globale, ma anche quelli relativi alla sua gestione ed in particolare alla terapia educazionale ed al colloquio motivazionale breve, senza tralasciare una corretta formazione sulla scelta di terapie farmacologiche appropriate, quando necessarie, e sul costante monitoraggio dell'aderenza a tali terapie. Sarà fondamentale, nel contesto della formazione all'uso di terapia appropriata, non solo una condivisione delle Linee Guida e degli obiettivi terapeutici da esse indicati, ma la piena padronanza degli aspetti farmacologici, comprese le indicazioni in base all'evidenza scientifica, la farmacocinetica e farmacodinamica, le interazioni tra farmaci e con cibo e alcool, gli effetti collaterali e gli effetti avversi. Nella terapia farmacologica appropriata per la riduzione del rischio cardiovascolare globale la Regione Friuli Venezia Giulia intende privilegiare anche l'uso appropriato dei presìdi farmacologici per la disassuefazione dal fumo. Il Comitato di Coordinamento fornirà anche alle Aziende Sanitarie ed ai Distretti le linee applicative per la stesura ed attuazione dei Protocolli Operativi Aziendali.

Gli accordi necessari per l'attuazione del Piano Regionale di Prevenzione Attiva del Rischio Cardiovascolare saranno presi con i rappresentanti dei Medici di Medicina Generale attraverso gli strumenti, anche incentivanti, previsti dal Contratto Nazionale. La Regione intende privilegiare le incentivazioni collegate a risultati di salute e pertanto su tali indirizzi, ossia sulla valutazione attraverso indicatori, verrà definito l'accordo integrativo Regionale.
Per il personale dipendente delle Aziende Sanitarie saranno stipulati accordi regionali per privilegiare i progetti incentivanti finalizzati alla prevenzione attiva del rischio cardiovascolare, compresa la diagnostica e la terapia delle dislipidemie familiari, e la Regione Friuli Venezia Giulia intende istituire meccanismi incentivanti per quelle Aziende Sanitarie che riusciranno a riconvertire personale tecnico-amministrativo a supporto delle attività Distrettuali, in particolare quelle relative all'informatizzazione delle schede cartacee di valutazione del rischio cardiovascolare compilate dai Medici di Medicina Generale che non usano il computer nella propria pratica professionale.

## 3. Gestione Del Rischio

La gestione del rischio comprende l'identificazione del percorso per il trattamento ed il monitoraggio del rischio individuale. La Regione Friuli Venezia Giulia, come già accennato nei paragrafi precedenti, prevede in particolare, per la strategia individuale, il coinvolgimento attivo e l'integrazione di differenti competenze professionali:

- la Medicina Generale,
- servizi e strutture operanti per favorire il controllo dei fattori di rischio modificabili, comprese le dislipidemie familiari.

La Regione Friuli Venezia Giulia, nell'adozione di questa parte Piano Regionale di Prevenzione Attiva del Rischio Cardiovascolare, intende utilizzare le Linee Guida e la documentazione prodotta dal CCM, nonché le linee applicative predisposte dal proprio Comitato di Coordinamento, al fine di produrre Piani Operativi Aziendali scientificamente corretti e connotati dall'equità nell'offerta ai propri cittadini.

Anche a supporto di questa azione, ma riconoscendone il valore fondante, la Regione Friuli Venezia Giulia favorirà al massimo livello le iniziative di strategia di popolazione operative nel contesto dei Programmi delle Attività Territoriali e dei Piani di Zona, secondo le specifiche descritte in altri paragrafi e curando soprattutto la comunicazione di questi aspetti all'opinione pubblica. Tale sinergia è ritenuta fondamentale per favorire la partecipazione della popolazione adulta alla valutazione del rischio offerta e praticata dal proprio Medico di Medicina Generale.

## 4. Formazione

Come già descritto, la Regione Friuli Venezia Giulia si doterà, attraverso l'operatività del proprio Comitato di Coordinamento, di un Piano Regionale di Formazione per la Prevenzione Attiva del Rischio Cardiovascolare. Il Piano comprenderà eventi specifici per il personale a vario titolo impegnato nella strategia individuale, accreditati ECM, ed eventi specifici per gli operatori coinvolti a vario titolo nella strategia di popolazione (Farmacisti, appartenenti alle Associazioni di Volontariato Sanitario, Amministratori e Funzionari Comunali).

Lo sviluppo del Piano di Formazione Regionale per il personale coinvolto nella prevenzione individuale del rischio cardiovascolare, prevede i seguenti contenuti essenziali:

- Prevenzione in ambito cardiovascolare
- Calcolo del rischio
- Rischio globale assoluto
- Trattamenti terapeutici
- Terapia Educazionale - Counseling Motivazionale Breve

Il piano regionale potrà utilmente integrarsi con il piano di formazione CCM.

Lo sviluppo del Piano di formazione Regionale per il personale coinvolto nella strategia di popolazione del rischio cardiovascolare, prevede i seguenti contenuti essenziali:

- Prevenzione in ambito cardiovascolare
- Gli stili di vita "salvacuore"
- Le iniziative di promozione della salute cardiovascolare nella comunità
- Il ruolo di Farmacisti, Volontariato Sanitario, Comuni nella promozione della salute cardiovascolare nella comunità
- Il monitoraggio delle iniziative di comunità.

Lo sviluppo del Piano di formazione Regionale per il personale dei Dipartimenti di Prevenzione coinvolto nel monitoraggio delle azioni del Piano Regionale di Prevenzione Attiva del Rischio Cardiovascolare, prevede i seguenti contenuti essenziali:

- Epidemiologia cardiovascolare
- Prevenzione in ambito cardiovascolare
- Calcolo del rischio e rischio globale assoluto
- Terapia Educazionale - accenni al Counseling Motivazionale Breve
- Gli stili di vita "salvacuore"
- Le iniziative di promozione della salute cardiovascolare nella comunità ed il ruolo di Farmacisti, Volontariato Sanitario, Comuni
- Il monitoraggio delle iniziative di comunità
- La valutazione delle "practices = attività" sia cliniche che di comunità per la riduzione del rischio cardiovascolare globale in relazione agli esiti di salute.

## 5. Monitoraggio della applicazione del piano

Il monitoraggio dell'applicazione del Piano Regionale di Prevenzione Attiva del Rischio Cardiovascolare prevede le seguenti fasi:

- monitoraggio delle attività del Comitato di Coordinamento Regionale: numero di riunioni effettuate, numero di audioconferenze effettuate, numero di documenti prodotti, numero di relazioni ad interim prodotte, redazione o meno della relazione finale;
- monitoraggio delle attività Distrettuali: numero di Distretti coinvolti nei Piani Operativi Aziendali di Prevenzione Attiva del Rischio Cardiovascolare, numero di Dirigenti di Distretto, Medici di Medicina Generale e Specialisti coinvolti nei Piani Operativi Aziendali, numero di personale distrettuale adibito alla computerizzazione delle schede cartacee per la valutazione del rischio cardiovascolare globale, numero di schede inserite per mese di attività "sul campo";
- monitoraggio delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione: numero di Dirigenti e personale che hanno partecipato alle specifiche attività di formazione per il monitoraggio delle azioni di piano; numero di Dipartimenti che hanno implementato i sistemi di monitoraggio; numero di attività di comunità censite per Dipartimento;
- monitoraggio della realizzazione di accordi per la partnership nella strategia individuale: numero di accordi realizzati e numero di professionisti coinvolti;
- monitoraggio della realizzazione di accordi per la partnership nella strategia di popolazione: numero di accordi realizzati e numero di persone coinvolte tra Farmacisti, esponenti del Volontariato Sanitario, Amministratori e Funzionari Comunali; numero di specifiche attività di promozione della salute cardiovascolare richiamate nei Programmi dei Piani di Attività Territoriale e dei Piani di Zona;
- monitoraggio della attività di formazione per la strategia individuale: numero di incontri effettuati, numero di professionisti coinvolti per tipo di professionista, numero di ore di formazione per numero di professionisti coinvolti;
- monitoraggio della attività di formazione per la strategia di popolazione: numero di incontri effettuati, numero di persone coinvolte tra Farmacisti, esponenti del Volontariato Sanitario, Amministratori e Funzionari Comunali, numero di ore di formazione per numero di persone coinvolte;

- monitoraggio dell’applicazione dell'algoritmo di valutazione del rischio cardiovascolare nei Medici di Medicina Generale che usano il computer;
- monitoraggio dell’applicazione dell'algoritmo di valutazione del rischio cardiovascolare nei Medici di Medicina Generale che non usano il computer con successiva computerizzazione da parte dei Distretti;
- monitoraggio dell'attività di promozione della validazione e della registrazione della valutazione del rischio cardiovascolare con trasferimento ad un database regionale.

♥ ♥ ♥

*ALLEGATO*

**VALUTAZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE ASSOLUTO NELLA POPOLAZIONE ITALIANA DAI (35) 40 AI 69 ANNI**

***ALGORITMO***

**a) Il paziente ha avuto documentate manifestazioni cliniche dell'aterosclerosi?**

□ NO

□ SI se sì: □ cardiopatia ischemica (pregresso infarto miocardico o angina instabile, angina stabile, scompenso ischemico, rivascolarizzane coronarica con PTCA o By-pass)

□ cerebrovasculopatia (pregresso ictus o TIA, sindrome lacunare, rivascolarizzazione carotidea con TEA o PTA o aterosclerosi carotidea con stenosi > 50%)

□ aneurisma dell'aorta addominale

□ arteriopatia periferica arti inferiori o rivascolarizzazione arterie arti inferiori (PTA o chirurgica)

→ **ALTO RISCHIO, PREVENZIONE SECONDARIA**

**b) Il soggetto ha una dislipidemia familiare aterogena?**

□ NO

□ SI se sì: □ ***ipercolesterolemia familiare eterozigote*** (non trattata) se

1) colesterolo LDL ≥ 190 mg/dl (o colesterolo totale ≥ 275 mg/dl) e trigliceridi < 250 mg/dl e familiarità per dislipidemie = sì; oppure
2) colesterolo LDL ≥ 190 mg/dl (o colesterolo totale ≥ 275 mg/dl) e trigliceridi < 250 mg/dl e familiarità cardiovascolare precoce = sì.

La diagnosi è di certezza se oltre a questi criteri si rilevano xantomi.

□ ***iperlipidemia combinata*** (non trattata): colesterolo totale ≥ 250 mg/dl e trigliceridi ≥ 250 mg/dl < 750 mg/dl e familiarità per dislipidemie = sì o familiarità cardiovascolare precoce = sì;

□ ***tipo III*** (non trattati): colesterolo totale ≥ 250 mg/dl e trigliceridi ≥ 500 e < 1700 mg/dl;

□ ***ipertrigliceridemia familiare aterogena*** (non trattata): colesterolo totale < 200 mg/dl e trigliceridi ≥ 250 mg/dl e < 750 mg/dl e familiarità per dislipidemie = sì e familiarità cardiovascolare precoce = sì;

□ ***ipoalfa*** (non trattata): HDL ≤ 25 mg/dl e trigliceridi < 400 mg/dl e familiarità per dislipidemie = sì e familiarità cardiovascolare precoce = sì.

*N.B. la risposta precedente = sì richiede l'**esclusione di forme secondarie di dislipidemia**, in particolare ipotiroidismo anche frusto, sindrome nefrosica, disgammaglobulinemie (LES, mieloma multiplo), cirrosi biliare, diabete scompensato, farmaci come estro-progestinici, corticosteroidi, etc, eccesso di alcool. Per **familiarità per dislipidemie** si intende la presenza della condizione in un familiare consanguineo di I° (genitori, fratelli/sorelle, figli); per **familiarità cardiovascolare precoce** si intende una forma clinica di aterosclerosi(vedi sopra) in un familiare consanguineo di I° (vedi sopra) insorta ad un'età ≤ 55 anni nei familiari maschi e ≤ 65 anni nelle familiari femmine.*

***Nel caso di terapia ipolipemizzante**, barrare la forma di dislipidemia pre-trattamento.*

→ **ALTO RISCHIO**

**c) Il soggetto è diabetico?**

□ NO

□ SI se sì: □ ha un colesterolo LDL ≥ 130 mg/dl e richiede terapie con statine (rimborsabili ai sensi della Nota 13 AIFA), con obiettivo colesterolo LDL < 100 mg/dl

□ ha un ha un colesterolo LDL < 130 mg/dl e richiede terapia educazionale con obiettivo colesterolo LDL < 100 mg/dl

→ **APPLICARE LE CARTE DEL RISCHIO ISS PER DIABETICI PER ADATTARE L'INTENSITA' DEL TRATTAMENTO**

**Riportare i dati e barrare**

**la casella** UOMINI DIABETICI DONNE DIABETICHE

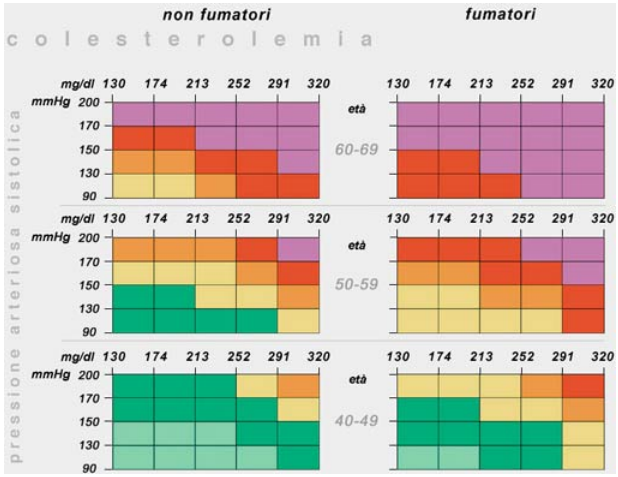
Colesterolo totale

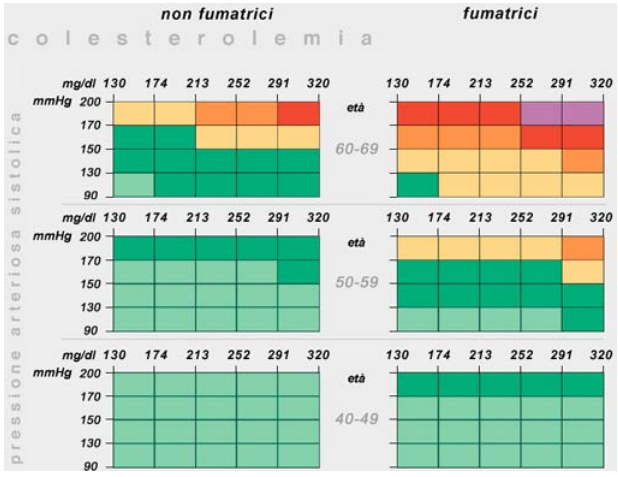
_____mg/dl

Pressione Arteriosa

_____/_____

sist. diast.




**d) Il soggetto non appartiene alle categorie a), b), c)**

→ **APPLICARE LE CARTE DEL RISCHIO ISS PER NON DIABETICI PER VALUTARE IL RISCHIO**

**Riportare i dati e barrare**

**la casella** UOMINI NON DIABETICI DONNE NON DIABETICHE

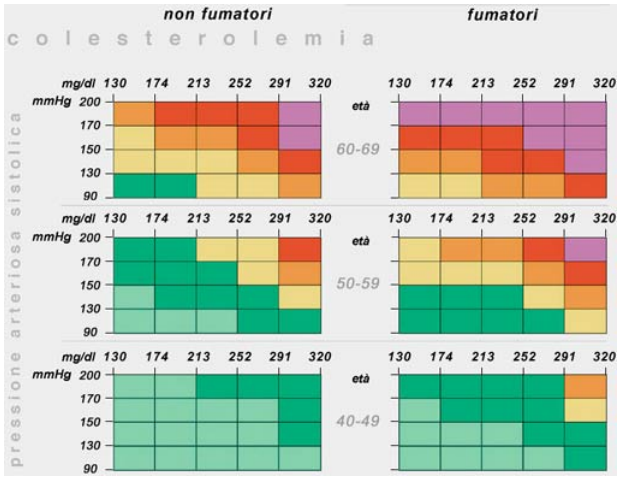
Colesterolo totale

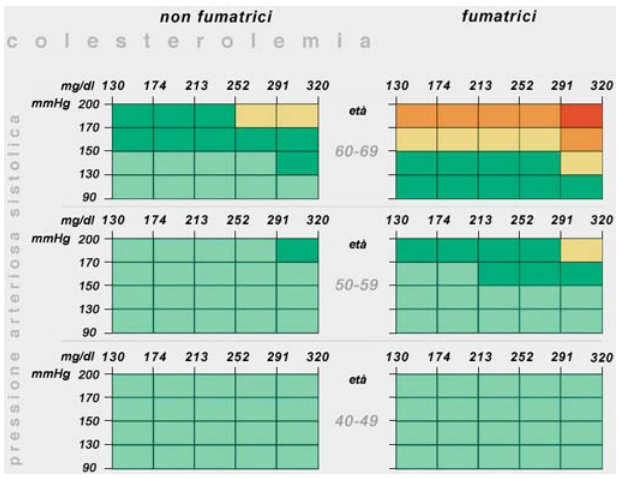
_____mg/dl

Pressione Arteriosa

_____/_____

sist. diast.




**BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE**: ATPIII (*Circulation* 2002;106:3143–3421**.** *Circulation* 2004;110:227-239.); European Guidelines (*European Heart Journal* 2003; 24:1601–1610; *European Journal of Prevention and Rehabilitation* 2003; 10(Suppl1):S1-S78); AACE Lipid Guidelines (*Endocr Pract.* 2000; 6:162-212); *Atherosclerosis* 2003; 168:1-14*; Atherosclerosis* 2001; 157:481–489; *Lancet* 2003; 362: 717–31; *Ital Heart J 2004*; 5(Suppl 3):94S-101S; *Ital Heart J 2004*;5(Suppl 8): 22S-135S.