

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

CONTENUTI

4.1. INTRODUZIONE

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

4.1.2 SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO REGIONALE E REGISTRO REGIONALE
DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

4.1.3 PROGRAMMI E INIZIATIVE TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE SECONDARIA

4.2. SISTEMA DI SORVEGLIANZA

4.2.1 VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI DATI

4.2.1.1 ANAGRAFE ASSISTITI

4.2.1.2 REGISTRO DEI DIMESSI OSPEDALIERI

4.2.1.3 REGISTRO DI MORTALITÀ SECONDO L'ISTAT

4.2.1.4 REGISTRO DELLE PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE

4.2.1.5 REGISTRO DEGLI EVENTI CORONARICI

4.2.2 OBIETTIVI DEL SISTEMA

4.2.3 PIANO OPERATIVO

4.3. PROGRAMMA DI PREVENZIONE

4.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

4.3.2 PIANO OPERATIVO

4.4. CONCLUSIONI

4.1. INTRODUZIONE

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

Il presente **"Piano di Prevenzione delle Recidive nei soggetti che già hanno avuto incidenti cardiovascolari"** è coerente con vari atti della Regione Friuli-Venezia Giulia, tra cui la Legge Regionale n° 23 del 17/08/2004, le Linee Guida per la Predisposizione del Programma delle Attività Territoriali - PAT-, le Linee Guida per la Predisposizione del Programma del Piano di Zona - PDZ - (DGR n° 3236 del 29/11/2004), il Piano Regionale della Riabilitazione (DGR n° 606 del 24/03/2005), il Piano Sanitario e Sociosanitario Regionale 2006-2008 (DGR n° 3222 del 12/12/2005) e le Linee Annuali per la Gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2006 (DGR n° 3223 del 12/12/2005), in cui, nel contesto di un approccio di sanità pubblica, sono chiarite le

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

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

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

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

Come già descritto nel Piano di Prevenzione del rischio Cardiovascolare, nella Regione Friuli Venezia Giulia la patologia cardiovascolare rappresenta la prima causa di morte, essendo nel 2001 il 38% dei decessi totali, con una significativa differenza tra uomini (33%) e donne (43%) (*Dati ISTAT 2001*). In relazione ai ricoveri ospedalieri, la patologia cardiovascolare si colloca al primo posto (15,7% del totale) nell'anno 2003 con un totale di 13.641 ricoveri negli uomini e 12.197 nelle donne. La prevalenza di coronaropatia (infarto e angina) nella popolazione tra i 35 e i 74 anni è risultata del 4,7% negli uomini e del 2,9% nelle donne (dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, 2° Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari, *Ital Heart J 2004; Supplement, Suppl 3*). In Friuli-Venezia Giulia il tasso di attacco coronarico, standardizzato per età nei soggetti fra 35 e 74 anni, stimato nell'ambito del Registro Nazionale degli Eventi Coronarici, è risultato di 364 per 100.000 negli uomini e 82 per 100.000 nelle donne, con una letalità standardizzata a 28 giorni rispettivamente del 24,5% e del 26,3% (*Ital Heart J Suppl 2005; 6:667-673*). Gli eventi coronarici acuti studiati in questo contesto sono comunque ottenuti applicando per la validazione la metodologia MONICA-OMS, che considera come eventi sicuri quasi esclusivamente gli infarti miocardici acuti. La patologia coronarica acuta è costituita anche

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

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

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

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

TASSI PER 1.000

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

* fonte SDO

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

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

4.1.2 SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO REGIONALE E REGISTRO REGIONALE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

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

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

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

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

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

4.1.3 PROGRAMMI E INIZIATIVE TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE SECONDARIA

a) pianificazione regionale

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

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

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

la funzione riabilitativa cardiologica deve prefiggersi:

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

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

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

b) proposte delle società scientifiche professionali presenti nel territorio regionale

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

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

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

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

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

c) il volontariato cardiovascolare regionale e la prevenzione secondaria

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

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

4.2. SISTEMA DI SORVEGLIANZA

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

4.2.1 VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI DATI

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

4.2.1.1 Anagrafe Assistiti

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

4.2.1.2 Registro dei dimessi ospedalieri

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

4.2.1.3 Registro di mortalità secondo l'ISTAT

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

4.2.1.4 Registro delle prescrizioni farmaceutiche

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

4.2.1.5 Registro degli Eventi Coronarici

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

4.2.2 OBIETTIVI DEL SISTEMA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2.3 PIANO OPERATIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3. PROGRAMMA DI PREVENZIONE

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

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

4.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3.2 PIANO OPERATIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

Nella pagina successiva è riportata la scheda di questo obiettivo:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4. CONCLUSIONI

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

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