

PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE ATTIVA

2004-2006

Indice del documento

1. Inquadramento programmatico-istituzionale	1
2. Definizione di prevenzione attiva	1
3. Il contesto di riferimento - aree di intervento	2
3.1 Rischio cardiovascolare	2
3.2 Complicanze del diabete	2
3.3 Screenings oncologici	3
3.4 Vaccinazioni	3
4. Obiettivi	4
5. Impianto organizzativo e sistema informativo	6
5.1 Il processo di riferimento	6
5.2 Il sistema informativo	7
6. Piano operativo	7
6.1 Modalità attuative	7
6.2 Modalità di finanziamento	7
6.3 Modalità di erogazione dei fondi	8
6.4 Tempi previsti	8
7. Risultati attesi	8

1. Inquadramento programmatico – istituzionale

Il Piano Sanitario Nazionale in vari punti ha affrontato il tema della prevenzione; viene infatti dedicata una apposita sezione agli stili di vita salutari e posta in evidenza l'importanza di sottoporsi a periodici controlli e test di screening. Il nuovo Programma di Azione Comunitario nel settore della sanità pubblica 2003-2008, entrato in vigore nel mese di settembre 2002, individua, tra le aree orizzontali d'azione comunitaria, la prevenzione sanitaria e la promozione della salute.

Anche a livello dell'attività e degli impegni del Servizio Sanitario, viene sottolineata la necessità di muoversi nella direzione dello sviluppo di un sistema di monitoraggio e di comunicazione per tutti gli utenti, effettivi e potenziali, sugli stili di vita sani e la prevenzione sanitaria.

Le Regioni rivestono un ruolo centrale nella traduzione degli obiettivi nazionali nei rispettivi contesti: dal punto di vista organizzativo, promuovendo la piena operatività dei Dipartimenti di Prevenzione e più in generale di ASL ed Aziende Ospedaliere, da quello programmatico, prevedendo obiettivi di prevenzione specifici, per i quali individuare tempi e modi di realizzazione effettiva ed indicatori di processo e di risultato.

Il diritto alla salute e alle cure, indipendentemente dal reddito, costituisce da tempo parte integrante dei principi che costituiscono l'ossatura del patto sociale, ma non ha trovato fino ad oggi attuazione sufficiente. Nella nuova visione, esso costituisce un obiettivo prioritario. Pertanto è indispensabile, garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, concordati fra Stato e Regioni, assicurare un'efficace prevenzione sanitaria e diffondere la cultura della promozione della salute.

Con l'Accordo sancito in Conferenza Stato-Regioni il 24 luglio 2003 sono state individuate 5 linee prioritarie per l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale:

- 1) lo sviluppo della politica dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- 2) le cure primarie;
- 3) la rete integrata di servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza;
- 4) i Centri di eccellenza;
- 5) la comunicazione istituzionale.

Anche all'interno di tali linee sono contenuti molteplici richiami ai temi della prevenzione primaria e secondaria. Inoltre, l'importanza di individuare anche per la prevenzione degli approcci condivisi è ritenuta prioritaria ed a tal scopo nell'identificazione dei fondamentali del Servizio Sanitario, i cosiddetti "mattoni", è stato individuato uno specifico sulla prevenzione cui questo Piano di prevenzione attiva si collega.

Con l'attuale documento ci si propone di focalizzare in maniera specifica e diretta l'attenzione su alcuni aspetti secondo un approccio che verrà qui definito di Prevenzione attiva.

2. Definizione di prevenzione attiva

La prevenzione attiva rappresenta un insieme articolato di interventi, offerti attivamente alla popolazione generale o a gruppi a rischio per malattie di rilevanza sociale, che vedono un coinvolgimento integrato dei vari soggetti del Servizio Sanitario Nazionale impegnati nelle attività di prevenzione primaria e secondaria.

Rispetto ai tradizionali interventi di prevenzione, largamente praticati nel nostro Paese da molti decenni ed improntati in molti casi all'obbligatorietà e controllo, la prevenzione attiva si pone in un'ottica di promozione ed adesione consapevole da parte del cittadino

Il ruolo attivo, anziché passivo, ha il vantaggio di sollecitare i soggetti interessati così da evitare che essi trascurino, per disattenzione o disaffezione le azioni necessarie ad ottimizzare gli interventi di diagnosi e cura.

In tale prospettiva, gli interventi preventivi e di sanità pubblica non attengono in modo esclusivo a singole strutture sanitarie o articolazioni organizzative, ma pervadono l'intero SSN, pur con diversi livelli di responsabilità ed operatività: a partire dai Dipartimenti di prevenzione, sono coinvolti i medici di assistenza primaria, come pure strutture ospedaliere e specialistiche ed anche servizi socio-sanitari.

Si tratta quindi di interventi di natura trasversale finalizzati ad incrementare la diffusione dei programmi e l'adesione degli assistiti arruolabili.

3. Il contesto di riferimento - aree di intervento

3.1 Rischio cardiovascolare Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte nel nostro Paese, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi.

A fronte della gravità di tali dati epidemiologici, si riscontra nella popolazione una bassa percezione collettiva dell'incidenza del rischio cardiovascolare e poca informazione sui fattori che predispongono l'organismo ad ammalarsi.

Nelle malattie cardiovascolari non è individuabile una causa unica e la presenza contemporanea di due o più fattori moltiplica, inoltre, il rischio di andare incontro alla malattia ischemica di cuore e agli accidenti cardiovascolari. L'entità del rischio che ogni persona ha di sviluppare la malattia dipende dalla combinazione dei fattori di rischio o meglio dalla combinazione dei loro livelli.

Il Piano nazionale di prevenzione attiva prevede l'utilizzazione della *carta per la valutazione del rischio cardiovascolare*, uno strumento semplice ed obiettivo per stimare la probabilità di andare incontro ad un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) negli anni successivi, conoscendo il valore dei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistemica, colesterolemia e sovrappeso.

La carta, predisposta dall'Istituto Superiore di Sanità, offre opzioni multiple alla gestione degli individui a rischio aumentato. Inoltre, la valutazione attraverso la carta rende obiettivo e più accurato il controllo dell'assistito da parte del medico, anche in tempi successivi, e permette di valutare il rapporto costo/beneficio delle azioni di prevenzione intraprese.

La carta, quindi, agevola il controllo da parte dei medici dei fattori di rischio dei loro assistiti.

3.2 Complicanze del diabete Il diabete è una malattia con un elevato impatto sociale e alti costi sanitari.

In Italia, secondo uno studio recente sono diabetici il 9 per cento degli uomini e il 6 per cento delle donne, mentre sono a rischio, in quanto intolleranti al glucosio, il 9 per cento degli uomini e il 5 per cento delle donne.

Per quanto riguarda i trattamenti, il 62 per cento degli uomini diabetici in Italia non segue alcun trattamento farmacologico, il 24 per cento non è trattato in modo adeguato (il valore della glicemia rimane superiore a 126 mg/dl) e solo il 14 per cento riceve trattamenti adeguati. Tra le donne, il 56 per cento non è sottoposto ad alcun trattamento farmacologico, il 31 per cento non è trattato in modo adeguato e solo il 13 per cento riceve trattamenti adeguati.

Il diabete è una condizione cronica, senza cura risolutiva ma se non viene trattato adeguatamente, può comportare numerose complicanze sia nel breve che nel lungo periodo; in particolare, per quanto riguarda le conseguenze a lungo termine, il diabete causa diverse complicanze invalidanti che coinvolgono principalmente il sistema cardiovascolare, la retina, i reni, il sistema nervoso periferico.

L'adozione di programmi di "disease management" si è rivelata efficace nella prevenzione delle complicanze del diabete. Per disease management si intende una nuova strategia di gestione delle malattie croniche, ed in particolare del diabete, che prevede i seguenti elementi peculiari:

- partecipazione attiva del paziente nella gestione della sua malattia, attraverso programmi di educazione e di supporto del paziente, svolti a livello della rete primaria di assistenza;
- attivazione di una schedulazione di sistemi atti a garantire la regolare esecuzione di un set di controlli periodici da parte del paziente;
- attivazione di un sistema di monitoraggio, su base informatizzata.

3.3 Screenings oncologici

Ogni anno in Italia si registrano circa 270 mila nuovi casi di tumore e circa 150 mila sono i decessi. Il cancro costituisce la seconda causa di morte nel nostro Paese e l'incidenza di queste patologie è in costante aumento, con una elevata differenza di incidenza e di mortalità fra Nord e Sud.

Lo screening rappresenta una delle aree strategiche della prevenzione del cancro. E' necessario che le strutture sanitarie siano sufficientemente organizzate per una corretta esecuzione dello screening, per una tempestiva gestione dei soggetti positivi e per il monitoraggio della qualità delle procedure di diagnosi e cura e per la registrazione dei dati.

Lo screening incide direttamente sulla mortalità, in quanto consente la evidenziazione del tumore prima della manifestazione clinica della malattia.

Ad oggi le condizioni di efficacia sono accertate solo per lo screening del cancro della mammella e della cervice uterina, mentre una sufficiente evidenza è disponibile per lo screening dei tumori del colon-retto.

I dati raccolti dall'Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili indicano che in Italia sono stati avviati programmi di screening in molte regioni (anche se solo in alcune con programmi regionali) e raggiungono complessivamente la copertura di oltre il 30% e di oltre il 50% della popolazione target rispettivamente per lo screening mammografico e per lo screening citologico cervicovaginale (anno 2000).

Si rende pertanto necessaria una azione per assicurare che i programmi raggiungano tutta la popolazione a rischio, in quanto siamo ben lontani dalle percentuali di copertura raccomandate (almeno 70% per lo screening mammografico e 85% per quello cervicale).

In tal senso è orientata la Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea sullo screening dei tumori:

- ❑ **pap test** – per individuare i precursori dei tumori del collo dell'utero nelle donne di età compresa tra 25 e 64 anni (frequenza biennale);
- ❑ **mammografia** – per individuare tumori del seno nelle donne di età compresa tra i 50 e 69 anni (frequenza biennale);
- ❑ **sangue occulto nelle feci** – per i tumori colonrettali negli uomini e nelle donne di età compresa tra i 50 e i 74 anni (frequenza biennale).

Per ottenere vantaggi per la popolazione e per la sanità pubblica lo screening deve prevedere programmi organizzati con garanzie di qualità a tutti i livelli, ampia partecipazione e copertura nonché un alto livello di conformità.

3.4 Vaccinazioni

In Italia le 256 ASL offrono, attraverso i loro servizi, circa 10 vaccinazioni sia alla coorte annuale dei 500.000 nuovi nati che ad almeno un milione di bambini in seconde dosi e richiami ogni anno. A queste si aggiunge una stima di 500.000 vaccinazioni degli adulti per speciali categorie ed almeno 10 milioni di anziani rappresentanti gruppi a rischio per la vaccinazione antinfluenzale.

Per le vaccinazioni obbligatorie (difterite, tetano, poliomielite, epatite B) la copertura vaccinale è elevata mentre per le vaccinazioni raccomandate (pertosse, morbillo, parotite, rosolia, infezione di Haemophilus influenzae di tipo B e infezione pneumococciche) si assiste ad una copertura differenziata per le varie Regioni e, nel complesso ancora inadeguata.

4. Obiettivi

Le strategie operative individuate si prefiggono lo scopo di raggiungere, attraverso una strutturata opera di promozione della salute la massima adesione della popolazione candidabile ai diversi programmi di prevenzione in particolare per le seguenti aree:

- rischio cardiovascolare
- complicanze del diabete
- screenings oncologici
- vaccinazioni.

Il Piano di prevenzione attiva si propone di individuare gli strumenti applicabili in modo trasversale ai diversi programmi di prevenzione specifici, allo scopo di migliorarne l'efficacia in termini di adesione (compliance) degli assistiti. Non vengono invece prese in considerazione dal Piano le modalità esecutive dei singoli programmi di prevenzione.

Tale obiettivo generale può quindi essere così declinato per i diversi specifici programmi di prevenzione affrontati:

- ✓ *rischio cardiovascolare*: implementare nella rete di assistenza primaria l'utilizzo della carta del rischio ed il conseguente counseling individualizzato;
- ✓ *complicanze del diabete*:
 - identificare i pazienti diabetici attraverso l'iscrizione in appositi registri;
 - implementare, attraverso l'integrazione in rete di tutte le strutture territoriali della prevenzione e dell'assistenza primaria ed i Centri Antidiabete, programmi di disease management per i pazienti iscritti;
- ✓ *screening oncologici*: incrementare l'adesione degli assistiti arruolabili ai diversi programmi di prevenzione secondaria previsti dalle raccomandazioni dell'Unione Europea, attraverso il coinvolgimento diretto dei medici di medicina generale nell'attività di promozione, secondo quanto previsto dal Ddl 2701 di conversione in legge del DL n. 10/2004;
- ✓ *Vaccinazione*:
 - garantire la piena copertura vaccinale delle vaccinazioni obbligatorie in modo uniforme nelle diverse regioni;
 - migliorare la copertura delle vaccinazioni raccomandate, compresa la vaccinazione atinfluenzale per le categorie a rischio;
 - raccogliere sistematicamente i dati dell'avvenuta registrazione.

Nello schema che segue vengono riportati le categorie interessate, le tipologie di intervento e gli obiettivi specifici dei programmi di prevenzione previsti dal Piano.

PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE ATTIVA

Area	Popolazione target	Tipologia interventi	Obiettivi	Risultati attesi (°)
Rischio Cardiovascolare	Soggetti di età 40 – 69 anni	<i>Prevenzione primaria/secondaria:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Carta del rischio cardiovascolare 	<ul style="list-style-type: none"> • Somministrazione estesa della carta del rischio da parte dei MMG • <u>Registrazione dei dati</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione rischio disabilità, • riduzione morbosità e mortalità • miglioramento della qualità della vita
Complicanze diabete: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema cardiovascolare ▪ Retina ▪ Reni ▪ Sistema nervoso periferico 	Soggetti diabetici	<i>Disease management:</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adeguata gestione terapeutica ▪ Periodici controlli per diagnosi tempestiva delle complicanze 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementazione di programmi di disease management centrati sulle Unità Territoriali di Assistenza Primaria • <u>Centralizzazione della gestione informatica di comunicazione e registrazione nelle ASL</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Ridurre i tassi di ospedalizzazione, • Ridurre i tassi di menomazione permanente (cecità, amputazione arti), di nefropatie e patologie cardiovascolari • miglioramento della qualità della vita
Screening oncologici	Per sesso e per specifiche fasce di età, in base al tipo di screening	<i>Prevenzione secondaria:</i> Screening : <ul style="list-style-type: none"> ▪ pap test, ▪ mammografia ▪ sangue occulto nelle feci 	<ul style="list-style-type: none"> • Migliorare compliance del programma di screening della popolazione target • <u>Centralizzazione della gestione informatica di comunicazione e registrazione nelle ASL</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Ridurre il tasso di mortalità • Presa in carico soggetti affetti per approfondimento diagnostico e terapia
Vaccinazioni <ul style="list-style-type: none"> ▪ obbligatorie ▪ raccomandate ▪ antinfluenzale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Età pediatrica ▪ > 64 anni 	<i>Prevenzione primaria:</i> Campagna di vaccinazione	<ul style="list-style-type: none"> • Raggiungimento di appropriata copertura della popolazione target 	Riduzione incidenza, prevalenza e mortalità per patologie infettive e loro complicanze

(°) Il risultato di salute ha ovvie ripercussioni economiche sotto forma di risparmio delle prestazioni per le patologie conclamate.

5. Impianto organizzativo e sistema informativo

L'aspetto peculiare dei programmi di prevenzione attiva, consiste nella capacità dei diversi attori del sistema sanitario di operare in modo integrato, mantenendo l'assistito al centro del sistema: si tratta quindi di adottare un approccio organizzativo basato sul processo (in cui ogni soggetto partecipa alla realizzazione di un comune obiettivo) piuttosto che sulla rigida suddivisione di competenze.

L'azione di offerta attiva deve poter contare infatti su solide radici nel tessuto sanitario territoriale in cui si opera. In particolare tale connotazione richiede la capacità di interlocuzione anche con gruppi, associazioni, istituzioni educative a vario titolo presenti ed operanti nel territorio, nonché la capacità, da parte delle strutture territoriali della prevenzione e dell'assistenza primaria di stabilire rapporti permanenti con i medici di medicina generale (MMG) e con i pediatri di libera scelta (PLS): ciò al fine di garantire percorsi agevoli e completi, in special modo a chi si trova in condizioni di svantaggio sociale. La partecipazione diretta alle attività di prevenzione attiva dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS) è elemento di rilievo del progetto. Essi infatti rappresentano il punto di riferimento costante per i loro assistiti nei vari programmi di prevenzione:

- ✓ svolgendo un'azione informativa di promozione della salute agli assistiti;
- ✓ fornendo servizi di risk assessment e di counseling individuali ai propri assistiti, seguendo i protocolli previsti dai diversi programmi di prevenzione;
- ✓ garantendo la tempestiva presa in carico dei pazienti nei casi in cui il programma di prevenzione porti alla diagnosi precoce di una condizione patologica.

Ogni Regione, tenuto conto del proprio modello organizzativo, prevede che in ogni Azienda sia garantita una funzione di coordinamento delle attività di prevenzione attiva che garantisca il coinvolgimento di tutti gli attori compresi i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

5.1 Il processo di riferimento

Nello schema che segue, il processo di prevenzione attiva viene suddiviso nelle principali attività di cui è costituito e che, seppure con le dovute differenziazioni, possono considerarsi comuni ad ogni programma di prevenzione specifica affrontato dal Piano.

Attività	Descrizioni
Identificazione della popolazione bersaglio	Sulla base di dati demografici ed anagrafici disponibili (età, sesso, residenza, esenzioni) vengono selezionati assistiti candidabili a programmi di prevenzione attiva
Programmazione e organizzazione dell'offerta sanitaria	In funzione del numero di pazienti arruolati e delle prestazioni previste dallo screening, predisposizione, (convenzionamenti con MMG o con strutture sanitarie) della capacità di offerta adeguata per lo svolgimento dello screening
Reclutamento pazienti	Attività volte alla comunicazione agli assistiti arruolabili e di promozione della salute della possibilità di usufruire degli interventi previsti dal programma di prevenzione attiva
Esecuzione delle specifiche tipologie di intervento	Attività di prenotazione, esecuzione e registrazione degli interventi previsti da ogni piano di prevenzione specifico
Verifica copertura e azioni di incentivazione assistiti	Segnalazione ai MMG dei pazienti arruolati che non hanno effettuato lo screening. Azioni di promozione/sollecito (vaccinazioni obbligatorie) verso l'assistito
Monitoraggio regionale/nazionale	Valutazione outcome

5.2 Sistema informativo

Al fine di garantire la diffusione delle attività di prevenzione attiva tra soggetti istituzionali, il progetto prevede la realizzazione di uno strumento integrato che connetta le strutture territoriali del Servizio Sanitario Nazionale con le Regioni e l'Amministrazione centrale, che contempli funzionalità operative di comunicazione e di formazione nonché l'accesso a banche dati orientate alla condivisione multidisciplinare delle informazioni.

Le modalità della cooperazione seguono il modello architettuale del NSIS, attraverso la definizione di servizi e di un *protocollo* comune secondo quanto previsto dal piano di e-government.

6. Piano Operativo

Per quanto concerne le modalità ed i tempi di attuazione del Piano nazionale di prevenzione attiva, si prevede la predisposizione dei programmi informatici a livello centrale o regionale anche con risorse del Dipartimento per l'innovazione e le tecnologie.

6.1-Modalità attuative

L'attuazione del Piano prevede le seguenti fasi:

1. definizione del modello di riferimento per la prevenzione attiva. Tale fase sviluppa nel dettaglio le attività previste individuando i soggetti coinvolti in ogni programma specifico, i loro ruoli, le relazioni fra questi;
2. definizione di linee guida per lo sviluppo di sistemi informativi adeguati al modello di riferimento, specificandone requisiti funzionali, di architettura e le possibili modalità di fornitura;
3. il finanziamento dei progetti;
4. la valutazione dei risultati;
5. il monitoraggio nell'attuazione dei progetti.

6.2-Modalità di finanziamento

L'attuazione del Piano di prevenzione attiva richiede la finalizzazione di specifiche risorse finanziarie nelle seguenti aree:

1. realizzazione ed implementazione (compresi gli interventi di supporto alla revisione dell'organizzazione dei dipartimenti e alla formazione del personale) presso ogni dipartimento dei sistemi informativi dedicati alla gestione dei programmi di prevenzione, da integrare con i sistemi informativi già in uso presso le ASL e gli altri soggetti interessati;
 2. attivazione sperimentale presso Centri antidiabetici e gruppi associati di medici di base, di sistemi informativi di disease management per la prevenzione delle complicanze del diabete;
 3. incentivazione dei medici di base e dei pediatri di libera scelta affinché partecipino attivamente ai programmi di prevenzione nelle modalità individuate dal presente Piano;
 4. potenziamento ed ammodernamento della capacità delle strutture sanitarie di erogare le prestazioni previste dagli screening oncologici.
- Ai fini della realizzazione dei sistemi informativi, è prevista l'erogazione di parte dei fondi necessari a cura del Consiglio dei Ministri per la società dell'informazione (5 milioni di euro, per il 2004). La corretta quantificazione delle risorse economiche, stimate complessivamente in

circa 50 milioni di Euro in tre anni, potrà essere individuata al termine delle fasi di definizione di dettaglio del modello di riferimento e delle linee guida del sistema informativo.

- Per quanto riguarda infine il potenziamento della rete dell'offerta di prestazioni degli screening oncologici, si farà riferimento alle risorse previste per la prevenzione secondaria dei tumori dal Ddl 2701 di conversione in legge del Dl n.10/2004 (10 milioni di euro per il 2004; 20,975 milioni di euro per il 2005; 21,2 milioni di euro per il 2006).

6.3-Modalità di erogazione dei fondi

I fondi verranno erogati nel rispetto di quanto previsto dalle specifiche norme che sostengono le linee di finanziamento sopra previste.

6.4-Tempi previsti

E' prevedibile che la realizzazione del Piano possa essere portata a termine entro 3 anni.

7. Risultati attesi

I **vantaggi** che si attendono dall'attuazione del Piano sono:

- ***un miglior risultato di salute per i singoli e per la popolazione, in termini di riduzione di incidenza, prevalenza e di mortalità delle patologie in questione.***

In particolare, vengono individuati i risultati attesi per ogni area di prevenzione individuata dal Piano:

Rischio cardiovascolare

- ❑ riduzione dell'impatto sociale delle malattie cardiovascolari,
- ❑ prevenzione del rischio di disabilità nei cardiopatici anziani,
- ❑ riduzione della morbilità e della mortalità.

Complicanze del diabete:

- ❑ riduzione dei tassi di ospedalizzazione,
- ❑ riduzione dei tassi di menomazione permanente (cecità, amputazione degli arti), di nefropatie e patologie cardiovascolari.

Screenings oncologici:

- ❑ riduzione del tasso di mortalità,
- ❑ incentivazione e disponibilità dell'approfondimento diagnostico, con particolare attenzione alla popolazione anziana,
- ❑ presa in carico dei soggetti affetti (trovati positivi).

Vaccinazioni

- ❑ Riduzione incidenza, prevalenza e mortalità per patologie infettive e loro complicanze;
- ***risparmio per il Servizio Sanitario Nazionale che potrà essere determinato in base alla misura degli outcomes del Piano.***

Roma, 6 aprile 2004