

Progetto: “PREVENZIONE DELLA PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE”**INTRODUZIONE***Epidemiologia*

Anche in Piemonte, come nel resto d'Italia, le malattie ischemiche del cuore rappresentano la principale causa di mortalità e di morbosità.

In Piemonte, ogni anno, muoiono circa 2800 uomini e 2400 donne per cardiopatia ischemica, per un tasso grezzo, rispettivamente, di 135 e 108 x 100.000 residenti, livelli lievemente inferiori a quelli medi italiani.

Se si esclude l'effetto confondente dell'età, il Piemonte risulta una delle regioni italiane a più bassa mortalità per cardiopatia ischemica (rispetto al valore italiano la mortalità è inferiore del 12% per gli uomini e del 16% per le donne). Si tratta di un fenomeno di lunga data, che inizia attorno alla metà degli anni '80, quando la mortalità in Piemonte inizia a decrescere con una velocità superiore al resto del Nord e dell'Italia in genere.

Questa protezione del Piemonte è confermata anche dai ricoveri ospedalieri. Nel 2002 si sono registrati circa 24.000 dimissioni con diagnosi principale di cardiopatia ischemica, 7800 dei quali (33%) infarti miocardici acuti. Anche in questo caso i tassi standardizzati di ospedalizzazione per infarto miocardico acuto, collocano il Piemonte tra le regioni a più bassa ospedalizzazione.

Nel complesso, quindi l'immagine del Piemonte fornita dai principali sistemi informativi è quella di una regione a basso rischio di cardiopatia ischemica. Questa situazione favorevole potrebbe essere in parte spiegata stili di vita più sani rispetto al resto d'Italia: la prevalenza di obesità e sovrappeso è infatti inferiore alla media italiana, così come l'abitudine al fumo di sigaretta; anche le abitudini alimentari sembrano essere più corrette: per esempio, la percentuale di soggetti che consumano verdura almeno 1 volta al giorno è superiore al resto dell'Italia.

La distribuzione del rischio coronarico, tuttavia, non è omogenea su tutto il territorio regionale; i tassi standardizzati di mortalità variano, tra le 22 ASL del Piemonte, da un minimo di 76 x 100.00 a un massimo di 129 x 100.000, tra gli uomini e da un minimo di 33 x 100.000 a un massimo di 50 x 100.000 tra le donne. Questa eterogeneità diventa ancora più spiccata scendendo a livello di distretto.

Oltre che sulla dimensione geografica, le differenze nella mortalità e nell'esposizione a fattori di rischio sono presenti anche sul piano sociale. Queste sono ben documentate soprattutto nella città di Torino, grazie ad un apposito sistema di sorveglianza della salute attivo sin dall'inizio degli anni '70 (Studio Longitudinale Torinese), dove è stato stimato che poco meno del 40% dei decessi per cardiopatia ischemica siano attribuibili al basso livello di istruzione. Per quanto riguarda il resto del Piemonte, invece, l'ospedalizzazione per infarto miocardico acuto, tra i soggetti a bassa scolarità, è superiore di circa il 10 – 20% rispetto alla media regionale.

Le differenze sociali nella morbosità sono anche correlate alle differenze nell'esposizione a fattori di rischio noti: fumo di sigaretta, obesità e sovrappeso, scarso controllo dell'ipertensione arteriosa, dieta aterogena, sono più frequenti nei gruppi sociali svantaggiati.

Nonostante il minore rischio cardiovascolare del Piemonte in confronto ad altre realtà nazionali, l'alta numerosità di eventi giustifica la necessità di interventi di prevenzione primaria all'interno della regione. L'individuazione di fasce di popolazione a maggiore rischio (per residenza o per condizioni socio-economiche) aiuta ad indirizzare gli interventi ai gruppi di popolazione selezionati.

Le attività di prevenzione in atto

Dal 1999 la Regione Piemonte ha varato il Programma Pluriennale Promozione Salute Piemonte (PSP); tale Programma, adottato con DGR, si fonda sull'osservazione che in Piemonte esiste una quota di mortalità/morbosità per malattie cardiovascolari e oncologiche riducibile attraverso interventi di contrasto dei fattori di rischio e di promozione dei fattori protettivi, che tengano conto della distribuzione degli stessi, con particolar riguardo alle disuguaglianze.

Con questo programma l'amministrazione regionale intendeva orientare le sue politiche sanitarie e non verso i determinanti di salute, creando le migliori condizioni per l'azione delle Aziende Sanitarie in alleanza con le comunità locali.

Gli obiettivi del programma erano:

- informare la popolazione piemontese sulla importanza che la Regione attribuisce alla prevenzione dei fattori di rischio;
- rendere più appropriata ed efficace la capacità di educazione, informazione e supporto dei medici di medicina generale ai soggetti a maggior rischio;
- modificare i comportamenti delle persone a maggior rischio che vengono a contatto con le strutture sanitarie;
- aumentare le conoscenze sulla distribuzione dei fattori di rischio ed il loro impatto sulla salute.

Le azioni del programma previste sia a livello regionale che a livello locale hanno riguardato:

- la comunicazione (campagne di comunicazione istituzionale multicanale; sono state sperimentate negli anni affissione murale, su mezzi di trasporto quali tram e treni, in stazioni ferroviarie, stampa di *leaflet* distribuiti in supermercati ed ipermercati, mercati rionali, farmacie, studi dei medici di medicina generale e uffici ASL, ospedali, stadi, ecc., kit per le scuole, calendari; organizzazione di eventi);
- la formazione degli operatori sia attraverso la realizzazione di interventi formativi "in presenza" (Nuclei Operativi Aziendali in ogni Azienda Sanitaria e – a cascata- medici di medicina generale: primo intervento formativo 2001, secondo intervento 2003), sia attraverso la formazione a distanza attraverso la newsletter "Punto In/Formazione Salute" inviata a tutti i medici di medicina generale. La formazione ha riguardato i seguenti aspetti: efficacia teorica e pratica della prevenzione, rischio globale assoluto, ruolo del medico di famiglia, utilizzo delle carte del rischio, utilizzo del counselling breve;

- la progettazione con gli operatori (prevalentemente sanitari ma non solo) di interventi per favorire il cambiamento degli individui e delle comunità, con il relativo finanziamento. In particolare:
 - sui temi dell'alimentazione e dell'attività fisica, attraverso il Laboratorio Alimentazione ed il Progetto Nutrizione Piemonte tutte le Aziende del Piemonte sono state coinvolte in progetti che riguardano i diversi *setting* (servizi sanitari, scuola, ambiente di lavoro);
 - sul tema del fumo è stato varato il Piano Regionale Anti Tabacco.

Il programma, ribadito dalla DGR 47-13556 del 4.10.2004 (Indicazioni programmatiche per la promozione della salute nella Regione Piemonte) è seguito da un Gruppo di Coordinamento Regionale formato da funzionari regionali ed esperti nei diversi ambiti disciplinari coinvolti, integrato da gruppi di lavoro tematici. Fattori di successo del Programma sono stati finora il respiro pluriennale, l'ambito non solo sanitario, l'attenzione per un approccio *evidence-based* e per la valutazione, l'integrazione di strategie a partenza regionale con quelle periferiche.

Nel territorio piemontese altri soggetti intervengono attivamente sui temi qui trattati, fra gli altri si possono citare l'assessorato regionale all'agricoltura, che sostiene progetti di educazione alimentare con le scuole, le società scientifiche di riferimento (cardiologia, oncologia, diabetologia, medicina dello sport, medicina generale ecc.), che sostengono attività di formazione e riorientamento della pratica clinica *evidence-based*, le associazioni di volontariato (lega tumori, amici del cuore ecc.) e di consumatori (slow-food, Coop, ecc.) che conducono, anche in collaborazione con le ASL, programmi di educazione alla salute.

Un'esperienza particolare è rappresentata dal progetto GIANO (Gestione dell'Ipertensione Arteriosa, Nuovi Orizzonti). Si tratta di un'esperienza che ha coinvolto 8 MMG della Provincia di Torino (che ha finanziato il progetto) che hanno messo in atto un protocollo di medicina di iniziativa basato sulla ricerca attiva, all'interno dei propri assistiti, di soggetti con ipertensione arteriosa. Questi soggetti venivano quindi inseriti in un percorso assistenziale secondo linee guida validate. La valutazione effettuata attraverso il confronto con la popolazione generale torinese e con gli assistiti di nuovi MMG partecipanti a una seconda edizione dello progetto ha dato buoni esiti sia in termini di aumentato compenso dell'ipertensione arteriosa, sia nella riduzione di eventi cardiovascolari maggiori, sia nella riduzione delle disuguaglianze sociali.

Date queste premesse, è ragionevole pensare che il livello di conoscenza sui fattori di rischio sia ampiamente diffuso nella comunità dei MMG e che l'utilizzo delle carte del rischio e del punteggio cardiovascolare siano strumenti altrettanto diffusi nella pratica della medicina generale, al punto che alcuni software gestionali in dotazione ai MMG già includono il programma per il calcolo del punteggio. Non è tuttavia noto con certezza il livello di diffusione presso i MMG del calcolo del punteggio, ne' la percentuale di cittadini ai quali il punteggio sia stato calcolato, ne' quali siano le modalità di gestione degli assistiti con punteggio di rischio elevato. Sembra quindi opportuno, prima di progettare attività di formazione/informazione dirette ai MMG, avere un quadro preciso del livello di conoscenze già acquisite tra i MMG regionali (sia in termini di fattori di rischio che di percorsi clinici), al fine di meglio indirizzare l'offerta formativa.

Obiettivo generale

Ridurre la prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione piemontese sia attraverso la diffusione della carta del rischio come strumento per l'identificazione dei soggetti a maggiore rischio, sia attraverso l'adozione di percorsi assistenziali efficaci per i soggetti a rischio elevato.

Obiettivi specifici

Per il raggiungimento dell'obiettivo generale vengono identificati i seguenti obiettivi specifici:

1. informazione diffusa ai medici e alla popolazione del Piemonte riguardo al rischio cardiovascolare e alla carta del rischio;
2. indagine conoscitiva presso i MMG del Piemonte sul livello di conoscenze del rischio cardiovascolare, sulla diffusione nella pratica quotidiana dell'utilizzo delle carte/punteggio del rischio e sulle strategie assistenziali in uso;
3. definizione e realizzazione di un percorso formativo per i MMG sul riconoscimento e la gestione del rischio cardiovascolare;
4. sperimentazione di un percorso assistenziale per il riconoscimento e la gestione del rischio cardiovascolare attraverso strumenti di medicina di iniziativa e di opportunità.

PIANO OPERATIVO

Di seguito vengono riportati gli elementi costitutivi dei 4 punti in cui si articola il progetto, con particolare riferimento ai punti che si intendono sviluppare nel corso del 2006. Ognuno di essi verrà sviluppato e dettagliato dal gruppo regionale di coordinamento del progetto; infatti, preliminarmente all'avvio di quanto indicato nel piano operativo la Regione Piemonte formalizzerà il gruppo di coordinamento e di monitoraggio del progetto.

Sono previste modalità di raccordo e integrazione con altri progetti di prevenzione attiva che prevedono azioni sui determinanti comuni. In particolare in allegato 1 è definita la modalità di raccordo con il progetto regionale antitabacco per la riduzione della prevalenza dei fumatori in Piemonte.

1. Informazione

L'informazione avverrà attraverso:

- a) iniziative *a distanza*, sia attraverso gli strumenti informativi già esistenti presso l'Assessorato Regionale per la comunicazione/informazione con i Medici di Medicina Generale, sia attraverso strumenti ad hoc in forma cartacea ed elettronica, corredata in questo caso di un forum di discussione, sia delle riviste di settore a diffusione regionale e provinciale;
- b) iniziative *ad hoc* (con modalità che andranno definite successivamente) in occasione della restituzione dei risultati dell'indagine conoscitiva di cui al punto 2.

Valutazione

Rappresenta indicatore di risultato di questa parte la pubblicazione su newsletter e riviste destinate ai MMG del Piemonte di articoli dedicati alla promozione dell'utilizzo della carta del rischio e alla prevenzione del rischio cardiovascolare.

2. Indagine conoscitiva

Obiettivo di questo punto è definire, all'interno della popolazione di MMG della regione (3600 MMG), qual è il livello di diffusione delle conoscenze sul rischio cardiovascolare, qual è il grado di utilizzo delle carte/punteggio del rischio e quali sono le procedure assistenziali/terapeutiche utilizzate in soggetti a rischio elevato.

I risultati dell'indagine rappresenteranno il livello di baseline necessario sia per programmare gli interventi formativi di cui al punto 3, sia per monitorare l'andamento temporale delle conoscenze e delle procedure assistenziali dei MMG in tema di prevenzione del rischio cardiovascolare.

A questo scopo verranno sviluppate le seguenti tappe:

- a) messa a punto di un questionario in grado di esplorare gli obiettivi conoscitivi di interesse;
- b) definizione di un campione rappresentativo di MMG (l'indagine campionaria appare come lo strumento più idonea allo scopo);
- c) realizzazione delle interviste mediante intervistatori appositamente formati;
- d) acquisizione dei dati su supporto informatico, validazione e risoluzione errori;
- e) analisi e pubblicazione di un rapporto di lavoro;
- f) presentazione dei risultati.

Valutazione

Rappresenta indicatore di risultato di questa fase la pubblicazione del rapporto finale e rappresentano indicatori di processo il rispetto dei tempi indicati nel cronoprogramma allagato, rilevato attraverso la presenza di un documento scritto per i diversi punti: presenza del questionario (2.a), presenza di una lista di MMG da intervistare (2.b), presenza di un data base informatizzato con i dati delle interviste (5.a).

3. Piano di formazione

Il 2006 sarà dedicato alla definizione del piano di formazione, da realizzare nel corso del 2007.

Gli obiettivi del 2006, anche sulla base dei risultati dell'indagine di cui al punto 2, sono costituiti da:

- a) identificazione degli obiettivi formativi, tra i quali possono già essere identificati i seguenti:
 - individuare le principali criticità per la riorganizzazione delle attività di studio al modello della medicina di iniziativa, le relative soluzioni ed implementarle nella realtà del proprio gruppo;
 - discutere ed applicare criticamente le carte del rischio cardiovascolare alle differenti tipologie di assistiti;
 - discutere ed applicare gli strumenti per l'individuazione dei fattori di rischio legati agli stili di vita (es. modello degli stadi del cambiamento);

- sperimentare tecniche di counseling di provata efficacia ed applicarle ai propri assistiti per la modificazione degli stili di vita (fumo, alcol, alimentazione e attività fisica) e per l'adesione alla terapia farmacologica;
 - discutere ed applicare le linee guida per il trattamento farmacologico (ipercolesterolemia e ipertensione);
 - individuare e concordare con i livelli specialistici percorsi diagnostico-assistenziali per i soggetti a rischio;
- b) una volta precisati gli obiettivi formativi verranno identificati i tempi e modi del percorso di apprendimento, le modalità di valutazione e i docenti da coinvolgere, anche attraverso la revisione bibliografica sui modelli di formazione maggiormente efficaci.

Inoltre, il percorso di formazione dovrà tenere conto delle attività già presenti in ambito regionale (quali, per esempio il Piano Regionale Anti Tabacco) al fine di integrarsi con esse per realizzare le necessarie economie di scala.

L'attività formativa verrà sviluppata nel corso del 2007.

Valutazione

Rappresenta indicatore di risultato la disponibilità di un piano di formazione per MMG con caratteristiche tali da renderlo idoneo all'accreditamento ai fini ECM.

4. Sperimentazione

Obiettivi

Valutare, sia nella popolazione generale, sia nei MMG, l'efficacia di un modello procedurale di gestione del rischio cardiovascolare in grado di:

nella popolazione

- ridurre l'esposizione a fattori di rischio comportamentali;
- aumentare la transizione negli stadi del cambiamento verso stili di vita "sani";
- aumentare il compenso di fattori di rischio modificabili con trattamento farmacologico;
- ridurre morbosità e della mortalità per cardiopatia ischemica e vasculopatie cerebrali;

nei MMG:

- aumentare le conoscenze sui fattori di rischio;
- aumentare l'aderenza alle linee guide.

Il modello sarà caratterizzato da:

1. un percorso di formazione specificamente dedicato al riconoscimento e alla gestione del rischio cardiovascolare;
2. la ricerca attiva dei soggetti a rischio (medicina di opportunità e di iniziativa);

3. l'applicazione di un percorso assistenziale secondo linee guida concordate.

L'efficacia verrà valutata sia in assoluto, sia tenendo conto dell'interazione con le differenze di rischio geografiche, sociali ed etniche.

Il modello

Compito del gruppo regionale è quello di mettere a punto il modello da sottoporre a sperimentazione. Questo dovrà identificare:

- a) il percorso di monitoraggio dei soggetti a rischio che privilegi:
 - o le linee guida esistenti per individuare le *best practices* di gestione del rischio globale;
 - o il *counselling* come strumento di modificazione degli stili di vita;
 - o la terapia farmacologia *evidence based* per alcune condizioni cliniche (ipercolesterolemia e ipertensione arteriosa);
 - o il raccordo/integrazione con altri progetti di gestione integrata MMG / specialisti già presenti in ambito regionale (per esempio percorsi assistenziali del diabete, Piano Regionale Anti Tabacco, ambulatori nutrizionali, ecc.), allo scopo di realizzare le necessarie economie di scala.

- b) il percorso di formazione alla gestione del paziente con rischio cardiovascolare elevato, che è parte integrante del modello da sperimentare; in prima approssimazione, questo sarà composto da due moduli di tre seminari aventi come oggetto rispettivamente:

Primo modulo

- strumenti di individuazione e stadiazione del rischio (carte e disponibilità al cambiamento);
- strumenti organizzativi per una medicina di iniziativa sulla prevenzione/controllo del rischio cardiovascolare;
- strumenti di *counseling* breve;

Secondo modulo

- linee guida per la gestione del paziente ad elevato rischio cardiovascolare (trattamenti farmacologici e non);
- percorsi diagnostico-assistenziali per i pazienti ad elevato rischio cardiovascolare.

La valutazione di apprendimento sarà effettuata al termine di ogni modulo ed attraverso osservazione diretta dell'attività di studio. Saranno previsti incontri di follow up (discussione incidenti critici e rinforzo delle competenze) per tutta la durata della sperimentazione, indicativamente a scadenza bimestrale.

Rappresenta indicatore di risultato di queste due fasi la presenza di un documento condiviso sul percorso assistenziale, inclusivo del piano di formazione.

Il protocollo di studio

Per la valutazione di efficacia dell'intero percorso si ricorrerà ad uno studio randomizzato controllato con due bracci di trattamento.

La popolazione dello studio sarà rappresentata dagli assistiti dei MMG che lavorano con caratteristiche di "medicina di gruppo" (oltre il 20% dei MMG del Piemonte), dal momento che la presenza di una infermiera e segretaria sono considerati un prerequisito indispensabile alla realizzazione del piano.

Sulla base dei dati di letteratura e dell'esperienza maturata nel corso del progetto GIANO è possibile stimare in 10.000 assistiti per braccio il numero di necessario a valutare differenze di esito (punteggio di rischio cardiovascolare, riconoscimento e controllo dell'ipertensione, ricoveri per eventi cardio e cerebrovascolari) dell'ordine del 50%. Si tratta quindi di includere 40 MMG da randomizzare in un gruppo di trattamento e uno di controllo.

In sintesi, il progetto si articolerà nelle seguenti fasi:

- a) messa a punto del modello procedurale da sperimentare;
- b) definizione del protocollo di studio e individuazione degli strumenti informativi necessari alla costruzione degli indicatori di processo e risultato;
- c) previo accordo con le organizzazioni sindacali dei MMG, presentazione ai MMG coinvolti ("medicina di gruppo") del protocollo dello studio e richiesta la disponibilità a partecipare;
- d) campionamento (tra gli aderenti) di 40 MMG, che verranno randomizzati in un gruppo di trattamento e uno di controllo;
- e) adeguamento dei software gestionali in uso presso i MMG alle esigenze del progetto;
- f) formazione dei MMG appartenenti al braccio di trattamento e formazione, di tutti i MMG arruolati all'uso degli strumenti di rilevazione;
- g) avvio delle attività con gli assistiti;
- h) monitoraggio periodico del progetto;
- i) stesura del primo rapporto.

Rappresentano indicatori di risultato il protocollo dello studio, inclusivo del piano di monitoraggio e di valutazione finale, la presentazione del progetto ai MMG e l'avvio della sperimentazione.

Coordinamento

Il coordinamento del progetto si realizza su tre piani: il primo di carattere amministrativo/organizzativo, il secondo tecnico-operativo, il terzo tecnico scientifico.

Il piano amministrativo prevede la creazione a livello dell'Assessorato Tutela della salute e sanità di un gruppo di lavoro a cui partecipano tutti i settori con competenza in materia (gestione convenzioni con MMG, formazione, promozione della salute, prevenzione in ambienti di vita e di lavoro).

Compiti di questo piano sono:

- predisposizione degli atti amministrativi necessari;
- coordinamento gestionale del progetto;
- definizione degli accordi con le associazioni professionali e scientifiche coinvolte;
- coordinamento amministrativo delle attività di formazione;
- gestione dei rapporti con fornitori (per esempio software, materiale editoriale, ecc.).

Il piano tecnico di coordinamento, i cui compiti sono:

- il coordinamento tecnico del progetto che include:
 - supervisione metodologica per gli aspetti di disegno dello studio, di analisi dei dati e di revisione bibliografica;
 - acquisizione delle basi di dati;
 - predisposizione dei piani di analisi e dei modelli statistici appropriati;
 - elaborazione e calcolo degli indicatori;
 - predisposizione dei rapporti di ricerca.

Il piano tecnico-scientifico prevede la costituzione di un comitato tecnico scientifico a cui partecipano esperti di dominio (MMG, cardiologi, epidemiologi, esperti di formazione, funzionari regionali, ecc). Compiti di questo piano sono:

- definizione del piano di valutazione del progetto;
- definizione del protocollo di studio sperimentale;
- validazione dei materiali informativi e dei percorsi formativi;
- supervisione delle attività;
- coordinamento dei percorsi assistenziali;
- definizione dei percorsi formativi e valutazione degli stessi.

Cronoprogramma

| Fasi del progetto | 2006 | | | | | | | | | | | | 2007 |
|---|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| | Gen | Feb | Mar | Apr | Mag | Giu | Lug | Ago | Set | Ott | Nov | Dic | |
| Formalizzazione gruppo di lavoro | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Informazione | | | | | | | | | | | | | |
| <i>1.a a distanza</i> | | | | | | | | | | | | | |
| <i>1.b ad hoc</i> | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Indagine conoscitiva | | | | | | | | | | | | | |
| <i>2.a il questionario</i> | | | | | | | | | | | | | |
| <i>2.b il campione</i> | | | | | | | | | | | | | |
| <i>2.c interviste</i> | | | | | | | | | | | | | |
| <i>2.d acquisizione dati</i> | | | | | | | | | | | | | |
| <i>2.e analisi e pubblicazione</i> | | | | | | | | | | | | | |
| <i>2.f restituzione risultati</i> | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Piano di formazione | | | | | | | | | | | | | |
| <i>3.a individuazione obiettivi</i> | | | | | | | | | | | | | |
| <i>3.b stesura piano</i> | | | | | | | | | | | | | |
| <i>3.c realizzazione</i> | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Sperimentazione | | | | | | | | | | | | | |
| <i>4.a il modello procedurale</i> | | | | | | | | | | | | | |
| <i>4.b il protocollo e gli strumenti di rilevazione</i> | | | | | | | | | | | | | |
| <i>4.c presentazione ai MMG</i> | | | | | | | | | | | | | |
| <i>4.d campionamento e randomizzazione</i> | | | | | | | | | | | | | |
| <i>4.e software</i> | | | | | | | | | | | | | |
| <i>4.f formazione</i> | | | | | | | | | | | | | |
| <i>4.g avvio attività</i> | | | | | | | | | | | | | |
| <i>4.h monitoraggio</i> | | | | | | | | | | | | | |
| <i>4.i stesura primo rapporto</i> | | | | | | | | | | | | | |
| Coordinamento | | | | | | | | | | | | | |

Impegno previsto per figura professionale nel corso del 2006

| Fasi del progetto | Impegno previsto per figura professionale (giornate di lavoro) | | | | |
|--|--|---|----------------|--|-----|
| | Epidemiologo/statistico/analista senior | Epidemiologo/statistico/analista junior | Amministrativo | Altre figure (intervistatore documentarista psicologo,.) | MMG |
| 1. Informazione | | | | | |
| 1.a a distanza | 3 | | | | |
| 1.b ad hoc* | | | 5 | | |
| 2. Indagine conoscitiva | | | | | |
| 2.a il questionario | 40 | 10 | 7 | | |
| 2.b il campione | | | | | |
| 2.c interviste | | 8 | | 30* | |
| 2.d acquisizione dati | 15 | 5 | 10 | | |
| 2.e analisi e pubblicazione | 40 | 20 | 5 | | |
| 2.f restituzione risultati | 15 | | | | 10 |
| 3. Piano di formazione | | | | | |
| 3.a individuazione obiettivi | | | | | |
| 3.b stesura piano | 10 | 10 | | | |
| 3.c realizzazione | | | | | |
| 4. Sperimentazione | | | | | |
| 4.a il modello procedurale | 5 | 15 | | | |
| 4.b il protocollo e gli strumenti di rilevazione | 30 | 10 | 5 | | |
| 4.c presentazione ai MMG | 2 | | | | |
| 4.d campionamento e randomizzazione | 2 | | | | |
| 4.e software | 8 | | | | |
| 4.f formazione | 15 | 10 | | 15 | 10 |
| 4.g avvio attività | | | 5 | | |
| 4.h monitoraggio | 5 | | | | |
| 4.i stesura primo rapporto | | | | | |
| Coordinamento | 15 | | | | |

* i costi sono inclusi nella voce 2.f.

** il carico di lavoro dei MMG arruolati nel progetto non è valorizzato in termini di giornate di lavoro, ma di assistiti arruolati

ALLEGATO 1

PROGETTO PER LA RIDUZIONE DELLA PREVALENZA DEI FUMATORI IN PIEMONTE

Razionale

Le dimensioni del problema fumo in Piemonte

Nel 2002 la prevalenza dei fumatori in Piemonte era del 25,2%, con una proporzione di uomini del 31,6% e di donne del 19,1%. La fascia d'età in cui, nello stesso anno, era maggiore la prevalenza di fumatori è quella compresa tra i 30 e i 44 anni, per entrambi i sessi (37,5% tra gli uomini e 26,7% tra le donne). (Faggiano, 2005)
Inoltre dagli ultimi dati ISTAT del 2006 emerge che a fronte della diminuzione nel tempo della percentuale di fumatori, si registra un aumento delle disuguaglianze sociali nel consumo di tabacco, soprattutto a causa di una maggiore propensione a iniziare a fumare delle persone in condizioni socio-economiche meno favorevoli.

Impatto sulla salute

Il fumo di sigaretta è considerata la principale singola causa di malattia e di morte prevenibile nei paesi industrializzati (IARC, 2004).

Il peso sulla salute di questa abitudine, in termini di ricoveri e decessi attribuibili al fumo di tabacco, è notevole: nel 2003 26.280 ricoveri erano attribuibili al fumo; essi rappresentano il 4,6% (7,7% se si considerano solo gli uomini) di tutti i ricoveri effettuati in Piemonte; nel 2001 il 20,5% dei decessi fra gli uomini e il 4% fra le donne erano fumo-correlati. Queste stime rappresentano la quota di morbosità e mortalità che possono essere evitate o ridotte con interventi volti a eliminare il fumo di tabacco.

Impatto sui costi sanitari

Dai dati di letteratura emerge una forte evidenza che il consiglio breve (generalmente di 3 minuti) per smettere di fumare da parte di un operatore sanitario, fornito a tutti i fumatori, porti a una percentuale di cessazione pari a circa il 2%. (Silagy, 2000). Tale effetto è indipendente dall'età, dal sesso e dal fatto che il fumatore sia affetto o meno da un disturbo fumo-correlato.

I dati pubblicati in letteratura riportano un costo per anno di vita guadagnato stimato intorno a 266 euro per il consiglio breve dell'operatore di primo livello e 300 euro circa per il supporto comportamentale associato a terapia sostitutiva o con bupropione, a fronte di un costo medio per anno di vita guadagnato con interventi medici generali per salvare una vita di circa 16.000 euro. L'intervento da parte di operatori sia di 1° che di 2° livello su soggetti di età pari a circa 40 anni aiuterà alcuni di loro a smettere di fumare circa 25 anni prima di quanto farebbero in assenza di un intervento, con un guadagno di quasi 6 anni di vita. (Smoking Cessation Guidelines for Scotland, 2004). Da ciò emerge come sia il consiglio a smettere di fumare da parte del Medico di Medicina Generale che i trattamenti offerti nell'ambito dei Centri Antifumo, portino a notevoli benefici, anche in termini economici.

Inoltre la cessazione da parte di soggetti tra i 25 e i 49 anni ha un impatto sulla salute dei loro figli, in quanto elimina l'esposizione di questi ultimi al fumo passivo e costituisce un esempio di comportamento positivo che può ridurre il rischio di iniziazione al fumo.

Situazione attuale presso i servizi per la cessazione del Piemonte

Da un'indagine condotta dal CPO Piemonte per gli anni 2003-2004, sono emerse le seguenti criticità:

- una scarsa aderenza delle attività implementate alle principali acquisizioni scientifiche;
- una generale debolezza della componente di valutazione degli interventi effettuati;
- una scarsa integrazione tra i servizi e gli operatori attualmente attivi;
- uno scarso impatto dei servizi per la disassuefazione sulla popolazione;
- difficoltà di accesso ai servizi, a causa della disomogeneità della loro distribuzione sul territorio.

L'impegno della Regione Piemonte

La Regione Piemonte ha recentemente avviato le attività previste dal Piano Regionale Anti-Tabacco, cui questo progetto, volto alla riduzione della prevalenza dei fumatori piemontesi, intende contribuire.

PREMESSA

Il progetto si pone come obiettivo la riduzione della prevalenza dei fumatori piemontesi fra i 25 e i 49 anni, con particolare attenzione ad interventi che possono ridurre le disuguaglianze sociali nell'abitudine al fumo. Il progetto prevede la sperimentazione e la diffusione di percorsi di disassuefazione che tengano conto del contesto piemontese e delle evidenze scientifiche disponibili

Il progetto è caratterizzato da 2 fasi:

1. Analisi del contesto/definizione e sperimentazione del modello (Pagine 3-5)
2. Diffusione e messa a regime del modello (Pagine 6-12)

TABELLA RIASSUNTIVA DEI TEMPI PREVISTI DALLA PRIMA FASE DEL PROGETTO

| | 1 anno | | | | | | | | | | | |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|
| | 1 mese | 2 mese | 3 mese | 4 mese | 5 mese | 6 mese | 7 mese | 8 mese | 9 mese | 10 mese | 11 mese | 12 mese |
| Indagine preliminare | | | | | | | | | | | | |
| Fase pilota | | | | | | | | | | | | |
| Valutazione | | | | | | | | | | | | |

Alla prima fase seguirà una seconda che si articolerà come segue

| | 1° anno | 2° anno | 3° anno |
|---|---------|---------|---------|
| 1° livello | | | |
| Formazione | | | |
| 2° livello | | | |
| Cessazione | | | |
| Gestione | | | |
| Sistema informativo | | | |
| Organizzazione, monitoraggio, valutazione | | | |

La prima fase si raccorda con il *Progetto per la prevenzione della patologia cardiovascolare* poiché il fumo di sigaretta costituisce uno dei comportamenti correlati al rischio di contrarre patologie cardiovascolari.

Le attività integrate con il progetto di cui sopra riguardano:

- 1 Indagine conoscitiva.
- 2 Pianificazione e realizzazione delle attività di formazione

ANALISI DEL CONTESTO/DEFINIZIONE E SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO (FASE 1)

Con la prima fase del progetto si intendono individuare vincoli e opportunità legati all'attuale organizzazione del percorso di disassuefazione in cui sono coinvolti i fumatori piemontesi che intendono smettere di fumare.

Dall'analisi dei bisogni emersi da questa fase preliminare si procederà ad apportare gli interventi correttivi necessari a rendere il percorso maggiormente efficace ed efficiente, ridefinendo modalità di accesso ai servizi di 1° e 2° livello e ambiti di azione degli operatori coinvolti sulla base delle evidenze disponibili in letteratura.

Alcune delle azioni di seguito riportate sono ricomprese e si coordinano a quelle del progetto Prevenzione della patologia cardiovascolare, nell'ottica di rispondere all'esigenza di una maggiore integrazione delle diverse azioni implementate in Piemonte nel campo della prevenzione.

INDAGINE PRELIMINARE

Obiettivo generale

L'indagine conoscitiva si propone di analizzare gli attuali percorsi all'interno del sistema sanitario piemontese in cui si inserisce il fumatore intenzionato a smettere di fumare.

Obiettivi specifici

1. Individuare i fattori favorenti e limitanti l'accesso ai servizi di disassuefazione di 1° e 2° livello del fumatore
2. Individuare eventuali scostamenti rispetto alle indicazioni basate su prove di efficacia nel trattamento e nei percorsi di disassuefazione
3. Rilevare sulla base dei dati raccolti nelle prime fasi dell'indagine i bisogni formativi degli operatori coinvolti nei percorsi di disassuefazione.

Azioni

Per rispondere ai bisogni specifici sopra indicati l'indagine prevede le seguenti azioni:

1. Indagine su bisogni e aspettative dei fumatori, potenziali clienti, rispetto ai servizi di cessazione
2. Analisi e definizione delle attuali caratteristiche organizzative dei servizi di cessazione di 2° livello sul territorio piemontese (aggiornamento indagine riguardante 2003-2004)
3. Indagine presso MMG, pediatri e ostetriche sugli interventi di cessazione e modalità di invio ai servizi di 2° livello

FASE PILOTA

Obiettivo generale

Formalizzare il percorso di disassuefazione e le modalità di accesso del fumatore ai servizi di 1° e 2° livello.

Obiettivi specifici

1. Sperimentare la riorganizzazione dei percorsi di disassuefazione in due ASL/ASO piemontesi.
2. Aggiornare/formare MMG, Pediatri, Ostetriche (1° livello) e operatori dei Centri Antifumo (2° livello), al fine di rendere efficaci i percorsi di disassuefazione

Azioni

1. Formazione

Integrazione del percorso di formazione dei MMG con quello previsto nel progetto **Prevenzione della patologia cardiovascolare** e all'efficace inserimento delle loro azioni nei percorsi di disassuefazione individuati dal modello sperimentato

Per pediatri e ostetriche formazione al counselling e all'efficace inserimento delle loro azioni nei percorsi di disassuefazione ridefiniti

2. Predisposizione di un sistema di raccolta dati e di flussi informativi per monitorare il percorso di disassuefazione dei fumatori coinvolti nella fase pilota, sulla base degli indicatori previsti dal progetto
3. Indagini *ad hoc* sulle barriere e le criticità che possono emergere nell'applicazione del modello sperimentato, sia per gli operatori sanitari che per i fumatori coinvolti

VALUTAZIONE PRIMA FASE DEL PROGETTO

Alla conclusione della fase pilota si procederà all'analisi dei dati raccolti ed ad una prima valutazione del modello sperimentato, in relazione sia all'efficacia dell'intervento in termini di riduzione della prevalenza di fumatori che all'efficienza dei percorsi definiti.

TEMPI PREVISTI PER LA FASE 1

12 mesi, come da tabella.

| | 1° anno | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|----------|----------|
| | 1° mese | 2° mese | 3° mese | 4° mese | 5° mese | 6° mese | 7° mese | 8° mese | 9° mese | 10° mese | 11° mese | 12° mese |
| Indagine preliminare | | | | | | | | | | | | |
| Fase pilota | | | | | | | | | | | | |
| Valutazione | | | | | | | | | | | | |

DIFFUSIONE E MESSA A REGIME DEL MODELLO (FASE 2)

Vista la maggior prevalenza di fumatori fra i giovani adulti e gli adulti, visti i benefici economici e di salute derivanti dalla cessazione dell'abitudine al fumo soprattutto per questa fascia di età, il progetto si propone i seguenti obiettivi:

Obiettivo generale

Riduzione del 2% della prevalenza dei fumatori piemontesi fra i 25 e i 49 anni entro il 2008, con particolare attenzione ad interventi che possono ridurre le disuguaglianze sociali nell'abitudine al fumo.

Obiettivi specifici

1. Attivazione degli operatori di 1° livello e loro messa in rete
2. Riorganizzazione e potenziamento dei Centri Antifumo (CAF)
3. Facilitazione dell'accesso ai servizi per la cessazione per i gruppi di popolazione svantaggiati.

Risultati attesiPer l'obiettivo specifico n°1

- Individuazione da parte degli operatori di 1° livello (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Famiglia, medici competenti delle aziende) dei pazienti fumatori, loro registrazione attraverso un sistema di *provider reminder* e intervento di *counselling* breve, con indirizzo ai CAF di quanti ne abbiano necessità, sulla base di raccomandazioni standardizzate
- Individuazione da parte delle ostetriche delle donne in gravidanza fumatrici, intervento di *counselling* breve e indirizzo delle forti fumatrici a percorsi di cessazione *ad hoc* in collegamento con i CAF

Per l'obiettivo specifico n°2

- Offerta da parte di tutti i CAF del Piemonte di trattamenti la cui efficacia è stata dimostrata dalla letteratura scientifica
- Applicazione da parte di tutti i CAF del Piemonte di procedure standardizzate per l'accoglienza e la presa in carico dei fumatori, il trattamento dei dati, la cura e il follow-up
- Istituzione di nuovi CAF nelle aree territoriali che ne sono sprovviste e potenziamento di quelli esistenti, in base alle carenze riscontrate

Per l'obiettivo specifico n°3

- Accesso gratuito ai servizi per la cessazione a seguito dell'invio da parte degli operatori di 1° livello

Attività

Per l'obiettivo specifico n°1

- Sensibilizzazione dei professionisti sopra indicati alle azioni previste
- Formazione degli stessi al *counselling* ove se ne verifichi la necessità¹
- Predisposizione/adeguamento degli strumenti organizzativi necessari all'attivazione dei promemoria
- Diffusione di raccomandazioni per il trattamento e l'invio dei fumatori ai CAF

Per l'obiettivo specifico n°2

- Diffusione a tutti i CAF delle evidenze scientifiche sui trattamenti efficaci e degli standard organizzativi per la conduzione degli stessi
- Individuazione delle aree in cui istituire i nuovi CAF o potenziare quelli esistenti

Per tutti gli obiettivi

- Monitoraggio delle azioni.
- Valutazione dei risultati.

Strumenti

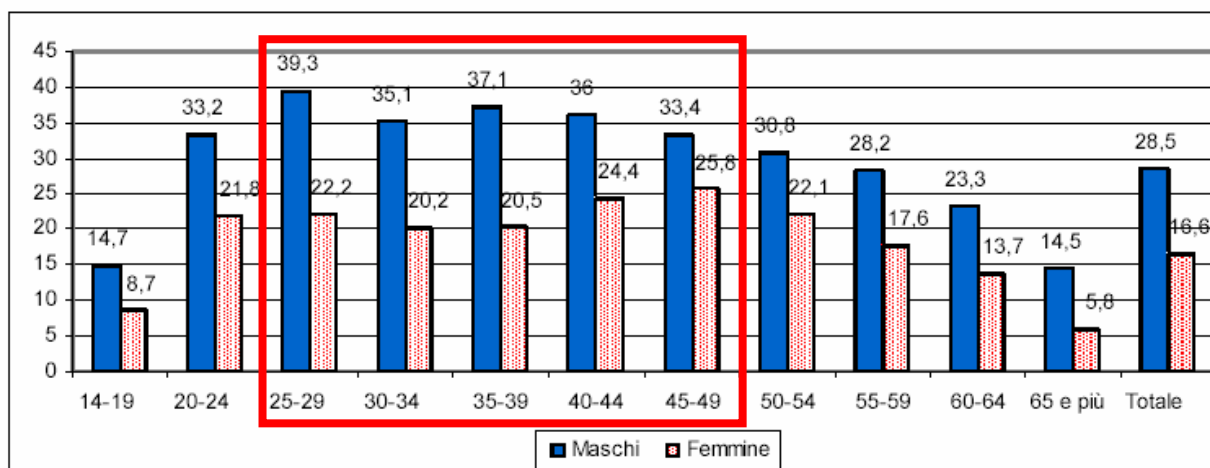
Per realizzare le attività previste potranno essere utilizzati diversi strumenti, come ad esempio l'organizzazione di conferenze di consenso per gli operatori, la progettazione di interventi formativi quali corsi, seminari, workshop, la diffusione di linee guida e raccomandazioni presenti in letteratura.

Benefici previsti del progetto

Target: popolazione piemontese fra i 25 e i 49 anni (=1.653.987 persone)

In questa quota di popolazione si concentrano le classi d'età con una maggiore prevalenza di fumatori. Dai dati ISTAT (2005) risulta infatti che la quota di fumatori più elevata è per gli uomini tra i 25 e i 29 anni (39,3%) e per le donne tra i 45 e i 49 anni (25,8%).

Grafico 1. Fumatori abituali di 14 anni e più per classe di età e sesso – Dicembre 2004 - Marzo 2005 (per 100 persone dello stesso sesso ed età)



I fumatori piemontesi in questa fascia d'età (25-49 anni) sono circa 480.000 (Faggiano, 2004).

I forti fumatori (20 sigarette e più al giorno) in questo gruppo rappresentano circa il 37 % (ISTAT, 2005), che equivale a 179.000 fumatori.

Il progetto intende coinvolgere nel 1° livello i MMG, i Pediatri di Famiglia e le ostetriche. La tabella 1 riporta una stima del numero di professionisti del primo livello operanti in Regione Piemonte.

¹ La formazione al *counselling* dei MMG sarà integrata nel progetto di **Prevenzione della patologia cardiovascolare**

Tabella 1.

| Operatori sanitari piemontesi di primo livello in Piemonte | | |
|---|----------------------|------------|
| MMG | Pediatri di Famiglia | Ostetriche |
| 3600 | 450 | 800 |

INDICATORE 1

Numero di fumatori che ciascuna categoria professionale può incontrare nella propria attività / per anno

Medici di Medicina Generale (MMG)**Assumendo che**

- 1) Il MMG vede nell'arco di un anno circa il 70% dei suoi assistiti (Fiore, 2000)
- 2) La popolazione target del progetto (25- 49 anni) rappresenta una quota di assistiti più sana e che ricorre meno al MMG
- 3) Il MMG vede nell'arco di un anno circa il 60% degli assistiti fra i 25 e i 49 anni

La quota di fumatori piemontesi incontrata complessivamente ogni anno dai MMG è pari a 290.000

Pediatri**Assumendo che**

- 1) Le gravidanze piemontesi sono circa 32.000/anno
- 2) Ogni pediatra vede circa 70 nuovi nati ogni anno (32000/450).
- 3) Ogni pediatra entra in contatto con circa 140 genitori ogni anno, di cui il 32% (=45) è fumatore

La quota di genitori fumatori piemontesi incontrata complessivamente ogni anno dai Pediatri di Famiglia è pari a 20.000

Ostetriche**Assumendo che**

- 1) Delle **ostetriche** piemontesi circa 800 si occupano direttamente di assistenza alle donne in gravidanza
- 2) Le gravidanze piemontesi in un anno sono circa 32000.
- 3) La percentuale di donne fumatrici è pari al 23,7% (ISTAT 2005), per un totale di 7584 donne in gravidanza che fumano
- 4) Il 62% di queste donne fumatrici smette di fumare prima della fine della gravidanza, mentre il restante 38% continua a fumare fino al termine della gravidanza (ISTAT 1999)

La quota di donne fumatrici in gravidanza incontrata complessivamente ogni anno dalle ostetriche è pari a 3000

| |
|---|
| TOTALE: 313.000 fumatori incontrati ogni anno dagli operatori sanitari di 1° livello |
|---|

INDICATORE 2

Impatto del counselling breve sulla quota di fumatori che ciascuna categoria professionale incontra nel corso propria attività / per anno

Assumendo che

- 1) Il counselling breve da parte del MMG ottiene un tasso di cessazione del **2%** (Smoking cessation Guidelines for Scotland, 2004)
- 2) Per quanto riguarda il counselling ostetrico è ipotizzabile un tasso di successo del **10%** (Smoking cessation Guidelines for Scotland, 2004)

La quota di fumatori piemontesi che potrebbero abbandonare l'abitudine al fumo a seguito dell'intervento degli operatori di primo livello è pari a:

5775 fumatori per i MMG

400 fumatori per i Pediatri di Famiglia

288 fumatori per le ostetriche

TOTALE: 6463 fumatori smettono di fumare a seguito dell'intervento degli operatori sanitari di 1° livello

INDICATORE 3

Numero di fumatori che ciascuna categoria professionale di 1° livello può inviare ai CAF / per anno

Assumendo che

1) L'invito a rivolgersi al CAF sarà fatto alla quota di forti fumatori, vale a dire coloro che fumano più di 20 sigarette al giorno (37%, ISTAT 2005)

2) La compliance all'invio sia pari al 25%

3) Per quanto riguarda le ostetriche NON avvenga un invio al CAF, ma si realizzi un counselling o l'organizzazione di percorsi di disassuefazione *ad hoc* in collaborazione con i CAF

MMG: 27.000 fumatori che accedono al CAF.

Pediatri: 1.800 fumatori che accedono al CAF.

TOTALE: 28.800 fumatori accedono al CAF

INDICATORE 4

% di successo dei CAF sui fumatori inviati / per anno

Assumendo che

1) L'efficacia dei trattamenti nei CAF (*counselling* breve e di gruppo associato a terapia farmacologica) si attesta su valori compresi tra il 10% e il 15% (Smoking Cessation Guidelines for Scotland, 2004)

2) La proporzione media di successi sia pari al 12,5%

I fumatori che smettono di fumare fra quelli inviati ai CAF dai MMG sono 3360

I fumatori che smettono di fumare fra quelli inviati ai CAF dai pediatri sono 231

TOTALE: 3600 fumatori smettono di fumare a seguito di un trattamento di 2° livello

INDICATORE 5

% di fumatori di 25-49 anni di età che smettono di fumare in un anno in Piemonte

Intervento di counselling (INDICATORE 2) + CAF (indicatore 4) = 6463 + 3600

TOTALE: 10.000 fumatori smettono di fumare con interventi di 1° e 2° livello, per una riduzione della prevalenza dei fumatori piemontesi di 25-49 anni pari al 2%.

Studio di fattibilità

Lo studio di fattibilità prevede un'analisi quantitativa e qualitativa su 3 livelli:

- individuazione e caratterizzazione dei potenziali clienti dei CAF
- analisi e definizione delle caratteristiche organizzative dei CAF (reclutamento, trattamento, *follow up*, ecc.)
- analisi e definizione della rete di relazioni tra operatori di 1° e servizi di 2° livello

Bibliografia

- Faggiano F, Fatti e cifre sul fumo di tabacco. Piemonte 2005. Torino: Regione Piemonte, Maggio 2005.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guidelines. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2000.
- Giordano L., Charrier L., Coppo A., D'Elia P., Di Stefano F., Molinar R., Piccinelli C., Senore C., Segnan N. Le attività di contrasto al fumo di tabacco nella Regione Piemonte, CPO, quaderno n°8, 2005.
- IARC. Monographs vol.83. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Lyon: WHO, 2004.
- Silagy C. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2000
- Smoking Cessation Guidelines for Scotland, 2004. NHS Health Scotland and ASH Scotland, 2004.