

REGIONE LIGURIA
Dipartimento Salute e Servizi Sociali
Servizio Prevenzione

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE

2005 – 2007

(parte seconda)

REGIONE LIGURIA

Dipartimento Salute e Servizi Sociali

Settore Qualità e Appropriately Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie

PREVENZIONE DELLE RECIDIVE NEI SOGGETTI CHE HANNO AVUTO ACCIDENTI CARDIOVASCOLARI

- Dimensioni del problema in Liguria

Nel nostro Paese, la prevalenza delle malattie cardiovascolari nella fascia di età compresa fra 35 e 74 anni è stata rilevata dall'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, condotto da ISS e ANMCO. Nell'area Nord Ovest sono stati registrati seguenti dati (Tab. I) :

- infarto: 1,6% negli uomini e 0,1% nelle donne
- ictus: 0,8% negli uomini e nelle donne
- angina pectoris: 3,5% negli uomini e 4,2% nelle donne
- claudicatio intermittens: 1,8% negli uomini e 2% nelle donne
- TIA: 0,4% negli uomini e 0,5% nelle donne

Tale prevalenza in termini assoluti è equivalente, su 1.592.309 abitanti liguri, a circa 20.000 cittadini affetti da esiti di infarto miocardico, a 15.000 affetti da ictus, 60.000 da angina pectoris, 30.000 da claudicatio e 8.000 da TIA.

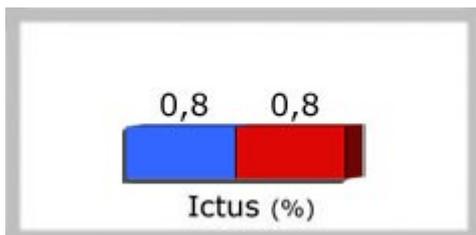
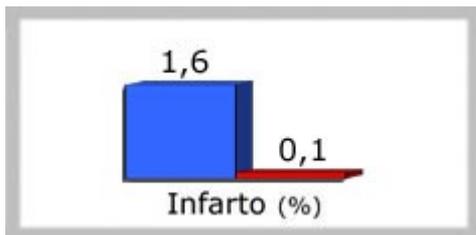
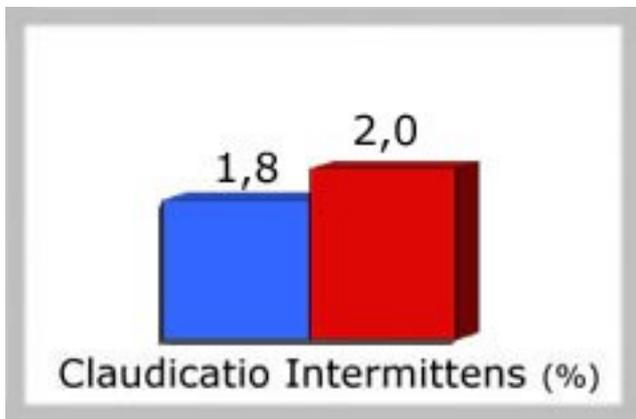
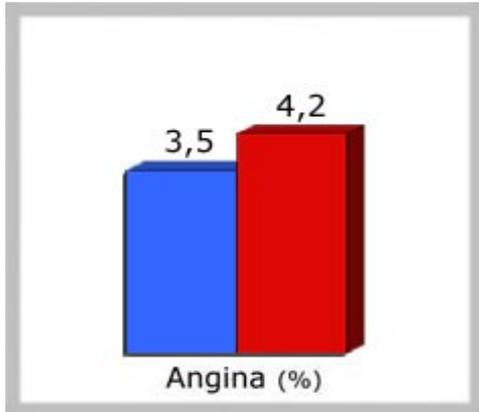
L'incidenza di nuovi casi dei soli eventi coronarici è stimabile dai dati sopravvivenza raccolti nel registro MONICA, elaborati con il modello MIAMOD insieme ai dati demografici e di mortalità dell'ISTAT: da essi si presume che in Liguria si verifichino ogni anno circa 1700 nuovi eventi coronarici negli uomini di età compresa fra 25 e 84 anni, e circa 800 nelle donne (tasso di incidenza standardizzato 227,3 eventi ogni 100 mila uomini e di 97,9 eventi ogni 100 mila donne) (Tab. II).

Sulla scorta di questi dati epidemiologici, il Piano si caratterizzerà per un intervento prevalente nell'ambito della cardiopatía ischemica prevedendo il coinvolgimento dei medici di medicina generale, degli specialisti cardiologi del territorio, dei cardiologi dei Centri di riabilitazione e prevenzione, dei reparti per acuti e delle Associazioni di Volontariato.

Tale Piano sarà in stretto collegamento operativo con il Piano Regionale per la prevenzione attiva del Rischio Cardiovascolare.

Tabella I

Nord Ovest



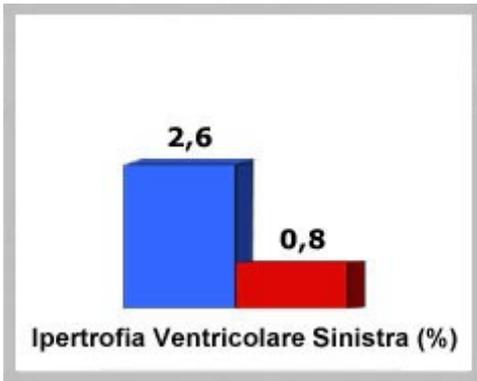
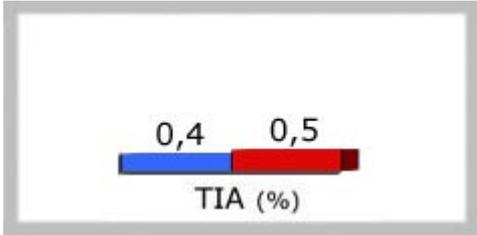
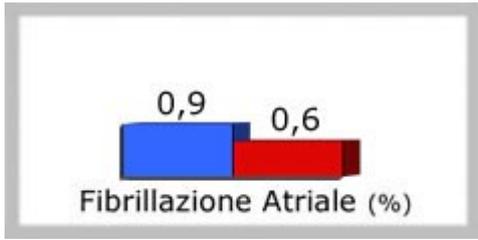


Tabella II

Tassi di **incidenza** degli eventi coronarici maggiori stimati per l'Italia e per macroaree per il 2000

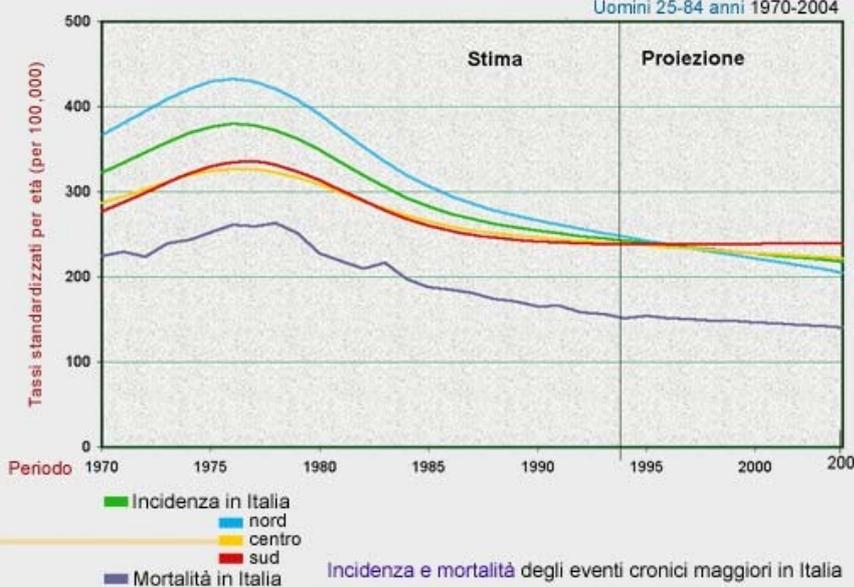
Uomini 25-84 anni

	Italia	Nord	Centro	Sud
Casi incidenti	51874	23802	10951	17367
Tasso grezzo (x 100.000)	265,0	263,6	285,2	259,0
TSE* (x 100.000)	227,3	221,5	228,0	238,9

* tassi standardizzati per Età usando la popolazione italiana al 1970

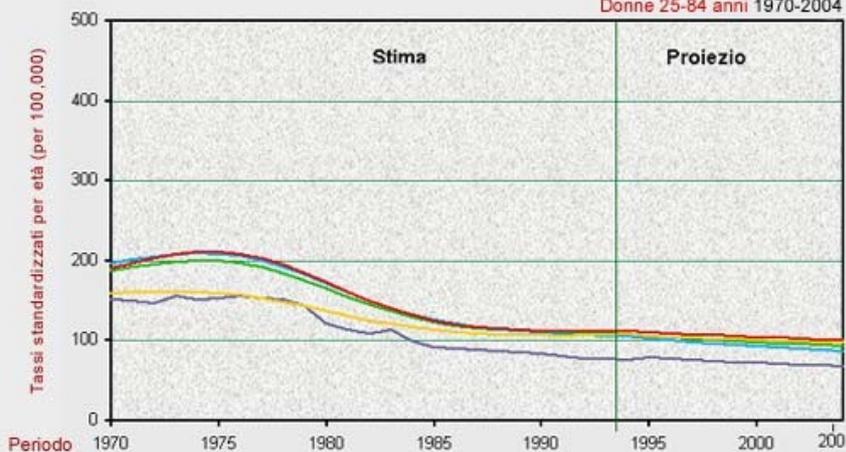
Incidenza e mortalità degli eventi coronarici maggiori in Italia

Uomini 25-84 anni 1970-2004



Incidenza e mortalità degli eventi cronici maggiori in Italia

Donne 25-84 anni 1970-2004



Tassi di **incidenza** degli eventi coronarici maggiori stimati per l'Italia e per macroaree per il 2000

Donne 25-84 anni

	Italia	Nord	Centro	Sud
Casi incidenti	26934	12415	5818	8722
Tasso grezzo (x 100.000)	127,4	127,8	139,3	120,3
TSE* (x 100.000)	97,9	93,0	100,2	104,2

* tassi standardizzati per Età usando la popolazione italiana al 1970

- Background

Negli ultimi anni il trattamento delle patologie cardiovascolari ha registrato progressi molto significativi: gli approcci farmacologici, interventistici e chirurgici si sono tradotti in un sostanziale aumento della sopravvivenza dei pazienti.

Questi progressi sono oggi ben implementati nella pratica clinica durante la fase acuta di malattia, mentre non altrettanto si può affermare per la fase di post-acuzie e cronica, fase altrettanto rilevante poiché la malattia aterosclerotica alla base delle patologie cardiovascolari è un processo complesso, multifattoriale, generalizzato, ma soprattutto progressivo.

A conferma di ciò, numerosi studi osservazionali, come l'EUROASPIRE e lo SHAPE hanno dimostrato come, dopo l'episodio acuto, la valutazione sistematica del rischio globale e un intervento farmacologico e non farmacologico volto al controllo dei fattori di rischio e alle modificazione dello stile di vita non viene fatto sistematicamente da parte degli specialisti ospedalieri e, successivamente alla dimissione, dai medici di medicina generale (protagonisti della gestione a lungo termine dei pazienti), pur consapevoli del grande impatto di queste misure sugli outcome.

Com'è noto, il concetto di rischio globale comprende non solo quello per nuovi eventi "tradizionalmente" il più considerato e pesato e valutabile nei pazienti coronarici attraverso la valutazione della funzione di pompa residua, dell'ischemia residua, dell'instabilità elettrica, nonché dell'anatomia coronaria, ma anche il rischio legato agli esiti dell'evento acuto, alla progressione della malattia aterosclerotica (legato allo stile di vita e ai fattori di rischio cardiovascolari) e quello di cattiva qualità di vita.

In conclusione, nonostante la letteratura abbia messo in evidenza l'efficacia degli interventi di riabilitazione post-acuzie e di prevenzione secondaria, essi sono attualmente sottoutilizzati e i risultati sono insoddisfacenti sia in termini di controllo dei fattori di rischio che di implementazione di terapie efficaci. In particolare:

- 1.** nei reparti per acuti la prevenzione e riabilitazione è generalmente poco praticata e le indicazioni sul profilo di rischio fornite attraverso la lettera di dimissione standard sono spesso incomplete;
- 2.** la fase riabilitativa intensiva post-acuzie, momento assistenziale essenziale per gestire e governare efficacemente la transizione del cardiopatico dall'ospedale per acuti al territorio e garantire una più sicura stabilizzazione clinica e la prevenzione a lungo termine, è in Liguria fruibile solo con modalità degenziale, ed è rivolta in prevalenza a

pazienti post cardiocirurgici, mancando completamente quella ambulatoriale, setting ideale per i pazienti post-IMA e post angioplastica;

3. Il percorso successivo alla fase acuta e post-acuta è disarticolato tra specialista ospedaliero, del territorio e il medico di medicina generale (MMG) ed è spesso limitato alla sola prescrizione terapeutica o a ridondanti controlli strumentali, a generici consigli sullo stile di vita non supportati da un intervento comportamentale, non vincolati ad un programma di aderenza a lungo termine e non tarati per il rilevamento dell'effettivo raggiungimento degli obiettivi specifici.
4. la prevenzione secondaria nei pazienti cardiopatici cronici, che richiede un approccio integrato per raggiungere gli obiettivi terapeutici, il controllo dei fattori di rischio e le modificazioni intensive dello stile di vita, viene poco praticata a livello della medicina primaria.

A partire da queste considerazioni nel corso del 2005 si sono realizzate alcune esperienze pilota coerenti con le Linee Guida, volte a sperimentare metodologie innovative sia nel coinvolgimento dei MMG sia nelle attività di counselling verso i pazienti.

La valutazione positiva di tali esperienze suggerisce di estendere in forma più organica tali modalità di approccio prevedendo attività in questo senso in tutti gli ambiti territoriali regionali.

– Popolazione, Obiettivi, Finalità

La popolazione oggetto dell'intervento è costituita dai pazienti, di età compresa tra 40 e 75 anni, affetti cronicamente da o dimessi con diagnosi di infarto miocardico acuto, sindrome coronarica acuta, intervento di rivascolarizzazione miocardica percutanea o chirurgica, angina pectoris. **Non** verranno inclusi nel programma i cittadini affetti da patologie gravi concomitanti che possano precludere la partecipazione: neoplasie in stadio avanzato, gravi turbe psichiche, deficit cognitivi gravi, deficit motori invalidanti, non autosufficienza, patologie cardiovascolari in fase instabile, grave disagio sociale, o altra patologie ritenute rilevanti dal medico curante. Parimenti esclusi saranno i cittadini che non desiderino essere ammessi al programma

Gli obiettivi sono:

1. la loro individuazione
2. la costituzione di banche dati informative regionali per ottenere strumenti di monitoraggio, di interpretazione degli esiti e di governo;
3. la costruzione ed implementazione di una lettera di dimissione standard dai reparti cardiologici per acuti della Liguria, che indichi il rischio di recidive secondo la carta GISSI-

- P, indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio, sulla terapia, sulla riabilitazione e sui controlli periodici da eseguire;
4. la diffusione presso il personale sanitario dell'assistenza primaria e secondaria delle competenze per la gestione del rischio cardiovascolare globale in termini di terapia educativa per gli stili di vita, di terapia farmacologica quando appropriata e per il monitoraggio del rischio nel tempo.
 5. Implementazione di un intervento di prevenzione efficace e costruzione di un percorso assistenziale integrato e condiviso.

Il progetto punta a coinvolgere:

- ♥ il maggior numero di Medici di Medicina Generale e di Cardiologi in programmi di formazione per la valutazione e la gestione del rischio cardiovascolare globale;
- ♥ il maggior numero di infermieri collaboratori dei Medici di Medicina Generale, dei Cardiologi dei Distretti e degli Ospedali in programmi di formazione per la valutazione del rischio cardiovascolare globale e la terapia educativa che la sua gestione comporta;
- ♥ i Dirigenti e il personale medico e infermieristico e tecnico-amministrativo dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie in programmi di formazione/informazione specifici.

- Contenuti del programma di Prevenzione delle Recidive nei soggetti che già hanno avuto accidenti cardiovascolari

Recenti Linee Guida hanno definito il programma di prevenzione secondaria con particolare attenzione al processo di valutazione, alla tipologia d'intervento e alla definizione degli outcome attesi. In sintesi il programma si basa sui seguenti punti:

- **Stima del rischio cardiovascolare globale** mediante valutazione:
 - degli esiti dell'evento acuto, pregresse patologie cardiovascolari, comorbilità, sintomi, fattori di rischio per la progressione dell'aterosclerosi, farmaci e aderenza alla terapia.
 - dello stile e qualità di vita oggettiva e percepita (anche attraverso l'analisi di semplici questionari autosomministrati)
 - dell'esame obiettivo con particolare attenzione al BMI, al giro-vita e all'apparato vascolare e polmonare
 - degli esami strumentali per la valutazione di funzione residua;
 - Valore di rischio nei pazienti post-infarto indicato dalla Carta del rischio GISSI-P (Tab. III);

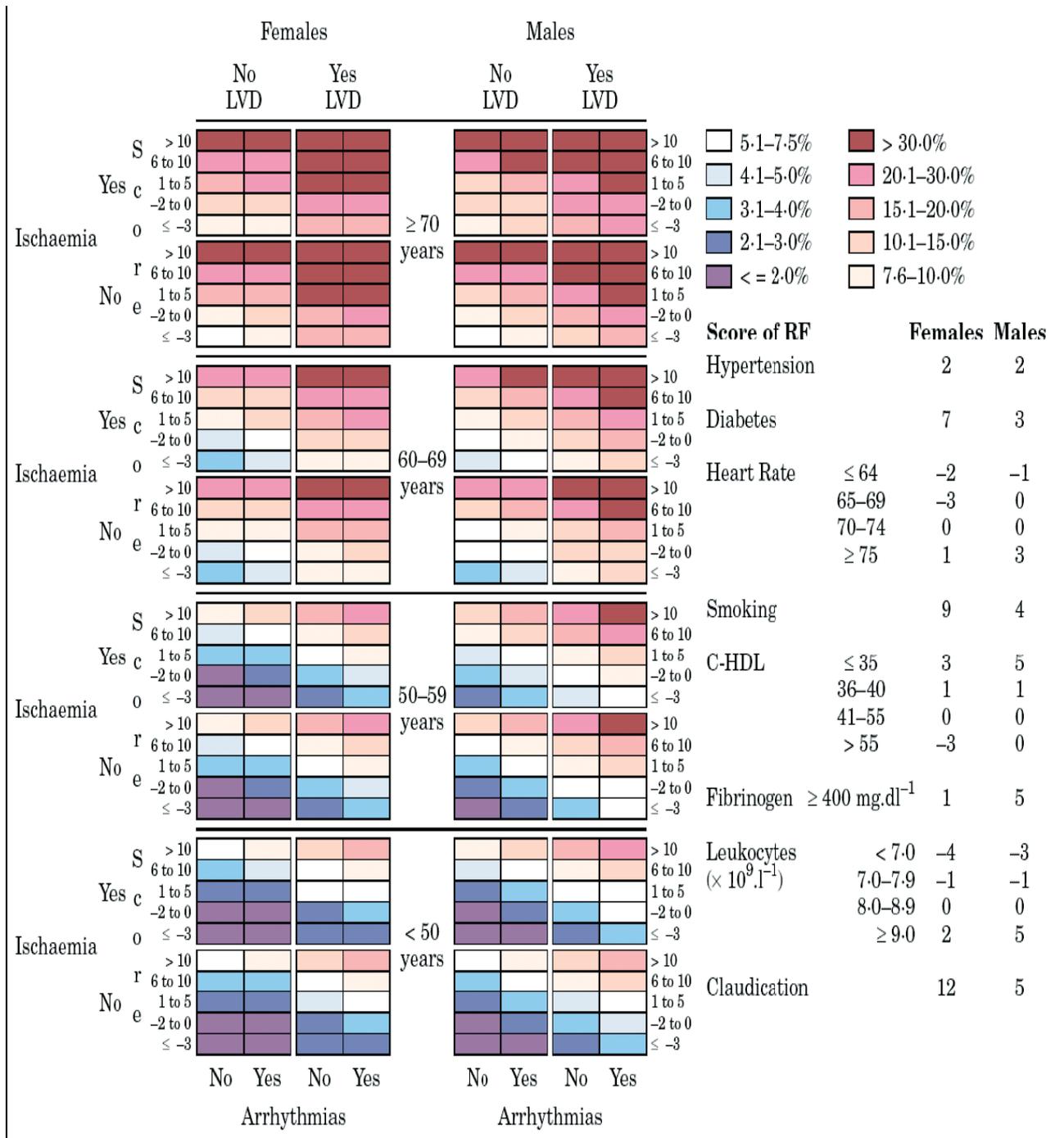
- **Valutazione, interventi e obiettivi** prioritari specifici da raggiungere nel singolo paziente per ciascun fattore che influenza il rischio:
- abitudini alimentari – soprappeso - profilo lipidico: *valutazione* dei componenti della dieta abituale (calorie, grassi saturi, colesterolo, fattori protettivi come frutta, verdura, pesce), del BMI e peso ideale, del profilo lipidico; *intervento*: counselling nutrizionale mediante programma educativo rivolto sia al paziente che ai suoi familiari, dieta appropriata, training fisico, farmaci quando indicato; *obiettivi*: aderenza alle corrette abitudini e comportamenti alimentari, conoscenza degli alimenti con impatto favorevole o sfavorevole sul rischio cardiovascolare, se necessario ragionevole calo ponderale (10% in 6 mesi) e raggiungimento o mantenimento di valori di LDL-colesterolo < 100 mg/dl (ottimale se anche HDL > 35 mg/dl e trigliceridi < 200 mg/dl).
 - Ipertensione arteriosa: *valutazione* dei valori pressori sia a riposo sia durante esercizio fisico, dell'aderenza alla terapia negli ipertesi noti; *intervento*: counselling specifico su modificazioni dello stile di vita (esercizio fisico, intervento nutrizionale per il controllo del peso e per una moderata restrizione del sale); terapia farmacologica secondo Linee Guida; *obiettivi*: valori tensivi mantenuti uguali o inferiori a 130/85 mmHg.
 - Attività fisica: *valutazione* dell'attività fisica abituale e dei bisogni domestici, occupazionali e ricreativi anche attraverso test specifici (test del cammino, ergospirometria); *intervento*: counselling, programma di training fisico individualizzato per frequenza (3-5 sedute per settimana), intensità (50-80% della capacità d'esercizio massima), durata (30-60 minuti con riscaldamento e raffreddamento) e modalità (cammino, cyclette, scalini, nuoto, ginnastica); *obiettivi*: incremento dell'autonomia, della capacità funzionale, del benessere e quindi della qualità di vita; riduzione dello stress, dei sintomi e di nuovi eventi.
 - Tabagismo: *valutazione* dello stato di fumatore attuale o pregresso, del grado di motivazione, di dipendenza (test di Fagerström), del tono complessivo dell'umore; *intervento*:, counselling interventi psico-comportamentali, terapie sostitutive. *Obiettivi*: astinenza ad 1 anno.
 - Diabete: *valutazione* dei valori di glicemia a digiuno e a due ore dal pasto, dell'emoglobina glicata, dei danni d'organo, della terapia ipoglicemizzante in corso o pregressa e dei suoi eventuali effetti collaterali; *intervento*: counselling specifico, dieta, controllo del peso, terapia secondo Linee Guida, automonitoraggio; *obiettivi*:

normalizzazione glicemia a digiuno (o almeno raggiungimento di valori inferiori a 150 mg/dl), emoglobina glicata < 7.0%, minimizzazione delle complicanze, controllo dei fattori di rischio associati.

- Ansia-depressione-stress: *valutazione* con colloquio e test psicometrici standardizzati nei casi più complessi; *intervento*: counselling specifico, stress management, tecniche di rilassamento, colloqui individuali, psicoterapia; *obiettivi*: evidenza di benessere psico-sociale.
- Intervento terapeutico ottimizzato secondo le Linee Guida per la prevenzione della progressione dell'aterosclerosi e di nuovi eventi.
- Intervento di mantenimento a lungo termine, individualizzato per ciascun paziente e mirato sul monitoraggio dei componenti effettivi del rischio globale, allo scopo di consolidare i risultati ottenuti e rivalutare l'opportunità a modificare nel tempo gli interventi.

Tabella III

La Carta del Rischio GISSI-P



- Identificazione dei Referenti del programma

1) Il Comitato di Coordinamento

La Regione propone per lo sviluppo ed il monitoraggio del presente programma il medesimo Comitato di Coordinamento previsto per il Piano per l'Alto rischio Cardiovascolare. Esso è presieduto da un Funzionario Regionale delegato dall'Assessore Regionale alla Salute e alle Politiche della Sicurezza dei Cittadini e costituito da:

- rappresentanti di SIMG, FIMMG, SNAMID, ANMCO, GICR, SIPREC, SLIMET (Scuola Regionale Ligure per la Formazione e Prevenzione in Medicina Territoriale),
- un Funzionario Regionale referente per il Sistema Informativo Sanitario Regionale,
- Rappresentanti delle Aziende Sanitarie Locali.

Nell'ambito del Comitato di Coordinamento è identificato un referente a cui viene affidato il rapporto con i responsabili della Comunicazione della Regione Liguria e delle singole Aziende Sanitarie coinvolte, allo scopo di programmare un programma organico di comunicazione di massa. I compiti del Comitato di Coordinamento, in relazione al cronogramma del Piano ed alle risorse disponibili saranno contenuti nell'Atto specifico di adozione del Piano Regionale di Prevenzione. Il Comitato di Coordinamento assicurerà comunque che ogni ASL della Regione Liguria sia coinvolta nel programma di arruolamento e di intervento, attivandosi in modo che in ciascuna di esse siano disponibili i Medici di Medicina Generale e identificati i rispettivi Centri specialistici di Riferimento.

2) I Medici di Medicina Generale (MMG) e Distretti

La Regione Liguria intende coinvolgere i MMG che effettueranno lo screening dei pazienti, buona parte dell'intervento ed identificheranno per ciascuno di essi il percorso assistenziale più appropriato. In base a proiezioni della numerosità della popolazione oggetto di intervento, la partecipazione dei MMG sarà su base volontaria e legata alla disponibilità a partecipare all'individuazione dei cittadini da inserire nel progetto. A tale scopo, tutti i MMG della Regione verranno contattati con lettera ad hoc, precisando in essa i requisiti essenziali alla partecipazione:

- il possesso di strumenti informatici (PC, programma Millewin, accesso ad Internet),
- l'accettazione all'utilizzo sistematico della Carta del Rischio GISSI-P,
- la disponibilità a seguire il processo formativo nella sua interezza.

3) I Dipartimenti di Prevenzione

La Regione Liguria sarà affiancata da referenti dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie. Ad essi spetteranno i compiti di valutazione epidemiologica.

3) I Reparti per acuti

Le strutture cardiologiche per acuti in Liguria sono elencate in allegato 1

Il Comitato di Coordinamento elaborerà una proposta di **LETTERA DI DIMISSIONE UNIFICATA** che verrà proposta alle strutture elencate nell'allegato per una discussione e una successiva condivisione ed implementazione. Essa conterrà il valore percentuale del rischio di recidive secondo la carta GISSI-P, indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio, indicazioni sulla terapia, sulla riabilitazione e sui controlli periodici da eseguire

4) I Centri Specialistici di riferimento

Il Comitato di Coordinamento identificherà per ciascuna Azienda Sanitaria i Centri Specialistici di riferimento.

In base alla numerosità dei pazienti coinvolti nel programma, verrà assicurata una disponibilità adeguata. In ogni caso, come livello minimo, verranno identificati due Centri per la ASL 3 "Genovese" e un Centro per ognuna delle restanti 4 ASL.

I requisiti standard dei Centri selezionati saranno i seguenti:

- coinvolgimento di figure professionali specialistiche (cardiologo, infermiere e altre figure) capaci di gestire le singole condizioni di rischio (tabagismo, alimentazione, sovrappeso-obesità, sedentarietà) con tecniche e modalità di intervento validate, standardizzate, strutturate ed intensive;
- il cardiologo come coordinatore dell'equipe multidisciplinare;
- possesso di tecnologie di valutazione funzionale e strumentale (ecocardiografia semplice e con stress, spiroergometria, valutazioni dinamiche delle 24h ECG e PA)
- Flow chart diagnostiche condivise nei soggetti "complicati" come definiti dal progetto
- Flow chart terapeutiche farmacologiche e non farmacologiche a crescente complessità per il trattamento di soggetti ad alto rischio
- Modalità organizzative che consentano un accesso prioritario per i pazienti selezionati con protocollo condiviso con i MMG

I modelli organizzativi di tali Centri, in accordo con i programmi predisposti dalle Società Scientifiche, sono individuati prioritariamente nelle strutture di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva, nelle strutture multidisciplinari di Prevenzione Cardiovascolare, nell'Ambulatorio Cardiologico per la Prevenzione Cardiovascolare.

- Formazione

la Regione Liguria si doterà di un piano formativo che comprenderà eventi specifici accreditati ECM per il personale a vario titolo impegnato nel progetto. Il piano sarà lo stesso già previsto con il **Piano Regionale di Prevenzione Attiva del Rischio Cardiovascolare.**

- Modalità attuative e Individuazione del percorso per la prevenzione delle Recidive

Considerati i contenuti e gli obiettivi della prevenzione secondaria, i medici dovranno assicurare un programma di intervento come quello esposto a tutti i pazienti che hanno sofferto di un episodio acuto cardiovascolare, ovviamente con una intensità e completezza commisurata ai problemi del singolo paziente.

Per la tipologia dei pazienti oggetto del programma, la medicina generale collaborerà strettamente con lo specialista: l'assistenza condivisa è documentata in letteratura come la più efficace per la prevenzione secondaria.

Il collegamento tra medicina di base e specialista si svilupperà con:

- una comunicazione efficace degli obiettivi da perseguire nel singolo paziente;
- la co-produzione di protocolli assistenziali pre-definiti;
- l'utilizzo di strumenti adeguati (liste d'attesa prioritarie, duttilità e disponibilità a pronte risposte assistenziali ecc.) per implementarli;
- la disponibilità delle strutture ospedaliere a fornire nel tempo il supporto specialistico per interventi intensivi, con particolare riguardo al training fisico, all'educazione sanitaria e agli interventi psico-comportamentali efficaci sugli stili di vita scorretti;

Pertanto lo scenario assistenziale prefigurato dal Programma è il seguente (v. Flow-Chart):

1) Pazienti post-acuti con complicanze che richiedano necessità di tutela medica e nursing dedicato e/o ad alto rischio di instabilità clinica a riposo o durante attività di recupero o con elevati bisogni preventivi-riabilitativi: è previsto il riferimento a strutture riabilitative ospedaliere con modalità degenziale 24 ore/24 o di Day Hospital.

I suddetti programmi saranno seguiti da una fase ambulatoriale per la riduzione del rischio e la prevenzione secondaria, che includa un adeguato monitoraggio clinico e funzionale.

2)

- **Pazienti post-acuti** senza le necessità di tutela sopradette e/o a medio o basso rischio di instabilità clinica a riposo o durante attività di recupero: è previsto il riferimento a strutture

preventive o riabilitative ambulatoriali, siano esse autonome o inserite nel contesto di UU.OO. cardiologiche per acuti.

In tutti i casi si rende successivamente indispensabile il raccordo con le strutture del territorio per una successiva presa in carico del paziente

3) Pazienti post-acuti stabili e a basso rischio, in cui gli obiettivi sono finalizzati al mantenimento del più alto grado di indipendenza, a promuovere un effettivo cambiamento dello stile di vita per un'efficace prevenzione secondaria, e a ridurre il rischio di nuovi eventi cardiaci: è previsto il riferimento diretto al MMG.

4) Pazienti Cronici: individuati dal MMG che assicura un percorso assistenziale condiviso con gli specialisti con modalità concordate, avvalendosi dei Centri di Riferimento, secondo le modalità già previste dal Piano Regionale di Prevenzione Attiva del Rischio Cardiovascolare

Emergono alcune necessità organizzative: a) una migliore distribuzione territoriale e organizzazione dei servizi e presidi dedicati alla prevenzione e riabilitazione del cardiopatico, b) identificare e sviluppare percorsi assistenziali ed interventi più appropriati e modulati sull'effettiva complessità clinica e sul rischio dei pazienti, e di potenziare le competenze e gli standard qualitativi dei servizi dedicati, c) coinvolgere nel programma di follow-up le Associazioni di pazienti o di Volontariato .

- Individuazione delle modalità di coordinamento del Piano presso la regione

Come già descritto, la Regione Liguria si doterà di un Comitato di Coordinamento del Piano Regionale di Prevenzione delle Recidive che avrà il compito, con riunioni periodiche dopo le prime di insediamento e pianificazione, di predisporre, monitorare e valutare le fasi attuative del Piano, secondo le finalità ed il cronogramma stabilito.

Il Comitato curerà anche il coordinamento con le attività previste nel Piano di Prevenzione regionale finalizzate a contrastare e ridurre fattori di rischio e patologie correlate quali l'obesità e il diabete.

- Individuazione di strumenti di verifica

Il programma prevede indicatori predefiniti di processo:

- Indicatori relativi al percorso di formazione
- n° di visite eseguite
- n° di pazienti arruolati nel programma
- n° di colloqui di counselling motivazionale breve
- n° di soggetti in terapia ottimizzata secondo le linee guida adottate
- n° di soggetti inviati al Centro di Riferimento
- n° di riunioni educazionali
- n° manuali consegnati

e di esito:

- riduzione assoluta dei valori di colesterolemia totale e LDL, di PA, di peso, di giro-vita, di emoglobina glicata, dei fumatori
- percentuale di raggiungimento dei target previsti per ciascun fattore di rischio nel singolo soggetto e nel complesso della popolazione arruolata
- riduzione dei ricoveri ospedalieri, degli eventi avversi, della morbilità e mortalità

E' previsto uno strumento informatico unico per tutti i modelli organizzativi che garantisca la raccolta sistematica e periodica dei dati, la valutazione omogenea dei risultati e la registrazione uniforme degli esiti

- Modalità di sviluppo delle collaborazioni e tipo di accordi necessari

Gli accordi necessari per l'attuazione del presente progetto saranno presi con i Medici di Medicina Generale attraverso gli strumenti, contrattuali previsti dal Contratto Nazionale. Per i Centri di riferimento per ciascuna ASL, vanno previsti, in accordo con le Direzioni Generali, specifiche modifiche organizzative.

- Monitoraggio dell'applicazione del piano

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

- monitoraggio delle attività del Comitato di Coordinamento Regionale: numero di riunioni effettuate, numero di audioconferenze effettuate, numero di documenti prodotti, numero di relazioni ad interim prodotte, redazione o meno della relazione finale;

- monitoraggio delle attività Distrettuali: numero di Distretti coinvolti nei Piani Operativi Aziendali di Prevenzione delle Recidive, numero di Dirigenti di Distretto, Medici di Medicina Generale e Specialisti coinvolti nei Piani Operativi Aziendali,
- monitoraggio della attività di formazione: numero di incontri effettuati, numero di professionisti coinvolti per tipo di professionista, numero di ore di formazione per numero di professionisti coinvolti;
- monitoraggio dell'applicazione dell'algoritmo di valutazione del rischio cardiovascolare GISSI-P nei Medici di Medicina Generale;
- monitoraggio dell'attività di promozione della validazione e della registrazione della valutazione del rischio cardiovascolare con trasferimento ad un database regionale ed all'Istituto Superiore di Sanità di Roma.
 - **Costi**

I costi previsti sono imputabili a:

- attività aggiuntive dei MMG
- formazione
- aumento ipotizzato in un primo periodo di prestazioni specialistiche
- sistema informativo informatizzato

Flow-Chart

