



Giunta Regionale
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Piano Regionale della Prevenzione 2005 – 2007

“PROGETTO CUORE”

(Intesa Stato Regioni 23 Marzo 2005)

Progetto di medicina preventiva attiva e integrata per la riduzione del rischio cardiovascolare, diffusione di strumenti di medicina preventiva e miglioramento dei comportamenti orientati alla prevenzione nei cittadini dell’Emilia Romagna

Release, 30 marzo 2006

Progetto di medicina preventiva attiva e integrata per la riduzione del rischio cardiovascolare, diffusione di strumenti di medicina preventiva e miglioramento dei comportamenti orientati alla prevenzione nei cittadini dell'Emilia Romagna

1.0 Introduzione e definizione del contesto

La Regione Emilia-Romagna, nel proporre la parte attuativa del Piano Nazionale Prevenzione (PNP) per gli anni 2005, 2006 e 2007, resa esplicita all'interno delle linee operative indicate dal Centro per il Controllo delle Malattie (CCM) concernente le Carte del Rischio, ritiene di formulare una seconda release del Piano regionale di prevenzione cardiovascolare, stilata tenendo conto delle valutazioni formulate in sede di confronto nazionale con il CCM.

Nel novembre 2004 l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha pubblicato, con la Determinazione 29 ottobre 2004, la revisione delle Note CUF. La recente revisione della nota 13 AIFA riguarda essenzialmente la concedibilità in regime di SSN dei farmaci ipolipemizzanti, ma introduce anche importanti novità, tra cui il concetto di rischio cardiovascolare globale (RCG), attraverso il quale si possono individuare i fattori di rischio per ogni individuo. Su questi fattori occorre intervenire anche con azioni di prevenzione primaria individuale.

La Regione Emilia-Romagna nel recepire tale revisione ha dato indicazioni alle Aziende sanitarie per l'adozione, da parte dei MMG, delle Carte del rischio, rilevando, inoltre, la necessità di favorirne la corretta interpretazione ed applicazione, con particolare riferimento alla novità costituita dallo strumento delle Carte del rischio italiane, tramite un confronto multidisciplinare.

Nel merito della divulgazione delle Carte italiane del rischio, il RCG è stimato a 10 anni, sia per i maschi sia per le femmine, e deriva dalla somma di eventi fatali e non fatali riferibili a una malattia cardiovascolare maggiore.

A questo proposito è importante ricordare che il calcolo del RCG per la rimborsabilità delle statine in prevenzione primaria si è basato fino alla fine del 2004 su una carta del rischio ricavata dallo studio nordamericano di Framingham, e, per la prevenzione secondaria, sulla carta dello studio GISSI, di fatto poi poco utilizzata dai medici. Il calcolo del RCG basato sulle nuove Carte del rischio italiane ha portato, per molti pazienti, ad un abbassamento dell'indice di rischio che, in alcuni casi, è risultato inferiore alla soglia di rimborsabilità, fissata dall'AIFA nel 20%. Tra i fattori di rischio contemplati nelle Carte italiane, infatti, non è considerata la familiarità per malattie cardiovascolari precoci (insorte cioè prima dei 60 anni), un basso valore di colesterolo HDL (ma presente nella funzione di rischio disponibile sul sito Istituto Superiore di Sanità (ISS) o la presenza di un trattamento antiipertensivo. L'utilizzazione di detti fattori (e quindi il ricorso sistematico del calcolatore) sono stati suggeriti dalla nostra Regione ai Medici di Medicina Generale (MMG) come elementi utili per migliorare la previsione nella utilizzazione delle Carte del rischio per la stima del rischio cardiovascolare.

Le Carte del Rischio sono uno strumento che pare utile nel favorire la discussione interattiva con il paziente. La loro efficacia nel permettere l'analisi dei vari fattori di rischio, la precisione nella misura del rischio individuale e la condivisione della strategia globale di trattamento più opportuna e più gradita vanno testate sperimentalmente.

L'applicabilità delle Carte come efficace mezzo di comunicazione e valutazione dei pazienti eleggibili ad un programma attivo di prevenzione cardiovascolare va inoltre definita con i MMG in quanto non è facilmente misurabile il livello di impegno richiesto, sia in termini di tempo sia in termini di formazione professionale. Un'esatta valutazione della reale fruibilità delle Carte del rischio da parte dei medici risulta essere pertanto parte essenziale del programma, come per altro richiamato anche dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) che prevede il coinvolgimento della Medicina Generale (MG), lo sviluppo di un piano di formazione e l'analisi delle modalità di sviluppo delle collaborazioni e dei tempi necessari.

1.1 La dimensione epidemiologica

In Emilia-Romagna i principali fattori di rischio, come riportato dall'ISS, presentano i parametri sottoriportati:

Pressione arteriosa

Negli uomini il valore medio della pressione arteriosa sistolica (massima) è pari a 141 mmHg, nelle donne a 134 mmHg. Negli uomini il valore medio della pressione arteriosa diastolica (minima) è pari a 88 mm Hg nelle donne è 81 mmHg.

Il 41% degli uomini e il 30% delle donne è iperteso (pressione arteriosa uguale o superiore a 160/95 mmHg oppure sotto trattamento specifico); il 20% degli uomini e il 17% delle donne ha valori di pressione sistolica tra 140 e 159 mmHg e quello della diastolica tra 90 e 95 mmHg.

Glicemia

Negli uomini il valore medio della glicemia è 92 mg/dl, nelle donne è di 88 mg/dl.

L'8% degli uomini e il 4% delle donne è diabetico (glicemia superiore a 126 mg/dl), mentre il 6% degli uomini e il 2% delle donne è in una condizione di rischio, in cui il valore della glicemia è compreso fra 110 e 125 mg/dl.

Colesterolemia

Negli uomini il valore medio della colesterolemia è 206 mg/dl, nelle donne è 211 mg/dl. Negli uomini il valore medio della HDL-colesterolemia è di 52 mg/dl, nelle donne di 63 mg/dl. Il 18% degli uomini e il 23% delle donne ha una colesterolemia maggiore di 240 mg/dL (LDL-C > di 160 mg/dL), mentre il 40% degli uomini e il 36% delle donne presenta livelli di LDL-C non ottimali. La prevalenza di iperlipidemie severe a base genetica è di 1 caso ogni 400 cittadini per l'ipercolesterolemia familiare eterozigote e di 1 ogni 110 per l'iperlipidemia familiare combinata.

Obesità

Il 23% degli uomini e il 19% delle donne è obeso e la popolazione ha in media un indice di massa corporea di 27 per gli uomini e per le donne.

Fumo

Il 28% degli uomini fuma in media 17 sigarette al giorno, contro il 23% delle donne che ne fuma 13 in media al giorno.

Sedentarietà

Il 30% degli uomini e il 39% delle donne non svolge alcuna attività fisica durante il tempo libero.

Appare suggestiva anche la lettura effettuata tramite i dati riportati nella tabella che segue, relativi ai valori del 90° e 95° percentile di alcuni fattori di rischio nei maschi e nelle

femmine di una area rurale della Romagna. Questi dati possono essere comparati con standard desunti dalla letteratura, come quelli suggeriti dall'Adult Treatment Panel III (in parentesi il percentile esatto riferito al valore suggerito dalle linee guida). La discrepanza tra i cut off point non permette tuttavia dei confronti rigorosi, ma suggerisce l'identificazione di livelli decisionali più adeguati alla nostra popolazione e calcolati sulla base di dati nazionali o regionali.

<u>F E M M I N E</u>			<u>M A S C H I</u>		
ATPIII	90°	95°	ATPIII	90°	95°
BMI (Kg/m ²) 27,5 (58)	32,1	35,6	29,0 (67)	31,2	33,6
C.ADD (cm) 88 (42)	110	115	102 (61)	112	120
PAS (mmHg) 130 (50)	160	170	130 (42)	160	180
PAD (mmHg) 85 (80)	90	100	85 (90)	95	100
GLI (mg/dL) 110 (92)	105,2	16	110 (95)	107	115,1
TG (mg/dL) 150 (80)	181,2	16	150 (70)	224,1	238
HDL(mg/dL) 50 (25)	39	3	40 (20)	32	36

La Tabella sottostante sintetizza il quadro dei nuovi eventi cardio-cerebrovascolari per grandi gruppi di cause. Una disamina dettagliata del contesto epidemiologico regionale legata a tali patologie è contenuta nel progetto di prevenzione delle recidive di eventi cardiovascolari.

EVENTI MAGGIORI in Emilia-Romagna

Anno	Patologia	Morti	Ricoveri	N°. gg degenza nell'anno
2003	Infarto del miocardio	3.050	11.604	107.746
	Occlusioni ed emorragie cerebrali	4.925	14.467	202.438
2004	Infarto del miocardio	3.039	12.429	112.482
	Occlusioni ed emorragie cerebrali	4.302	14.460	205.821

Tra i sopravvissuti ad un evento cerebrovascolare con esiti permanenti invalidanti (con necessità di assistenza), si prevede un aumento di prevalenza del 25% per il 2010, simile a quello calcolato per l'intero territorio nazionale (come da stime pubblicate, fornite al Ministero della Salute).

1.2 Le cure primarie

Nella regione Emilia-Romagna le cure primarie rappresentano il cuore del sistema di produzione del Distretto, sono erogate dal dipartimento delle cure primarie (DCP) e comprendono: l'assistenza di medicina generale, l'assistenza infermieristica, l'assistenza specialistica ambulatoriale territoriale, l'assistenza farmaceutica territoriale.

Le linee guida dell'assistenza distrettuale (Delibera Giunta Regionale n°309/2000) in attuazione del PSR 1999/2001, hanno individuato nuove forme di integrazione delle attività territoriali, attraverso l'istituzione dei Nuclei di cure primarie (NCP) per l'erogazione, nel medesimo ambito territoriale, dell'assistenza primaria.

I più recenti provvedimenti regionali ed, in particolare, la legge regionale n. 29/2004, pongono al centro del sistema il Distretto, quale articolazione territoriale fondamentale del governo aziendale; il Dipartimento delle cure primarie rappresenta la sua forma organizzativa specifica, il Nucleo di cure primarie è l'unità operativa fondamentale e i MMG e i Pediatri libera scelta (PLS) sono i suoi principali protagonisti, nell'ambito di equipe multiprofessionali.

Gli accordi regionali con la MG recepiscono tale modello organizzativo che individua nei NCP le équipe territoriali.

I NCP-équipe territoriali si configurano come moduli organizzativi integrati della rete clinica distrettuale, che erogano alla popolazione di riferimento l'assistenza medica. I medici aderenti al medesimo nucleo/équipe territoriale condividono obiettivi, finalità, modalità operative indispensabili per l'espletamento dei compiti e delle funzioni loro attribuite.

Obiettivo specifico dell'assistenza primaria è di garantire alle persone affette da patologie croniche, alle persone con disabilità severe e alle persone alla fine della vita, un percorso assistenziale integrato, attraverso lo sviluppo, la qualificazione e la specializzazione della rete dei servizi.

Tra i programmi individuati come prioritari per la cura e l'assistenza delle patologie croniche da attuare in ambito distrettuale ci sono:

- malattia ipertensiva;
- scompenso cardiaco;
- esiti di ictus cerebrale;
- patologie dismetaboliche ed endocrine.

In particolare si sottolinea che il tema del rischio cardiovascolare viene costantemente affrontato a livello locale, con il coinvolgimento dei MMG a supporto dei programmi di screening di popolazione e la diffusione della cultura degli stili di vita (es. riduzione del fumo, corretta alimentazione).

I MMG presenti in convenzione nel 2004 sono 3.308 di cui il 63,6% in forma associativa ed il 65,5% è dotato di computer.

ANNO 2004

Territorio	Tot. MMG	Assistiti in carico	Pop.pesata	Popolazione Età 35-69	N. Distretti	N. NCP
PIACENZA	223	243.225	273.705	132.765	4	7
PARMA	314	373.464	413.182	198.355	4	20
REGGIO NELL'EMILIA	350	423.151	486.961	225.867	6	22
MODENA	533	578.549	659.858	315.023	7	40
BOLOGNA	650	737.067	820.219	406.380	7	46
IMOLA	98	109.959	124.060	59.611	1	8
FERRARA	304	316.925	349.777	177.392	3	20
RAVENNA	301	326.421	365.367	178.381	3	19
FORLI'	153	160.904	177.415	84.778	1	11
CESENA	153	170.595	193.857	93.563	2	8
RIMINI	229	255.493	286.934	138.352	2	3
Totale	3.308	3.695.753	4.151.335	2.010.467	40	204

1.3 Flussi informativi

La Regione Emilia-Romagna dispone di numerose banche dati regionali la cui attendibilità è costantemente testata. Le diverse banche dati possono essere utilizzate sia per il monitoraggio del progetto sia per ottenere dati di riferimento da confrontare con quelli del progetto medesimo al termine dell'osservazione.

Caratteristiche delle banche dati e loro utilizzo per il monitoraggio.

SDO: è la banca dati della scheda di dimissione ospedaliera dove affluiscono tutti i dati relativi agli eventi di ricovero in regime ordinario e di day hospital effettuati in regione Emilia-Romagna nelle strutture di ricovero per acuti pubbliche e private (convenzionate e non). Tramite questa banca dati è possibile valutare i ricoveri effettuati da soggetti con eventi cardiovascolari (tramite la selezione delle relative codifiche ICD IX CM nelle diagnosi principali e secondarie), il numero di tali soggetti, le strutture/reparti in cui i soggetti sono stati ricoverati, la durata della degenza associata ai ricoveri, l'onere finanziario sostenuto per il trattamento dei casi (rimborso DRG associato al caso di ricovero). L'identificativo paziente è il codice fiscale che può essere utilizzato per effettuare altri legami con altre banche dati ai fini della valutazione di percorsi assistenziali dei pazienti.

REM: è la banca dati delle schede di morte alimentata dalle Aziende USL che ne detengono l'archivio cartaceo. Il flusso rileva per ogni deceduto le caratteristiche anagrafiche e la patologia identificata come causa del decesso.

AFT: è la banca dati dei consumi farmaceutici a carico del SSN generati da ricetta. Permette di valutare per singolo paziente (identificato con CF), medico prescrittore e farmacia il numero di pezzi acquistati/prescritti/venduti di ogni farmaco e relativo importo lordo (per spesa a carico SSN devono applicarsi i regimi di sconto vigenti alla data di vendita).

tramite link con banca dati esterna (CREVIF) possono essere costruite valutazioni in termini di consumi standardizzati (DDD).

AFO: è la banca dati che rileva i consumi di farmaci generati in ambito ospedaliero o per consumi interni (valutazione complessiva per reparto e regime di attività), o per consumi legati all'erogazione diretta dei farmaci a pazienti presi in carico o dimessi (valutazione di tipo aggregato che diventerà nominale nel corso dell'anno).

LABORATORI DI POPOLAZIONE: la Regione è inoltre dotata di laboratori di popolazione, ovvero di osservatori epidemiologici specifici, orientati anche alla ricerca scientifica, ove, in cooperazione con le Università e le singole Aziende USL presenti sul territorio regionale, campioni di popolazione vengono tenuti sotto stretto controllo per i fattori di rischio, i comportamenti, l'incidenza di malattie. (Vedi Allegato 1)

1.4 Le strategie di prevenzione del rischio cardiovascolare già adottate

La programmazione negoziata ha assunto, nel sistema di salute regionale, le forme dei Piani per la Salute (PpS), progetti a dimensione territoriale in cui l'iniziativa principale spetta agli Enti Locali e, in primo luogo, ai Comuni, supportati dalle AUSL all'interno delle rispettive Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie. L'obiettivo finale è infatti quello di elaborare veri e propri piani pluriennali di azione, che vedano più soggetti pubblici e privati (istituzioni, enti, associazioni, organizzazioni no profit, operatori, ma anche singoli cittadini) che lavorano insieme per migliorare la salute della popolazione. Nell'ambito dei piani per la salute molte strategie di promozione dei corretti stili di vita sono diventati programmi regionali attivi.

La promozione dell'attività fisica rappresenta uno dei programmi sviluppati dalla Regione al fine di perseguire un miglioramento complessivo nella salute dei cittadini, anche sulla base delle conoscenze scientifiche che dimostrano gli effetti preventivi e terapeutici dell'attività fisica e della pratica sportiva su molte delle patologie croniche non trasmissibili più ricorrenti. Due sono le innovazioni introdotte recentemente nell'ambito regionale: l'adozione del Libretto sanitario dello sportivo allo scopo di eliminare le certificazioni superflue e semplificare per gli utenti le procedure sinora in uso e l'inserimento nei livelli essenziali di assistenza garantiti dal SSR del certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica e il suo rilascio gratuito per i minori di anni 18 e per i disabili di ogni età. Tutto questo percorso innovativo è stato accompagnato da una ampia e capillare campagna di informazione realizzata sotto lo slogan "La salute vien giocando", per promuovere l'abitudine all'attività motoria e sportiva, informare le famiglie sulla gratuità della certificazione per i minori e i disabili, e far conoscere a tutti i cittadini le attività di medicina dello sport ed il libretto sanitario dello sportivo.

In regione Emilia-Romagna si è proceduto negli anni passati ad attivare anche progetti di stima del fenomeno obesità in età infantile. Queste indagini di sorveglianza nutrizionale, eseguite nel 2003 e 2005, hanno evidenziato sui bambini di 6 anni una prevalenza della condizione di sovrappeso pari al 25,4% di cui l'8,9 % era riferita a una vera e propria obesità. Nel gruppo dei bambini di 9 anni, indagati nel 2005, la percentuale degli obesi si è confermata al 9% e quella dei sovrappeso raggiunge il 20,6%. Lo studio di Brisighella dimostra un aumento di incidenza dell'obesità e dell'insulino-resistenza negli adolescenti e giovani adulti della regione, aumento di entità comparabile con quello segnalato dallo studio NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey)

In riferimento all'età adulta, in regione Emilia-Romagna è stato attivato un sistema di valutazione dell'eccesso ponderale tramite lo strumento PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia). Questo sistema consiste in una indagine telefonica su un campione di cittadini di età 18-69 anni; l'indagine ha consentito di reperire informazioni su numerosi determinanti di salute per tracciare la situazione nutrizionale, le abitudini alimentari e l'attività fisica nella popolazione regionale.

L'Emilia-Romagna, in applicazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, è stata la prima Regione in Italia ad avere correlato un programma globale di azioni, rivolte alla prevenzione, cura e controllo del fumo di tabacco, al proprio Piano Sanitario Regionale (PSR) 1999-2001.

La Delibera di Giunta Regionale n. 785/1999 "Progetto Tabagismo" prevede, secondo l'approccio raccomandato dall'O.M.S, interventi in ambito educativo, terapeutico e normativo, in un ottica di rete e di integrazione socio-sanitaria. (come del resto, nello stesso periodo, avveniva anche a livello locale con l'avvio dei Piani per la salute). Il progetto tabagismo si articola in cinque sottoprogetti:

- Prevenzione del fumo nella scuola dell'obbligo;
- Prevenzione del fumo per intervento dei MMG;
- Corsi intensivi per smettere di fumare;
- Ospedali e Servizi sanitari senza fumo;
- Luoghi di lavoro liberi dal fumo.

ANNO 2005

Corretta applicazione della nota AIFA 13 e diffusione delle Carte del rischio

Come esplicitato nelle premesse, la revisione della note AIFA n.13, entrata in vigore il 19 novembre 2004, ha introdotto importanti novità, tra le quali il concetto di RCG da applicarsi nella strategia terapeutica in prevenzione primaria e l'introduzione delle Carte del rischio italiane.

Il calcolo del RCG basato sulle nuove Carte del rischio italiane ha portato per molti pazienti, soprattutto femmine, ad una riduzione del rischio che, in alcuni casi, è risultata inferiore alla soglia di rimborsabilità, fissata dall'AIFA nel 20%. Le nuove Carte inoltre non consentono la valutazione del rischio nei pazienti con più di 70 anni o quando la colesterolemia supera i 320 mg/dl.

Fra i fattori di rischio, non viene considerata la familiarità per malattie cardiovascolari precoci, un basso valore di colesterolo HDL o la presenza di un trattamento antiipertensivo né altri nuovi fattori, consolidati o emergenti, che potrebbero modificare in modo determinante la prognosi individuale¹. Questi ultimi due fattori di rischio possono essere tenuti in considerazione utilizzando il calcolatore individuale.

Sulla base delle criticità sopraesposte, la Regione Emilia-Romagna ha ritenuto importante affrontare il tema del corretto utilizzo delle Carte del rischio per il calcolo del RCG nell'ambito della MG, nonché le problematiche insorte nella prescrizione dei trattamenti farmacologici riconducibili alla nota AIFA n.13.

¹ A titolo d'esempio: Lp(a), omocisteina, fibrinogeno, LDLsd, insulinoresistenza, albuminuria e numerosi altri

E' stato pertanto istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare, composto da cardiologi, lipidologi, geriatri, endocrinologi, medici di direzione sanitaria, epidemiologi e farmacisti e di affidarne il coordinamento ad un MMG.

Tale percorso ha permesso di esaminare le criticità emerse nell'ambito della MG con l'obiettivo di formulare delle linee di indirizzo di facile impiego per i medici di famiglia per favorire una adeguata comprensione delle Carte.

Ai Medici di MG sono state pertanto fornite le seguenti indicazioni:

- Ricordare che la particolare utilità delle Carte del Rischio sta nel favorire la discussione interattiva con il paziente, analizzando i vari fattori di rischio e condividendo la strategia globale di trattamento più opportuna, e più gradita.
- Che la dieta rappresenta, assieme al miglioramento dello stile di vita e alla sospensione del fumo, il primo provvedimento da attuare nel controllo del rischio cardiovascolare. Solo dopo almeno tre mesi di dieta adeguatamente proposta al paziente ed eseguita in modo corretto e dopo aver escluso le cause di dislipidemia dovute ad altre patologie (ad esempio l'ipotiroidismo), si potrà iniziare una terapia ipolipemizzante. La correzione delle abitudini alimentari, l'aumento dell'attività fisica e, in senso lato, tutti cambiamenti dello stile di vita devono essere significativi, permanenti e mantenuti anche quando viene iniziata la terapia farmacologica.

Le linee di indirizzo affrontano i seguenti diversi scenari clinici critici per la MG:

- Soggetto già in trattamento ipocolesterolemizzante in prevenzione primaria;
- Soggetto con ipercolesterolemia e RCG, calcolato con le Carte italiane, tra il 10% e il 20%, per il quale si valuta l'opportunità clinica di iniziare il trattamento con statine;
- Soggetto con ipercolesterolemia > 290 mg/dL (Colesterolo LDL superiore a 190 mg/dL dopo dieta) e con dislipidemia familiare;
- Soggetto con ipercolesterolemia ed età superiore ai 69 anni per i quali si valuta l'opportunità di iniziare un trattamento ipocolesterolemizzante in prevenzione primaria;
- Soggetto diabetico e trattamento della dislipidemia;
- Soggetto diabetico di età superiore a 40 anni senza segni clinici di malattia cardiovascolare pregressa o in atto e livelli di LDL > 130 mg;
- Soggetto diabetico con segni clinici di malattia cardiovascolare conclamata;
- Soggetto diabetico che malgrado l'intervento sullo stile di vita ed il mantenimento di un compenso metabolico accettabile (HbA1c stabilmente inferiore a 8%), mantiene elevati livelli di trigliceridi e bassi livelli di colesterolo HDL.

Identificazione del percorso per il trattamento e il monitoraggio del rischio individuale. Coinvolgimento attivo e integrazione di differenti competenze professionali.

Il gruppo di lavoro sopraindicato, coordinato da un MMG, si è riunito in 4 sedute, coinvolgendo complessivamente: 2 MMG, 3 cardiologi, 1 diabetologo, 2 lipidologi, 2 epidemiologi (CeVEAS), 1 geriatra, 2 farmacisti (CReVIF e Assessorato Politiche per la Salute), 1 medico di struttura.

Il documento è stato ratificato in sede di Commissione regionale del Farmaco e trasmesso con lettera alle Aziende sanitarie (e per conoscenza ai Sindacati dei medici), con indicazione di renderlo disponibile a tutti i MMG, ai PLS ed agli specialisti coinvolti nella prevenzione cardiovascolare, anche inserendolo in momenti di formazione ECM opportunamente studiati.

Il documento è stato altresì reso disponibile sul portale "Saluter" della Regione all'indirizzo: http://www.saluter.it/wcm/saluter/dossier/Assistenza_farmaceutica/linkallegati/commissione_farmaco.htm

Al termine dell'anno 2005 è stato somministrato alle Aziende sanitarie della regione un questionario mirato a censire le iniziative attivate localmente finalizzate alla valutazione del rischio cardiovascolare globale attraverso l'uso delle Carte del rischio e riguardanti:

- Iniziative finalizzate alla prevenzione del rischio cardiovascolare di natura formativa, informativa, utilizzo di programmi informatici o materiale cartaceo;
- Adozione sperimentale dell'algoritmo per il calcolo del RCG nei pacchetti informatici utilizzati dal MMG;
- Pubblicizzazione del sito internet www.cuore.iss.it ai medici e altri operatori sanitari.

Dal questionario è emerso che tutte le AUSL della regione sono stati realizzati specifici momenti formativi per MMG/NCP ed altri sono in programmazione per l'anno 2006. In alcuni casi l'iniziativa ha coinvolto anche i medici ospedalieri.

ANNO 2006

La Regione Emilia-Romagna ritiene di dovere considerare l'opportunità del PNP per formulare piani di lavoro, per la prevenzione primaria dell'anno 2006, integrati a due diversi livelli.

Primo livello. Prevenzione primaria individuale.

Presso la Regione è attivo un gruppo di coordinamento del PNP per la parte legata alla prevenzione cardiovascolare primaria in MG, coordinato dal Servizio Politica del farmaco e Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari. A questo gruppo appartengono anche un lipidologo, un cardiologo, rappresentanti dei MMG e dei DCP.

La strategia generale per l'anno 2006 è la seguente:

- 1- Identificazione delle azioni prioritarie per integrare le Carte del rischio nel decision making diagnostico dei MMG tramite l'utilizzazione dei NCP come laboratori organizzativi sulla popolazione per sperimentare in modo analitico e specifico l'applicabilità, la fruibilità, l'efficacia/efficienza delle Carte del rischio;
- 2- Inserimento delle Carte del rischio nei programmi di sorveglianza epidemiologica delle singole AUSL/Distretti tramite la riconvocazione del sottogruppo della CRF per la nota AIFA 13;
- 3- Raccolta dei dati relativi a tutti i corsi formativi attivati sul tema dalla Regione e/o con il suo patrocinio relativi alla diffusione delle tematiche del Piano Nazionale di Prevenzione (anche da singole AUSL, Distretti);
- 4- Preparazione di uno *slide kit* contenente quanto necessario alla divulgazione della medicina preventiva cardiovascolare e della valutazione del rischio, tenendo

presente la proposta formativa elaborata dal CCM in collaborazione dall'ISS e le esperienze già condotte sul campo dalla Regione Emilia-Romagna. I MMG della regione che collaborano nel Centro di formazione regionale, concorrono a definire kit formativi da sottoporre ai medici animatori delle aziende sanitarie. Il materiale già reso disponibile dal CCM è adattato alle esigenze organizzative e metodologiche già in essere. Gli eventi formativi si configurano come formazione sul campo e concorrono all'acquisizione dei crediti ECM ed agli obblighi convenzionali anche in sostituzione degli stessi.

In relazione al punto 1- si precisa quanto segue:

Presso cinque Aziende sanitarie (AUSL) della regione è stato attivato, nel corso degli ultimi anni, un percorso formativo di integrazione professionale: in tale progetto i farmacisti dipendenti delle AUSL partecipano a programmi formativi attivati dal Centro di valutazione ed efficacia degli interventi sanitari (CeVEAS, presso l'Azienda sanitaria di Modena) durante i quali i farmacisti condividono, attraverso la metodologia EBM, conoscenze su diversi argomenti rilevanti per la MG. La sintesi delle evidenze di letteratura è inserita in "pacchetti formativi", appositamente predisposti per la MG. Sui temi della prevenzione cardiovascolare, è attivato il percorso della disseminazione delle conoscenze, mediante incontri con piccoli gruppi di medici appartenenti ad uno o due NCP, durante i quali sono presentati e discussi i contenuti dei "pacchetti formativi". Nel corso dell'anno 2005 uno dei temi trattati in tale ambito di lavoro è stato l'uso delle Carte del rischio, la prescrizione delle statine e degli omega-3. In particolare, nel 2005, sono stati attivati tre momenti formativi: il primo modulo trattava l'interpretazione e l'applicazione delle Carte del rischio, il secondo ed il terzo l'utilizzo dei farmaci assoggettati alla nota AIFA 13.

Le Aziende che hanno aderito al programma CeVEAS sono: Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna e Forlì. Al fine di concretizzare gli obiettivi del PNP nell'ambito di una sperimentazione condotta nel setting assistenziale della MG, si ritiene importante che prioritariamente queste stesse Aziende costruiscano progetti e adottino un programma di audit, in alcuni distretti, coinvolgendo, su base volontaria, i nuclei di cure primarie. Tale processo ha i seguenti obiettivi:

- Formazione degli animatori di formazione in MG (definizione contenuto kit);
- Quantificazione del livello di applicazione delle Carte del rischio, in relazione al ruolo delle stesse nell'attività di counselling: proporzione di MMG in grado di valutare il RCG utilizzando il computer di studio, identificazione della percentuale di pazienti che sono sottoposti alla stima. Su un sottogruppo delle tipologie precedenti, identificazione della tipologia di pazienti che viene sottoposta a valutazione e confronto con i dati epidemiologici locali;
- Definizione dei contenuti di un programma di audit;
- Ruolo/coinvolgimento dell'infermiere di studio;
- Possibile ruolo del farmacista.

Per creare un clima di fiducia e migliorare la comunicazione con i pazienti e le loro famiglie, per motivare i pazienti ad assumere la terapia prescritta e ad instaurare e mantenere corretti stili di vita può essere utile il coinvolgimento degli infermieri professionali e dei farmacisti.

Scopo del lavoro è favorire la disseminazione dell'algoritmo del rischio, e in subordine, l'uso delle Carte, e dei contenuti del lavoro formulato dal sottogruppo Commissione Regionale Farmaci (CRF) sulla nota AIFA 13, favorendo l'integrazione delle azioni attivate in tema di prevenzione tra tutti i punti della rete assistenziale.

Atteso che la disseminazione rappresenti la costante del progetto, come per altro previsto nei punti precedenti, si ritiene che la fase sperimentale del progetto diventi operativa nel 2007 nelle Aziende già individuate. (Allegato 2)

La definizione dei contenuti del programma è affidata ad un sottogruppo di lavoro composto da MMGG, medici dei dipartimenti delle Cure Primarie, un esperto statistico, funzionari regionali afferenti al Servizio Politica del farmaco e al Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari

In relazione al punto 2- si precisa quanto segue:

Nel 2006, il sottogruppo di lavoro della CRF, attivato sul tema dell'applicabilità nella MG dei contenuti della nota AIFA 13, riprenderà i lavori con i seguenti obiettivi:

- Formulare indirizzi sulla prescrizione appropriata e sul monitoraggio dei pazienti trattati con alte dosi di statine, di associazioni di farmaci soggetti a prescrizione da parte di centri individuati dalle Aziende sanitarie, prescrizione omega 3;
- Rapporti con i MMG, liste di attesa;
- Monitoraggio del consumo dei farmaci.

Secondo livello. Ricognizione banche dati disponibili e dati epidemiologici.

La Regione inizierà nell'anno 2006 la ricognizione delle banche dati disponibili e dei dati epidemiologici pubblicati sulla letteratura nel campo delle malattie cardiovascolari, al fine di: **a)** comparare le esperienze di prevenzione precedenti, molte delle quali longitudinali e ancora attive, al fine di integrarle armonicamente con il PNP, nonché; **b)** creare dei pooling projects basati su parametri comuni raccolti con metodi standardizzati; **c)** identificare strumenti più analitici/specialistici di valutazione, validazione, o monitoraggio dei trend temporali dei fattori di rischio, dei comportamenti dei cittadini e degli strumenti utilizzati per il decision making in prevenzione primaria². Questa ultima azione pare particolarmente utile nell'ipotesi, auspicabile, che le linee guida per la prevenzione cardiovascolare previste dal PNP vengano mantenute anche negli anni successivi.

I dati consentiranno inoltre di analizzare alcune criticità emergenti nella regione e a livello nazionale, come quella della corretta diagnosi delle sindromi metaboliche e del loro corretto inquadramento nella politica della prevenzione³, di concerto con il piano per il Diabete, o la strategia relativa all'identificazione precoce dei portatori di malattie genetiche che aumentano il rischio cardio-cerebrovascolare, previsto dalla nota AIFA.

La ricognizione produrrà anche l'opportunità di valutare il set di indicatori rilevati e i messaggi preventivi proposti in precedenti esperienze sul campo sui fattori di rischio contemplati dalle Carte e sui messaggi atti alla loro disseminazione. Tale lavoro consentirà di formulare proposte per l'integrazione dei messaggi e dei fattori di rischio, dando così continuità all'azione preventiva, in particolare per quei medici o quei gruppi di popolazione già sottoposti a interventi di medicina preventiva cardiovascolare in passato⁴. Sarà inoltre facilitato l'aggiornamento rispetto alle conoscenze che si renderanno disponibili.

² Riferito sia alle decisioni assunte dai singoli Medici, sia alla attuazione di campagne preventive, informative o di screening

³ I criteri per la diagnosi di sindrome metabolica proposti ai medici di medicina generale non sono conservativi e prevedono l'adozione di cut off point derivati da dati non italiani.

⁴ Ad esempio Brisighella, Faenza, Massa Lombarda, Loiano, Forlì e provincia, Pianoro, Bologna città, e numerose altre realtà regionali

E' pertanto parte integrante di questo progetto la ricognizione e classificazione della letteratura e dei progetti anche non pubblicati che fanno parte integrante del patrimonio delle singole Aziende sanitarie, che saranno invitate a trasmettere e quindi valorizzare i propri dati di possibile valenza applicativa nell'ambito del PNP, dopo opportuna revisione critica e valutazione degli stessi.

Sotto il profilo del metodo, si identificheranno tutti i progetti condotti su cittadini della regione che comprendano:

- Misure di incidenza/prevalenza degli eventi fatali e non fatali cardio-cerebrovascolari e per altre cause,
- Gli accessi a prestazioni sanitarie e i ricoveri ospedalieri,
- La misura di indicatori demografici,
- Lo studio dello stile di vita e dei comportamenti,
- Misure dei fattori di rischio,
- Indicatori di qualità della vita percepita.

I progetti saranno classificati tenendo conto delle caratteristiche delle popolazioni studiate, dei criteri di standardizzazione delle misure, della loro utilità per effettuare valutazioni sui trend temporali, sulle differenze territoriali, sulle correlazioni tra comportamenti/fattori ed eventi.

Verranno censiti gli studi iniziati dopo il 1990, nonché tutti quelli con follow-up longitudinale ancora attivo, a prescindere dalla data di inizio. Gli studi saranno selezionati sulla base della disponibilità di un valido protocollo e/o di pubblicazioni esaustive e sulla congruità dei criteri di selezione della popolazione, dei rilevamenti e della disponibilità dei data base. Si prevede di ottenere dati significativi su alcune decine di migliaia di cittadini, distribuiti nella regione, con numerosità per sesso ed età sovrapponibile alla piramide demografica della popolazione regionale (ad esclusione delle fasce estreme, 0-5 anni e > 85). All'interno della ricognizione verranno identificate le variabili da prendere come riferimento per la lettura trasversale degli studi e le eventuali proiezioni longitudinali; tra queste saranno comunque compresi tutti i fattori di rischio cardiovascolari maggiori.

ANNO 2007

Prevenzione primaria individuale

Si prevede la realizzazione dei programmi di audit presso i NCP, distretti, medicine di gruppo che si sono rese disponibili alla sperimentazione volta ad integrare le Carte e gli algoritmi di calcolo individuale del RCG nei percorsi di assistenza dei MMG (vedi progetto dettagliato allegato).

Nel novembre dell'anno 2007 in un seminario regionale saranno presentati ai MMG i risultati della esperienza di audit condotta nel primo semestre 2007 in modo da allargare per l'anno 2008 la adesione progettuale ad altre Aziende sanitarie. In tale contesto sarà fornita anche l'esperienza legata alla formazione dei medici stessi e il miglior supporto formativo da adottare.

Un'azione ulteriore che sarà messa in campo nel corso dell'anno 2007 è l'inserimento del tema della prevenzione del RCG e dell'utilizzo delle Carte all'interno del programma didattico

del corso regionale di formazione specifica in MG. A tale corso partecipano 60 corsisti all'anno come previsto dal Decreto Ministeriale e, che prevede fra i docenti molti MMG.

La formazione sul tema della prevenzione cardiovascolare è condotta dai MMG che hanno svolto il ruolo di coordinatori, per gli aspetti scientifici, del progetto di prevenzione primaria individuale. I MMG tutor del tirocinio previsto per il corso regionale sono di fatto chiamati a partecipare al progetto in modo tale da consentire al tirocinante di applicare i contenuti della formazione teorica specifica sul tema. I temi della conoscenza e misurazione del RCG verranno integrati, in una visione olistica centrata sul paziente, con le strategie preventive proposte dalle note AIFA e con quelle utilizzate/suggerite a livello europeo, come previsto anche dal Wonca (World Organization of Family Doctors).

Per il monitoraggio della efficacia della formazione verrà attivata a livello regionale una raccolta dati sulle attività svolte: numero di ore di formazione svolte nell'ambito del corso regionale per la MG sul tema della prevenzione del rischio cardiovascolare, numero di pazienti per singolo tirocinante ai quali è stata applicata, presso l'ambulatorio del medico tutor, la carta del rischio cardiovascolare. Verrà inoltre predisposto un questionario specifico, da somministrare ai medici tirocinanti, scelti con metodo randomizzato a metà del 2007 e a fine anno, atto a valutare le ricadute pratiche della formazione.

I contenuti dell'attività svolta dal corsista all'interno del progetto di prevenzione del rischio cardiovascolare possono essere oggetto dello svolgimento della tesi di specializzazione del corsista stesso.

Sono compiti del Consiglio didattico del corso:

- definire i contenuti della parte formativa teorica, tenuto conto del materiale già predisposto per la MG (*slide kit*);
- stabilire l'applicazione della carta del Rischio nel periodo di svolgimento del tirocinio pratico presso l'ambulatorio di MG (Tutor);
- monitorare le attività svolte e somministrare due questionari specifici.

I contenuti dei questionari e l'analisi dei dati ottenuti costituiscono parte del Piano Regionale della Prevenzione e sono assegnati al gruppo di lavoro regionale prima citato.

Nel corso di formazione verrà inoltre curata l'integrazione tra i diversi piani di intervento previsti dal PNP (diabete, prevenzione primaria e secondaria) al fine di garantire l'omogeneità dei messaggi di prevenzione e di cura.

Ricognizione delle banche dati

Al termine della prima fase della ricognizione verrà effettuata l'analisi descrittiva e inferenziale dei risultati ottenuti dai laboratori di popolazione, con particolare riferimento al trend dei fattori di rischio tradizionali, agli stili di vita, all'incidenza di eventi. Tali evidenze fungono da supporto ai laboratori di popolazione considerati nel Piano regionale della prevenzione, anche per sperimentare in modo analitico e specifico la fruibilità delle funzioni di rischio (valore informativo, formativo, possibilità di uso pratico) e la loro integrazione con altre azioni preventive.

I dati derivati da questa ricognizione e dai laboratori di popolazione, contenenti le specificità territoriali relative ai comportamenti e allo stile di vita, alla distribuzione dei fattori di rischio, alla percezione del rischio da parte dei cittadini, verranno resi disponibili, in formati differenziati a diverso livello di complessità, alle strutture e ai professionisti delle Aziende sanitarie e dei Distretti, alle associazioni di volontariato/di cittadini. Dette informazioni

saranno utili per favorire la disseminazione della cultura preventiva cardiovascolare previste dal PNP. I dati verranno diffusi attraverso iniziative di vario genere concordate con le Aziende sanitarie alla fine dell'anno 2007.

Allegato 1)

Alcuni studi epidemiologici e laboratori di popolazione in Emilia Romagna. La tabella ha valore esemplificativo e pertanto non è esaustiva; il riferimento agli anni indica il periodo di svolgimento dello studio e/o quello di pubblicazioni dei risultati. Negli studi sotto elencati sono coinvolti i territori di Ravenna, Bologna, Faenza, Imola, Modena, Reggio Emilia, Ferrara, Cesena, Rimini.

Studio	Anno/i	Enti coinvolti
<i>AI-CARE2 Study</i>	<i>2000</i>	<i>AUSL</i>
<i>ARPA for Prevention and Envir.</i>	<i>2002/altri</i>	<i>ARPA RER</i>
<i>Brisighella Heart Study</i>	<i>1972-2006</i>	<i>UniBO/Comune/Azienda</i>
<i>Brisighella Terme Project</i>	<i>1996-2003</i>	<i>UniBO/Comune/Enti termali</i>
<i>CHD-IID (Instant Individual Identification) Massa Lombarda/Bluec@ardio Projects</i>	<i>2002-06</i>	<i>HRS/UniBO/UniFE (^)</i>
<i>CNR: risk factors among CNR Workers in RER</i>	<i>2004</i>	<i>UniBO/HRS/CNR</i>
<i>CYNDI-WHO</i>	<i>1996-2006</i>	<i>WHO/UniBO/vari ospedali</i>
<i>Data Base FR Metabolici – HLP genetiche</i>	<i>1998-04</i>	<i>Distretto/Univeristà</i>
<i>Data Base ipertensione</i>	<i>1995-2006</i>	<i>UniBO</i>
<i>Database Malattie Genetiche Lipidi</i>	<i>1996-2002-2005</i>	<i>UniBO/Aziende USL</i>
<i>Dati Ospedale Sacco (Critical Limb Ischemia in ERR)</i>	<i>2000</i>	<i>Azienda Ospedaliera</i>
<i>Dati Ufficio Risorse Informative (Winter Mortality in ERR)</i>	<i>2000</i>	<i>UniBO</i>
<i>Eurolive</i>	<i>1998-2006</i>	<i>Progetto del 5° FP-UE/UniBO/altre sedi UE</i>
<i>European Risk Factor (ERICA) della WHO</i>	<i>1990</i>	<i>WHO/Università</i>
<i>Forlì Wolrd Heart Day</i>	<i>1999-05</i>	<i>Comune/AUSL/WHO/WHF</i>
<i>HEALTH MIME</i>	<i>2002-06</i>	<i>UniBO/Altre sedi</i>
<i>Pooling Project (Armada HS, Gerona P, Massa Lombarda, ecc)</i>	<i>2000-2006</i>	<i>UniBO/NATO/IMIM-Barcellona/altri</i>
<i>Pooling Project MedRisk</i>	<i>1998-2006</i>	<i>Università/S. Raffaele/MedRisk Group/Enti privati</i>
<i>Precursors of Atherosclerosis (ATS) in Children</i>	<i>1980-1994</i>	<i>UniMO/Aziende USL</i>
<i>Progetto Bagnacavallo</i>	<i>2006</i>	<i>Distretto</i>

Studio	Anno/i	Enti coinvolti
<i>Progetto Brisighella Scuola</i>	1988-1998	<i>UniBO/Provveditorati</i>
<i>Progetto Massa Lombarda – primaria</i>	1996-2006	<i>Protocollo intesa di più enti pubblici e privati (*)</i>
<i>Progetto Pianoro</i>	2002-2006	<i>Comune/AUSL/Università/Fondazione CR</i>
<i>Progetto S Sofia</i>		<i>Comune/AUSL/UniBO</i>
<i>Progetto Scuole Medie Bologna/Ferrara/</i>	1990-2000	<i>UniBO/UniFE/Provveditorati</i>
<i>Progetto VEQ - FR Lipidici</i>	2000-2006	<i>Azienda AUSL/Università/Laboratori esterni</i>
<i>PROSIT (research PROject on Stroke services in ITaly)</i>	2005	<i>IRCCS/UniMI</i>
<i>Regional Projects on pattern of care for AMI (omissis..)</i>	2005	<i>Agenzia RER</i>
<i>Registri CHD/altri</i>	1996-2006	<i>CeVEaS/Aziende</i>
<i>Rete d'eccellenza Europea Geneplex – Screening Bri/Kora/Vin (omissis..)</i>	2000-2004	<i>UniBO e altre sedi UE</i>
<i>Studio del Quartiere Mazzini di Bologna</i>	1984	<i>CNR/Comune/UniBO</i>
<i>Studio del Quartiere Murri di Bologna</i>	1986	<i>CNR/Comune/UniBO</i>
<i>Studio di Conselice</i>	1998-2006	<i>UniBO/Comune/AUSL</i>
<i>Studio di Loiano</i>	1990-2004	<i>AUSL/Comune/UniBO</i>

(^) sotto l'alto patrocinio della Presidenza del Parlamento Europeo

(*) tra cui tre sedi Universitarie, 4 aziende AUSL, alcuni Comuni, la Confindustria dell'Emilia Romagna (protocollo promosso dalla società di spin off accademico HRS)

Allegato 2)

Progetto di prevenzione cardiovascolare primaria in Medicina generale

Laboratorio sperimentale del progetto.

OBIETTIVO:

Rendere le Carte del rischio cardiovascolare uno strumento utile e fruibile dal MMG nella pratica clinica ambulatoriale favorendo la valutazione sistematica del rischio cardiovascolare nei confronti della popolazione adulta con lo scopo di individuare i soggetti a rischio di malattie cardiovascolari. L'atteggiamento da favorire nel MMG è quello di una medicina di iniziativa contrapposta alla tradizionale medicina d'attesa (comportamento attivo o proattivo del medico).

ORGANIZZAZIONE E COORDINAMENTO:

E' istituito un sottogruppo specifico per la conduzione/gestione operativa del progetto, coordinato per la parte medica da un MMG che per attività pregressa abbia esperienza in progetti di audit legati a fattori di rischio cardiovascolare e che abbia frequentato corsi specifici sull'argomento anche proposti dalle società scientifiche della MG.

Le altre figure coinvolte sono:

- Un MMG componente del sottogruppo di lavoro della Commissione Regionale Farmaci (CRF) relativo agli aspetti applicativi della nota AIFA 13;
- Il medico coordinatore dell'area ECM nell'ambito del centro regionale di formazione e aggiornamenti in MG ;
- Un medico di dipartimento cure primarie;
- Un esperto di statistica afferente al Servizio Politica del farmaco;
- Un medico componente del CeVEAS.

I partecipanti al progetto a livello territoriale sono :

- Cinque Aziende USL già impegnate nel progetto del Farmacista Facilitatore (CeVEAS) sono il primo insieme a cui si propone la partecipazione. La selezione dei NCP o medicine di gruppo effettivamente interessati avviene su base volontaria di adesione al progetto ed è gestita dal livello distrettuale;
- MMG convenzionati con altre Aziende della regione partecipanti ad altri progetti nazionali o locali sullo stesso tema che intendono aderire.

Caratteristiche dei MMG partecipanti al progetto:

MMG informatizzati con capacità di usare Internet e in possesso di software che permettano il calcolo del RCV con l'algoritmo del Progetto Cuore (il solo utilizzo dello strumento cartaceo non corrisponde all'esigenza di determinazione precisa del RCV), l'estrazione dei dati ricavati

e l'invio degli stessi con la salvaguardia della privacy. Tali caratteristiche sono attualmente rispettate dal software scaricabile dal sito dell'ISS (www.cuore.iss.it) e dal software Millewin.

La scelta del programma Millewin è legata alla possibilità immediata per il medico di applicare l'algoritmo per il calcolo del rischio che richiede:

1. Due misurazioni di pressione consecutive;
2. Terapia antiipertensiva SI/NO;
3. Valori di colesterolo HDL e Totale registrati in cartella negli ultimi 60 giorni;
4. Tabagismo attivo o pregresso da più di un anno con opzione SI/NO;
5. diabete SI/NO.

In casi particolari il sottogruppo, di concerto con il MMG, potrà valutare l'opportunità di sperimentare altri software di cartella clinica e/o di integrare/validare le informazioni derivate dalla stima del rischio.

I punti 2, 3, 4 e 5 sono estratti in automatico dai dati archiviati in cartella, questo determina una facilitazione nel medico che aderisce al progetto evitando la richiesta di ulteriori informazioni al momento del contatto con notevole risparmio di tempo, ovvero vanno aggiunti al momento della rilevazione se non sono stati già registrati.

Gli esperti del sottogruppo potranno fornire una consulenza per i casi dubbi e/o interagire con il MMG per interpretare i dati ottenuti anche alla luce della letteratura scientifica e delle disposizioni ministeriali/regionali successivamente pubblicate.

Percorso e contenuti scientifici del progetto.

La popolazione individuata è data dagli assistiti in carico al MMG. La carta del rischio si intende applicata agli assistiti in carico con età compresa negli ambiti di validità della carta stessa quindi compresa fra 35-69 anni. Qualora partecipino al progetto, su base volontaria, cittadini di età diversa il MMG seguirà le indicazioni già fornite dalla Commissione per la nota AIFA 13.

Il MMG che entra in contatto con cittadini assistiti di questa fascia di età:

1. Applica quando possibile direttamente l'algoritmo per il calcolo del rischio, ovvero raccoglie tutti gli elementi indispensabili al calcolo del rischio;
2. Valuta il rischio per l'assistito e glielo comunica;
3. Imposta la strategia di riduzione del rischio comprendente la correzione degli stili di vita o/e l'adeguata terapia in relazione al rischio;
4. Fornisce in copia all'assistito i consigli per l'adeguata riduzione del rischio stesso per favorire il coinvolgimento attivo del paziente e l'adesione alla terapia anche con la partecipazione dell'infermiere e del farmacista;
5. Valuta comunque se il cittadino rientra in altre categorie previste dalla nota AIFA 13 e dalla linea guida regionale e adotta -se del caso- i necessari provvedimenti (comportamentali/terapeutici o diagnostici).

Al termine del semestre il MMG comunica all'AUSL il numero di pazienti a cui è stata applicata la carta del rischio e alcuni parametri concordati per risalire all'età, al sesso ed al valore di RCG.

La valutazione dell'andamento del progetto avviene tramite l'utilizzo dei seguenti indicatori:

- % di MMG che ha aderito al progetto sul totale dei MMG nell'ambito di applicazione del progetto;
- N. di soggetti a cui è stato calcolato il rischio;
- N. di pazienti per MMG che hanno ricevuto gli stampati e i consigli da parte del MMG;

Il risultato informativo che si ottiene è valutato con i seguenti indicatori:

- N. di soggetti a rischio uguale o superiore al 20%;
- N. di soggetti a rischio compreso fra 10 e 19,9%;
- N. di soggetti che ricadono nelle categorie d'esenzione previste dalla nota AIFA 13

Nel caso specifico che il paziente sia seguito per la prevenzione delle recidive di infarto miocardio o per il diabete, il MMG seguirà le indicazioni previste dai relativi piani.

La formazione

Come dichiarato in premessa la formazione che fa tesoro delle esperienze formative e applicative già in uso in Regione e dei momenti formativi proposti dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e dalle società scientifiche sull'argomento va adattata alle finalità del progetto, in particolare per consentire al MMG di fruire appieno delle opportunità fornite dal software per la stima del rischio.

Programma di massima:

il progetto intero si configura come formazione sul campo. Parte del progetto ha in sé una parte di formazione esplicita con:

- Un incontro dedicato agli obiettivi ed al disegno del progetto (4 ore);
- Un incontro dedicato al software (4 ore).

Il progetto ha durata superiore ai 6 mesi che tengono conto della sola parte operativa.

Ai fini del valore formativo il gruppo o il medico partecipante deve stendere una relazione finale contenente le criticità affrontate e i punti di forza percepiti per sé, per il sistema sanitario e per l'assistenza fornita.

Fasi del progetto.

- Stesura del progetto: marzo 2006;
- Reclutamento MMG: entro luglio 2006;
- Formazione MMG: entro dicembre 2006;
- Partenza del progetto operativo: gennaio 2007;
- Durata del progetto: gennaio-giugno 2007;
- Raccolta, analisi lettura dei dati: ottobre 2007;

- Presentazione dei risultati: novembre 2007.

Risultati attesi.

- Vantaggi per il paziente:

Individuazione e coinvolgimento da parte del medico dei pazienti ad alto rischio;

Attivazione di counselling personalizzati;

Stimolo della partecipazione attiva del paziente nel miglioramento dei propri stili di vita.

- Vantaggi per il MMG:

Promozione della qualità del lavoro con intervento di documentata efficacia appropriato per il setting della MG;

Rafforzamento dell'identità del ruolo del MMG nel seguire longitudinalmente un paziente, quale valore aggiunto alla competenza specifica delle cure primarie.

- Vantaggi del SSR:

Creazione di indicatori di processo misurabili e visibili;

Realizzazione di un equilibrio fra metodo "patient centred", performance clinica, autovalutazione del MMG, rapporto di collaborazione tra MMG e istituzioni

Piano regionale prevenzione primaria: cronoprogramma dell'applicazione della Carta del rischio cardiovascolare

N° fase	Fase (Descrizione attività)	Quota-Parte	Data inizio prevista	Data termine prevista	Indicatore pietra miliare	Valore % atteso pietra miliare	Eventuali criticità	Vincoli	Strutture interessate	Data termine effettiva	Valore rilevato indicatore/risultato	% di completamento
1	Definizione di un gruppo di lavoro nota AIFA 13 e divulgazione interpretazione regionale	5	maggio 2005	luglio 2005	Creazione documento interpretativo e suo invio a tutti i MMG	100%	Accordo tra categorie di prescrittori	Rispetto appropriatezza ed EBM	Servizi regionali Sindacati medici	luglio 2005	100	100%
2	Pubblicizzazione del sito internet Cuore e iniziative formative per adozione Carte del rischio	5	settembre 2005	dicembre 2005	Documento di sintesi regionale di ricognizione delle iniziative aziendali	100%	Inserimento in piano di formazione già approvato	Termine entro il 1° semestre 2006	Aziende sanitarie	marzo 2006	100	100%
3	Coinvolgimento 5 Aziende sanitarie e MMG Definizione del progetto di audit e formazione	5	gennaio 2006	dicembre 2006	Documento guida del progetto e elenco dei partecipanti	80%	Possibile impiego anche del mese di gennaio 2007	Partenza entro il 1° febbraio 2007	Servizi regionali Aziende sanitarie Società Scientifiche			
4	Stesura progetto "Censimento" banche dati e progetti già attivati	5	gennaio 2006	giugno 2006	Elenco criteri ricerca	100%	Complessità e variabilità degli indicatori ed obiettivi	Confronto fra almeno cinque studi attivi	Università di Bologna Servizi regionali			
5	Predisposizione "Slide kit" per la formazione MMG Attivazione corsi formazione sul campo	5	febbraio 2006	dicembre 2006	Slide kit	100%	Coinvolgimento medici	Entro dicembre 2006	Consiglio didattico regionale Università di Bologna Servizi Regionali Società Scientifiche	dicembre 2006		
6	Ricognizione dati regionali censimento	15	luglio 2006	dicembre 2006	Elenco Data Base Letteratura pubblicata Letteratura grigia	80%	Reperimento archivi	Identificazione di valori di RCV per almeno tre aree della Regione	Servizi regionali Aziende sanitarie Società Scientifiche Università di Bologna			

N° fase	Fase (Descrizione attività)	Quota-Parte	Data inizio prevista	Data termine prevista	Indicatore pietra miliare	Valore % atteso pietra miliare	Eventuali criticità	Vincoli	Strutture interessate	Data termine effettiva	Valore rilevato indicatore/ risultato	% di completamento
7	Audit prevenzione MMG/NCP	15	gennaio 2007	giugno 2007	Relazioni aziendali	100%	MMG partecipanti singolarmente non attivi all'1/1/2007	Partenza per MMG/NCP singoli entro febbraio 2007 con recupero nel mese di luglio 2007	Distretti NCP Corso formazione specifica			
8	Messa a punto programmazione corso di formazione specifica in MG Stesura questionario	5	novembre 2006	marzo 2007	Testo questionario	80%	Valenza da attribuire al progetto sul singolo rischio CV	entro luglio 2007	Consiglio didattico regionale Università di Bologna Servizi regionali			
9	Analisi dati censimento	10	gennaio 2007	marzo 2007	Risultati fruibili sia per Distretti/Aziende, sia per MMG	70%	Volume di informazioni raccolte	Selezione concordata delle informazioni e degli studi da valutare	Servizi regionali Aziende Sanitarie Università di Bologna			
10	Recupero informazioni Analisi dati MMG Presentazione risultati	10	luglio 2007	novembre 2007	Relazione finale per seminario	70%	Trasmissione	Disponibilità dei dati di almeno il 50% dei partecipanti	Servizi regionali Aziende sanitarie			
11	Supporto ai laboratori di popolazione e divulgazione materiale preventivo Aziende e MMG	10	gennaio 2007	dicembre 2007	Banche dati integrate	90%			Università di Bologna Servizi regionali Aziende sanitarie Enti esterni in base a specifici protocolli di intesa Partnership con Enti di ricerca			
12	Raccolta questionari del corso in MG Verifica degli apprendimenti	5	settembre 2007	novembre 2007	Compilazione questionari	50%	Questionari cartacei	Compilazione entro la fine del tirocinio (2008)	Consiglio didattico regionale Servizi regionali Sedi corso di formazione			