



*ASSESSORATO ALLA SANITA'*  
*Direzione Generale V*  
*Politiche per la Tutela della Salute, Promozione e Tutela Sociale*

## ***PROGETTO CUORE***

***REFERENTE ISTITUZIONALE: dott.ssa Lina Adelina D'Alò***

***REFERENTE SCIENTIFICO: dott. Ulisse Di Giacomo***

***REFERENTE TECNICO: dott. Roberto Patriarchi***

*Durata del progetto: 3 anni*

## PREMESSA

L'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 prevede nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione l'obiettivo di diffondere la carta del rischio cardiovascolare, per iniziare programmi mirati di prevenzione attiva cardiovascolare.

La carta del rischio va intesa come uno strumento valido per la definizione del rischio cardiovascolare, poiché consente di conoscere e poter comunicare alle persone la probabilità di andare incontro, nei successivi 10 anni, ad un accidente cardiovascolare in base alla presenza di fattori di rischio. La consapevolezza dell'aumento del rischio consente di individuare le persone a cui consigliare modifiche dei comportamenti: anche chi non è ad alto rischio, può giovare di un cambiamento degli stili di vita (movimento, fumo di sigaretta, abitudini alimentari).

Tale carta del rischio per la popolazione italiana è stata elaborata dall'Istituto Superiore di Sanità.

## CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

Le malattie cardiovascolari costituiscono in Italia la principale causa di morbilità e mortalità.

In Molise le malattie del sistema circolatorio costituiscono la prima causa di morte ed i tassi standardizzati di mortalità superano quelli medi italiani.

<b>Causa</b>	<b>Molise</b>	<b>Italia</b>
Malattie del sistema circolatorio	517,8	426,9
Tumori	239,0	275,0
Disturbi psichici e malattie del SNC	35,6	38,8
Malattie infettive e parassitarie	5,2	6,2
Malattie dell'apparato respiratorio	66,4	67,8
Malattie dell'apparato digerente	65,1	44,5
Altre malattie	75,2	65,5
Stati morbosi mal definiti	13,4	13,0
Traumatismi e avvelenamenti	60,3	46,9
<b>totale</b>	<b>1078,0</b>	<b>984,7</b>

*Tassi di mortalità per causa per 100.000 abitanti*

La mortalità per malattie cardiovascolari occupa in Italia il primo posto: il 44% di tutte le morti sono dovute a malattie del sistema cardiocircolatorio.

Considerando gli anni potenziali di vita persi, cioè gli anni che ciascuna persona avrebbe potuto vivere in più secondo l'attuale speranza di vita media, le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno circa 300 mila anni di vita alle persone di età inferiore a 65 anni (*Pessina G. per il Gruppo Italiano Burden of Disease*).

La **mortalità** per le malattie ischemiche del cuore è maggiore negli uomini rispetto alle donne. In Italia è in corso a partire dalla metà degli anni '70, una lenta e graduale diminuzione di queste malattie. La differenza fra Nord e Centro-Sud, evidente negli anni '70 si è ridotta, in particolare negli uomini.

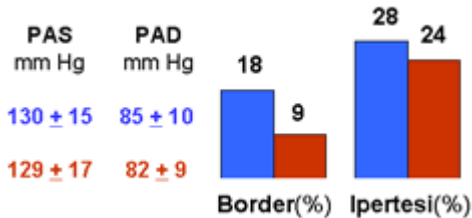
La mortalità per gli accidenti cerebrovascolari è maggiore negli uomini rispetto alle donne, ed è in lenta e progressiva diminuzione.

Nelle donne gli accidenti cerebrovascolari sono maggiori al Sud, tanto che in questa area hanno recentemente scavalcato la mortalità degli uomini al Nord.

Vengono riportati i dati relativi ai principali fattori di rischio della popolazione molisana (Osservatorio Epidemiologico Italiano ISS – ANMCO).



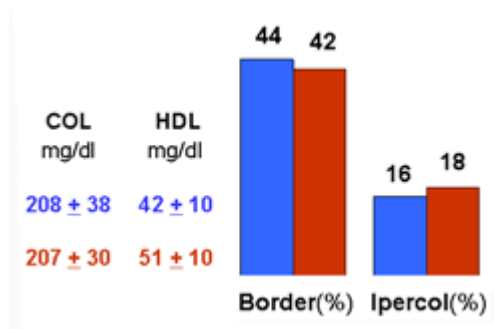
### Pressione arteriosa



Negli uomini il valore medio della pressione arteriosa sistolica (massima) è pari a 130 mmHg, nelle donne a 129 mmHg. Negli uomini il valore medio della pressione arteriosa diastolica (minima) è pari a 85 mmHg nelle donne è 82 mmHg.

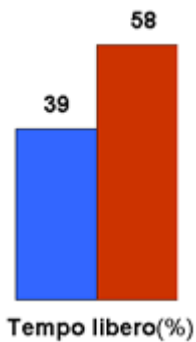
Il 28% degli uomini e il 24% delle donne è iperteso (pressione arteriosa uguale o superiore a 160/95 mmHg oppure sotto trattamento specifico); il 18% degli uomini e il 9% delle donne è in una condizione a rischio, in cui il valore della pressione sistolica è compreso fra 140 e 159 mmHg e quello della diastolica è compreso fra 90 e 95 mmHg.

## Colesterolemia



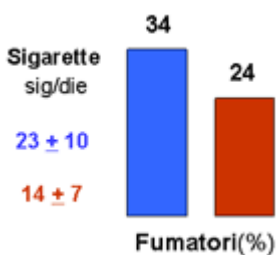
Negli uomini il valore medio della colesterolemia è 208 mg/dl, nelle donne è 207 mg/dl. Negli uomini il valore medio della HDL-colesterolemia è di 42 mg/dl, nelle donne di 51 mg/dl. Il 16% degli uomini e il 18% delle donne ha una ipercolesterolemia (valore uguale o superiore a 240 mg/dl) mentre il 44% degli uomini e il 42% delle donne è in una condizione di rischio, presentando il valore della colesterolemia compreso fra 200 e 239 mg/dl.

## Sedentarietà



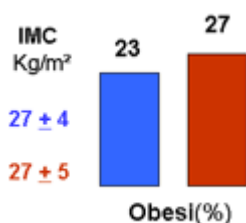
Il 39% degli uomini e il 58% delle donne non svolge alcuna attività fisica durante il tempo libero.

## Fumo



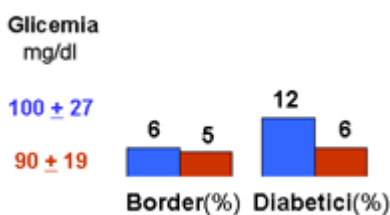
Il 34% degli uomini fuma in media 23 sigarette al giorno, contro il 24% delle donne che ne fuma 14 in media al giorno.

## Obesità



Il 23% degli uomini e il 27% delle donne sono obesi e hanno in media un indice di massa corporea di 27 per gli uomini e per le donne.

## Glicemia



Negli uomini il valore medio della glicemia è 100 mg/dl, nelle donne è di 90 mg/dl.

Il 12% degli uomini e il 6% delle donne è diabetico (glicemia superiore a 126 mg/dl), mentre il 6% degli uomini e il 5% delle donne è in una condizione di rischio, in cui il valore della glicemia è compreso fra 110 e 125 mg/dl.

Va valutata la creazione nella regione Molise di un Registro degli Eventi coronarici e cerebrovascolari, un sistema di sorveglianza degli eventi coronarici e cerebrovascolari, fatali e non fatali, da realizzare nella popolazione generale molisana di 35-74 anni. Il Registro avrebbe l'obiettivo di stimare l'occorrenza di eventi coronarici e cerebrovascolari acuti, in particolare i tassi di attacco, di letalità per gli eventi coronarici e cerebrovascolari nonché le frequenze di utilizzo di procedure diagnostiche e terapeutiche in fase acuta e post-acuta.

## IMPIANTO PROGETTUALE

Nella prevenzione primaria individuale è obiettivo fondamentale identificare le persone a rischio elevato di malattie cardiovascolari: è la premessa necessaria per attivare azioni utili a ridurre i

fattori di rischio modificabili, azioni che comprendono sia l'invito a cambiare lo stile di vita sia l'intervento farmacologico.

Per poter individuare le persone ad alto rischio di malattie cardiovascolari, va adottata la valutazione del rischio globale assoluto, che considera valori di più fattori di rischio per predire la possibilità di andare incontro a malattia nel corso dei successivi 10 anni. Le linee di guida internazionali sono inoltre concordi nel sostenere la validità del calcolo del rischio globale assoluto come momento decisionale nell'iniziare una terapia farmacologica e nel guidare l'aggressività del trattamento.

L'uso del rischio globale assoluto ha molteplici vantaggi:

- offre diverse opzioni di trattamento degli individui a rischio aumentato;
- fornisce criterio oggettivo e preciso per la valutazione del paziente da parte del medico;
- rende più affidabili le valutazioni del rapporto costo/beneficio;
- consente di identificare persone che normalmente non avrebbero avuto coscienza della futura malattia.

La carta del rischio fa riferimento ad un sistema grafico già fornito ai medici italiani dal bollettino di informazione sui farmaci dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Diverse colorazioni identificano il rischio di ammalarsi nei successivi anni, focalizzandosi su alcuni semplici fattori di rischio. E' possibile utilizzare un algoritmo informatizzato, gratuitamente scaricabile dal sito del PROGETTO CUORE ([www.cuore.iss.it](http://www.cuore.iss.it)), che ingloba nel calcolo ulteriori due fattori di rischio. E' pertanto possibile identificare una persona ad alto rischio con le seguenti informazioni:

- età
- pressione arteriosa
- colesterolemia totale
- abitudine al fumo di sigaretta
- diabete mellito
- colesterolo HDL
- terapia anti-ipertensiva.

Chiaramente è fondamentale l'informatizzazione dei Medici di Medicina Generale e il loro frequente ricorso all'associazionismo che consente di sperimentare nuove forme di prevenzione primaria personalizzata.

L'intervento di prevenzione primaria per le malattie cardiovascolari vedrà il coinvolgimento di tutta la popolazione regionale, attraverso la collaborazione dei MMG, medici specialisti cardiologi e medici ospedalieri cardiologi e altri operatori medici che rivolgeranno la loro attività di prevenzione

verso gli utenti di età compresa tra 35 e 69 anni, utilizzando il programma Cuore.exe dell'Istituto Superiore della Sanità.

### **Prevenzione individuale**

I MMG saranno supportati nella loro azione dal Nucleo di supporto regionale al Piano di prevenzione regionale, che decideranno integrazioni operative per offrire al cittadino, vagliato con la carta o il punteggio di rischio cardiovascolare, il supporto giusto per la promozione di stili di vita salutari.

### **Prevenzione di comunità**

Ha come obiettivo la diffusione della conoscenza e l'importanza dei fattori di rischio legati per lo più agli stili di vita, rinforzando in tal modo la prevenzione individuale.

### **Sorveglianza**

Potrà avvenire con la creazione del Registro degli eventi coronarici e cerebrovascolari della regione Molise.

### **Motivazioni del progetto**

Il progetto cuore ha come motivazioni la corretta identificazione di individui ad alto rischio di malattie cardiovascolari e l'implementazione di azioni che possano modificare lo stile di vita.

**Criticità** sono imputabili alla forma mentis dei medici che sono poco formati alla prevenzione di lungo periodo, alla nuova impostazione di un valido coordinamento e supporto, alla stessa popolazione poco incline a cambiare stili di vita e a comprendere la validità e la predizione di un programma informatico. La comunicazione istituzionale va intesa non come mero trasferimento e diffusione di conoscenze da un ambito ristretto e specialistico ad un contesto di massa popolare, ma è necessario che i messaggi vengano rielaborati, trasformati ed adattati e che quanti propongono il messaggio stesso comprendano le diverse specialità socio-culturali presenti nella massa.

### **Obiettivi complessivi**

Applicazione della carta e del punteggio di rischio cardiovascolare nella regione molisana; supportare tutte le attività integrate a livello di SSR.

**Obiettivi intermedi e indicatori di processo saranno:**

- coinvolgimento di MMG (almeno il 40%) e di altri operatori sanitari;
- diffondere la pratica dell'utilizzo della carta del rischio e del relativo punteggio (valutare almeno il 40% dei soggetti di età compresa tra 35 e 69 anni);
- installazione del programma informatizzato del rischio cardiovascolare (ISS – Ministero della Salute);
- piano di lavoro e strategie operative (counselling, riferimento a strutture presenti in regione già organizzate per la prevenzione);
- formazione (organizzare almeno il 60% dei corsi di formazione previsti nell'ambito del piano di formazione regionale).

**Obiettivi a lungo termine** saranno il cambiamento di stili di vita nei soggetti ad alto rischio e il monitoraggio/sorveglianza dei fattori di rischio cardiovascolare.

**Comunicazione istituzionale**

E' necessaria un campagna informativa: allestimento di punti informativi per la popolazione generale, produzione di materiale informativo (depliant, locandine, ecc.).

Fondamentale è l'adesione dei Medici di Medicina Generale. Nel sito della regione Molise ([www.regione.molise.it](http://www.regione.molise.it)) sarà possibile visionare e scaricare materiale educativo, informativo per la prevenzione cardiovascolare, elenchi dei referenti con indirizzi e telefoni, ecc.

**Articolazione del progetto****I fase:**

costituzione del nucleo di supporto regionale

convenzione con ISS e sindacati dei MMG

costruzione del modello di sistema informativo (preparazione, definizioni, procedure e strumenti di misura, linee guida)

**II fase:**

arruolamento dei MMG, specialisti, altri operatori sanitari.

**III fase:**

costituzione del nucleo di supporto regionale con compiti di coinvolgere gli attori del progetto (MMG, specialisti cardiologi, cardiologi ospedalieri, altri operatori sanitari),

**IV fase:**

coinvolgere associazioni come per esempio ristoratori o gestori di mense o di distributori automatici per promuovere la diffusione di cibi a basso contenuto calorico.

**V fase:**

piano di formazione per gli operatori sanitari coinvolti nel progetto, con l'ECM:

- importanza nella salute pubblica delle malattie cardiovascolari
- prevenzione delle malattie cardiovascolari
- diabete e dislipidemie
- EBM nelle prevenzione tramite modifica degli stili di vita
- Il rischio globale assoluto e valutazione del rischio
- Azioni preventive su alimentazione, fumo di sigaretta ed attività fisica
- Counselling
- Sistemi informatici nel progetto cuore
- Standardizzazione delle misure.

**VI fase:**

installazione del software ISS-Ministero della Salute

**VII fase:**

gli assistiti verranno arruolati sia mediante chiamata attiva che approfittando del loro accesso agli studi ambulatoriali. Chiaramente sarà fondamentale una campagna informativa sulla carta del rischio cardiovascolare.

I fattori di rischio da valutare in soggetti di età compresa tra 35 e 69 anni, che non abbiano avuto in precedenza un evento cardiovascolare (da escludere donne in gravidanza), sono:

- pressione arteriosa sistolica e diastolica
- colesterolemia totale e HDL
- abitudine al fumo di sigaretta
- glicemia a digiuno
- presenza di diabete

- presenza di terapia anti-ipertensiva.

### **VIII fase:**

applicazione della carta del rischio. Il rischio cardiovascolare è diviso in 6 categorie (MCV I – VI): esso indica quante persone su 100 con quelle stesse caratteristiche potrebbero ammalarsi nei successivi 10 anni. Il calcolo del rischio cardiovascolare, che ci fornisce un punteggio, si effettua utilizzando il software cardiorischio dell'ISS.

I soggetti pertanto verranno classificati in base alla carta del rischio o al punteggio individuale, in tre categorie:

- basso rischio cardiovascolare globale assoluto a 10 anni: < 3%. I soggetti in tale categoria vanno incoraggiati a mantenere il loro stile di vita;
- Rischio da controllare tramite modifica dello stile di vita: rischio cardiovascolare globale assoluto fra valori superiori al 3% ed inferiori al 20% a 10 anni.
- Rischio elevato: rischio cardiovascolare globale assoluto uguale o superiore a 20%. Tali persone devono modificare il proprio stile di vita ed eventualmente vanno valutati per un trattamento farmacologico.

### **IX fase:**

l'operatore sanitario dovrà effettuare counselling ai propri pazienti prima e dopo la somministrazione della carta del rischio. Importante è l'apporto dei nuclei di coordinamento regionali.

### **X fase:**

la valutazione sarà effettuata tramite confronto con i dati di mortalità, con i dati derivanti dai DRG legati alle malattie cardiovascolari (MCV 5), con l'eventuale apporto dato dall'attivazione del Registro regionale degli eventi coronarici e cerebrovascolari, sempre in correlazione con l'ISS.

### **XI fase:**

si attiverà un controllo di qualità; si valuteranno i dati immessi dagli operatori sanitari coinvolti nel progetto nei primi 6-12-18-24 mesi e quante volte una stessa persona è valutata in un anno. Saranno

effettuate anche visite non preannunciate negli ambulatori/studi dei medici coinvolti nel progetto con una attività di clinical monitoring.

Cronoprogramma del progetto	Mesi											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Costituzione del progetto e dei comitati	X											
Preparazione del sistema informativo		X	X	X	X	X						
Arruolamento degli operatori sanitari					X	X	X	X	X	X	X	X
Individuazione del nucleo di supporto con elaborazione del piano di coordinamento		X	X	X	X	X						
Formazione degli operatori sanitari coinvolti				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definizione del sistema informativo e dello specifico software							X	X	X	X	X	X
Adozione del sistema di valutazione e di controllo di qualità										X	X	X
Attivazione dello screening dei soggetti ad alto rischio cardiovascolare												X