

REGIONE PUGLIA

PIANO REGIONALE DELLA  
PREVENZIONE

TRIENNIO 2005-2007  
*INTEGRAZIONE*

Il Piano Regionale della Prevenzione della Regione Puglia è definito ai sensi della Legge 138/2004 e dell'Intesa Stato-Regioni e Province Autonome del 23 Marzo 2005 ed è stato formulato secondo le indicazioni contenute nella Guida alla presentazione dei progetti. Il seguente Documento integra e completa il Piano della Prevenzione 2005-2007, approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 824 del 28 giugno 2005.

L'integrazione viene formulata per le seguenti tre sezioni:

### **PRIMA SEZIONE**

PREVENZIONE DELLE RECIDIVE DEGLI ACCIDENTI CEREBRO-VASCOLARI: LINEE OPERATIVE

### **SECONDA SEZIONE**

LINEE OPERATIVE PER LA PREVENZIONE DELL'OBESITA'

### **TERZA SEZIONE**

INFORTUNI NEI LUOGHI DI LAVORO: LINEE OPERATIVE

INCIDENTI STRADALI: LINEE OPERATIVE

INCIDENTI DOMESTICI: LINEE OPERATIVE

## **PRIMA SEZIONE**

**Prevenzione delle recidive di accidenti cerebrovascolari: linee operative.**

**Referente Regionale:**

**Dott. Vincenzo Pomo**

**Agenzia Regionale Sanitaria**

**Via Caduti di tutte le guerre n. 15**

**70124 Bari**

**tel 080/5403216**

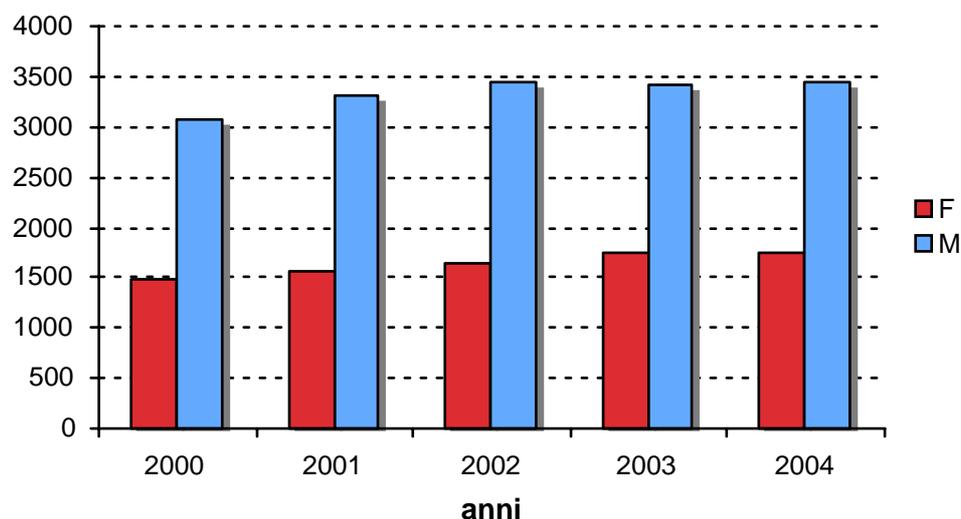
**e-mail: [v.pomo@arespuglia.it](mailto:v.pomo@arespuglia.it)**

## ***Il contesto regionale***

L'Infarto Acuto del Miocardio, con le sue complicanze e le sue possibili recidive, rappresenta per il nostro paese una delle più importanti cause di morbidità e mortalità, incidendo pesantemente sullo stato di salute della popolazione. Il progetto Cuore ha stimato, per esempio, che nel 2000 tra i soggetti di età compresa tra i 24 e gli 84 anni, i casi incidenti di IMA sono stati 41.874, con un tasso di 265 casi per 100.000 abitanti. La mortalità nello stesso anno è stata pari a circa 4 x 10.000 casi.

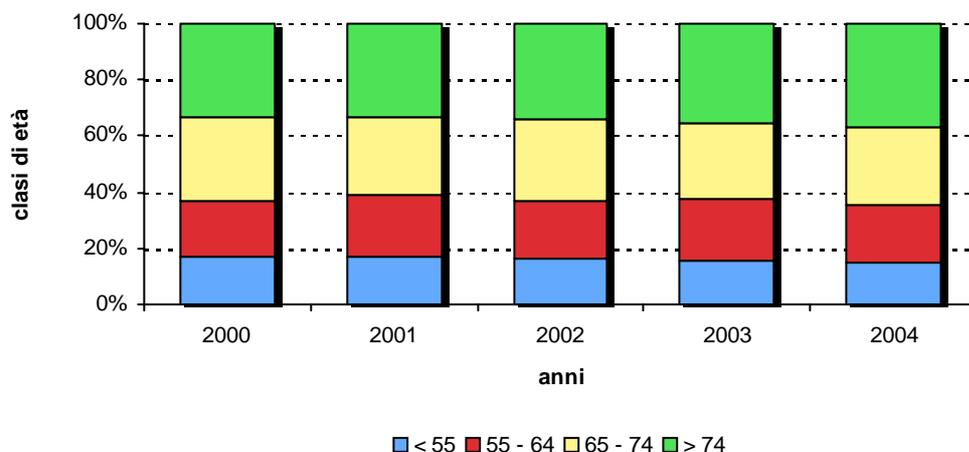
Anche la Regione Puglia si allinea alla situazione nazionale: tra il 2000 e il 2004 sono stati registrati quasi 25.000 ricoveri. Negli stessi anni si è registrato, di fatto, un incremento dell'ospedalizzazione, che vede sempre i maschi più interessati dalla patologia (1:2 tra F e M); anche l'età media sembra aumentare nel corso degli anni (passando da 67,8 anni a 68,7 anni tra il 2000 e il 2004), mentre la fascia di età più rappresentata è quella degli ultrasettantaquattrenni<sup>1</sup> (Grafico 1 – 2).

**Grafico 1. Ricoveri per IMA, per sesso ed anno.**



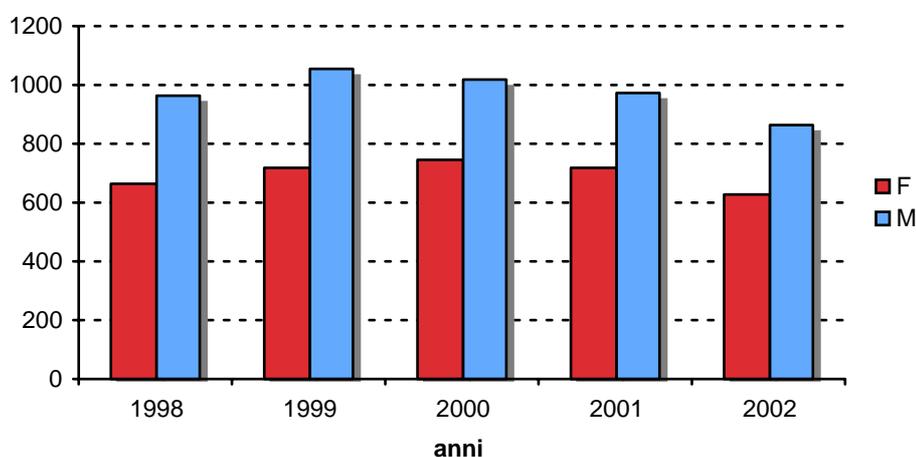
<sup>1</sup> Fonte dati: archivio SDO – Regione Puglia

**Grafico 2. Numero di ricoveri per classi di età**



I tassi di mortalità si sono attestati mediamente intorno a i 5 x 10.000 decessi negli anni compresi tra il 1998 e il 2002. I decessi interessano, come i ricoveri, in prevalenza gli uomini, più che le donne e le fasce di età più anziane della popolazione<sup>1</sup> (Grafico 3 – 4).

**Grafico 3. Numero di deceduti per IMA, per sesso e per anno (1998 – 2002)**

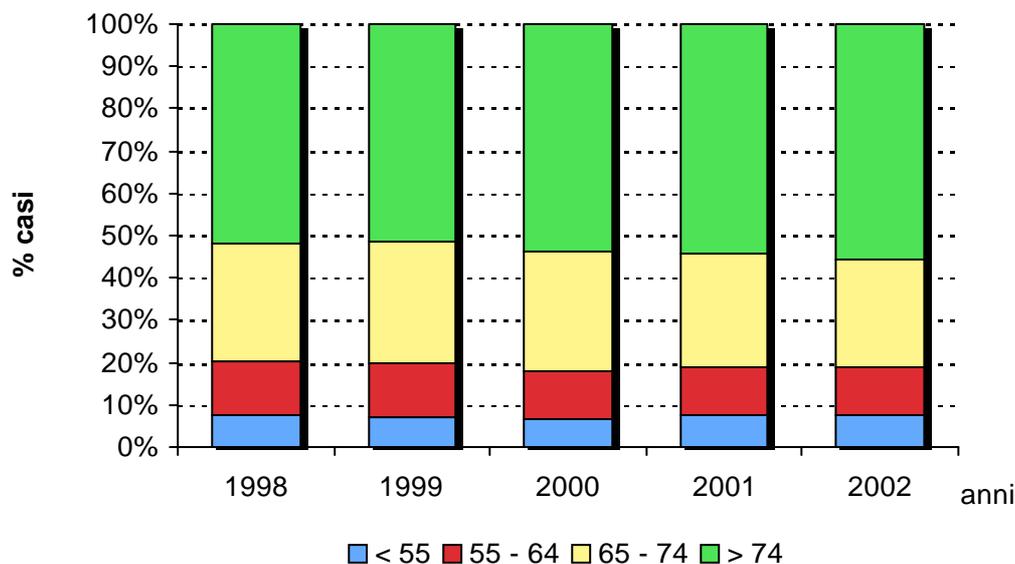


Anche per i fattori di rischio la popolazione della Regione Puglia si allinea alle medie nazionali: il 33% degli uomini e il 17% delle donne fuma; i maschi ipertesi si attestano intorno al 26%, mentre le donne sono il 35%; mediamente il 17% dei pugliesi ha un'ipercolesterolemia e l'8,5% ha il diabete; il 16% dei maschi è obeso, contro addirittura il 34% delle donne<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Fonte dati: OER – RENCAM Puglia

<sup>2</sup> Atlante delle malattie Cardiovascolari in *Italian Heart Journal*, 2003: 4(40): 100s – 103s

**Grafico 4. Proporzione di deceduti per IMA, per fascia di età e anno (1998 – 2002)**



In tutti i casi l'infarto del miocardio rappresenta un evento acuto, che necessita di cure tempestive. La comparsa di recidive/complicanze, spesso più gravi del primo evento, è molte volte inevitabile, ma è sicuramente anche favorita dal persistere di fattori di rischio modificabili.

Attraverso le SDO è stato stimato il tasso di recidiva/complicanza per i soggetti che si sono ricoverati<sup>1</sup> per IMA nell'anno 2001 e 2002. Le "recidive/complicanze" sono state valutate come secondi ricoveri per una patologia cardio-cerebro-vascolare a distanza di almeno 8 settimane dall'evento: circa il 20% dei soggetti che si è ricoverato negli anni considerati ha fatto almeno un secondo ricovero tra i 2 e i 24 mesi successivi all'evento iniziale<sup>2</sup>, con una diagnosi principale di:

IMA (ICD9-CM = 410.xx)

Ischemia (ICD9-CM = 411.xx)

Angina pectoris (ICD9-CM = 413.xx)

Infarto pregresso (ICD9-CM = 412.xx)

Difetti di conduzione – blocchi e aritmie (ICD9-CM = 426.xx – 428.xx)

Disturbi di circolo cerebrovascolari (ICD9-CM = 430.xx – 438.xx)

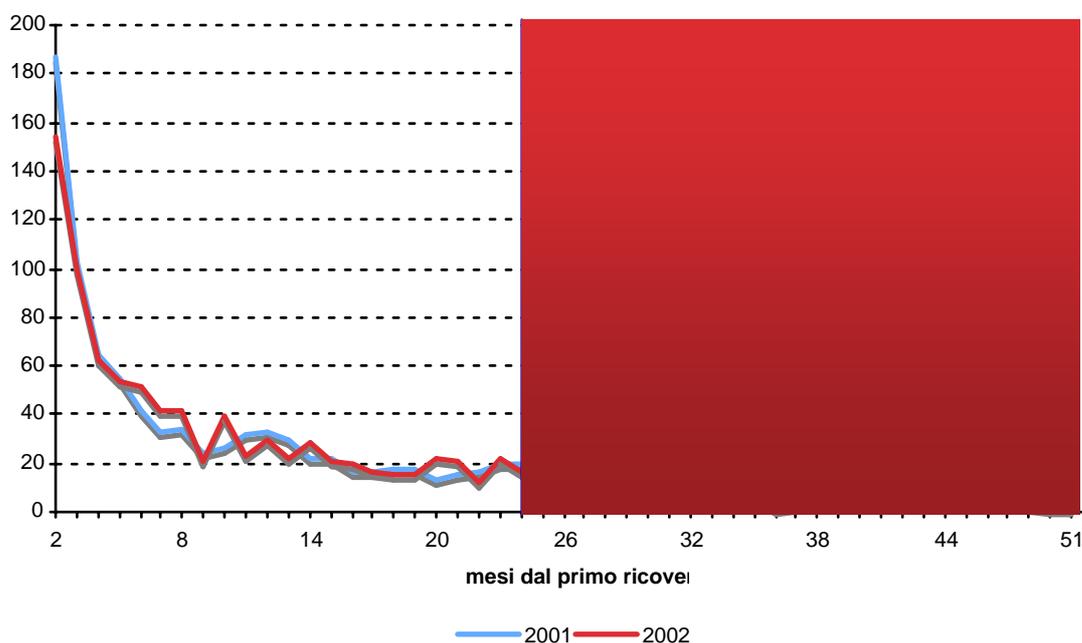
Patologie dei vasi (ICD9-CM = 440.xx – 447.xx).

<sup>1</sup> Esclusi i deceduti

<sup>2</sup> Inteso come primo ricovero.

Le recidive/complicanze si concentrano in un periodo compreso tra 2 e 6 mesi dal primo ricovero (Grafico 5). Da una prima valutazione dei dati si evince una netta prevalenza, nei primi mesi successivi al ricovero, di problemi a carattere ischemico a livello cardiaco, mentre le complicanze/recidive croniche (per esempio legate ad accidenti cerebrovascolari e ai disturbi di ritmo) aumentano con il passare del tempo.

**Grafico 5. Andamento dei secondi ricoveri nel tempo – anni 2001 e 2002**



### **Obiettivi**

- ✓ Stimare il fenomeno IMA e la gestione del suo follow up, rafforzando le competenze regionali nella gestione del rischio di complicanze e di recidive.
- ✓ Uniformare le modalità di dimissione a livello regionale, utilizzando sistemi informatici.
- ✓ Stratificare il rischio dei soggetti che hanno avuto un IMA.
- ✓ Controllare i fattori di rischio modificabili nei soggetti che hanno avuto un IMA.
- ✓ Ridurre la reospedalizzazione legata a recidive e complicanze

## **Azioni**

### Costituzione del Comitato Tecnico di Progetto (CTO) e delle Unità Aziendali di Progetto

Sarà costituito a livello regionale un Comitato Tecnico di Progetto, costituito da un rappresentante dell'Assessorato, uno dell'OER, un rappresentante dell'AMCO e da un rappresentante dei MMG.

Il comitato avrà il compito di:

- definire gli indicatori da inserire nella lettera di dimissione e nel flusso informativo, in maniera da rendere possibile il confronto con altre fonti di dati (es. SDO);
- definire le modalità operative per la realizzazione del flusso informativo (tipo di supporto informatico, modalità di trasmissione dei dati);
- garantire il corretto funzionamento delle Unità di Ricerca Clinica attraverso:
  - ✓ la valutazione degli standard tecnologici esistenti e delle risorse umane presenti nelle singole U.U.O.O.;
  - ✓ la distribuzione delle risorse in maniera uniforme, secondo criteri predefiniti;
- analizzare, in collaborazione con l'OER, i dati provenienti dal flusso informativo, preparando reports periodici;
- reperire e preparare materiale informativo, uniformandolo sul territorio regionale;
- definire le strutture coinvolte nella fase pilota di offerta del servizio di prevenzione attiva;
- organizzare e coordinare la formazione specifica, mediante la messa a punto di un programma di formazione dettagliato, coerente alle finalità della stessa;
- attivare un tavolo di consultazione con le associazioni rappresentative dei pazienti infartuati, per concordare piani di educazione.

Presso ogni azienda sanitaria territoriale sarà istituita una Unità Aziendale di Progetto (UAP) composta dal dirigente responsabile del Dipartimento di Prevenzione, un medico in rappresentanza dei distretti, un MMG e il Dirigente Responsabile della Struttura Complessa di Cardiologia.

Tale organismo avrà il compito di:

- ✓ redigere un piano operativo, conforme agli obiettivi e indirizzi del Progetto di Prevenzione Regionale, tenuto conto dell'assetto organizzativo territoriale;
- ✓ censire le strutture presenti sul territorio;
- ✓ implementare programmi di educazione sanitaria dei pazienti a rischio.

### Lettera di dimissione

Saranno identificate tutte le strutture sanitarie pugliesi (pubbliche, ospedaliere e universitarie, e private accreditate) che utilizzano il codice struttura 50 (UTIC). Per ogni paziente dimesso da queste strutture con diagnosi di Infarto Acuto del Miocardio (con il codice ICD9-CM 410.xx nel

campo della diagnosi principale della SDO), sarà elaborata una lettera di dimissione indirizzata al medico curante, impostata in maniera uniforme sul territorio regionale e contenente un set minimo di dati:

- Anagrafica dei pazienti
- Riferimenti della struttura
- Diagnosi e decorso clinico del soggetto durante il ricovero
- Risultati degli esami (laboratoristici e strumentali) effettuati, maggiormente indicativi
- Indicazioni terapeutiche e controlli periodici da eseguire
- Rischio di recidive, comunemente espresso in percentuale (valutato attraverso la carta del rischio cardiovascolare nel post-infarto GISSI)
- Indicazioni su possibili interventi per la correzione dei fattori di rischio.

La lettera sarà accompagnata da materiale informativo per la correzione dei fattori di rischio.

#### Centralizzazione dei dati

Sarà organizzato un flusso informativo che, a partire dai centri di cardiologia distribuiti nella Regione Puglia, faccia convergere ad un Centro di Raccolta Regionale, con sede presso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, un set minimo di dati (lo stesso individuato per la lettera di dimissione) per ogni paziente dimesso dopo un IMA. Per tale flusso sarà predisposto un apposito supporto informatico.

#### Unità di ricerca clinica

Presso ogni U. O. che partecipa al progetto, sarà costituita una Unità di Ricerca Clinica costituita da un medico e un infermiere, con il compito di garantire una corretta compilazione della lettera di dimissione, di curare il flusso informativo verso il centro di raccolta e di assicurare le modalità per la consegna del materiale informativo al paziente all'atto della dimissione. La responsabilità di tale Unità di Ricerca sarà affidata al Direttore di Struttura complessa dell'U.O.

#### Prevenzione attiva

Il percorso clinico-assistenziale del paziente infartuato sarà definito dal CTP, in collaborazione con le Associazioni Scientifiche di Cardiologia e quelle dei MMG, ai quali spetta la presa in carico del paziente post-infartuato, finalizzata:

- ✓ al controllo dei fattori di rischio (abitudine al fumo, colesterolemia, glicemia e valori di pressione, peso corporeo,, circonferenza addome, BMI con riferimento al profilo di rischio specifico)

- ✓ all'adesione del paziente al programma di follow up presso l'ambulatorio di cardiologia.

In attesa della piena attivazione della rete di strutture riabilitative cardiologiche previste dal Piano di Riordino Ospedaliero, la gestione del follow up dei pazienti dimessi con IMA sarà affidata ai MMG ed alle Strutture Cardiologiche territoriali competenti per residenza dell'assistito, secondo modalità indicate dalle Società Scientifiche di settore.

Le attività di follow up prevedranno un set minimo di azioni per ogni paziente:

- ✓ Elettrocardiogramma ogni 6 mesi;
- ✓ Ecocardiogramma 1 volta anno (o in base alle indicazioni cliniche che il paziente manifesta);
- ✓ Prova da sforzo una volta anno (o in base alle indicazioni cliniche che il paziente manifesta).

Sarà cura delle Strutture di Cardiologia mettere a punto un piano operativo che coinvolga servizi e ambulatori del territorio, fermo restando l'obbligo di garantire i flussi informativi, avvalendosi dell'uso di specifici supporti informatici, anche tenendo conto di possibili collaborazioni con le società scientifiche.

#### Piano di formazione sulla prevenzione delle recidive

Sarà formulato un programma di formazione specifica con le seguenti finalità:

- ✓ approfondire i protocolli di valutazione e trattamento degli esiti di IMA
- ✓ approfondire le modalità di prevenzione dei fattori di rischio prevedibili
- ✓ implementare la carta del rischio post-infarto
- ✓ condividere gli elementi del progetto

Tale programma sarà rivolto ai MMG ed agli operatori delle Unità di Ricerca Clinica.

Tale formazione si avvarrà anche dei contributi provenienti dalle Associazioni rappresentative dei pazienti infartuati.

Alla UAP è affidato il compito, in collaborazione con le Associazioni dei Pazienti e dei MMG, di redigere un programma di educazione sanitaria dei post-infartuati che, sulla scorta degli indirizzi della Regione, preveda il coinvolgimento attivo delle famiglie.

#### Indicatori

Indicatori generali di piano

- ✓ Numero di lettere di dimissione sul totale dei dimessi per IMA
- ✓ Numero di pazienti arruolati nel follow up sul totale dei dimessi per IMA

#### Attività del CTP

- ✓ Numero di riunioni effettuate nell'anno
- ✓ Relazione annuale sull'attività svolta
- ✓ Reports prodotti sull'analisi dei flussi informativi
- ✓ Numero di partecipanti alle attività di formazione

#### Attività della UAP

- ✓ Redazione del piano operativo territoriale
- ✓ Numero di partecipanti agli eventi formativi

### Cronoprogramma

Azioni	Tempi					
	Giugno 2006		Dicembre 2006		Gennaio 2007	
Costituzione del CTP						
Costituzione delle UAP						
Censimento delle strutture finalizzato alla distribuzione delle risorse						
Attribuzione delle risorse per la realizzazione degli obiettivi di piano						
Presentazione dei Piani territoriali a cura delle UAP						
Preparazione e attivazione del piano formativo						
Organizzazione dei flussi informativi: Individuazione dei software						
Inizio fase operativa						

### Costi

	1° anno	2° anno	3° anno
Comunicazione e Formazione	300.000	300.000	300.000
Hardware	50.000	-----	-----
Manutenzione e funzionamento software	50.000	100.000	100.000
Personale	600.000	600.000	600.000
Totale	1.000.000	1.000.000	1.000.000