

44. Dieta, attività fisica e salute - una piattaforma d'azione europea. International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper prepared in collaboration with the European Association for the Study of Obesity March 15 2005 Brussels http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/eu_platform_en.pdf
45. Relazione sullo stato dei lavori della Commissione europea nel campo della nutrizione in Europa Ottobre 2002 Commissione europea Direzione generale per la Salute e la tutela dei consumatori
46. Third Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III).
47. COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES Brussels, 08.12.2005 COM(2005) 637 final GREEN PAPER "Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases"

10. Allegati

1. Piano triennale sicurezza alimentare 2005-07 Regione del Veneto*
2. Progettualità Area Tematica 2 Piano triennale sicurezza alimentare 2005-07*
3. Report "Studio multicentrico per la rilevazione della crescita staturo-ponderale e dello stato nutrizionale della popolazione infantile del Veneto"**
4. "Linee Guida in materia di miglioramento della sicurezza e della qualità nutrizionale della ristorazione scolastica" (Delibera della Giunta Regionale del Veneto n. 3883 del 31.12.2001 e successivo aggiornamento Decreto Regionale n. 517 del 30.12.2003 della Direzione per la Prevenzione)*
5. "Riduzione del sovrappeso ed obesità come fattori di rischio postinfarto e/o dopo pregresso ictus in soggetti diabetici e non diabetici" Progetto ADI *
6. Progettazione in area AF**

*Documenti prodotti ed attualmente disponibili c/o Comitato Guida

**Documentazione disponibile presso la Direzione della prevenzione

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE PER LA PREVENZIONE DELLE RECIDIVE NEI SOGGETTI CHE HANNO GIA' AVUTO ACCIDENTI CARDIOVASCOLARI

Responsabile scientifico:

Dott. Massimo Valsecchi

Direttore, Dipartimento di Prevenzione ULSS 20, Verona

Referente progetto "Promozione dell'attività fisica", Piano triennale SISP 2005-7

Tel 045.8075924 - email massimo.valsecchi@ulss20.verona.it

Dimensioni del problema

Le malattie cardiovascolari sono al I posto tra le cause di morte in Italia, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi oltre che di una rilevante quota di invalidità permanente; in particolare la cardiopatia ischemica è responsabile del 28% di tutte le morti. Il 23.5% della spesa farmaceutica italiana (pari all'1.34% del prodotto interno lordo) è destinata a farmaci per il sistema cardiovascolare.¹

Nel Veneto² le malattie cardiocircolatorie rappresentavano nel 1996 la I causa di morte negli anziani e la II negli adulti (25-64 anni); la cardiopatia ischemica era responsabile di un decesso su 6 per i maschi e uno su 7 per le femmine; oltre i 65 anni sono stati rilevati 2604 decessi nei maschi e 2689 nelle donne per cardiopatia ischemica.

Per quanto riguarda i fattori di rischio per le malattie cardiovascolari, in Veneto secondo i dati del Progetto Cuore³ il 33% degli uomini e il 28% delle donne è affetto da ipertensione (pressione arteriosa uguale o superiore a 160/95 mmHg oppure sotto trattamento specifico) e rispettivamente il 23% e il 15% è in una condizione a rischio (pressione sistolica fra 140 e 159 mmHg, diastolica fra 90 e 95 mmHg); il 22% degli uomini e il 18% delle donne ha una ipercolesterolemia (valore superiore a 240 mg/dl) e rispettivamente il 33% e il 34% è in una condizione di rischio (valore compreso fra 200 e 239 mg/dl); il 16% degli uomini e il 17% delle donne è affetto da obesità; infine, il 6% degli uomini e il 7% delle donne è affetto da diabete (glicemia superiore a 126 mg/dl) e rispettivamente il 9% e il 3% da pre-diabete (glicemia compresa fra 110 e 125 mg/dl).

Per quanto riguarda la sedentarietà solo il 22% della popolazione veneta (circa 1.000.000 di persone) pratica regolarmente una qualche forma di AF,⁴ e nel 2001 il 28% risultava totalmente sedentario⁵ mentre fra i giovani il 37.6% nel 2002 non praticava alcuno sport;⁶ i fumatori in Veneto sono risultati il 21,1% della popolazione di 14 anni o più.⁷

Piano operativo

1. Linee generali

Il progetto di prevenzione delle recidive cardiovascolari riguarda i soggetti che hanno già avuto un primo episodio di cardiopatia ischemica. In questi casi le società scientifiche raccomandano un adeguato intervento di riabilitazione cardiovascolare, che oltre a influenzare in maniera determinante la qualità di vita consente in molti casi di ritardare o impedire l'occorrenza di un secondo episodio con una riduzione di oltre il 25% della mortalità.^{8,9}

Ciononostante, è stato documentato che gli interventi efficaci sono sottoutilizzati nella prevenzione secondaria post infarto acuto del miocardio, coinvolgendo meno del 20% dei pazienti infartuati, e persino la sola prevenzione secondaria basata sul trattamento farmacologico risulta gravemente carente.⁸ Ad esempio, in un importante survey multicentrico (che ha coinvolto 9 nazioni europee compresa l'Italia) su oltre 3000 pazienti ricoverati in seguito ad un evento coronarico la prevalenza di alcuni dei principali fattori di rischio, a distanza di 6 mesi, risultava aumentata (obesità), imm modificata (ipertensione, fumo di sigaretta) o insufficientemente ridotta (colesterolo plasmatico).⁹

La maggior parte dei programmi riabilitativi (comprendenti programmi strutturati di esercizio fisico, interventi educativi sulla modifica dello stile di vita, supporto psicologico e trattamento farmacologico dei fattori di rischio) è stata realizzata in ambiente ospedaliero, anche se di recente viene sottolineata sempre più l'importanza di un ruolo maggiore del territorio e di una adeguata integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera,¹⁰ anche allo scopo di renderla più accessibile alle fasce di popolazione socialmente svantaggiate.¹¹

Le aree di maggior interesse terapeutico e preventivo nel post-infarto sono rappresentate, oltre che dalla terapia chirurgica coronarica e dal trattamento farmacologico successivo (con anti aggreganti piastrinici, ACE inibitori, statine, beta bloccanti eccetera), dalla riabilitazione e dagli interventi sullo stile di vita.¹² Mentre nella fase acuta i pazienti hanno bisogno di una presa in carico in un contesto assistenziale ospedaliero ad alta densità tecnologica, successivamente rivestono importanza crescente la riabilitazione, il supporto psicologico, la presa in carico da parte del medico di famiglia, gli interventi di tipo comportamentale per la modifica dello stile di vita (riguardanti alimentazione, attività fisica, fumo eccetera), il coinvolgimento dei familiari e della rete sociale del paziente, la qualità della consulenza specialistica e l'integrazione fra quest'ultima e l'assistenza di base. Altre aree di importanza cruciale per la prevenzione secondaria sono la

messa a punto di sistemi di raccolta dati per il follow-up dei pazienti e il monitoraggio epidemiologico, la definizione di linee guida standardizzate per gli interventi preventivi e l'implementazione di modelli preventivi e assistenziali di provata efficacia nell'ambito delle cure primarie.⁸

Per quanto riguarda in particolare la prevenzione, un tempo le raccomandazioni erano sostanzialmente focalizzate sul trattamento dei singoli fattori di rischio (in particolare PA e colesterolo). Successivamente, gli studi epidemiologici hanno spostato l'attenzione sul rischio globale e su programmi di prevenzione basati su un intervento integrato sugli stili di vita anziché mirati ai singoli fattori.

E' quindi necessario realizzare una progettualità unitaria, con riorganizzazione delle varie attività correlate alla prevenzione delle patologie cardiovascolari già considerate nella pianificazione triennale dei servizi di Igiene e Sanità Pubblica afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto; in particolar modo vanno ricondotte in tale contesto la promozione dell'attività fisica, la prevenzione del tabagismo e la promozione di una alimentazione sana.

Appare di conseguenza indispensabile implementare un intervento integrato che tenga conto di queste considerazioni oltre che dei diversi attori in gioco nelle campagne preventive (dipartimenti di prevenzione, strutture ospedaliere, medici di medicina generale eccetera).

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-7 prevede, per quanto riguarda la prevenzione cardiovascolare, quattro distinti ambiti d'azione:¹³ la prevenzione primaria mediante la diffusione della carta del rischio a gruppi target predefiniti; la prevenzione dell'obesità; la prevenzione attiva delle complicanze del diabete; la prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno già avuto accidenti cardiovascolari. Quest'ultima a sua volta prevede tre aree principali di intervento: la terapia interventistica (chirurgia coronarica); gli interventi sullo stile di vita e di riabilitazione fisica-psicologica; la terapia farmacologica.¹²

Nella Regione Veneto un'interessante esperienza nell'ambito della prevenzione secondaria, in linea con quanto previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione, è stata effettuata nell'ULSS 4 "Alto Vicentino", nell'ambito del progetto europeo EuroAction (che ha coinvolto anche Francia, Polonia, Spagna, Svezia e Inghilterra). Si tratta di un programma multidisciplinare per la riduzione del rischio di recidive cardiovascolari mediante il coinvolgimento di un team formato da infermieri e terapisti della riabilitazione (con la supervisione del cardiologo e dello psicologo) e successivamente, nella fase domiciliare, anche da insegnanti laureati in scienze motorie. In seguito ai risultati ottenuti dal progetto, descritto in dettaglio nell'Allegato 1, è ipotizzabile esportarne il modello e adattarlo anche ad altre ULSS pilota della Regione Veneto.

Il progetto dovrà essere integrato con gli altri progetti già esistenti (per la prevenzione primaria cardiovascolare, dell'obesità e del diabete e per la lotta alla sedentarietà e al tabagismo) e con le azioni preventive a livello di assistenza primaria. Inoltre, per quanto riguarda la riabilitazione motoria, dovrà essere potenziato, dopo una fase di esercizio in palestra (sotto la guida di un fisioterapista e successivamente di un laureato in Scienze Motorie), l'incremento dell'attività fisica autogestita ed inserita nelle normali abitudini quotidiane.

2. Obiettivo generale

Ridurre la mortalità e la morbosità per recidive e migliorare l'autonomia e la qualità di vita nei soggetti affetti da cardiopatia ischemica.

3. Obiettivi specifici

1 Produrre/implementare linee guida standardizzate per gli interventi di riabilitazione (sia fisica che psicologica) e prevenzione secondaria nei soggetti che hanno già avuto un primo episodio di cardiopatia ischemica.

2 Favorire nei pazienti ricoverati per episodi di cardiopatia ischemica interventi riabilitativi efficaci e integrati con le successive fasi post-dimissione.

3 Ottimizzare gli interventi di assistenza e prevenzione secondaria dopo la dimissione: reinserimento del paziente a domicilio, implementazione di un follow-up strutturato, prevenzione delle recidive attraverso la modifica dello stile di vita e la terapia farmacologica.

4 Potenziare la formazione degli operatori e la comunicazione/integrazione fra territorio ed ospedale per una gestione ottimale del paziente.

5 Monitorare e valutare gli interventi di cui ai punti precedenti.

4. Destinatari dell'intervento

Soggetti che hanno avuto un ricovero per malattia coronarica, prima e dopo la dimissione dall'ospedale.

5. Ambito territoriale di effettuazione del progetto (Aziende sanitarie in cui verrà realizzato)

Tre aziende ULSS, da individuare successivamente.

6. Collaborazioni

- dipartimenti di prevenzione (SISP, SIAN)
- strutture ospedaliere: reparti di cardiologia, riabilitazione...
- operatori professionali: dietisti, fisioterapisti, laureati in scienze motorie
- medici di medicina generale
- società scientifiche (mmg, cardiologi)
- centri anti diabetici
- assistenza specialistica territoriale (cardiologi; fisiatri)
- sistema epidemiologico regionale
- servizi di educazione e promozione della salute
- eventuali associazioni di pazienti
- volontariato

7. Metodologia di intervento

	Obiettivo specifico	Metodologia
1	Produrre/implementare linee guida standardizzate per gli interventi di riabilitazione (sia fisica che psicologica) e prevenzione secondaria nei soggetti che hanno già avuto un primo episodio di cardiopatia	La produzione e l'implementazione delle linee guida per la prevenzione secondaria delle patologie cardiovascolari procederà secondo le metodologie sviluppate nell'ambito dell'EBM e dell'EBP. Le linee guida dovranno dare indicazioni sulle migliori raccomandazioni disponibili relativamente alla prescrizione farmaceutica e all'intervento preventivo globale (stili di vita ecc.).

	ischemica.	<p>A questo scopo dovrà essere costituito un comitato di coordinamento tecnico-scientifico che coinvolga: dipartimenti di prevenzione (SISP, SIAN), cardiologi ospedalieri e territoriali, medici di medicina generale, fisiatristi, dietisti e fisioterapisti.</p> <p>Alcuni punti critici da affrontare saranno: l'indicazione di accompagnare la terapia farmacologica con "prescrizioni" relative agli stili di vita sani e/o protettivi; l'integrazione dell'assistenza primaria con il secondo livello; la realizzazione di materiali informativi per i pazienti (riguardanti il rischio di recidive e le indicazioni sulle modifiche dello stile di vita, sulla terapia farmacologica, sulla riabilitazione e sui controlli periodici da eseguire), da utilizzare sia al momento della dimissione che durante il follow-up.</p>
2	Favorire nei pazienti ricoverati in fase post-acuta interventi riabilitativi efficaci e integrati con le successive fasi post-dimissione.	A tale scopo verrà utilizzato il modello operativo messo a punto presso l'ULSS 4 "Alto Vicentino" (v. Allegato 1), adattandolo alle singole realtà delle ULSS pilota e potenziando gli aspetti relativi all'integrazione fra assistenza specialistica e cure primarie.
3	Ottimizzare gli interventi di assistenza e prevenzione secondaria dopo la dimissione: reinserimento a domicilio, inserimento del paziente in un processo di follow-up strutturato, prevenzione delle recidive attraverso la modifica dello stile di vita.	Per i fattori di rischio individuati sarà effettuato, sia da parte del medico di famiglia che in occasione delle visite di controllo cardiologiche, un intervento di counselling individuale personalizzato con discussione dei fattori di rischio specifici individuati mediante la carta del rischio cardiovascolare (in particolare per quanto riguarda fumo, alimentazione, attività motoria) e verrà consegnato materiale informativo esplicativo sulla prevenzione delle recidive.
4	Potenziare la comunicazione e l'integrazione fra territorio ed ospedale e la formazione degli operatori per una gestione ottimale del paziente.	<p>V. "Integrazione fra assistenza territoriale ed ospedaliera"</p> <p>Per quanto riguarda la formazione degli operatori verranno messi a punto specifici interventi formativi con la partecipazione congiunta del personale ospedaliero e territoriale, anche allo scopo di potenziare la comunicazione fra operatori di primo e secondo livello.</p>
5	Monitorare e valutare gli interventi di cui ai punti precedenti	V. "Monitoraggio del progetto"

**Integrazione fra assistenza territoriale ed ospedaliera*

Gli aspetti di implementazione organizzativa di cui all'obiettivo specifico 4 costituiscono un punto fondamentale per la fattibilità e sostenibilità nel tempo del programma. Gli aspetti interessati riguarderanno la formazione del personale sanitario coinvolto (diffusione delle metodologie e di procedure evidence based); il potenziamento della comunicazione ospedale-territorio con la creazione di gruppi di lavoro misti rappresentativi delle équipes assistenziali di primo e secondo livello; l'introduzione nei patti aziendali di specifici pacchetti di attività preventive, diagnostiche e terapeutiche comprensivi di questa attività.

Per quanto riguarda l'attività preventiva del MMG, si farà riferimento al modello delineato nel piano di prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari "Prevenzione del diabete e delle cardiovasculopatie nella Regione del Veneto - PREDICAPARVE", che prevede l'implementazione di sessioni dedicate al counselling sul rischio cardiovascolare da parte del medico di medicina generale, con la rilevazione di parametri fisici (peso, pressione, circonferenza addominale, glicemia) e dati sullo stile di vita (fumo, alimentazione, attività fisica).

Monitoraggio del progetto

Nel monitoraggio del progetto verranno pesate le diverse informazioni in modo da trarre evidenze che non rispondano solo a bisogni strettamente tecnici o biomedici, ma anche a tutte le istanze sociali collegate agli interventi di comunità, al fine di valutarne l' *effectiveness*, ossia la capacità del programma di essere efficace nel contesto in cui è calato.

1. Indicatori

Sia gli indicatori di efficacia che gli indicatori di processo saranno definiti nel corso del progetto ad opera di un comitato di coordinamento tecnico-scientifico che coinvolga dipartimenti di prevenzione (SISP, SIAN), cardiologi ospedalieri e territoriali, medici di medicina generale, fisiatristi, dietisti e fisioterapisti.

2. Modalità di acquisizione dei dati

Al fine di aumentare le conoscenze epidemiologiche saranno messe in rete le informazioni provenienti dai MMG, dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e dalle schede di morte ISTAT. Il ruolo di coordinamento e analisi epidemiologica sarà svolto dal Sistema Epidemiologico Regionale (SER), in collaborazione con il Servizio Sanità Pubblica della Direzione Regionale per la Prevenzione ed i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto.

Bibliografia

1. Ministero della Salute. Relazione sullo stato sanitario del paese. 2000
2. Regione del Veneto. Bollettino Epidemiologico Regionale n. 0, novembre 2000
3. www.cuore.iss.it
4. DGR Veneto n. 345 – 11.2.05. Linee di indirizzo regionali in materia di medicina dello sport
5. Ministero della salute. Relazione sullo stato sanitario del paese 2001-2002

6. Fondazione Corazzin. I giovani e lo sport nel Veneto. 2002
7. ISTAT. Stili di vita e condizioni di salute, 1999-2000
8. Dalal H et al. Recent developments in secondary prevention and cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. BMJ 2004;328:693
9. Euroaspire I and II Group. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. Lancet 2001;357:995
10. Marchionni N et al. Improved exercise tolerance and quality of life with cardiac rehabilitation of older patients after myocardial infarction : results of a randomized, controlled trial. Circulation 2003;107:2201
11. Mayer O et al. Educational level and risk profile of cardiac patients in the EUROASPIRE II substudy. J Epidemiol Community Health 2004;58:47
12. Linee operative per la programmazione regionale nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-7. Il parte, ottobre 2005
13. Intesa Stato-Regioni 23.3.05

SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI NEI LUOGHI DI LAVORO IN VENETO

1	Introduzione.....	28
1.1	La sorveglianza dei rischi e dei danni da lavoro in Veneto. I dati	28
1.1.1	L'andamento degli infortuni	28
1.1.2	Gli infortuni nei vari settori produttivi.	29
1.1.3	Gli indici di frequenza e i comparti produttivi.	30
1.1.4	Le malattie professionali in Veneto.	31
1.2	Sistemi informativi del Veneto per la sorveglianza e la prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro.	32
1.2.1	Centro di Riferimento Regionale per l'Epidemiologia Occupazionale (COREO).	32
1.2.2	Centro di Riferimento Regionale per l'Ergonomia Occupazionale (CRREO).	33
1.2.3	Sistema informativo "Sbagliando s'impara" per il monitoraggio degli infortuni sul lavoro gravi e mortali.	33