

CONVEGNO CARD TRIVENETO 2017

*Il management di iniziativa di fronte alla sfida dell'integrazione
istituzionale, organizzativa e assistenziale*

Udine, 13 ottobre 2017

Relazione:

La sinergia tra Distretto e Dipartimento di Prevenzione per la
prevenzione delle malattie cardiovascolari:
l'esperienza del progetto "CARDIO50"

Dott. Giorgio Brianti: Direttore del Dipartimento di Prevenzione
Dott. Luigino Vidotto: Direttore del Distretto di Cividale del Friuli
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine



PROGETTO CCM NAZIONALE

Programma di
**PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE IN
FORMA ATTIVA**

**nei soggetti cinquantenni di entrambi i sessi,
sul modello dei programmi di screening oncologici**

Per l'individuazione precoce e per la correzione di alcuni
fattori di rischio di malattia cardiovascolare.



- Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018
- Linee per la gestione del SSR ano 2015
- Piano Attuativo Locale (AAS4) anno 2015
- AIA della medicina generale 2015
- AIR della medicina generale 2016

ULSS/ASL partecipanti

- Regione Veneto con 10 AULSS: 1, 2, 4, 7, 8, 12, 15, 17, 19, 20
- ASS Medio Friuli;
- ASSP Trento;
- ASL Bologna;
- ASL Torino - Collegno;
- ASL Bergamo;
- ASL Genovese;
- ASL Lucca
- ASL Prato;
- ASL Reggio Calabria;
- ASL Palermo;
- ASL Taranto;
- ASL Roma A

OBIETTIVI

- **Individuare i soggetti a rischio e indirizzarli verso percorsi educazionali, di prevenzione e diagnostico-terapeutici appropriati.**
- **Applicare e valutare un modello di assistenza integrata fra ospedale e territorio per il contrasto dei fattori di rischi cardiovascolari modificabili.**

OBIETTIVO SPECIFICO 1: valutare il rischio cardiovascolare nella popolazione sul modello della carta del rischio ISS.

OBIETTIVO SPECIFICO 2: individuare soggetti con stili di vita inadeguati (fumo, alimentazione scorretta, sedentarietà).

OBIETTIVO SPECIFICO 3: individuare soggetti “nuovi ipertesi”, “nuovi iperglicemici” e “nuovi ipercolesterolemici”.

OBIETTIVO SPECIFICO 4: attivare una modalità di assistenza integrata tra i diversi livelli assistenziali.

OBIETTIVO SPECIFICO 5: aumentare le conoscenze e la percezione del rischio cardiovascolare.

GLOBAL ACTION PLAN – WHO 2013

for the prevention and control of noncommunicable diseases



PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2014 – 2018

(CONFERENZA STATO –REGIONI 13 NOVEMBRE 2014)

MACRO OBIETTIVI DEL PNP 2014-2018

2.1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili

La Regione Europea dell'OMS presenta il più alto carico di MCNT a livello mondiale. Due gruppi di malattie (patologie cardiovascolari e cancro) causano quasi i tre quarti della mortalità nella Regione e tre principali gruppi di malattie (patologie cardiovascolari, cancro e disturbi mentali) costituiscono più della metà del carico di malattia misurato in "DALYs" (anni di vita vissuti in condizioni di disabilità o persi a causa di una malattia).

Molti decessi precoci, inoltre, sono evitabili: le stime indicano che almeno l'80% di tutti i casi di malattie cardiache, ictus e diabete di tipo 2 e almeno un terzo dei casi di cancro si possono prevenire. Le disuguaglianze nel carico di malattie non trasmissibili, poi, all'interno dei Paesi e fra i Paesi dimostrano che il potenziale di miglioramento in termini di salute è ancora enorme.

STRATEGIE DI COMUNITA'

Approccio life-course

Favorire il mantenimento di un buono stato di salute lungo tutto il corso dell'esistenza porta all'aumento dell'aspettativa di vita in buona salute e a un bonus in termini di longevità, fattori entrambi che possono produrre benefici importanti a livello economico, sociale e individuale. La promozione della salute e dell'equità nella salute inizia dalla gravidanza, passa per un programma di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno e prosegue nella fase della prima infanzia. Poiché i comportamenti non salutari si instaurano spesso già durante l'infanzia e l'adolescenza, è importante il forte coinvolgimento della scuola, che va considerata come luogo privilegiato per la promozione della salute nella popolazione giovanile, in cui i temi relativi ai fattori di rischio comportamentali devono essere trattati secondo un approccio trasversale in grado di favorire lo sviluppo di competenze oltre che di conoscenze, integrato nei percorsi formativi esistenti, e quindi basato sui principi del coinvolgimento e dell'empowerment che facilitano le scelte di salute e traducendosi in benefici effettivi sulla salute.

Programma «GUADAGNARE SALUTE» (rendere facili le scelte salutari)

- promuovere l'attività fisica delle persone
- Promuovere una corretta alimentazione
- Contrastare il più possibile il fumo di sigaretta (*proteggere dal fumo passivi, prevenire l'iniziazione al fumo dei giovani, aiutare i fumatori a smettere*)
- Ridurre e contrastare l'abuso di alcol

STRATEGIE BASATE SUL SINGOLO

Anche per questi fattori l'obiettivo finale è quello di mantenere il più a lungo possibile una buona qualità di vita attraverso un invecchiamento attivo e in buona salute.

L'identificazione, quanto più possibile precoce, dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT o che, in assenza di sintomatologia evidente, ne siano già affetti e la loro conseguente presa in carico da parte del Sistema Sanitario è essenziale per la riduzione del rischio di mortalità e disabilità evitabili nel breve-medio termine.

Per quanto riguarda, in particolare, le patologie cardio-cerebrovascolari, la diagnosi precoce e la conseguente auspicabile modificazione delle condizioni di rischio individuate (oltre agli stili di vita, livelli elevati di pressione arteriosa e di colesterolemia, dislipidemie, diabete mellito, sovrappeso e obesità) influenzano notevolmente la probabilità di sviluppare la malattia e le sue complicanze.

Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017

Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza

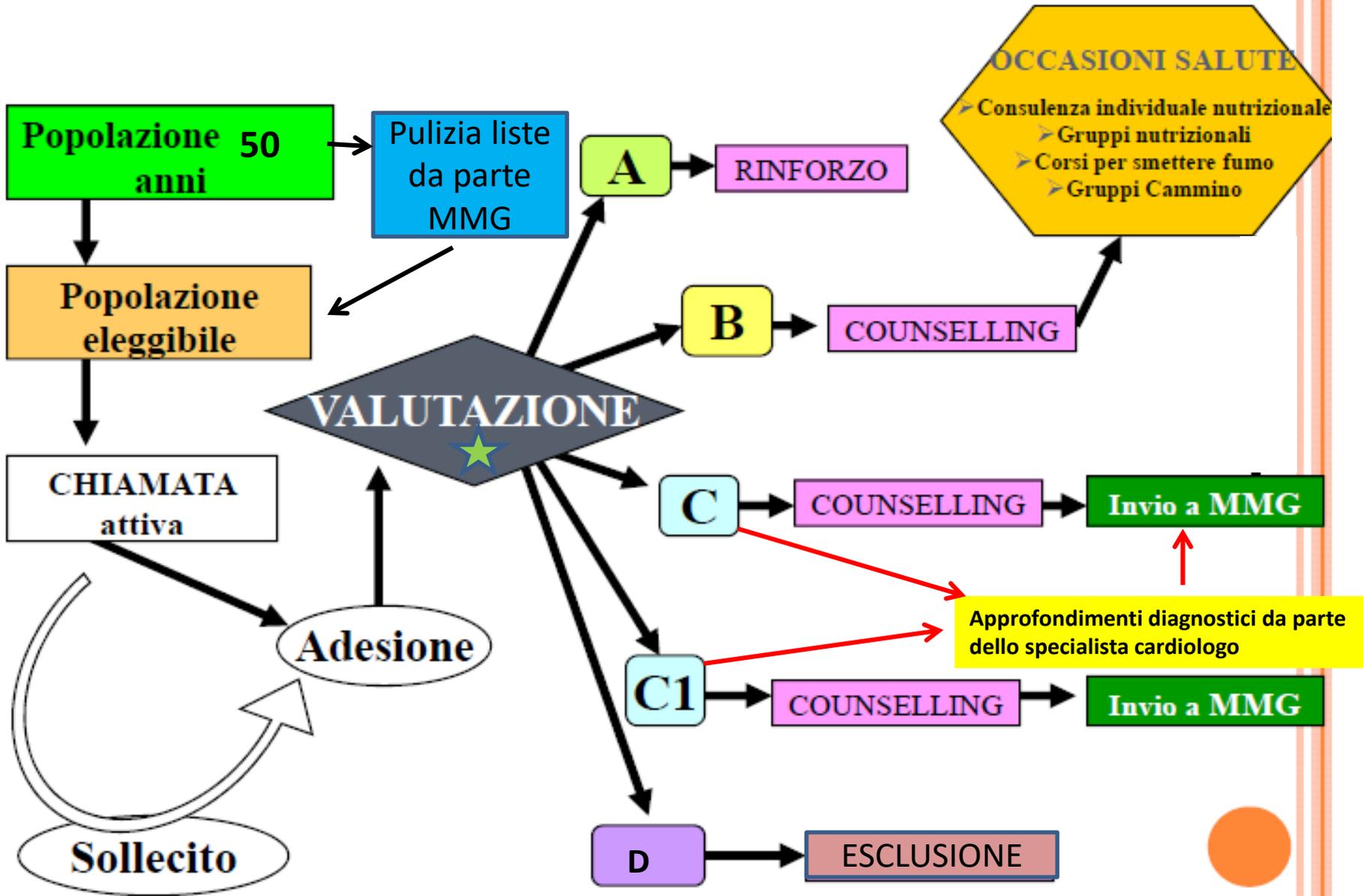
(G.U. Serie Generale , n. 65 del 18 marzo 2017)

Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

Il livello si articola nelle seguenti aree di intervento.

- A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
- B Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati
- C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
- D Salute animale e igiene urbana veterinaria
- E Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori
- F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale**
- G Attività medico legali per finalità pubbliche

N.	Programmi/attività	Componenti del programma	Prestazioni
F3	Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale	Programmazione, attuazione e valutazione di interventi finalizzati alla individuazione di condizioni di rischio individuali per le MCNT (<i>anche attraverso esami analitici</i>) e all'indirizzo verso una adeguata presa in carico	Programmazione, attivazione e valutazione di interventi di sanità pubblica finalizzati alla prevenzione delle MCNT

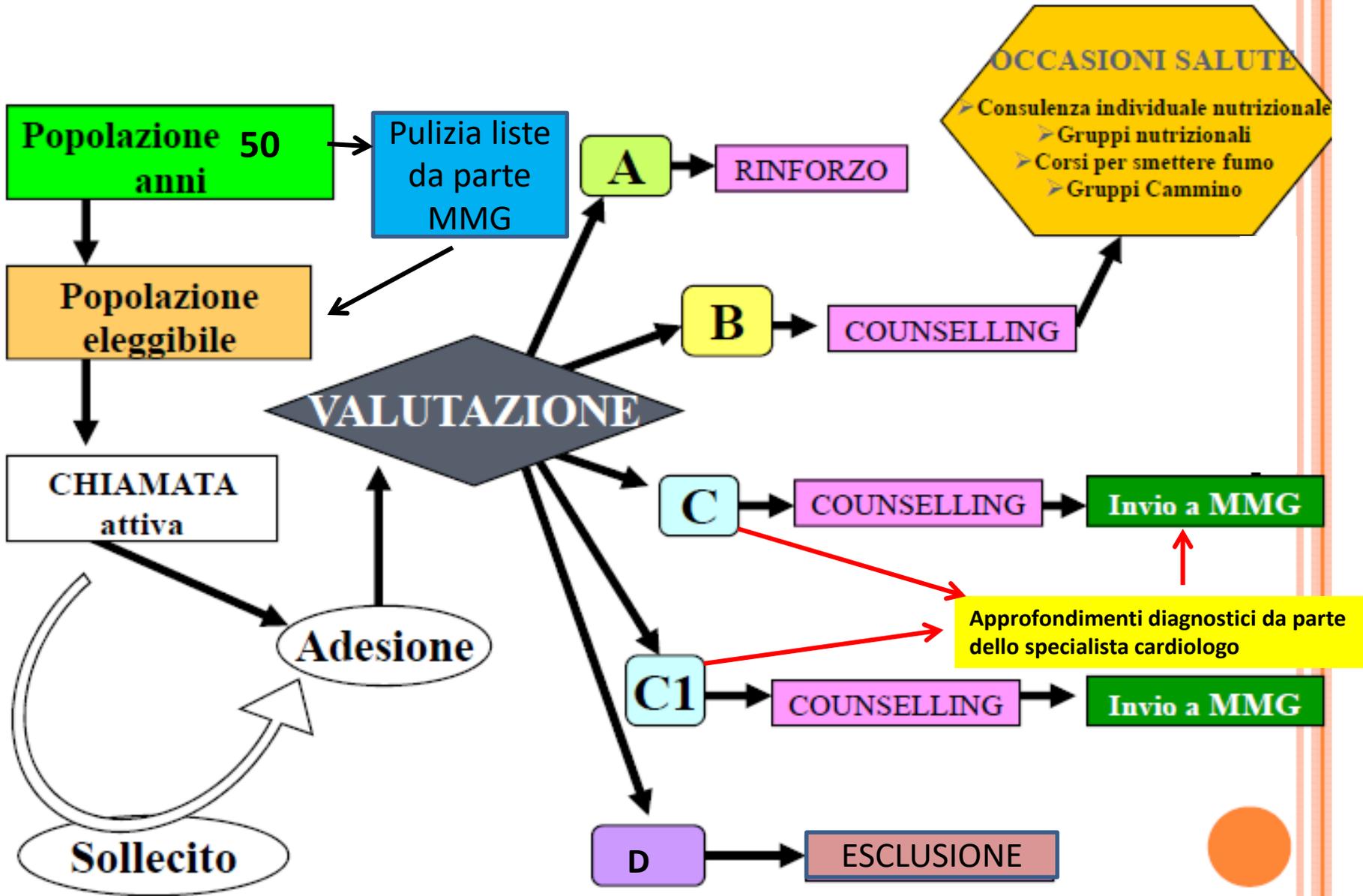


Valutazione

Eseguita da personale sanitario del comparto, durante la quale vengono misurati i seguenti parametri:

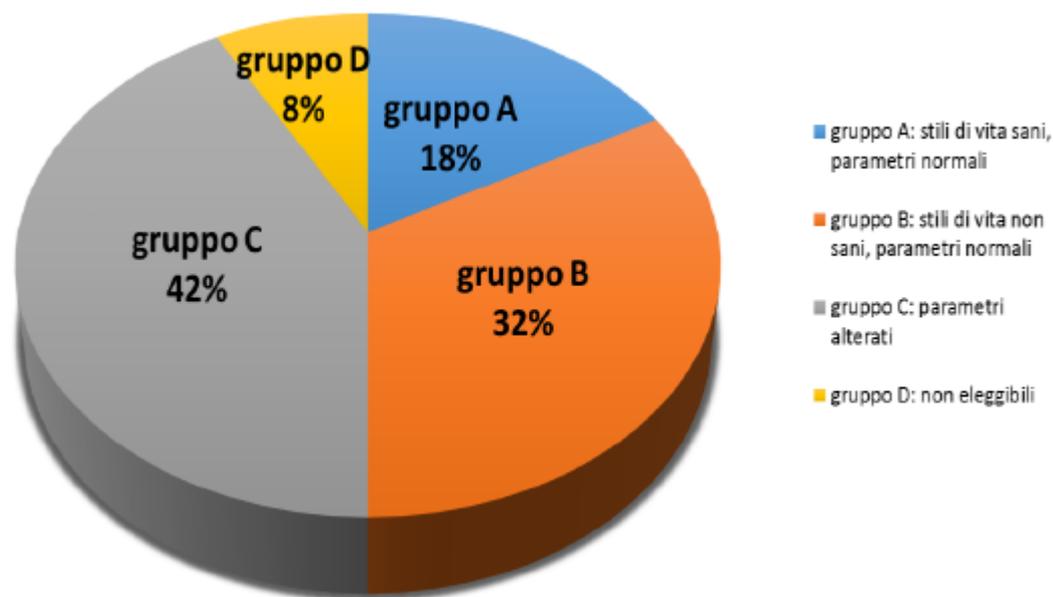
- Pressione arteriosa
- Glicemia (a digiuno, random, post prandiale)
- Colesterolemia
- Altezza, peso, BMI
- Circonferenza addominale;
- Valutazione degli stili di vita: tabagismo, alimentazione, attività fisica

Inserimento dei dati rilevati su software che in automatico fa classificazione del rischio



NUMEROSITA' DEL CAMPONE, ADESIONE E DISTRIBUZIONE NEI GRUPPI A RISCHIO

Distretti	eleggibili	Aderenti	gruppo A	gruppo B	gruppo C	gruppo D
Cividale	598	449 (75%)	60 (13%)	151 (34%)	196 (44%)	42 (9%)
Tarcento	487	321 (66%)	57 (18%)	110 (34%)	137 (43%)	17 (5%)
Udine	2042	1555 (76%)	292 (19%)	495 (32%)	645 (41%)	123 (8%)
Totale	3127	2325 (74%)	409 (18%)	756 (32%)	978 (42%)	182 (8%)



FOLLOW-UP A SEI MESI:

**valutazione delle modifiche degli stili di vita nel gruppo B
END POINT PRIMARIO DEL PROGETTO CCM
(dati da report nazionale)**

Pattori di rischio	I visita (%)	6 mesi (%)	Variatione (%)
Fumo di sigaretta	30	21	-30
Consumo di pesce > 2 volte/settimana	35	39	+10%
≥ 5 porzioni frutta + verdura/die	26	26	-
Alterata circonferenza addominale	40	37	-10%
BMI ≥ 25	60	57	-5%
Attività fisica sufficiente	70	78	+10%

Gruppo C: adesione alla visita medica specialistica

Distretti	soggetti gruppo C	aderenti alla visita medica
Cividale	196	181 (92%)
Tarcento	137	134 (98%)
Udine	645	529 (82%)
Totale	978	844 (86%)

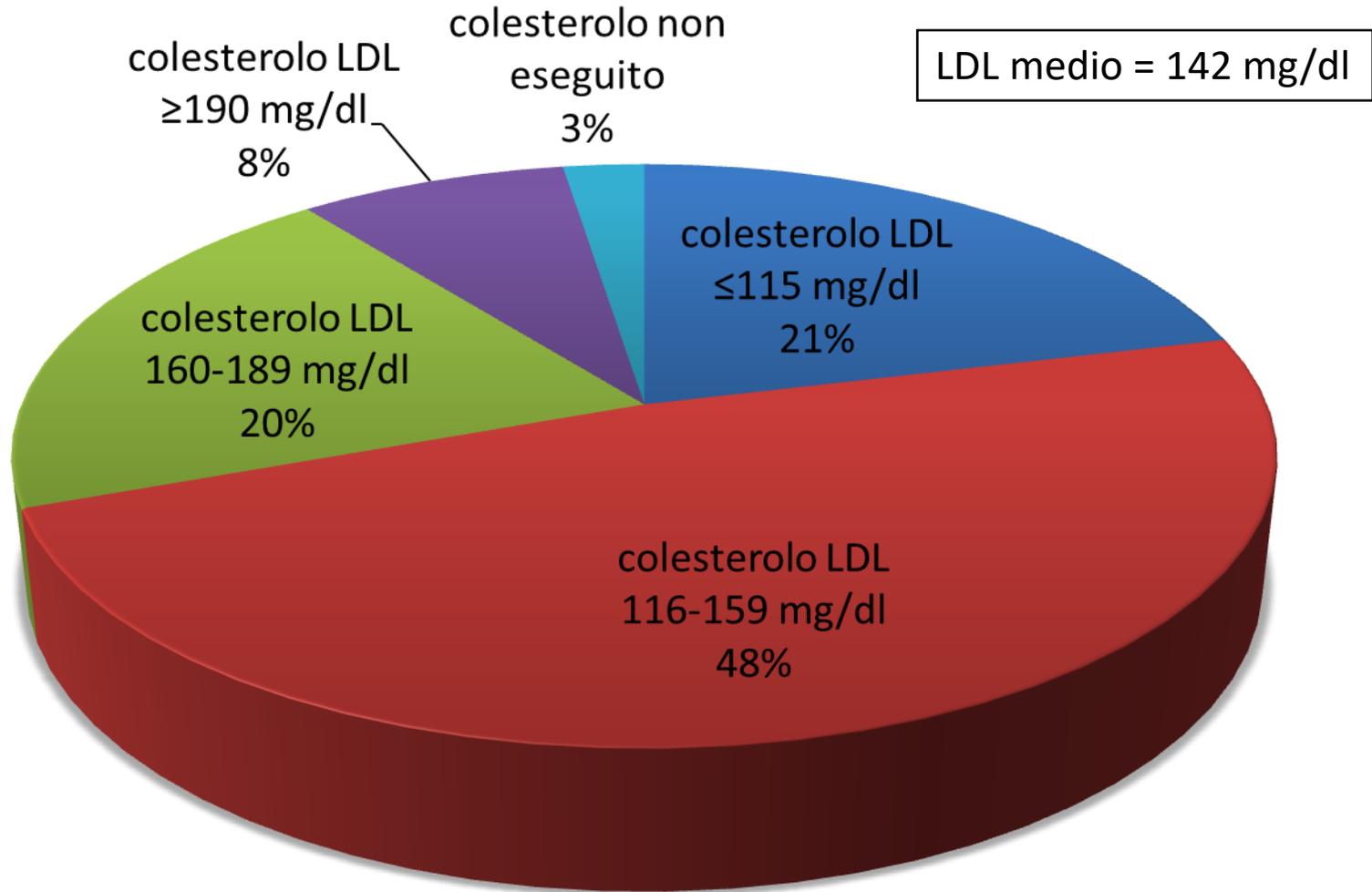
Principali patologie riscontrate nel gruppo C (n = 844)

	Casi totali	%	Maschi	Femmine
Dislipidemia (LDL \geq 115mg/dl e/o TG \geq 150mg/dl)	652	76	335	317
Ipertensione (PAS \geq 140mmHg e/o PAD \geq 90mmHg)	296	35	208	88
Diabete mellito (glicemia \geq 126mg/dl)	10	1.2	8	2
Alterata glicemia a digiuno (IGT, glicemia 100-125mg/dl)	117	14	93	24
Obesità (BMI \geq 30)	162	19	101	61
Sovrappeso (BMI 25-30)	329	39	208	121
Sindrome metabolica	176	21	133	43
Distiroidismo	46	5	13	33
Rischio di alcolismo (questionario AUDIT)	90	11	75	15
Fumo	178	21	100	78

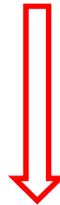
Dislipidemie nel gruppo C (n = 844)

	Casi	%
Ipercolesterolemia (LDL \geq 115 mg/dl)	525	62
Dislipidemia mista (LDL \geq 115 mg/dl e TG \geq 150 mg/dl)	104	12
Ipertrigliceridemia (TG \geq 150 mg/dl)	23	3
LDL 160-189 mg/dl	161	19
LDL \geq190 mg/dl	70	8

Livello di colesterolo LDL



- **l'IF è una condizione frequente (prevalenza 1:200-1:500) e sottodiagnosticata** 
- il rischio di malattia coronarica è aumentato di 13 volte in individui con FH certa/probabile
- **se gli individui con FH sono diagnosticati relativamente presto nella vita e sono efficacemente trattati con statine, il loro rischio di infarto miocardico si avvicina a quello della popolazione generale**



necessità di screening diagnostici e di trattamento precoce, al fine di prevenire gli eventi cardiovascolari.

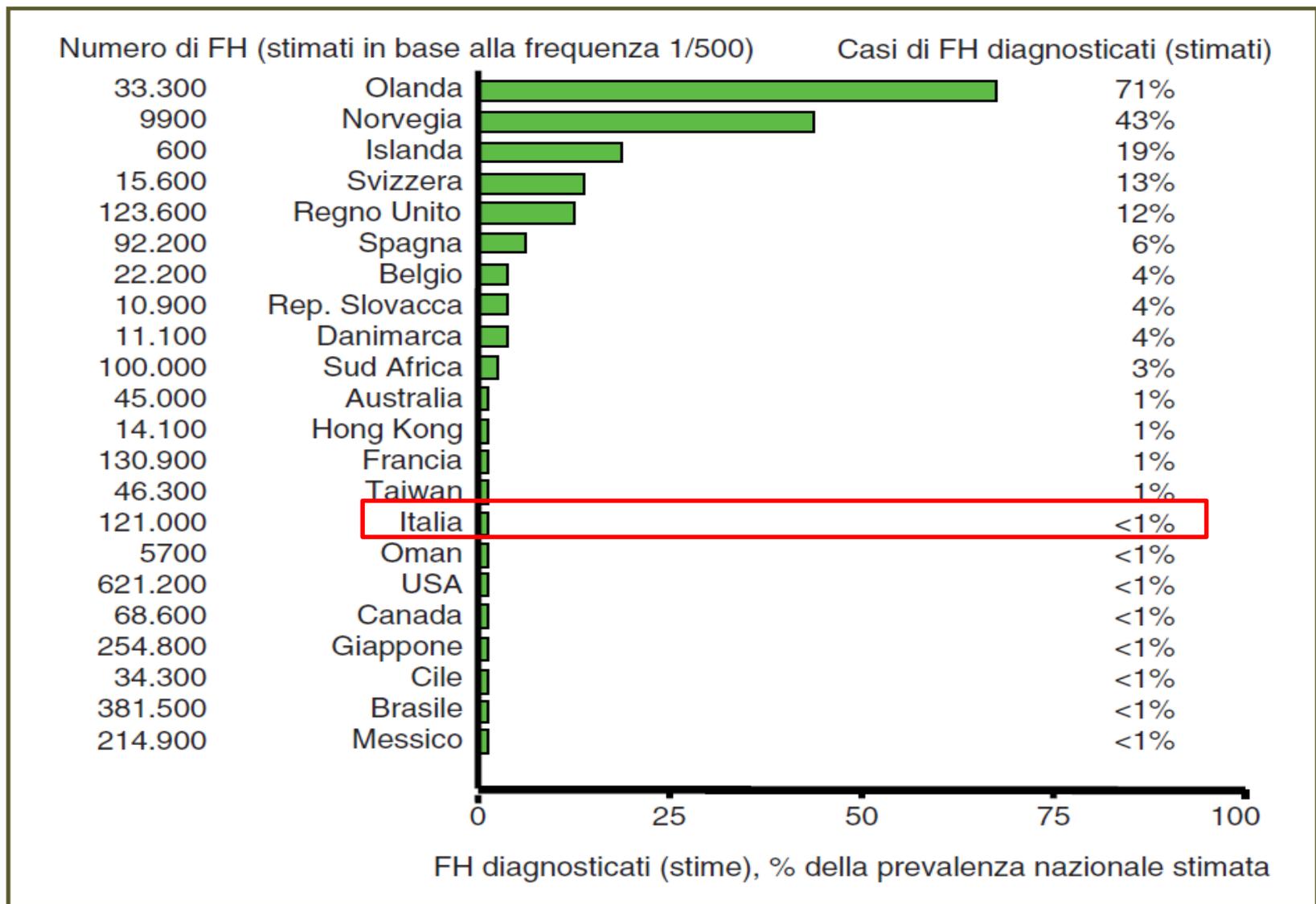
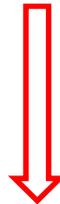


Figura I - Percentuale di individui con diagnosi di FH in diversi Paesi/aree geografiche espressi come frazione dei soggetti teoricamente previsti essere affetti da FH sulla base di una frequenza di 1/500 nella popolazione generale. Poiché la maggior parte dei Paesi non ha registri validi a livello nazionale per la FH, le diverse cifre di questa figura rappresentano la miglior ipotesi da parte di medici/scienziati particolarmente interessati alla FH nei rispettivi Paesi. Dei circa 180 Paesi/aree geografiche restanti, non sono disponibili informazioni affidabili sul numero di individui con diagnosi di FH. I numeri in questa figura sono forniti da

- l'IF è una condizione frequente (prevalenza 1:200-1:500) e sottodiagnosticata
- il rischio di malattia coronarica è aumentato di 13 volte in individui con FH certa/probabile
- se gli individui con FH sono diagnosticati relativamente presto nella vita e sono efficacemente trattati con statine, il loro rischio di infarto miocardico si avvicina a quello della popolazione generale



necessità di screening diagnostici e di trattamento precoce, al fine di prevenire gli eventi cardiovascolari.

**prevalenza di ipercolesterolemia familiare
in letteratura: 0,2-0,5%**

**prevalenza di ipercolesterolemia familiare
nella coorte Cardio50: 3,4%**

**Andamento dei parametri al follow-up medico
nei distretti di Cividale e Tarcento (gruppo C - n = 242)**

	Screening	Visita medica	Follow up medico	Variazione
Colesterolo totale (mg/dl)	237 ± 42	228 ± 36	220 ± 33	-8 mg/dl
Trigliceridi (mg/dl)		109 ± 74	114 ± 62	5 mg/dl
Colesterolo HDL (mg/dl)		65 ± 20	59 ± 16	-6 mg/dl
Colesterolo LDL (mg/dl)		141 ± 35	138 ± 30	-3 mg/dl
PA sistolica (mmHg)	144 ± 21	136 ± 14	131 ± 14	-13 mmHg
PA diastolica (mmHg)	90 ± 12	86 ± 9	83 ± 9	-7 mmHg
Peso (kg)	79.7 ± 18	79.6 ± 18	78.3 ± 18	-1.4 kg
BMI	27.6 ± 5.1	27.4 ± 6.1	27.0 ± 4.5	-0.6

Personalizzazione dell'intervento al follow up medico nei Distretti di Cividale e Tarcento (**gruppo C** – n.242)

Soggetti	Peso iniziale (kg)	Peso finale (kg)	Calo ponderale (kg)	Calo ponderale (%)
Tutti (242)	79.8 ± 18	78.3 ± 17	-1.5	-1.9
BMI 30-34.9 (45)	93.3 ± 11	90.1 ± 11	-3.2	-3.4
BMI 35-39.9 (12)	103 ± 10	101 ± 10	-2	-2
BMI ≥ 40 (7)	130 ± 26	122 ± 20	-8	-6.2

Cambiamenti dello stile di vita al follow-up medico nei Distretti di Cividale e Tarcento (**gruppo C** - n = 242)

	Screening	Follow-up	Variazione
Frutta e verdura (unità/sett)	23 ± 12	24 ± 9	+4%
Dolci (unità/sett)	7.6 ± 8.2	4.4 ± 3.8	-42%
Formaggio (unità/sett)	2.9 ± 1.9	2.0 ± 1.5	-31%
Insaccati (unità/sett)	2.0 ± 1.4	1.7 ± 1.7	-15%
Rischio di alcolismo (casi)	26	11	-62%
Fumo (casi)	41	40	-2%
Attività fisica moderata o intensa (casi)	65	84	+33%