

zioni ambulatoriali regionali), altre campionarie come la indagine multiscopo ISTAT. In realtà, se confrontiamo i dati presentati nell'articolo e quello che già conosciamo dalle altre fonti vediamo emergere un quadro abbastanza omogeneo e consistente e questo, indirettamente, conferma la validità dello studio PASSI. Il quadro che emerge ci dice che circa il 60% delle donne ha effettuato una mammografia negli ultimi due anni. Le donne che effettuano il test regolarmente hanno queste caratteristiche: sono relativamente più giovani, coniugate, con un livello di studio elevato. L'aver ricevuto una lettera di invito dalla ASL (che possiamo assumere come proxy dello screening organizzato) è la motivazione più frequente della scelta effettuata. L'importanza della presenza di screening organizzati è confermata dal fatto che, se si confrontano le coperture delle regioni dove un programma di screening è atti-

vo e quelli in cui non lo è, vediamo, anche attraverso lo studio PASSI, che un'alta copertura si raggiunge soltanto laddove un programma organizzato è presente. Dunque, l'indagine PASSI fornisce informazioni utili per stimare la reale copertura delle attività di diagnosi precoce, e permette di valutare il contributo di attività organizzate. Una cosa però rimane fuori da questo tipo di indagine: la misura della qualità dell'intervento di screening. La misura della qualità "oggettiva" si può effettuare solo avendo a disposizione una batteria di indicatori (tasso di richiamo, tasso di identificazione, rapporto lesioni benigne e maligne) che esulano da questo tipo di rilevazioni. Però aspetti della qualità "percepita" potrebbero essere rilevati (ad esempio, i tempi di attesa, la chiarezza del percorso diagnostico terapeutico, ecc.) e, magari potrebbero rappresentare un motivo di ricerca futura.

IL PIANO DI FORMAZIONE PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE GLOBALE ASSOLUTO

Chiara Orsi, Michela Trojani, Chiara Donfrancesco, Luigi Palmieri, Barbara De Mei, Francesco Dima e Simona Giampaoli

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS, Roma

Lwwwa prevenzione cardiovascolare è stata inclusa tra gli obiettivi del nuovo Piano Nazionale di prevenzione 2005-07. L'identificazione delle persone a rischio aumentato, accompagnata da opportuni interventi di counselling, può favorire cambiamenti dello stile di vita sia tra gli individui ad alto rischio che nella popolazione generale e ridurre il numero di persone con caratteristiche, come l'ipertensione, che aumentano il rischio di malattie cardiovascolari (1). Per questo motivo, il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute ha lanciato un piano nazionale di formazione per la valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto.

A tal fine è stato costruito un percorso formativo con l'obiettivo di aumentare tra i medici di medicina generale (MMG) la consapevolezza del valore della prevenzione primaria cardiovascolare e degli strumenti a disposizione. Il programma di formazione si propone di produrre un cambiamento nella pratica professionale che porterà ai seguenti obiettivi:

- adottare pratiche standard per la rilevazione dei fattori di rischio

- valutare il rischio cardiovascolare globale assoluto
- applicare lo strumento per il calcolo del rischio in versione elettronica e cartacea
- adottare raccomandazioni condivise creando un linguaggio comune sulla prevenzione del rischio cardiovascolare attraverso gli stili di vita
- adottare raccomandazioni condivise sul trattamento farmacologico dei casi suscettibili
- costruire e adottare strumenti condivisi per l'autovalutazione dei risultati dell'applicazione della carta del rischio alla popolazione di assistiti
- attivare l'attitudine a partecipare a gruppi di lavoro per la raccolta dei dati, l'analisi e la valutazione dei risultati
- applicare le basi del counselling per la comunicazione del rischio e la modifica degli stili di vita.

Il percorso formativo è costituito da 5 moduli sequenziali riguardanti l'acquisizione di competenze sull'uso del rischio cardiovascolare globale assoluto (moduli 1 e 2), la sua applicazione nella pratica clinica (modulo 3), la divulgazione dei risultati dell'intervento (moduli 4 e 5). Il

percorso didattico si realizza attraverso la formazione di formatori e la successiva formazione a cascata dei MMG; questa metodologia favorisce il coinvolgimento attivo dei MMG, promotori principali del cambiamento nelle pratiche di prevenzione del rischio cardiovascolare (2-4).

L'intervento formativo si compone di due fasi: una di progettazione e sperimentazione e una di applicazione in collaborazione con i MMG. Per quanto riguarda i primi due moduli (uso della carta di rischio cardiovascolare globale assoluto nella pratica clinica e comunicazione del rischio, promozione di stili di vita salubri e trattamento farmacologico per l'applicazione della carta di rischio cardiovascolare globale assoluto nella pratica clinica) è già avvenuta la fase di sperimentazione, attraverso due corsi realizzati presso il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità: un corso per MMG, che si è svolto il 7 marzo 2005, e un corso per formatori, che si è tenuto nei giorni 11-14 ottobre 2005.

In seguito, è stata avviata la fase di attivazione: nei mesi di novembre e dicembre 2005 è stato ▶

condotto un corso in Umbria, recentemente è stato realizzato un corso per formatori a Firenze presso la Società Italiana di Medicina Generale. Fino a oggi sono stati formati 187 medici e 19 trasfusiologi. Nel corso del 2006 altri corsi verranno realizzati nelle regioni che faranno richiesta.

Uno degli obiettivi fondamentali della formazione è quello di favorire l'implementazione del programma *cuore.exe* per il calcolo del rischio cardiovascolare, di cui, a partire dal 20 dicembre 2005, è disponibile online e scaricabile gratuitamente dalle pagine del sito web del Progetto CUORE (<http://www.cuore.iss.it>) la versione aggiornata 1.0.5. Rispetto alle versioni precedenti, l'ultimo aggiornamento presenta due importanti novità: 1) è stata attivata una raccolta dati su base volontaria attraverso la quale i medici possono partecipare al programma di formazione e di ricerca per la valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto nella popolazione italiana promosso dal CCM; 2) sono stati realizzati software specifici per diverse categorie: MMG, specialisti (cardiologi, diabetologi, lipidologi, internisti, medici sportivi, angiologi, igienisti), servizi trasfusionali, ambulatori di prevenzione cardiovascolare. A breve sarà disponibile anche una versione del programma dedicata ai farmacisti. Questi software consentono di coinvolgere nell'attività di formazione e di ricerca, oltre ai MMG, anche altri operatori sanitari.

A poco più di due mesi dall'uscita dell'aggiornamento del programma, gli utenti che hanno scaricato *cuore.exe* sono 2.035, distribuiti su tutte le regioni italiane, di cui la maggior parte (94%) MMG di età compresa tra i 50 e i 59 anni (54%). La Tabella presenta il numero di MMG che hanno scaricato la versione 1.0.5 di *cuore.exe* fino al 28 febbraio 2006 disaggregati per regione di provenienza, il numero di MMG che esercita nella regione e la percentuale di medici che ha scaricato il programma.

Rispetto ai risultati presentati in un precedente articolo (5), in cui erano stati riportati dati analoghi relativi alla prima versione di *cuore.exe*,

Tabella - Distribuzione per regione dei medici che hanno scaricato *cuore.exe* versione 1.05 e percentuale rispetto ai medici di medicina generale (MMG) che esercitano nella regione

Regione	MMG che hanno scaricato il programma	MMG che esercitano nella regione	%
Abruzzo	49	1.066	4,6
Basilicata	19	515	3,7
Calabria	50	1.659	3,0
Campania	146	4.464	3,3
Emilia-Romagna	202	3.238	6,2
Friuli-Venezia Giulia	30	1.026	2,9
Lazio	121	4.640	2,6
Liguria	61	1.411	4,3
Lombardia	436	7.182	6,1
Marche	38	1.212	3,1
Molise	13	279	4,7
Piemonte	159	3.528	4,5
Puglia	93	3.294	2,8
Sardegna	58	1.362	4,3
Sicilia	151	3.969	3,8
Toscana	96	3.091	3,1
Trentino-Alto Adige	39	574	6,8
Umbria	25	729	3,4
Valle d'Aosta	1	97	1,0
Veneto	134	3.532	3,8
Totale	1.921	46.868	4,1

exe, risulta che il numero dei medici che hanno scaricato il software è più basso. Alla base di questo possono essere individuate due cause principali. La prima è che durante lo scorso anno il programma *cuore.exe* è stato integrato nel software millewin, utilizzato da più di 10.000 MMG; i medici che utilizzano *cuore.exe* attraverso millewin non sono stati inclusi nell'analisi. La seconda causa è che l'analisi è stata effettuata a soli due mesi dall'uscita della versione aggiornata, a differenza della precedente che era stata condotta a distanza di un anno dall'inizio della sua introduzione.

Questi risultati, seppur promettenti, mostrano che ancora molti sono i medici e gli operatori sanitari che possono e devono essere coinvolti in questo progetto. Anche per questo motivo risulta di fondamentale importanza implementare, attraverso il piano di formazione

nazionale, l'utilizzo del punteggio cardiovascolare individuale nella pratica clinica. ■

Riferimenti bibliografici

1. Disponibile all'indirizzo: www.cuore.iss.it
2. Giampaoli S, et al. Medici di famiglia a scuola di rischio. *Tempo medico Cuore* 2006;4:25-7.
3. Giampaoli S, Palmieri L, Orsi C. et al. *Uso e applicazione della carta del rischio cardiovascolare. Manuale per i formatori*. Roma; Il Pensiero Scientifico Editore. 2005.
4. Giampaoli S, Palmieri L, Orsi C. et al. *Uso e applicazione della carta del rischio cardiovascolare. Manuale per i partecipanti*. Roma; Il Pensiero Scientifico Editore. 2005.
5. Trojani M, Barbariol P, Orsi C, et al. La valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto: utilizzo del programma *cuore.exe*. *Insero BEN - Not Ist Super Sanità* 2005;18(4): iii-iv.

Comitato editoriale BEN

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