



DIREZIONE CENTRALE SALUTE  
E PROTEZIONE SOCIALE

**PIANO REGIONALE TRIENNALE DELLA PREVENZIONE**

**SECONDA PARTE**

*Maggio 2006*

## ABBREVIAZIONI

ACI	Automobile Club d'Italia
ACC	American College of Cardiology
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AHA	American Heart Association
AI	Angina Instabile
Amm.ni	Amministrazioni
ANCE	Associazione Nazionale Cardiologi Extraospedalieri
ANMCO	Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri
AQPF	Analisi Qualitativa Prescrizioni Farmaceutiche
ARPA	Agenzia Regionale Prevenzione e Ambiente
ARS	Agenzia Regionale della Sanità
Art.	Articolo
ASL	Azienda Sanitaria Locale
ASP	Accertamenti Sanitari Periodici
ASS	Azienda per i Servizi Sanitari
BMI	Body Mass Index
CCM	Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie
CGIL	Confederazione Generale Italiana del Lavoro
CISL	Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori
Cod. Strad.	Codice della Strada
ConfederTAAI	Confederazione Titolari Autoscuole Agenzie d'Italia
CONI	Comitato Olimpionico Nazionale Italiano
COR	Centro Operativo Regionale
CRA	Codice Regionale Assistito
CSA	Centro Servizi Amministrativi
D.G.R.	Delibera di Giunta Regionale
D.Lgs.	Decreto Legislativo
D.Lvo	Decreto Legislativo
DCICSP	Direzione Centrale Istruzione, Cultura, Sport e Pace
DCPTEMIT	Direzione Centrale Pianificazione Territoriale, Energia, Mobilità e Infrastrutture di Trasporto
DCRANFM	Direzione Centrale Risorse Agricole, Naturali, Forestali e Montagna
DCSPS	Direzione Centrale Salute e Protezione Sociale
DGPROG	Direzione Generale Programmazione
DM	Distrofia Muscolare
DOP	Denominazione d'Origine Protetta
DP	Dipartimento di Prevenzione
DPI	Dispositivo Protezione Individuale
DPR	Decreto del Presidente della Repubblica
DR	Direzione Regionale
EBP	Evidence Based Prevention
ECM	Educazione Continua in Medicina
ESAW	European Statistics on Accidents at Work (Statistiche Europee degli Infortuni sul Lavoro)
ESC	European Society of Cardiology
FAD	Formazione A Distanza
FIC	Federazione Italiana di Cardiologia
FIMG	Federazione Italiana Medici di Medicina Generale
FVG	Friuli Venezia Giulia

G2-Cardi@net	Gestore Prestazioni 2 Rete Cardiologica
GIS	Geographical Information System
GISSI	Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto miocardico acuto
HDL	High-Density Lipoproteins
ICD-9	International Classification of Diseases
IGP	Indicazione Geografica Protetta
IMA	Infarto Acuto del Miocardio
IN.SI.E.L.	INformatica per il SIstema degli Enti Locali
INAIL	Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro
INRAN	Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione
IRCCS	Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico
ISPESL	Istituto Superiore Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro
ISS	Istituto Superiore della Sanità
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
L.	Legge
L.R.	Legge Regionale
LILT	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori
MIUR	Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
MMG	Medici di Medicina Generale
MONICA	MONItoring of CARDiovascular diseases
NOEA	Nulla Osta per l'Esercizio di nuove Attività
NYHA	New York Heart Association
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
OOSS	Organizzazioni Sindacali
PA	Pubblica Amministrazione
PASSI	Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia
PAT	Programma delle Attività Territoriali
PDZ	Piano Di Zona
PES	Promozione Educazione Salute
PFR	Punti Focali Regionali
PLS	Pediatri di Libera Scelta
PNSS	Pregnancy Nutrition Surveillance System
PRG	Piano Regolatore Generale
PRGC	Piano Regolatore Generale Comunale
PRPC	Piano Regolatore Particolareggiato Comunale
PS	Pronto Soccorso
PSNet	Patient Safety Network
PTR	Piano Territoriale Regionale
PUT	Piano Urbano del Traffico
RENAM	REGistro NAzionale Mesoteliomi
RL	Rapporto di Lesività
RLS	Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza
RM	Rapporto di Mortalità
RSP	Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
SDO	Scheda di Dimissione Ospedaliera
Ser.T.	Servizi Tossicodipendenze
SIAN	Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
SIASA	Sistema Informativo Regionale Specialistica Ambulatoriale
SIMG	Società Italiana di Medicina Generale
SINIACA	Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in Ambienti di Civile Abitazione

SISR	Sistema Informativo Sanitario Regionale
SMI	Servizio Materno Infantile
SNAMID	Società Nazionale Aggiornamento Medico InterDisciplinare
SPSAL	Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro
SSR	Servizio Sanitario Regionale
TM	Tasso di Mortalità
TULLSS	Testo Unico delle Leggi Sanitarie
U.O.	Unità Operativa
UCIC	Unità Cure Intensive Cardiologiche
UCOML	Unità Clinico Operativa Medicina del Lavoro
UIL	Unione Italiana del Lavoro
UNICEF	Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia
UOPSAL	Unità Operativa Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro
UU.OO.	Unità Operative
VAS	Valutazione Ambientale Strategica
VdR	Valutazione del Rischio

	PAG
<b>ABBREVIAZIONI</b>	<b>II</b>
<b>INDICE</b>	<b>V</b>
<b>1. PRESENTAZIONE</b>	<b>1</b>
1.1. SINTESI DEI PRINCIPALI CONTENUTI DEI SINGOLI PIANI	3
1.1.1 LA PREVENZIONE DELL'OBESITÀ	3
1.1.2 LA PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI SUI LUOGHI DI LAVORO	3
1.1.3 LA PREVENZIONE DELLE RECIDIVE DI ACCIDENTI CARDIOVASCOLARI	5
1.1.4 LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI	6
1.1.4.1 INTERVENTI FORMATIVI	7
1.1.4.2 INTERVENTI DI SORVEGLIANZA	7
1.1.4.3 INTERVENTI DI PREVENZIONE	8
1.1.5 LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI	8
1.2. IL COORDINAMENTO REGIONALE	9
1.3. PIANO TERRITORIALE REGIONALE E PIANO DELLA PREVENZIONE	12
<b>2. PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008</b>	
<b>PER LA SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELL'OBESITÀ</b>	<b>15</b>
CONTENUTI	15
2.1. INTRODUZIONE	16
2.1.1 L'OBESITÀ E IL SOVRAPPESO NELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA	17
2.2. SISTEMI DI SORVEGLIANZA	18
2.3. PROGRAMMI DI PREVENZIONE	18
2.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA	19
2.3.2 PIANO OPERATIVO	20

### **3. PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008**

<b>PER LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO</b>	31
CONTENUTI	31
3.1. INTRODUZIONE	32
3.2. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO E IL CONTESTO OPERATIVO REGIONALE	34
3.3. PIANO OPERATIVO PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA	37
3.3.1 OBIETTIVI	38
3.4. PIANO OPERATIVO SORVEGLIANZA	39
3.5. PIANO OPERATIVO DEGLI INTERVENTI DI PREVENZIONE	43

### **4. PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008**

#### **PER LA SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE RECIDIVE**

<b>NEI SOGGETTI CHE GIÀ HANNO AVUTO ACCIDENTI CARDIOVASCOLARI</b>	60
CONTENUTI	60
4.1. INTRODUZIONE	61
4.1.1 LE SINDROMI CORONARICHE ACUTE E L'ANGINA STABILE IN REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA	62
4.1.2 SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO REGIONALE E REGISTRO REGIONALE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI	64
4.1.3 PROGRAMMI E INIZIATIVE TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE SECONDARIA	67
4.2. SISTEMA DI SORVEGLIANZA	70
4.2.1 VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI DATI	70
4.2.1.1 ANAGRAFE ASSISTITI	70
4.2.1.2 REGISTRO DEI DIMESSI OSPEDALIERI	71
4.2.1.3 REGISTRO DI MORTALITÀ SECONDO L'ISTAT	71
4.2.1.4 REGISTRO DELLE PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE	71
4.2.1.5 REGISTRO DEGLI EVENTI CORONARICI	71
4.2.2 OBIETTIVI DEL SISTEMA	71
4.2.3 PIANO OPERATIVO	74
4.3. PROGRAMMA DI PREVENZIONE	80
4.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA	80
4.3.2 PIANO OPERATIVO	81
4.4. CONCLUSIONI	91

## **5. PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008**

<b>PER LA SORVEGLIANZA E LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI</b>	92
CONTENUTI	92
5.1. INTRODUZIONE	93
5.1.1 GLI INCIDENTI STRADALI NELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA	94
5.1.2 FONTI INFORMATIVE	97
5.1.3 PROGRAMMI E INIZIATIVE TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE	99
5.2. SISTEMA DI SORVEGLIANZA	101
5.2.1 VALUTAZIONE SULLA QUALITÀ DEI DATI	102
5.2.1.1 PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO	102
5.2.1.2 SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA	102
5.2.1.3 DATI ISTAT	103
5.2.2 OBIETTIVI DEL SISTEMA	103
5.2.3 PIANO OPERATIVO	105
5.3. PROGRAMMA DI PREVENZIONE	111
5.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA	111
5.3.2 PIANO OPERATIVO	113

## **6. PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008**

<b>PER LA SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI</b>	120
CONTENUTI	120
6.1. INTRODUZIONE	121
6.1.1 GLI INCIDENTI DOMESTICI NELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA	121
6.1.2 FONTI INFORMATIVE	124
6.1.3 PROGRAMMI E INIZIATIVE TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE	125
6.2. SISTEMA DI SORVEGLIANZA	125
6.2.1 OBIETTIVI DEL SISTEMA	126
6.2.2 PIANO OPERATIVO	127
6.3. PROGRAMMA DI PREVENZIONE	132
6.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA	132
6.3.2 PIANO OPERATIVO	134

## **PRESENTAZIONE**

Il presente documento contiene le linee di pianificazione strategica della regione Friuli Venezia Giulia in materia di prevenzione e i singoli piani per argomento. In questo modo avviene il completamento di quanto già precedentemente deliberato dalla Giunta regionale (Piano della prevenzione parte prima), così come previsto dalle disposizioni del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute, in attuazione dell'accordo Stato Regioni di Cernobbio del 23 marzo 2005.

La regione Friuli Venezia Giulia, con delibera N. 2862 del 7.11.2005, ha già stabilito, con la sopraccitata prima parte del Piano della prevenzione, la strategia complessiva per quanto riguarda la prevenzione delle malattie infettive (campagne vaccinali), la prevenzione delle complicanze del diabete, la prevenzione secondaria in ambito oncologico (campagna di screening) e la prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari. Questi progetti, successivamente alla fase di predisposizione del Piano attuativo, sono ora entrati nella fase operativa.

Con nota del 13 marzo 2006 il CCM ha ulteriormente definito la tempistica per la fase di attuazione complessiva del progetto di prevenzione a livello nazionale, prevedendo che per i temi trattati in questo documento debba essere predisposto un piano esecutivo completo di cronoprogramma entro il 30 giugno 2006.

Con delibera N. 3222 del 12 dicembre 2005 la Giunta regionale ha approvato il Progetto di Piano sanitario e sociosanitario regionale 2006-2008 che delinea la strategia, gli obiettivi e le azioni che il sistema dovrà conseguire nel prossimo triennio. Al suo interno sono contenute anche le principali indicazioni strategiche in tema di prevenzione ed in particolare le linee di sviluppo per i 5 temi trattati in questo documento. Il Piano sanitario e sociosanitario ha ricevuto l'approvazione del Ministero della Salute comunicata con nota DGPROG/2-P/4359 del 27.02.2006 ed è in attesa del parere della Conferenza regionale per la programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale e della III commissione consiliare per essere poi definitivamente approvato dalla Giunta regionale.

In questo documento non sono riportate le risorse necessarie per l'attuazione del Piano in quanto la loro quantificazione è demandata alla stesura del piano attuativo. La compatibilità rispetto al Bilancio regionale è legata solo in parte al finanziamento statale per l'attuazione del Piano nazionale della Prevenzione. A tutt'oggi non è avvenuta alcuna assegnazione di finanziamenti alle

regioni (sia per quelle a statuto speciale che per quelle a statuto ordinario) per l'attuazione del Piano nazionale della prevenzione e quindi è desumibile che le stesse debbano essere reperite nel finanziamento generale del Sistema sanitario. Da questo punto di vista la regione Friuli Venezia Giulia nel Progetto di Piano sanitario e sociosanitario 2006-2008 ha previsto un incremento del 4 % del Fondo sanitario regionale e, nell'ambito di questa disponibilità, dovranno essere definite le priorità di intervento, tenendo conto anche delle manovre di razionalizzazione possibili. Pertanto, nella programmazione annuale le Aziende dovranno individuare le risorse e le azioni che, anno per anno, riterranno prioritarie. La regione, esercitando l'attività di indirizzo e controllo, dovrà perseguire il conseguimento degli obiettivi minimi ed omogenei su tutto il territorio attraverso gli atti formali di consolidamento dei programmi aziendali.

Il ragione delle disposizioni del comma 198 dell'articolo 1 della Legge finanziaria per il 2006 è emersa la necessità di ridurre negli anni 2006-2007-2008 il costo del personale il cui valore dovrà essere pari a quello registrato nell'anno 2004 diminuito dell' 1 % (contro questa norma la regione Friuli Venezia Giulia ha presentato ricorso alla Corte costituzionale). La conseguente D.G.R. N.782/2006 ha definito le modalità per l'acquisizione del personale e le responsabilità dei Direttori generali rispetto al mantenimento dei Livelli essenziali di assistenza (tra cui anche la Prevenzione) ed in tal senso dovranno essere ricondotte le azioni previste dal presente Piano i cui tempi di attuazione potranno/dovranno essere rivisti con la Programmazione aziendale annuale.

## **1.1. SINTESI DEI PRINCIPALI CONTENUTI DEI SINGOLI PIANI**

Vengono successivamente illustrati, in sintesi, i contenuti dei cinque piani di prevenzione, con particolare riferimento agli obiettivi individuati.

### **1.1.1 LA PREVENZIONE DELL'OBESITÀ**

Il gruppo di lavoro regionale ha posto particolare attenzione alla necessità di attivare un sistema di raccolta di dati epidemiologici al fine di attuare una sorveglianza attiva sull'obesità nel Friuli Venezia Giulia ed ha impostato il Piano articolando gli interventi soprattutto nella fascia di età infantile. E' emersa inoltre la necessità di sviluppare interventi coordinati con particolare riferimento all'educazione alimentare e all'attività fisica. Il Piano prevede la configurazione di ambienti e contesti favorevoli, in grado di modificare i comportamenti e le abitudini attraverso il coinvolgimento di diversi attori:

- organi regionali (direzione cultura, direzione agricoltura)
- sistema sanitario (dipartimenti di prevenzione, pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, IRCCS per l'infanzia Burlo Garofolo, medicina dello sport)
- organi istituzionali (comuni, scuole, CONI, MIUR ecc.)
- associazioni (cooperative, volontariato, società sportive, consulta studenti ecc.).

Sono previsti interventi di promozione dell'allattamento al seno, interventi in ambito scolastico ed aziendale (scelte nutrizionali corrette, menù delle mense), promozione dell'attività fisica nei giovani, adulti ed anziani, sviluppo di attività educative in collaborazione con le scuole.

Con attività amministrative interne saranno individuati i nominativi dei referenti per ciascun progetto e, nel seguente piano attuativo, saranno determinati i relativi costi per l'attuazione dei progetti.

### **1.1.2 LA PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI SUI LUOGHI DI LAVORO**

In relazione al quadro epidemiologico del Friuli Venezia Giulia, che colloca la regione ai primi posti in Italia per frequenza relativa e gravità degli infortuni sul lavoro e che, parimenti, presenta anche elevati tassi di malattie professionali, l'occasione della predisposizione del Piano per la prevenzione degli infortuni sul lavoro è stata utile per affrontare anche il tema delle malattie

professionali, trattate nel documento in aggiunta a quanto previsto dal CCM. Il presente Piano ha recepito anche le osservazioni e le proposte formulate in diversi momenti dalle Organizzazioni sindacali, come previsto dal percorso di concertazione della programmazione sanitaria definito da questa regione e si raccorda con la L.R. 200/2003, 18/2005 e con il Programma triennale di politica del lavoro 2006-2008.

Il Friuli Venezia Giulia è in ritardo nell'attuazione della normativa regionale in merito alla prevenzione degli infortuni sul lavoro, in particolare per quanto riguarda il potenziamento dell'attività di vigilanza e l'acquisizione di risorse; appare quindi prioritario completare l'attuazione di quanto previsto dalla normativa regionale di settore.

Le direttive del Piano riguardano lo sviluppo del sistema di sorveglianza e la realizzazione di interventi di prevenzione. Per la realizzazione degli interventi sono necessari coordinamento e integrazione di diversi soggetti:

- organi regionali (direzione cultura, direzione lavoro, ARPA)
- sistema sanitario (dipartimenti di prevenzione, strutture operative prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro)
- organi istituzionali (ISPESL, INAIL, Università, Autorità giudiziaria, Direzione provinciale del lavoro, Forze dell'ordine, Comitato ex articolo 27 D.Lgs. 626/94, scuole, enti di formazione )
- associazioni (commerciati, artigiani, industriali, ecc.).

Il Piano prevede i seguenti interventi:

- monitoraggio delle risorse umane, tecniche, dei bisogni formativi e degli aspetti economici delle singole UOPSAL
- sviluppo di un programma informatico regionale per la gestione delle attività UOPSAL
- partecipazione delle UOPSAL a progetti nazionali per la prevenzione degli infortuni sul lavoro
- aggiornamento dell'atlante regionale degli infortuni e della malattie professionali.
- prevenzione degli infortuni lavorativi: indagini
- prevenzione degli infortuni sul lavoro: sopralluoghi

- prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali: indagini di igiene industriale
- prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali: informazione e assistenza
- prevenzione delle malattie professionali
- sorveglianza sanitaria
- registro regionale degli esposti ad amianto
- formazione e informazione
- interventi di comparto: metalmeccanica, edilizia
- prevenzione dei rischi psicosociali.

### **1.1.3 LA PREVENZIONE DELLE RECIDIVE DI ACCIDENTI CARDIOVASCOLARI**

Il piano regionale è rivolto prioritariamente alla prevenzione delle recidive in pazienti che hanno avuto sindromi coronariche acute ed angina stabile. In relazione alle qualificate esperienze di prevenzione cardiovascolare condotte in Friuli Venezia Giulia e alla disponibilità di un sistema informativo omogeneo diffuso in tutta la regione, il Piano prevede innanzitutto la raccolta e la elaborazione di informazioni desumibili dalle banche dati regionali. Un'altra area di intervento è la riabilitazione cardiovascolare su cui, recentemente, la Regione ha già pianificato nell'ambito del Piano regionale della riabilitazione (DGR N. 606 del 24.03.2005) e quindi in questa sede vengono confermate e sviluppate le azioni già previste. Il Piano prevede anche il recepimento delle proposte delle società scientifiche di cardiologia ed il pieno coinvolgimento delle associazioni di volontariato già molto attive nella regione.

Rispetto al sistema di sorveglianza, che vede protagonista l'Osservatorio epidemiologico dell'Agenzia regionale della sanità ed il registro regionale delle malattie cardiovascolari, sono state individuate le seguenti attività:

- sviluppo del Registro degli Eventi Coronarici Acuti
- sviluppo di indicatori sull'uso di strumenti di stratificazione del rischio e sulla correzione dei fattori di rischio nei pazienti con cardiopatia ischemica
- sviluppo di indicatori di appropriatezza e persistenza terapeutica nei pazienti con cardiopatia ischemica.
- sviluppo del Registro degli Eventi Cerebrovascolari Acuti

- sviluppo di indicatori sull'uso di strumenti di stratificazione del rischio e sulla correzione dei fattori di rischio
- sviluppo di indicatori di appropriatezza e persistenza terapeutica nei pazienti con cerebrovasculopatia e arteriopatia periferica.

Rispetto agli obiettivi specifici del programma di prevenzione sono stati individuati obiettivi vincolanti per le aziende ed obiettivi di interesse locale che possono essere modulati in relazione alle caratteristiche specifiche del territorio. Vengono adottati gli obiettivi principali del CCM che sono:

- indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio sulle modalità di dimissione del paziente infartuato;
- indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio ed ai Medici di Medicina Generale sulle modalità di valutazione del paziente coronaropatico senza infarto;
- identificazione dei servizi e delle strutture che operano per favorire il controllo dei fattori di rischio modificabili;
- attuazione di un piano di formazione del personale sanitario nella prevenzione delle recidive;
- educazione dei pazienti, anche in collaborazione con le associazioni dei pazienti;
- indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio sulle modalità di dimissione del paziente con accidente cerebrovascolare;
- indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio sulle modalità di dimissione del paziente con rivascolarizzazione carotidea o periferica.

#### **1.1.4 LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI**

La regione Friuli Venezia Giulia presenta indicatori sfavorevoli rispetto alla media nazionale sul tema degli incidenti stradali ed in tal senso ha attivato da alcuni anni un gruppo di lavoro presso l'Agenzia regionale della sanità che si è raccordato con le aziende sanitarie regionali per alcune azioni. Anche in termini legislativi, si segnala l'approvazione della legge regionale 25 ottobre 2004, N. 25 "Interventi a favore della sicurezza e dell'educazione stradale" che prevede l'istituzione dell'Osservatorio per la sicurezza stradale e della Consulta regionale per la sicurezza stradale.

Nell'elaborazione del Piano sono state innanzitutto valorizzate le iniziative regionali in essere e sono state censite le numerose iniziative locali in tema di prevenzione degli incidenti stradali (in massima parte di sensibilizzazione ed educazione, ma anche di intervento sul campo in maniera

integrata con altri soggetti come, ad esempio, l'iniziativa della centrale operativa 118 di Udine con la Polizia stradale nell'area di Lignano). Il Piano è inoltre coordinato con la L.R. 25/2004 e con il Piano regionale per la sicurezza stradale in corso di elaborazione.

Le iniziative sono in massima parte interdisciplinari e interistituzionali e si prevede pertanto il coinvolgimento dei seguenti attori:

- organi regionali (direzione trasporti, direzione cultura, direzione lavoro, Agenda 21)
- sistema sanitario (dipartimenti di prevenzione, dipartimenti dipendenze, pronto soccorso, centrali operative 118)
- organi istituzionali (Università, INAIL, Autovie venete, ACI, scuole, Croce rossa italiana, Polizia stradale, Carabinieri, Vigili urbani.)
- associazioni (scuole guida, associazione donatori organi, ecc.)

Il piano prevede interventi formativi, di sorveglianza e programmi di prevenzione di seguito descritti.

#### ***1.1.4.1          Interventi formativi***

- Promozione di interventi formativi nelle autoscuole
- Interventi formativi nelle scuole.
- Corsi per tecnici comunali, provinciali e professionisti
- Iniziative di sensibilizzazione rivolte alla popolazione generale
- Protocolli tra Ser.T. e Commissione Medica Patenti
- Promozione del trasporto sicuro dei bambini in automobile
- Interventi e iniziative di prevenzione relativi alle sostanze di abuso
- "Guida sicura": partecipazione, in alcune aree territoriali, al progetto del Ministero degli Interni
- Coinvolgimento del volontariato (Croce Rossa, Associazione Donatori Organi, ecc.) nelle iniziative di promozione della sicurezza stradale.

#### ***1.1.4.2          Interventi di sorveglianza***

- analisi epidemiologica su fattori di rischio, con particolare riferimento all'abuso di alcool ed al mancato uso dei dispositivi di sicurezza, quali casco, cinture e seggiolino per i bambini

- analisi epidemiologica su fattori di rischio ambientale
- valutazione delle conoscenze e delle opinioni sui comportamenti alla guida e in sottopopolazioni specifiche.

#### **1.1.4.3        *Interventi di prevenzione***

- Alleanze con le forze dell'ordine per intensificare i controlli su strada, con particolare riferimento all'uso dei dispositivi di sicurezza e alla guida in stato di ebbrezza (anche mediante l'estensione del progetto "Guida Sicura")

- Campagne informative e sviluppo di programmi di comunicazione e educazione per la promozione della sicurezza stradale e la modificazione di comportamenti a rischio (guida in stato di ebbrezza, sostanze d'abuso, dispositivi di sicurezza) condotte mediante alleanze con mass media e accordi tra DP e altre strutture (ad es. laboratori) sia sulla popolazione generale (ad es. tramite cartellonistica "promozionale") che su sottopopolazioni particolari (es. soggetti che hanno già avuto uno o più incidenti). Interventi a livello scolastico (Direzione cultura)

- Miglioramento qualità certificazioni di idoneità alla guida: formazione medici addetti (autoscuole), adozione questionari standardizzati per la rilevazione sostanze d'abuso.

Oltre a questi obiettivi, a carattere vincolante per il sistema regionale e conseguibili entro il periodo di vigenza del presente piano (obiettivi di primo livello), si individuano alcuni obiettivi di ulteriore sviluppo del sistema, conseguibili in un arco temporale più ampio (obiettivi di secondo livello), e segnatamente:

- Promuovere la cultura della sicurezza stradale in generale (collaborazione all'introduzione in ambito scolastico dell'insegnamento obbligatorio in materia di educazione stradale così come previsto dalle iniziative ministeriali) e avviare iniziative all'interno della Pubblica Amministrazione

- Sviluppare iniziative di promozione della mobilità sostenibile

- Promuovere a livello locale la valutazione della sicurezza stradale nella pianificazione urbanistica comunale e nelle scelte insediative

- Aumentare la sicurezza del lavoro sulle strade, riducendo gli infortuni in occasione di lavoro ed in itinere (convenzione DCPTMIT – INAIL).

#### **1.1.5 LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI**

Il documento analizza in sintesi il fenomeno degli incidenti domestici in Italia e nel Friuli Venezia Giulia. Dai dati disponibili emerge una situazione poco conosciuta ma rilevante per l'impatto

sulla mortalità, sulla invalidità e sulla disabilità. Gli accadimenti più frequenti sono le cadute, le ustioni e gli avvelenamenti. Le età maggiormente a rischio sono i bambini e gli anziani. La riduzione dei fattori di rischio presenti nelle abitazioni e un'adeguata informazione/formazione possono contribuire a ridurre la frequenza e la gravità degli eventi in tutte le fasce di età.

Il Piano prevede l'attivazione di un sistema di sorveglianza basato sulle informazioni sanitarie correnti di Pronto soccorso, Ricovero ospedaliero e Mortalità. È prevista anche una indagine campionaria per lo studio delle modalità di accadimento degli infortuni e dei fattori di rischio associati negli anziani e nei bambini. Altre indagini campionarie riguardano la valutazione delle condizioni di rischio presenti nelle abitazioni dei lavoratori immigrati in Italia da meno di un anno e la conoscenza delle caratteristiche del lavoro domestico e dei rischi connessi.

Sul versante degli interventi di prevenzione sono previsti:

- La rilevazione dei rischi connessi agli aspetti strutturali e impiantistici delle abitazioni con attività di informazione e di proposizione di interventi mirati alla messa in sicurezza,
- La realizzazione di interventi informativi e formativi rivolti alla popolazione,
- La semplificazione del percorso relativo ai pareri del Dipartimento di Prevenzione sull'edilizia civile abitativa che orienti tale attività alla promozione della sicurezza domestica.

Anche per il perseguimento di questi obiettivi è previsto il coinvolgimento di altri attori quali l'ISPESL, i Comuni, le province, le scuole, le Associazioni, ordini professionali, le società di distribuzione di energia, gas, la magistratura e le Forze dell'ordine.

## **1.2. IL COORDINAMENTO REGIONALE**

Il conseguimento dei risultati previsti, data la natura multidimensionale dei fattori di rischio che si intendono contrastare e la non esclusiva competenza del sistema sanitario riguardo alle tematiche oggetto dei diversi piani, dipende soprattutto dalla capacità del sistema di interagire con una moltitudine di attori appartenenti a diverse istituzioni, anche non dell'ambito sanitario, di diverse discipline e, talvolta, con interessi differenziati o contrapposti. Per tali motivi il ruolo di coordinamento regionale appare indispensabile affinché, sia i decisori del livello centrale, che gli operatori a livello periferico, siano a conoscenza della strategia definita e siano coinvolti attivamente nella sua realizzazione. Anche l'attuazione delle migliori pratiche di buona efficacia è destinata a fallire se essa non avviene in maniera integrata con altri soggetti interessati. La Direzione centrale salute e protezione sociale è responsabilizzata ad attivare le necessarie sinergie ed integrazioni con gli

organi di governo centrale di volta in volta interessati. Questo ruolo è indispensabile per preparare l'integrazione che dovrà avvenire a livello locale, prioritariamente tra le strutture del Servizio sanitario regionale (distretti, dipendenze, salute mentale, ospedali) e gli attori di volta in volta individuati.

Un altro elemento che rende indispensabile il coordinamento a livello regionale è riconducibile al fatto che vi sono obiettivi e azioni in comune tra i diversi Piani (es. la mobilità alternativa è un'azione di piano utile per la prevenzione dell'obesità, per la promozione dell'attività fisica, per la riduzione degli incidenti stradali, per la prevenzione delle recidive cardiovascolari); è quindi necessario un approccio unitario al problema per evitare di incorrere in duplicazioni di azioni e di accordi che hanno valore solo per un singolo progetto.

Peraltro, a livello regionale operano già gruppi di coordinamento specifici e gruppi di lavoro sui temi della prevenzione (tavolo della promozione della salute, ospedali per la promozione della salute, coordinamento dei dipartimenti della prevenzione, igiene degli alimenti, medicina del lavoro ecc.) che dovranno essere parte attiva nel perseguire il raccordo tra le diverse azioni pianificate.

Pertanto, gli obiettivi del Coordinamento regionale sono:

- integrare il sapere tecnico (esperienze, conoscenze specifiche, competenze sull'organizzazione) con la rappresentatività territoriale
- attivare e garantire i rapporti con gli attori esterni alla Sanità in modo autorevole, univoco e permanente
- essere garante, in sede di programmazione strategica, di una conoscenza metodologica, scientifica ed organizzativa al fine di individuare le risorse minime da impiegare in ogni realtà locale al fine di realizzare progetti omogenei, realistici ed efficaci
- facilitare la conduzione e l'attuazione dei progetti (trasferimento di competenze tra aziende, attivazione di sinergie, adozione di metodi comuni ecc.).

In riferimento alla fase attuativa, come previsto dalla L.R. n. 37/95 e 49/96, è l'Agenzia regionale della sanità che, in base ai contenuti delle Linee di gestione annuali, negozia con i Direttori generali gli obiettivi da conseguire nell'anno, verifica la coerenza dei Programmi annuali rispetto agli obiettivi, monitora il livello di attuazione e verifica i risultati raggiunti. Anche per il Piano di prevenzione è previsto quindi l'iter di cui sopra con la conseguente responsabilizzazione dei Direttori generali delle aziende sanitarie rispetto agli obiettivi da conseguire e, successivamente, a cascata, delle strutture operative aziendali. Si prevede che la Direzione centrale salute e protezione sociale

verifichi il livello complessivo di realizzazione delle strategie utilizzando le procedure di valutazione dell’Agenzia regionale della sanità sopra descritte, integrandole con verifiche condotte direttamente su tematiche di rilevanza strategica o sovraziendale.

Una evidente criticità emersa nel corso dei lavori di predisposizione del presente Piano è rappresentata dalla forte disomogeneità degli interventi messi in atto nelle aziende sanitarie sui diversi temi di prevenzione, interventi, peraltro, spesso realizzati con modalità operative differenti. Talvolta, le priorità di intervento non sono direttamente correlate con le priorità dell’area territoriale in questione e non tutti gli interventi (specie quelli autoreferenziali) sono sempre riconducibili alle pratiche di prevenzione basate sulle prove di efficacia. Queste situazioni determinano un inefficiente utilizzo delle risorse che, pur presenti nel sistema, in taluni casi, non vengono indirizzate al raggiungimento di obiettivi prioritari rispetto ai bisogni della popolazione. Uno degli obiettivi principali del Piano e del coordinamento regionale è la necessità di riorientare l’utilizzo delle attuali risorse su obiettivi minimi ed omogenei a livello regionale e individuare le azioni di comprovata efficacia da attivare diffusamente a livello locale. Anche su questi temi appare necessario che la Direzione centrale salute protezione sociale eserciti l’attività di verifica a livello strategico e che l’Agenzia regionale della sanità presidi il livello attuativo, comprensivo degli interventi di indirizzo.

A livello aziendale, nella maggior parte dei casi, le strutture responsabili dell’attuazione del Piano della prevenzione saranno i Dipartimenti di prevenzione e le strutture operative ad essi afferenti (es. per infortuni sul lavoro ci sarà la responsabilizzazione delle UOPSAL). Il presente Piano, però, non individua le singole strutture aziendali responsabili per l’attuazione a livello locale, né pianifica la costituzione di nuove strutture aziendali dedicate agli incidenti stradali, all’obesità, agli incidenti domestici o alla prevenzione cardiovascolare. Come già stabilito al paragrafo precedente, è il Direttore generale dell’azienda il responsabile del conseguimento degli obiettivi assegnati nei confronti degli organi regionali, ferma restando la possibilità che egli individui all’interno dell’azienda anche professionalità e strutture diverse dai Dipartimenti della prevenzione per l’attuazione di particolari aspetti del Piano.

Il ruolo dei Dipartimenti di prevenzione appare comunque imprescindibile nella realizzazione del presente Piano, in quanto depositari delle conoscenze epidemiologiche del proprio territorio e delle capacità tecnico-professionali necessarie alla realizzazione degli obiettivi. Inoltre, nella maggior parte dei casi, i Dipartimenti di prevenzione hanno già avviato iniziative locali rispetto ai 5 temi in oggetto e hanno già attivato canali di integrazione con gli organi istituzionali, con le associazioni e con altri soggetti coinvolti nella realizzazione del Piano. Pertanto, in questa fase di avvio del Piano della prevenzione, è prevedibile che nella maggioranza dei casi (il Piano per la prevenzione delle

recidive cardiovascolari potrebbe essere un'eccezione), la parte più cospicua delle azioni e delle responsabilità saranno assegnate ai Dipartimenti di prevenzione.

Rispetto alle strutture coinvolte, appare necessario considerare anche il ruolo previsto dalla L.R. n. 23/2004 per il distretto sociosanitario che, in qualità di garante della salute per i cittadini residenti nel proprio territorio di competenza, dovrà assumere anche il ruolo di conoscitore dei bisogni del proprio territorio e diventare parte attiva nei programmi di prevenzione. Il distretto dovrà integrarsi con le attività e le strategie del Dipartimento di prevenzione ed intrattenere rapporti con gli altri attori locali del sistema (Comune, associazioni, scuole ecc.). In questa fase di avvio dell'attuazione delle disposizioni delle L.R. 23, che vede i Distretti impegnati nell'acquisizione dell'autonomia, nella redazione e nella prima attuazione dei Programmi per le attività territoriali e dei Piani di zona, non appare proponibile l'obiettivo che il distretto diventi nell'immediato ed a pieno titolo il principale attore strategico locale per la realizzazione dei Programmi di prevenzione, ma nel medio - lungo periodo, dovrà diventare parte attiva e responsabile, sia nella individuazione dei bisogni, che nella integrazione e collaborazione con il Dipartimento di prevenzione e con gli altri attori affinché siano realizzate sul suo territorio le pratiche preventive più efficaci e complete. Da subito dovranno essere ricercate le sinergie con gli Ambiti al fine di condividere i programmi e coordinare gli interventi (si pensi al ruolo del Servizio di assistenza domiciliare nel rilevare situazioni di rischio per gli incidenti domestici, all'alimentazione ed all'attività fisica nell'anziano, alla mobilità) ed alla necessità di attivare momenti formativi integrati con gli enti locali per la parte tecnica relativa, per esempio, ai concetti di casa sicura, di abitare anziano o di mobilità e viabilità.

Considerando che le attività di formazione sono il presupposto essenziale per il cambiamento che questo Piano intende promuovere, appare necessario prevedere un coordinamento regionale anche per queste attività. La strategia regionale in tema di formazione e, principalmente i programmi ECM aziendali, dovranno essere orientati a creare le precondizioni culturali necessarie per l'attuazione delle azioni previste nelle diverse schede del presente documento. E' evidente che, rispetto a questi programmi, dovranno essere privilegiate le iniziative sovrazieziali, di area vasta e quelle che coinvolgono diversi profili professionali e diverse istituzioni.

### **1.3. PIANO TERRITORIALE REGIONALE E PIANO DELLA PREVENZIONE**

La L.R. 30/2005 "Norme in materia di piano territoriale regionale" dispone la sostituzione del Piano urbanistico regionale generale con il Piano territoriale regionale (PTR) e stabilisce che la

programmazione avvenga in conformità alle procedure di Valutazione ambientale strategica e alle metodologie di Agenda 21.

La predisposizione del PTR costituisce l'occasione per integrare la programmazione sanitaria con quella territoriale al fine di favorire ambienti e contesti di vita e di lavoro orientati verso la promozione della salute, intesa secondo la definizione OMS (Carta di Ottawa per la Promozione della Salute - Ginevra 1986), quale "processo socio-politico globale che comprende non solo le azioni finalizzate al rafforzamento delle capacità e delle competenze individuali, ma anche l'azione volta a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche in modo tale da mitigare l'impatto che esse hanno sulla salute dei singoli e della collettività."

Si tratta di promuovere uno sviluppo territoriale sostenibile, partecipato ed integrato, in grado di soddisfare le esigenze del presente senza compromettere la possibilità delle generazioni future di soddisfare i propri bisogni ricercando equità nella salute, partecipazione, condivisione di valori sociali, politici, etici, spirituali e interdisciplinarietà.

I principali aspetti ed elementi considerati dalla pianificazione sanitaria e territoriale con modalità integrate sono relativi alla mobilità e all'impatto che la realizzazione di alcune opere edilizie ospedaliere possono avere sul territorio.

Per quanto riguarda la mobilità, questo aspetto è affrontato dalla pianificazione sanitaria sia nel piano di prevenzione degli incidenti stradali e degli infortuni lavorativi per gli aspetti attinenti alla sicurezza, che nei piani di prevenzione dell'obesità e delle patologie cardiovascolari per quanto riguarda la mobilità nelle sue forme alternative.

Alcuni interventi di provata efficacia in tema di mobilità sostenibile che di concerto con la pianificazione sanitaria, potranno essere inseriti nel PTR sono, tra gli altri: incremento delle rotonde in sostituzione dei semafori, incremento delle zone 30 all'ora, aumento delle piste ciclabili urbane e interurbane, dei passaggi pedonali illuminati, potenziamento dell'illuminazione pubblica nelle zone periferiche, sviluppo di viabilità alternativa (parcheggi intermodali nelle zone di interscambio), promozione della conurbazione per contrastare l'occupazione progressiva del territorio, organizzazione delle funzioni territoriali in modo da consentire un miglioramento della fruibilità delle stesse da parte di tutti gli utenti della strada (pedoni, ciclisti, conducenti di veicoli a motore), esclusione degli assi viari di interesse sovra comunale da politiche urbanistiche che favoriscano l'ulteriore aggravio insediativo, previsione di una organizzazione delle infrastrutture della logistica per la mobilità delle merci che consenta al relativo traffico di non attraversare i centri abitati,

superamento della separazione tra pianificazione del sistema dei trasporti e della localizzazione delle funzioni in relazione alle condizioni di accessibilità di queste.

Inoltre, è importante sottolineare che nel futuro sistema di pianificazione comunale i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende per i servizi sanitari possono avere un ruolo chiave nella fase della VAS (valutazione ambientale strategica) che richiede la valutazione sui possibili effetti significativi per la salute delle scelte di pianificazione territoriale.

La metodologia di intervento prevede un forte coordinamento tra i diversi soggetti istituzionali e con altri soggetti esterni in quanto parti interessate o comunque coinvolte nel tema.

Per quanto riguarda gli aspetti relativi alla realizzazione di opere edilizie ospedaliere previste dalla progettualità regionale nei prossimi dieci anni, in considerazione della rilevanza di alcune di queste opere e dell'impatto che possono avere anche in termini di viabilità complessiva e di utilizzo del territorio (trasporti pubblici e privati, merci, utenti e visitatori, aree attrezzate, negozi, ecc.), viene rilevata la necessità di definire con una visione più ampia le strategie per collocare opportunamente l'ospedale nel suo territorio, anche mediante una maggiore integrazione tra le istituzioni interessate e lo sviluppo di forme di partecipazione a livello locale.

# **PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008 PER LA SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE RECIDIVE NEI SOGGETTI CHE GIÀ HANNO AVUTO ACCIDENTI CARDIOVASCOLARI**

## **CONTENUTI**

### **4.1. INTRODUZIONE**

4.1.1 LE SINDROMI CORONARICHE ACUTE E L'ANGINA STABILE  
IN REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

4.1.2 SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO REGIONALE E REGISTRO REGIONALE  
DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

4.1.3 PROGRAMMI E INIZIATIVE TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE SECONDARIA

### **4.2. SISTEMA DI SORVEGLIANZA**

4.2.1 VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI DATI

4.2.1.1 ANAGRAFE ASSISTITI

4.2.1.2 REGISTRO DEI DIMESSI OSPEDALIERI

4.2.1.3 REGISTRO DI MORTALITÀ SECONDO L'ISTAT

4.2.1.4 REGISTRO DELLE PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE

4.2.1.5 REGISTRO DEGLI EVENTI CORONARICI

4.2.2 OBIETTIVI DEL SISTEMA

4.2.3 PIANO OPERATIVO

### **4.3. PROGRAMMA DI PREVENZIONE**

4.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

4.3.2 PIANO OPERATIVO

### **4.4. CONCLUSIONI**

## 4.1. INTRODUZIONE

Sin dal 1984 La Regione Friuli Venezia Giulia (FVG), prendendo atto che le malattie cardiovascolari rappresentavano la prima causa di morte e di ricovero ospedaliero nel proprio territorio, si è dotata di strumenti formali per il controllo e la prevenzione di questa patologia, a cominciare dal Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari, istituito con Delibera della Giunta Regionale (DGR) n° 6073 del 23/11/1984, formalmente riconosciuto come partecipante al Progetto MONICA (Monitoring of Cardiovascular Diseases) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), e attualmente parte integrante del Registro Nazionale degli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità di Roma (ISS), al Progetto Regionale di Prevenzione Cardiovascolare (DGR n° 6152 del 23/11/1990) che, dopo un'accurata e documentata fase di preparazione che ha coinvolto più di 80 esperti regionali, ha operato "sul campo" dal 1992 al 1997 ed ha dimostrato la praticabilità di un'azione coordinata per la riduzione dei fattori di rischio cardiovascolari a livello regionale, consentendo all'Amministrazione Regionale di inserire la prevenzione cardiovascolare nella propria pianificazione ordinaria. Con DGR n° 593 del 06/03/1998 veniva deliberato il primo "Piano Regionale di Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari", operativo sino al Piano Regionale della Prevenzione, recentemente deliberato (DGR n° 2862 del 07/11/2005), che contiene il Piano di Prevenzione del Rischio Cardiovascolare, orientato alla prevenzione primaria, in relazione all'intesa Stato-Regioni del 23/03/2005. Il presente **"Piano di Prevenzione delle Recidive nei soggetti che già hanno avuto incidenti cardiovascolari"** si affianca e si integra al Piano di Prevenzione del Rischio Cardiovascolare, sempre nell'ottica della citata intesa Stato-Regioni e, in connessione alle Linee Operative per la pianificazione regionale emanate dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie, in relazione al Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, intende focalizzarsi prevalentemente sulla prevenzione secondaria degli eventi coronarici.

Il presente **"Piano di Prevenzione delle Recidive nei soggetti che già hanno avuto incidenti cardiovascolari"** è coerente con vari atti della Regione Friuli-Venezia Giulia, tra cui la Legge Regionale n° 23 del 17/08/2004, 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), il Piano Regionale della Riabilitazione (DGR n° 606 del 24/03/2005), il Piano Sanitario e Sociosanitario Regionale 2006-2008 (DGR n° 3222 del 12/12/2005) e le Linee Annuali per la Gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2006 (DGR n° 3223 del 12/12/2005), in cui, nel contesto di un approccio di sanità pubblica, sono chiarite le

premesse, le priorità, gli aspetti operativi ed i riferimenti diretti ed indiretti a questo piano, unitamente a quello di Prevenzione del Rischio Cardiovascolare. Le malattie cardiovascolari sono pertanto uno degli obiettivi chiave dell'investimento regionale nella prevenzione e promozione della salute.

Inoltre, anche in questo ambito, la programmazione regionale è stata resa congruente con le direttive del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie che ha fornito indicazioni alle Regioni per la elaborazione di un Piano per la prevenzione delle malattie cardiovascolari con lo scopo di migliorare comportamenti, stili di vita e interventi che mirino a ridurre le complicanze e le recidive.

La prevenzione nei soggetti ad alto rischio e in particolare in chi ha già avuto un evento cardiovascolare (prevenzione secondaria delle recidive) è quindi l'obiettivo principale che il presente piano intende perseguire.

#### **4.1.1 LE SINDROMI CORONARICHE ACUTE E L'ANGINA STABILE IN REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA**

Come già descritto nel Piano di Prevenzione del rischio Cardiovascolare, 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. La prevalenza di coronaropatia (infarto e angina) nella popolazione tra i 35 e i 74 anni è risultata del 4,7% negli uomini e del 2,9% nelle donne (dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, 2° Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari, *Ital Heart J 2004; Supplement, Suppl 3*). In Friuli-Venezia Giulia il tasso di attacco coronarico, standardizzato per età nei soggetti fra 35 e 74 anni, stimato nell'ambito del Registro Nazionale degli Eventi Coronarici, è risultato di 364 per 100.000 negli uomini e 82 per 100.000 nelle donne, con una letalità standardizzata a 28 giorni rispettivamente del 24,5% e del 26,3% (*Ital Heart J Suppl 2005; 6:667-673*). Gli eventi coronarici acuti studiati in questo contesto sono comunque ottenuti applicando per la validazione la metodologia MONICA-OMS, che considera come eventi sicuri quasi esclusivamente gli infarti miocardici acuti. La patologia coronarica acuta è costituita anche

dall'angina instabile, che con l'infarto miocardico acuto, ridefinito in relazione a dosaggi enzimatici più specifici e sensibili di danno miocardico (troponine), contribuisce alle cosiddette “**sindromi coronariche acute**” (*Circulation 2003;108:2543-2549* ), delle quali è importante conoscere gli indicatori epidemiologici per il presente piano. Infine, in un contesto di prevenzione delle recidive è rilevante conoscere anche l'incidenza di **angina pectoris stabile** di prima insorgenza, molto più complessa da stimare in termini epidemiologici.

Una stima non validata dell'incidenza delle sindromi coronariche acute nella regione FVG può essere calcolata utilizzando le SDO (scheda di dimissione ospedaliera) informatizzate a livello regionale. In questo ambito il Progetto “Burden of Diseases” (finalizzato alla stima della componente di disabilità) promosso dall'Agenzia Regionale della Sanità ha utilizzato i codici di dimissione relativi ad infarto acuto del miocardio (IMA) e all'angina instabile (AI). Per le stime di incidenza di IMA e AI sono stati utilizzati i dati delle SDO, selezionando i ricoveri ordinari dell'anno 2001 con codice ICD-9 rispettivamente 410 e 411 in diagnosi di dimissione principale. Sono stati considerati come episodi ripetuti nello stesso paziente, e pertanto contati una sola volta, gli eventi ripetuti con intervallo tra le due date di ammissione inferiore a 28 giorni. Le stime comprende quindi anche eventuali recidive acute di IMA o AI nello stesso paziente dopo i 28 giorni. Non sono stati considerati invece i soggetti deceduti senza un ricovero ospedaliero, essendo lo studio finalizzato alla stima della componente di disabilità delle sindromi coronariche acute. La stima dei nuovi casi di angina stabile è stata ottenuta basandosi sul consumo di farmaci traccia, i nitrati, in soggetti con almeno tre prescrizioni all'anno, senza ricoveri per IMA e AI registrati nelle SDO storiche della Regione.

*STIMA CASI INCIDENTI IN FVG: INFARTO MIOCARDICO ACUTO (IMA), ANGINA INSTABILE, ANGINA STABILE – NUMEROSITA' ASSOLUTA*

	<b>IMA*</b>			<b>ANGINA INSTABILE*</b>			<b>ANGINA STABILE**</b>		
	M	F	tot	M	F	tot	M	F	tot
<25	0	0	0	0	0	0	12	10	22
25-34	2	0	2	2	0	2	31	16	47
35-44	41	5	46	20	2	22	34	27	61
45-54	145	18	163	100	17	117	71	60	131
55-64	264	61	325	182	85	267	233	161	394
65-74	323	182	505	220	160	380	452	432	884
75+	392	579	971	145	226	371	706	1384	2090
<b>Totale</b>	<b>1.167</b>	<b>845</b>	<b>2.012</b>	<b>669</b>	<b>490</b>	<b>1.159</b>	<b>1.539</b>	<b>2.090</b>	<b>3.629</b>

## TASSI PER 1.000

	IMA*			ANGINA INSTABILE*			ANGINA STABILE**		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
età									
<24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,09	0,09
25-34	0,02	0,00	0,01	0,02	0,00	0,01	0,34	0,19	0,27
35-44	0,44	0,06	0,25	0,21	0,02	0,12	0,34	0,29	0,32
45-54	1,74	0,22	0,98	1,20	0,20	0,70	0,88	0,74	0,81
55-64	3,30	0,74	2,00	2,28	1,03	1,64	2,83	1,88	2,35
65-74	5,67	2,52	3,91	3,86	2,21	2,94	7,53	5,93	6,65
75+	9,69	6,90	7,81	3,58	2,69	2,98	16,57	16,02	16,20
<b>Totale</b>	<b>2,04</b>	<b>1,37</b>	<b>1,69</b>	<b>1,17</b>	<b>0,79</b>	<b>0,97</b>	<b>2,65</b>	<b>3,36</b>	<b>3,02</b>

\* fonte SDO

\*\* fonte farmaceutica (esclusi i soggetti con pregresso ricovero per IMA e AI)

Quindi, considerando solo i casi ospedalizzati, in Friuli-Venezia Giulia si hanno circa 3.000 sindromi coronariche acute ogni anno, delle quali circa il 90% sopravvive al 28° giorno, e oltre 3.600 cittadini senza precedenti ricoveri coronarici assumono nitrati, verosimilmente per angina stabile. In rapporto ai 1.000 assistiti medi di un Medico di Medicina Generale, circa 3 persone ogni anno soffrono di sindrome coronarica acuta e circa 3 pazienti si rivolgono a lui per l'angina stabile; tenendo conto della prevalenza stimata nell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare la stima dei pazienti con cardiopatia ischemica risulta approssimativamente di 17 uomini e 12 donne ultratrentacinquenni per Medico, coerente con quanto ricavato dall'analisi dei ricoveri: si tratta di cifre decisamente compatibili con un programma intensivo di prevenzione delle recidive.

### 4.1.2 SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO REGIONALE E REGISTRO REGIONALE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Il Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR) della Regione FVG è un sistema integrato che contiene online l'Anagrafe Sanitaria, con l'identificazione del Medico di Medicina Generale prescelto dall'assistito e la registrazione dell'esenzione diagnostica per patologia se pertinente, il Registro dei Dimessi Ospedalieri, il Registro di Mortalità, il Registro Farmaceutico e quello dell'Attività Ambulatoriale Specialistica; ogni cittadino residente o domiciliato ha un codice identificativo unico (Codice Regionale Assistito – CRA) che connette i database con caratteristiche

di non identificabilità per la Legge sulla Privacy, anche se è collegato con il Codice Fiscale visibile però, come i dati anagrafici in chiaro, solo agli operatori qualificati. La disponibilità di questi dati è risultata un fattore chiave per la positiva conclusione del Progetto MONICA OMS e per l'avvio del Registro degli Eventi Coronarici Maggiori e Cerebrovascolari, anche se recentemente la decretazione del Garante della Privacy ha determinato un rallentamento delle operazioni ed è allo studio una normativa regionale specifica. Il SISR sta evolvendo per garantire sia una cartella unificata di assistenza ospedaliera sia un'interfaccia standard per la Medicina Generale, nel contesto dell'innovazione di tutta la Pubblica Amministrazione.

L'accesso al SISR, articolato nel 1984 in Anagrafe Assistiti e Registro dei Dimessi Ospedalieri, è stato la premessa indispensabile per l'avvio, nello stesso anno, del Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari, che ha aderito al Progetto MONICA OMS. Lo studio MONICA (MONItoring trends and determinants in CARdiovascular diseases) dell'OMS, ha contribuito al più grande progetto di epidemiologia cardiovascolare del mondo, che ha tenuto sotto osservazione, dal 1984 al 1994, 15 milioni di persone dai 24 ai 64 anni in 39 centri di 27 diversi paesi in quattro continenti, contribuendo, in modo determinante e per la prima volta in modo così estensivo, a capire da un lato i rapporti tra l'andamento dei fattori di rischio e quello dell'incidenza delle malattie cardiovascolari, dall'altro le relazioni tra l'andamento dell'assistenza coronarica acuta e quello della letalità coronarica a livello di popolazione (e non solo ospedaliera!). Le aree MONICA italiane che hanno concluso lo studio sono state l'Area Friuli, sorvegliata nell'ambito del Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari e l'Area Brianza. Gli elevati livelli di standardizzazione di raccolta e di codifica degli eventi hanno fatto di questo progetto un punto di riferimento per l'epidemiologia cardiovascolare internazionale e nazionale, dando origine al Registro Nazionale degli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari, coordinato dall'ISS. Nella maggior parte delle popolazioni MONICA e anche in entrambe le popolazioni italiane, sono state riscontrate riduzioni della mortalità coronarica nel periodo di indagine. I tassi di occorrenza (attack rate) degli IMA si sono situati in entrambi i sessi nei due terzi inferiori della distribuzione di frequenza relativa a tutte le aree MONICA. Nonostante tassi di attacco contenuti le popolazioni italiane hanno mostrato livelli superiori a quelli di aree mediterranee come Tolosa in Francia e la Catalogna in Spagna ed a quello del Canton Ticino in Svizzera, dimostrando chiaramente la potenzialità della prevenzione in Italia e in FVG. I tassi di letalità (case-fatality) a 28 giorni dall'esordio dell'IMA hanno evidenziato una quota preminente a carico delle morti improvvise extraospedaliere (non valutabili dai dati di dimissione ospedaliera) con mediane attorno al 50% per gli uomini e al 60% nelle donne; le popolazioni MONICA italiane si sono collocate nella metà inferiore della

distribuzione di frequenza di tutte le aree MONICA. La letalità si è comunque ridotta nel decennio, più spiccatamente per il Friuli. Nel complesso il Progetto MONICA ha evidenziato che, nelle popolazioni in cui sono stati registrati decrementi della mortalità coronaria, circa i due terzi sono attribuibili alla diminuzione contestuale dei tassi di attacco ed un terzo alla diminuzione della letalità in fase acuta. L'andamento decennale per gli IMA è risultato sostanzialmente stabile in Friuli, in lieve decremento in Brianza. Si differenziano dagli andamenti descritti per gli IMA quelli relativi alla malattia coronaria nel suo complesso, che ha considerato i casi MONICA sicuri, equiparabili agli IMA e quelli possibili, assimilabili agli IMA non Q ed alle forme più gravi di angina instabile. Sia i tassi di occorrenza che di incidenza evidenziano, nel decennio considerato, andamenti stabili nelle due aree italiane (*Int J Epidemiol 2001; 30 (Suppl 1):1098-1106*). Si può pertanto ritenere che l'impatto della malattia coronarica, rimanendo stabile nel tempo in termini globali, ma con una riduzione della letalità, possa essere collegato ad una minore severità della malattia e ad un miglioramento dell'assistenza coronarica acuta e della prevenzione secondaria. Che questa interpretazione sia corretta è confermato dalle analisi principali del MONICA, pubblicate nel 2000 sul *Lancet*: dai dati globali, considerati con analisi ecologiche, è emerso che l'incidenza di malattia risente consensualmente del livello del rischio cardiovascolare, ma con una fase di latenza di circa quattro anni, mentre l'andamento della letalità appare correlato ad indicatori di assistenza coronarica acuta e, per le recidive, di farmacoterapia per la prevenzione secondaria. Pertanto in FVG, prima dell'avvio del Progetto Regionale di Prevenzione Cardiovascolare (1992-1997), la sostanziale stabilità degli indicatori di rischio cardiovascolare è risultata collegata, con la latenza descritta, alla mancata riduzione del tasso di attacco dei casi sicuri e possibili, mentre la riduzione della letalità collegata al miglioramento dell'assistenza coronarica acuta ha avuto l'effetto paradossale di aumentare la prevalenza dei coronaropatici. Di qui la necessità che i Piani di Prevenzione primaria e secondaria delle Malattie Cardiovascolari e della cardiopatia ischemica in particolare siano sinergici e contemporanei nella loro applicazione. L'esperienza del Progetto MONICA è stata utilizzata per creare in Regione il Registro delle Eventi Coronarici e Cerebrovascolari, aderente a quello Nazionale coordinato dall'ISS: utilizzando i dati di dimissione ospedaliera (SDO) ed incrociandoli con le schede di mortalità (ospedaliera ed extraospedaliera) si ottengono gli eventi correnti, un campione dei quali è validato con metodologia rigorosamente standardizzata e ricavata dal Progetto MONICA revisionando la cartella clinica di ricovero o ottenendo informazioni dal curante per i decessi extraospedalieri, ottenendo in tal modo il valore predittivo dei codici di dimissione o di mortalità relativi. Il Registro degli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari fa parte dell'omonimo Registro Nazionale, coordinato dall'ISS, a cui confluiscono i dati raccolti con la stessa metodologia in altri centri italiani. Gli indicatori previsti da questo

Registro sono il tasso di attacco di eventi acuti, la letalità a 28 giorni e la mortalità specifica, sicuramente importanti come strumenti di monitoraggio, ma non esaustivi in relazione alla costruzione di indicatori specifici per il presente Piano (vedi successivamente il punto **2.3 Individuazione degli indicatori di monitoraggio del Piano**).

#### **4.1.3 PROGRAMMI E INIZIATIVE TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE SECONDARIA**

##### **a) pianificazione regionale**

Nella regione Friuli-Venezia Giulia la pianificazione regionale esistente che contiene riferimenti, sia pure indiretti, alla prevenzione secondaria coronarica è rappresentata essenzialmente dal Piano regionale della Riabilitazione (DGR n° 606 del 24/03/2005), in cui il paragrafo 5.1.2 tratta dei soggetti con disabilità cardiologiche, stimati annualmente in 2.200 casi con IMA e 1.000 operati al cuore. Il Piano, dopo aver valutato gli elementi dell'analisi dell'offerta attuale e le criticità emergenti, pone come obiettivi specifici del S.S.R.:

- *Garantire la riabilitazione cardiologica ai post-infartuati in fase acuta e in fase post-acuta e ai soggetti sottoposti ad intervento cardiocirurgico in fase acuta e post-acuta*
- *Assicurare un'omogeneità di offerta terapeutica ed assistenziale a tutti gli utenti della regione necessitanti di riabilitazione cardiologia.*

Infine il Piano regionale della Riabilitazione descrive le indicazioni sull'organizzazione, sui percorsi clinico-riabilitativi e sull'offerta, specificando che:

*la funzione riabilitativa cardiologica deve prefiggersi:*

- *assistenza clinica, valutazione e stratificazione di rischio, nonché corretta impostazione terapeutica;*
- *training fisico e prescrizione di programmi di attività fisica;*
- *informazione sanitaria specifica rivolta alla correzione dei fattori di rischio, counseling, interventi comportamentali;*
- *valutazione psico-sociale ed occupazionale con interventi specifici;*
- *follow-up clinico strumentale individualizzato e supporto per il mantenimento di un adeguato stile di vita e un'efficace **prevenzione secondaria**.*

*Tale attività deve essere effettuata specialmente a livello ambulatoriale e va dedicata prioritariamente, anche al fine di concentrare le risorse disponibili, a due tipologie di pazienti: infartuati ed operati al cuore, in quanto di notevole rilievo epidemiologico, di rilevanza clinica e di comprovata efficacia.*

La prevenzione delle recidive è pertanto parte essenziale della funzione riabilitativa cardiologica, ma è evidente che non sono contemplati dal piano della riabilitazione i pazienti con angina instabile, quelli non infartuati sottoposti ad angioplastica coronarica e quelli con angina instabile. Tenendo conto delle indicazioni e delle risorse individuate dal piano della riabilitazione è evidente che le professionalità coinvolte nella prevenzione secondaria di queste categorie di pazienti cardiopatici sono i Cardiologi ospedalieri, i Cardiologi del territorio ed i Medici di Medicina Generale.

#### **b) proposte delle società scientifiche professionali presenti nel territorio regionale**

Le proposte scientifiche sulla prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari e della cardiopatia ischemica in particolare, derivano in FVG per larga parte dalle sezioni regionali dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) e delle associazioni dei cardiologi del territorio (ANCE e ARCA), nel contesto della Federazione Italiana di Cardiologia (FIC), e dalle sezioni regionali della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), e delle altre associazioni della Medicina Generale (FIMG, SNAMID). Nella quasi generalità dei casi i rappresentanti regionali di queste società scientifiche propongono all'Amministrazione Regionale documenti redatti, anche con il contributo delle sezioni regionali, a livello nazionale. Tra le pubblicazioni più rilevanti per la prevenzione secondaria coronarica sono da considerare *“Struttura e organizzazione funzionale della cardiologia”* (Ital Heart J Suppl 2003; 4:881-891) e le *“Raccomandazioni Operative della III Conferenza Nazionale sulla Prevenzione Cardiovascolare”* (Ital Heart J 2004; 5 (Suppl 8): 122S-135S). Nel primo documento, la Federazione Italiana di Cardiologia propone la Rete integrata delle strutture cardiologiche per bacini di utenza (in FVG per area vasta), come *“modello di organizzazione che si fonda sull'interazione e sulla complementarità funzionale fra le singole Strutture che compongono la Rete, indipendentemente dalla loro collocazione fisica e amministrativa. Ponendo al centro dell'attenzione le relazioni tra le unità produttive, le Reti Integrate di Servizi compongono due esigenze tra loro apparentemente contrastanti: la necessità di concentrazione dei servizi e la necessità di diffusione dei servizi stessi per facilitarne l'accesso”*. Tra gli obiettivi strategici da perseguire all'interno della Rete, quelli rilevanti per questo Piano sono:

- *promuovere ad ogni livello la **prevenzione** quale strumento privilegiato per evitare **l'insorgere di patologie cardiovascolari o le loro complicazioni**;*
- *favorire l'integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri (sia pubblici che privati accreditati), superando gestioni frammentarie e favorendo la continuità assistenziale dei percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi;*

- *sviluppare sistemi di comunicazione anche mediante la disponibilità telematica di banche dati e registri;*
- *garantire l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni e la corretta utilizzazione dei servizi sanitari;*
- *eliminare prestazioni ripetitive;*
- *ridurre le liste di attesa.*

Nelle Raccomandazioni Operative della III Conferenza Nazionale sulla Prevenzione Cardiovascolare, redatta da un gruppo di scrittura composto da Cardiologi e Medici di Medicina Generale, la sesta raccomandazione (su 7) recita:

*“Implementare i percorsi di prevenzione secondaria e riabilitativi per estenderne la valenza preventiva e la provata efficacia nella riduzione degli eventi cardiovascolari nei soggetti con patologia cardiovascolare manifesta.”* Con questo riferimento, viene delineato e proposto lo scenario assistenziale per lo sviluppo del programma di prevenzione secondaria e sono anche indicati i contenuti del programma di prevenzione secondaria, nel contesto di una connessione organica tra strutture cardiologiche e medicina generale che pone al centro il paziente e la continuità assistenziale anche per gli aspetti preventivi.

### **c) il volontariato cardiovascolare regionale e la prevenzione secondaria**

Le associazioni di volontariato in ambito cardiovascolare svolgono un ruolo importante nella prevenzione secondaria cardiovascolare, in particolare coronarica. Storicamente sono sorti per primi i Cardioclub, in cui si ritrovano pazienti con pregresso IMA dopo riabilitazione strutturata, per continuarla anche senza assistenza specialistica (cosiddetta terza fase di durata indefinita, dopo la prima in UCIC e la seconda presso la struttura riabilitativa), assieme a familiari e simpatizzanti. In FVG Cardioclub molto attivi sono quelli del “Gervasutta” di Udine e lo Sweetheart di Trieste, che promuovono incontri periodici di educazione sanitaria, iniziative di promozione dell'attività fisica, stampa di materiale educativo, attività ludico-ricreative. Ci sono poi associazioni di volontariato cardiovascolare per il sostegno alle strutture cardiologiche locali e la diffusione della cultura della prevenzione cardiovascolare in sani e cardiovascolopatici, come gli Amici del Cuore di Trieste, l'Associazione Cuore Amico di Muggia, la Lega Friulana per il Cuore di Udine, l'Associazione Amici del Cuore “Domenico Zanuttini” di Pordenone, l'Associazione Cuore Amico di Gorizia, gli Amici del Cuore di Palmanova. Queste associazioni promuovono iniziative come serate sanitarie, stampa di opuscoli, giornate del cuore, corsi di sana cucina; le prime tre citate pubblicano dei periodici, in genere quadrimestrali. Tutte queste associazioni di volontariato cardiovascolare vanno coinvolte nelle azioni previste da questo piano, sia per una valutazione “laica” delle stesse, sia per il

ruolo di sostegno che possono svolgere, in particolare a favore dei coronaropatici in termini di aderenza agli stili di vita salutari, alla terapia farmacologica prescritta, ai controlli medici previsti, siano essi presso lo studio del Medico di Medicina Generale o le strutture specialistiche.

## **4.2. SISTEMA DI SORVEGLIANZA**

A partire dal SISR e dal Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari afferente all'Osservatorio Epidemiologico gestito dall'Agenzia Regionale della Sanità, ai fini di questo piano si intendono migliorare gli indicatori epidemiologici esistenti ed introdurne altri, di esito e di processo, concordati con le categorie mediche interessate e le associazioni di volontariato cardiovascolare, per ottenere un cruscotto intelligibile a tutti i soggetti coinvolti nel piano e comunicabile in modo trasparente all'opinione pubblica.

### **4.2.1 VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI DATI**

Di seguito si riportano, in sintesi, i risultati di una valutazione di qualità effettuata sulle principali fonti informative.

#### **4.2.1.1 Anagrafe Assistiti**

Uno dei punti di forza dell'anagrafe assistiti online è il Codice Regionale Assistito – CRA – unico, usato in tutti gli accessi dell'utente al Servizio Sanitario Regionale (solo recentemente nelle ricette è stato sostituito dal Codice Fiscale), di formato che garantisce la non riconoscibilità dell'assistito in caso di utilizzo di dati anonimi. L'aspetto problematico del CRA è che esso viene perduto se un cittadino emigra fuori regione, ma se questi rientra non torna in possesso del suo vecchio CRA, ma ne riceve uno nuovo, con possibili discrepanze nella ricostruzione per paziente dei dati presenti nelle varie sezioni del SISR. Un'altra informazione contenuta nell'Anagrafe Sanitaria è l'esenzione per patologia: nel caso delle malattie cardiovascolari essa è prevista, come pure per i principali fattori di rischio – ipertensione arteriosa, dislipidemia, diabete – e addirittura sottoposta in Regione FVG ad una ulteriore specifica, in lettera, per la patologia cardiovascolare e l'ipertensione. L'impressione è che i codici di esenzione siano certificati in modo molto variegato dalle strutture pubbliche regionali, mentre questa potrebbe diventare un'opportunità di contributo al Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari, e di costruzione di indicatori, adottando un sistema previsto da una legge nazionale di tutela, che supera i problemi di privacy.

#### 4.2.1.2 Registro dei dimessi ospedalieri

La codifica delle cause di ricovero è nel 16% dei casi imprecisa e non viene più modificata per rigidità funzionale del programma gestionale. Si ritiene opportuno rendere obbligatoria la compilazione del campo “Ospedale di Trasferimento” in modo da poter valutare appropriatamente il percorso clinico dei pazienti. Un altro problema è il ricovero di cittadini del FVG in strutture ospedaliere extraregionali: in fase di scambio dei dati per le compensazioni sarebbe opportuno richiedere le SDO in formato elettronico, da integrare nel Registro stesso. E' infatti capitale, per questo Piano, identificare i casi suscettibili di prevenzione secondaria, nonché utilizzare l'indicatore dei ricoveri ripetuti (vedi oltre).

#### 4.2.1.3 Registro di mortalità secondo l'ISTAT

Per quanto riguarda i codici di patologia coronarica il Registro delle Schede di Morte è sufficientemente attendibile se si tengono presenti le norme ISTAT sulle cause principali: tipico il caso del diabetico che decede per IMA, in cui la causa principale di morte deve essere considerata il diabete.

#### 4.2.1.4 Registro delle prescrizioni farmaceutiche

L'unico problema che può porsi è il collegamento tra Codice Fiscale, riportato adesso nella ricetta, e il CRA.

#### 4.2.1.5 Registro degli Eventi Coronarici

Attualmente in Regione FVG si stanno raccogliendo i dati, assieme ad altre quattro aree nazionali sede del Registro, coordinato dall'ISS, per valutare l'impatto dei nuovi criteri classificativi (*Circulation 2003;108:2543-2549*), rispetto ai vecchi (MONICA-OMS).

### **4.2.2 OBIETTIVI DEL SISTEMA**

Sulla base delle considerazioni precedentemente espresse e dei risultati delle analisi svolte, si individuano obiettivi di primo livello, conseguibili nell'arco di tempo di vigenza del presente piano, e di secondo livello, attivabili dal presente piano, coerenti con le linee strategiche ma raggiungibili in un intervallo temporale superiore.

Vengono inoltre individuati obiettivi vincolanti per le Aziende Sanitarie e obiettivi di interesse locale, che possono essere variamente modulati a seconda delle esigenze e delle caratteristiche del territorio di riferimento.

Facendo riferimento anche al documento “Piano Nazionale della Prevenzione 2005 – 2007: linee operative per la pianificazione regionale”, si individuano tre obiettivi principali del sistema di sorveglianza su cui articolare il piano operativo:

**S.1** sviluppo del Registro degli Eventi Coronarici Acuti per ottenere non solo gli eventi correnti, ma i “casi correnti”, cioè l’attribuzione al singolo individuo di tutti gli eventi occorsi nell’anno in indagine, con eventuale validazione di tutti se il caso venisse randomizzato a tal scopo.

**S.2** sviluppo di indicatori sull’uso di strumenti di stratificazione del rischio e sulla correzione dei fattori di rischio nei pazienti con cardiopatia ischemica.

**S.3** sviluppo di indicatori di appropriatezza e persistenza terapeutica nei pazienti con cardiopatia ischemica.

Oltre a questi obiettivi, a carattere vincolante per il sistema regionale e conseguibili entro il periodo di vigenza del presente piano (obiettivi di primo livello), si individuano alcuni obiettivi di ulteriore sviluppo del sistema, conseguibili in un arco temporale più ampio (obiettivi di secondo livello), e segnatamente:

**S.4** sviluppo del Registro degli Eventi Cerebrovascolari Acuti per ottenere non solo gli eventi correnti, ma i “casi correnti”, cioè l’attribuzione al singolo individuo di tutti gli eventi occorsi nell’anno in indagine, con eventuale validazione di tutti se il caso venisse randomizzato a tal scopo.

**S.5** sviluppo di indicatori sull’uso di strumenti di stratificazione del rischio e sulla correzione dei fattori di rischio nei pazienti con cerebrovasculopatia e arteriopatia periferica.

**S.6** sviluppo di indicatori di appropriatezza e persistenza terapeutica nei pazienti con cerebrovasculopatia e arteriopatia periferica.

Il perseguimento di questi obiettivi vede direttamente coinvolto, o come titolare dell’azione o come parte interessata, l’Osservatorio Epidemiologico dell’Agenzia Regionale della Sanità, nella sua articolazione del Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari.

Un aspetto importante di tutti gli obiettivi, a partire dai primi tre, è la valutazione del modo migliore di rendere disponibili gli indicatori a tutti gli interessati, Assessorato Regionale della Salute e della

Protezione Sociale, Agenzia Regionale della Sanità, Aziende Sanitarie, Cardiologi, Medici di Medicina Generale, Associazioni di Volontariato Cardiovascolare, Opinione pubblica: si ipotizza la costruzione di un “cruscotto di indicatori”, condiviso tra tutti gli interessati, periodicamente aggiornato, intelligibile e comunicabile. La fattibilità di questo “cruscotto di indicatori” ed il contributo ad esso dei singoli obiettivi va quindi tenuta presente nella loro delineazione.

### 4.2.3 PIANO OPERATIVO

**Obiettivo S.1** sviluppo del Registro degli Eventi Coronarici Acuti per ottenere non solo gli eventi correnti, ma i “casi correnti”, cioè l’attribuzione al singolo individuo di tutti gli eventi occorsi nell’anno in indagine, con eventuale validazione di tutti se il caso venisse randomizzato a tal scopo.

Ambito	Descrizione
Definizione dell’evento	Qualsiasi evento coronarico fatale (extraospedaliero o ospedaliero) e non fatale (ospedaliero), sia di prima insorgenza che recidiva.
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Coordinamento	ARS, Osservatorio Epidemiologico, Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari
Fonti e flussi informativi	SDO e certificati di morte (compresi quelli redatti in Pronto Soccorso per i casi giunti cadavere o là deceduti e non ricoverati)
Metodo e azioni	Raccolta dati mediante scarico periodico e integrazione fonti ad opera del service regionale per l’informatica IN.SI.E.L. e trasmissione al Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari per le previste operazioni: a) attribuzione degli eventi ripetuti al singolo caso; b) incrocio dei casi con quelli mortali per la generazione dei “casi correnti”, c) stima della frazione di validazione campionaria degli stessi; d) validazione; e) ricostruzione dei casi correnti validati
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Pronto soccorso ospedalieri (casi lì deceduti non ricoverati), Direzione sanitaria ospedali, Reparti di Cardiologia con UCIC, Aree di Emergenza, Reparti di Medicina d’Urgenza, Dipartimenti di prevenzione (necrosco pie decessi extraospedalieri), IN.SI.E.L., ARS – Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari
Piano di formazione	Formazione operatori PS, Cardiologie, Direzioni Sanitarie, Servizi Necroscopici, al fine di migliorare la qualità e la completezza dei dati raccolti
Indicatori di processo ----- risultato	Disponibilità dei dati PS, SDO e mortalità; Funzionamento del software di validazione  ----- Produzione rapporto annuale basato sulle fonti PS, SDO, mortalità e sul processo di validazione
Cronogramma	Predisposizione del Manuale delle Operazioni e del Software specifico: Giugno 2006; operatività del Registro degli Eventi Coronarici Acuti con le nuove specifiche: Settembre 2006, con recupero delle informazioni per il 2005, anno indice di base su cui eseguire i confronti degli indicatori di risultato del presente Piano.

**Obiettivo S.2** sviluppo di indicatori sull'uso di strumenti di stratificazione del rischio e sulla correzione dei fattori di rischio nei pazienti con cardiopatia ischemica.

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	Qualsiasi evento coronarico non fatale, con ricovero ospedaliero o identificato dal curante (angina stabile), sia di prima insorgenza che recidiva.
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Coordinamento	ARS, Osservatorio Epidemiologico, Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari
Fonti e flussi informativi	SDO, SIASA, G2-Cardi@net, segnalazioni dei Medici di Medicina Generale, Laboratori Analisi
Metodo e azioni	Raccolta dati mediante scarico periodico e integrazione fonti ad opera del service regionale per l'informatica IN.SI.E.L. e trasmissione al Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari per le previste operazioni: a) identificazione dei dimessi vivi con evento coronarico; b) verifica, in questi casi, della stratificazione del rischio di recidive e della menzione dei fattori di rischio modificabili e dei rispettivi obiettivi terapeutici nella lettera di dimissione; c) identificazione, su segnalazione degli Ambulatori Cardiologici e dei Medici di Medicina Generale di pazienti coronaropatici non ricoverati (angina stabile, eventi pregressi); d) verifica, in questi casi, della stratificazione del rischio di aggravamento o recidiva e della menzione dei fattori di rischio modificabili e dei rispettivi obiettivi terapeutici nei referti degli Ambulatori Cardiologici e negli archivi dei Medici di Medicina Generale.
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Reparti di Cardiologia con UCIC, Ambulatori Cardiologici, Aree di Emergenza, Reparti di Medicina d'Urgenza, Medici di Medicina Generale, Laboratori Analisi, IN.SI.E.L., ARS – Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari.
Piano di formazione	Formazione operatori Cardiologie, Medicine d'Urgenza, Aree di Emergenza, Medici di Medicina Generale, al fine di condividere il sistema di raccolta dati e garantire la qualità e la completezza degli stessi.
Indicatori di processo	Numero di Cardiologie che adottano sistematicamente la stratificazione del rischio di recidive e la menzione dei fattori di rischio modificabili e dei rispettivi obiettivi terapeutici nella lettera di dimissione o nei referti; Numero di Medici di Medicina Generale che registrano sistematicamente, in forma preferibilmente elettronica, la stratificazione del rischio e i fattori di rischio da correggere.
----- risultato	----- Percentuale di coronaropatici con stratificazione del rischio e correzione dei fattori di rischio modificabili
Cronogramma	Istituzione, nell'ambito della Commissione responsabile del Piano, di un gruppo di lavoro per la definizione dei dati da raccogliere: Giugno 2006; test pilota in una Cardiologia per Area Vasta e relativi Medici di Medicina Generale Ottobre 2006, operatività del sistema di raccolta di questi indicatori dal 2007.

**Obiettivo S.3** sviluppo di indicatori di appropriatezza e persistenza terapeutica nei pazienti con cardiopatia ischemica.

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	Qualsiasi evento coronarico non fatale, con ricovero ospedaliero o identificato dal curante (angina stabile), sia di prima insorgenza che recidiva.
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Coordinamento	ARS, Osservatorio Epidemiologico, Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari
Fonti e flussi informativi	SDO, Registro AQPF (analisi qualitativa prescrizioni farmaceutiche), SIASA, G2-Cardi@net, segnalazioni dei Medici di Medicina Generale
Metodo e azioni	Raccolta dati mediante scarico periodico e integrazione fonti ad opera del service regionale per l'informatica IN.SI.E.L. e trasmissione al Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari per le previste operazioni: a) identificazione dei dimessi vivi con evento coronarico; b) verifica, in questi casi, della menzione delle terapie basate sull'evidenza scientifica nella lettera di dimissione; c) identificazione, su segnalazione degli Ambulatori Cardiologici e dei Medici di Medicina Generale di pazienti coronaropatici non ricoverati (angina stabile, eventi pregressi); d) verifica, in questi casi, della menzione delle terapie basate sull'evidenza scientifica nei referti degli Ambulatori Cardiologici e negli archivi dei Medici di Medicina Generale; e) possibilità di generare dei promemoria, diretti al Medico di Medicina Generale, dei pazienti che discontinuano le terapie basate sull'evidenza scientifica.
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Reparti di Cardiologia con UCIC, Ambulatori Cardiologici, Aree di Emergenza, Reparti di Medicina d'Urgenza, Medici di Medicina Generale, Laboratori Analisi, IN.SI.E.L., ARS – Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari.
Piano di formazione	Formazione operatori Cardiologie, Medicine d'Urgenza, Aree di Emergenza, Medici di Medicina Generale, al fine di condividere il sistema di raccolta dati e garantire la qualità e la completezza degli stessi.
Indicatori di processo	Numero di Cardiologie che adottano sistematicamente la menzione delle terapie basate sull'evidenza scientifica nella lettera di dimissione o nei referti; Numero di Medici di Medicina Generale che registrano sistematicamente, in forma preferibilmente elettronica, le terapie basate sull'evidenza scientifica; Numero di Medici di Medicina Generale che richiedono i promemoria dei loro pazienti che discontinuano le terapie basate sull'evidenza scientifica
----- risultato	----- Percentuale di coronaropatici che assumono stabilmente le terapie basate sull'evidenza scientifica
Cronogramma	Istituzione, nell'ambito della Commissione responsabile del Piano, di un gruppo di lavoro specifico: Giugno 2006; test pilota in una Cardiologia per Area Vasta e relativi Medici di Medicina Generale Ottobre 2006, operatività del sistema di raccolta di questi indicatori dal 2007.

**Obiettivo S.4** sviluppo del Registro degli Eventi Cerebrovascolari Acuti per ottenere non solo gli eventi correnti, ma i “casi correnti”, cioè l’attribuzione al singolo individuo di tutti gli eventi occorsi nell’anno in indagine, con eventuale validazione di tutti se il caso venisse randomizzato a tal scopo.

Ambito	Descrizione
Definizione dell’evento	Qualsiasi evento cerebrovascolare fatale (extraospedaliero o ospedaliero) e non fatale (ospedaliero), sia di prima insorgenza che recidiva.
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Coordinamento	ARS, Osservatorio Epidemiologico, Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari
Fonti e flussi informativi	SDO e certificati di morte (compresi quelli redatti in Pronto Soccorso per i casi giunti cadavere o là deceduti e non ricoverati)
Metodo e azioni	Raccolta dati mediante scarico periodico e integrazione fonti ad opera del service regionale per l’informatica IN.SI.E.L. e trasmissione al Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari per le previste operazioni: a) attribuzione degli eventi ripetuti al singolo caso; b) incrocio dei casi con quelli mortali per la generazione dei “casi correnti”, c) stima della frazione di validazione campionaria degli stessi; d) validazione; e) ricostruzione dei casi correnti validati
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Pronto soccorso ospedalieri (casi lì deceduti non ricoverati), Direzione sanitaria ospedali, Stroke Units, Reparti di Neurologia e di Medicina, Aree di Emergenza, Reparti di Medicina d’Urgenza, Dipartimenti di prevenzione (necroscopie decessi extraospedalieri), IN.SI.E.L., ARS – Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari
Piano di formazione	Formazione operatori PS, Stroke Units, Neurologie, altri reparti interessati, Direzioni Sanitarie, Servizi Necroscopici, al fine di migliorare la qualità e la completezza dei dati raccolti
Indicatori di processo	Disponibilità dei dati PS, SDO e mortalità; Funzionamento del software di validazione
----- risultato	----- Produzione rapporto annuale basato sulle fonti PS, SDO, mortalità e sul processo di validazione
Cronogramma	Predisposizione del Manuale delle Operazioni e del Software specifico: Giugno 2006; operatività del Registro degli Eventi Cerebrovascolari Acuti con le nuove specifiche: Settembre 2006, informazioni da raccogliere per il 2007, anno indice di base su cui eseguire i confronti degli indicatori di risultato del presente Piano.

**Obiettivo S.5** sviluppo di indicatori sull'uso di strumenti di stratificazione del rischio e sulla correzione dei fattori di rischio nei pazienti con cerebrovasculopatia e arteriopatia periferica.

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	Qualsiasi evento cerebrovascolare o caso di aterosclerosi carotidea rivascolarizzata o di arteriopatia periferica, non fatale, con ricovero ospedaliero o identificato dal curante, sia di prima insorgenza che recidiva.
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Coordinamento	ARS, Osservatorio Epidemiologico, Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari
Fonti e flussi informativi	SDO, SIASA, G2, segnalazioni dei Medici di Medicina Generale, Laboratori Analisi
Metodo e azioni	Raccolta dati mediante scarico periodico e integrazione fonti ad opera del service regionale per l'informatica IN.SI.E.L. e trasmissione al Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari per le previste operazioni: a) identificazione dei dimessi vivi con evento cerebrovascolare o rivascolarizzazione carotidea o periferica; b) verifica, in questi casi, della stratificazione del rischio di recidive se appropriata e della menzione dei fattori di rischio modificabili e dei rispettivi obiettivi terapeutici nella lettera di dimissione; c) identificazione, su segnalazione degli Ambulatori Neurologici e di Medicina/Chirurgia Vascolare e dei Medici di Medicina Generale di pazienti cerebrovascolopatici o arteriopatici non ricoverati (aterosclerosi carotidea o periferica, eventi pregressi); d) verifica, in questi casi, della stratificazione del rischio di aggravamento o recidiva e della menzione dei fattori di rischio modificabili e dei rispettivi obiettivi terapeutici nei referti degli Ambulatori specialistici e negli archivi dei Medici di Medicina Generale.
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Reparti di Neurologia, Stroke Units, Medicina/Chirurgia Vascolare, Aree di Emergenza, Reparti di Medicina d'Urgenza, Medici di Medicina Generale, Laboratori Analisi, IN.SI.E.L., ARS – Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari.
Piano di formazione	Formazione operatori Neurologie, Stroke Units, Medicine/Chirurgie Vascolari, Medicine d'Urgenza, Aree di Emergenza, Medici di Medicina Generale, al fine di condividere il sistema di raccolta dati e garantire la qualità e la completezza degli stessi.
Indicatori di processo	Numero di Reparti/Ambulatori specialistici che adottano sistematicamente la stratificazione del rischio di recidive, se appropriato, e la menzione dei fattori di rischio modificabili e dei rispettivi obiettivi terapeutici nella lettera di dimissione o nei referti; Numero di Medici di Medicina Generale che registrano sistematicamente, in forma preferibilmente elettronica, la stratificazione del rischio, se appropriata, e i fattori di rischio da correggere.
----- risultato	----- Percentuale di cerebrovascolopatici, affetti da aterosclerosi carotidea e periferica con stratificazione del rischio se appropriata e correzione dei fattori di rischio modificabili
Cronogramma	Istituzione, nell'ambito della Commissione responsabile del Piano, di un gruppo di lavoro per la definizione dei dati da raccogliere: Giugno 2007; test pilota in una Ospedale per Area Vasta e relativi Medici di Medicina Generale Ottobre 2007, operatività del sistema di raccolta di questi indicatori dal 2008.

**Obiettivo S.6** sviluppo di indicatori di appropriatezza e persistenza terapeutica nei pazienti con cerebrovasculopatia o arteriopatia periferica.

Ambito	Descrizione
Definizione dell'evento	Qualsiasi evento cerebrovascolare o caso di aterosclerosi carotidea rivascolarizzata o di arteriopatia periferica, non fatale, con ricovero ospedaliero o identificato dal curante, sia di prima insorgenza che recidiva.
Ambito territoriale	Intero territorio regionale
Coordinamento	ARS, Osservatorio Epidemiologico, Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari
Fonti e flussi informativi	SDO, Registro AQPF (analisi qualitative prescrizioni farmaceutiche), SIASA, G2-Cardi@net, segnalazioni dei Medici di Medicina Generale
Metodo e azioni	Raccolta dati mediante scarico periodico e integrazione fonti ad opera del service regionale per l'informatica IN.SI.E.L. e trasmissione al Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari per le previste operazioni: a) identificazione dei dimessi vivi con evento cerebrovascolare o rivascolarizzazione carotidea o periferica; b) verifica, in questi casi, della menzione delle terapie basate sull'evidenza scientifica nella lettera di dimissione; c) identificazione, su segnalazione degli Ambulatori Neurologici e di Medicina/Chirurgia Vascolare e dei Medici di Medicina Generale di pazienti cerebrovascolopatici o arteriopatici non ricoverati (aterosclerosi carotidea o periferica, eventi pregressi) d) verifica, in questi casi, della menzione delle terapie basate sull'evidenza scientifica nei referti degli Ambulatori specialistici e negli archivi dei Medici di Medicina Generale; e) possibilità di generare dei promemoria, diretti al Medico di Medicina Generale, dei pazienti che discontinuano le terapie basate sull'evidenza scientifica.
Assetto organizzativo	Soggetti SSR coinvolti: Reparti di Neurologia, Stroke Units, Medicina/Chirurgia Vascolare, Aree di Emergenza, Reparti di Medicina d'Urgenza, Medici di Medicina Generale, Laboratori Analisi, IN.SI.E.L., ARS – Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari.
Piano di formazione	Formazione operatori Neurologie, Stroke Units, Medicine/Chirurgie Vascolari, Medicine d'Urgenza, Aree di Emergenza, Medici di Medicina Generale, al fine di condividere il sistema di raccolta dati e garantire la qualità e la completezza degli stessi.
Indicatori di processo	Numero di Reparti/Ambulatori specialistici che adottano sistematicamente la menzione delle terapie basate sull'evidenza scientifica nella lettera di dimissione o nei referti; Numero di Medici di Medicina Generale che registrano sistematicamente, in forma preferibilmente elettronica, le terapie basate sull'evidenza scientifica; Numero di Medici di Medicina Generale che richiedono i promemoria dei loro pazienti che discontinuano le terapie basate sull'evidenza scientifica
----- risultato	----- Percentuale di cerebrovascolopatici, affetti da aterosclerosi carotidea e periferica che assumono stabilmente le terapie basate sull'evidenza scientifica
Cronogramma	Istituzione, nell'ambito della Commissione responsabile del Piano, di un gruppo di lavoro specifico: Giugno 2007; test pilota in un Ospedale per Area Vasta e relativi Medici di Medicina Generale Ottobre 2007, operatività del sistema di raccolta di questi indicatori dal 2008.

### **4.3. PROGRAMMA DI PREVENZIONE**

La prevenzione delle recidive degli eventi acuti cardiovascolari, in primis quelli coronarici, coinvolge complessi iter di valutazione prognostica, riabilitazione, trattamento cronico, terapie farmacologiche basate sull'evidenza. Nelle diverse Aziende Sanitarie Regionali le strategie applicate, sia pur ispirate alle moderne Linee Guida, trovano applicazioni condizionate da vari fattori locali: dimensioni dei Reparti/Ambulatori, complessità delle strutture, contiguità con altri reparti di elevata specializzazione, prassi consolidate sia di riferimento di pazienti complessi che di rapporto con i Medici di Medicina Generale.

La strategia principale individuata dal presente programma è la costituzione di una regia regionale, al fine di rendere disponibili per tutto il territorio regionale i programmi di prevenzione, progettati secondo criteri di EBP, considerati vincolanti, e di favorire, coordinare e supportare le iniziative locali.

#### **4.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA**

Obiettivo generale del programma è la realizzazione di politiche che portino alla riduzione della mortalità e della disabilità conseguenti ad eventi cardiovascolari acuti, in particolare coronarici, e alla riduzione del numero degli eventi ricorrenti.

Vengono di seguito descritti gli obiettivi vincolanti per le Aziende sanitarie e gli obiettivi di interesse locale, che possono essere variamente modulati a seconda delle esigenze e delle caratteristiche del territorio di riferimento.

Facendo riferimento al documento “Piano Nazionale della Prevenzione 2005 – 2007: linee operative per la pianificazione regionale”, si individuano quattro obiettivi principali del programma di prevenzione su cui articolare il piano operativo:

**P.1** indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio sulle modalità di dimissione del paziente infartuato;

**P.2** indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio ed ai Medici di Medicina Generale sulle modalità di valutazione del paziente coronaropatico senza infarto;

**P.3** identificazione dei servizi e delle strutture che operano per favorire il controllo dei fattori di rischio modificabili;

**P.4** attuazione di un piano di formazione del personale sanitario nella prevenzione delle recidive;

**P.5** educazione dei pazienti, anche in collaborazione con le associazioni dei pazienti.

Oltre a questi obiettivi, a carattere vincolante per il sistema regionale e conseguibili entro il periodo di vigenza del presente piano (obiettivi di primo livello), si individuano alcuni obiettivi di ulteriore sviluppo del sistema, conseguibili in un arco temporale più ampio (obiettivi di secondo livello), e segnatamente:

**P.6** indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio sulle modalità di dimissione del paziente con accidente cerebrovascolare;

**P.7** indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio sulle modalità di dimissione del paziente con rivascolarizzazione carotidea o periferica.

#### **4.3.2 PIANO OPERATIVO**

**P.1** indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio sulle modalità di dimissione del paziente infartuato;

E' opportuno che le strutture ospedaliere presenti sul territorio regionale adottino modalità uniformi nelle lettere di dimissioni del paziente infartuato. In particolare ad ogni paziente al momento della dimissione dovrebbe essere fornito un foglio di dimissione indirizzato al medico curante che, oltre ai recapiti e ai riferimenti utili per tenersi in contatto con la struttura specialistica, indichi:

- il rischio futuro di recidive, comunemente espresso in percentuale (valutato attraverso la carta del rischio cardiovascolare nel post-infarto (GISSI) o un sistema proposto dalle Linee Guida internazionali più accreditate (ESC, ACC/AHA);
- indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere;
- indicazioni sulla terapia;
- indicazioni sulla riabilitazione;
- indicazioni sui controlli periodici da eseguire

Poiché la malattia coronarica è un disordine cronico con una storia naturale su più decenni, i soggetti con malattia coronaria possono avere varie fasi cliniche ben definite: asintomaticità, angina stabile, angina progressiva, angina instabile o infarto acuto del miocardio. La stratificazione del rischio di eventi in questi soggetti, variabile in base alle fasi della malattia, si basa comunque su quattro importanti caratteristiche. Il più importante predittore di sopravvivenza a lungo termine è la funzione del ventricolo sinistro espressa come frazione di eiezione. La seconda caratteristica è l'estensione anatomica e la severità del processo aterosclerotico dell'albero coronario, espresso comunemente con il numero dei vasi malati. Il peggioramento dei sintomi è poi un marker clinico di instabilizzazione di placca con un aumento del rischio a breve termine di morte cardiaca o infarto non fatale. La quarta caratteristica da tenere in considerazione per la stratificazione del rischio è legata alla presenza dei classici fattori di rischio coronarico e alle comorbidità del paziente.

Purtroppo in letteratura sono limitati gli studi sulla stratificazione del rischio di eventi futuri che utilizzino parametri relativamente semplici e già routinariamente eseguiti nella prassi quotidiana. I dati di follow-up del GISSI-Prevenzione (Gruppo italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto Miocardio) hanno permesso di costruire una **“carta del rischio post-IMA”** che permette di calcolare il rischio nel singolo paziente sulla base di dati reali di una popolazione italiana di infartuati. Le variabili considerate sono: età, sesso, presenza di ipertensione arteriosa, diabete, fibrinogenemia, claudicatio intermittens, abitudine al fumo, valori del colesterolo HDL e leucociti, frequenza cardiaca, presenza/assenza di alcune complicanze post IMA come disfunzione ventricolare sinistra/scompenso clinico, instabilità elettrica, ischemia residua. L'analisi multivariata utilizzata ha permesso di calcolare la probabilità (o rischio) di eventi come la morte, IMA non fatale o ictus non fatale nei 48 mesi successivi alla dimissione post IMA. Il rischio varia da un rischio “basso” < 2% ad un rischio elevato >30% di eventi nei 48 mesi successivi. Poiché i pazienti con scompenso cardiaco grave (classe NYHA III e IV) non sono stati reclutati nel GISSI Prevenzione la carta non può essere applicata a questi pazienti, peraltro con prognosi sfavorevole nel breve-medio periodo per lo scompenso.

Un'alternativa alla carta del rischio GISSI-Prevenzione potrebbe essere quella proposta da ACC/AHA nel 2002, stratificazione non invasiva basata su frazione di eiezione, rischio valutato al tappeto ruotante, difetti di perfusione da stress e anomalie di motilità di parete alla dobutamina. Le variazioni del rischio così calcolato di mortalità annuale variano da >3% anno a < 1% anno.

Importante sarà condividere e utilizzare uno strumento il più semplice possibile e che non richieda esami aggiuntivi rispetto a quelli routinariamente eseguiti, secondo le Linee Guida, durante la degenza per IMA.

Una volta definito il rischio del paziente nella lettera di dimissione sarà opportuno indicare le modalità per la correzione dei fattori di rischio (stili di vita e terapia farmacologia) e sui target relativi da raggiungere; fornire indicazioni sulla terapia da proseguire con i farmaci dell'evidenza; dare indicazioni sulla riabilitazione (sedi e modalità di accesso) e sui controlli periodici da eseguire.

Nella pagina successiva è riportata la scheda di questo obiettivo:

P.1 indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio sulle modalità di dimissione del paziente infartuato

Programma	Descrizione
Azioni	<p>a) Ad ogni paziente al momento della dimissione dovrebbe essere fornito un foglio di dimissione indirizzato al medico curante che, oltre ai recapiti e ai riferimenti utili per tenersi in contatto con la struttura specialistica, indichi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il rischio futuro di recidive, comunemente espresso in percentuale (valutato attraverso la carta del rischio cardiovascolare nel post-infarto (GISSI) o un sistema proposto dalle Linee Guida internazionali più accreditate (ESC, ACC/AHA);</li> <li>- indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere;</li> <li>- indicazioni sulla terapia</li> <li>- indicazioni sulla riabilitazione.</li> </ul> <p>b) I medici di Medicina Generale registrano il dato del rischio fornito dalle Cardiologie, le indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere, la terapia suggerita</p> <p>c) Il SISR invia periodicamente al singolo medico di Medicina Generale un elenco dei pazienti con pregresso IMA e con i farmaci assunti nel periodo di riferimento per un controllo della terapia</p>
Ambito territoriale	intera regione
Popolazione bersaglio	Dimessi dalle strutture ospedaliere con diagnosi di IMA
Coordinamento	Commissione regionale
Metodo	Utilizzo del SISR
Assetto organizzativo	<p>Soggetti SSR coinvolti: cardiologi delle cardiologie ospedaliere regionali, medici di medicina generale, personale sanitario</p> <p>Soggetti extra SSR coinvolti: informatici SISR</p>
Piano di formazione	Soggetti coinvolti: cardiologi, medici di medicina generale, personale sanitario delle cardiologie
Indicatori di processo	<p>a) Numero di Cardiologie regionali che nella lettera di dimissione descrivono il rischio futuro di recidive, le indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere, le indicazioni sulla terapia e la riabilitazione;</p> <p>b) Numero di medici di Medicina Generale che registrano l'informazione ricevuta dalle Cardiologie;</p> <p>c) Numero di medici di Medicina Generale che ricevono dal SISR i dati relativi ai farmaci utilizzati dai loro pazienti post IMA.</p>
----- risultato	----- Percentuale di coronaropatici post-IMA con stratificazione del rischio, correzione dei fattori di rischio modificabili e persistenza nelle terapie basate sull'evidenza, sottoposti a riabilitazione.
Cronogramma	Istituzione della Commissione responsabile del Piano, Giugno 2006; test pilota in una Cardiologia per Area Vasta e relativi Medici di Medicina Generale Ottobre 2006; operatività del sistema dal 2007.

P.2 indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio ed ai Medici di Medicina Generale sulle modalità di valutazione del paziente coronaropatico senza infarto

Programma	Descrizione
Azioni	<p>a) Ad ogni paziente coronaropatico senza infarto (affetto da angina instabile o stabile, sottoposto a rivascolarizzazione coronarica) al momento della dimissione dovrebbe essere fornito un foglio di dimissione indirizzato al medico curante che, oltre ai recapiti e ai riferimenti utili per tenersi in contatto con la struttura specialistica, indichi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il rischio futuro di recidive, comunemente espresso in percentuale valutato secondo le Linee Guida internazionali più accreditate (ESC, ACC/AHA);</li> <li>- indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere;</li> <li>- indicazioni sulla terapia;</li> <li>- indicazioni sulla riabilitazione.</li> </ul> <p>b) I medici di Medicina Generale registrano il dato del rischio fornito dalle Cardiologie, le indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere, la terapia suggerita,</p> <p>c) Il SISR invia periodicamente al singolo Medico di Medicina Generale un elenco dei pazienti con coronaropatia non infartuale e con i farmaci assunti nel periodo di riferimento per un controllo della terapia</p>
Ambito territoriale	intera regione
Popolazione bersaglio	Dimessi dalle strutture ospedaliere con diagnosi di coronaropatia non infartuale
Coordinamento	Commissione regionale
Metodo	Utilizzo del SISR
Assetto organizzativo	<p>Soggetti SSR coinvolti: cardiologi delle cardiologie ospedaliere regionali, medici ospedalieri delle Aree di Emergenza, delle Medicine e Medicine d'Urgenza, Medici di Medicina Generale, personale sanitario</p> <p>Soggetti extra SSR coinvolti: informatici SISR</p>
Piano di formazione	Soggetti coinvolti: cardiologi, internisti, medici dell'emergenza-urgenza, medici di Medicina Generale, personale sanitario delle cardiologie e degli altri reparti ospedalieri descritti
Indicatori di processo	<p>a) Numero di Cardiologie regionali che nella lettera di dimissione descrivono il rischio futuro di recidive, le indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere, le indicazioni sulla terapia e sulla riabilitazione;</p> <p>b) Numero di medici di Medicina Generale che registrano l'informazione ricevuta dalle Cardiologie e dagli altri reparti ospedalieri;</p> <p>c) Numero di medici di Medicina Generale che ricevono dal SISR i dati relativi ai farmaci utilizzati dai loro pazienti coronaropatici senza infarto.</p>
----- risultato	----- Percentuale di coronaropatici senza infarto con stratificazione del rischio, correzione dei fattori di rischio modificabili, persistenza nelle terapie basate sull'evidenza, avvenuta riabilitazione.
Cronogramma	Istituzione della Commissione responsabile del Piano, Giugno 2006; test pilota in un Ospedale per Area Vasta e relativi Medici di Medicina Generale, Ottobre 2006; operatività del sistema dal 2007.

P.3 identificazione dei servizi e delle strutture che operano per favorire il controllo dei fattori di rischio modificabili

Programma	Descrizione
Azioni	Censimento delle strutture ospedaliere e ambulatoriali regionali in cui opera personale con competenza dimostrata nel controllo dei fattori di rischio modificabili (in relazione anche al Piano di Prevenzione del Rischio Cardiovascolare); Costruzione di percorsi condivisi tra Specialisti di queste strutture e Medici di Medicina Generale per il riferimento dei soggetti/pazienti ad alto rischio con fattori di rischio di difficile gestione.
Ambito territoriale	L'intera regione
Popolazione bersaglio	Coronaropatici
Coordinamento	Commissione regionale
Metodo	Inchiesta ad hoc; Gruppo di lavoro
Assetto organizzativo	Un gruppo di lavoro della Commissione regionale predispone ed esegue un'inchiesta ad hoc, dopo aver concertato i questionari con rappresentanti delle strutture ospedaliere e ambulatoriali interessate (Cardiologie, Medicine/Chirurgie Vascolari, Medicine Interne, Diabetologie, Centri Ipertensione, Centri Dislipidemie, Servizi di dietetica). Un altro gruppo di lavoro, nel contesto della Commissione regionale, sviluppa i di percorsi condivisi tra Specialisti di queste strutture e Medici di Medicina Generale per il riferimento dei soggetti/pazienti ad alto rischio con fattori di rischio di difficile gestione.
Piano di formazione	Soggetti coinvolti: cardiologi, internisti, angiologi, diabetologi, endocrinologi, medici di Medicina Generale, personale sanitario delle cardiologie e degli altri reparti ospedalieri descritti
Indicatori di processo	Numero di strutture ospedaliere/ambulatoriali che partecipano al censimento; Attivazione del gruppo di lavoro dei percorsi e numero di sue riunioni.
----- risultato	----- Rapporto del censimento regionale delle strutture che operano per favorire il controllo dei fattori di rischio modificabili; Documento con i percorsi di riferimento condivisi.
Cronogramma	Istituzione dei gruppi di lavoro della Commissione responsabili del Censimento e dei Percorsi Condivisi, Giugno 2006; test pilota in un Ospedale per Area Vasta e relativi Medici di Medicina Generale, Ottobre 2006; operatività del sistema dal 2007.

P.4 attuazione di un piano di formazione del personale sanitario nella prevenzione delle recidive

Programma	Descrizione
Azioni	Costruzione di un programma di formazione per medici specialisti, medici di Medicina Generale, infermieri, farmacisti. Individuazione del personale sanitario coinvolto nelle azioni assistenziali ed educazionali dei coronaropatici
Ambito territoriale	L'intera regione
Popolazione bersaglio	Sanitari coinvolti nell'assistenza e nell'educazione dei coronaropatici
Coordinamento	Commissione regionale
Metodo	Gruppo di lavoro per la costruzione del programma di formazione; Coinvolgimento delle Direzioni delle Aziende Sanitarie e dei Distretti e degli organi direttivi delle Associazioni dei farmacisti per l'identificazione del personale sanitario.
Assetto organizzativo	Rappresentanti della Commissione Regionale, Centro Regionale per l'Area della Formazione in Medicina Generale, Associazioni Scientifiche dei Cardiologi e dei Medici di Emergenza-Urgenza, Associazioni della Medicina Generale e dei Farmacisti
Piano di formazione	Formazione dei formatori per categorie
Indicatori di processo	Numero di riunioni e materiale prodotto dal gruppo di lavoro per la costruzione del programma di formazione; Numero di contatti con le Direzioni delle Aziende Sanitarie e dei Distretti e degli organi direttivi delle Associazioni dei farmacisti.
----- risultato	----- Numero di corsi attivati per categoria di operatori sanitari; Numero di partecipanti per corso.
Cronogramma	Istituzione del gruppo di lavoro per la costruzione del programma di formazione, Giugno 2006; test pilota in un Ospedale per Area Vasta e relativi Medici di Medicina Generale, Settembre 2006; operatività del sistema Ottobre-Dicembre 2006.

P.5 educazione dei pazienti, anche in collaborazione con le associazioni dei pazienti.

Programma	Descrizione
Azioni	Valutazione e predisposizione di materiale educativo per i coronaropatici; Censimento delle Associazioni di Volontariato Cardiovascolare e loro coinvolgimento.
Ambito territoriale	L'intera regione
Popolazione bersaglio	Coronaropatici
Coordinamento	Commissione Regionale
Metodo	Gruppo di lavoro per la valutazione e predisposizione di materiale educativo per i coronaropatici (Gruppo educativo); Consulta del Volontariato Cardiovascolare
Assetto organizzativo	Coinvolgimento di specialisti, medici di Medicina Generale, infermieri professionali, farmacisti, dietisti, rappresentanti del volontariato cardiovascolare nel Gruppo di lavoro per la valutazione e predisposizione di materiale educativo per i coronaropatici; Organizzazione della Consulta del Volontariato Cardiovascolare come tavolo di raccordo e confronto tra rappresentanti della Commissione regionale, rappresentanti del Gruppo di lavoro educativo e rappresentanti autorevoli delle Associazioni di volontariato cardiovascolare presenti nel territorio regionale.
Piano di formazione	Per volontari proposti dalle Associazioni di Volontariato Cardiovascolare
Indicatori di processo	Numero di incontri del Gruppo Educativo Numero di incontri della Consulta del Volontariato Cardiovascolare
----- risultato	----- Materiale educativo selezionato o predisposto; Numero di incontri per coronaropatici e familiari realizzati dal Volontariato Cardiovascolare.
Cronogramma	Istituzione del Gruppo educativo Settembre 2006; istituzione della Consulta del Volontariato Cardiovascolare, Ottobre 2006; test pilota in un Distretto per Area Vasta Novembre-Dicembre 2006; operatività del sistema 2007.

P.6 indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio sulle modalità di dimissione del paziente con accidente cerebrovascolare

Programma	Descrizione
Azioni	<p>a) Ad ogni paziente con accidente cerebrovascolare, al momento della dimissione dovrebbe essere fornito un foglio di dimissione indirizzato al medico curante che, oltre ai recapiti e ai riferimenti utili per tenersi in contatto con la struttura specialistica, indichi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il rischio futuro di recidive, comunemente espresso in percentuale valutato secondo le Linee Guida internazionali più accreditate;</li> <li>- indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere;</li> <li>- indicazioni sulla terapia</li> </ul> <p>b) I medici di Medicina Generale registrano il dato del rischio fornito dalle strutture ospedaliere (Stroke Units, Neurologie, Medicine), le indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere, la terapia suggerita</p> <p>c) Il SISR invia periodicamente al singolo Medico di Medicina Generale un elenco dei pazienti con cerebrovasculopatia e con i farmaci assunti nel periodo di riferimento per un controllo della terapia</p>
Ambito territoriale	intera regione
Popolazione bersaglio	Dimessi dalle strutture ospedaliere con diagnosi di cerebrovasculopatia
Coordinamento	Commissione regionale allargata a neurologi e direttori di Stroke Units
Metodo	Utilizzo del SISR
Assetto organizzativo	<p>Soggetti SSR coinvolti: neurologi e internisti delle strutture ospedaliere regionali, medici ospedalieri delle Aree di Emergenza e Medicine d'Urgenza, Medici di Medicina Generale, personale sanitario</p> <p>Soggetti extra SSR coinvolti: informatici SISR</p>
Piano di formazione	Soggetti coinvolti: neurologi, internisti, medici dell'emergenza-urgenza, medici di Medicina Generale, personale sanitario delle neurologie e degli altri reparti ospedalieri descritti
Indicatori di processo	<p>a) Numero di reparti ospedalieri regionali che nella lettera di dimissione descrivono il rischio futuro di recidive di ictus, se appropriato, le indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere, le indicazioni sulla terapia e sulla riabilitazione.</p> <p>b) Numero di medici di Medicina Generale che registrano l'informazione ricevuta dalle strutture ospedaliere;</p> <p>c) Numero di medici di Medicina Generale che ricevono dal SISR i dati relativi ai farmaci utilizzati dai loro pazienti cerebrovascolopatici.</p>
----- risultato	----- Percentuale di cerebrovascolopatici con stratificazione del rischio, se appropriata, correzione dei fattori di rischio modificabili, persistenza nelle terapie basate sull'evidenza, sottoposti a riabilitazione
Cronogramma	Allargamento della Commissione regionale, Giugno 2007; test pilota in un Ospedale per Area Vasta e relativi Medici di Medicina Generale, Ottobre 2007; operatività del sistema dal 2008.

P.7 indicazione alle strutture ospedaliere presenti sul territorio sulle modalità di dimissione del paziente con rivascolarizzazione carotidea o periferica

Programma	Descrizione
Azioni	<p>a) Ad ogni paziente con rivascolarizzazione carotidea o periferica, al momento della dimissione dovrebbe essere fornito un foglio di dimissione indirizzato al medico curante che, oltre ai recapiti e ai riferimenti utili per tenersi in contatto con la struttura specialistica, indichi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il rischio futuro di complicanze aterosclerotiche, valutato secondo le Linee Guida internazionali più accreditate;</li> <li>- indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere;</li> <li>- indicazioni sulla terapia</li> </ul> <p>b) I medici di Medicina Generale registrano il dato del rischio fornito dalle strutture ospedaliere (Medicine/Chirurgie Vascolari, Radiologie Interventistiche), le indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere, la terapia suggerita</p> <p>c) Il SISR invia periodicamente al singolo Medico di Medicina Generale un elenco dei pazienti con rivascolarizzazione carotidea o periferica e con i farmaci assunti nel periodo di riferimento per un controllo della terapia</p>
Ambito territoriale	intera regione
Popolazione bersaglio	Dimessi dalle strutture ospedaliere con diagnosi di rivascolarizzazione carotidea o periferica
Coordinamento	Commissione regionale allargata ad angiologi, chirurghi vascolari, radiologi interventisti
Metodo	Utilizzo del SISR
Assetto organizzativo	<p>Soggetti SSR coinvolti: angiologi, chirurghi vascolari, radiologi interventisti delle strutture ospedaliere regionali, Medici di Medicina Generale, personale sanitario</p> <p>Soggetti extra SSR coinvolti: informatici SISR</p>
Piano di formazione	Soggetti coinvolti: angiologi, chirurghi vascolari, radiologi interventisti medici di Medicina Generale, personale sanitario dei altri reparti ospedalieri descritti
Indicatori di processo	<p>a) Numero di reparti ospedalieri regionali che nella lettera di dimissione descrivono il rischio futuro di complicanze, se appropriato, le indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio e sui target relativi da raggiungere, le indicazioni sulla terapia e sulla riabilitazione.</p> <p>b) Numero di medici di Medicina Generale che registrano l'informazione ricevuta dalle strutture ospedaliere;</p> <p>c) Numero di medici di Medicina Generale che ricevono dal SISR i dati relativi ai farmaci utilizzati dai loro pazienti con rivascolarizzazione carotidea o periferica</p>
----- risultato	----- Percentuale di pazienti con rivascolarizzazione carotidea o periferica con correzione dei fattori di rischio modificabili e persistenza nelle terapie basate sull'evidenza.
Cronogramma	Allargamento della Commissione regionale, Giugno 2007; test pilota in un Ospedale per Area Vasta e relativi Medici di Medicina Generale, Ottobre 2007; operatività del sistema dal 2008.

#### **4.4. CONCLUSIONI**

La prevenzione nei soggetti ad alto rischio e in particolare in chi ha già avuto un evento cardiovascolare (prevenzione secondaria delle recidive), l'obiettivo principale del presente Piano, è un aspetto fondamentale della prevenzione cardiovascolare, dichiarato prioritario dalle Linee Guida internazionali, con dimostrata efficacia sulla riduzione dei ricoveri e della mortalità.

La Regione Friuli Venezia Giulia intende promuovere l'attuazione di questo Piano in modo congiunto ed integrato con il Piano di Prevenzione del Rischio Cardiovascolare, attivando una Commissione Regionale unitaria e monitorandolo con gli strumenti epidemiologici affidati al Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari, sezione dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale gestito dall'Agenzia Regionale della Sanità. Tra gli aspetti innovativi di questo approccio, oltre al coinvolgimento di tutti gli attori interessati, la creazione di un cruscotto di indicatori semplici ed intelligibili, per favorire la comprensione e la partecipazione attiva della popolazione regionale a questa grande impresa di promozione della salute nell'ottica della sanità pubblica.