



DELIBERAZIONE N° VIII / 00217 Seduta del 27 GIU. 2005

Presidente

ROBERTO FORMIGONI

Assessori regionali

VIVIANA BECCALOSS Vice Presidente

GIAN CARLO ABELLI

ETTORE ALBERTONI

MAURIZIO BERNARDO

DAVIDE BONI

GIANPIETRO BORGHINI

MASSIMO BUSCEMI

ALESSANDRO CÈ

ROMANO COLOZZI

MASSIMO CORSARO

ALBERTO GUGLIELMO

ALESSANDRO MONETA

FRANCO NICOLI CRISTIANI

LIONELLO MARCO PAGNONCELLI

PIER GIANNI PROSPERINI

DOMENICO ZAMBETTI

Con l'assistenza del Segretario **Maurizio Saia**

Su proposta dell'Assessore

alla Sanità **Alessandro Cè**

Oggetto

DETERMINAZIONI INERENTI IL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE ATTIVA, AI SENSI DELL'INTESA FRA IL GOVERNO, LE REGIONI E PROVINCE AUTONOME DEL 23 MARZO 2005.

Il Dirigente

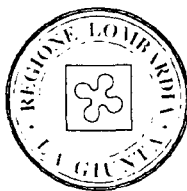
Loredana Luzzi
delegato
U.O. Programmazione

Il Direttore Generale

Carlo Lucchina

Xuigi Macchi
U.O. Prevenzione

L'atto si compone di **54** pagine
di cui **53** pagine di allegati,
parte integrante



PREMESSO CHE:

- il d.lgs. n. 502/92 e s.m.i., art. 2, comma 1 stabilisce che spettano alle Regioni, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, precisando altresì al medesimo art. 2, comma 2 che “Spettano in particolare alle Regioni la determinazione dei principi sull’organizzazione dei servizi e sull’attività destinata alla tutela della salute....”;
- la l.r. 31/97 e s.m.i., art. 1, comma 3, stabilisce che la Regione eserciti funzioni di legislazione e programmazione, di indirizzo, di coordinamento, di controllo e di supporto nei confronti delle Aziende Sanitarie e degli altri soggetti esercenti attività sanitarie;

VISTI:

- l’art. 117, 2° comma, lettera m), Cost., che così recita:
“Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie:
.....
m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”;
- l’art. 117, 3° comma, Cost., che annovera, tra le materie di legislazione concorrente, la “tutela della salute”;

CONSIDERATO che il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 approvato con Decreto del Presidente della Repubblica del 23.5.2003, annovera tra i dieci progetti per la strategia del cambiamento, il progetto 2.9. avente ad oggetto “Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute”, nell’ambito del quale:

- è posta, tra l’altro, particolare attenzione, all’importanza del sottoporsi a periodici controlli e test di screening consigliati per la diagnosi precoce dei tumori nelle età e con i tempi appropriati, nonché ad altri temi inerenti alla più generale attività di prevenzione sanitaria;
- è identificato quale obiettivo strategico la necessità “di orientare l’attività e gli impegni del SSN affinché esso si muova nella direzione dello sviluppo di un sistema di monitoraggio e comunicazione per tutti gli utenti effettivi e potenziali, sugli stili di vita sani e la prevenzione sanitaria”, precisando altresì che, tra le azioni da intraprendere, “è necessario mettere a fuoco le lacune in tema di capacità diffuse di prevenzione”;

RICHIAMATO l’art. 2-bis la legge 26.5.2004, n. 138 che prevede la destinazione di risorse aggiuntive da parte dello Stato per la diffusione dello screening del cancro al colon retto ed il contestuale consolidamento degli interventi già in essere per lo screening del cancro alla mammella e del collo dell’utero, da realizzarsi in collegamento con l’assistenza sanitaria di base, anche attraverso l’implementazione di linee di ricerca biomedica ed organizzativa in grado di incrementare le potenzialità diagnostiche e terapeutiche in campo oncologico;

VISTA la legge regionale 2.3.1992, n. 8 “Prevenzione e cura del diabete mellito”, concernente l’organizzazione della prevenzione e della diagnosi precoce della malattia diabetica, nonché degli interventi terapeutici ed assistenziali erogati ai pazienti diabetici, per





una risposta globale, specialistica e interdisciplinare ai bisogni dei malati; e con particolare riferimento all'identificazione dei diversi livelli assistenziali nonché alla loro informatizzazione in attuazione della legge 16.3.1987, n. 115;

RICHIAMATE le seguenti dd.g.r.:

- n. VI/48301 del 21.2.2000 recante “Indirizzi funzionali ed organizzativi per la prevenzione e la cura del diabete mellito”, che fornisce linee guida diagnostico-terapeutiche per la prevenzione e la cura della malattia diabetica e delinea un modello organizzativo che prevede l'integrazione tra l'equipe diabetologica ospedaliera ed il Medico di Medicina Generale (MMG) e l'adozione del Disease Management come strumento di analisi del percorso assistenziale;
- n. VII/8678 del 9.4.2002 recante “Definizione delle procedure per la gestione integrata del paziente diabetico”, che conferma la rilevanza di tale gestione attraverso l'approccio globale alla sua malattia, misurato con indicatori di qualità, sia per il MMG, sia per il Centro Diabetologico;

CONSIDERATE le esperienze in tema di gestione integrata del paziente diabetico, maturate all'interno della Regione Lombardia, con particolare riferimento, ad esempio:

- alle ASL di Brescia e di Pavia, esperienze riportate anche nell'allegato 2 - parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- al progetto “RADICI - Reti A Diversa Intensità di Cura Integrate” programma di ricerca cofinanziato dalla Regione Lombardia e dal Ministero della Salute nell'ambito dei progetti finalizzati ex art. 12 del d.lgs. n. 502/92 – bando 2004, che ha, fra i suoi obiettivi, quello di applicare il modello per l'erogazione di servizi sanitari secondo livelli decrescenti di intensità di diagnosi e cura, basata sulla qualificazione delle strutture ospedaliere ed il potenziamento della medicina sul territorio attraverso percorsi-tipo che diano una risposta a rete, efficiente ed appropriata, alla domanda di assistenza e prevenzione anche nell'ambito dello screening e delle complicanze del diabete, che ha un rilevante impatto sociale;

RICHIAMATA altresì la d.g.r. VII/19688 del 3.12.2004 recante “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario regionale per l'esercizio 2005”, in particolare gli allegati 3, 4 e 4A;

VISTA l'Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sottoscritta il 23 marzo 2005 (Atti Rep. 2271) che prevede all'art. 4, comma 1, lett. e) che le Regioni si impegnino ad “adottare entro il 30 giugno 2005, il Piano Regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione, coerentemente con il vigente Piano sanitario nazionale”, precisando altresì le risorse da destinare per la completa attuazione di quanto previsto dal citato Piano;

VISTO l'allegato 2 alla sopra citata Intesa recante “Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007”, nel quale:





- sono declinati gli ambiti di intervento del detto piano ovvero la prevenzione cardiovascolare, gli screening dei tumori, la prevenzione degli infortuni ed il piano delle vaccinazioni;
- sono individuati i compiti e le attività che dovrà svolgere il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM) tra cui la traduzione delle linee generali di intervento individuate nel documento in linee operative;
- sono, altresì, precisate le risorse che le Regioni hanno accettato di destinare all'attivazione del citato Piano Nazionale della Prevenzione, ovvero € 240 milioni da vincolare sulla quota di riparto CIPE destinata agli obiettivi specifici di Piano Sanitario Nazionale – ai sensi del comma 34, art. 1 della legge n. 662/92 a cui sono aggiunti € 200 milioni attingendo la quota indistinta della delibera CIPE per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007;

RICHIAMATA la comunicazione del 26.4.2005 del Direttore Generale della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute avente ad oggetto “Attuazione della legge n. 138/2004 (art.2-bis) sul miglioramento degli screening oncologici per il cancro della cervice uterina, del seno e del colon retto. Modalità di assegnazione delle risorse finanziarie alle Regioni e Province Autonome”;

CONSIDERATO che con nota dell'8.6.2005, prot. DGPREV/IX/13535/P/C 1.b.b, il Direttore Generale della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute ha comunicato agli Assessorati Regionali la programmazione degli interventi da realizzarsi per l'attuazione graduale del Piano Nazionale della Prevenzione, così come scaturite dalle valutazioni del Comitato Scientifico e Tecnico del CCM, prevedendo in particolare che:

- gli interventi per migliorare l'offerta degli screening oncologici e delle vaccinazioni, per introdurre la carta del rischio cardiovascolare e le tecniche di gestione integrata (Disease management) del diabete dovrebbero aver inizio a partire dall'anno corrente. Per questo motivo i relativi piani dovrebbero essere presentati entro il 30 giugno 2005;
- mentre gli interventi relativi all'obesità, la prevenzione delle ricadute degli eventi cardiovascolari maggiori (prevenzione terziaria) e la sorveglianza e prevenzione degli incidenti, dovrebbero, invece, vedere avvio a partire dal 2006 ed i relativi piani potrebbero essere presentati entro il 31 dicembre 2005;

CONSIDERATO altresì che con la succitata nota della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ministero della Salute dell'8.6.2005:

1. sono state trasmesse le linee operative per i 4 interventi da avviare quest'anno, ovvero:
 - prevenzione del rischio cardiovascolare;
 - prevenzione delle complicanze del diabete;
 - screening oncologici;
 - vaccinazioni;
2. è stato precisato contestualmente che le linee operative per gli interventi da avviare nel 2006 saranno fornite entro il 30 settembre 2005;





3. è stato altresì evidenziato che per quanto concerne gli screening e le vaccinazioni, la pianificazione regionale dovrà garantire il coinvolgimento, nel triennio, dell'intero territorio regionale. Mentre nel caso del rischio cardiovascolare e del diabete, ai sensi dell'Intesa, le Regioni, fermo restando il tendenziale coinvolgimento di tutto il territorio regionale, dovranno attuare almeno "progetti pilota" estesi cioè ad ambiti territoriali sub-regionali, ad esempio un'azienda sanitaria della Regione, nel primo anno, per procedere successivamente a coprire l'intero territorio, coerentemente ai relativi progetti nazionali;

RILEVATO che, come precisato nella nota dell'8.6.2005:

- "per quanto concerne gli screening oncologici, i progetti che saranno presentati in applicazione dell'art. 2-bis della legge n. 138/2004 saranno validi anche ai fini della citata Intesa del 23 marzo 2005. Bisognerà specificare la destinazione delle risorse finanziarie provenienti dalle due differenti fonti. In particolare, i finanziamenti della citata legge potrebbero essere destinati alle dotazioni infrastrutturali (coordinamento regionale, sistemi informativi, formazione, ecc....) mentre i fondi resi disponibili a seguito dell'Intesa del 23 marzo 2005 potrebbero essere destinati alle attività legate all'offerta dei test screening anche in considerazione del fatto che le risorse di cui alla citata intesa devono essere utilizzate per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, essendo parte del Fondo Sanitario";
- in particolare a pag. 3, "per il rischio cardiovascolare e il diabete, le Regioni possono partecipare alle iniziative direttamente progettate e coordinate dal CCM, utilizzando questa progettazione collegandola alle proprie realtà, ovvero continuare od avviare ex novo iniziative autonome che perseguano le medesime finalità ed obiettivi";

RITENUTO che quanto già previsto dalla Regione Lombardia nelle sopra citate dd.g.r. nn. VI/48301/2000 ("Indirizzi funzionali ed organizzativi per la prevenzione e la cura del diabete mellito") e VII/8678/2002 ("Definizione delle procedure per la gestione integrata del paziente diabetico") corrisponde sostanzialmente con le indicazioni fornite nel documento "Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007" del Ministero della Salute - CCM, con particolare riferimento sia al capitolo 3 ("Prevenzione delle complicanze del diabete") che all'allegato 2 ("Progetto Integrazione, Gestione e Assistenza del diabete [IGEA]"), in particolare per quanto riguarda il perseguimento delle finalità ed obiettivi;

VALUTATA pertanto, l'opportunità per la Regione Lombardia di continuare ad avviare ex novo iniziative autonome sul tema della prevenzione delle complicanze del diabete, in considerazione di quanto precisato dalla sopra citata nota dell'8.6.2005 ed in particolare laddove a pag. 3 prevede che: "Nel caso del rischio cardiovascolare e del diabete, ai sensi dell'Intesa, le Regioni, fermo restando il tendenziale coinvolgimento di tutto il territorio regionale, dovranno attuare almeno "progetti pilota" estesi cioè ad ambiti territoriali sub-regionali, ad esempio, almeno una Azienda Sanitaria della Regione, nel primo anno, per procedere successivamente a coprire l'intero territorio, coerentemente ai relativi progetti nazionali";

VALUTATA altresì la necessità di adeguare in termini operativi le iniziative regionali già





intraprese per la prevenzione delle complicanze del diabete al fine specifico di assecondare le indicazioni fornite nel documento allegato alla nota dell'8.6.2005, in particolare per quanto riguarda l'individuazione della/delle Azienda/e Sanitaria/e della Regione da interessare durante il primo anno di attività nonché delle modalità per procedere successivamente a coprire l'intero territorio, coerentemente ai relativi progetti nazionali, entro i termini di vigenza del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007;

RITENUTO altresì che l'attuale formulazione dei documenti di riferimento citati non riporta una programmazione di dettaglio delle attività di prevenzione attiva delle complicanze del diabete e che tale dettaglio dovrà essere formulato con specifico riferimento alla situazione regionale;

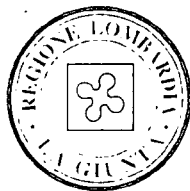
RITENUTO pertanto di demandare al Direttore Generale della Direzione Generale Sanità di attivare tutte le competenze e di mettere in atto tutte le azioni necessarie al fine della predisposizione, entro il 30 settembre 2005, di un piano di dettaglio per le attività di prevenzione attiva delle complicanze del diabete secondo le indicazioni riportate nei documenti di riferimento citati;

VISTI i documenti elaborati dalla D.G. Sanità - allegati nn. 1, 2, 3a, 3b, 3c e 4 al presente provvedimento quali parti integrati e sostanziali - in ottemperanza agli accordi intercorsi con l'Intesa del 23 marzo 2005, secondo le indicazioni di cui alla comunicazione citata dell'8 giugno 2005 e sulla base delle linee operative elaborate dal CCM;

CONSIDERATO che gli allegati al presente provvedimento hanno per oggetto:

- Prevenzione del rischio cardiovascolare: diffusione della carta del rischio cardiovascolare in Regione Lombardia – Allegato 1: con d.g.r. 16/2/2005, n. VII/20592, recante "Patologie cardiocerebrovascolari: interventi di prevenzione, diagnosi e cura (a seguito parere della Commissione Consiliare competente)", la Regione Lombardia si è dotata di un documento programmatico che raccoglie, omogeneizza e sistematizza il patrimonio di conoscenze e professionalità in questo specifico settore così da individuare le linee e le modalità di intervento per rendere la prevenzione la diagnosi e la cura sempre più efficaci e tempestive; in particolare, nell'ambito delle azioni previste dal citato provvedimento per l'implementazione di strategie di prevenzione cardiovascolare primaria, è contemplata una maggiore utilizzazione del parametro di rischio cardiovascolare globale. Per raggiungere tale obiettivo è quindi necessario che il maggior numero di soggetti a rischio sia valutato tramite la somministrazione di una carta del rischio cardiovascolare costruita su una popolazione di riferimento con caratteristiche simili a quelle della popolazione lombarda;
- Prevenzione della complicanze del diabete – Allegato 2 recante gli elementi di massima che descrivono il Piano regionale di Prevenzione attiva delle complicanze del diabete;

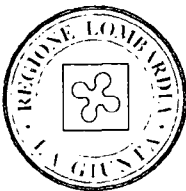




- Screening – Allegati 3a 3b e 3c aventi ad oggetto i Progetti regionali di screening oncologici – screening cervicale, screening mammografico e screening colonrettale”;
In relazione all’attività regionale inerente i citati screening oncologici, con d.g.r. VII/18346 del 23.7.2004 recante “Interventi in campo oncologico, in attuazione del PSSR 2002-2004” la Regione Lombardia, in attuazione del PSSR 2002-2004, ha approvato il cosiddetto “Piano Oncologico regionale - una rete per la vita”, avente i seguenti principali obiettivi: ridurre l’incidenza della patologia oncologica; aumentare la sopravvivenza dei malati e migliorare la loro qualità della vita; sviluppare la ricerca e l’innovazione tecnologica. Le azioni principali previste dal citato Piano, in materia di prevenzione attiva, sono: i programmi di educazione alla salute, sia per la popolazione in generale che particolarmente nelle scuole; l’eliminazione o la riduzione dei fattori di rischio (vedi l’educazione a non fumare); i programmi di prevenzione primaria e secondaria (screening da potenziare: mammella, colon-retto).
 - Screening cervicale - Allegato 3a
 - Screening mammografico – Allegato 3b
 - Screening del carcinoma colonrettale – Allegato 3c: con d.g.r. n. VII/20889 del 16.2.2005 “Interventi in campo oncologico: prima attuazione attivazione e finanziamento dei programmi di screening del colon-retto nelle ASL della regione Lombardia” sono stati assegnati all’ASL della Regione Lombardia risorse, per complessivi € 8.220.000,00, per il potenziamento degli screening del colon retto;
- Progetto Vaccinazioni – Allegato 4: come previsto dal Piano Nazionale Vaccini, la Regione Lombardia ha avviato già dal 2004 – con il rinnovo ed il potenziamento di una Commissione Regionale ad hoc - un percorso per la promozione delle vaccinazioni ed il miglioramento dell’offerta nei confronti di bambini ed adulti. In particolare sono perseguiti i seguenti obiettivi generali: adeguare politiche e strategie di carattere europeo e nazionale alla realtà territoriale ed organizzativa della nostra Regione, determinare il percorso di offerta delle vaccinazioni superando, dunque, la diversificazione tra vaccini obbligatori, raccomandati e facoltativi, standardizzare e migliorare la qualità dell’offerta vaccinale, definendo il percorso di accreditamento dei servizi vaccinali, comprensivo dei requisiti strutturali ed organizzativi, dei ruoli e responsabilità delle differenti figure professionali, degli indicatori di qualità;

CONSIDERATO altresì che gli interventi relativi alle tematiche da avviare entro l’anno in corso (prevenzione del rischio cardiovascolare, prevenzione delle complicanze del diabete, screening oncologici, vaccinazioni) così come sopra citati e descritti negli allegati 1, 2, 3a, 3b, 3c e 4 al presente provvedimento sono stati pianificati e programmati per il triennio 2005-2007, procedendo alla definizione delle risorse necessarie per l’annualità 2005, come segue:





**Fonti disponibili per la realizzazione del Piano Prevenzione attiva -
Da Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, per singolo anno**

Risorse che Regione Lombardia deve vincolare sulle risorse per gli obiettivi PSN (importo per anno 2005-2007)	€ 38.419.811
Risorse che Regione Lombardia deve vincolare da quota indistinta delibera CIPE (importo per anno 2005-2007)	€ 32.016.514
TOTALE	€ 70.436.325

Impieghi per interventi Prevenzione attiva da avviare entro il 2005 – Annualità 2005

1) Prevenzione del rischio cardiovascolare	€ 15.000.000
2) Prevenzione delle complicanze del diabete	€ 5.000.000
3) Screening oncologici	€ 40.000.000
<i>di cui da finanziamenti ex l. 138/2004, art.2-bis *</i>	<i>€ 3.000.000</i>
<i>di cui da finanziamenti Intesa Stato- Regioni 23.3 2005</i>	<i>€ 37.000.000</i>
4) Vaccinazioni	€ 10.436.325
TOTALE	€ 70.436.325

* Definito in via previsionale, atteso che non è intervenuto ancora il riparto.

RITENUTO opportuno rinviare la specifica determinazione delle risorse necessarie all'implementazione ed alla prosecuzione delle attività indicate negli allegati al provvedimento, per le annualità 2006 e 2007 a successivi provvedimenti;

CONSIDERATO che la citata comunicazione del 26.4.2005 del Direttore Generale della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute inerente l'attuazione della legge n. 138/2004 (art.2-bis):

- precisa che la sinergia tra le risorse della legge n. 138/2004 e quelle previste dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 "dovrà essere specificatamente evidenziata nella richiesta di approvazione dei progetti che le Regioni e le Province autonome dovranno presentare alla Direzione operativa del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM), per accedere al finanziamento ex lege 138/2004";
- nell'Allegato alla medesima comunicazione, avente ad oggetto "Piano per lo screening del Cancro al seno, della Cervice Uterina e del Colon Retto", si precisa che per quanto concerne le risorse è presentata un'ipotesi di distribuzione delle risorse disponibili per l'anno 2004, rilevando di seguito che "le modalità di ripartizione della prima annualità sono diverse dalle modalità della seconda e terza annualità: la prima infatti mira all'attivazione dell'intervento, i successivi finanziamenti terranno conto dei risultati del primo anno;

RITENUTO pertanto di quantificare in via provvisoria e previsionale l'ammontare di € 3.000.000,00 per gli screening oncologici a valere sui finanziamenti previsti dall'art. 2-bis





dalla legge n. 138/2004, per l'annualità 2005, in attesa della definitiva determinazione dei fondi attribuiti a Regione Lombardia;

EVIDENZIATO che, in relazione al dettato dell'Intesa del 23 marzo 2005 e della successiva comunicazione dell'8.6.2005 della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ministero della Salute, il piano relativo ai primi quattro interventi sopra citati, da avviare entro l'anno in corso, dovrà essere presentato entro il 30 giugno 2005, a seguito di approvazione con atto formale e presentato al Centro Nazionale per la Prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM);

RITENUTO di dare mandato al Direttore Generale della D.G. Sanità di inviare al Centro Nazionale per la Prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM), entro il 30.6.2005, il presente provvedimento corredato dal Piano Regionale della Prevenzione Attiva per la realizzazione degli interventi di prevenzione del rischio cardiovascolare, prevenzione delle complicanze del diabete, screening oncologici e vaccinazioni;

RITENUTO altresì opportuno rinviare ai contenuti dei citati allegati al presente provvedimento, le specifiche modalità di monitoraggio dei singoli interventi descritti;

RICHIAMATO il decreto del Direttore Generale della DG Sanità n. 6444 del 2.5.2005 recante "Delega di funzioni dell'Unità Organizzativa Programmazione della Direzione Generale Sanità alla D.ssa Loredana Luzzi";

VAGLIATE ed assunte come proprie tali considerazioni;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge

DELIBERA

Per le motivazioni indicate nelle premesse del presente provvedimento e che qui s'intendono integralmente riportate:

1. **di approvare** il Piano Regionale della Prevenzione Attiva 2005-2007 composto dai seguenti documenti allegati al presente provvedimento quali parti integranti e sostanziali, recanti:
 - *Prevenzione del rischio cardiovascolare: diffusione della carta del rischio cardiovascolare in Regione Lombardia – Allegato 1;*
 - *Prevenzione della complicanze del diabete – Allegato 2: come progetto di massima per un intervento di prevenzione delle complicanze del diabete;*
 - *Screening:*
 - *Screening cervicale – Allegato 3a;*
 - *Screening mammografico – Allegato 3b;*
 - *Screening del carcinoma colonrettale – Allegato 3c;*





• **Progetto Vaccinazioni – Allegato 4**

ai sensi dell'Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sottoscritta il 23 marzo 2005 (Atti Rep. 2271);

2. **di dare atto** che gli interventi relativi alle tematiche da avviare entro l'anno in corso (prevenzione del rischio cardiovascolare, prevenzione delle complicanze del diabete, screening oncologici, vaccinazioni), così come descritti negli allegati al presente provvedimento, sono stati pianificati e programmati per il triennio 2005-2007, procedendo alla definizione delle risorse necessarie per l'annualità 2005, come segue:

Fonti disponibili per la realizzazione del Piano Prevenzione attiva - Da Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005, per singolo anno	
Risorse che Regione Lombardia deve vincolare sulle risorse per gli obiettivi PSN (importo per anno 2005-2007)	€ 38.419.811
Risorse che Regione Lombardia deve vincolare da quota indistinta delibera CIPE (importo per anno 2005-2007)	€ 32.016.514
TOTALE	€ 70.436.325

Impieghi per interventi Prevenzione attiva da avviare entro il 2005 – Annualità 2005	
1) Prevenzione del rischio cardiovascolare	€ 15.000.000
2) Prevenzione delle complicanze del diabete	€ 5.000.000
3) Screening oncologici di cui	€ 40.000.000
<i>da finanziamenti ex l. 138/2004, art.2-bis *</i>	€ 3.000.000
<i>da finanziamenti Intesa Stato- Regioni 23 marzo 2005</i>	€ 37.000.000
4) Vaccinazioni	€ 10.436.325
TOTALE	€ 70.436.325

* Definito in via previsionale, atteso che non è intervento ancora il riparto.

3. **di precisare** che è stato quantificato, in via provvisoria e revisionale, l'ammontare di € 3.000.000 per gli screening oncologici a valere sui finanziamenti previsti dall'art. 2-bis della legge n. 138/2004, per l'annualità 2005, in attesa della definitiva determinazione dei fondi attribuiti alla Regione Lombardia;
4. **di rinviare** la specifica determinazione delle risorse necessarie all'implementazione ed alla prosecuzione delle attività indicate negli allegati al provvedimento, per le annualità 2006 e 2007, a successivi provvedimenti;
5. **di dare mandato** al Direttore Generale della D.G. Sanità di:
- inviare al Centro Nazionale per la Prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM), entro il 30.6.2005, il presente provvedimento corredato del Piano regionale della





Prevenzione Attiva per la realizzazione degli interventi di prevenzione del rischio cardiovascolare, prevenzione delle complicanze del diabete, screening oncologici e vaccinazioni;

- attivare tutte le competenze e di mettere in atto tutte le azioni necessarie al fine della predisposizione, entro il 30 settembre 2005, di un piano di dettaglio per le attività di prevenzione attiva delle complicanze del diabete secondo le indicazioni riportate nell'allegato 2.



IL SEGRETARIO

Maurizio Sala



PREVENZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE: DIFFUSIONE DELLA CARTA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE IN REGIONE LOMBARDIA

Definizione del contesto

Le malattie cardiovascolari costituiscono la causa più importante di mortalità, morbosità e invalidità nel mondo occidentale e in Italia. Una delle cause principali nell'insorgenza di queste entità nosologiche è l'aterosclerosi, patologia generalizzata a lenta insorgenza che interessa le arterie di calibro maggiore ed è responsabile, secondo i distretti interessati, di coronaropatia, aneurismi aortici, arteriopatia degli arti inferiori ed ha ruolo rilevante nelle malattie cerebrovascolari. Importanti per frequenza, gravità e assorbimento di risorse sono la cardiopatia coronarica ischemica (che comprende l'infarto acuto del miocardio e l'angina pectoris), e le malattie cerebrovascolari o accidenti cerebro vascolari (ACV) (che comprendono l'ACV ischemico ed emorragico).

Nelle malattie cardiovascolari e cerebrovascolari non è individuabile una causa unica. Sono noti diversi fattori che aumentano il rischio di sviluppare la malattia; i più importanti sono: fumo di sigaretta, diabete, obesità, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa e scarsa attività fisica. Un certo ruolo è esercitato anche da familiarità, età e sesso. L'entità del rischio che ha ogni persona nello sviluppare la malattia dipende dalla combinazione dei livelli di questi diversi fattori.

In Italia i dati raccolti dall'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare (OEC), frutto di una collaborazione fra ISS e Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), mostrano che: il 30 % degli uomini fuma, consumando in media 17 sigarette al giorno, tra le donne il 21% fuma, consumando mediamente 13 sigarette die; il 34% degli uomini e il 46% delle donne non svolge alcuna attività fisica durante il tempo libero; il 20% degli uomini e il 24% delle donne ha una colesterolemia totale uguale o superiore a 240 mg/dl; il 33% degli uomini e il 30% delle donne ha pressione arteriosa uguale o superiore a 160/95 mmHg oppure è sotto trattamento farmacologico specifico; il 18% degli uomini e il 22% delle donne sono obesi; l'8% degli uomini e il 6% delle donne è diabetico.

Per quanto riguarda la familiarità verso le condizioni a rischio: il 41% degli uomini e il 54% delle donne hanno familiarità per l'ipertensione arteriosa; la familiarità per l'ipercolesterolemia riguarda il 24% delle donne e il 34% degli uomini; la familiarità per il diabete riguarda il 25% degli uomini e il 29% delle donne.

Nella popolazione lombarda, i descrittori inerenti i diversi fattori di rischio sono raccolti dall'Osservatorio Epidemiologico per le malattie cardiovascolari della Regione Lombardia (istituito con d.g.r. 17/10/1997 n. VI/31737 nell'ambito dell'Osservatorio Epidemiologico regionale) mostrano:



Pressione arteriosa. Negli uomini il valore medio della pressione arteriosa sistolica è pari a 135 mmHg, nelle donne a 132 mmHg. Negli uomini il valore medio della pressione arteriosa diastolica è pari a 87 mm Hg, nelle donne è 83 mmHg. Il 33% degli uomini e il 28% delle donne è iperteso (pressione arteriosa uguale o superiore a 160/95 mmHg oppure in trattamento specifico); il 16% degli uomini e il 15% delle donne è in una condizione a rischio, in cui il valore di pressione sistolica è compreso fra 140 e 159 mmHg e quello della diastolica è compreso fra 90 e 95 mmHg.

Colesterolemia. Negli uomini il valore medio della colesterolemia è 211 mg/dl, nelle donne è 214 mg/dl. Negli uomini il valore medio della HDL-colesterolemia è di 52 mg/dl, nelle donne di 62 mg/dl. Il 25% degli uomini e il 29% delle donne ha una ipercolesterolemia (valore uguale o superiore a 240 mg/dl), mentre il 37% degli uomini e il 32% delle donne è in una condizione di rischio, presentando il valore della colesterolemia compreso fra 200 e 239 mg/dl.

Sedentarietà. Il 30% degli uomini e il 40% delle donne non svolge alcuna attività fisica durante il tempo libero.

Fumo. Il 31% degli uomini fuma, consumando in media 17 sigarette al giorno, mentre il 24% delle donne fuma, consumando 13 sigarette in media al giorno.

Obesità. Il 17% sia degli uomini sia delle donne è obeso e ha in media un indice di massa corporea di 26 per gli uomini e 25 per le donne.

Glicemia. Negli uomini il valore medio della glicemia è 92 mg/dl, nelle donne è di 84 mg/dl. Il 7% degli uomini e il 3% delle donne è diabetico (glicemia superiore a 126 mg/dl), mentre l'8% degli uomini e il 3% delle donne è in una condizione di rischio, in cui il valore della glicemia è compreso fra 110 e 125 mg/dl.

In sostanza, rispetto al complesso della popolazione italiana, i residenti lombardi presentano una percentuale leggermente inferiore di soggetti sedentari, di soggetti obesi e di soggetti diabetici, ed una percentuale leggermente superiore di soggetti ipercolesterolemici. Non si osservano differenze di rilievo per quanto riguarda ipertensione e abitudine al fumo, anche se è da segnalare una percentuale leggermente superiore di donne fumatrici.

Per quanto riguarda la mortalità per malattie cardiovascolari, esistono evidenze che gli infarti miocardici gravi e le morti coronariche si stiano riducendo nella popolazione lombarda in misura più significativa rispetto al resto d'Italia, anche se la patologia nella sua complessità di presentazione, soprattutto per le forme meno gravi, continua ad interessare la nostra popolazione con la stessa rilevanza. La prevenzione ha dunque determinato una minor gravità della presentazione acuta della malattia che ha quindi beneficiato della miglior terapia in fase acuta. Gli studi epidemiologici hanno inoltre rilevato che la quota maggiore della diminuzione è attribuibile



alla diminuita letalità degli infarti miocardici e, quindi, alla maggior efficacia del trattamento in fase acuta.

Con d.g.r. n. VII/20592 del 16/2/2005, recante “Patologie cardiocerebrovascolari: interventi di prevenzione, diagnosi e cura (a seguito parere della Commissione Consiliare competente)”, la Regione Lombardia si è dotata di uno documento programmatico che raccoglie, omogeneizza e sistematizza il patrimonio di conoscenze e professionalità in questo specifico settore così da individuare le linee e le modalità di intervento per rendere la prevenzione la diagnosi e la cura sempre più efficaci e tempestive.

Il metodo di lavoro ha visto il più ampio coinvolgimento dei professionisti e delle società scientifiche per la preparazione di un provvedimento concreto e specifico di programmazione sanitaria, che impegna il sistema sanitario regionale, ai vari livelli, in precise azioni al fine di organizzare al meglio e con la migliore efficacia possibile la lotta contro le patologie cardiocerebrovascolari a tutto vantaggio della popolazione che vive e lavora nella Lombardia.

I quattro obiettivi fondamentali del documento programmatico sono: promuovere il ruolo attivo del cittadino nella prevenzione cardiocerebrovascolare; creare una rete per la gestione delle patologie cardiocerebrovascolari; promuovere la qualità e l’appropriatezza; promuovere la ricerca in ambito cardiocerebrovascolare. Per raggiungere tali obiettivi, il documento prevede, tra l’altro, di istituire la Commissione Regionale per la patologia cardiocerebrovascolare, alla quale assegnare i seguenti compiti: collaborare all’identificazione delle strutture di riferimento; promuovere il coordinamento e l’integrazione di tutti gli attori in campo sanitario e socio-sanitario; stimolare l’adozione delle linee guida nazionali e internazionali e l’adattamento di esse alla realtà organizzativa locale; collaborare alla valutazione dei percorsi preventivi, diagnostici, terapeutici, riabilitativi e di follow up; assicurare il monitoraggio e la verifica dell’efficienza dell’organizzazione, dell’appropriatezza e della qualità delle prestazioni, e del raggiungimento degli obiettivi programmati.

Tale Commissione, assieme al già citato Osservatorio Epidemiologico per le malattie cardiovascolari della Regione Lombardia, si occuperà del coordinamento del progetto di diffusione della carta del rischio cardiovascolare, previsto esplicitamente come azione da porre in atto, su tutto il territorio regionale, dalla citata d.g.r. 20592/2005.

Valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto

Nell’ambito delle azioni previste dalla citata d.g.r. 20592/2005 per la implementazione di strategie di prevenzione cardiovascolare primaria, una maggiore utilizzazione del parametro di rischio cardiovascolare globale è elemento fondamentale per ottenere un miglior rapporto costo/beneficio e rischio/beneficio negli interventi, utilizzando in modo più razionale le risorse disponibili. Per



raggiungere tale obiettivo è necessario che il maggior numero di soggetti a rischio sia valutato tramite la somministrazione di una carta del rischio cardiovascolare costruita su una popolazione di riferimento con caratteristiche simili a quelle della popolazione lombarda.

Con apposito provvedimento successivo (circolare), da emanarsi nei prossimi mesi, si identifica la carta del rischio cardiovascolare realizzata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) come la carta di riferimento da adottare nella campagna di rilevazione del rischio cardiovascolare avente come target tutta la popolazione residente lombarda di età compresa tra 40 e 69 anni. E' anche possibile, per i MMG dotati di personal computer, avvalersi del programma cuore.exe messo gratuitamente a disposizione dall'ISS per il calcolo del rischio cardiovascolare.

Gli attori principali coinvolti nella campagna di somministrazione della carta del rischio cardiovascolare sono i Medici di medicina generale (MMG), cui si affiancano gli specialisti ambulatoriali degli Enti accreditati operanti sul territorio regionale, nonché altri soggetti rilevatori identificati localmente dalle ASL.

Sempre tramite la circolare da emanarsi, si intendono fornire alle ASL suggerimenti metodologici e organizzativi, nonché strumenti operativi perché ciascuna ASL formalizzi all'interno di un documento specifico il ruolo dei diversi attori coinvolti, i diversi livelli di responsabilità, il loro coordinamento, le modalità organizzative e le azioni da intraprendere, adottando un approccio integrato. Ciò consentirà di ricondurre nella programmazione locale le attività già in essere in tema di promozione degli stili di vita, nonché a pianificarne di nuove, idonee allo scopo.

Tutto ciò riguarderà la promozione o consolidamento dell'informazione/educazione sanitaria alla popolazione generale (campagne informative sugli stili di vita, educazione alla salute in collaborazione con le scuole su indicazioni regionali), formazione/aggiornamento degli operatori, adozione della carta del rischio e gestione del relativo sistema informativo (possibili punti di accesso dei cittadini, coordinamento dei diversi centri di somministrazione, individuazione popolazione target, modalità di invito a particolari gruppi di popolazione, modalità di elaborazione locale dei dati raccolti).

Per ottenere ciò risulta indispensabile l'accordo preventivo con le Organizzazioni Sindacali dei MMG, anche per gli aspetti riguardanti le incentivazioni da riservare ai MMG che aderiranno al progetto di rilevazione del rischio cardiovascolare.

Gestione del rischio

Fondamentale nella prevenzione primaria è intervenire sui fattori di rischio con la maggior precocità possibile, avviando una intensiva promozione della salute basata prevalentemente sull'adesione a congrue misure comportamentali in individui senza o con bassi fattori di rischio.



Tale metodologia costituisce di fatto il momento iniziale della prevenzione primaria ed è in grado di dare i migliori risultati complessivi sia dal punto di vista del cittadino sia da quello dell'intero servizio sanitario regionale. In aggiunta si tratta di prevenire l'insorgenza di patologie cardiovascolari in soggetti a medio-alto rischio per la presenza di ipertensione, dislipidemie o diabete già manifesti, posponendo se possibile l'uso di metodologie più dispendiose (es. farmacologiche).

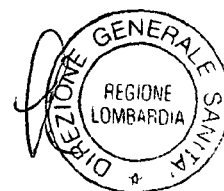
E' stato dimostrato in prolungati studi epidemiologici che persone che adottano corretti stili di vita ed hanno pochi fattori di rischio conservano un basso rischio per eventi cardiocerebrovascolari durante tutta la loro vita rispetto a coloro che non adottano tali misure. E' quindi prevedibile che modalità di prevenzione di tipo prevalentemente educativo, iniziate in soggetti quanto più giovani possibili (quindi a più basso rischio) nell'ambito di comunità circoscritte, al fine anche di incentivare l'effetto di emulazione reciproco, possono dare, con costi limitati, risultati significativi.

Le prove di efficacia attualmente disponibili indicano inoltre che in un paziente ad elevato rischio cardiocerebrovascolare è appropriato intervenire con terapie che riducono i livelli di vari fattori di rischio cardiocerebrovascolare quali ad esempio: antiipertensivi, ipolipemizzanti, ipoglicemizzanti o modificazioni dello stile di vita e della dieta.

D'altro canto numerosi studi hanno documentato che l'interruzione dei trattamenti consigliati è frequente e non permette di raggiungere il massimo del beneficio possibile. Una maggior motivazione del paziente ad accettare le prescrizioni e una più facile disponibilità del medico curante e dello specialista a seguire le linee guida e ad interagire tra loro, potrebbero migliorare lo stato attuale.

A fronte di questa possibilità di intervenire efficacemente in prevenzione primaria, si osserva una applicazione molto modesta delle linee guida ed una scarsa considerazione dei livelli di rischio quali metodi per individuare e trattare i pazienti, metodi che dal punto di vista della efficacia di intervento sono da considerare tra i più remunerativi. Ciò impone di adottare una politica che consenta il coinvolgimento attivo dei MMG e l'integrazione a rete delle diverse competenze professionali esistenti nel Servizio Sanitario Regionale, proprio come disposto dalla d.g.r. 20592/2005 citata.

Il Medico di Medicina Generale rappresenta il cardine della struttura sanitaria territoriale e il primo riferimento dei cittadini per la risposta ai loro bisogni di salute. Il S.S.N. demanda al medico convenzionato per la medicina generale compiti di medicina preventiva individuale e familiare, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria, intesi come un insieme unitario qualificante l'atto professionale.



L'attività preventiva in campo cardiobrovascolare è estremamente vasta ed impegnativa e deve essere inquadrata nella normale attività del MMG che assicura quotidianamente l'assistenza primaria ai propri assistiti. Per quanto riguarda il ruolo di prevenzione primaria, si possono identificare tre campi principali d'intervento: educazione e promozione di stili di vita "sani" nei confronti della popolazione a basso e medio rischio CCV; identificazione dei soggetti ad alto rischio CCV; educazione, informazione e prevenzione nei confronti dei soggetti ad alto rischio CCV.

Nella identificazione dei soggetti ad alto rischio CCV, un ruolo preminente è rappresentato dalla somministrazione della carta del rischio cardiocerebrovascolare globale utilizzando gli strumenti elaborati dall'ISS. Il calcolo del rischio CCV globale individuale consente di valutare il rapporto costo/ efficacia e rischio/efficacia dei vari interventi preventivi farmacologici e non.

Il compito del MMG, nei confronti dei soggetti ad alto rischio CCV, comprende attività anche di tipo educativo e informativo. La prevenzione secondaria si rivolge, generalmente, a soggetti già identificati e valutati presso strutture specialistiche. Il MMG ha due campi di intervento: collaborazione con lo specialista nella fase "post acuta" dell'evento cardiovascolare; follow-up del paziente clinicamente stabilizzato e stabile.

Ciò al fine principale di rafforzare la compliance dei pazienti nei confronti della prevenzione farmacologica e non e di ottimizzare le procedure di prevenzione (es. ottimizzare il controllo della PA, dei livelli glicemici, del profilo lipidico, ecc.).

Rilevante importanza assume la elaborazione e condivisione dei percorsi diagnostico-terapeutici per la gestione dei soggetti a medio ed alto rischio e il counseling individuale per la promozione di corretti stili di vita: la ASL assume in questo contesto un carattere pivotale, identificando il ruolo dei diversi attori coinvolti, i diversi livelli di responsabilità, il loro coordinamento, le modalità organizzative e le azioni da intraprendere, adottando un approccio integrato, utilizzando anche il supporto fornito dalla citata Commissione Regionale per la patologia cardiocerebrovascolare.

Formazione

Si prevedono percorsi differenziati rivolti sia agli operatori direttamente coinvolti nella somministrazione della carta del rischio (addestramento all'utilizzo dello strumento di rilevazione; elaborazione e condivisione dei percorsi diagnostico-terapeutici per la gestione dei soggetti a medio ed alto rischio; counseling individuale per la promozione di corretti stili di vita ...) sia agli operatori non direttamente coinvolti, (informazioni di base, le linee di tendenza e di comportamento...). Più in generale, la formazione sulle metodologie più efficaci per la promozione dei corretti stili di vita deve diventare patrimonio per tutti gli operatori sanitari, cosicché nelle

diverse attività sappiano tradurre le informazioni di base e gli indirizzi preventivi da diffondere omogeneamente e costantemente nella popolazione.

L'utilizzo della carta del rischio cardiocerebrovascolare è un elemento qualificante dell'obiettivo formativo di interesse regionale approvato con d.g.r. 16 febbraio 2005, n. VII/20767, e le ASL sono invitate a promuovere incontri formativi con MMG ed altri soggetti interessati, nell'ambito del sistema vigente di Educazione Continua in Medicina e sviluppo professionale (ECM - CPD).

A tal fine, nell'ambito della Educazione Continua in Medicina (ECM), saranno promossi incontri formativi con MMG e specialisti ambulatoriali, basati su materiale appositamente predisposto dalla Commissione Regionale per la patologia cardiocerebrovascolare. Tale materiale consisterà in linee guida aggiornate, carte del rischio e loro significato, dati di letteratura a sostegno di percorsi diagnostico-terapeutici. Parimenti importante è la realizzazione e l'ampia distribuzione di materiale informativo-divulgativo per il pubblico generale, per sostenere la campagna di prevenzione primaria.

Monitoraggio della applicazione del piano

Si rende necessario, al fine del monitoraggio della applicazione del piano, la progettazione e la successiva realizzazione di un flusso informativo che consenta di raccogliere i dati rilevati dai MMG e dagli altri soggetti rilevatori identificati dalle ASL. Ciò consentirà da una parte di creare una mappa del rischio cardiovascolare regionale costantemente aggiornata, quale base di valutazione dell'efficacia degli interventi sanitari e della allocazione delle risorse destinate a far fronte alle patologie cardiovascolari, dall'altra fornirà al MMG uno strumento di conoscenza dei propri assistiti che permetta una gestione migliore degli stessi.

A livello di singola ASL, l'elaborazione delle informazioni raccolte sarà finalizzata non solo a monitorare la adesione dei MMG all'iniziativa, ma a descrivere nel tempo la distribuzione del rischio cardiovascolare, valutare la adesione alle indicazioni, creare database utili per successive indagini, utilizzando dati correnti di ricovero, prescrizioni ecc.

Le informazioni derivabili dal flusso informativo consentiranno inoltre all'Osservatorio Epidemiologico Regionale per le malattie cardiovascolari di affinare la metodologia di calcolo del rischio cardiocerebrovascolare.

Ulteriori interventi per la valutazione di efficacia (controllo a distanza di tempo dei pazienti con la rilevazione della terapia in corso e degli eventi intercorsi, ad esempio) dovranno essere identificati dalla Commissione Regionale per la patologia cardiocerebrovascolare con la collaborazione dei MMG e degli specialisti ambulatoriali.



Il tracciato record relativo alla rilevazione del rischio cardiovascolare, dettagliato nella circolare da emanarsi entro i prossimi mesi, consentirà anche di calcolare indici quali: percentuale di MMG in grado di calcolare il rischio cardiovascolare con l'ausilio delle tecnologie informatiche, percentuale di soggetti tra 40 e 69 aa per le quali è stato calcolato il rischio cardiovascolare.

Tempi e costi di realizzazione:

I tempi previsti per la realizzazione del piano sono di 3 anni (2005/2007), con un periodo temporale di avvio di 6 mesi nel secondo semestre 2005 destinato alla messa a punto definitiva del progetto.

L'investimento previsto per l'annualità 2005 è di € 15.000.000.

