

**Dgr n. 2031 del 26.07.2005**

pag. 1/61

ALLEGATO A**1. Premessa****1.1 Gli ambiti del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007**

Gli ambiti del Piano Nazionale di Prevenzione per il triennio 2005-2007 sono quelli già previsti nell'accordo di Cernobbio: la prevenzione della patologia cardiovascolare e la prevenzione delle complicanze del diabete, la diagnosi precoce dei tumori, le vaccinazioni, a tali ambiti va aggiunta la prevenzione degli incidenti, ivi compresi gli incidenti domestici, per l'impatto in termini di anni di vita persi e di invalidità. Di ognuno di questi temi si delineano le linee strategiche, gli obiettivi attesi le linee generali dei piani di attuazione nella regione Veneto e i tempi di attuazione.

2. Obiettivi**2.1. Vaccinazioni****2.1.1 Il contesto regionale**

Per le vaccinazioni obbligatorie i livelli di copertura vaccinale medi raggiunti nella regione Veneto sono molto elevati ed hanno superato negli ultimi due anni il valore del 97%; anche per le vaccinazioni raccomandate i livelli di protezione raggiunti sono soddisfacenti, soprattutto per quanto riguarda la pertosse e per le malattie invasive da Hib.

I risultati raggiunti nella effettuazione delle dosi di richiamo previsti dal calendario regionale (4^a polio nel terzo anno e 4^a DT nel sesto anno) sono adeguati ed evidenziano la capacità del sistema di garantire il completamento dell'attività di vaccinazione dell'infanzia (tab 2.1).

Allegato A alla**Dgr n. 2031 del 26.07.2005**

pag. 2/61

Tabella 2.1 Coperture vaccinali in alcuni paesi industrializzati e in Veneto - anno 2003

Posizione	>= 3 Polio	>= 3 DTP	= 1 MPR	= 3 HBV	= 3 Hib
1^	Svezia (99%)	Svezia (99%)	Giappone (99%)	Veneto * (97%)	Svezia (98%)
2^	Veneto * (98%)	Veneto * (98%)	Spagna (97%)	Israele (95%)	Spagna (98%)
3^	Spagna (98%)	Spagna (98%)	Svezia (94%)	Australia (95%)	Israele (96%)
4^	Italia (97%)	Giappone (97%)	Israele (95%)	Italia (94%)	Italia (95%)
5^	Giappone (97%)	Italia (96%)	Australia (93%)	U.S.A. (92%)	Veneto * (95%)
6^	Germania (94%)	U.S.A. (96%)	U.S.A. (93%)	Spagna (83%)	U.S.A. (94%)
7^	Israele (93%)	Israele (95%)	Veneto * (91%)	Germania (81%)	Australia (94%)
8^	Australia (92%)	Australia (92%)	Germania (92%)		U. K. (91%)
9^	U. K. (91%)	U. K. (91%)	U. K. (80%)		Germania (89%)
10^	U.S.A. (91%)	Germania (89%)	Italia (83%)		
fonte WHO (settembre 2004)					
* Veneto 2004					

Specularmente, le coperture vaccinali ottenute dalle singole ULSS sono generalmente molto alte: per le vaccinazioni tradizionalmente obbligatorie e per la pertosse, più della metà delle Aziende supera il valore medio regionale e i range appaiono omogeneamente distribuiti.

La regione Veneto detiene da diversi anni coperture vaccinali per morbillo piuttosto elevate, sfiorando il 90% per prime dosi MPR nei soggetti di età inferiore ai 24 mesi già nell'anno 1997, al quale hanno fatto seguito le campagne regionali di vaccinazione, di informazione e di monitoraggio degli anni 1998-2000, che hanno ulteriormente incrementato le coperture regionali per coorte di età (+ 150 mila nuovi nati, e +70 mila soggetti recuperati).

Allegato A alla

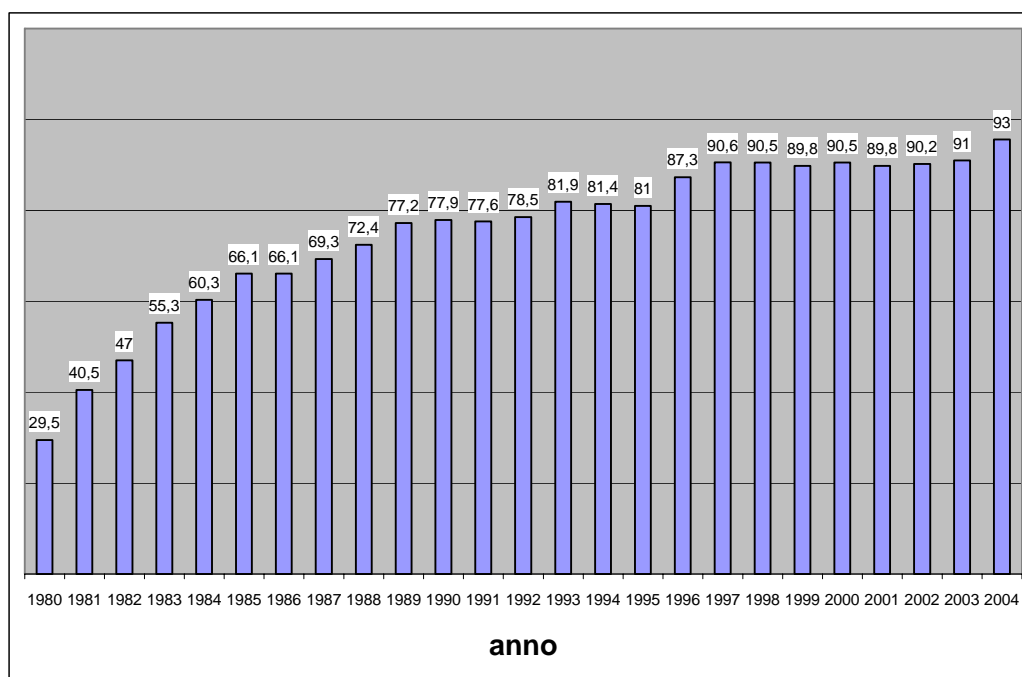
Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 3/61

Nel 2003 la Regione Veneto, con funzioni di coordinamento, ha aderito al [Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita](#), i cui obiettivi sono l'eliminazione del morbillo e l'assenza di casi di rosolia congenita entro il 2007. Tali attività si esplicano mediante la vaccinazione dei bambini oltre i 2 anni di età e degli adolescenti ancora suscettibili, effettuando una attività straordinaria di recupero rivolta ai bambini che frequentano le scuole elementari e ai ragazzi che frequentano le scuole medie, durante gli anni scolastici 2003-2004 e 2004-2005 e l'introduzione dell'offerta sistematica per tutti i bambini di una seconda dose di MPR, secondo il modello organizzativo flessibile sperimentato per la regione Veneto.

Considerate le alte coperture già raggiunte negli anni precedenti (vedi grafico 2.1), lo sforzo vaccinale si è concentrato principalmente nell'incremento delle coperture per seconde dosi.

Grafico 2.1. Copertura vaccinale per morbillo in Veneto - periodo 1980-2004



Attualmente, le coperture vaccinali per prime dosi MPR nei soggetti di età inferiore ai 24 mesi si attestano per l'intera regione al 93% per prime dosi e 69% per seconde dosi (dati 2004).

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 4/61

Nel conseguimento di tali risultati ha sicuramente influito l'ottima collaborazione con i pediatri di famiglia.

A fronte di questi risultati sicuramente confortanti, l'estensione delle raccomandazioni di vaccini già disponibili sul mercato e l'esigenza di mantenere adeguate coperture vaccinali per le vaccinazioni considerate ormai "storiche" contrastata dalla bassa percezione nella popolazione del rischio delle patologie evitate, impone alla Regione Veneto l'aggiornamento del Calendario regionale delle vaccinazioni e l'adozione di linee di lavoro correlate alla riforma del calendario.

2.1.2. Implementazione del Sistema Vaccinale Veneto e implementazione del nuovo Calendario Regionale

La Direzione Generale per la Prevenzione ha predisposto un nuovo Calendario regionale che risponde a quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale 2005 – 2007 e dall'Accordo di Conferenza Stato Regioni sul Piano Nazionale Vaccini del 3 Marzo 2005.

Obiettivi generali del Sistema Vaccinale Veneto

- mantenere elevate coperture vaccinali per le malattie per le quali sono stati raggiunti gli obiettivi previsti dai Piani Sanitari Nazionali e regionali, nonché dall'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- promuovere appropriati interventi vaccinali di recupero per le malattie per le quali è già stata definita una strategia operativa di base, ma per le quali non sono ancora stati raggiunti livelli di copertura ottimali;
- fornire indicazioni sui nuovi obiettivi perseguibili e sull'avvio di iniziative mirate di prevenzione vaccinale in seguito alla disponibilità di nuovi vaccini;
- incrementare la sicurezza delle pratiche di immunizzazione e la conoscenza degli eventi avversi;
- incrementare gli interventi di ordine strutturale, organizzativo, formativo e comunicativo necessari per consentire l'evoluzione della politica vaccinale dall'ambito degli interventi impositivi a quello della partecipazione consapevole delle famiglie.

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 5/61

Obiettivi specifici del Nuovo Calendario Regionale

Obiettivi specifici ed al contempo punti qualificanti del nuovo Calendario Regionale delle Vaccinazioni saranno:

a) Rispetto dei livelli essenziale di assistenza.

Le vaccinazioni previste da Nuovo Calendario Regionale debbono essere garantite a tutti i cittadini veneti con pari opportunità di ricevere adeguata protezione dai danni provocati dalle malattie evitabili mediante le vaccinazione oggetto di questo piano.

Il processo decisionale deve essere basato sui dati epidemiologici e sulle migliori prove di efficacia e di sicurezza disponibili a sostegno dei decisori le priorità di vaccinazione.

b) Eliminazione delle differenze territoriali.

L'eliminazione delle differenze nella protezione verso malattie quali morbillo, parotite, rosolia costituisce una priorità per garantire gli obiettivi di salute individuati dai piani di indirizzo nazionali e regionali.

c) Qualità dei servizi vaccinali.

La capacità di ottenere una consapevole adesione alle vaccinazioni raccomandate non costituisce ancora patrimonio professionale consolidato di tutti gli operatori dei servizi vaccinali: la professionalità degli operatori deve essere pertanto ampliata, aggiungendo alle competenze esistenti una maggiore capacità di informazione e comunicazione, elementi necessari per ottenere una adesione consapevole e un valido consenso. L'organizzazione dei servizi di vaccinazione deve essere sviluppata in modo da poter assicurare la realizzazione di tutte le azioni di dimostrata efficacia nell'aumentare la protezione vaccinale della popolazione

d) Promozione delle vaccinazioni.

La riduzione della percezione nella popolazione del rischio delle patologie evitate mediante vaccinazione originata proprio dal controllo degli agenti causali di malattia mediante le strategie vaccinali rende necessario rinforzare la fiducia del pubblico nei confronti dei programmi di immunizzazione, nella consapevolezza che nessun vaccino è totalmente esente da rischi o completamente efficace. Nello stesso tempo è necessario garantire una tempestiva ed efficace

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 6/61

informazione scientifica in risposta alle notizie non corrette che vengono talvolta diffuse attraverso i mass media per evitare ingiustificati allarmi. Le strategie di promozione devono far parte integrante di ogni programma di vaccinazione anche perché il successo di tutti i programmi rivolti alla comunità dipende dalla attenzione con cui ogni cittadino ne segue lo sviluppo.

e) Anagrafi vaccinali informatizzate.

La creazione di un'anagrafe vaccinale che permetta di conoscere lo stato vaccinale di ciascun bambino in qualsiasi luogo egli sia stato vaccinato e consenta garantire una corretta conduzione dei programmi di vaccinazione, la sorveglianza e il miglioramento delle coperture vaccinali costituisce una priorità assoluta e improrogabile per ogni servizio di vaccinazione della regione.

f) Sorveglianza e monitoraggio.

Si prevede l'implementazione di un sistema di sorveglianza delle malattie prevenibili con vaccinazione tale da garantire la raccolta delle informazioni necessarie a monitorare e valutare i risultati dei programmi di vaccinazione ed il loro impatto sulla salute (ricoveri, complicanze, decessi).

In particolare, si prevede lo sviluppo di un sistema di sorveglianza su ogni possibile evento avverso temporalmente correlato alla vaccinazione prevedendone la segnalazione tempestiva e dettagliata e garantendone il follow up.

2.1.3 Piani operativi specifici per il miglioramento del sistema vaccinale veneto

Sulla base dei temi cardine che animano la discussione scientifica e l'attuazione delle strategie vaccinali, considerati gli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale 2005-2007, le priorità indicate dal neonato CCM e la normativa regionale, la Regione Veneto ha inoltre definito sei Piani specifici correlati alla riforma del calendario e finalizzate alla concreta attuazione di interventi sanitari a favore della popolazione in campo vaccinale:

- 2.1.3.1.1 Piano di eliminazione del morbillo e della Rosolia Congenita: verifica del raggiungimento degli obiettivi e delle attività previste dal Piano.

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 7/61

- 2.1.3.1.2 Piano per la ricerca attiva dei gruppi a rischio e attuazione di quanto previsto dalla DGR 2460/2004 per la prevenzione vaccinale nei gruppi a rischio
- 2.1.3.1.3 Elaborazione di un piano per l'introduzione dei "nuovi vaccini" nel Veneto (meningococco C, pneumococco e varicella).
- 2.1.3.1.4 Piano per la sorveglianza attiva delle meningiti e delle patologie correlate alle nuove vaccinazioni introdotte.
- 2.1.3.1.5 Piano per il miglioramento della qualità dei Servizi Vaccinali mediante l'istituto dell'accreditamento e la formazione del personale.
- 2.1.3.1.6 Programma regionale denominato "Canale Verde" per la rilevazione delle reazioni avverse gravi a vaccino (RAV) e la consulenza vaccinale per gli operatori del territorio in collaborazione con l'Università di Verona.

2.1.4 Monitoraggio del progetto

Ogni Piano specifico prevede un monitoraggio delle attività con indicatori di efficacia e di qualità del programma.

I principali indicatori dei vari programmi sono i seguenti:

2.1.4.1 Piano di eliminazione del morbillo e della Rosolia Congenita:

- copertura vaccinale anti-morbillo-parotite-rosolia per una dose nei bambini al secondo anno di vita
- copertura vaccinale per una dose di vaccino nei bambini oltre i due anni di vita e gli adolescenti suscettibili
- copertura vaccinale per seconda dose nelle coorti 1992-1997 nel 2004 e per le coorti 1990-1991 nel 2005.

2.1.4.2 Piano per la ricerca attiva dei gruppi a rischio e attuazione di quanto previsto dalla DGR 2460/2004 per la prevenzione vaccinale nei gruppi a rischio:

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 8/61

- numero di Aziende ULSS che adottano il protocollo di ricerca attiva previsto dalla DGR. N. 4260/2004
- percentuali di copertura nei vari gruppi a rischio,
- attivazione di una campagna regionale di marketing per uno specifico gruppo a rischio.

2.1.4.3 Offerta dei "nuovi vaccini" nel Veneto:

- istituzione di un gruppo di lavoro dedicato ed elaborazione del documento di attuazione,
- percentuali di copertura

2.1.4.4 Piano per la sorveglianza attiva delle meningiti e delle patologie correlate alle nuove vaccinazioni introdotte:

- attivazione di una sorveglianza attiva delle meningiti nei laboratori che effettuano la diagnosi per le stesse nelle ULSS della regione
- stesura di un protocollo per il monitoraggio dei casi di malattie infettive prevenibili con vaccinazione mediante verifica delle schede di dimissione ospedaliera.

2.1.4.5 Piano per il miglioramento della qualità dei Servizi Vaccinali mediante l'istituto dell'accREDITamento e la formazione del personale:

- rilevazione mediante questionario sulla situazione attuale dei servizi vaccinali del Veneto
- numero di ULSS che hanno avviato un iter di accREDITamento,
- numero di ULSS che hanno partecipato ai corsi di counselling per le vaccinazioni destinati agli operatori
- attivazione dei tavoli di concertazione periferici con la pediatria di famiglia.

2.1.4.6 Programma regionale denominato "Canale Verde" per la rilevazione delle reazioni avverse gravi a vaccino (RAV) e la consulenza vaccinale per gli operatori del territorio in collaborazione con l'Università di Verona:

- istituzione di un centro di Riferimento Regionale per le attività di sorveglianza delle Reazioni Avverse gravi a Vaccino
- protocollo per l'identificazione delle Reazioni Avverse gravi a Vaccino

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 9/61

2.1.5 Modalità di coordinamento del programma

Il coordinamento delle attività dei Piani nella regione Veneto è assicurato dalla sinergia di dirigenti e professionisti del Servizio Sanità Pubblica della Direzione Regionale per la Prevenzione e rappresentanti delle Aziende Ulss del Veneto.

L'indirizzo della politica vaccinale è garantito dalla Commissione Regionale Malattie Infettive e Vaccinazioni costituita da esponenti della sanità pubblica, della pediatria di libera scelta ed ospedaliera e dell'Università.

Le proposte presentate nei Piani attuativi sono state elaborate da un gruppo di lavoro formato da rappresentanti dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica del Veneto, dalla Pediatria di Famiglia e dall'Università; tale gruppo è coordinato dal Responsabile del Servizio di Sanità Pubblica della regione.

A livello locale, ogni Azienda ULSS ha nominato un referente per la profilassi vaccinale che assicura l'applicazione dei Piani ed il monitoraggio delle relative attività.

2.1.6 Tempi

2.1.6.1 Piano di eliminazione del morbillo e della Rosolia Congenita

Cronogramma: in fase di attuazione

2.1.6.2 Piano per la ricerca attiva dei gruppi a rischio e attuazione di quanto previsto dalla DGR 2460/2004 per la prevenzione vaccinale nei gruppi a rischio

Cronogramma: il programma è in fase di attuazione

2.1.6.3 Elaborazione di uno studio sull'impatto dell'introduzione dei "nuovi vaccini" nel Veneto e conseguente elaborazione di un programma strategico per le vaccinazioni disponibili per le Meningiti e per la Varicella.

Cronogramma: attivazione del nuovo calendario dal 2006

Allegato A alla	
------------------------	--

Dgr n. 2031 del 26.07.2005	
-----------------------------------	--

pag. 10/61	
------------	--

2.1.6.4 Piano per la sorveglianza attiva delle meningiti e delle patologie correlate alle nuove vaccinazioni introdotte

Cronogramma: attivazione entro il 2005.

2.1.6.5 Piano per il miglioramento della qualità dei Servizi Vaccinali mediante l'istituto dell'accREDITAMENTO e la formazione del personale.

Cronogramma: in fase di attuazione

2.1.6.6 Programma regionale denominato "Canale Verde" per la rilevazione delle reazioni avverse gravi a vaccino (RAV) e la consulenza vaccinale per gli operatori del territorio in collaborazione con l'Università di Verona.

Cronogramma: in fase di attuazione

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 11/61

2.2 CARDIOVASCOLARE E DIABETE

Il contesto regionale

2.2.1 Definizioni e presupposti scientifici

Per “malattie cardiovascolari” si intendono (ICD-10, 1992) un gruppo di patologie tra le quali le più rilevanti sono la cardiopatia ischemica, l’ipertensione arteriosa, le malattie circolatorie dell’encefalo, le aritmie, le malattie dei vasi. Tali malattie condividono i principali fattori di rischio e, in molti casi, l’etiopatogenesi su base ischemica (prevalentemente malattia aterosclerotica del cuore e/o delle arterie coronarie, cerebrali o periferiche) e vengono pertanto raggruppate sia per motivi di analisi epidemiologica che di azioni preventive. La gravità e la numerosità dei loro principali esiti, infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca congestizia, morte improvvisa, ictus, gangrena, pongono le malattie cardiovascolari al primo posto quale causa di morte nei Paesi industrializzati e sono responsabili di una rilevante quota di invalidità permanente.

I principali **fattori di rischio** identificati comprendono età avanzata, sesso maschile, livelli di colesterolo LDL alti, livelli di colesterolo HDL bassi, pressione arteriosa alta, fumo, diabete, familiarità per malattie cardiovascolari, obesità e vita sedentaria. Tra questi, particolare rilevanza riveste il diabete. Il **diabete mellito** comprende un gruppo di disturbi determinati dall’iperglicemia (le definizioni variano; secondo la definizione attualmente usata negli Stati Uniti, la glicemia a digiuno deve essere ≥ 126 mg/dl o ≥ 200 mg/dl 2 ore dopo un carico orale di 75 g di glucosio, in 2 o più occasioni). I citati fattori di rischio interagiscono ampiamente in catene causali o concausali. Per esempio il controllo del peso corporeo (mediante l’alimentazione e l’attività fisica), oltre ad essere fondamentale per la riduzione del rischio cardiovascolare, costituisce il cardine della prevenzione primaria del diabete.

Esistono prove scientifiche che sono possibili una prevenzione primaria e secondaria efficaci, sostenibili dal punto di vista economico ed organizzativo. Gli interventi efficaci per la prevenzione della patologia cardiovascolare e delle complicanze del diabete da attuare sono stati recentemente riassunti in una rassegna curata da Clinical Evidence. Essi sono:

Attività fisica

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 12/61

Studi osservazionali hanno trovato che una intensa o anche moderata attività fisica riduce le malattie coronariche e l'ictus. E' stato inoltre riportato che la morte improvvisa è rara dopo un esercizio fisico intenso, anche se la sua frequenza è maggiore nei soggetti abitualmente sedentari. Questo rischio comunque non annulla i benefici osservati.

Dieta

Studi osservazionali hanno trovato che il consumo di frutta e verdura è associato ad una riduzione della malattie cardiovascolari di tipo ischemico. Studi randomizzati non hanno trovato prove dell'utilità di un supplemento dietetico di beta carotene, che può anzi essere dannoso. Clinical Evidence non riporta prove sufficienti a sostegno dell'utilità di supplementi dietetici di antiossidanti in soggetti sani.

Fumo di tabacco

Studi osservazionali hanno trovato una stretta associazione tra fumo e mortalità globale e malattie cardiovascolari di tipo ischemico. Molti grandi studi di coorte hanno trovato che l'aumento del rischio associato al fumo si riduce sospendendolo.

Farmaci antitrombotici

Clinical Evidence non riporta prove adeguate per identificare quali soggetti asintomatici potrebbero ricavare un beneficio e quali potrebbero essere danneggiati da una terapia cronica con aspirina. Uno studio randomizzato ha trovato che una terapia anticoagulante orale in soggetti senza sintomi di malattia cardiovascolare comporta effetti positivi e negativi comparabili e che è quindi difficile valutare l'effetto netto del trattamento.

Interventi diretti a ridurre la pressione arteriosa

Vi sono prove derivate da studi prospettici che alcuni interventi sullo stile di vita (esercizi aerobici, dieta a basso contenuto di grasso e ricca di frutta, riduzione del sale, perdita di peso, supplementi di potassio e olio di pesce) riducono la pressione arteriosa; tuttavia, mancano prove adeguate sul fatto che questi interventi possano ridurre anche mortalità e morbosità. I dati relativi ad

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 13/61

altri cambiamenti dello stile di vita (diminuzione del consumo di alcol, sospensione del fumo, supplementi di calcio e di magnesio) non permettono di trarre conclusioni affidabili.

Revisioni sistematiche hanno trovato prove convincenti che il trattamento farmacologico riduce la pressione arteriosa. Studi sulla efficacia di trattamenti farmacologici hanno trovato che la pressione arteriosa viene ridotta maggiormente rispetto a quanto ottenuto modificando gli stili di vita, anche se non si sono trovati studi di confronto diretto. Revisioni sistematiche hanno trovato che il fattore maggiormente legato al beneficio osservato con il trattamento dell'ipertensione è l'entità del rischio cardiovascolare assoluto prima del trattamento.

Esistono solide prove relative agli effetti benefici su mortalità e morbilità di diuretici, betabloccanti e ACE inibitori.

Non sono state trovate prove dirette sugli effetti di una riduzione della pressione arteriosa sotto i 140/80 mmHg.

Revisioni sistematiche hanno trovato che ridurre la pressione sistolica in soggetti di età superiore a 60 anni, con pressione sistolica superiore a 160 mmHg, porta a una diminuzione della mortalità globale e degli eventi cardiovascolari fatali e non.

Interventi diretti a ridurre i livelli di colesterolo

Revisioni sistematiche hanno trovato che la diminuzione dei livelli di colesterolo in soggetti asintomatici riduce il rischio di eventi cardiovascolari; mancano, tuttavia, prove che la riduzione del colesterolo comunque ottenuta riduca la mortalità in soggetti a basso rischio cardiovascolare.

Revisioni sistematiche e studi randomizzati hanno trovato che l'uso combinato di diete ipocolesterolemizzanti e farmaci ipolipemizzanti riduce i livelli di colesterolo più dei soli interventi sullo stile di vita.

Interventi diretti alla riduzione della glicemia in diabetici

Uno stretto controllo della glicemia con insulina e/o ipoglicemizzanti orali può ridurre il rischio di malattia cardiocircolatoria. Il trattamento intensivo è diretto a raggiungere valori di glicemia il più possibile vicini alla normalità. Componenti essenziali di tale strategia terapeutica sono rappresentati da interventi educazionali, *counselling*, monitoraggio glicemico, autogestione e

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 14/61

terapia farmacologica con insulina o ipoglicemizzanti orali finalizzata a ottenere valori glicemici ottimali specifici.

Su questi basi si è sviluppata una *programmazione nazionale* (definita nel documento della Conferenza Stato-Regioni del Ministero della Salute denominato “Piano di prevenzione attiva” e nel progetto “Cuore” dell’Istituto Superiore di Sanità). La Regione del Veneto intende avviare una *programmazione regionale* in materia, coerente con le indicazioni della programmazione nazionale e delle indicazioni scientifiche internazionali, con enfasi sugli aspetti preventivi ed il ruolo centrale dell’assistenza primaria (Dipartimenti di Prevenzione e medici di famiglia).

2.1.2 La dimensione epidemiologica

Le malattie cardiovascolari sono al I° posto tra le cause di morte in Italia, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi; la cardiopatia ischemica è responsabile del 28% di tutte le morti, e le patologie cerebrovascolari del 13%. Il 23.5% della spesa farmaceutica italiana (pari all’1.34% del prodotto interno lordo) è destinata a farmaci per il sistema cardiovascolare.

In Italia si stima che siano affette da diabete circa 3 milioni di persone, destinate pressoché a raddoppiare entro il 2025; la malattia attualmente colpisce il 3-5% della popolazione adulta, e il 10% o più nell’età avanzata. Questa patologia è attualmente responsabile secondo il Ministero della Salute del consumo del 15-20% delle risorse sanitarie totali, e il costo pro capite di un diabetico è pari a circa tre volte quello dei non diabetici.

L’obesità e il sovrappeso sono in costante aumento (è stato calcolato un aumento del 25% in Italia tra il 1994 e il 1999) e attualmente coinvolgono nel nostro paese circa 16 milioni di persone, cioè oltre un quarto della popolazione globale e il 24% dei bambini.

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 15/61

L'ipertensione è un importante fattore di rischio per la cardiopatia ischemica e il principale per la malattia cerebrovascolare; il rischio di ictus aumenta 10 volte se i valori di pressione sistolica sono ≥ 160 mmHg di pressione sistolica e/o 95 mmHg di diastolica. La pressione arteriosa a sua volta è associata a valori elevati di BMI, alla sedentarietà, al fumo di tabacco e ad un consumo eccessivo di sale o di alcol nella dieta. Il 33% degli uomini e il 31% delle donne italiane sono ipertesi ($> 160/95$ mmHg) oppure sotto trattamento farmacologico specifico, e rispettivamente il 19% e il 14% sono in una situazione limite (sistolica 140-159 e diastolica 90-95).

L'ipercolesterolemia (valori di colesterolo > 240 mg/dl oppure trattamento farmacologico specifico) affligge il 21% dei maschi e il 25% delle femmine italiane.

Prevalenza dei fattori di rischio legati allo stile di vita

E' stato calcolato che l'importanza dei principali fattori di rischio legati allo stile di vita nello spiegare la mortalità è pari al 19% per il tabacco, al 14% per quanto riguarda dieta e sedentarietà e al 5% per l'alcol. In Italia secondo il Ministero della Salute per i danni diretti e indiretti che derivano da stili di vita scorretti lo stato spende circa 60 miliardi di euro/anno.

Sedentarietà: in Italia nel 2002 il 20% della popolazione ha dichiarato di praticare con continuità uno sport, il 10% di praticarlo saltuariamente, il 29% di svolgere attività fisica regolare (cammino, bicicletta, nuoto) pur non praticando sport mentre il 41% si è dichiarato sedentario.

L'aumento della sedentarietà rispetto all'anno precedente riguardava particolarmente bambini e anziani. Si stima che la sedentarietà sia responsabile di 1.9 milioni di morti all'anno nel mondo e del 22% dei casi di cardiopatia ischemica, e il rischio relativo di malattia coronarica nei sedentari rispetto ai non sedentari è pari all'1.5-2.4; viceversa, numerosi studi confermano una cospicua riduzione della mortalità associata con l'attività fisica. Per quanto riguarda il diabete, l'incidenza della malattia in soggetti con ridotta tolleranza al glucosio può essere ridotta di oltre il 50% attraverso un intervento integrato sull'alimentazione e l'attività fisica. Individui sedentari presentano inoltre una probabilità di sviluppare ipertensione del 30-50% superiore alle persone attive.

Tabacco: Il fumo di tabacco causa un terzo delle morti per tumori e malattie cardiovascolari. Anche l'esposizione al fumo passivo aumenta il rischio di malattia coronarica del 30%. Dall'ultima

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 16/61

indagine ISTAT (Stili di vita e condizioni di salute, 1999-2000) i fumatori in Italia sono risultati il 24,1% della popolazione con età di 14 anni e più.

Alimentazione: E' noto che un adeguato consumo di frutta e verdura, cereali integrali e pesce rappresenta un fattore protettivo per le malattie cardiovascolari, mentre il rischio aumenta se si consumano elevate quantità di calorie totali, di alimenti contenenti grassi saturi, di sale. In merito, i dati su alcuni consumi sono i seguenti:

Anno 2001

% persone colazione adeguata 3+ M+F	% persone consumano carni bovine qualche volta settimana 3+ M+F	% persone consumano pesce qualche volta settimana 3+ M+F	% persone consumano verdura almeno 1 volta al giorno 3+ M+F
75,6	72,2	56,4	49

Fonte ISTAT

Allattamento: Dai dati disponibili risulta che in Italia 1 bambino su 10 non è allattato al seno alla dimissione dall'Ospedale, che 6 su 10 ricevono supplementi nei primi giorni di vita, che 7 su 10 non sono più allattati esclusivamente al seno a 3 mesi. In Italia l'81% delle donne allatta al seno e il 58% allatta al seno in modo esclusivo, con ampie variabilità regionali (indagine ISTAT 1999-2000), ma a sei mesi solo il 31-68% dei bambini è ancora allattato al seno (indagine ISS 2002).

Determinanti ambientali e fattori psicosociali: una gran parte della popolazione generale è esposta ad inquinamento atmosferico e fumo passivo che possono avere effetti importanti sul sistema cardiovascolare; la sedentarietà è fortemente condizionata da numerosi fattori legati all'ambiente (presenza nel territorio di spazi verdi, percorsi per il cammino, piste ciclabili, palestre e centri sportivi ancora molto carenti nel nostro paese, riducendo l'accessibilità, in termini di distanze, trasporti e prezzo, delle strutture per l'attività fisica); per quanto riguarda l'alimentazione, rivestono un ruolo importante il costo dei diversi alimenti, e la presenza (ad esempio a scuola o sul posto di lavoro) di distributori di cibi a basso valore nutrizionale; l'abitudine – socialmente condizionata - all'uso prolungato della televisione condiziona sia la sedentarietà che il consumo di alimenti ipercalorici; infine, un ruolo importante è rivestito dal capitale sociale (rete di relazioni

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 17/61

interpersonali e supporto a livello della comunità di appartenenza) e dalle diseguaglianze sociali tra le diverse fasce di popolazione.

Dimensioni del problema nel Veneto

Nel Veneto le malattie cardiocircolatorie rappresentavano nel 1996 la I^a causa di morte negli anziani e la II negli adulti (25-64 anni); la cardiopatia ischemica era responsabile di un decesso su 6 per i maschi e uno su 7 per le femmine; oltre i 65 anni sono stati rilevati 2604 decessi nei maschi e 2689 nelle donne per cardiopatia ischemica, e rispettivamente 920 e 1552 per ictus.

Per quanto riguarda il diabete, nelle Az. ULSS di Verona e Vicenza sono stati identificati al 31 dicembre 1999 oltre 14.000 diabetici di tipo 2.

Dati “Progetto Cuore-ISS” per il Veneto

Pressione arteriosa

Negli uomini il valore medio della pressione arteriosa sistolica (massima) è pari a 137 mmHg, nelle donne a 132 mmHg. Negli uomini il valore medio della pressione arteriosa diastolica (minima) è pari a 85 mm Hg nelle donne è 82 mmHg. Il 33% degli uomini e il 28% delle donne è iperteso (pressione arteriosa uguale o superiore a 160/95 mmHg oppure sotto trattamento specifico); il 23% degli uomini e il 15% delle donne è in una condizione a rischio, in cui il valore del 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 196 mg/dl, nelle donne è 194 mg/dl. Negli uomini il valore medio della HDL-colesterolemia è di 50 mg/dl, nelle donne di 58 mg/dl. Il 22% degli uomini e il 18% delle donne ha una ipercolesterolemia (valore uguale o superiore a 240 mg/dl), mentre il 33% degli uomini e il 34% delle donne è in una condizione di rischio, presentando il valore della colesterolemia compreso fra 200 e 239 mg/dl

Sedentarietà

Il 23% degli uomini e il 28% delle donne non svolge alcuna attività fisica durante il tempo libero. Secondo una rilevazione, il 37.6% dei giovani nel 2002 non praticava alcuno sport, mentre nel 2000 oltre il 38% della popolazione generale risultava sedentaria alla rilevazione ISTAT Multiscopo.

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 18/61

Fumo

Dall'ultima indagine ISTAT (*Stili di vita e condizioni di salute, 1999-2000*) i fumatori in Veneto sono risultati il 21,1% della popolazione con età di 14 anni e più (24,1% dato italiano). Tale percentuale è maggiore nei maschi (25% contro 17,2% nelle femmine).

Il 19% degli uomini fuma in media 17 sigarette al giorno, contro il 18% delle donne che ne fuma 11 in media al giorno.

Obesità

Il 16% degli uomini e il 17% delle donne è obeso e ha in media un indice di massa corporea di 27 per gli uomini e 26 per le donne.

Glicemia

Negli uomini il valore medio della glicemia è 93 mg/dl, nelle donne è di 90 mg/dl. Il 6% degli uomini e il 7% delle donne è diabetico (glicemia superiore a 126 mg/dl), mentre il 9% degli uomini e il 3% delle donne è in una condizione di rischio, in cui il valore della glicemia è compreso fra 110 e 125 mg/dl.

2.2.3 Inquadramento nella programmazione nazionale

Il Piano nazionale "Prevenzione attiva" del Ministero della Salute, identifica due linee di lavoro distinte definite come di seguito riportato.

a) Rischio cardiovascolare.

Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte nel nostro Paese, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi.

A fronte della gravità di tali dati epidemiologici, si riscontra nella popolazione una *bassa percezione collettiva dell'incidenza del rischio* cardiovascolare e *poca informazione* sui fattori che predispongono l'organismo ad ammalarsi.

Nelle malattie cardiovascolari non è individuabile una causa unica e la presenza contemporanea di due o più fattori moltiplica, inoltre, il rischio di andare incontro alla malattia ischemica di cuore e agli accidenti cardiovascolari. L'entità del rischio che ogni persona ha di sviluppare la malattia dipende dalla combinazione dei fattori di rischio o meglio dalla combinazione dei loro livelli.

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 19/61

Il Piano nazionale di prevenzione attiva prevede l'utilizzazione della *carta per la valutazione del rischio cardiovascolare*, uno strumento semplice ed obiettivo per stimare la probabilità di andare incontro ad un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) negli anni successivi, conoscendo il valore dei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudini al fumo, età, pressione arteriosa sistemica, colesterolemia e sovrappeso.

La carta, predisposta dall'Istituto Superiore di Sanità, offre opzioni multiple alla gestione degli individui a rischio aumentato. Inoltre, la valutazione attraverso la carta rende obiettivo e più accurato il controllo dell'assistito da parte del medico, anche in tempi successivi, e permette di valutare il rapporto costo/beneficio delle azioni di prevenzione intraprese. La carta, quindi, agevola il controllo da parte dei medici dei fattori di rischio dei loro assistiti.

Obiettivi specifici:

- implementare nella rete di assistenza primaria l'utilizzo della carta del rischio e il conseguente counselling individualizzato.

b) Complicanze del diabete

Il diabete è una malattia con un elevato impatto sociale e alti costi sanitari. In Italia, secondo uno studio recente, sono diabetici il 9% degli uomini e il 6% delle donne, mentre sono a rischio, in quanto intolleranti al glucosio il 9% degli uomini e il 5% delle donne. Per quanto riguarda i trattamenti il 62% degli uomini diabetici in Italia, non segue alcun trattamento farmacologico, il 24% non è trattato in modo adeguato (il valore della glicemia rimane superiore a 126 mg/dl) e solo il 14% riceve trattamenti adeguati. Tra le donne, il 56% non è sottoposto ad alcun trattamento farmacologico, il 31% non è trattato in modo adeguato e solo il 13% riceve trattamenti adeguati.

Il diabete è una condizione cronica, senza cura risolutiva ma se non viene trattato adeguatamente, può comportare numerose complicanze sia nel breve che nel lungo periodo; in particolare, per quanto riguarda le conseguenze a lungo termine, il diabete causa diverse complicanze invalidanti che coinvolgono principalmente il sistema cardiovascolare, la retina, i reni, il sistema nervoso periferico.

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 20/61

L'adozione di programmi di "disease management" si è rivelata efficace nella prevenzione delle complicanze del diabete. Per disease management si intende una nuova strategia di gestione delle malattie croniche, e in particolare del diabete, che prevede i seguenti elementi peculiari:

- partecipazione attiva del paziente nella gestione della sua malattia, attraverso programmi di educazione e di supporto del paziente, svolti a livello della rete primaria di assistenza;
- attivazione di una schedulazione di sistemi atti a garantire la regolare esecuzione di un set di controlli periodici da parte del paziente;
- attivazione di un sistema di monitoraggio, su base informatizzata.

Obiettivi specifici

- Identificare i pazienti diabetici attraverso l'iscrizione in appositi registri
- Implementare, attraverso l'integrazione in rete di tutte le strutture territoriali della prevenzione e dell'assistenza primaria e i Centri Antidiabetici, programmi di disease management per i pazienti iscritti.

Il **Progetto "Cuore" dell'ISS**, inoltre, enfatizza l'importanza dell'uso della carta del rischio e del punteggio individuale per stimare il rischio di un evento cardiovascolare maggiore (infarto, ictus), nei dieci anni successivi alla stima e per identificare i fattori di rischio del soggetto al fine di attivare le idonee azioni preventive e modificare la storia clinica del paziente.

Il **Progetto Passi "Progressi per le Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" del Ministero della Salute**, infine, che dovrebbe essere svolto dai Dipartimenti di Prevenzione costituisce lo strumento ideale per il monitoraggio dell'impatto della strategia preventiva sulla popolazione generale.

2.2.4 Inquadramento nella programmazione sanitaria regionale

In relazione ai citati documenti, si è rivelata la necessità di una *progettualità regionale specifica unitaria*, con riorganizzazione delle attività correlate alla prevenzione delle patologie cardiovascolari già considerate nella pianificazione triennale (in particolare il Piano Triennale dei servizi di Igiene e Sanità Pubblica afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto 2002-2004 ed il Piano triennale della prevenzione 2005-2007 DGR n 3846 del 3 dicembre 2004). In particolar modo vanno ricondotte in tale contesto la prevenzione delle patologie fumo correlate e la lotta alla sedentarietà, allargando a temi relativi all'alimentazione, agli aspetti

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 21/61

diagnostici (screening di comunità mediante utilizzo della carta del rischio, approfondimenti di laboratorio e strumentali) e alla terapia farmacologica (statine, antipertensivi, ecc.) quando necessario. Il modello organizzativo da sviluppare è tipo “screening oncologici” che prevede la costruzione di rete con la clinica per quanto di competenza e la messa a disposizione del *know how* di sanità pubblica: gestione di grandi numeri di popolazione, analisi epidemiologica e valutazione degli interventi, attività di tipo educativo/promotive, sviluppo di percorsi secondo logica di *clinical governance*.

Alla luce di quanto riportato, l'attività prevista per l'anno 2005 sarà prevalentemente costituita dal definire un piano dettagliato di fattibilità congiuntamente agli altri attori del Sistema Sanitario Regionale (*in primis* i medici di medicina generale) nonché alle associazioni dei malati che possono svolgere un ruolo di primo piano nell'identificazione e controllo dei fattori di rischio.

In particolare si intende dare centralità alla figura del medico di medicina generale (MMG). Gli assistiti si recano dal MMG quasi esclusivamente quando sono malati, per necessità di continuità terapeutica o di certificazione. Di fatto tutta l'attività di prevenzione svolta dal MMG, salvo encomiabili singoli casi, può essere riassunta nella campagna di prevenzione per l'influenza o in un generico counselling lasciato alla buona volontà del singolo.

Si propone una svolta per la sanità pubblica: sulla scorta di attività preventive *Evidence Based* verrà offerto a tutti i cittadini del Veneto uno screening, tramite la medicina di famiglia, dei più importanti fattori di rischio per la propria salute con l'offerta di interventi mirati ed efficaci per i soggetti che presentino potenziali rischi utilizzando quale strumento operativo il ‘bilancio di salute’ di cui verrà trattato in seguito. I MMG interverranno sottoponendo al ‘bilancio di salute’ i loro assistiti secondo le tipologie ed un cronogramma che verrà concordato con loro. In caso venissero rilevati fattori di rischio, i MMG dovranno operare secondo linee guida precise, come ad esempio nel caso di soggetti con ipertensione.

Il Dipartimento di Prevenzione ha invece competenza per:

- la predisposizione del bilancio preventivo in collaborazione con i medici di famiglia;
- l'organizzazione della chiamata attiva (sul modello degli screening oncologici e delle campagne vaccinali);

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 22/61

- l'offerta di supporti per le attività preventive di secondo livello per i soggetti con fattori di rischio (ad esempio un centro per smettere di fumare nel caso di fumatori) in linea con le attività previste dal piano triennale della prevenzione.

Dunque, il presente programma intende realizzare una trama generale nella quale interconnettere nuovi progetti specifici con i piani triennali e progetti già attivati da diverse Direzioni Generali dell'Assessorato alla Sanità quali: la prevenzione del tabagismo, la promozione dell'attività motoria, la promozione dell'allattamento al seno, la sperimentazione dei MMG sui protocolli terapeutici, la definizione di un modello unico di patto aziendale per MMG.

La durata prevista del programma è di tre anni.

Il Piano operativo (ambito territoriale dell'intervento Regione, ASL, Distretto). **Azioni**

OBIETTIVI

2.2.5 Obiettivo generale

Ridurre la mortalità e la morbosità per eventi cardiovascolari con minimi effetti avversi.

2.2.6 Obiettivi specifici

- Aumentare le conoscenze epidemiologiche sulla prevalenza nella popolazione veneta di soggetti con fattori di rischio o con stili di vita protettivi per le patologie cardiovascolari e il diabete.
- Aumentare le conoscenze epidemiologiche sulla prevalenza/incidenza nella popolazione veneta delle patologie cardiovascolari ed il diabete e degli esiti.
- Identificare le sottopopolazioni con rischio specifico nelle fasi iniziali di patologia per avviare interventi preventivi mirati.
- Aumentare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale e in target specifici.

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 23/61

- Produrre/implementare raccomandazioni organizzative e cliniche per la prevenzione primaria e secondaria delle patologie cardiovascolari e del diabete, con particolare riferimento al rapporto anche temporale tra controllo degli stili di vita e terapia farmacologica.
- Organizzare modalità di assistenza integrate fra assistenza territoriale ed assistenza ospedaliera per prevenire l'insorgenza della patologia cardiovascolare nella popolazione generale contrastando i fattori di rischio modificabili (alimentazione, fumo, attività fisica, allattamento al seno) e migliorando la qualità dell'assistenza farmaceutica.
- Indurre un approccio terapeutico razionale ed attento al rapporto costi/benefici
- Monitorare e valutare gli interventi di cui ai punti precedenti.

2.2.7 Strategie e metodi

Per gli obiettivi specifici sopra indicati si definiscono le seguenti strategie operative e metodi:

- a) per gli obiettivi di cui ai punti 2.2.6, al fine di aumentare le conoscenze epidemiologiche, saranno avviate indagini campionarie sugli stili di vita; inoltre saranno messe in rete le informazioni provenienti dai MMG, dai Centri Anti Diabetici (CAD), dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e ISTAT. Il ruolo di coordinamento e analisi epidemiologica è fornita dal Sistema Epidemiologico Regionale Ruolo (SER), in collaborazione con il Servizio Sanità Pubblica della Direzione Regionale per la Prevenzione ed i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto;
- b) per identificare le sottopopolazioni con rischio specifico nelle fasi iniziali di patologia al fine di avviare interventi preventivi mirati, saranno attivati sistemi di chiamata attiva tramite i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS per l'analisi dei fattori di rischio effettuata dai MMG. Per i fattori di rischio individuati saranno effettuati counselling individuale, consegna materiale informativo, indicazione di punti di riferimento per rischi specifici (fumo, alimentazione, attività motoria), interventi di distribuzione di frutta e verdura (pesce ?) alle classi sociali disagiate attraverso modalità quali il "last minute market";
- c) per aumentare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale e in target specifici sarà perseguito mediante una strategia di comunicazione articolata su più livelli:

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 24/61

- campagna di marketing sociale rivolta alla popolazione generale come veicolo delle principali informazioni in tema di patologie cardiovascolari e indicazione dei servizi attivati per il cittadino;
- ulteriori informazioni mediante lettera personalizzata in occasione di chiamata attiva per analisi dei fattori di rischio;
- distribuzione di materiale informativo presso le sedi delle aziende ULSS
- incontri con la popolazione su base comunale, anche attraverso il coinvolgimento delle associazioni;
- comunicazione target specifica mediante intervento di personale sanitario nel corso dei contatti con l'assistito.

- d)** La produzione e/o l'implementazione delle raccomandazioni organizzative e cliniche per la prevenzione primaria e secondaria delle patologie cardiovascolari e del diabete procederà secondo le metodologie sviluppate nell'ambito dell'EBM, codificate per l'Italia del Centro Cochrane nazionale. Uno dei punti critici da affrontare sarà relativo alla indicazione di far precedere ed accompagnare la terapia farmacologia all'induzione di stili di vita sani e/o protettivi e del ruolo dell'assistenza primaria nei confronti del secondo livello. Una concretizzazione delle raccomandazioni è costituita dal **“libretto del bilancio di salute preventivo”** con le indicazioni di cosa e quando valutare per fascia d'età. Le linee guida dovranno dare indicazioni condivise, anche per garantire l'uniformità nel Veneto dell'assistenza, sulla migliore raccomandazione farmaceutica disponibile target specifica;
- e)** gli aspetti di implementazione organizzativa relativi a “Organizzare modalità di assistenza integrate fra assistenza territoriale ed assistenza ospedaliera per prevenire l'insorgenza della patologia cardiovascolare nella popolazione generale contrastando i fattori di rischio modificabili (alimentazione, fumo, attività fisica, allattamento al seno) e migliorando la qualità dell'assistenza farmaceutica”, costituiscono un punto fondamentale per la fattibilità e sostenibilità nel tempo del programma.

Il modello organizzativo che sarà introdotto in tutto il Veneto nel triennio 2005-2007, avrà un avvio sperimentale in alcune Az. ULSS pilota (almeno 3, rappresentative di diverse realtà venete – piccola, media e grande Az. ULSS collocate in province diverse). Gli aspetti interessati

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 25/61

riguarderanno la formazione del personale sanitario coinvolto (diffusione della metodologie e di procedure *evidence based*), introduzione nei patti aziendali di specifici pacchetti di attività preventive, diagnostiche e terapeutiche comprensivi di questa attività; costruzione della rete assistenziale aziendale nella logica della *clinical governance* e della rete di monitoraggio.

In particolare andrà testato per la valutazione di fattibilità l'attività preventiva del MMG. Il modello di riferimento, desunto dalla letteratura scientifica internazionale, è il seguente:

Su appuntamento verranno misurati e annotati su apposito libretto alcuni parametri fisici e dati sullo stile di vita:

- pressione arteriosa (2 misurazioni),
- peso e altezza
- circonferenza del girovita
- glicemia
- abitudine all'attività fisica (da sola vale un 30% di protezione per malattie cardiovascolari)
- abitudini alimentari
- abitudine al fumo
- abitudine all'alcool
- partecipazione o meno agli screening organizzati e offerti dalla Regione

Il tempo necessario per tali bilancio è stimato un circa 20 minuti, di cui 8 per le abitudini rilevate e offerta screening regionali.

- f) In relazione all'obiettivo specifico "Indurre un approccio terapeutico razionale ed attento al rapporto costi/benefici", ci si avvale di due importanti strategie relative alla adozione di linee guida validate e del confronto delle diverse realtà prescrittive secondo l'analisi denominata "small area variation".
- g) Il "Monitoraggio e valutazione degli interventi di prevenzione" sarà prevalentemente basato sull'applicazione locale del progetto "Passi" del Ministero della Salute, che dovrebbe essere svolto dai dipartimenti di prevenzione diviene lo strumento ideale per il monitoraggio dell'impatto di tale strategia preventiva sulla popolazione generale. Alcune informazioni aggiuntive potranno essere acquisite mediante ricerche *ad hoc* quali ricerche correlate per la definizione di un sistema validato di misura dell'attività fisica, definizione e misura di efficacia

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 26/61

di un modello standard di intervento di attività fisica da suggerire per i pazienti neo-diagnosticati prima di consigliare l'inizio della terapia farmacologica.

2.2.8 Popolazione target

Esiste ormai una copiosa e consolidata bibliografia che documenta come i fattori di rischio sia per il diabete che per le patologie cardiovascolari non si distribuiscono omogeneamente fra la popolazione ma incidono molto più pesantemente sulle classi più svantaggiate socialmente. Questo programma della regione Veneto tenderà di mettere in atto degli interventi selettivamente rivolti a ridurre questa disuguaglianza sanitaria individuando sottopopolazioni svantaggiate sulle quali agire in modo specifico. Naturalmente gli aspetti di informazione e sensibilizzazione saranno rivolte alla popolazione generale.

Va inoltre considerato che, anche se per definizione gli eventi sono più frequenti in soggetti ad alto rischio, la maggior parte degli eventi cardiovascolari in una popolazione avvengono in soggetti a rischio intermedio, che sono molto più numerosi di quelli ad alto rischio. L'identificazione di tali soggetti diviene pertanto prioritaria e, in questo campo, l'attività di screening del MMG è fondamentale.

In considerazione della stratificazione della società, le fasce adulte fra i 20 ed i 30 anni sembrano meno raggiungibili da interventi di popolazione (mobilità dovuta alla scolarità universitaria, minor sensibilità alle tematiche della salute). appare maggiormente affidabile, in un primo momento dedicarsi in generale alla popolazione adulta impiegata in casa e alla popolazione anziana, più sensibile ad attività preventive in ragione della maggior suscettibilità a patologie cronico-degenerative, maggior disposizione di tempo libero.

Secondo il presente progetto è opportuno rivolgerci ad una popolazione compresa tra i 35-60 anni in quanto popolazione che difficilmente si rivolge ai MMG e comunque a strutture a strutture sanitarie.

2.2.9 Formazione e comunicazione ai partecipanti

La formazione e la comunicazione identificano due target distinti: gli operatori sanitari coinvolti e gli assistiti. Per gli operatori sanitari (personale dei Dipartimenti di Prevenzione,

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 27/61

personale di altri servizi dell'azienda sanitaria, medici di medicina generale) il focus formativo è orientato alla acquisizione delle pratiche efficaci e alla loro corretta applicazione, mediante incontri formativi specifici; per gli assistiti la formazione è indirizzata a target specifici, prevalentemente mediante counselling e volta ad acquisire capacità pratiche che vanno dalla adozione di stili di vita preventivi in relazione alle patologie cardiovascolari e al diabete, alla corretta compliance farmacologica.

Anche gli aspetti comunicativi sono differenziati tra operatori sanitari e assistiti. Per i sanitari l'azione comunicativa fondamentale è il ritorno informativo in merito all'andamento del programma in corso ed ai risultati in termini di processo e di esito. Per gli assistiti la comunicazione ha il ruolo di aumentare l'informazione ed il grado di consapevolezza dei rischi per patologia cardiocircolatoria e diabete e gli aspetti relativi all'organizzazione assistenziale in atto sul tema.

Quali strumenti di comunicazione, oltre agli strumenti tipici di marketing sociale, sarà implementato un sito web dedicato con due livelli di accesso, per operatori (riservato) e per popolazione generale.

2.2.10 Prodotti attesi

Saranno prodotte linee guida organizzative e tecnico-scientifiche, sarà attivato un sistema di monitoraggio e sorveglianza con ampia diffusione dei dati raccolti, saranno infine prodotti materiali informativi per la popolazione generale e target specifici.

In termini organizzativi vi sarà il coinvolgimento nel triennio di tutti i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie del Veneto e di almeno il 50% dei MMG (3 Az. ULSS e almeno il 10% dei MMG di tali ULSS nel primo anno).

2.2.11 Monitoraggio del progetto

Come detto, il "Monitoraggio e valutazione degli interventi di prevenzione" (obiettivo **2.2.8**) sarà prevalentemente basato sull'applicazione locale del progetto "Passi" del Ministero della Salute, che dovrebbe essere svolto dai dipartimenti di prevenzione diviene lo strumento ideale per il monitoraggio dell'impatto di tale strategia preventiva sulla popolazione generale. Alcune informazioni aggiuntive potranno essere acquisite mediante ricerche *ad hoc* quali ricerche correlate

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 28/61

per la definizione di un sistema validato di misura dell'attività fisica, definizione e misura di efficacia di un modello standard di intervento di attività fisica da suggerire per i pazienti neo-diagnosticati prima di consigliare l'inizio della terapia farmacologica.

2.2.12 Modalità di coordinamento del progetto (presso la Regione)

Si distingue tra il team operativo che assume il **coordinamento tecnico-scientifico** dal **team operativo locale** che provvede all'attuazione locale delle attività. Inoltre sono previsti **gruppi di lavoro specifici** per ogni obiettivo del presente programma.

Il **coordinamento tecnico-scientifico**, attivato con Decreto dalla Direzione Regionale per la Prevenzione, mette assieme le competenze dei Dipartimenti di Prevenzione e dell'assistenza primaria erogata dai MMG, il Sistema Epidemiologico Regionale, i responsabili della pianificazione regionale di settore (Piano Triennale SISP) ed i funzionari regionali del Servizio Sanità Pubblica. Altri contributi necessari allo sviluppo del programma saranno possibili con incarico specifico (Università, Associazioni di Volontariato, clinici, farmacologi, nutrizionisti, ecc.) Il direttore scientifico del programma curerà le interconnessioni con le direzioni regionali relative all'assistenza ospedaliera e territoriale.

Il **team locale** potrà avere un adattamento nella composizione sulla base delle peculiarità di ogni singola ULSS. E' prevista sempre la presenza di un dirigente del Dipartimento di Prevenzione e di un MMG.

2.2.13 Tempi per la realizzazione

Il cronogramma di lavoro può essere riassunto nei seguenti punti:

- a. decreto della Direzione Regionale per la Prevenzione di nomina del coordinamento tecnico scientifico
- b. riunioni con i rappresentanti di tutti gli stakeholders per la condivisione del programma di dettaglio;
- c. istituzione dei gruppi di lavoro specifici;
- d. scelta delle Az. ULSS pilota

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 29/61

- e.** contemporanea contrattazione di categoria per inserimento nei patti aziendali delle attività previste;
- f.** analisi epidemiologica, progettazione interventi di mkt sociale, strategie di prevenzione primaria e definizione linee guida e protocolli (operativi e clinici)
- g.** formazione operatori (ULSS capofila)
- h.** avvio del programma con riunioni fra i Dipartimenti di Prevenzione delle Az. ULSS e MMG per stabilire calendari di attività (ULSS capofila)
- i.** distribuzione informazioni agli uffici URP, Dipartimenti di Prevenzione e altri servizi interessati delle Az. ULSS capofila
- l.** distribuzione libretti ai MMG (ULSS capofila)
- m.** invio lettere agli utenti con informazioni su inizio attività, gestito da dipartimenti di prevenzione
- n.** inizio attività di routine
- o.** verifica attività al 3° mese e poi ad intervalli regolari di 6 mesi
- p.** monitoraggio esterno veicolato da progetto passi (tempi da stabilire)
- q.** miglioramenti organizzativi e di performance sulla base della verifica e monitoraggio dell'attività a 4 mesi dall'avvio del programma (tempi da stabilire)
- r.** estensione del programma a livello regionale, con modalità similari, dopo 5 mesi dall'avvio del programma (dopo il primo monitoraggio).

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 31/61

2.3 Il programma regionale di prevenzione degli incidenti domestici (ID)

2.3.1. Il contesto regionale (epidemiologico, organizzativo ecc)

Epidemiologia

Gli incidenti in ambito domestico rappresentano un'importante causa di mortalità ed invalidità. Il fenomeno riguarda soprattutto le persone che trascorrono più tempo in casa ovvero le donne, gli anziani e i bambini e rappresenta un'importante causa di mortalità ed invalidità.

Si stima che, nel corso dell'anno 1999, circa 3.048.000 persone (5.32 % della popolazione italiana) abbiano subito almeno un incidente domestico, per un totale di ben 3.672.000 incidenti.

A causa degli incidenti domestici circa 8.400 persone muoiono ogni anno (versus circa 1.100 sul lavoro): i tassi di mortalità più elevati si riscontrano tra gli anziani (> di 70 anni) e tra questi, nelle donne si osserva la mortalità più elevata. Inoltre 1.000 persone ogni anno subiscono lesioni tali da rimanere invalide permanentemente.

Tuttavia l'analisi del fenomeno attraverso i dati di mortalità rende conto soltanto parzialmente del fenomeno, rappresentando solo la punta dell'iceberg in quanto, fortunatamente, l'incidente domestico conduce a morte solo in un piccola percentuale dei casi.

Bambini: per i bambini più piccoli, che sono i meno consapevoli del pericolo, gli incidenti domestici rappresentano una rilevante fonte di rischio. Come rileva l'OMS, nei paesi sviluppati questa tipologia di eventi rappresenta la prima causa di morte per i bambini fra 0 e i 4 anni. La maggior parte di essi riportano un trauma alla testa: quasi il 40 % dei ricoveri è dovuto infatti a traumatismi intracranici; altre cause di ricovero sono dovute ad avvelenamenti di sostanze (farmacologiche e non) ed a fratture degli arti.

I bambini restano mediamente in ospedale uno o due giorni, ma ciò rappresenta un trauma per il bambino.

Allegato A alla**Dgr n. 2031 del 26.07.2005**

pag. 32/61

Tabella 2.3.1 Stima delle persone coinvolte in uno o più incidenti domestici in un anno

Graduatoria per sesso e classi d'età, valori percentuali – popolazione italiana	
Femmine 65 anni o più	26.6
Femmine 25-64 anni	23.2
Maschi 65 anni o più	9.0
Femmine 0-24 anni	8.0
Maschi 0-24 anni	6.3
Maschi 25-64 anni	5.5

ISTAT –Indagine MULTISCOPO 1999

Allegato A alla**Dgr n. 2031 del 26.07.2005**

pag. 33/61

Tabella 2.3.2 Stima delle persone coinvolte in uno o più incidenti domestici in un anno

Graduatoria per sesso e condizione, valori percentuali – popolazione italiana	
Femmine casalinghe	30.9
Femmine occupate	17.3
Femmine in altra condizione	15.2
Maschi in altra condizione	7.9
Maschi occupati	4.4

ISTAT – Indagine MULTISCOPO 1999

Tabella 2.3.3 Le cause più frequenti

Graduatoria per i maschi, valori percentuali – popolazione italiana		Graduatoria per le femmine, valori percentuali – popolazione italiana	
Cadute	33.2	Utensili o attività di cucina	36.7
Utensili o attività di cucina	20.4	Cadute	27.0
Fai da te	10.2	Fai da te	1.4

ISTAT – Indagine MULTISCOPO 1999

Allegato A alla**Dgr n. 2031 del 26.07.2005**

pag. 34/61

Tabella 2.3.4 Gli ambienti domestici più a rischio

Graduatoria per i maschi, valori percentuali – popolazione italiana		Graduatoria per le femmine, valori percentuali – popolazione italiana	
Cucina	31.1	Cucina	58.1
Balcone, terrazzo, altro ambiente	14.5	Soggiorno, salone	8.2
Cantina, garage, altro ambiente	13.6	Camera da letto, cameretta	6.7
Soggiorno, salone	11.7	Scale interne all'abitazione	5.6
Bagno	9.3	Balcone, terrazzo, altro ambiente	5.5
Camera da letto, cameretta	6.3	Bagno	4.2
Scale interne all'abitazione	4.9	Scale esterne all'abitazione	3.7
Scale esterne all'abitazione	4.9	Corridoio, ingresso	3.7
Corridoio, ingresso	3.3	Cantina, garage, altro ambiente	2.6

ISTAT – Indagine MULTISCOPO 1999

Allegato A alla**Dgr n. 2031 del 26.07.2005**

pag. 35/61

Tabella 2.3.5 Le attività più a rischio

Graduatoria per i maschi, valori percentuali – popolazione italiana		Graduatoria per le femmine, valori percentuali – popolazione italiana	
Riparazioni, fai da te, bricolage	22.2	Lavori domestici	63.9
Nessuna particolare attività	20.6	Nessuna particolare attività	11.8
Lavori domestici	18.5	Cure personali	8.7
Gioco, passatempo	16.7	Altre attività	6.9
Cure personali	12.1	Gioco, passatempo	5.6
Altre attività	9.6	Riparazioni, fai da te, bricolage	0.9

ISTAT – Indagine MULTISCOPO 1999

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 36/61

Tabella 2.3.6 Le lesioni più frequenti

Graduatoria per i maschi, valori percentuali – popolazione italiana		Graduatoria per le femmine, valori percentuali – popolazione italiana	
Ferita	52.9	Ferita	40.0
Altra lesione	26.5	Ustione	30.1
Frattura	13.4	Altra lesione	23.5
Ustione	10.0	Frattura	12.8

ISTAT – Indagine MULTISCOPO 1999

Si stima che nel **Veneto**, nel periodo 1996-2000 circa 35.000 ricoveri siano riconducibili a trauma in ambiente domestico; i morti all'anno sono circa 700 (oltre 20.000 dal 1971 al 1999).

Pertanto, l'**Assessorato alle Politiche Sanitarie della Regione del Veneto** ha inteso promuovere uno specifico programma preventivo, affidandone la direzione scientifica al dr. Sandro Cinquetti, Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 7 - Pieve di Soligo (TV) – ULSS capofila. Il Programma è stato sviluppato dal Servizio Programmi Regionali di Sanità Pubblica, struttura organizzativa di tale Dipartimento.

Grazie al finanziamento della **Fondazione CASSAMARCA**, dal **1° di ottobre 2004** è stata avviata una prima campagna di prevenzione degli incidenti domestici tra le casalinghe nell'**area test della Provincia di Treviso**.

2.3.7 Il piano operativo (ambito territoriale dell'intervento Regione, ASL, Distretto). Azioni

Obiettivi della campagna erano:

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 37/61

- informare e sensibilizzare le casalinghe sugli incidenti domestici a partire dai più comuni e meno gravi (*ferite da coltello*) fino ai meno frequenti ma più gravi (*ustioni e cadute*, queste ultime particolarmente importanti nell'età senile);
- favorire quei comportamenti di sicurezza in casa considerati prioritari;
- promuovere fra le casalinghe:
 - a) conoscenze;
 - b) attitudini quali la valorizzazione della sicurezza in casa e la intensificazione della vigilanza;
 - c) capacità pratiche, come il saper valutare cosa deve essere messo in sicurezza ed identificare le situazioni di pericolo.

2.3.8 Strategie e metodi

La campagna, in fase di sviluppo, ha riguardato inizialmente la sola provincia di Treviso, considerata quale area test in vista di una successiva diffusione all'intera regione del Veneto. E' stata affiancata da iniziative di comunità con la collaborazione con il Movimento Italiano Casalinghe (MOICA) del Veneto, nella figura della Presidente sig.ra Maria Laura Piva Pezzato, il coinvolgimento prioritario della rete organizzativa del MOICA, dei Comuni e delle Az. ULSS provinciali (Az. ULSS7 – Pieve di Soligo, ULSS8 – Asolo e ULSS9 – Treviso), con particolare riferimento ai servizi territoriali (Dipartimenti di Prevenzione e Distretti). Per la campagna di sensibilizzazione saranno utilizzati poster, depliantes informativi, inserzioni pubblicitarie nei media provinciali, affissioni mobili, spot radiofonici

I materiali informativi sono stati previamente testati dalla dr.ssa Mariella Baldo, ricercatrice sociale del Sistema Epidemiologico Regionale di Castelfranco Veneto (TV) attraverso ricerca formativa con un focus group, composto da 15 casalinghe di età fra i 35 ed i 60 anni, reclutate fra le iscritte al MOICA, realizzato il 26 luglio 2004 a Treviso. La ricerca formativa ha evidenziato che la condivisione della struttura del testo sia i cambiamenti suggeriti risultano molto chiari e comprensibili.

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 38/61

Attività locali

I referenti “traumi domestici” presso le Aziende ULSS del Veneto dovranno curare:

- (a) la distribuzione dei materiali (depliant, poster ecc.) ai vari destinatari (MMG, PLS, Comune, Distretti ecc.);
- (b) la presentazione, anche in collaborazione delle associate MOICA, della campagna in luoghi di aggregazione sociale od in occasione di momenti associativi di vario genere;
- (c) la raccolta dati nell'ambito del progetto SINIACA;
- (d) l'applicazione locale del modello di rilevazione di dati presso le abitazioni.

2.3.9 Popolazione target

Il target della campagna è rappresentato dalle casalinghe, oltre a costituire una delle categorie a maggior rischio, rappresentano una figura chiave per la prevenzione in quanto hanno spesso la responsabilità delle altre categorie vulnerabili quali gli anziani, i bambini e i giovani in età scolare.

2.3.10 Monitoraggio del progetto

Il monitoraggio e valutazione della campagna viene attuato prevalentemente attraverso indicatori di processo. Sarà predisposta una relazione tecnico-scientifica finale e verranno identificati possibili sviluppi per una estensione a livello regionale della campagna stessa.

Per la raccolta di dati inerenti al fenomeno degli incidenti domestici si fa riferimento al Progetto SINIACA: sistema per la raccolta di dati tramite il Pronto Soccorso, sviluppato in collaborazione con l'ISPESL;

2.3.11 Modalità di coordinamento del progetto (presso la Regione)

La Direzione regionale per la Prevenzione ha affidato la direzione scientifica del Programma al dr. Sandro Cinquetti, direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 7 di Pieve di Soligo (TV). il coordinamento strategico e la gestione operativa sono svolti da personale del Servizio Programmi Regionali di Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione citato, che si

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 39/61

avvale della collaborazione di un medico referente presso le Aziende ULSS del Veneto, per condurre le azioni previste.

2.3.12 Tempi per la realizzazione

Il cronogramma di lavoro può essere riassunto nei seguenti punti:

1. avvio del programma con riunioni fra i Dipartimenti di Prevenzione delle Az. ULSS e MMG per stabilire calendari di attività in vista della realizzazione della campagna su scala regionale.
2. distribuzione materiali informativi ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto.
3. estensione della campagna a livello regionale, con modalità simili, dopo 3 mesi dalla fine della campagna di marketing sociale della provincia di Treviso (dopo il primo monitoraggio).

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 40/61

2.4 PREVENZIONE DEI TRAUMI DA TRAFFICO

2.4.1 Il contesto regionale (epidemiologico, organizzativo ecc)

Gli incidenti stradali nel Veneto: la dimensione epidemiologica.

Nella Regione del Veneto gli incidenti stradali determinano annualmente circa 800 decessi. La drammatica dimensione del problema risulta molto più chiara se analizziamo la perdita complessiva di anni di vita determinata annualmente da questo problema e la confrontiamo con altre patologie. Nel Veneto **i traumi da traffico costituiscono la più importante causa di anni di vita potenziali perduti tra i maschi e la quinta fra le donne.** Durante il triennio 1995-1997, i traumi da traffico hanno causato una perdita media annuale entro l'aspettativa di vita alla nascita di oltre 19.000 anni tra gli uomini, molto più delle due malattie che seguono cioè la neoplasia polmonare e la malattia ischemica coronarica che hanno, ognuna, ridotto l'aspettativa di vita di circa 13.500 anni. Tra le donne i traumi stradali, pur meno importanti in termini assoluti e relativi rispetto ai maschi, hanno comunque determinato una perdita sostanziale di vita potenziale pari a quasi 7.000 anni.

Analizzando il problema dei traumi da traffico nell'ambito di singole classi d'età e sesso, **i traumi stradali costituiscono la prima causa di decesso nei gruppi d'età compresi tra il sesto anno di vita ed i 45 anni per i maschi e fino ai 25 per le femmine.** Nella classe d'età compresa tra i 15 ed i 24 anni, i traumi stradali determinano quasi la metà dei decessi in entrambi i sessi. Infine, gli incidenti stradali costituiscono, oltre il quinto anno di vita, la più importante causa di morte anche in età pediatrica.

Le conseguenze dei traumi stradali sono drammatiche non solo in termini di riduzione della durata della vita, ma anche perchè rappresentano, **nelle classi d'età inferiori ai 45 anni,** la più importante causa di disabilità grave e quindi di dipendenza. Inoltre, studi realizzati in altre realtà simili alle nostre concordano nell'affermare che **i costi associati a questa patologia sono più alti di quelli deteminati da qualsiasi malattia** e le conseguenze sono molto serie sia in termini di costi diretti cioè sostenuti per le cure, sia indiretti ovvero legati alla perdita di reddito. I costi sociali causati dalla disabilità grave e quindi dalla dipendenza, sono ugualmente alti.

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 41/61

Nonostante i progressi ottenuti negli ultimi decenni nella riduzione della mortalità e morbosità, i traumi da traffico rimangono per il Veneto un importante problema di sanità pubblica in termini sia assoluti che relativi. Questo problema può essere affrontato attraverso il controllo e la modifica dei più importanti fattori di rischio.

2.4.2 Organizzazione del Programma Regionale di Prevenzione dei Traumi da Traffico

La Giunta Regionale del Veneto, consapevole della rilevanza epidemiologica dei traumi derivanti da incidenti stradali, ha da tempo avviato un'ampia strategia di prevenzione specifica. Con apposito atto deliberativo (DGR 5096/98) ha dato avvio al programma regionale di prevenzione per il biennio 1999-2000, affidando alla Direzione Regionale per la Prevenzione ed all'Azienda ULSS n. 7 di Pieve di Soligo rispettivamente i compiti di direzione strategica generale e di gestione operativa. Con successivi atti deliberativi (4060/2000 e 2096/2002) tale programma, aggiornato nella strategia e nei mezzi, è stato prorogato a tutto il 2004.

L'architettura organizzativa del programma prevede un assetto centrale (regionale) ed uno periferico (costituito dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto). Come detto, il livello centrale è rappresentato dalla Direzione Regionale per la Prevenzione e dal Dipartimento di prevenzione dell'Az. ULSS7 la quale, avendo maturato una professionalità specifica sul tema, costituisce un punto di riferimento riconosciuto nella regione. Presso i Dipartimenti di Prevenzione regionali è stato identificato un referente (referente aziendale dei traumi da traffico), di norma dirigente medico con specialità in Igiene epidemiologia e sanità pubblica o in Medicina del Lavoro, con il compito di curare l'operatività locale. Tale referente cura gli aspetti di collaborazione con l'organizzazione centrale e con gli attori locali sanitari e non sanitari che possono contribuire a sviluppare pienamente il programma.

Con la citata DGR 2096/2002, prendendo atto della disponibilità espressa dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Verona, Vicenza, Belluno e Ancona di sostenere una campagna di marketing sociale sul tema, ha ridefinito gli obiettivi specifici.

Infine con DGR n. 943 del 18.03.05 è stato rilanciato per l'anno 2005 si tre aree di attività:

1. analisi epidemiologica ed identificazione di idonee strategie di comunità, con le istituzioni e le forze dell'ordine,

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 42/61

2. progetto educativo con soggetti di età superiore a 14 anni finalizzato alla acquisizione del patentino per ciclomotori e attività formativa con gli istruttori di autoscuola;
3. coinvolgimento degli autotrasportatori e delle amministrazioni pubbliche che impiegano autisti (Az. Sanitarie in primis) in attività strutturate di prevenzione compreso corso di guida sicura.

Il piano operativo (ambito territoriale dell'intervento Regione, ASL, Distretto). Azioni

2.4.3 OBIETTIVI

2.4.3.1 Obiettivo generale

(Obiettivi di Salute): Riduzione della mortalità (con particolare riferimento a quella precoce), della morbosità, delle disabilità, delle sofferenze e dei costi derivanti da traumi stradali (in sintonia con gli obiettivi di salute definiti nel Piano Sanitario Nazionale).

2.4.3.2 Obiettivi specifici

1. rafforzamento dell'analisi epidemiologica sui fattori di rischio inerenti la traumatologia stradale, con particolare riferimento al non uso dei sistemi di protezione individuale (cinture di sicurezza, seggiolini per bambini, caschetto in bicicletta);
2. incremento della percezione diffusa della rilevanza del problema "traumi da traffico", sostenendo la definizione dello stesso quale priorità di sanità pubblica anche e soprattutto in riferimento alla definizione di strategie preventive;
3. consulenza nei compiti degli Enti locali per il miglioramento della viabilità sicura;
4. miglioramento delle certificazioni di idoneità alla guida;
5. aumento dell'uso delle cinture di sicurezza (in particolare per quanto attiene gli occupanti i posti posteriori degli autoveicoli) e dei seggiolini per bambini;
6. sensibilizzazione ed educazione dei teenager e dei giovani affinché utilizzino comportamenti corretti alla guida del ciclomotore e/o dell'auto;

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 43/61

7. aumento dell'uso del caschetto in bicicletta, con particolare riferimento ai bambini e agli adolescenti;
8. miglioramento della capacità di guida sicura, anche in condizioni critiche e adozione diffusa di comportamenti corretti in tema di sicurezza stradale (sobrietà, non uso di droghe, uso dei sistemi di protezione individuale, adeguato riposo, ecc.) da parte dei lavoratori che usano la strada (con particolare riferimento ad alcune categorie significative quali autotrasportatori, autisti di ambulanza, dipendenti delle Aziende ULSS, lavoratori delle Società autostradali, ecc.) attraverso la diffusione della conoscenza e l'utilizzo fra le Aziende ULSS del Veneto di un efficace e sperimentato sistema di gestione della sicurezza stradale: il disciplinare “prevenzione degli infortuni stradali”;
9. rafforzamento dell'analisi epidemiologica sul fenomeno alcol e guida e contrasto del fenomeno della guida in stato di ebbrezza;
10. riduzione dell'alta velocità.

2.4.4 Strategie e metodi educativi

Obiettivo specifico 1:

- a) Proseguimento dell'attività di analisi epidemiologica presso il SER e presso i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS a riguardo del fenomeno “traumi da traffico”, con riferimento alle analisi “classiche” (mortalità, accessi ospedalieri, analisi SDO, ecc.), alle analisi dei costi (ricaduta economica sui sistemi sociali e sanitari);
- b) Rilevazione su strada dell'uso dei sistemi di protezione individuale (cinture di sicurezza anteriori, posteriori e dei seggiolini per bambini) secondo il protocollo messo a punto dal Servizio Epidemiologico Regionale e già utilizzato nelle indagini condotte nel 2003 (rilevazione ordinaria di aprile-maggio, rilevazione *straordinaria* di ottobre) e nell'ottobre 2004.

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 44/61

Obiettivo specifico 2:

- a) Elaborazione e regolare diffusione di dati epidemiologici inerenti alla traumatologia da traffico in possesso del Servizio Sanitario Regionale (mortalità, anni di vita potenziali perduti, morbosità, ecc.);
- b) Partecipazione dei professionisti sanitari coinvolti a vario titolo nello sviluppo del progetto (operatori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS, Dirigenti del SER, ecc.) ad iniziative divulgative promosse direttamente o in collaborazione con altre Istituzioni (organi di informazione, altri Assessorati Regionali, Enti locali, Associazioni di volontariato, ecc.);

Obiettivo specifico 3:

- a) miglioramento delle competenze tecnico scientifiche finalizzate all'analisi degli strumenti urbanistici (PRG, ecc.) con specifico riferimento al miglioramento della viabilità sicura;
- b) sostegno allo sviluppo di percorsi pedonali sicuri, con particolare riferimento all'età pediatrica e adolescenziale.

Obiettivo specifico 4:

Miglioramento delle **certificazioni di idoneità alla guida** di

- **primo livello** attraverso la formazione dei medici addetti alla certificazione di idoneità per il rilascio-rinnovo della patente di guida finalizzata ad incrementare le competenze scientifiche inerenti l'identificazione, mediante test semplici, dei possibili rari casi di inidoneità (assoluta o relativa);
- **secondo livello** proseguendo l'attività di elaborazione di linee guida relative all'operatività delle Commissioni Provinciali Patenti finalizzate all'omogeneizzazione dei protocolli, al miglioramento della competenza scientifica inerente la valutazione specifica dell'inidoneità (valutazione secondaria alla valutazione di primo livello o su segnalazione di Strutture sanitarie – es. SERT) ed i percorsi di riabilitazione alla guida di soggetti coinvolti in gravi infrazioni del Codice della Strada (guida in stato di ebbrezza, guida sotto l'effetto di sostanza psicotrope, ecc.).

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 45/61

Obiettivo specifico 5:

- a) Completamento azioni del progetto “Strada Sicura” e diffusione tra i Comuni aderenti delle best practices realizzate, selezionandole anche tra i lavori presentati al Concorso “Strada Sicura... con fantasia”;
- b) Definizione di protocolli di intesa con le Forze di polizia finalizzati al rafforzamento sostanziale della repressione del non uso dei sistemi di ritenuta con particolare riferimento alle *cinture di sicurezza posteriori ed ai seggiolini per bambini*;
- c) Proseguimento dell’attività di monitoraggio delle sanzioni comminate per infrazione dell’art. 172 del Codice della Strada raccogliendo il dato delle sanzioni comminate in rapporto al numero di controlli effettuati;
- d) Conclusione delle attività di formazione dei Vigili Urbani finalizzata al raggiungimento di un’adeguato livello di conoscenza sul diverso rischio di trauma da incidente stradale con e senza i sistemi di ritenuta e a motivare gli agenti stessi ad attuare un’efficace azione di repressione per infrazioni all’art. 172 del Codice della Strada.

Obiettivo specifico 6:

Progetto di educazione alla sicurezza stradale con **soggetti di età superiore ai 14 anni**:

- a) Proseguimento dell’attività di supporto rivolta agli insegnanti delle scuole superiori per il conseguimento del patentino per ciclomotore;
- b) Diffusione del manuale “prevenzione degli incidenti stradali: promozione di interventi formativi nelle autoscuole” prodotto dall’Istituto Superiore di Sanità;
- c) Attività di formazione per insegnanti ed istruttori delle autoscuole sul tema “Educazione alla salute e prevenzione degli incidenti stradali” come previsto dal atto deliberativo d’intesa regionale tra Direzione Regionale per la Prevenzione, Direzione Regionale Trasporti e CONFEDERTAAI;
- d) estensione e sviluppo della rete di agenzie impegnate sul fronte della formazione alla sicurezza stradale nell’ambito di scuole e autoscuole

Obiettivo specifico 7:

- a) Monitoraggio mediante protocolli statisticamente validati (predisposti dal SER) della prevalenza d’uso del caschetto in bicicletta;

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 46/61

- b) Sviluppo di strategie di marketing sociale finalizzate alla promozione dell'uso del sistema di protezione individuale in questione, con particolare riferimento ai bambini e agli adolescenti;

Obiettivo specifico 8:

Progetto "Prevenzione degli infortuni da incidente stradale", rivolto a:

- autisti dipendenti delle Aziende ULSS, Enti Pubblici - anche in riferimento alla specifica funzione di testimonianza;
- autotrasportatori - per l'evidente impatto dei loro comportamenti sul tema generale della sicurezza stradale.

Tali target vengono raggiunti attraverso le seguenti attività:

- a) rilancio dell'esperienza "prevenzione degli infortuni da incidente stradale" nelle
- Az. ULSS mancanti e nei Comuni ed enti pubblici;
 - Aziende di autotrasporto;
 - Aziende con dipendenti nel ruolo di autisti;
- b) presentazione del disciplinare "Prevenzione degli infortuni da incidente stradale" e sua implementazione con le Associazioni di categoria.

Obiettivo specifico 9:

- a) definizione di strategie preventive in tema di alcol e guida con particolare riferimento alla popolazione giovanile ed adolescenziale di sesso maschile, in collaborazione con Ser.T, Associazioni di volontariato e di categoria.

Obiettivo specifico 10:

- a) Sviluppo di un Progetto di marketing sociale per la riduzione dell'alta velocità in collaborazione con la Società Autostrade.

2.4.5 Monitoraggio del Progetto

Il monitoraggio e la valutazione degli interventi di prevenzione degli incidenti stradali sono stati attuati a partire dallo sviluppo di un protocollo per la misurazione dell'uso dei dispositivi di ritenuta

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 47/61

(cinture e seggiolini per bambini) è stato predisposto appositamente dal Sistema Epidemiologico Regionale (SER) di Castelfranco Veneto (Treviso) a cura del Dr. Roberto Gnesotto e del dr. Roberto Turra. Le rilevazioni su strada, a tutt'oggi unica esperienza condotta in Italia e tra le poche nel mondo, vengono condotte con cadenza annuale da personale addestrato dei Dipartimenti di Prevenzione delle Az. ULSS del Veneto.

2.4.6 Modalità di coordinamento del progetto (presso la regione)

La Direzione regionale per la prevenzione ha affidato la direzione scientifica del Programma al dr. Sandro Cinquetti, direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 7 di Pieve di Soligo (TV). Il coordinamento strategico e la gestione operativa sono svolti da personale medico del Servizio Programmi Regionali di Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione citato, che si avvale della collaborazione di un medico referente presso le Aziende ULSS del Veneto, per condurre le azioni previste.

2.4.7 Tempi per la realizzazione

Il cronogramma di lavoro **può essere riassunto nei seguenti punti:**

1. presentazione del disciplinare "Prevenzione degli infortuni da incidente stradale" alle Associazioni di categoria imprenditoriali e sindacali, regionali e provinciali, agli SPISAL veneti e ai Dipartimenti di Prevenzione marzo 2005
2. distribuzione del CD "Sulla Strada della Sicurezza" alle scuole per il tramite dei referenti ULSS "Traumi da traffico" aprile 2005

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 48/61

- | | |
|--|------------------------|
| 3. supporto all'applicazione del disciplinare, certificazione di Aziende che intendono acquisire l'attestato regionale tramite il gruppo di lavoro regionale, monitoraggio complessivo del programma | giugno – dicembre 2005 |
| 4. Diffusione alle scuole del manuale prodotto dall'Istituto Superiore di Sanità (per il tramite dei referenti traumi da traffico) | ottobre 2005 |
| 5. Svolgimento di due corsi di formazione per insegnanti ed istruttori delle autoscuole | ottobre 2005 |
| 6. Rilevazione ordinaria su strada dell'uso cinture/seggolini | ottobre 2005 |
| 7. Completamento azioni "Strada sicura" e acquisizioni report di attività dai Comuni aderenti | settembre 2005 |
| 8. monitoraggio definitivo dell'esperienza "Prevenzione degli infortuni da incidente stradale" condotta in 7 ULSS del Veneto e rilancio dell'esperienza alle altre ULSS venete | settembre 2005 |
| 9. Conclusione attività di formazione dei vigili urbani | settembre 2005 |
| 10. Sviluppo del Progetto di marketing sociale ed apertura al tema "alta velocità" | settembre 2005 |
| 11. Stesura di un protocollo per la misurazione della prevalenza d'uso dei caschetti per la bicicletta nel Veneto | settembre 2005 |
| 12. Stesura Progetto di prevenzione della guida in stato di ebbrezza e creazioni di alleanze con associazioni di Volontariato e di Categoria | dicembre 2005 |
| 13. Elaborazione e diffusione dati relativi al monitoraggio delle sanzioni elevate per infrazione all'art. 172 CdS | dicembre 2005 |
-

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 49/61

2.5 Screening oncologici

2.5.1 Il contesto regionale

Epidemiologia dei Tumori nella Regione Veneto

Il Registro Tumori del Veneto (RTV), istituito nel 1989, si riferisce ad oltre la metà (2.772.000 residenti) della popolazione regionale. Accanto alle normali funzioni richieste ad un registro accreditato a livello nazionale e internazionale, il RTV contribuisce con elementi essenziali alla valutazione degli screening oncologici.

Carcinoma della Cervice Uterina

I dati più recenti del RTV riportano un'incidenza di 7.5, mortalità 0.93, sopravvivenza a 5 anni 72.4 %.

Si stima, sulla base dei dati del RTV, che nel 2003 in Veneto i nuovi casi di tumore invasivo del collo dell'utero siano stati circa 140. I decessi per tale causa nel 2001 sono stati 19 (ISTAT).

Carcinoma della Mammella

I dati più recenti del RTV riportano un'incidenza di 157.0, mortalità 39.4, sopravvivenza a 5 anni 83 %.

Si stima, sulla base dei dati del RTV, che nel 2003 in Veneto i nuovi casi di tumore della mammella siano stati più di 3.500, pari al 28% di tutte le neoplasie nelle donne. Nel 2001 si sono verificati 944 decessi per tumore della mammella (ISTAT), il 17.5% dei decessi per tumore nel sesso femminile.

Carcinoma del Colon Retto

I dati più recenti del RTV riportano un'incidenza di 80.1 nei maschi e 64.6 nelle femmine, mortalità 33.8 nei maschi e 26.0 nelle femmine, sopravvivenza a 5 anni 57.7 % nei maschi e 58.7 % nelle femmine.

Si stima, sulla base dei dati del RTV, che nel 2004 in Veneto ci siano stati 1800 casi incidenti nei maschi e 1500 nelle femmine. Nel 2001 si sono verificati 745 decessi per tumore colorettales nei maschi e 604 nelle femmine.

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 50/61

2.5.2 Punti critici e obiettivi a livello Regionale

Gli aspetti critici di ciascuno screening sono trattati nelle rispettive sezioni.

Una criticità generale è sicuramente rappresentata dal sistema informativo: si richiede lo sviluppo di un nuovo software che consenta, tra l'altro, di mantenere un database a record individuale al fine di rendere più agile la valutazione epidemiologica del programma regionale in tutti i suoi aspetti, di rafforzare l'analisi dei dati e di sviluppare la valutazione di impatto dei tre screening.

In prospettiva, si vede la difficoltà non solo di sviluppare, ma anche di mantenere l'attuale livello organizzativo, qualitativo e gestionale dei programmi per problemi legati a carenze di personale dedicato - anche per limiti posti dalla normativa -, alla motivazione del personale, al suo turnover, cui consegue di necessità la formazione e l'aggiornamento continuo per garantire i livelli di copertura e di qualità richiesti.

Premesse queste considerazioni, gli obiettivi regionali per il 2005:

- mantenere e migliorare le attività di monitoraggio e valutazione degli screening
- mantenere e sviluppare le attività di formazione correnti
- aggiornare e, ove indicato, sviluppare i protocolli dei diversi professionisti coinvolti negli screening
- aumentare la capacità di supervisione e verifica ai programmi aziendali.

2.5.3 Screening Citologico

Nel Veneto lo screening citologico è iniziato nel 1998 con cinque programmi ed ha completato la copertura di tutto il territorio regionale nel 2003. Nel corso del 2001 le prime cinque ULSS hanno concluso il primo round; successivamente altre hanno raggiunto questo traguardo.

Al 31.12.2004 erano state invitate complessivamente oltre 1.500.000 donne, e circa 630.000 hanno aderito all'invito.

La Tabella 2.5.3.1 riporta indicatori di progressione territoriale assieme ad alcuni indicatori di qualità.

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 51/61

Tabella 2.5.3.1 Principali indicatori di qualità degli screening citologici 2000-2004

Indicatori / Anno	2000	2001	2002	2003
Estensione	54.0	71.3	73.9	63.0
Adesione grezza %	43.0	45.9	41.8	38.8
Adesione corretta %	49.6	46.5	52.8	46.6
Risposta Test – % entro 30 gg	84	81	66	70
Test – colposcopia % entro 60gg	83	82	61	35
Test inadeguati %	6.8	9.3	6.8	7.1
Test positivi %	4.9	4.0	3.7	3.4
Adesione colposcopia per HSIL +	-	-	88.7	94.4
VPP biopsia per CIN1+ %	35	42	41	48
VPP ASCUS per CIN2+ %	3.0	2.6	3.9	4.4
DR CIN2+ (x1000)			3.4	3.8

I valori riportati sono delle medie, che non rendono conto della grande variabilità inter ULSS, che vede situazioni francamente problematiche. Alcuni esempi:

- in alcune realtà la quota di popolazione invitata rimane del tutto inadeguata rispetto al target annuale;
- sia la proporzione dei pap test positivi che dei test inadeguati si discostano notevolmente dalla media dei programmi italiani e troppo elevate in alcune realtà.
- i Valori Predittivi della biopsia cervicale per CIN1+ e di ASCUS per CIN2+ si discostano troppo dalle medie dei programmi italiani
- I tempi di attesa per la risposta negativa e per la colposcopia mostrano un netto peggioramento negli ultimi periodi, che potrebbe indicare una aumentata difficoltà dei programmi a far fronte ai volumi di lavoro degli screening.

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 52/61

Rimangono molti gli aspetti problematici legati ai programmi di screening e sono solo in parte specifici del Veneto. Innanzitutto, non si è verificato lo spostamento unidirezionale delle donne verso lo screening, come dimostrato dai dati provenienti dai controlli di gestione delle aziende sanitarie, e rimane diffusa l'abitudine di una quota della popolazione a sottoporsi al test più spesso di quanto indicato. Permane una grande confusione nei messaggi inviati alla popolazione femminile target ed è anzi ulteriormente aumentata da quando si è reso disponibile il test virale. Nello screening, nonostante esistano dei protocolli, le donne spesso si scontrano con la difficoltà a liberarsi dal *loop* dei controlli dopo il test positivo e l'eventuale trattamento e a rientrare nella normale programmazione del test. Insomma non sembra diminuire l'eccesso di offerta, l'inappropriatezza ed il disordine delle attività destinate alla prevenzione di una patologia rara, con il risultato di una considerevole quota di diagnosi falsamente positive e sovratrattamento di lesioni transitorie o autolimitate.

Di contro, risulta ancora esclusa da qualsiasi test una quota non trascurabile di donne che i programmi non riescono a raggiungere.

Va sottolineato l'eccellente lavoro dei patologi referenti per questo screening, i primi a definire un protocollo, particolarmente propositivi in termini di formazione autogestita ed estesa anche ai biologi e ai citologi. Oltre ad una diffusa partecipazione alle iniziative del GISCi, essi stanno consolidando un sistema regionale di monitoraggio inter-laboratorio della qualità della lettura cito-istologica che prevede anche l'analisi della concordanza inter-laboratorio della lettura di una serie di preparati cito-istologici, che costituirà la base di un archivio a supporto della didattica e di ulteriori corsi di formazione.

La situazione appare ancora critica per l'area ginecologica degli approfondimenti di secondo livello, benché anche i ginecologi abbiano preparato un loro documento-protocollo.

Punti critici dello Screening Citologico e Obiettivi

I punti critici sono stati illustrati in dettaglio, pertanto in questo paragrafo si richiamano solo i valori insoddisfacenti riguardanti l'estensione degli inviti e dell'adesione soprattutto in alcune ULSS, con il permanere di un elevato uso inappropriato del pap test in una quota significativa di popolazione.

Sulla base di quanto evidenziato, si fissano i seguenti obiettivi per il 2005:

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 53/61

- aumento dell'estensione degli inviti soprattutto nelle aree ancora lontane da valori adeguati
- correzione dei problemi di qualità della diagnosi citologica soprattutto attraverso attività specifiche di formazione
- aggiornamento del protocollo delle diagnosi di secondo livello
- aggiornamento del protocollo del follow up delle lesioni trattate.

2.5.4.1 Screening mammografico

In seguito all'attivazione dei primi 3 programmi di screening organizzati nel 1998, la proporzione delle donne invitate annualmente rispetto alla popolazione bersaglio ha registrato un incremento costante, pur progredendo con intensità diverse a livello delle singole ULSS.

Lo screening è ora attivo in 18 delle 21 Aziende ULSS del Veneto. Al 31.12.2004 erano state invitate complessivamente oltre 800.000 donne, e circa 485.000 donne aderenti.

La Tabella 2.5.2 riporta gli indicatori di progressione territoriale assieme ad alcuni indicatori di qualità.

Tabella 2.5.4.1 Principali indicatori di qualità dello Screening Mammografico 2000-2004

Indicatori / Anno	2000	2001	2002	2003	2004
N° ULSS con programma attivo	13/21	17/21	18/21	18/21	18/21
Estensione %	42.3	44.5	74.5	76.0	77.7
Adesione grezza %	59.4	60.2	55.8	57.4	
Adesione corretta	69.9	67.0	65.4	70.9	
Richiami primi esami %	10.3	7.5	7.4	8.0	7.9
Richiami esami successivi %	-	4.6	4.5	4.3	4.1
DR (‰) primi esami	7.9	8.3	7.4	6.8	6.7
DR (‰) esami successivi	-	2.8	4.3	5.5	5.0

Complessivamente, gli indicatori risultano abbastanza soddisfacenti a confronto con gli standard nazionali. Ognuno di essi però deriva dalla composizione di valori estremi a volte anche molto

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 54/61

lontani dai valori considerati desiderabili. Questi casi vengono segnalati e monitorati con l'obiettivo di migliorare i programmi. Prendendo ad esempio il 2003, 14 ULSS su 18 hanno invitato almeno l'80% delle donne eleggibili, mentre nelle altre 4 la quota di invitate è risultata lontana dal target annuale; l'adesione grezza, cioè il rapporto tra gli esami eseguiti e le donne invitate, è risultata variabile tra il 33.2% e il 79.9%, con una media regionale del 57.4%; solo 6 programmi su 18 rientravano nello standard considerato accettabile per i richiami al primo passaggio di screening. Per quanto riguarda l'adesione, va segnalato un decremento costante dei tassi medi negli ultimi tre anni. Il dato si può comunque considerare globalmente soddisfacente, soprattutto per quanto riguarda l'adesione corretta, verosimilmente più rappresentativa di quella grezza nella maggior parte delle realtà locali, e superiore anche al valore medio nazionale, pari al 57.6% per il 2002.

Permane invece superiore al valore standard considerato accettabile il tasso di richiami per gli esami eseguiti al I° round, mentre quello per il II° round, pur passibile di miglioramento, rientra nello standard.

In Veneto non è ubiquitaria l'adozione del modello organizzativo standard indicato dalle linee guida nazionali ed internazionali e che prevede la lettura differita della mammografia e il successivo richiamo delle donne con risultato al test positivo/sospetto per gli approfondimenti diagnostici del caso. Attualmente 14 ULSS su 18 seguono tale modello, e tra queste 2 utilizzano l'unità mobile. In 3 programmi vengono eseguiti la lettura immediata e gli approfondimenti non invasivi nella stessa occasione, e in 1 programma alla lettura immediata viene sempre associato l'esame clinico. La doppia lettura delle mammografie viene eseguita soltanto in 13 programmi.

Gli screening mammografici in Veneto risentono in modo evidente sia della relativa scarsità di radiologi sia dell'influenza della senologia clinica. Infatti le maggiori resistenze all'implementazione dello screening e/o all'adozione del modello organizzativo standard sono avute state avanzate dai radiologi specificamente impegnati nella senologia.

Sono state inoltre proposte numerose giornate di formazione per i Radiologi e alcune di queste giornate di formazione sono state proposte anche ai tecnici TSRM, con un'adesione sempre superiore all'attesa.

Controlli di qualità esterni delle mammografie

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 55/61

Mentre sembrano esistere ragionevoli motivi di fiducia circa i livelli ed i controlli di qualità, eseguiti per legge in ciascuna realtà, il sistema regionale di controllo esterno attivato nel 2000 non ha avuto il successo atteso. Perciò, dal 2004 sono state introdotte delle variazioni circa il sistema e gli operatori incaricati dalla Regione sono stati cambiati. Possiamo ora affermare che il sistema di controlli esterni funziona ed è ben accettato.

Carcinomi di intervallo

L'identificazione il più completa possibile, l'analisi e la revisione dei carcinomi di intervallo (CI) fa parte della valutazione precoce di efficacia dello screening mammografico che è opportuno aggiungere agli indicatori di utilizzo corrente come il tasso diagnostico, il suo rapporto con l'incidenza di base e lo stadio dei tumori diagnosticati. Nel corso del 2004 in Veneto è iniziata una rilevazione sistematica dei CI in tutti i programmi utilizzando le fonti informative disponibili presso il Registro Tumori del Veneto, i.e. i files regionali annuali delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), i quali, benché gravati da un certo ritardo, comprendono anche una quota importante di dati su ricoveri extraregionali, e l'accesso telematico ai Data Base dei principali ospedali veneti. Incrociando i files delle donne screenate con le SDO ed eliminati i casi di tumore *screen detected* si ottengono degli elenchi di limitate dimensioni contenenti i casi sospetti di CI, che sono verificati – spesso per via telematica - presso gli ospedali nei quali sono avvenuti i ricoveri. In questo momento lo studio è stato completato su 4 programmi consolidati, per il triennio 2000-2002 con follow up a fine 2003.

Data Base Regionale di chirurgia mammaria (OLGA)

Nel corso del 2000 i Chirurghi Senologi del Veneto, coordinati dal CRR, hanno iniziato una collaborazione con la costituzione di cinque gruppi di lavoro volti alla formulazione di indicazioni regionali e iniziando un database elettronico per il monitoraggio del trattamento chirurgico del carcinoma della mammella (OLGA). Quest'ultimo consente a ciascuna Unità di Chirurgia di mantenere un archivio dettagliato (sia per Unità che per Chirurgo) della propria casistica in rapporto a diagnosi, stadio e tipo di intervento, di calcolare automaticamente gli indicatori di base ma anche elaborare analisi statistiche supplementari scaricando i dati su PC, di produrre automaticamente una sintesi dei dati di ciascuna paziente, utilizzabile per lettere di refertazione o per archivio.

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 56/61

I Gruppi di lavoro hanno prodotto 5 documenti di consenso, oggetto di revisioni annuali, su importanti controversie riguardanti la diagnosi e il trattamento chirurgico delle lesioni neoplastiche precoci.

Punti critici degli screening mammografici nel Veneto

Ribadiamo innanzitutto che a fine 2004 continuano a rimanere prive un programma di screening mammografico le ULSS 3, 14 e 19.

Va segnalato che in almeno tre delle 18 ULSS con programmi attivi gli inviti rimangono del tutto inadeguati rispetto al target annuale.

Dimensioni delle Aziende ULSS: è auspicabile che almeno le ULSS più piccole si consorzino per i rispettivi programmi in modo da raggiungere il numero minimo consigliato di almeno 10.000 mammografie di screening/anno. Solo 5 ULSS su 21 superano tale valore con il proprio target annuale di donne eleggibili.

Il tasso di richiami per i primi esami è troppo elevato.

Obiettivi per il 2005

- Attivare lo screening nelle Aziende ULSS ancora non interessate e aumentare l'estensione degli inviti nelle realtà ancora lontane da valori accettabili
- Mantenere le attività di formazione dei Radiologi
- Sostenere l'attività dei gruppi di lavoro dei Chirurghi Senologi e aggiornare il database OLGA
- Continuare la valutazione dei Cancri Intervallo
- Sostenere il Programma Regionale di Controllo di qualità delle mammografie.

2.5.5 Screening dei tumori colorettali

La Regione Veneto ha approvato e finanziato i primi programmi di screening del CCR con DGR n. 3568/2001, e con successive Delibere (DGR 1976/2003 - DGR 2482/2000) ha approvato e finanziato ulteriori programmi.

Lo screening per il carcinoma del colon retto, iniziato nel 2002 con 3 Programmi, a fine 2004 era attivo in 7 ULSS (2, 4, 7, 13,16, 20 e 22) con una popolazione eleggibile pari al 39 % di quella regionale.

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 57/61

A fine 2004 erano state invitate complessivamente circa 109000 persone e circa 85000 avevano eseguito il test (FOBT o FS). I primi indicatori di qualità sono ancora in corso di valutazione.

Nel corso del 2005 sono già stati o saranno attivati gli screening nelle seguenti Aziende ULSS: 1, 3, 5, 6, 8, 15, 17, 18 e 21. Pertanto si stima che il 71% della popolazione eleggibile sarà coperto da programmi di screening del CCR.

Punti critici e obiettivi per il 2005

Questo screening, sul quale sono disponibili conoscenze molto meno consolidate che per gli altri due, si sta sviluppando molto velocemente, generando a volte problemi di sovraccarico lavorativo delle unità operative deputate agli esami endoscopici di approfondimento.

I primi protocolli sono ancora in fase di bozza.

Pertanto gli obiettivi per il 2005 sono:

- sostenere le Aziende ULSS che attivano lo screening
- potenziare le attività di formazione specifiche di questo screening
- approfondire le attività centrali di monitoraggio e di valutazione
- sviluppare i protocolli soprattutto per l'approfondimento diagnostico e per il follow-up delle lesioni riscontrate agli screening
- organizzare un sistema di controllo di qualità del test per il sangue occulto.

2.5.6 Comunicazione

Nel contesto degli screening oncologici, sia in ambito nazionale che internazionale, la qualità della comunicazione viene considerata un elemento fondamentale per l'efficienza e l'efficacia dei programmi, al pari della qualità di tutti gli aspetti relativi all'organizzazione, alla diagnosi e al trattamento. Dal 1998 nel Veneto ogni programma di screening, alla sua attivazione ed a scadenze successive più o meno regolari, ha prodotto una propria modulistica e ha condotto campagne informative con varie modalità, quali esposizione di materiale informativo presso istituzioni sanitarie e non (parrocchie, mercati, centri commerciali, ecc), coinvolgimento di associazioni di volontariato e di medici di medicina generale, pubblicizzazione sui media locali (stampa, radio televisione). Si è quindi verificata una notevole difformità fra i materiali informativi dei vari

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 58/61

programmi, con una decina di modelli diversi utilizzati dalle 21 ULSS regionali. Nel corso del 2003 un gruppo di operatori degli screening citologico e mammografico, coordinato dal CRR, ha effettuato la revisione delle lettere di invito e di risposta “normale”, dell’opuscolo informativo e dei poster/locandine, coinvolgendo anche gli utenti, mediante la una tecnica di ricerca qualitativa mediante gruppi focus. Tale lavoro ha portato, con l’aiuto di una grafica professionista, alla formulazione di nuovi materiali standardizzati regionali che sono gradualmente adottati dai vari programmi. Inoltre, tra il 2003 e il 2005, sono stati effettuati sette corsi di formazione sulla comunicazione tra operatori non medici ed gli utenti.

2.5.7 Formazione

Circa 1000 operatori, il 70% dei quali non medici, sono attualmente coinvolti, benché non tutti a tempo pieno, nei programmi di screening citologico e mammografico. A questi si aggiungono i circa 200 operatori dello screening del carcinoma colonrettale, numero destinato a crescere con l’avvio e lo sviluppo di nuovi programmi.

Tra le funzioni previste per il CRR, l’attività di formazione appare cruciale per mantenere gli alti standard qualitativi richiesti da un intervento di sanità pubblica complesso, impegnativo e dalle caratteristiche multidisciplinari come gli screening oncologici. Ai diversi operatori devono essere forniti gli strumenti conoscitivi e le competenze necessarie per raggiungere e mantenere gli alti standard qualitativi richiesti da tali programmi. In particolare gli obiettivi formativi sono:

- attuare sia una formazione di base, rivolta ai nuovi programmi di screening che iniziano, che una formazione continua per i programmi già esistenti
- trattare tematiche sia multidisciplinari che specifiche, mirate alle diverse qualifiche professionali degli operatori operanti nello screening: basi teoriche degli screening oncologici, aggiornamento e analisi dei risultati annuali, monitoraggio della qualità della diagnosi e del trattamento del carcinoma della mammella, qualità dell’esecuzione della mammografia, qualità della diagnosi cito-istologica, comunicazione con le utenti
- effettuare presentazioni sulle attività del Servizio in incontri a livello regionale o nazionale
- ove pertinente, promuovere la partecipazione degli operatori a corsi e/o seminari extra-regionali o nazionali su aree specifiche

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 59/61

- richiedere l'accreditamento ECM per le diverse qualifiche professionali interessate

L'iscrizione ai corsi è gratuita, le eventuali spese per il trasporto e l'alloggio sono sostenute dalle Aziende ULSS. Nel periodo di avvio degli screening (1997-2001) il CRR ha organizzato 18 corsi di formazione cui hanno partecipato circa 800 operatori. Nel 2002 sono stati realizzati 12 corsi per un totale di 321 operatori, nel 2003 15 corsi per un totale di 547 operatori, nel 2004 12 corsi per un totale di 480 operatori.

Per quanto riguarda gli operatori non medici, si calcola che finora abbiano avuto una formazione di base circa l'85% del personale delle segreterie organizzative, il 70% di coloro che effettuano il prelievo citologico, il 60% dei citotecnici e il 60% dei tecnici di radiologia. Di questi ultimi, circa il 60% ha partecipato anche ad un corso specifico sull'esecuzione della mammografia. Oltre il 90% dei citotecnici ha partecipato a 2 corsi sulla qualità della lettura citologica. Degli operatori impegnati nel Front Office telefonico più del 90% ha avuto una formazione specifica sulle tematiche relazionali con gli utenti.

2.5.8 Monitoraggio e sistema informativo degli screening

Gli screening sono interventi di sanità pubblica complessi, offerti attivamente a un elevato numero di persone, in grandissima parte sane, e che richiedono un monitoraggio continuo dei parametri di qualità. Perciò, il sistema informativo e il software che lo supporta ne rappresentano una componente essenziale.

Prima dell'inizio degli screening il CRR ha studiato assieme ai Centri Elaborazione Dati delle Aziende ULSS la possibilità di adottare un unico software a livello regionale. Si è dunque avviato con finanziamenti regionali un sistema informativo basato su una soluzione di mercato, consistente in un software per PC e reti locali, che nel tempo ha subito evoluzioni e aggiornamenti. Peraltro i problemi emersi localmente hanno determinato nel tempo il sovrapporsi di interventi e adeguamenti non omogenei, spesso causati dall'urgenza, con il determinarsi di una situazione di difficile gestione. Nella sostanza, le versioni personalizzate attualmente in esercizio non risultano adeguate al conseguimento degli obiettivi posti in partenza, soprattutto in termini di qualità uniforme delle informazioni, con inconvenienti sia per le funzioni di valutazione sia nell'attività di gestione. Perciò è in fase avanzata di studio e progettazione una soluzione innovativa, che, basandosi sulla rete

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 60/61

INTRANET regionale, sia in grado da un lato di rendere assolutamente uniforme sul territorio regionale le modalità di gestione del processo, e dall'altro di standardizzare e rendere ancor più efficaci, grazie agli strumenti della cooperazione applicativa, le integrazioni tra il sistema di screening e gli altri dipartimentali coinvolti (radiologia, laboratori di analisi, anatomia patologica, ecc.).

Per ogni programma attivato dalle singole Aziende ULSS il sistema consentirà di gestire: la definizione della popolazione target; le esclusioni dal programma; le agende dei centri erogatori; il processo di invito/sollecito allo screening; le funzioni di stampa; gli esiti degli inviti (adesione); gli esiti dei test (refertazione ed azione conseguente); gli approfondimenti (refertazione ed azione conseguente); i round di screening; le analisi statistiche; le configurazioni; le integrazioni con i dipartimentali di interesse; i profili di utenza per la visibilità e gestione del contenuto informativo e delle configurazioni.

Il CRR ha concordato una scheda regionale, da aggiornare nel tempo, per la raccolta dei principali dati aggregati di attività di ciascun anno solare. Le schede delle singole Aziende ULSS vengono analizzate dal CRR. I risultati e gli indicatori di ciascun programma, rapportati alla media regionale e agli standard raccomandati, sono oggetto di seminari annuali *ad hoc* con i Responsabili dei programmi aziendali, i Responsabili dei gruppi di controllo di qualità e gli Specialisti di riferimento. In tali occasioni i dati e gli indicatori sono discussi in modo critico e in funzione di verifiche e approfondimenti e di interventi correttivi. Inoltre viene prodotto un Rapporto Annuale per ciascuno screening, che oltre ad essere presentato alla Regione, riceve un'ampia divulgazione dalle Direzioni Generali a tutti gli operatori dei Servizi.

I dati specifici del monitoraggio relativi ai vari programmi di screening sono già stati presentati nei paragrafi precedenti.

2.5.9 Attività Regionali di coordinamento degli screening oncologici

Nel 1996 la Regione Veneto ha emanato le "Linee Guida Regionali sugli Screening Oncologici" della Commissione Oncologica Regionale in accordo con quelle della Commissione Oncologica Nazionale dello stesso anno e con DGR n. 2284/1996 ha deliberato l'attivazione degli screening citologico e mammografico a livello delle Aziende ULSS. In particolare, con DGR n 1200/97 ha

Allegato A alla

Dgr n. 2031 del 26.07.2005

pag. 61/61

finanziato i primi 7 programmi di screening mammografico e 15 di screening citologico. I primi programmi di screening del carcinoma coloretale sono stati approvati e finanziati con DGR n. 3568/2001. La Regione ha sempre mantenuto la procedura di approvare e finanziare i programmi aziendali, lasciando alle Aziende ULSS l'autonomia e la responsabilità per la scelta del modello organizzativo e gestionale. I contributi assegnati tra il 1997 e il 2001 alle Aziende ULSS per attivare o per sostenerne gli screening mammografico e citologico ammontano complessivamente a 13.523.000 Euro. A questi vanno aggiunti 1.500.000 Euro assegnati nel periodo 2001-2004 per l'attivazione e il sostegno dei programmi di screening coloretale, e circa 1.300.000 Euro per attività "centrali" (spese acquisto e canone software gestionale per quasi tutti i programmi, coordinamento e attività gruppi professionali, centro di coordinamento regionale).

La Regione Veneto, pur mantenendo rapporti diretti con le Aziende Sanitarie per gli aspetti gestionali e di finanziamento, con DGR n. 2284/1996 e successive, ha identificato quale interlocutore tecnico il Centro Regionale di Riferimento – Registro Tumori del Veneto (CRR) e gli ha affidato il compito di promuovere l'attivazione degli screening oncologici sulla base delle Linee Guida nazionali ed europee, di coordinarli, di costituire gruppi di lavoro specifici per le diverse figure professionali (responsabili dell'organizzazione e valutazione; patologi; ginecologi; radiologi, chirurghi, ecc.), di monitorare le attività degli screening e gli indicatori di processo e di qualità, rapportandoli agli standard nazionali ed europei. Successivamente nell'ottica di un modello "partecipato" con ripartizione delle responsabilità e coinvolgimento attivo dei professionisti coinvolti negli interventi piuttosto che di un modello accentrato in un'unica struttura regionale, la funzione di coordinamento tecnico è stata rafforzata affiancando al CRR altri soggetti/strutture operative di Aziende Sanitarie e sviluppando un sistema regionale a rete per il monitoraggio e la promozione della qualità degli screening oncologici.