

stazioni offerte dai Centri. L'esistenza di un così ampio campo di variazione delle performance giustifica la necessità di individuare sistemi di valutazione comparativa degli esiti che potranno risultare utili sia alle singole strutture ospedaliere, per individuare criticità e settori che richiedono maggior attenzione o riorganizzazione, che ai cittadini, per garantire un elevato standard qualitativo di assistenza.

Un'ultima considerazione riguarda il declino spontaneo della mortalità aggiustata osservato tra il 2002 (2,8%) e il 2003-04 (2,4%) che,

seppur non statisticamente significativo, conferma che il solo impianto di sistemi di sorveglianza può, di per sé, efficacemente contribuire al miglioramento della performance in cardiocirurgia (2-4).

Lo studio è stato svolto in collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia, ASL RME, Roma e con la Società Italiana di Chirurgia Cardiaca.

Riferimenti bibliografici

1. Iezzoni LI. Risk Adjustment for Measuring Health Care Outcomes, 2nd edition. Michigan: Health Administration Press Ann Arbor; 1997.

2. Tu JV, Naylor CD. Coronary artery bypass mortality rates in Ontario. A Canadian approach to quality assurance in cardiac surgery. *Circulation* 1996;94(10):2429-33.
3. New York State Department of Health. Adult Cardiac Surgery in New York State 2000-2002. New York State Department of Health, October 2004.
4. Pennsylvania Health Care Cost Containment Council. Pennsylvania's Guide to Coronary Artery Bypass Graft Surgery 2002. Harrisburg, PA: Pennsylvania Health Care Cost Containment Council; 2004.

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE GLOBALE ASSOLUTO: UTILIZZO DEL PROGRAMMA CUORE.EXE

Michela Trojani¹, Pierfrancesco Barbariol¹, Chiara Orsi¹,
Barbara Paltrinieri², Chiara Donfrancesco¹ e Luigi Palmieri¹

¹Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della salute, ISS

²Agenzia giornalistica Zadig, Roma

La valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto nella popolazione italiana è stato uno degli obiettivi principali del Progetto CUORE, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Nell'ambito di questa ricerca sono stati elaborati due strumenti per valutare nelle persone sane la probabilità di andare incontro ad un evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei successivi 10 anni: la carta del rischio cardiovascolare e il punteggio individuale (1, 2). Si tratta di strumenti semplici e obiettivi di formazione e di educazione che permettono al medico di suggerire le possibili azioni preventive da intraprendere per raggiungere livelli di rischio "desiderabili" e all'assistito di esprimere le proprie preferenze, tenendo conto che la malattia arteriosclerotica si sviluppa in modo asintomatico.

La carta è basata sulla combinazione di sei fattori di rischio (età,

sesso, diabete, abitudine al fumo di sigaretta, colesterolemia e pressione sistolica) ed è disponibile sul sito web del Progetto CUORE (www.cuore.iss.it). Una versione cartacea è stata distribuita, allegata al *Bollettino di Informazione sui Farmaci*, a tutti i medici di medicina generale (MMG) e ad altri operatori sanitari (360.000 copie) nell'ottobre 2004 (1). Contemporaneamente è stata identificata la funzione per la valutazione del punteggio individuale basato sulla combinazione di otto fattori (quelli della carta più HDL-colesterolemia e terapia antipertensiva) (2). L'algoritmo che regola il punteggio individuale è stato tradotto in un software, *cuore.exe*, scaricabile gratuitamente dai medici sul sito www.cuore.iss.it.

Carta e punteggio differiscono per la precisione dell'informazione: la carta considera i fattori ad intervalli di valori e calcola il rischio in classi; il punteggio, invece, prende

in considerazione valori puntuali dei fattori e offre una stima puntuale del rischio; differiscono inoltre per l'età considerata (carta: 40-69 anni/punteggio: 35-69 anni).

Il software *cuore.exe* permette al medico di lavorare off-line sul proprio computer per:

- effettuare il calcolo del rischio individuale per i propri assistiti;
- stampare l'esito;
- consultare le carte del rischio cardiovascolare;
- creare un archivio dei dati raccolti per la valutazione, utile per seguire nel tempo l'andamento del rischio dei singoli assistiti.

Condizione essenziale per scaricare il programma è la registrazione sulle pagine del sito, che consente all'ISS di mantenere un contatto diretto con i medici e di inviare periodicamente aggiornamenti del programma.

A un anno dall'inizio dell'attività abbiamo analizzato i dati relativi alla registrazione che ci hanno ►

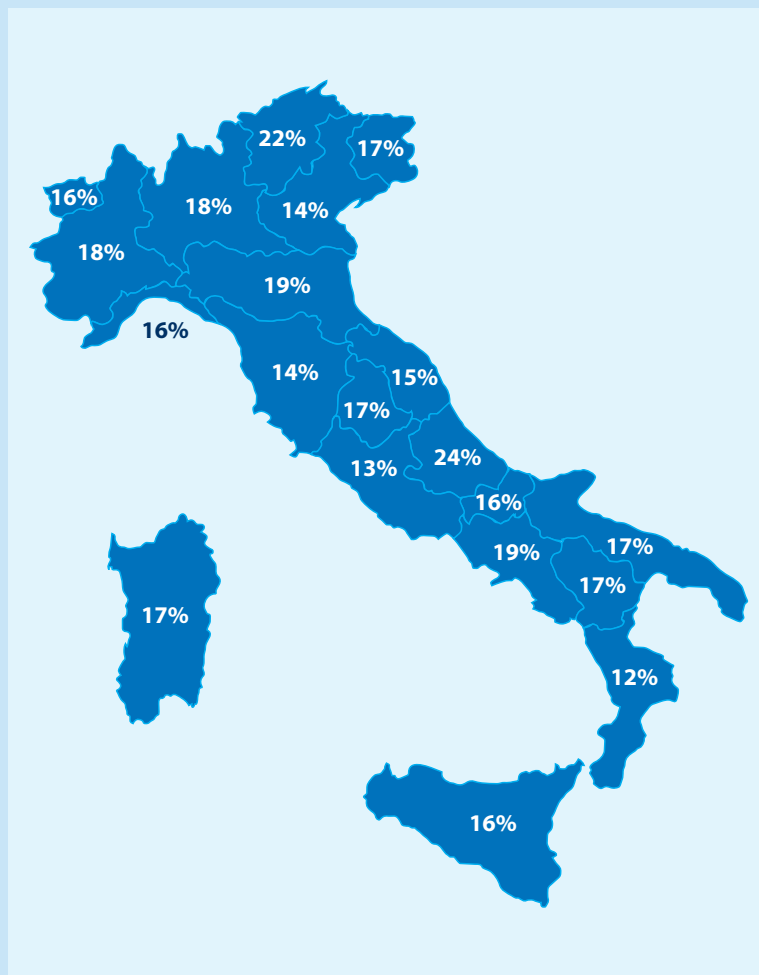


Figura - Percentuale dei medici registrati sul totale dei medici di medicina generale per regione

permesso di delineare alcune caratteristiche degli utilizzatori: si tratta di 7.837 professionisti, pari a circa il 17% dei MMG che esercitano in Italia (fonte: Ministero della Salute - 2004). La Figura riporta, relativamente alle singole regioni, la percentuale dei medici che hanno scaricato il programma rispetto ai MMG esercenti nell'area. Il 62% delle registrazioni sono state effettuate nei mesi di novembre e dicembre 2004.

Il 4 novembre 2004 l'Agenzia Italiana del Farmaco ha pubblicato la nuova Nota 13, relativa agli ipocolesterolemizzanti; tale nota prevede, per la rimborsabilità delle statine in prevenzione primaria, la valutazione degli individui ad elevato rischio in base all'utilizzo della carta e del punteggio dell'ISS (3).

A novembre 2004 è stato inviato per posta elettronica a tutti i medici registrati un questionario riguardante il numero totale degli assistiti, il numero di quelli a cui era stato valutato il rischio con il punteggio individuale, il gradimento e l'utilità del programma. Hanno risposto 341 medici (310 uomini e 31 donne), pari al 13% degli iscritti al momento dell'indagine (2.547): al Nord ha risposto il 14% dei medici a cui era stato inviato il questionario, al Centro il 16% e al Sud l'11%. Il programma è stato considerato "semplice" dal 66% dei medici, "abbastanza semplice" dal 31%, solo una persona lo ha trovato

"molto complicato". Tra i 211 medici che avevano più di 1.000 assistiti, l'82% ha calcolato il rischio a meno di 50 assistiti.

Questi risultati suggeriscono che un elevato numero di medici (quasi 8.000) si sono registrati in questo anno sul sito web del Progetto CUORE per scaricare il programma *cuore.exe*, pari al 30% dei circa 24.000 MMG che hanno a disposizione un computer nel loro studio. Inoltre, il programma è risultato gradito e di facile utilizzo, anche se questo dato va interpretato con cautela per il basso tasso di risposta al questionario.

Al momento dell'indagine, il numero di persone a cui era stato calcolato il rischio, utilizzando il punteggio era relativamente basso. Il motivo di ciò potrebbe essere individuato in una serie di cause: il programma era disponibile da poco tempo; è stato preferito l'utilizzo della carta più facile e immediato o, più probabilmente, l'utilizzo del rischio cardiovascolare globale assoluto nella pratica clinica non è ancora familiare.

La formazione dei MMG, l'implementazione della carta e del punteggio individuale e la valutazione della efficacia dell'applicazione rappresentano le sfide per il futuro.

Riferimenti bibliografici

1. Il progetto CUORE scopre le sue carte. La valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto. *Bollettino di Informazione sui Farmaci* 2004;2:57-63.
2. Palmieri L, Panico S, Vanuzzo D *et al.* per il Gruppo di ricerca del Progetto CUORE. La valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto: il punteggio individuale del Progetto CUORE. *Ann Ist Super Sanità* 2004;40(4):393-9.
3. Nota 13. *Gazzetta Ufficiale* n. 305 del 30 dicembre 2004. Allegato 1: 100.

Comitato editoriale BEN

Nancy Binkin, Paola De Castro, Carla Faralli,
Marina Maggini, Stefania Salmaso
e-mail: ben@iss.it