

PROGETTO DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE

1. Introduzione

Le malattie del sistema cardiocircolatorio rappresentano nei paesi occidentali la causa più frequente di mortalità, morbosità e invalidità permanente. Nel 1998 in Italia i decessi per malattie cardiovascolari hanno rappresentato il 44,1% di tutte le cause mentre in Sardegna sono state pari al 40,8%. I tassi di mortalità standardizzati per età sono stati pari, sempre nel 1998, a 151,1 decessi per centomila abitanti in Italia, mentre in Sardegna, nello stesso anno, sono stati pari a 144,4, un tasso quindi lievemente inferiore a quello nazionale.

Le singole patologie che maggiormente concorrono a determinare questi tassi sono l'infarto del miocardio e l'ictus cerebrale. Mentre l'infarto del miocardio è la prima causa di morte in assoluto, l'ictus cerebrale risulta essere la terza causa di morte dopo l'infarto e i tumori in toto, ma è la prima causa di invalidità permanente. Sia l'infarto sia l'ictus riconoscono fattori di rischio comuni pur non essendo sovrapponibili per importanza. Infatti il fattore di rischio più importante per l'ictus è costituito dall'ipertensione arteriosa mentre per l'infarto del miocardio è l'ipercolesterolemia. Gli altri fattori di rischio più importanti risultano: il diabete mellito, il fumo da sigaretta, l'inattività fisica, l'obesità (tabella 1).

Tabella 1. Fattori di rischio modificabili per infarto del miocardio e ictus cerebrale e rischio attribuibile di popolazione in percentuale (A public health action plan to prevent heart disease and stroke, CDC, Atlanta 2003)

Fattori di rischio	Infarto del miocardio	Ictus cerebrale
Iperensione arteriosa	25%	26%
Fumo da sigaretta	22%	12%
Ipercolesterolemia	43%	10%
Diabete	8%	3%
Obesità	17%	20%
Inattività fisica	35%	Non disponibile

Secondo l'Osservatorio Epidemiologico cardiovascolare dell'ISS, in Sardegna sono ipertesi o sotto trattamento specifico il 33% degli uomini ed il 29% delle donne; presentano una ipercolesterolemia (colesterolo \geq 240 mg/dl) il 21% degli uomini ed il 28% delle donne; il 23% degli uomini fuma in media 18 sigarette al giorno mentre il 19% delle donne ne fuma 13; risultano obesi ancora il 16% degli uomini ed il 14% delle donne mentre il 7% degli uomini ed il 6% delle donne risulta essere diabetico (glicemia con valore uguale o superiore a 126 mg/dl); coloro che non praticano attività fisica nel tempo libero sono rispettivamente il 26% degli uomini ed il 33% delle donne.

(www.cuore.iss.it/distribuzione/img/regioni/sardegna/sardegna.asp).

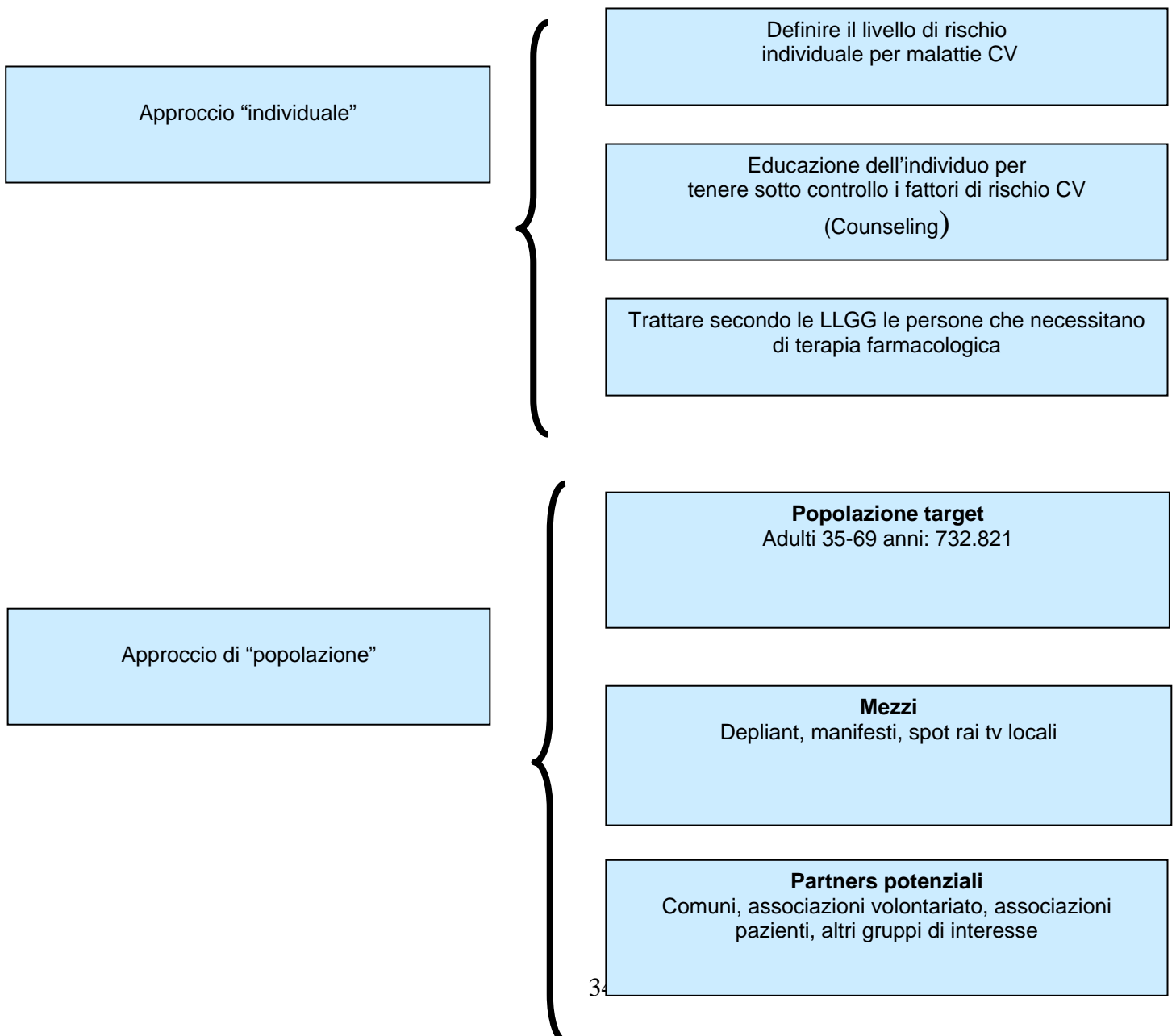
Le patologie cardiovascolari sono state inserite nell'obiettivo 3 del Piano Sanitario Regionale, la cui bozza è stata di recente approvata dalla Giunta Regionale, come patologie di particolare rilevanza da contrastare in via prioritaria.

2. Strategia

Molte raccomandazioni internazionali e nazionali delineano la strategia da attuare per la prevenzione delle patologie cardiovascolari, basate su una sinergia di intervento, peraltro già individuata dall'OMS nel 1982, che si fonda su due aspetti fondamentali:

- ◆ **Strategia individuale:** adozione da parte dei medici di medicina generale (MMG) degli strumenti idonei (software e carte) per il calcolo del rischio cardiovascolare assoluto dei propri assistiti; counseling motivazionale breve per la correzione degli stili di vita dannosi, trattamento farmacologico quando necessario;
- ◆ **Strategia di popolazione:** diffusione di messaggi sui fattori di rischio ed i loro livelli raccomandabili e sui comportamenti per ridurre quelli modificabili attraverso una comunicazione di massa a livello regionale, ed una locale che si appoggi alle diverse figure professionali interessate e a gruppi di interesse.

Strategie di intervento



3. Contesto

Il progetto nel primo anno verrà avviato in una singola Azienda USL e per la fine dei tre anni saranno coinvolte tutte le altre aziende sanitarie della regione.

L'Azienda pilota per il progetto viene individuata nell'Azienda USL n. 6 di Sanluri. Questa Azienda, di piccole dimensioni con una estensione pari a 2172,5 Km² ed una popolazione di 141.521 abitanti, presenta delle particolarità che ben si prestano a fungere da Azienda pilota per il progetto cardiovascolare:

- 1) Piccole dimensioni e disposizione logistica facilmente raggiungibile da tutti gli utenti dell'ospedale di San Gavino;
- 2) Presenza di un progetto già finanziato dalla Regione per la creazione di un centro per la prevenzione degli eventi cardiovascolari, che fa capo alla divisione di medicina interna dell'ospedale;
- 3) Medici di medicina generale già sensibilizzati alle problematiche della prevenzione cardiovascolare in quanto è stata l'unica Azienda USL in Sardegna che ha elaborato e distribuito in maniera capillare linee guida per il trattamento dell'ipertensione arteriosa;
- 4) Orientamento dell'Azienda allo sviluppo dei servizi territoriali di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, favorito anche per la presenza di un unico presidio ospedaliero.

Ogni anno si registrano nell' Azienda USL di Sanluri circa 1.300 decessi . La maggior parte delle morti sono attribuibili a patologie del sistema circolatorio che determinano il 36,4 % dei decessi negli uomini ed il 50 % tra le donne. All'interno di questo gruppo la quota principale è dovuta a disturbi circolatori dell'encefalo ed a malattie ischemiche del cuore.

L'analisi dei dati relativi alle patologie, causa di ricovero nel Reparto di Medicina dell'Ospedale di S.Gavino, a partire dalla seconda metà del 2002, evidenzia, in accordo con i dati europei ed italiani, un'alta prevalenza di eventi cerebro e cardiovascolari: sindromi coronariche acute (angina pectoris instabile, infarto miocardico non q e transmurale), angina postinfartuale, scompenso cardiaco acuto e cronico, arteriopatie periferiche, embolie polmonari, TIA ed Ictus cerebri.

Nel 2003 sono stati effettuati 1075 ricoveri per malattie e disturbi dell'apparato circolatorio, l'89,4% dei quali riferiti ad assistiti residenti nel territorio della Azienda USL di Sanluri.

Dall'analisi dei dati di mobilità passiva, relativi ai ricoveri dei residenti presso ospedali pubblici e privati ubicati in altre ASL, è stato possibile registrare altri 1754 ricoveri per malattie e disturbi dell'apparato circolatorio.

E' quindi possibile concludere che le malattie dell'apparato circolatorio rappresentano la principale causa di ricoveri tra i residenti, con oltre 2700 ricoveri all'anno.

Dai dati sui consumi di farmaci si può, inoltre, rilevare che la spesa per farmaci per il sistema cardiovascolare rappresenta circa il 38% della spesa farmaceutica complessiva territoriale.

I pazienti diabetici seguiti dal Servizio di Diabetologia del Presidio Ospedaliero sono 4315; di questi circa il 25% risiede presso il Distretto di Sanluri, il 77% presso il Distretto di Guspini. Il rapporto fra diabete di tipo 1 (insulino-dipendente) e tipo 2 (non insulino dipendente) è di circa 1/10.

La prevenzione, diagnosi e cura delle complicanze cardiovascolari dei pazienti diabetici verrà attuata assicurando una regolare esecuzione di visite di controllo dedicate alla valutazione specifica di tale rischio nei pazienti diabetici, anche mediante la valutazione di esami ematochimici, lo studio dei parametri lipidici e

degli altri marcatori di rischio cardiovascolare attuando interventi clinici appropriati in stretto legame con gli specialisti cardiologi ospedalieri e del territorio.

Il numero limitato di Medici di MG (141) articolati nei tre distretti sanitari, consente di perseguire una sufficiente ed uniforme copertura nella realizzazione del progetto in tutto il territorio aziendale.

4. Obiettivi

1. Creare un centro di riferimento regionale per la prevenzione del rischio cardiovascolare
2. Portare la proporzione di MMG nella Regione Sardegna che utilizza l'algoritmo per il calcolo del rischio CV all'80% in tre anni
3. Portare la proporzione di persone a cui è stato calcolato il rischio cardiovascolare ad almeno il 50% della popolazione target nell'arco di tre anni nell'Azienda USL di Sanluri e a seguire nelle altre Aziende USL di tutta la Sardegna;
4. Portare al 100% in tre anni la proporzione di persone con rischio CV che necessitano di terapia farmacologica secondo LLGG internazionali e nazionali
5. Portare la proporzione di persone consapevoli dell'importanza dei fattori di rischio negli eventi CV all'80% della popolazione target in tutta la Sardegna, compresa tra 35 e 69 anni, nell'arco di 3 anni

5. Azioni

1. Creare un centro di riferimento regionale per la prevenzione del rischio cardiovascolare
 - Nomina di un comitato regionale di coordinamento del progetto di prevenzione attiva del rischio cardiovascolare composto da 2 cardiologi, un medico internista, un medico di medicina generale, un neurologo, un medico esperto in organizzazione distrettuale, un medico della prevenzione, un rappresentante delle professioni infermieristiche;
 - Predisposizione di linee di indirizzo, metodologico e di supporto tecnico, ai comitati aziendali di progetto;
 - Coordinamento del progetto regionale;
 - Monitoraggio attraverso la rilevazione di appositi indicatori del progetto;
 - Organizzazione di riunioni periodiche con i comitati di coordinamento aziendali;
 - Raccordo con il livello nazionale per l'utilizzo di linee guida messe a disposizione dal Centro di Controllo e prevenzione delle Malattie (CCM) e l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare dell'ISS;
 - Predisposizione e divulgazione di un rapporto annuale sull'andamento del progetto.
2. Portare la proporzione dei MMG e di specialisti del settore che utilizzano l'algoritmo per il calcolo del rischio CV all'80% in tre anni
 - Formazione a livello di Azienda USL di un comitato di coordinamento del progetto per la prevenzione attiva del rischio cardiovascolare;
 - Individuazione da parte dell'amministrazione di un referente per il progetto e delle figure che faranno parte del comitato di coordinamento;
 - Stesura di un protocollo operativo dettagliato a livello locale da parte del comitato di coordinamento per la gestione del rischio cardiovascolare;

- Raccordo con il comitato regionale di riferimento per la prevenzione del rischio cardiovascolare;
- Stipula di accordi a livello regionale in sede di contrattazione con i MMG;
- Stipula di accordi a livello locale in sede di contrattazione decentrata con i MMG;
- Stipula di accordi con gli specialisti del settore sia dipendenti sia specialisti esterni;
- Formazione di tutti i MMG dell'Azienda USL per l'utilizzo del software e delle carte di rischio per il calcolo del rischio globale assoluto nell'arco di 6 mesi;
- Formazione degli operatori sanitari interessati al progetto di prevenzione del rischio CV;
- Utilizzo del software cuore.exe dell'Istituto Superiore di Sanità e delle carte di rischio da parte dei MMG, degli specialisti del settore soprattutto cardiologi.

3. Portare la proporzione di persone a cui è stato calcolato il rischio cardiovascolare ad almeno il 50% della popolazione target nell'arco di tre anni

- Sviluppo, anche mediante incentivazioni, dell'utilizzo da parte dei MMG dell'apposito software nell'ambulatorio medico;
- Utilizzo delle opportunità offerte in ambulatorio (medicina di attesa, di opportunità e attiva) per l'uso dell'algoritmo e delle carte di rischio;
- Formazione dei MMG e degli altri operatori sanitari interessati (medici e infermieri di distretto, medici specialisti) alle tecniche di counseling motivazionale breve.

4. Portare al 100% in tre anni la proporzione di persone con rischio CV che necessitano di terapia farmacologica secondo LLGG internazionali e nazionali condivise

- Predisposizione, da parte del comitato di coordinamento aziendale in accordo con i MMG e gli specialisti, di protocolli operativi aziendali per la gestione dei pazienti con rischio cardiovascolare in cui sia necessario il trattamento farmacologico;
- Formazione dei MMG all'utilizzo delle LLGG per il trattamento dei soggetti con aumentato rischio CV che necessitano di terapia farmacologica;
- Organizzazione di riunioni periodiche tra il comitato di coordinamento, i rappresentanti dei MMG e gli specialisti, per il monitoraggio del protocollo operativo;
- Individuazione da parte dei MMG le persone che presentano un rischio CV e che necessitano di trattamento farmacologico (ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia non rispondente alla dieta, diabetici, pazienti che necessitano di terapia anticoagulante orale per la prevenzione degli eventi tromboembolici);
- Assistenza secondo le LLGG dei propri assistiti con aumentato rischio CV che necessitano di terapia farmacologica;
- Invio ad un centro di secondo livello, quando necessario secondo i protocolli operativi aziendali concordati dalla Medicina Generale e la Medicina Specialistica.

5. Portare la proporzione di cittadini consapevoli dell'importanza dei fattori di rischio negli eventi CV all'80% della popolazione target (35-69 anni), in tutta la Regione Sardegna nell'arco di 3 anni

- Predisposizione di un piano regionale di comunicazione nei vari media, stampa radio e tv, sui rischi nella patologia cardiovascolare;

- Identificazione di un addetto stampa per la trasmissione dei messaggi ai media nelle varie fasi del progetto;
- Attuazione del programma di comunicazione durante le varie fasi del progetto in tutto il territorio regionale;
- Coinvolgimento dei gruppi di interesse, associazioni di volontariato farmacisti comuni, ciascuno per il proprio ruolo per un appoggio al progetto di prevenzione del rischio CV;
- Attivazione, a cura dei dipartimenti di prevenzione delle Aziende USL, di indagini trasversali sulla prevalenza dei fattori di rischio nella popolazione, da ripetere ogni tre anni.

6. Metodologia generale dell'intervento

6.1 Valutazione del rischio cardiovascolare assoluto

La strategia generale dell'intervento sarà orientata soprattutto a due diversi approcci: un approccio "individuale" che consiste nel calcolo del rischio globale assoluto delle singole persone da parte dei medici di medicina generale e nella conseguente individuazione di un percorso per la prevenzione e/o trattamento dei fattori di rischio in coloro che ne sono affetti. L'altro approccio, detto di "popolazione", consisterà in una campagna di comunicazione rivolta alla popolazione sia a mezzo stampa sia a mezzo radio e video locali e con interventi di educazione sanitaria sulla prevenzione degli eventi CV che portino alla modificazione dei fattori di rischio. Tale campagna verrà sviluppata a livello regionale interessando quindi tutta la popolazione target della regione.

Il calcolo del rischio globale assoluto avverrà attraverso un algoritmo del software cuore.exe messo a disposizione dall'Istituto Superiore di Sanità distribuito gratuitamente ai MMG e specialisti che aderiranno al progetto. Per coloro che non utilizzino strumenti informatici, il calcolo del rischio verrà effettuato attraverso le carte di rischio messe a punto sempre dall'ISS su una coorte di popolazione italiana. L'utilizzo del software e delle carte di rischio sarà materia dei corsi di formazione.

6.2 Gestione del rischio globale assoluto

Dopo il calcolo del rischio globale assoluto, il secondo passo sarà rappresentato dalla gestione del rischio globale assoluto. Secondo quanto già descritto nel paragrafo delle azioni, la gestione del rischio vedrà due aspetti fondamentali: quella dove il rischio può essere modificato attraverso momenti di educazione sanitaria, il Counseling Motivazionale Breve, e quello invece dove sarà necessaria una terapia farmacologica. Nel primo caso saranno soprattutto i MMG che gestiranno l'aspetto educativo dei propri pazienti cercando di sfruttare il più possibile la medicina opportunistica e di attesa in modo da coinvolgere il maggior numero possibile di pazienti nel calcolo del rischio. Il secondo aspetto invece prevede una sinergia d'azione tra MMG e specialisti secondo un piano operativo concordato e condiviso che rispetti le Linee Guida internazionali e nazionali (trattamento ipertensione arteriosa, terapia anticoagulante orale, trattamento dell'ipercolesterolemia ecc.). Un ruolo fondamentale sarà svolto dal comitato aziendale di coordinamento del progetto che oltre a creare un clima favorevole tra i diversi attori interessati al progetto, sarà anche responsabile del monitoraggio e valutazione.

Gli attori principali del progetto saranno i MMG, i distretti sanitari che rappresenteranno l'articolazione più semplice dove verrà eseguito il progetto, e gli specialisti soprattutto i cardiologi sia ambulatoriali che ospedalieri. Naturalmente ogni Azienda USL gestirà il progetto secondo un piano operativo aderente alla

propria realtà e con strategie che possono discostarsi dal modello proposto a livello regionale: ad esempio l'articolazione del progetto potrebbe verificarsi a livello generale di Azienda con l'adesione personale di singoli MMG e non di Distretto qualora l'adesione di tutti i MMG rappresentasse un problema.

Poiché gli attori principali del progetto saranno i MMG verranno stipulati degli accordi tra la Regione, le Aziende USL, i sindacati dei MMG e le loro società scientifiche con l'obiettivo di coinvolgere il numero più alto possibile di MMG nell'adozione del software per il calcolo del rischio individuale.

Verranno inoltre stabiliti accordi con gli specialisti ambulatoriali esterni ed i reparti ospedalieri di medicina generale e patologia clinica, per assicurare percorsi assistenziali dedicati alle situazioni in cui è necessario effettuare approfondimenti diagnostici e terapeutici.

I reparti di cardiologia, o di medicina interna dove non siano presenti i primi, i centri diabetologici, eventuali centri per le malattie metaboliche, fungeranno infatti da centri di secondo livello, a cui verranno inviati i pazienti che necessitano di trattamento farmacologico secondo quanto previsto dai piani operativi aziendali.

6.3 Formazione

La formazione degli operatori sanitari che saranno coinvolti nel progetto rappresenta un aspetto fondamentale per la riuscita del progetto stesso.

La Regione attraverso il Comitato di Coordinamento Regionale e il supporto del comitato scientifico di progetto del CCM svilupperà un piano di formazione per tutti gli operatori impegnati sia nella strategia "individuale" sia nella strategia di "popolazione". Tutti gli eventi per gli operatori sanitari verranno accreditati ECM. Il piano di formazione specifico si inserisce nel Piano di Formazione Regionale, previsto dall'intesa sottoscritta in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome in data 23 marzo 2005 .

I temi previsti nella formazione per la strategia individuale che coinvolgerà quindi i MMG, gli specialisti e altri clinici interessati al progetto saranno:

- epidemiologia e prevenzione degli eventi cardiovascolari;
- rischio globale assoluto;
- calcolo del rischio (Software e carte di rischio);
- terapia educativa e counseling motivazionale breve;
- trattamenti terapeutici (Linee Guida internazionali e nazionali).

Per coloro che saranno impegnati nella strategia di "popolazione" saranno previsti i seguenti temi:

- epidemiologia e prevenzione degli eventi cardiovascolari;
- gli stili di vita "salvacuore";
- le iniziative di promozione della salute cardiovascolare nella comunità;
- il ruolo dei Farmacisti, del Volontariato, dei Comuni nella promozione della salute cardiovascolare nella comunità;
- il monitoraggio delle iniziative di comunità.

7. Monitoraggio

Il monitoraggio verrà effettuato utilizzando indicatori di processo e di esito come riportato nella tabella seguente.

Indicatori di processo

Obiettivi	Indicatore	Periodicità di rilevazione	responsabile
Obiettivo 1: Centro di formazione regionale	N. riunioni con comitati aziendali	Annuale	Comitato R.
	Rapporto annuale	Annuale	Comitato R.
Obiettivo 2: Portare la proporzione di MMG e specialisti che utilizzano l'algoritmo ..	% MMG che utilizzano algoritmo	Annuale	Comitato Az.
	% medici specialisti impegnati nel progetto che utilizzano algoritmo	Annuale	Comitato Az.
	N. incontri di formazione/programmati	Annuale	Comitato Az.
Obiettivo 3: Portare la proporzione di persone a cui è stato calcolato il rischio CV	% di pazienti a cui è stato calcolato almeno una volta il rischio CV	Annuale	MMG
Obiettivo 4: Portare al 100% il numero di persone che necessitano di terapia farmacologica	% di pazienti in trattamento farmacologico tra coloro a cui è stato calcolato il rischio CV	Trimestrale	MMG
	% di pazienti in trattamento farmacologico inviati in strutture di secondo livello	Trimestrale	MMG e specialisti
Obiettivo 5: Portare la proporzione di cittadini consapevoli ..	N. incontri di formazione farmacisti, associazioni di volontariato, dipendenti comunali su quelli programmati	Annuale	Comitato Az.
	% di messaggi erogati nei diversi mass media come programmato	Trimestrale	Comitato R.
	Indagini trasversali sulla prevalenza dei fattori di rischio nella popolazione	3 anni	Dip. Prevenzione

Indicatori di esito

Obiettivo	Indicatore	Periodicità di rilevazione	Responsabile	strumenti
Aumentare % ipertesi adeguatamente trattati	Prevalenza ipertesi con PA < 160/90	3 anni	Comitato Az. con Dip. prevenzione	Studio trasversale di prevalenza
Diminuire incidenza infarto del miocardio e ictus cerebrale	Tasso di incidenza (nuovi casi) per infarto e ictus	Annuale	Dip prevenzione	Registro di patologia con fonti multiple (SDO, 118, MMG)
Diminuire mortalità da infarto del miocardio e ictus cerebrale	Mortalità, tasso specifico	Annuale	Dip prevenzione	Rencam

N.B. La scelta di mettere tra gli indicatori di esito la percentuale degli ipertesi adeguatamente trattati deriva dai dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare che riporta come tra tutte le persone ipertese in Italia, una buona parte non sia trattata (50% negli uomini e il 34% delle donne) mentre una buona percentuale lo è in maniera inadeguata (22% negli uomini e 27% nelle donne). L'ipertensione arteriosa costituisce sicuramente uno dei più importanti fattori di rischio sia nell'infarto del miocardio sia se non soprattutto nell'ictus cerebrale.

8. Previsione di spesa

La spesa annua stimata per l'attuazione del programma di prevenzione del rischio cardiovascolare è stimata pari a euro 900.000,00 comprensiva di IVA ed altri oneri, così ripartita:

Voci di spesa	Euro
Costi per raccolta ed elaborazione dati	150.000,00
Costo personale	300.000,00
Costi generali e varie (utenze, materiali, etc.)	450.000,00
Totale	900.000,00

Tale stima del costo annuo non comprende i costi per la campagna di informazione ed educazione sanitaria che sarà centralizzata a livello regionale.

