



CONVEGNO CARD TRIVENETO

IL MANAGEMENT DI INIZIATIVA

Di fronte alla sfida dell'integrazione
istituzionale organizzativa
e assistenziale.

Udine, 13 ottobre 2017



*Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento*

**Le strategie di contenimento del
rischio cardiovascolare
e i percorsi integrati tra dipartimento
di Prevenzione, Distretto e Ospedale**

William Mantovani

william.mantovani@apss.tn.it

La percezione è il processo mediante il quale l'individuo seleziona, organizza e interpreta stimoli e informazioni per ottenere una visione organica del mondo. Le percezioni sono soggettive e possono variare ampiamente fra più individui esposti alla medesima realtà.

Philip Kotler, Marketing Management, 2007

La formazione può dare **CONCRETEZZA** (ciò che ricevi) o può dare **CONCLUDENZA** (ciò che ti spinge a cambiare le tue convinzioni).

Paolo Rotondi, Formazione manageriale sanitaria, 2016

1. Rischio Cardiovascolare

- Dimensione
- Burden

2. Contenimento del rischio

- Prevenzione Secondaria
- Strategia dell'Alto Rischio
- Strategia di Popolazione (TN)

3. Percorsi INTEGRATI

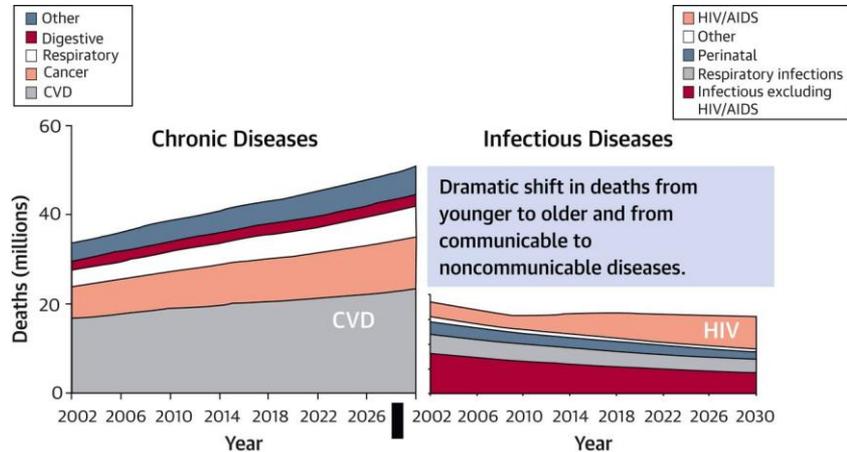
- ostacoli all'integrazione
- requisiti dell'integrazione
- vantaggi dell'integrazione
- regole d'ingaggio

Le strategie di contenimento del rischio cardiovascolare e i percorsi integrati tra dipartimento di Prevenzione, Distretto e Ospedale

William Mantovani

william.mantovani@apss.tn.it

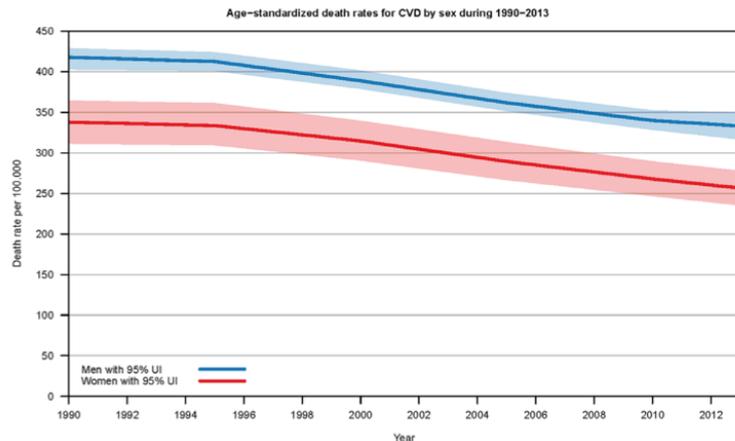
DIMENSIONE del problema e BURDEN [1]



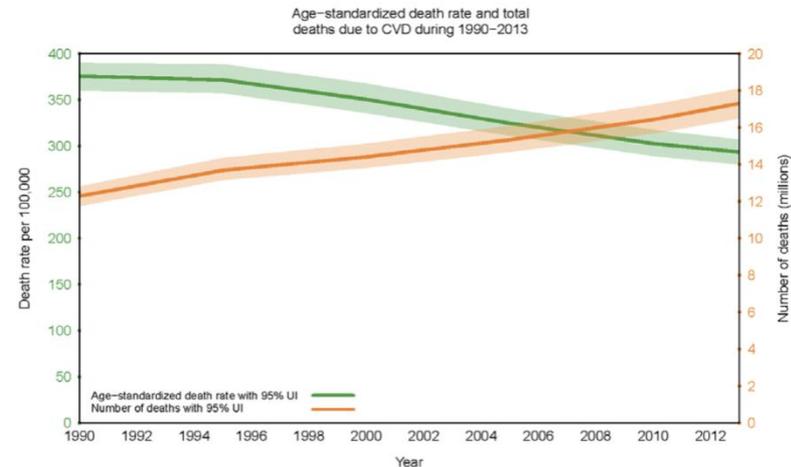
STIMABILE UN AUMENTO GLOBALE DELLE MORTI DA MCV

“By 2020, heart disease and stroke will become the leading causes of death and disability worldwide, with the number of fatalities **projected to increase to more than 24 million by 2030**. These deadly killers no longer just affect privileged individuals and nations, because more than 80% of deaths related to cardiovascular disease worldwide now occur in low- and middle-income countries.”

Valentin Fuster JACC 2014;64:520-522



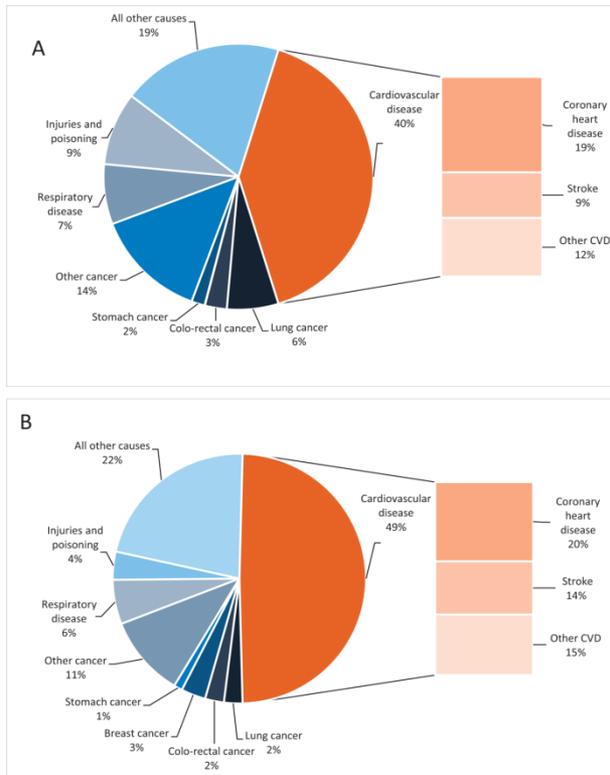
Globally, the average age-standardized CVD death rate has fallen over the past 2 decades, with the largest decline occurring between 2000 and 2005.



Even as death rates have fallen, the ageing and growth of the world's population have led to rising numbers of CVD deaths.

Gregory A. Roth et al. Circulation. 2015;132:1667-1678.

DIMENSIONE del problema e BURDEN [2]



Note: no data available for Andorra.
Source: WHO Mortality Database.

Proportion of all deaths due to major causes in Europe, latest available year, among men (A) and women (B).
Source: WHO Mortality Database.

IN ITALY:

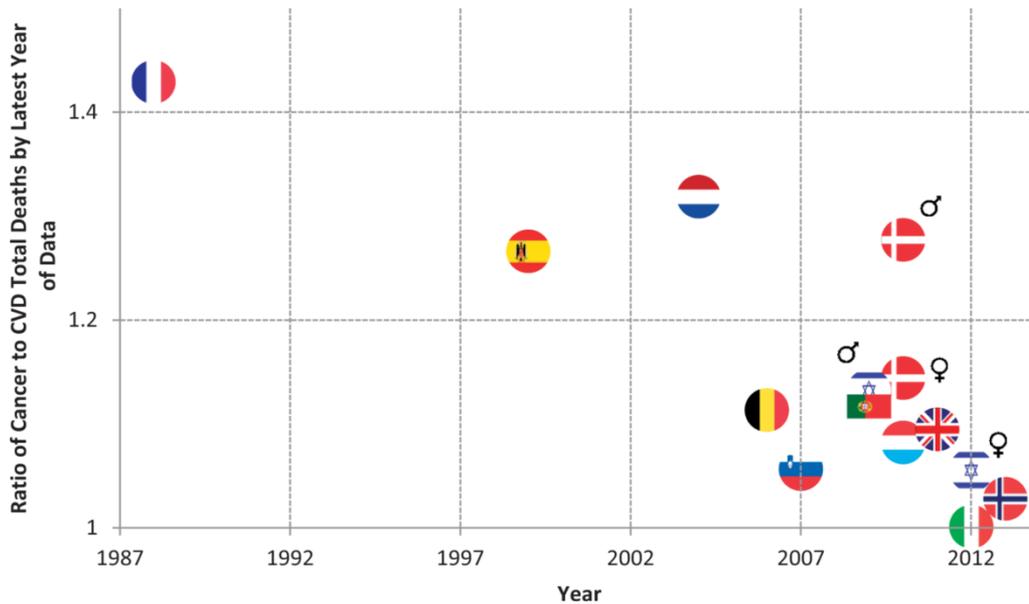
53 DALYs per 1000 person

From: **Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016**

Eur Heart J. 2016;37(42):3232-3245. doi:10.1093/eurheartj/ehw334

Eur Heart J | Published on behalf of the European Society of Cardiology. All rights reserved. © The Author 2016. For permissions please email: journals.permissions@oup.com.

DIMENSIONE del problema e BURDEN [3]



The year the higher absolute number of deaths changed from CVD to cancer by ratio of cancer to CVD deaths, by sex and European country. Source: WHO Mortality Database.

IN ITALY (in 2012):

99794 Cancer deaths

99661 CVD deaths

From: **Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016**

Eur Heart J. 2016;37(42):3232-3245. doi:10.1093/eurheartj/ehw334

Eur Heart J | Published on behalf of the European Society of Cardiology. All rights reserved. © The Author 2016. For permissions please email: journals.permissions@oup.com.

CONTENIMENTO DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE

PREVENZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE

PREVENZIONE PRIMARIA: intervento per ridurre il rischio di disabilità e morte prematura per coronaropatia o vasculopatia cerebrale o periferica in soggetti a rischio che non hanno ancora manifestato un evento cardiovascolare.

PREVENZIONE SECONDARIA: intervento per ridurre il rischio di nuovi eventi in soggetti che hanno già manifestato una coronaropatia o una vasculopatia cerebrale o periferica.

I FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE⁶

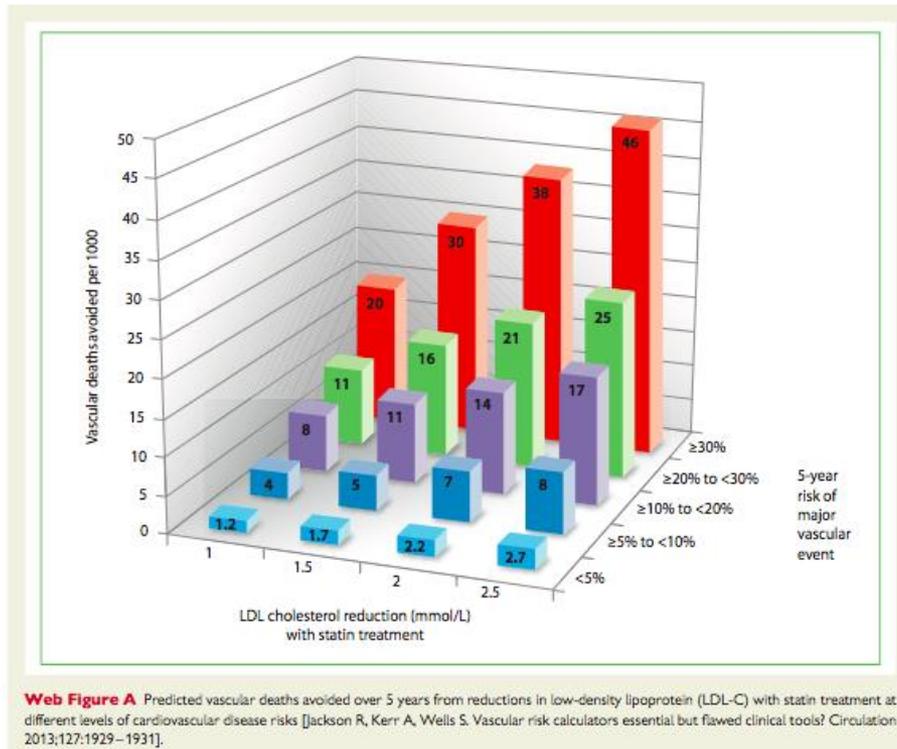
Non modificabili:
sesso, età, familiarità

Modificabili:
fumo, obesità e sovrappeso, ipertensione, dislipidemia, sedentarietà, diabete

Modificabili ma di rilevanza non ancora definita:
stress, alcool

Piano Nazionale della Prevenzione 14-18 – Macroobiettivo 1

HIGH RISK STRATEGY & POPULATION-BASED STRATEGY [1]

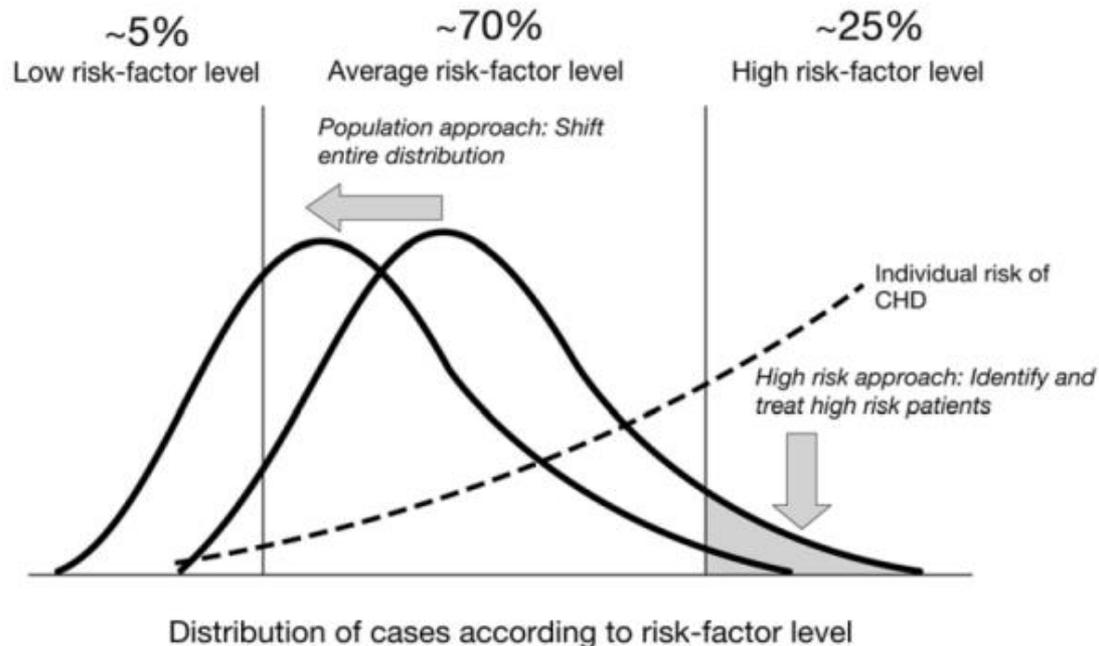


A recent meta-analysis on CV risk reduction by treatment with BP-lowering drugs does, however, support the concept that absolute risk reduction is larger in those individuals at higher baseline risk.

Sundstrom J et al. **Blood pressure-lowering treatment based on cardiovascular risk: a meta-analysis of individual patient data.** *Lancet* 2014;384:591–598.

The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention. **2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice,** *Eur Heart Journal* (2016) 37, 2315–2381

HIGH RISK STRATEGY & POPULATION-BASED STRATEGY [2]



Leif Erhardt, Robert Moller and Juan García Puig.
Comprehensive cardiovascular risk management – what does it mean in practice?

Prevention should be delivered at the general population level by **promoting healthy lifestyle** behaviour and at the individual level by **tackling unhealthy lifestyles** (e.g. poor-quality diet, physical inactivity, smoking) and by optimising risk factors. Prevention is effective: the elimination of health risk behaviours **would make it possible to prevent at least 80% of CVDs** and even 40% of cancers.

The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention. **2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice**, Eur Heart Journal (2016) 37, 2315–2381

POPULATION-BASED STRATEGY

PRECEDENTI ESPERIENZE in VENETO

“Progetto CARIVERONA – Regione Veneto: Prevenzione Cardiovascolare” (DGRV 4438/2006)

- Prevenzione primaria e Prevenzione delle recidive
- Operatività gestita dai **Medici di Medicina Generale** (specificamente remunerati)

Ricerca Sanitaria Finalizzata n. 297/08 “Elaborazione e studio dell’efficacia di un modello di screening preventivo cardiovascolare applicabile ad ampie fasce di popolazione” (DGRV 3984/2008)

Sviluppata nell’ULSS 17 – Este (PD) e nell’ULSS 7 – Pieve di Soligo (TV)

Progetto CCM 2009: “Attivazione di un progetto di prevenzione cardiovascolare primaria sul modello dei programmi di screening oncologico (“IV screening”)”

progetto finanziato dal ministero della salute – CCM

PROGETTO CCM 2013

**“PROGRAMMA ORGANIZZATO DI SCREENING DEL
RISCHIO CARDIOVASCOLARE FINALIZZATO ALLA
PREVENZIONE ATTIVA NEI SOGGETTI 50ENNI
(CARDIO 50)”**

Regione	ASL	Popolazione target (n. 89534)
Veneto	Belluno	1700
	Feltre	1205
	Thiene	3361
	Pieve di Soligo	3063
	Asolo	4310
	Veneziana	4000
	Alta padovana	4000
	Este	2850
	Adria	1167
	Verona	4497
Trentino Alto Adige	ASPP Trento	8980
FVG	Medio Friuli	6172
Liguria	3 - genovese	5000
Emilia-Romagna	Bologna	5000
Toscana	Prato	4163
	Lucca	2668
Calabria	Reggio Calabria	9624
Puglia	Taranto	3433
Lombardia	Bergamo	5000
Piemonte	Pinerolo	2166
Lazio	Roma A	5175
Sicilia	Palermo	2000

PROGETTO CCM 2013

“PROGRAMMA ORGANIZZATO DI SCREENING DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE FINALIZZATO ALLA PREVENZIONE ATTIVA NEI SOGGETTI 50ENNI (CARDIO 50)”

Data INIZIO: Settembre 2014

Data FINE: Settembre 2016

Coordinamento Regionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCMR Veneto presso aULSS 7 Pieve di Soligo)

POPOLAZIONE TARGET

Coorte nascita 1964 (50enni)

OBIETTIVO:

Individuazione degli eleggibili;
Chiamata attiva degli eleggibili;
Effettuazione dello screening;
Raccolta rilevazioni in un bilancio di salute.

Valutazione individuale:

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 (Regione Veneto)
con classificazione automatica del rischio**

"CARDIO 50"

INVITO → VALUTAZIONE

(ASS. SANITARIA)

- GLUCEMIA cap.
- PRESS. ART.
- BMI
- LIFESTYLE

CLASSE A

SdV OK
GLI e P.A. OK

CLASSE D

NON ELIGIBILI

CLASSE B

GLI e P.A. OK
SdV NON OK

PERCORSI
SANITARI.

CLASSE C

SdV OK o NON OK
GLI e/o P.A. NON OK

MMG

→ FOLLOW UP
6-12 mesi

CARDIO 50 IN TRENTINO

risultati dicembre 2016

- Prov. Aut. Trento: coorte 1964 di 9.000 soggetti;
- Popolazione eligibile invitata: 7434 soggetti
- Popolazione aderente: 4.405 soggetti (59,3%)

- Classe A: 1137 persone (25,8%);
- **Classe B:** 1858 persone (**42,2%**);
- **Classe C:** 1020 persone (**23,2%**)
di cui 276 con iperglicemia, 947 con ipertensione.
- Non eligibili: 356 (8,1%)

- **Follow UP per classe B (n. 1603)**
 - Persone in classe B aderenti: 715 persone (44,6%);
 - **100 (14%) rivalutati in classe A.**

Punti critici:

- Timing Follow up;
- Valutazione costo\efficacia
- Difficile organizzare i percorsi di salute;
- **Integrazione** con altre UU.OO. e con MMG

Punti di Forza:

- Sostenibilità economica;
- Può raggiungere molte persone sane;
- Identifica precocemente soggetti ipertesi o iperglicemici non noti;
- Base di **integrazione** per Percorsi Preventivo-DTA[?]

Integrati per rispondere ad un bisogno della persona?

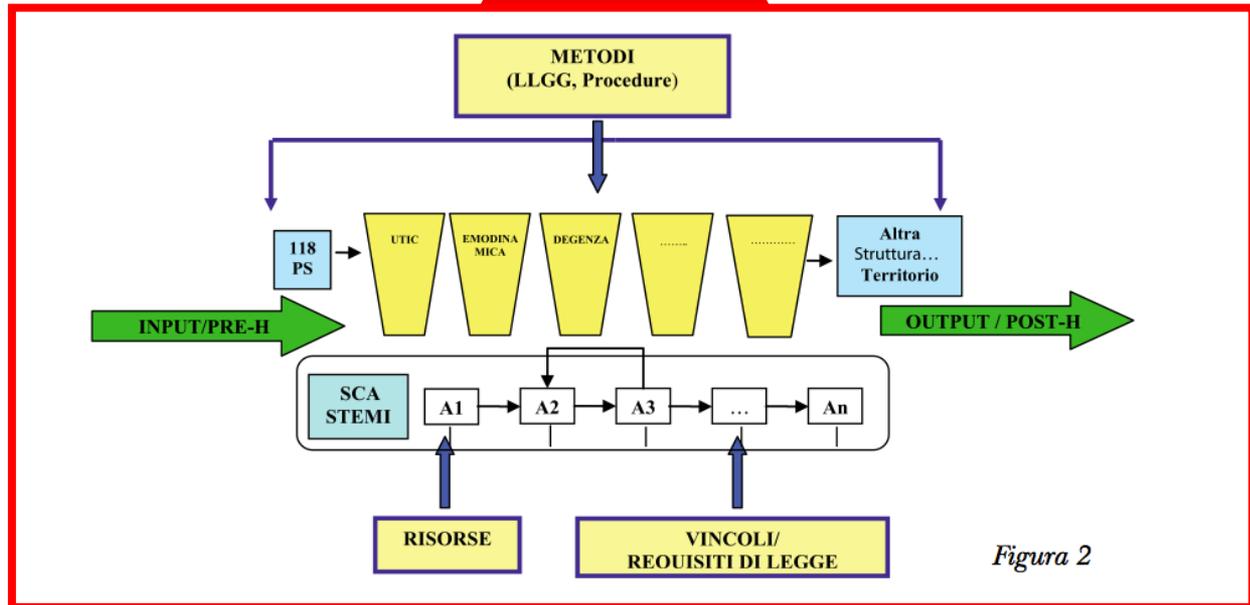


Figura 2

INTEGRAZIONE DELLE ARTICOLAZIONI ASSISTENZIALI [1]

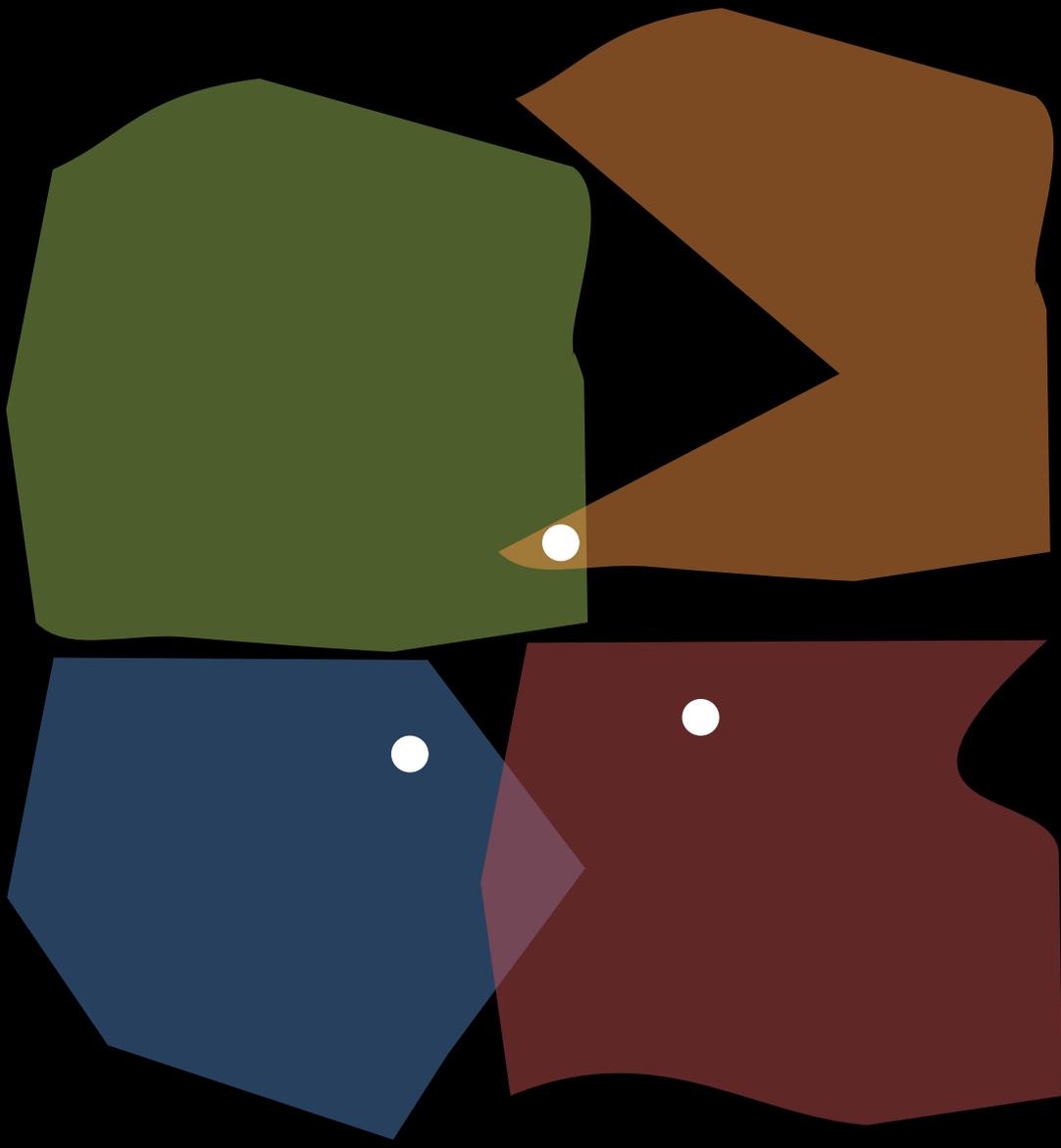
ELEMENTI CRITICI

L'integrazione tra le strutture del sistema rappresenta una opportunità di garantire assistenza di qualità contenendo i costi. Ma...

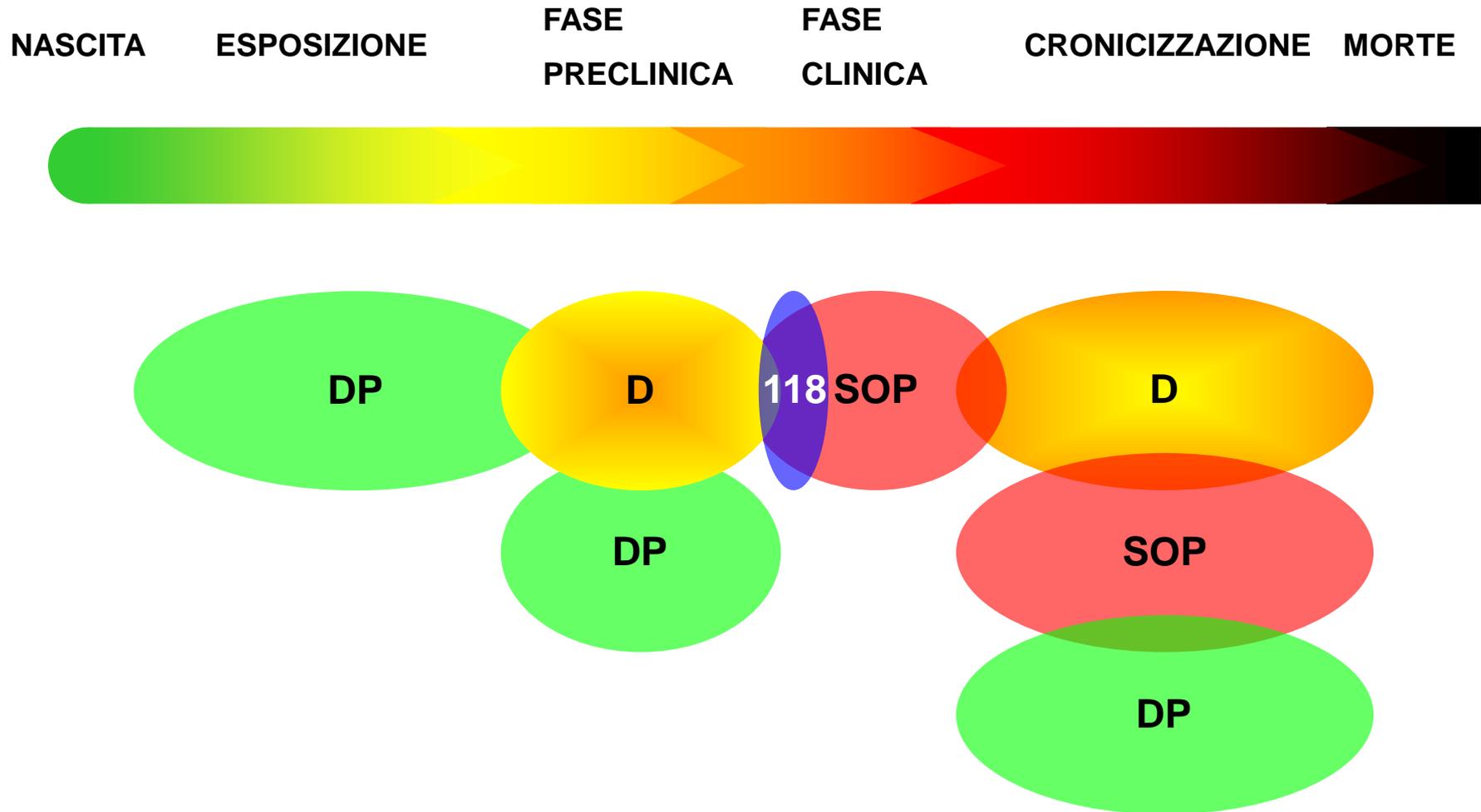
Elementi critici per l'integrazione:

- Separazione delle strutture operative;
- Separazione delle responsabilità e degli obiettivi da conseguire;
- Distanza degli approcci culturali dei professionisti;
- Piani di intervento paralleli con pochi punti di contatto;
- Assenza di strategie per aumentare le competenze che i professionisti di ambiti diversi dovrebbero avere in comune, per valorizzare la loro complementarietà.

Primary Care and Public Health, Exploring integration to improve population health; Comitee on Integrating Primary Care and Public Health; The National Academies Press, Washington D.C. available at www.nap.edu; Am J Public Health, Supplement 3, 2012



Integrati per rispondere ad un bisogno della persona? O integrati per rispondere alla persona?



INTEGRAZIONE DELLE ARTICOLAZIONI ASSISTENZIALI [2]

ELEMENTI FAVORENTI

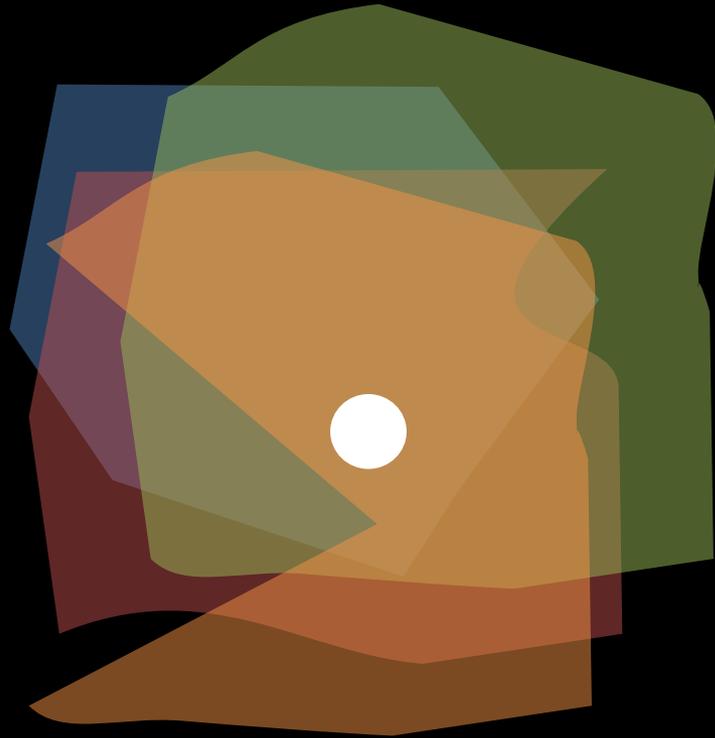
Bisogni specifici per **favorire l'integrazione tra articolazioni sanitarie**:

- Investire risorse per collaborare e per affrontare i determinanti sociali di salute.
- Esercitare una forte leadership (**Direzione Aziendale**) e premiare le collaborazioni.
- Creare fiducia tra i partner con chiare attese e chiare responsabilità.
- Governare l'attività secondo il **valore di salute generato e non secondo le prestazioni prodotte**.

STANDARDIZZAZIONE - MISURAZIONE - REPORTING

(raccolta, analisi e scambio di dati – SISTEMI INFORMATIVI)

*Lebrun LA et Al; **Primary Care and Public health activities in select US health Centers: documenting successes, barriers, and lessons learned**; Am J Public Health, Supplement 3, 2012.*





Centralità dei Sistemi Informativi

- Supportare l'integrazione attraverso lo scambio e la condivisione delle informazioni,
 - ✓ **verticale** (MMG con strutture di Prevenzione e Sanità Pubblica e con strutture Ospedaliere e Territoriali);
 - ✓ **orizzontale** (medici di medicina generale tra loro, specialisti tra loro, operatori della prevenzione tra loro);
- Agevolare la gemmazione di *comunità di pratica*;
- Misurare gli indicatori di processo e di esito dei percorsi integrati.

SO WHAT?

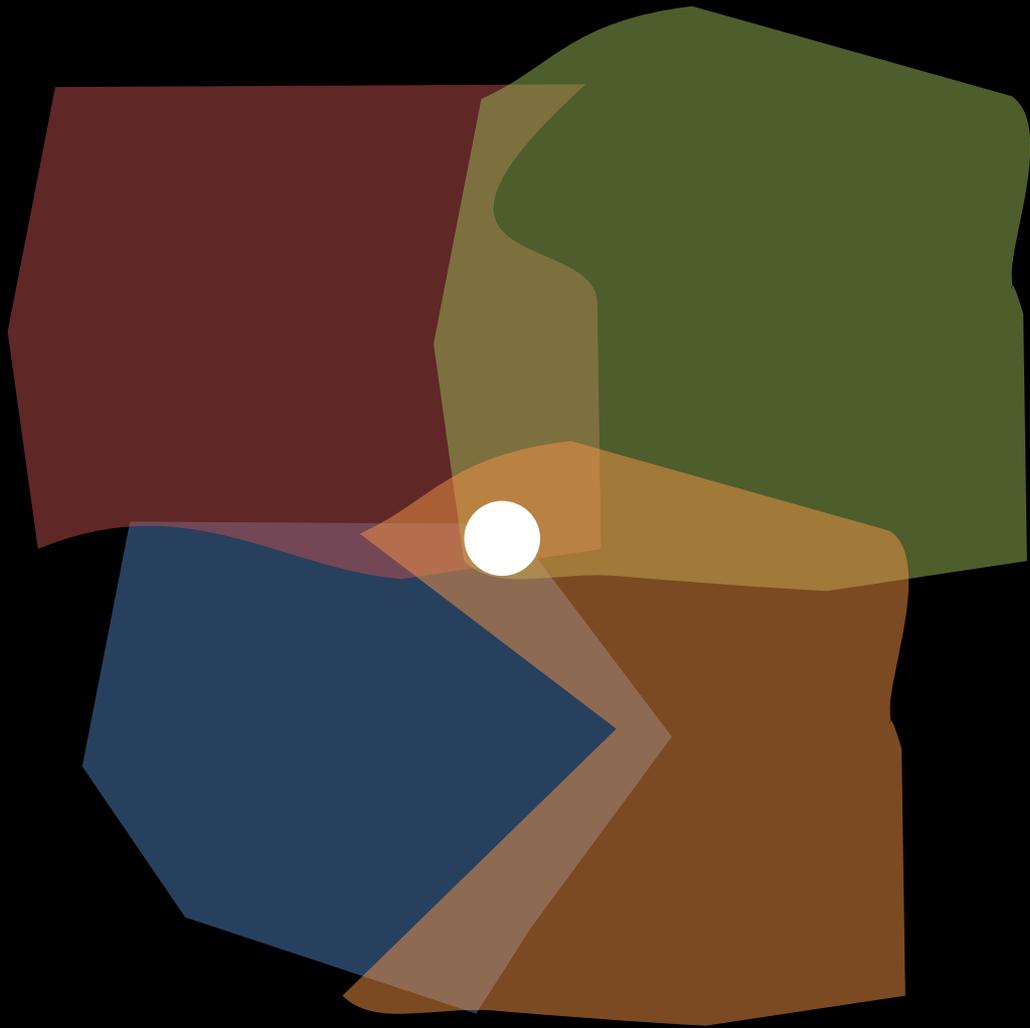
NOW WHAT!

Quale ruolo \responsabilità: per il dipartimento di Prevenzione? per il Distretto? per l'Ospedale?

Responsabile è una persona che è in grado di agire con coscienza e volontà, tenendo presente un quadro di doveri e che per questo può venire chiamata a rendere conto del suo operato.

Responsabilità è la capacità di orientare il proprio comportamento - prevedendone gli effetti e correggendolo in base a tale previsione – scegliendo tra una serie di doveri: giuridici, morali, e pratici.







***IL MIGLIOR MODO PER PREVEDERE IL FUTURO...
È DI INVENTARLO***

Alan Kay