

# **IL RISCHIO CARDIOVASCOLARE E I MEDICI DI MEDICINA GENERALE IN PIEMONTE**

a cura di:

Alessandro Migliardi, Silvia Bellini, Guido Giustetto, Mario Nejrotti, Roberto Gnavi

Analisi statistiche: Alessandro Migliardi, Tania Landriscina

Interviste: Sabine Hense, Simona Ghigo, Silvia Bellini

Impostazione editoriale: Rosaria Foggetti

Si ringraziano, per i preziosi suggerimenti e l'accurata revisione:

Mario Carzana, Elena Coffano, Giuseppe Costa, Livia Giordano, Ornella Guardamagna,  
Carlo Mamo, Anna Orlando, Teresa Spadea, Giulio Titta.

## INTRODUZIONE

Le malattie cardiovascolari rappresentano ancora la principale causa di morte nel nostro Paese, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi; in particolare la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia, rendendo conto del 28% di tutte le morti.

Anche in Piemonte le malattie ischemiche del cuore rappresentano la principale causa di mortalità e di morbosità; ogni anno muoiono circa 2800 uomini e 2400 donne per cardiopatia ischemica, per un tasso grezzo, rispettivamente, di 135 e 108 x 100.000 residenti. Il Piemonte, con una mortalità per cardiopatia ischemica inferiore del 12% per gli uomini e del 16% per le donne rispetto al valore italiano, risulta una delle regioni a più bassa mortalità.

Questa protezione è confermata anche dai ricoveri ospedalieri; nel 2005 si sono registrati in Piemonte 24.700 dimissioni con diagnosi principale di cardiopatia ischemica, 8700 dei quali (35%) infarti miocardici acuti. Anche in questo caso i tassi standardizzati di ospedalizzazione per infarto miocardico acuto ci collocano tra le regioni a più bassa ospedalizzazione.

Il vantaggio descritto potrebbe essere in parte spiegato dall'adozione di stili di vita più sani rispetto al resto dell'Italia: la prevalenza di obesità e sovrappeso è infatti inferiore alla media italiana, così come l'abitudine al fumo di sigaretta; anche le abitudini alimentari sembrano essere più corrette: per esempio, la percentuale di soggetti che consumano verdura almeno 1 volta al giorno è superiore al resto del Paese.

La distribuzione del rischio coronarico, tuttavia, non è omogenea su tutto il territorio regionale; i tassi standardizzati di mortalità variano tra le ASL e, ancor più, tra i distretti. Oltre che sul piano geografico, esistono differenze anche sul piano sociale, sia nell'esposizione a fattori di rischio, sia nella frequenza di malattia; l'ospedalizzazione per infarto miocardico acuto tra i soggetti a bassa scolarità, è superiore di circa il 10 – 20% rispetto alla media regionale.

Nonostante il minore rischio cardiovascolare del Piemonte in confronto ad altre realtà nazionali, l'alta numerosità di eventi giustifica la necessità di interventi di prevenzione primaria all'interno della regione. L'individuazione di fasce di popolazione a maggiore rischio (per residenza o per condizioni socio-economiche) aiuta ad indirizzare gli interventi ai gruppi di popolazione selezionati.

I fattori di rischio cardiovascolare, tradizionalmente, si possono suddividere in fattori non modificabili (sesso, età) e fattori modificabili mediante corretti stili di vita e/o trattamenti farmacologici (diabete mellito, abitudine al fumo, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia). Il rischio aumenta con l'età e, nel caso della colesterolemia e dell'ipertensione, è di tipo continuo, non esistendo un livello a cui il rischio è nullo.

L'identificazione e il corretto trattamento delle persone a rischio di malattie cardiovascolari è uno degli obiettivi della prevenzione primaria individuale. I MMG rappresentano, per i cittadini, uno dei

principali punti di accesso al sistema sanitario; ad essi spetta quindi un ruolo di primo piano nell'identificazione dei soggetti a rischio e nell'avvio di opportune attività di prevenzione e terapia. Ad oggi non ci sono strategie di screening per identificare i pazienti a rischio di sviluppare un evento cardiovascolare: semplicemente, le linee guida europee raccomandano di sottoporre a valutazione del rischio tutti i soggetti tra i 40 e i 69 anni, indipendentemente dalla loro storia clinica e/o dall'utilizzo di terapie farmacologiche.

Tuttavia, è stato dimostrato (1) che, con l'eccezione del sesso, età e diabete, i fattori di rischio vengono largamente sottonotificati dal MMG: la pressione arteriosa è misurata solo nel 37% dei pazienti, il colesterolo nel 34% e il fumo nel 22%. La sottonotifica coinvolge anche i pazienti già in trattamento antiipertensivo e/o lipidico. E' possibile che tali fattori di rischio siano valutati, ad esempio dallo specialista, ma non registrati dal MMG, al quale non arrivano per mancanza di integrazione tra le due figure professionali o per dimenticanza del paziente nel sottoporsi e/o comunicare al medico gli esiti degli esami. Tutto ciò si ripercuote negativamente sulle stime del rischio e sull'adozione di adeguati trattamenti preventivi.

Anche i risultati dello studio PASSI (2) condotto nel 2005 a livello di 123 Aziende sanitarie distribuite su tutto il territorio nazionale, mediante la conduzione di interviste telefoniche a campioni di 200 soggetti tra i 18 e i 69 anni per ASL, confermano una scarsa sensibilità a rilevare i fattori di rischio cardiovascolare da parte degli operatori sanitari. Solo il 38% dei medici si informa in merito all'attività fisica e al comportamento dei propri assistiti in relazione al fumo; a quasi un assistito su 5 cinque non è stata misurata la pressione negli ultimi 2 anni e non è mai stato misurato il colesterolo.

Per quantificare un rischio che tenga conto dell'eziologia multifattoriale delle malattie cardiovascolari (detto rischio cardiovascolare globale assoluto), l'Istituto Superiore di Sanità ha messo a punto due strumenti<sup>1</sup>: la carta del rischio cardiovascolare e il punteggio del rischio individuale. Entrambi consentono di stimare la probabilità individuale di ammalare di un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei successivi dieci anni (3).

Per la costruzione della carta sono stati utilizzati dati provenienti da dodici coorti italiane, nell'ambito del Progetto CUORE, iniziato fra la metà degli anni '80 e gli anni '90; le coorti, di numerosità elevata, arruolate negli ultimi 15 anni da differenti aree geografiche, includono donne e uomini esenti da precedente evento cardiovascolare. Gli esiti rilevati sono la comparsa di primi eventi cardiovascolari maggiori, coronarici o cerebrovascolari, valutando il ruolo predittivo giocato dai fattori di rischio analizzati.

La carta del rischio cardiovascolare prende in considerazione sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia totale. E' utilizzabile su donne e uomini di età compresa fra 40 e 69 anni che non hanno avuto precedenti eventi cardiovascolari.

---

<sup>1</sup> disponibili in formato cartaceo o elettronico sul sito web del Progetto CUORE ([www.cuore.iss.it](http://www.cuore.iss.it))

Dalla carta è evidente l'interazione sinergica tra i principali fattori di rischio considerati: l'età che ha un peso decisivo sia negli uomini che nelle donne, il fumo che peggiora significativamente il rischio, soprattutto nelle età più avanzate, e il diabete. Dalla carta è anche evidente il continuum del rischio di popolazione, che suggerisce l'importanza di adottare strategie di intervento diversificate in base al rischio calcolato. In particolare, si rende necessaria un'intensa attività preventiva nei confronti delle persone da tenere sotto controllo con lo stile di vita, ovvero con rischio  $\geq 5\%$  e  $< 20\%$ . Sono queste, infatti, le persone che in termini assoluti producono, proprio perché più numerose, il maggior numero di eventi, e che non trovandosi in una condizione di alto rischio, hanno minori opportunità di ricevere informazioni adeguate.

Il punteggio individuale differisce dalla carta per alcune caratteristiche. Innanzitutto, la valutazione del rischio offerta dal punteggio non è espressa in forma categoriale attraverso classi di rischio, ma è puntuale. Oltre ai fattori di rischio considerati nella carta, il punteggio tiene anche conto del valore del colesterolo HDL e della prescrizione di farmaci antipertensivi. Inoltre, mentre la carta considera persone di età compresa tra i 40 ed i 69 anni, nel calcolo del punteggio individuale viene incluso anche il quinquennio di età 35-39. Per queste differenze la valutazione del rischio attraverso i due strumenti può risultare un po' diversa.

Tra i pochi studi che hanno valutato l'utilizzo della carta del rischio nell'attività quotidiana dei MMG, il già citato studio PASSI richiedeva agli assistiti se un medico o un altro operatore sanitario avesse mai calcolato loro il punteggio di rischio cardiovascolare. Solo al 9% dei soggetti è stato calcolato il rischio, avvalorando l'ipotesi di uno scarso utilizzo di questo semplice strumento (2).

Nella pratica clinica infatti, i MMG valutano la presenza o meno di rischio cardiovascolare nei loro pazienti sulla base di variabili oggettive, della conoscenza della storia clinica dei pazienti, della loro percezione ed esperienza clinica, piuttosto che mediante l'utilizzo della carta del rischio. E' stato osservato come la valutazione soggettiva dei MMG permetta di identificare oltre il 72% dei pazienti a rischio (da moderato a molto alto secondo i criteri di Framingham) con una concordanza tra la valutazione del medico e la carta del rischio del 42% (4). Tra le cause di sottostima del rischio da parte dei MMG ci sono l'età, il sesso e l'abitudine al fumo, fattori che riflettono la cultura e le scelte di vita piuttosto che una non-conoscenza dei fattori di rischio da parte dei medici. Tra i motivi che spingono a sovrastimare il rischio ci sono l'obesità e la familiarità per patologie cardiache, fattori non inclusi nella carta del rischio e il fatto di essere già in terapia per ipertensione e/o iperlipidemia con conseguenti valori biochimico-clinici nella norma (la carta infatti calcola il rischio riferendosi solo a soggetti non trattati, per cui la sua applicazione su soggetti in trattamento produce invariabilmente stime più basse).

Una volta accertata la presenza del rischio, occorre che il MMG comunichi al paziente l'informazione e che si concordino quali strategie assistenziali adottare (5). Il primo approccio dovrebbe essere quello igienico-dietetico; i risultati perseguibili modificando le proprie abitudini sono spesso maggiori di quelli ottenibili con l'assunzione di un farmaco. Uno studio condotto sulla

popolazione inglese e gallese che ha valutato il contributo di diverse strategie terapeutiche per diminuire l'incidenza di malattia coronaria, ha mostrato che in 20 anni il maggior contributo in anni di vita guadagnati è dovuto alla cessazione dell'abitudine al fumo (6). E' importante quindi, attraverso il counselling, incoraggiare gli assistiti a limitare o ad abbandonare i comportamenti nocivi alla salute a favore di uno stile di vita sano e fornire loro il sostegno per consentire di mantenere queste modificazioni nel tempo. Se consideriamo il peso corporeo, identificare gli assistiti in soprappeso o quelli che stanno ingrassando è il primo passo per prevenire e trattare i problemi correlati ad un eccesso di peso; è pertanto auspicabile che i MMG misurino peso e altezza dei propri assistiti e ne calcolino il BMI. Per quanto riguarda l'alimentazione, che influenza i valori di pressione e colesterolo, il medico dovrebbe suggerire di mangiare con più frequenza pesce e cereali e di fare ampio consumo giornaliero di frutta e verdura, limitando il burro, il latte intero e i formaggi e il consumo di sale e alcol. E' importante ricordare che l'effetto del cambiamento delle abitudini alimentari sul rischio cardiovascolare è significativo quando l'indicazione a cambiare stile di vita è duratura (il cambiamento cioè deve essere mantenuto per almeno 2 anni). Considerando l'attività fisica, i benefici del praticarla in modo regolare sono tanti: la riduzione del soprappeso, della pressione arteriosa, della colesterolemia totale, l'aumento del HDL; inoltre, fa diminuire la voglia di fumare, limita la costipazione, è un ottimo antistress. E' stato dimostrato che gli interventi di counselling che incoraggiano attività fisiche modeste anziché strenue e che non richiedono di frequentare particolari strutture sportive risultano essere quelli più efficaci nel convincere i pazienti ad iniziare un percorso di cambiamento. Per quanto concerne il fumo, il semplice suggerimento del medico, espresso anche una sola volta durante una visita di routine, motiva il 2% dei fumatori a smettere e ad astenersi dal fumo per almeno un anno. Tale risultato può non apparire incoraggiante, ma se pensiamo all'effetto a lungo termine, ciò rappresenta un importante risultato in termini di salute pubblica: 2% di riduzione all'anno significa 20% di riduzione in 10 anni. Se il counselling sull'adozione di corretti stili di vita non funziona, si può passare alla terapia farmacologica. La decisione di prescrivere una terapia per il trattamento dell'ipercolesterolemia non è dettata dal superamento di un valore soglia, ma da un valore decisionale basato sul livello di rischio cardiovascolare globale assoluto. E' da trattare un paziente con un rischio  $\geq$  al 20%, considerato ad elevato rischio; in questo caso il trattamento ipocolesterolemizzante è a carico del SSN (nota 13). E' quindi possibile decidere di non trattare un valore elevato di colesterolo in un paziente a basso rischio cardiovascolare o, viceversa, prescrivere statine ad un paziente con colesterolemia non particolarmente elevata ma ad elevato rischio (ad esempio diabetico o post-infartuato). Relativamente alla pressione arteriosa, tutte le maggiori linee-guida sull'ipertensione hanno fissato un valore soglia di 140 mmHg per identificare le persone da trattare. Tuttavia, le linee-guida del NICE (7) propongono un valore decisionale di 160 mmHg per la sistolica, se il rischio del paziente è inferiore al 20% e non vi è danno d'organo o malattie cardiovascolari.

La presenza in Piemonte di un quadro epidemiologico della patologia cardiovascolare più confortante rispetto a quello nazionale conduce ragionevolmente a pensare che il livello di conoscenza sui fattori di rischio sia ampiamente diffuso nella comunità dei MMG e che l'utilizzo delle carte del rischio e del punteggio cardiovascolare siano strumenti altrettanto diffusi nella pratica della medicina generale. Non è tuttavia noto il grado di diffusione presso i MMG di questi strumenti valutativi del rischio, né la percentuale di cittadini sottoposti a tale calcolo, né quali siano le modalità di gestione degli assistiti con punteggio di rischio elevato.

E' su queste premesse che la Regione Piemonte, nell'ambito del Piano Nazionale di Prevenzione Attiva del Ministero della Salute, ha deciso di finanziare un'indagine sulle conoscenze e le modalità di rilevazione del rischio cardiovascolare in un campione di medici di famiglia della regione e su quali siano le principali strategie assistenziali messe in atto con i propri pazienti in caso di situazioni a rischio. I risultati dell'indagine, coordinata dal Servizio Sovrazonale di Epidemiologia dell'ASL 5 e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, consentiranno di definire e realizzare un percorso formativo dedicato ai medici di famiglia per il riconoscimento e la gestione del rischio cardiovascolare, oltre che per l'attivazione e il monitoraggio di progetti di prevenzione primaria.

## Bibliografia

1. Filippi A, Buda S, Brignoli O, Cricelli C, Degli Esposti E. Global cardiovascular risk evaluation in Italy: a cross-sectional survey in general practice. *Ital Heart J.* 2004 Mar;5(3):223-7.
2. Studio Passi. Available from: <http://www.epicentro.iss.it/passi/>
3. <http://www.cuore.iss.it>
4. Roncaglioni MC, Avanzino F, Roccatagliata D, et al. How general practitioners perceive and grade the cardiovascular risk of their patients. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2004, 11:233–238.
5. <http://aifa.progettoecce.it/ccm/?IDsez=47#s47> (ultima consultazione ottobre 2007).
6. Ünal B, Critchley JA, PhD, Fidan D et al. Life-Years Gained From Modern Cardiological Treatments and Population Risk Factor Changes in England and Wales, 1981–2000. *Am J Public Health.* 2005 January; 95(1): 103–108.
7. NICE Guideline. Hypertension. Management in adults in primary care: pharmacological update. London 2006.

## **MATERIALI E METODI**

### **1. Strumenti, validazione e modalità di rilevazione**

E' stato elaborato un questionario standardizzato e strutturato composto da una batteria di 28 domande e suddiviso in 5 sezioni rilevanti informazioni su:

- Conoscenze della carta del rischio
- Conoscenze dei fattori di rischio
- Conoscenze e ricorso ai servizi
- Atteggiamenti rispetto a diversi tipi di pazienti
- Informazioni sul medico

Ad integrazione del questionario sono stati ideati 3 casi clinici ipotetici per esplorare in che modo i medici di medicina generale si pongono nei confronti di diverse situazioni cliniche<sup>2</sup>.

Il questionario è stato sottoposto a validazione 'di contenuto' attraverso la revisione di esperti delle diverse dimensioni conoscitive che si sono esplorate e attraverso una revisione della letteratura scientifica. È stato inoltre sottoposto ad una validazione 'a vista' con un pretest effettuato su 10 medici di famiglia con l'obiettivo di valutare la comprensibilità delle domande e la correttezza della loro sequenzialità logica all'interno del questionario, la loro univocità di interpretazione e i tempi di rilevazione in modo da calibrarne correttamente la durata rispetto alla modalità di rilevazione scelta.

Il questionario è stato somministrato ai medici di famiglia attraverso interviste telefoniche con metodologia CATI (Computer Assisted Telephone Interview): è stata messa a punto una maschera in ambiente MS Access per l'inserimento dei dati in tempo reale e le interviste sono state effettuate da tre intervistatrici appositamente formate sull'oggetto dell'indagine. L'intervista telefonica veniva preceduta da una lettera di presentazione dello studio dove venivano indicati gli enti finanziatori e partecipanti allo studio, spiegati gli obiettivi della ricerca e garantita la riservatezza delle risposte fornite; accompagnavano la lettera i casi clinici in modo che gli intervistati avessero sufficiente tempo per riflettere sui valori clinici indicati; in seguito l'intervistatrice stabiliva un primo contatto telefonico con il medico per fissare l'appuntamento per la realizzazione dell'intervista; seguiva, alla data concordata, l'intervista telefonica vera e propria.

---

<sup>2</sup> Questionario e casi clinici sono riportati in allegato.

La campagna di rilevazione è durata dal 25 febbraio al 31 luglio del 2007. La durata media delle interviste è stata di 25 minuti.

Tutti gli intervistati hanno partecipato su base volontaria.

Le risposte sono state sottoposte a un sistematico controllo di qualità che è stato effettuato quotidianamente in modo da tenere sotto controllo le mancate risposte o le risposte che non rispettavano la sequenza logica del questionario. Il vantaggio di una verifica della bontà delle risposte quasi in tempo reale ha permesso di recuperare le risposte 'errate' e tenere così al minimo il loro numero.

## 2. Campionamento

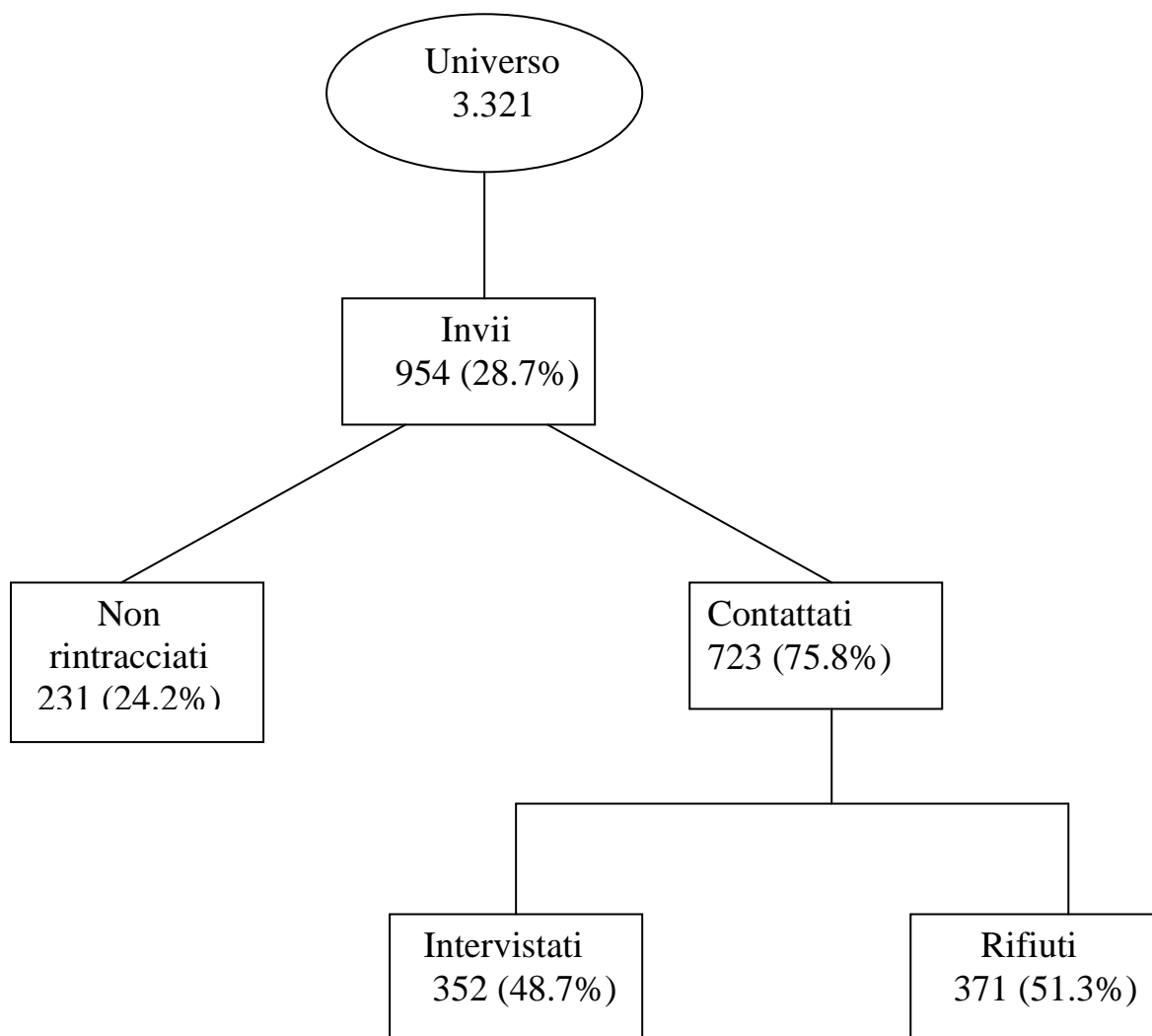
E' stato estratto un campione probabilistico casuale di tipo semplice dall'anagrafe dei medici di medicina generale convenzionati con il SSR fornita dal CSI-Piemonte e aggiornata al 21 dicembre 2006. La numerosità campionaria è stata calcolata in 352 soggetti tenendo conto dei seguenti parametri: un livello di fiducia della stima al 95%, un errore della stima posto a 0.05, una stima a priori conservativa delle proporzioni favorevoli nel verificarsi degli eventi in studio pari a 0.50 e un fattore di correzione per popolazioni finite<sup>3</sup>.

Dall'universo composto da 3.321 medici di famiglia si è quindi proceduto ad estrarre, con una procedura di estrazione di tipo casuale, il campione di 352 soggetti più 2 estrazioni, senza reimmissione, di pari numerosità da utilizzarsi come sostituti per i medici non rintracciabili o che non intendessero aderire all'indagine. Per la procedura di estrazione si è utilizzata la *proc surveysselect* di SAS System. Del primo gruppo di 352 MMG campionati, ne sono stati intervistati 174, mentre i restanti 178 sono stati sostituiti (con un tasso di sostituzione pari al 50,6%). Complessivamente, sono stati effettuati 954 invii di lettere di presentazione dello studio (pari al 28.7% dell'universo). Di questi, 723 (75.8) sono stati contattati, mentre, dopo almeno tre tentativi di contatto telefonico, i rimanenti 231 (24.2%) sono risultati non rintracciabili: la non rintracciabilità è stata dovuta principalmente ad un'anagrafe medica non puntualmente aggiornata o con informazioni mancanti rispetto all'indirizzo di ubicazione dello studio; in tal caso si è proceduto, laddove è stato fattibile, ad una ricerca attiva presso le ASL di competenza o attraverso l'utilizzo di motori di ricerca che forniscono indirizzo e recapito telefonico degli abbonati all'utenza telefonica. Infine, tra i 723 contattati, 352 (48.7%) sono stati intervistati e 371 (51.3) hanno rifiutato (Figura 1).

---

<sup>3</sup> Il fattore di correzione è introducibile dal momento che la numerosità campionaria calcolata in prima approssimazione tenendo conto dei parametri sopra indicati (384) rappresenta più del 5% della numerosità dell'universo (3.321) essendo pari all' 11.6%. Superata quindi questa soglia convenzionale del 5% di proporzione del campione rispetto all'universo è appunto possibile ridurre la numerosità campionaria da 384 soggetti a 352

**Figura 1 – Diagramma di flusso**



Nella tabella 1 vengono messi a confronto l'universo dei MMG del Piemonte (a), gli invii di lettere effettuati (b), il campione di intervistati (c), i rifiuti (d), i non rintracciati (e) e l'insieme dei rifiuti e dei non rintracciati (f), per sesso, provincia di ubicazione dello studio ed età.

**Tabella 1 - Confronto tra universo, invii, campione di intervistati, rifiuti, non rintracciati per sesso, provincia di ubicazione dello studio ed età.**

	Universo (a)		Invii (b)		Campione di intervistati (c)		Rifiuti (d)		Non rintracciati (e)		Rifiuti +Non rintracciati (f)	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
<b>SESSO</b>												
Uomini	2258	68.0	654	68.6	255	72.4	247	66.6	152	65.8	399	66.3
Donne	1063	32.0	300	31.4	97	27.6	124	33.4	79	34.2	203	33.7
<b>Totale</b>	<b>3321</b>	<b>100.0</b>	<b>954</b>	<b>100.0</b>	<b>352</b>	<b>100.0</b>	<b>371</b>	<b>100</b>	<b>231</b>	<b>100</b>	<b>602</b>	<b>100</b>
<b>PROVINCIA</b>												
Torino	1738	52.3	489	51.3	181	51.4	181	48.8	127	55.0	308	51.2
Vercelli	153	4.6	36	3.8	13	3.7	12	3.2	11	4.8	23	3.8
Novara	250	7.5	85	8.9	28	8.0	42	11.3	15	6.5	57	9.5
Cuneo	420	12.6	130	13.6	52	14.8	44	11.9	34	14.7	78	13.0
Asti	164	4.9	35	3.7	13	3.7	14	3.8	8	3.5	22	3.7
Alessandria	364	11.0	106	11.1	35	9.9	50	13.5	21	9.1	71	11.8
Biella	104	3.1	31	3.2	16	4.5	8	2.2	7	3.0	15	2.5
Verbania	128	3.9	42	4.4	14	4.0	20	5.4	8	3.5	28	4.7
<b>Totale</b>	<b>3321</b>	<b>100.0</b>	<b>954</b>	<b>100.0</b>	<b>352</b>	<b>100.0</b>	<b>371</b>	<b>100</b>	<b>231</b>	<b>100</b>	<b>602</b>	<b>100</b>
<b>ETA'</b>												
Media	51.1		50.9		50.2		51.8		50.6		51.3	
Deviazione standard	6.3		6.3		6.1		6.3		6.5		6.4	
Minimo	33		33		35		39		33		33	
Massimo	81		74		69		72		74		74	

Si nota che è minore la percentuale di intervistati (c) di sesso femminile rispetto all'universo (a) (rispettivamente 27.6% e 32%), non sussistono importanti differenze per quanto concerne la distribuzione territoriale per provincia di ubicazione dello studio e l'età media (rispettivamente 50.2 e 51.1).

Nella tabella 2 viene presentato il tasso di risposta complessivo (a) dato dal numero di persone intervistate (352) fratto il numero totale degli invii di lettere effettuato (954). Il tasso di risposta complessivo consente di quantificare la quota di chi ha deciso di aderire all'indagine sul totale di soggetti che potenzialmente avrebbero potuto rispondere; la rispondenza complessiva è stata del 36.9%, più alta negli uomini (39%) e con una variabilità massima tra il 32.9% della provincia di Novara e il 51.6% di quella di Biella. Il tasso di risposta sui contattati, calcolato come rapporto tra numero di intervistati e numero totale delle persone contattate (723) (b) è stato del 48.7%, più alto negli uomini (50.8%) e con una variabilità tra il 40% della provincia di Novara e il 66.7% di quella di Biella. Esso consente di quantificare la quota di persone che hanno aderito all'indagine considerando solamente le persone che sono state realmente contattate ed escludendo quindi i soggetti che per diverse ragioni (indirizzi o numeri telefonici errati o inesistenti, presenza di segreterie telefoniche o fax, ecc...) non sono stati rintracciabili. Quantificare i diversi tassi di

risposta permette di controllare che essi siano sufficientemente alti in modo da evitare di incorrere in errori sistematici di selezione che potrebbero inficiare i risultati complessivi dell'indagine. Pur non avendo ottenuto tassi di risposta elevatissimi, i valori di rispondenza calcolati si allineano ai valori presentati in altri studi trasversali sul tema del rischio cardiovascolare che hanno visto coinvolti medici di medicina generale<sup>4</sup>.

**Tabella 2 - Confronto tra tassi di risposta per sesso e provincia di ubicazione dello studio**

	Tasso di risposta complessivo (a)		Tasso di risposta sui contattati (b)	
	N.	%	N.	%
<b>SESSO</b>				
<b>Uomini</b>	255	39.0	255	50.8
<b>Donne</b>	97	32.3	97	43.9
<b>Totale</b>	<b>352</b>	<b>36.9</b>	<b>352</b>	<b>48.7</b>
<b>PROVINCIA</b>				
<b>Torino</b>	181	37.0	181	50.0
<b>Vercelli</b>	13	36.1	13	52.0
<b>Novara</b>	28	32.9	28	40.0
<b>Cuneo</b>	52	40.0	52	54.2
<b>Asti</b>	13	37.1	13	48.1
<b>Alessandria</b>	35	33.0	35	41.2
<b>Biella</b>	16	51.6	16	66.7
<b>Verbania</b>	14	33.3	14	41.2
<b>Totale</b>	<b>352</b>	<b>36.9</b>	<b>352</b>	<b>48.7</b>

### 3. Analisi statistiche

Sono state realizzate distribuzioni di frequenza assolute e relative su tutte le domande del questionario e dei casi clinici, calcolati valori medi con relativi indici di variabilità per le variabili di tipo continuo. Sono state inoltre realizzate stratificazioni per verificare la variabilità nella conoscenza e nell'uso delle carte del rischio, nella conoscenza dei servizi e nell'approccio al trattamento dei casi clinici rispetto all'età dei medici, all'ubicazione territoriale dello studio (negli 8 capoluoghi di provincia rispetto agli altri comuni piemontesi) e al modello organizzativo (sotto forma di medicina di gruppo rispetto agli altri modelli organizzativi). Le differenze tra i gruppi messi a confronto sono state sottoposte a 2 test di significatività: analisi della varianza per variabili di risposta di tipo continuo e Chi-quadro per variabili di tipo categorico. Laddove si è ritenuto

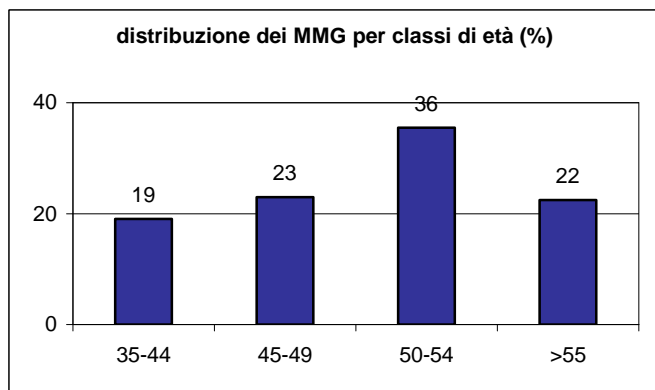
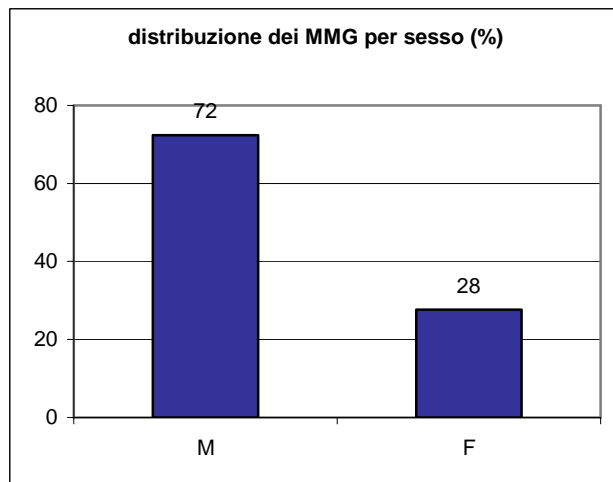
<sup>4</sup> Mosca L, Linfante AH, Beniamina EJ, et al. National study of physician awareness and adherence to cardiovascular disease prevention guidelines. *Circulation* 2005; 111(4):499-510.

opportuno i valori autoriferiti dagli intervistati sono stati messi a confronto con valori oggettivi (come nel caso del calcolo del punteggio delle carte del rischio e dei fattori presenti al loro interno) o con valori ricavati dalla letteratura come i valori epidemiologici di prevalenza di fumatori, di diabetici, di ipertesi e di ipercolesterolemici e mortalità attribuibile al fumo e i valori soglia di tipo clinico per diabete, ipercolesterolemia e ipertensione.

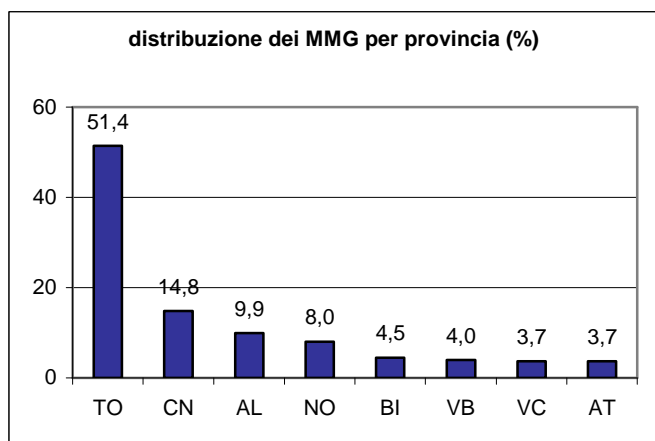
Le analisi sono state realizzate con i moduli Base e Stat di SAS System, Versione 8.2.

## INFORMAZIONI SUI MEDICI

Il 72% del campione è costituito da uomini, il 28% da donne.

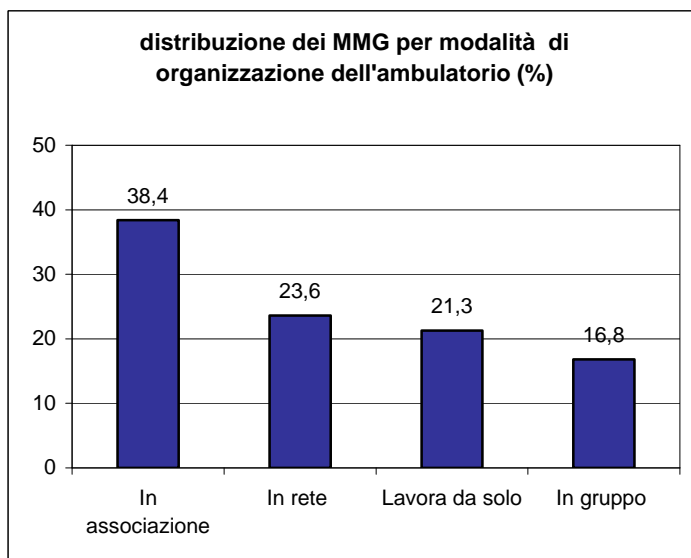


L'età media è 50 anni. Oltre la metà si colloca nelle classi di età più centrali. Il 36% ha un'età compresa tra 50 e 54 anni, il 23% tra 45 e 49 anni.

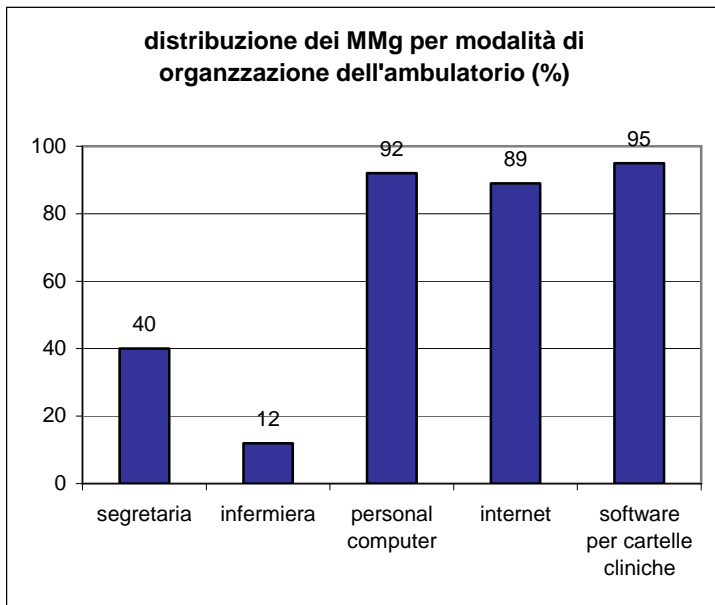


La metà del campione è residente nella provincia di Torino. Le province con il numero più basso di MMG sono quelle di Verbania, Vercelli e Asti.

135 MMG (38,4%) lavorano in associazione, 83 (23,6%) in rete, 75 (21,3%) da soli, 59 (16,8%) in gruppo.



Il 40% dei MMG ha una segretaria, il 12% un'infermiera e il 9% (33 medici) ha sia la segretaria che l'infermiera. Il 92% possiede un personal computer, dei quali l'89% è provvisto di collegamento ad internet e il 95% utilizza un software per la gestione delle cartelle cliniche.



## RISULTATI

Il rapporto riporta i risultati ottenuti dall'analisi delle risposte fornite dai MMG alle domande del questionario. Esso è suddiviso in due parti: quella somministrata per prima comprende tre casi clinici fittizi riguardo ai quali sono state poste 5 domande standard, ripetute uguali per ciascuno dei casi, la seconda parte è costituita dal questionario vero e proprio strutturato in 25 domande.

Il questionario prevede di esplorare diversi aspetti della conoscenza e della gestione da parte dei MMG sul rischio cardiovascolare; per questa ragione è suddiviso in differenti sezioni.

1. conoscenze sulla carta del rischio
2. conoscenze dei fattori di rischio
3. conoscenza e ricorso ai servizi
4. atteggiamenti rispetto a diversi tipi di pazienti

Di seguito verranno presentati i risultati relativi al questionario, preceduti dalla domanda (*in corsivo*) che è stata posta ai MMG e, al fondo, i risultati dei casi clinici.

### **1. Conoscenze sui fattori di rischio cardiovascolare e sulle carte carta del rischio**

*1.1 Comincio con elencarle una serie di potenziali fattori di rischio cardiovascolare. Per ciascuno di essi, indichi in una scala da 0 a 10 quanto li ritiene rilevanti nel causare/favorire l'insorgenza di cardiopatia ischemica.*

I fattori di rischio che hanno ricevuto i punteggi più elevati (8-10) da più della metà dei MMG sono quelli relativi all'ambito più prettamente clinico. In ordine decrescente di preferenza sono: diabete, abitudine al fumo, colesterolo LDL, pressione arteriosa sistolica, diastolica, circonferenza della vita, BMI, colesterolo totale, tipo di alimentazione, familiarità, sedentarietà. Età, sesso (due fattori che rientrano nella carta del rischio), titolo di studio, professione, grado di autonomia sul lavoro, e condizioni di lavoro stressanti hanno ricevuto punteggi inferiori (4-7). Titolo di studio, grado di autonomia sul lavoro e professione sono i fattori che hanno ricevuto i punteggi più bassi (0-3) da una rilevante quota del campione, rispettivamente dal 45,5%, 28,7% e 27% dei MMG.

Allo scopo di aiutare nell'interpretazione dei risultati le ultime due colonne della tabella 3 riportano i valori di rischio relativo (RR) e di rischio attribuibile di popolazione (RA%) derivati dalla letteratura internazionale. Questi due valori non sono riportati per tutti i fattori, dal momento che, per alcuni di questi (in particolari i fattori sociali), le stime sono molto variabili a seconda del luogo in cui è stato condotto lo studio. E' ovviamente al di là degli scopi di questo rapporto una rassegna e discussione approfondita del ruolo dei numerosi fattori di rischio coinvolti nell'insorgenza delle patologie ischemiche del cuore, per cui sono stati riportati solo i RR e RA più consolidati in letteratura. Ad ulteriore supporto all'interpretazione dei risultati sono riportati in grassetto i fattori che entrano nella carta del rischio.

**Tabella 3. Punteggi attribuiti dai MMG ad alcuni potenziali fattori di rischio per cardiopatia ischemica e confronto con le misure di rischio**

	media	deviazione standard	Mediana	punteggio da 0 a 3 (%)	punteggio da 4 a 7 (%)	punteggio da 8 a 10 (%)	RR*	RA**
<b>Diabete</b>	9	1	9	.	7,1	92,9	2,3	8
<b>Abitudine al fumo</b>	8,9	1,1	9	.	8	92	1,6	22
Colesterolemia LDL	8,6	1,3	9	0,3	16,5	83,2		
<b>Pressione arteriosa sistolica</b>	8,3	1,2	8	.	17,6	82,4	1,2	25
Pressione arteriosa diastolica	8,2	1,4	8	0,6	21	78,4		25
Circonferenza della vita	8	1,2	8	0,6	29	70,5		
Indice di massa corporea	7,9	1,2	8	.	33,5	66,5	1,1	17
<b>Colesterolemia totale</b>	7,8	1,3	8	.	36,4	63,6	1,3	43
Tipo di alimentazione	7,7	1,5	8	0,6	39,5	59,9		
Familiarità	7,6	1,5	8	0,3	43,2	56,5		
Sedentarietà	7,4	1,5	8	0,6	45,7	53,7	1,9	35
Condizioni di lavoro stressanti	6,3	1,7	6	7,7	69,6	22,7		
<b>Età</b>	5,8	1,9	6	10,8	69,6	19,6		
<b>Sesso</b>	5,7	1,8	6	9,1	74,7	16,2		
Professione	4,8	1,9	5	27	65,3	7,7		
Grado di autonomia sul lavoro	4,7	2	5	28,7	63,3	8		
Titolo di studio	3,8	2	4	45,5	50,6	4		

\*fonte: Marmot M, Elliott P. *Coronary heart disease epidemiology. Second edition. Oxford University Press 2005*

\*\* fonte: Brownson R.C, Remington P.L, Davis J.R. *Chronic disease epidemiology and control. American Public Health Association 1993.*

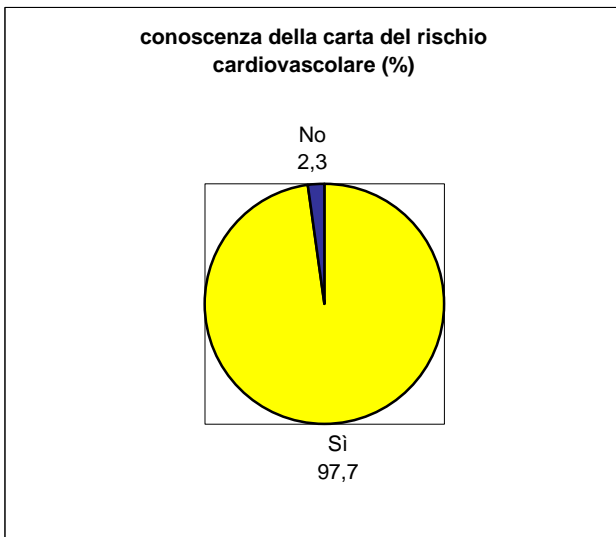
L'importanza attribuita ai diversi potenziali fattori di rischio presenta alcune differenze per età e modello organizzativo (tabella 4). La classe di età più giovane (35-44 anni) è quella che complessivamente attribuisce ai fattori di rischio punteggi superiori rispetto alle classi di età più elevate, significativamente superiori nel caso dei sei fattori che costituiscono la carta del rischio cardiovascolare. Un simile quadro emerge anche nel confronto tra i MMG che lavorano in gruppo rispetto agli altri modelli organizzativi (da solo, in rete, in associazione). Riguardo al terzo confronto, tra il gruppo di MMG che lavorano nei capoluoghi di provincia rispetto a quelli attivi nei restanti comuni piemontesi, non emergono sostanziali differenze nell'attribuzione dei punteggi ai singoli fattori di rischio.

**Tabella 4. Punteggi attribuiti dai MMG ad alcuni potenziali fattori di rischio per cardiopatia ischemica; confronto per età, modello organizzativo e area geografica**

Caratteristiche del medico	Età			Modello organizzativo		Ubicazione studio	
	35-44	45-54	>= 55	Gruppo	Altri modelli	Capoluoghi di provincia	Altri comuni
<b>Fattori di rischio</b>	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media
Diabete	<b>9.3</b>	9.1	<b>8.6</b>	<b>9.2</b>	8.9	9.1	9.0
Abitudine al fumo	<b>9.3</b>	8.9	<b>8.7</b>	<b>9.3</b>	8.9	9	8.9
Colesterolemia LDL	8.8	8.6	8.4	8.8	8.5	8.7	8.6
Pressione arteriosa sistolica	8.5	8.4	<b>8.1</b>	<b>8.7</b>	8.3	8.4	8.3
Pressione arteriosa distolica	8.2	8.3	8.2	<b>8.6</b>	8.2	8.3	8.2
Circonferenza vita	8	8	7.9	8.2	7.9	8.1	8
Indice di massa corporea	7.9	7.9	7.8	8.1	7.9	8.1	7.8
Colesterolemia totale	<b>8.1</b>	7.8	7.6	8	7.8	7.9	7.8
Tipo alimentazione	7.7	7.7	7.7	7.7	7.7	7.8	7.7
Familiarità	<b>7.9</b>	7.4	7.3	7.7	7.5	7.6	7.6
Sedentarietà	7.3	7.4	7.3	7.6	7.3	7.3	7.4
Condizioni lavoro stressanti	6.1	6.1	<b>6.6</b>	6.0	6.3	6.5	6.1
Età	<b>6.3</b>	5.7	5.6	6.2	5.7	<b>6.1</b>	5.4
Sesso	<b>6.4</b>	5.6	5.4	<b>6.4</b>	5.6	5.8	5.7
Professione	4.9	4.8	5.0	4.2	4.9	5.1	4.7
Grado autonomia lavoro	4.6	4.5	<b>5.1</b>	4.7	4.7	4.9	4.5
Titolo di studio	3.9	3.8	3.7	3.9	3.6	4	3.7

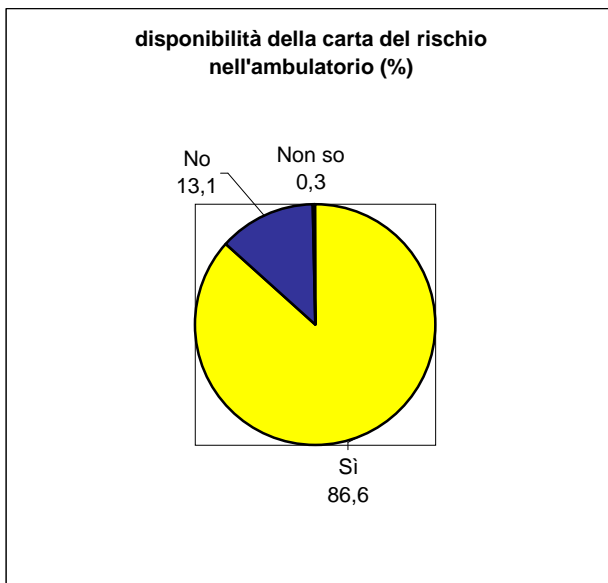
In grassetto i valori statisticamente significativi con  $p. \leq 0.05$ .

1.2 *Conosce lo strumento della carta del rischio per il calcolo del rischio cardiovascolare?*



Il 97,7% dei MMG conosce lo strumento della carta del rischio.

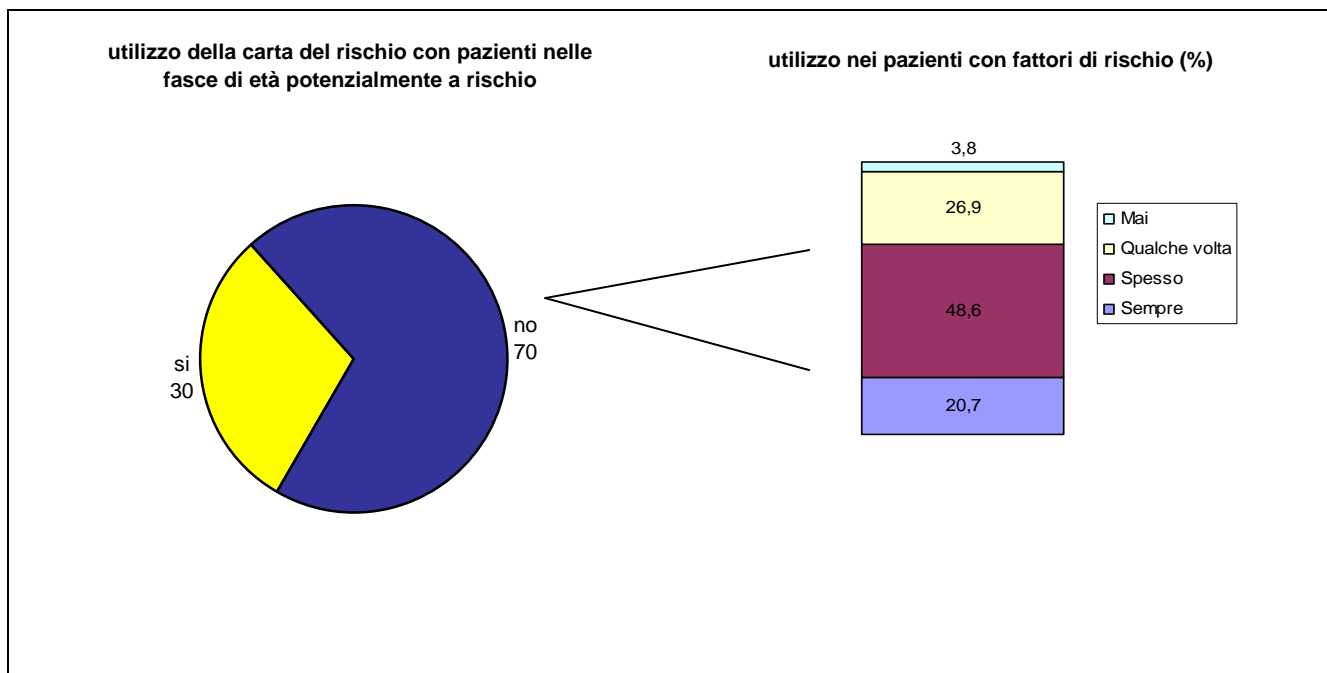
1.3 *E nel suo studio, ha a disposizione una carta del rischio?*



L'86,6% di coloro che la conoscono, ne hanno una in ambulatorio.

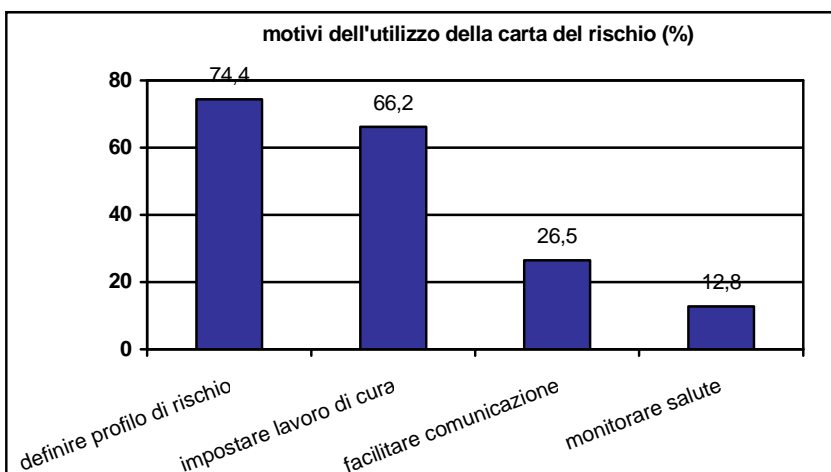
1.4 *Nel suo lavoro di Medico di Famiglia con quali tipi di pazienti utilizza la carta del rischio?*

Solo un terzo dei MMG che possiede la carta del rischio in ambulatorio riferisce di utilizzarla per la valutazione del rischio cardiovascolare in tutti gli assistiti nella fascia di età indicata. I 2/3 dei MMG la utilizzano solo con i pazienti che presentano uno o più fattori di rischio (ad esempio un referto di laboratorio che mostra elevati livelli di colesterolemia, o la presenza di sovrappeso in un paziente fumatore). Fra questi, il 69,3% la utilizza sempre o spesso, il 26,9% la utilizza qualche volta.



1.5 *Può indicarmi il/i principale/i motivo/i dell'utilizzo? (sono possibili al massimo due risposte)*

Ai medici che dichiarano di utilizzare la carta del rischio con tutti i pazienti nelle fasce di età potenzialmente a rischio (90 MMG) e a coloro che la utilizzano sempre o spesso con i pazienti con fattori di rischio conclamato (144 MMG), è stato chiesto quali sono i principali motivi dell'utilizzo. Era possibile scegliere una o due risposte tra 4 opzioni.

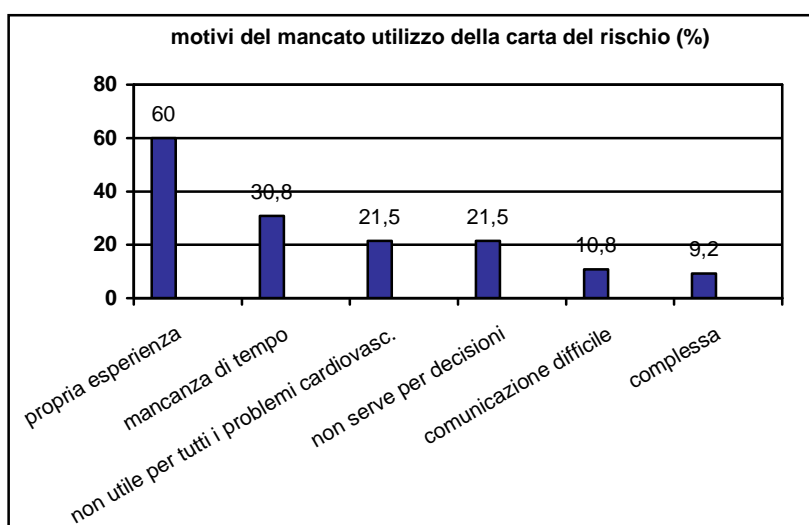


Le scelte più frequenti sono: per il 74,4% “serve a definire il profilo di rischio del paziente”, per il 66,2% “è utile per impostare il lavoro di cura”. In questa ultima opzione sono incluse quelle risposte in cui i MMG dichiarano che la

principale ragione dell'utilizzo è di verificare la prescrivibilità delle statine tramite la nota 13.

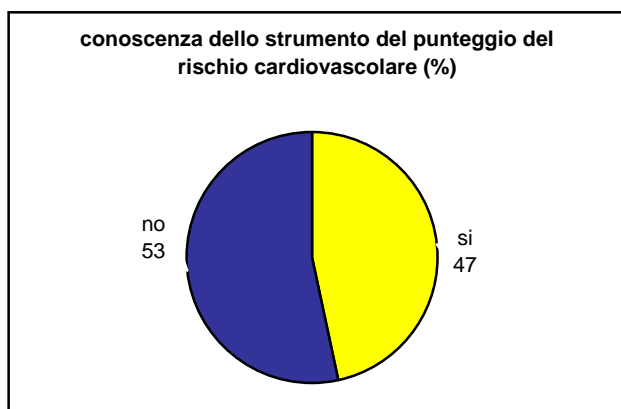
### 1.6 Perché la usa poco/perché non la usa mai? (sono possibili al massimo due risposte)

Sono stati indagati i motivi del mancato utilizzo tra i MMG che utilizzano poco la carta del rischio (31% del sottogruppo di medici che la utilizzano con i pazienti con fattori di rischio). Tra le 6 possibili risposte, i motivi più rilevanti dello scarso utilizzo della carta del rischio sono: per il 60% "preferisco basarmi sulla mia esperienza", per il 30,8% "non ho il tempo di utilizzarla", per il 21,5% "non la considero uno strumento utilizzabile per tutti i problemi cardiovascolari", per il 21,5% "non serve per prendere delle decisioni".



E' interessante sottolineare come il 2,6% (8/298) dei MMG, pur conoscendo la carta del rischio e possedendone una nel proprio studio, non la utilizzino.

### 1.7 Oltre alla carta del rischio, è al corrente dell'esistenza dello strumento del punteggio del rischio?



In questo caso i MMG si sono divisi più o meno equamente tra chi ha già sentito parlare o conosce il punteggio del rischio (47%) e chi non ne ha mai sentito parlare (53%).

La conoscenza e l'utilizzo della carta del rischio sono omogeneamente diffusi in tutte le fasce di età e nei diversi modelli organizzativi delle attività di studio (tabella 5), tuttavia la frequenza di MMG che non la utilizzano perché preferiscono affidarsi alla propria esperienza è più elevata tra i MMG più anziani e tra i MMG che lavorano in modalità differenti dalla medicina di gruppo.

**Tabella 5. Conoscenza e uso della carta del rischio per età, modello organizzativo e area geografica**

Caratteristiche del medico	Età			Modello organizzativo		Ubicazione studio	
	35-44 (%)	45-54 (%)	>= 55 (%)	Gruppo (%)	Altri modelli (%)	Capoluoghi di provincia (%)	Altri comuni (%)
<b>Conosce la carta (si)</b>	97.0	98.1	97.5	100	97.3	96.1	98.4
<b>Dispone della carta</b>	87.7	87.1	85.7	89.3	86.3	83	88.5
<b>Usa la carta nelle fasce di età a rischio</b>	33.3	29.14	30.3	28.3	30.6	26.5	31.6
<b>Usa la carta coi paz. a rischio conclamato</b>	68.4	70.16	67.4	73.7	68.2	75.4	66.8
<b>Non usa le carte perché...</b>							
<i>si basa sull'esperienza</i>	25	<b>71.0</b>	60	<b>30</b>	65.4	60	60
<i>non utile per tutti i problemi cardiovasc.</i>	41.7	23.7	<b>0</b>	10	23.6	26.7	20.0
<i>non serve per prendere decisioni</i>	8.3	26.3	20	10	23.6	26.7	20.0
<i>complessa</i>	<b>25</b>	5.3	6.7	<b>30</b>	5.4	<b>33.0</b>	2.0
<i>non ha tempo</i>	33.3	23.7	46.7	50	27.3	33.3	30.0
<i>comunicazione difficile col paz.</i>	16.7	10.5	6.7	10	10.9	0	14
<b>Usa la carta perché....</b>							
<i>Definisce il profilo di rischio</i>	80	72.5	74.5	69.8	75.4	73.5	74.7
<i>Serve ad impostare lavoro di cura</i>	73.3	68.8	<b>52.9</b>	69.8	65.4	72.1	63.9
<i>Monitoraggio</i>	8.9	13.8	13.7	11.6	13.1	13.2	12.6
<i>Facilita comunicazione col paz.</i>	26.7	28.3	21.6	32.6	25.1	23.5	27.7
<b>Conosce il punteggio</b>	43.9	43.4	<b>57.6</b>	50.9	45.7	55.4	52.6

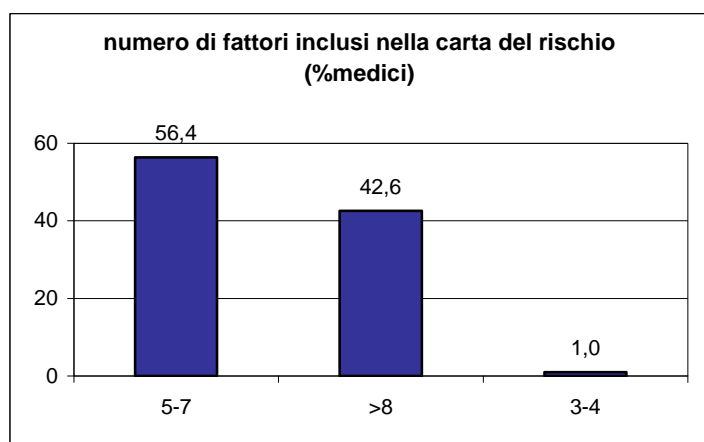
In grassetto i valori statisticamente significativi con  $p. \leq 0.05$ .

1.8 Le ripeterò i fattori che le ho elencato nella prima domanda. Mi dica, secondo lei, quali rientrano nella carta del rischio.

Nella carta del rischio sono presi in considerazione 6 fattori: genere, presenza di diabete, età, abitudine al fumo, pressione arteriosa sistolica, colesterolo totale<sup>5</sup>.

Era prevista la possibilità di risposta multipla da un elenco di 17 potenziali fattori di rischio (vedi 1.1).

Le opzioni che hanno ricevuto le preferenze da più del 90% dei rispondenti sono effettivamente i 6 fattori presi in considerazione dalla carta. Le scelte che hanno ricevuto meno del 10% delle preferenze sono: titolo di studio (0,7%), professione (2,3%), grado di autonomia sul lavoro (1,3%), condizioni di lavoro stressanti (7,7%).



Essendo possibile esprimere più scelte, è chiaro che se un MMG sceglie tutte le opzioni, farà rientrare anche le 6 corrette; il grafico a lato mostra che il 56% dei MMG compie 5-7 scelte, dimostrando di conoscere più o meno il numero dei fattori inclusi nella carta, solo l'1% indica 3 o 4 fattori e il 43% ne sceglie più 7.

Considerando solo il sottogruppo di MMG che ha dato da 5 a 7 risposte (56,4%), le opzioni che hanno ricevuto le preferenze da più del 90% dei rispondenti sono proprio i 6 fattori presi in considerazione dalla carta. Le scelte meno frequenti sono: pressione arteriosa diastolica (23,9%), colesterolo LDL (15,6%), che rispecchiano l'incertezza di alcuni MMG su quale dei due tipi di

<sup>5</sup> Il **genere** è espresso in due categorie, uomini e donne.

La **presenza di diabete** è espressa in due categorie, diabetico e non diabetico; viene definita diabetica la persona che presenta, in almeno 2 misurazioni successive nell'arco di una settimana, la glicemia a digiuno **uguale o superiore a 126 mg/dl** oppure è sottoposta a trattamento con **ipoglicemizzanti orali o insulina** oppure **presenta storia clinica personale** di diabete.

L'**età** è espressa in anni e considerata in decenni, 40-49, 50-59, 60-69

L'**abitudine al fumo** di sigaretta è espressa in due categorie, fumatori e non fumatori; si definisce fumatore chi fuma regolarmente ogni giorno (anche una sola sigaretta) oppure ha smesso da meno di 12 mesi. Si considera non fumatore chi non ha mai fumato o ha smesso da più di 12 mesi

La **pressione arteriosa sistolica** è espressa in mmHg; rappresenta la pressione sistolica come media di due misurazioni consecutive eseguite secondo la metodologia standardizzata. È suddivisa in quattro categorie:

uguale o superiore a 90 mmHg e inferiore a 130 mmHg

uguale o superiore a 130 mmHg e inferiore a 150 mmHg

uguale o superiore a 150 mmHg e inferiore a 170 mmHg

uguale o superiore a 170 mmHg e inferiore o uguale a 200 mmHg.

La **colesterolemia** è espressa in mg/dl; è suddivisa in cinque intervalli:

uguale o superiore a 130 mg/dl e inferiore a 174 mg/dl

uguale o superiore a 174 mg/dl e inferiore a 213 mg/dl

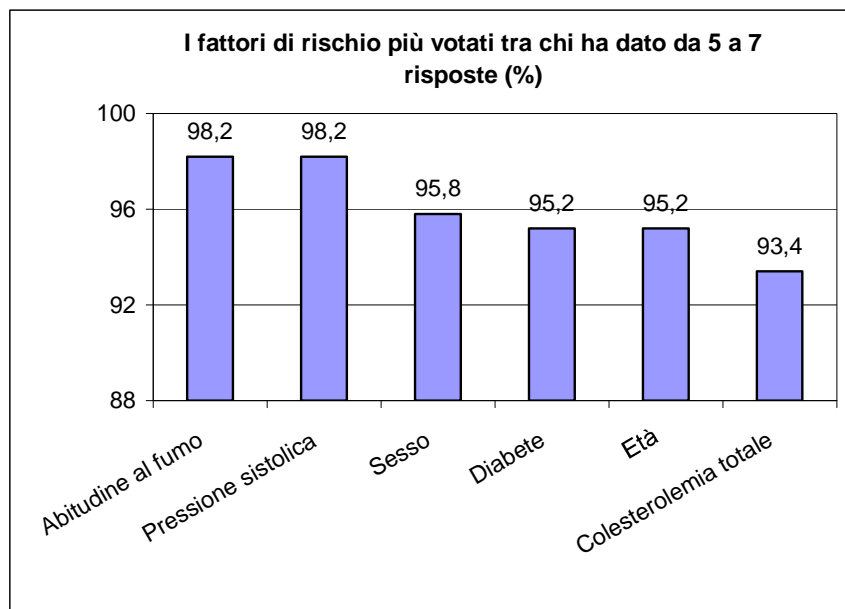
uguale o superiore a 213 mg/dl e inferiore a 252 mg/dl

uguale o superiore a 252 mg/dl e inferiore a 291 mg/dl

uguale o superiore a 291 mg/dl e inferiore o uguale a 320 mg/dl.

pressione e colesterolo siano presi in considerazione nella carta, familiarità (4,2%), indice di massa corporea (1,8%), circonferenza della vita (1,2%).

Il 28.5% dei MMG ha dato tutte le 6 risposte corrette.



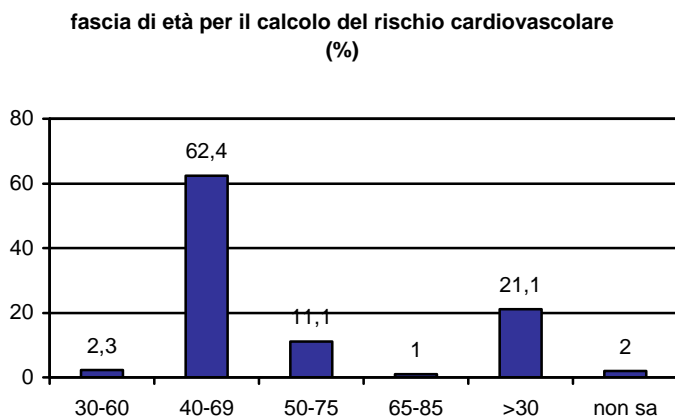
Anche per quanto riguarda i fattori inclusi nella carta del rischio, sono soprattutto i medici più giovani e quelli organizzati in medicina di gruppo a dimostrare una conoscenza più approfondita: la percentuale di MMG che individuano correttamente i 6 fattori è infatti più elevata in questi sottogruppi (tabella 6).

**Tabella 6. Conoscenza dei costituenti la carta del rischio per età, modello organizzativo e area geografica**

Caratteristiche del medico	Età			Modello organizzativo		Ubicazione studio	
	35-44 (%)	45-54 (%)	>= 55 (%)	Gruppo (%)	Altri modelli (%)	Capoluoghi di provincia (%)	Altri comuni (%)
<b>Fattori inclusi nella carta del rischio</b>							
Tutti 6 giusti	<b>40.3</b>	28.0	19.7	35.8	26.9	69.9	72.1
<b>Solo nei MMG che hanno dato da 5 a 7 risposte</b>							
Età	100	94.9	90.9	93.5	95.6	97.9	94.2
Sesso	100	96.9	<b>87.9</b>	93.5	96.3	97.9	95
Titolo di studio	/	/	/	/	/	/	/
Professione	/	/	/	/	/	/	/
Grado autonomia lavoro	/	/	/	/	/	/	/
Stress sul lavoro	/	/	/	/	/	/	/
Familiarità	2.78	4.1	6.1	9.7	2.9	0	5.8
Sedentarietà	/	/	/	/	/	/	/
Diabete	97.2	96.9	<b>87.9</b>	96.8	94.8	100	93.3
Fumo	100	98.0	97.0	100	97.8	100	97.5
Pressione sistolica	100	99.0	<b>93.9</b>	96.8	98.5	100	97.5
Pressione diastolica	19.4	29.6	39.4	19.3	31.6	27.7	30.0
Colesterolo tot	94.4	93.9	90.9	96.8	92.6	93.6	93.3
Colester LDL	16.7	14.3	18.2	6.4	17.6	17.0	15.0
BMI	2.8	1.0	3.0	0	2.21	2.1	1.7
Circonferenza vita	0	1.0	3.0	3.2	0.7	0	1.7
Tipo alimentaz.	/	/	/	/	/	/	/

In grassetto i valori statisticamente significativi con  $p. \leq 0.05$ .

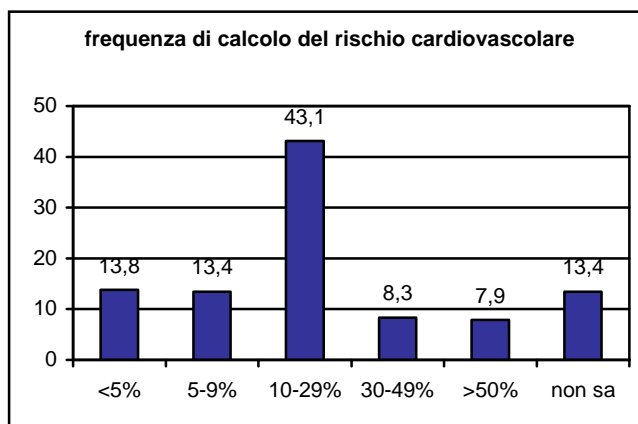
### 1.9 Per quale fascia di età si applica la carta del rischio?



Tra i MMG che hanno a disposizione in studio la carta del rischio (84,6% del campione), il 62,4% ha indicato correttamente la fascia di età tra 40 e 69 anni,

### 1.10 Considerando tutti i suoi assistiti, a quanti, in percentuale, ha calcolato il rischio cardiovascolare?

Il 43% del campione che utilizza la carta del rischio riferisce di aver calcolato il rischio cardiovascolare al 10-29% dei pazienti, il 13,8% a meno del 5% dei pazienti, il 7,9% a più della metà. Il 13,4% dei MMG non è in grado di fornire una risposta. Nell'interpretare questi risultati occorre tener presente la diversa distribuzione per età degli assistiti di ciascun medico.



1.11 Secondo il suo parere, quali sono i valori soglia per la diagnosi di:

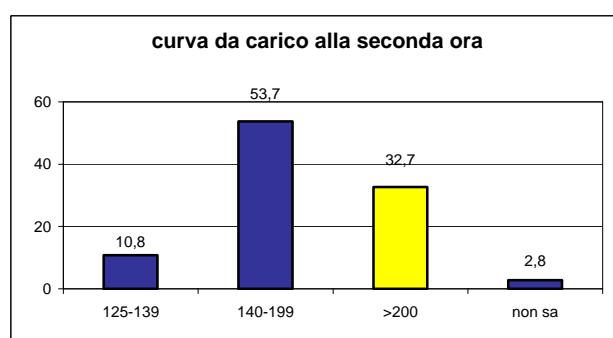
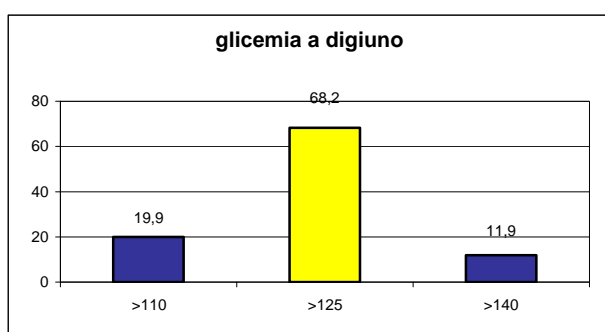
- ✓ diabete – (glicemia a digiuno e curva da carico alla 2° ora)
- ✓ ipercolesterolemia in soggetti senza fattori di rischio (colesterolo LDL)
- ✓ ipertensione arteriosa di grado I (sistolica e diastolica)

Secondo le linee guida prese come riferimento, i valori soglia per le differenti diagnosi sono:

Diabete <sup>(6)</sup>	Glicemia a digiuno	>125
	Curva da carico alla 2° ora	>= 200
Ipercolesterolemia <sup>(7)</sup> (in soggetti senza fattori di rischio)	Colesterolo LDL	> 160
Ipertensione arteriosa grado I <sup>(8)</sup>	Sistolica mmHg	>= 140
	Diastolica mmHg	>= 90

Il 68,2% dei MMG ha risposto correttamente alla domanda sulla glicemia a digiuno, il 32,7% a quella sulla curva da carico (mentre il 53,7% ha indicato la classe 140-199 mg/dl), il 34,7% a quella dell'ipercolesterolemia (mentre il 61,6% ha indicato il valore superiore a 130 mg/dl), il 69,6% e il 71,6% a quella dell'ipertensione (rispettivamente sistolica e diastolica).

**Valori soglia per diagnosi di diabete**

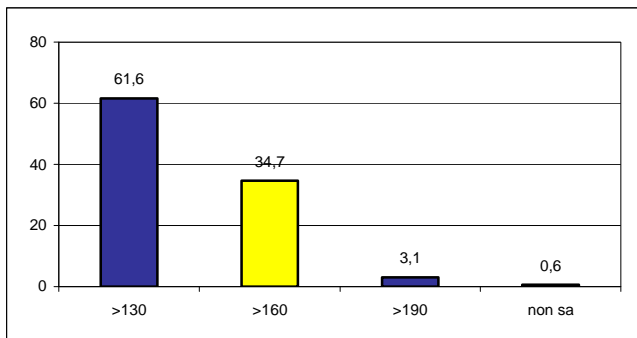


<sup>6</sup> American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes care 2005; 28: s4-s36

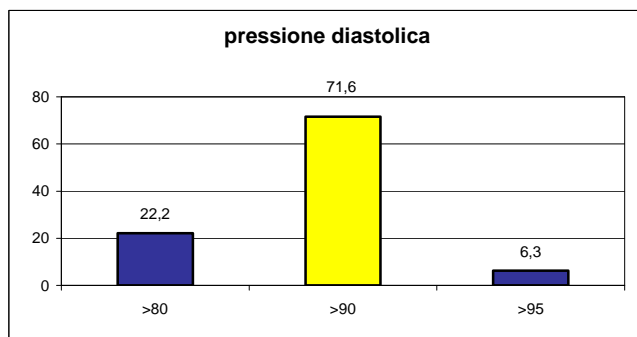
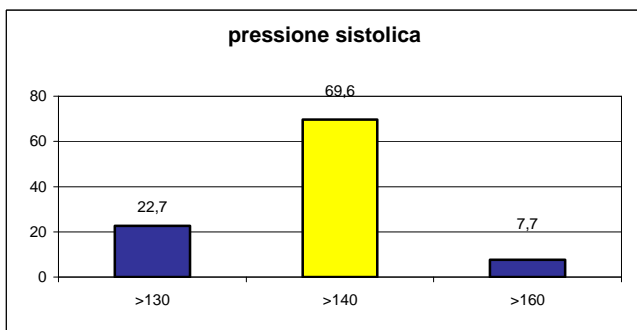
<sup>7</sup> NCEP Panel III guidelines. Circulation 2004; 110 227-39

<sup>8</sup> LG ESH – LG JNC VII

### Valori soglia per diagnosi di ipercolesterolemia



### Valori soglia per diagnosi di ipertensione arteriosa



1.12 Secondo il suo parere, in un paziente con diagnosi confermata di diabete, quali sono gli obiettivi di compenso per:

- ✓ ipertensione arteriosa sistolica
- ✓ ipertensione arteriosa diastolica
- ✓ colesterolemia LDL
- ✓ emoglobina glicata

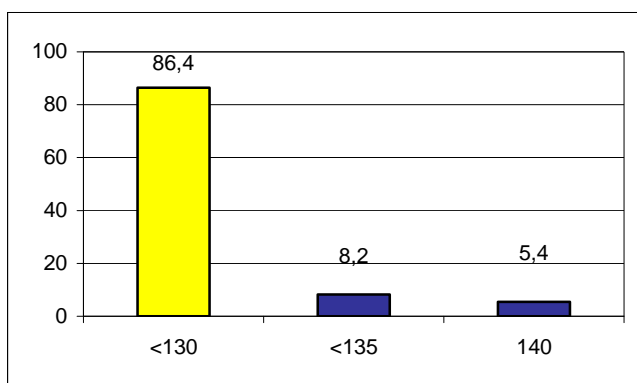
I valori soglia presi come riferimento sono:

ipertensione arteriosa sistolica <sup>(9)</sup>	<130
ipertensione arteriosa diastolica <sup>(7)</sup>	<80
colesterolemia LDL <sup>(5)</sup>	<100
emoglobina glicata <sup>(4)</sup>	<7

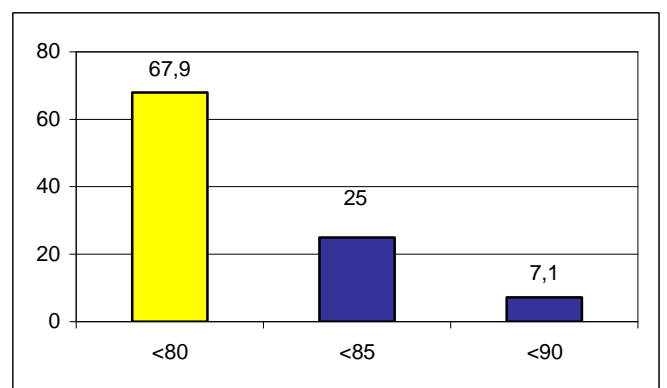
<sup>9</sup> American Diabetes Association. Hypertension management in adults with diabetes. Diabetes care 2004; 27: s65-s67

L'86,4% del campione risponde correttamente alla domanda sull'ipertensione arteriosa sistolica, il 67,9% alla domanda sull'ipertensione arteriosa diastolica. Relativamente a questa domanda, il 25% dei MMG indica come obiettivo di compenso un valore <85 mmHg; in questo gruppo sono comprese alcune risposte di medici che, pur conoscendo il valore raccomandato dalle linee guida, si dichiarano soddisfatti se i loro pazienti riescono a raggiungere una pressione diastolica < 85 mmHg. L'82,4% risponde correttamente alla domanda sulla colesterolemia e il 93,5% a quella sull'emoglobina glicata.

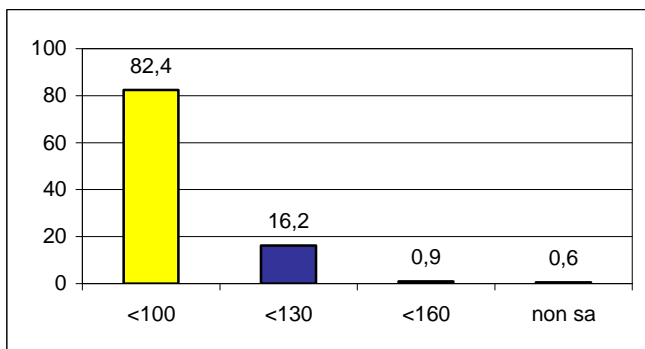
**Obiettivo di compenso per ipertensione arteriosa sistolica**



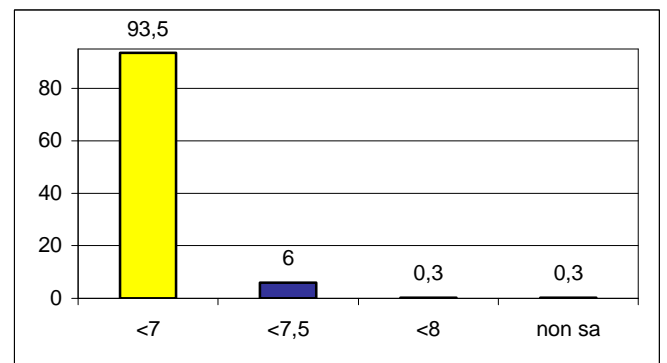
**Obiettivo di compenso per ipertensione arteriosa diastolica**



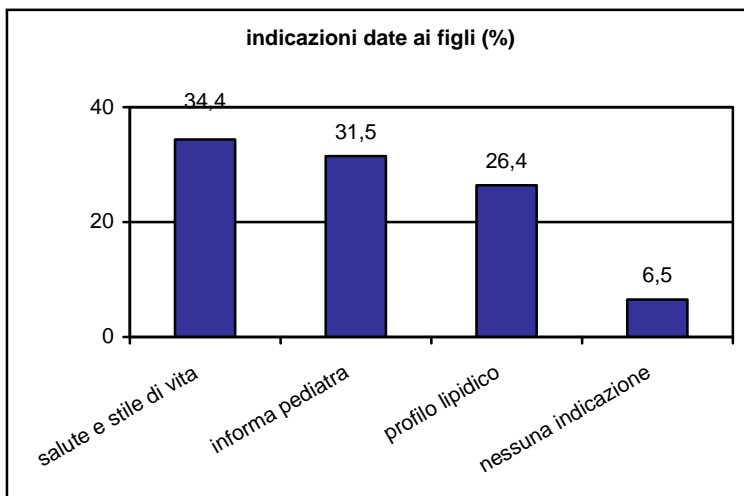
**Obiettivo di compenso per ipercolesterolemia LDL**



**Obiettivo di compenso per emoglobina glicosilata**



1.13 Nel caso un suo paziente presenti un evento vascolare acuto in età precoce, quali indicazioni suggerisce nei confronti dei figli? (esprimere una sola risposta)

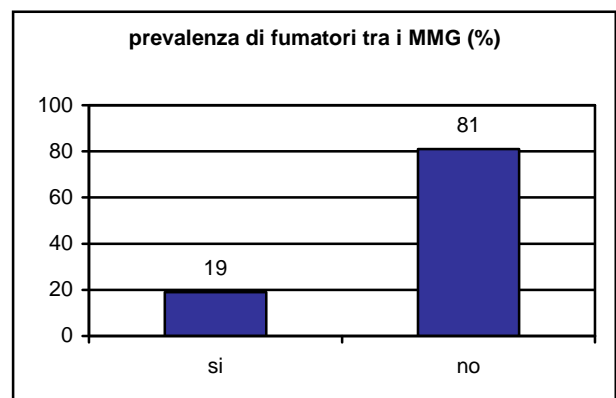


Il 34,4% dei MMG si sincera sullo stato di salute generale e sullo stile di vita del figlio. Il 26,4% suggerisce di fare un profilo lipidico, per valutare la presenza di ipercolesterolemia familiare, il 31,5% consiglia di informare il pediatra e il 6,5% non da' nessuna indicazione.

Le chiedo ora di indicare alcuni dati su alcuni fattori di rischio.

1.14 Lei fuma?

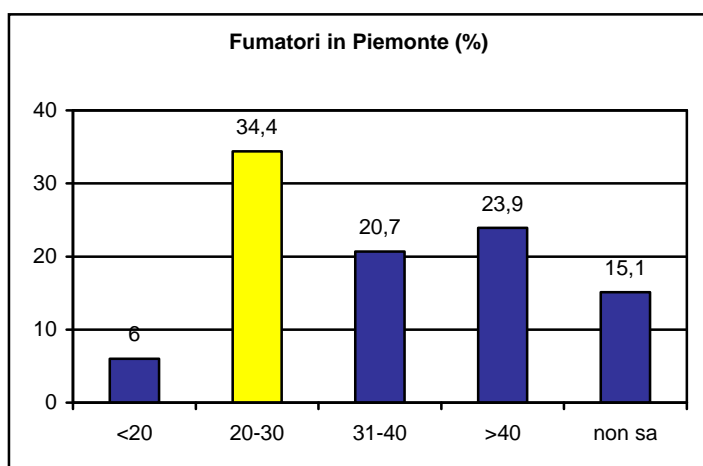
L'81% del campione si dichiara non fumatore.



Da qui in poi seguono 5 domande in cui viene richiesto il valore di prevalenza di alcune condizioni/eventi. Riguardo alla definizione dell'evento o della condizione patologica, non vengono suggerite né indicazioni né valori soglia, per cui tale definizione può variare a discrezione del medico. Relativamente ai dati di prevalenza, poiché non sono stati forniti intervalli di valori da cui poter scegliere, la gran parte dei medici rispondenti si è basata sulla propria percezione circa la prevalenza di tali fattori nel bacino dei propri assistiti: è probabile che, per alcune variabili, ciò abbia comportato sovrastimare le prevalenze.

### 1.15 In Piemonte, su 100 persone quanti sono fumatori?

La prevalenza di fumatori sulla popolazione generale piemontese nel 2005 è del 21%<sup>10</sup> \*



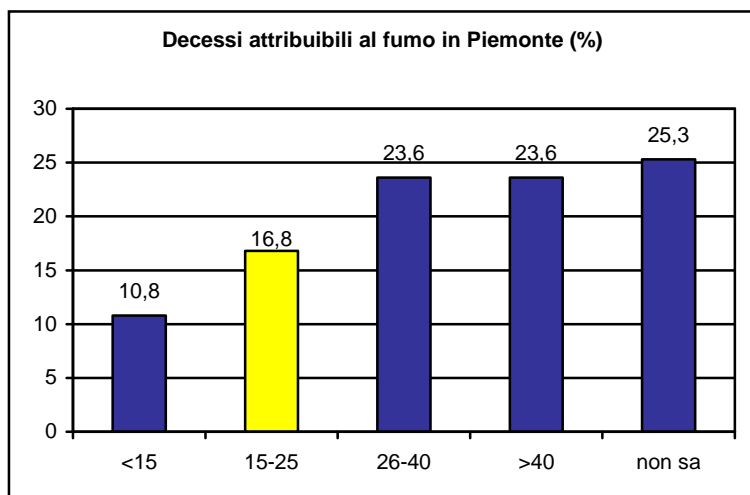
Il 34,4% dei MMG ha dato risposte che vanno dal 20 al 30%. Il 44,6% ha fornito prevalenza maggiori del 30%.

<sup>10</sup> <http://www.istat.it/sanita/sociosan/>

\* Nel 2003, secondo i dati ISTAT, la prevalenza di fumatori era del 25,5%.

### 1.16 E su 100 decessi mi saprebbe dire quanti sono dovuti al fumo?

In Piemonte la percentuale di decessi attribuibili al fumo per tutte le cause è il 18,5%<sup>11</sup>.



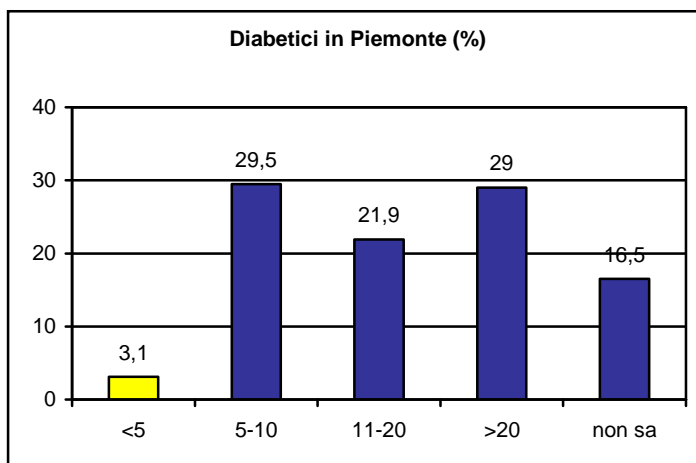
Il 16,8% del MMG ha riferito percentuali tra il 15% e il 25%. Il 47,2% ha riferito prevalenze maggiori.

Sempre in Piemonte, su 100 persone quante si trovano nelle seguenti condizioni?

### 1.17 Diabetici

In Piemonte, la prevalenza nella popolazione generale è circa 4%<sup>12</sup>.

Solo il 3% dei MMG ha riferito valori inferiori al 5%.



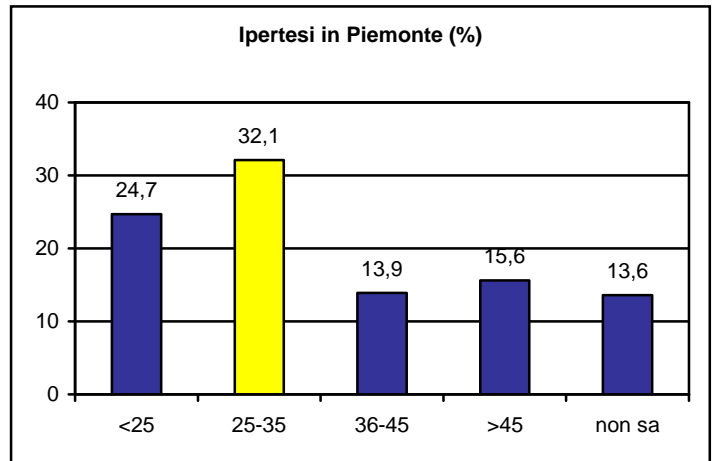
<sup>11</sup> Vigna-Taglianti F, Migliardi A, Faggiano F. Fatti e cifre sul fumo di tabacco in Piemonte-2006. Commissione regionale anti.tabacco quaderno n.2 Maggio 2006. Regione Piemonte. Assessorato alla tutela della salute e sanità.

<sup>12</sup> <http://www.istat.it/sanita/sociosan/>

### 1.18 Ipertesi

Nel Nord Ovest dell'Italia, la prevalenza di ipertensione arteriosa è del 33% negli uomini e 29% nelle donne<sup>13</sup>.

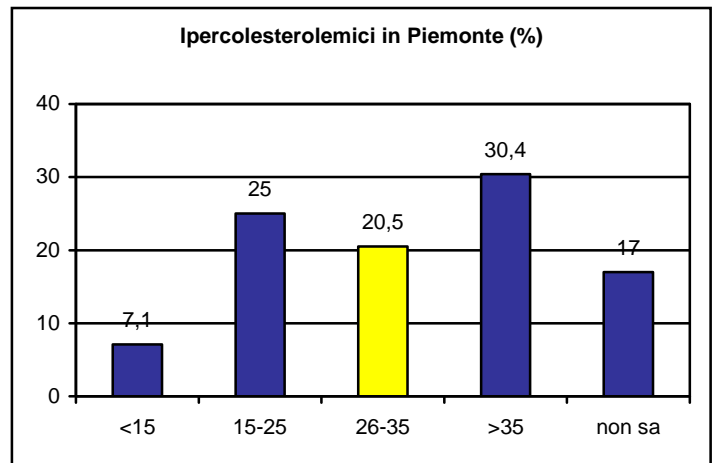
Il 32,1% ha dato risposte con valori compresi tra 25 e 35%.



### 1.19 Ipercolesterolemici

Nel Nord Ovest dell'Italia, la prevalenza di ipercolesterolemici è del 26% negli uomini e 30% nelle donne<sup>14</sup>.

Il 20,5% ha dichiarato valori compresi tra 26 e 35%.



<sup>13</sup> <http://www.cuore.iss.it/fattori/pressione.asp>

<sup>14</sup> <http://www.cuore.iss.it/fattori/colesterolemia.asp>

## 2. Conoscenza e ricorso ai servizi

Passiamo a considerare alcuni centri specializzati per il trattamento di alcuni fattori di rischio cardiovascolare. Per ciascun tipo che le elencherò mi saprebbe dare un riferimento (ad esempio l'indirizzo, il numero di telefono, ecc...) del più vicino al suo ambulatorio, i rispettivi tempi di attesa e di distanza dal suo studio e mi dica se vi indirizza i suoi pazienti?

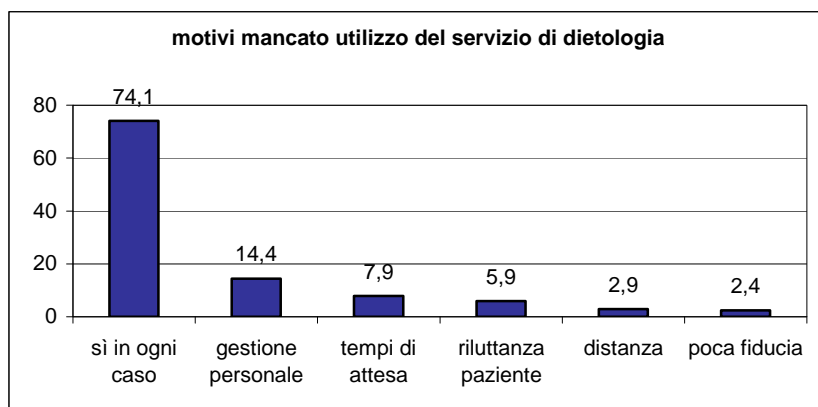
### 2.1 Servizio di dietologia

Quasi il totale del campione dei MMG (96,6%) conosce il servizio di dietologia più vicino al suo ambulatorio. Il tempo medio di attesa per visite non urgenti è di 52 giorni, con un minimo di nessun giorno di attesa e un massimo di 15 mesi; la metà dei medici che ha risposto dichiara tempi uguali o inferiori a 30 giorni.

In condizioni normali di traffico il tempo medio per il raggiungimento del servizio con l'auto è di 16 minuti.

Tempo medio in giorni di attesa al Servizio di dietologia						
Media	Dev. std	Min	I quartile	Mediana	III quartile	Max
52	52,7	0	23	30	60	450

Distanza media in minuti dall'ambulatorio al Servizio di dietologia in normali condizioni di traffico						
Media	Dev. std	Min	I quartile	Mediana	III quartile	Max
16	13	0	5	15	20	70



Ai medici è stato chiesto se esistono motivi per non indirizzare al servizio di dietologia un paziente che potrebbe giovare di una visita specialistica. Per i tre quarti del campione non esiste nessun motivo valido per non indirizzare al servizio di dietologia i pazienti

che ne hanno necessità. Occorre tuttavia sottolineare che era possibile fornire più risposte, per cui molti dei medici che hanno risposto di non avere problemi hanno indicato anche altre opzioni. Le più frequenti sono che nel 14,4% dei casi preferiscono gestire il problema personalmente, nel 7,9% ritengono i tempi di attesa troppo lunghi e nel 5,9% dei casi dichiarano che è il paziente a dimostrare un certa riluttanza o scarsa motivazione.

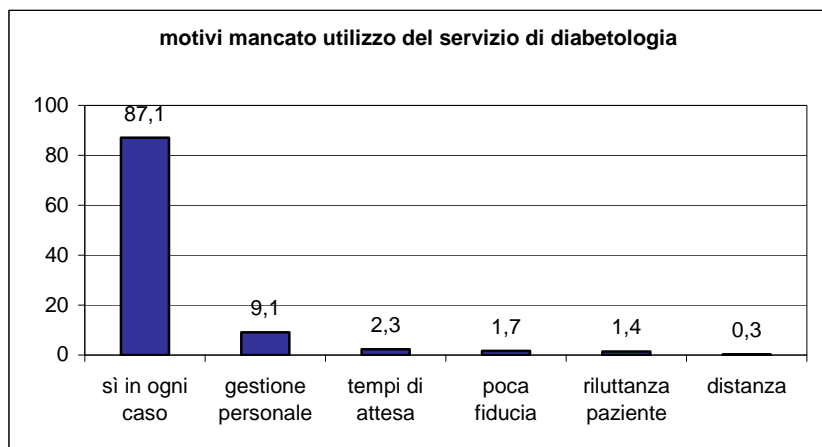
## 2.2 Servizio di diabetologia

La totalità del campione (99,4%) dei MMG conosce il servizio di diabetologia più vicino allo studio. Il tempo medio di attesa per visite non urgenti (ad esempio per una prima visita) è di 35 giorni, con un minimo di nessun giorno di attesa e un massimo di 9 mesi; la metà dei medici che ha risposto dichiara tempi uguali o inferiori a 30 giorni.

In condizioni normali di traffico il tempo medio per il raggiungimento del servizio con l'auto è di 11 minuti.

Tempo medio in giorni di attesa al Servizio di diabetologia						
Media	Dev. std	Min	I quartile	Mediana	III quartile	Max
35,4	32,1	0	15	30	45	270

Distanza media in minuti dall'ambulatorio al Servizio di diabetologia in normali condizioni di traffico						
Media	Dev. std	Min	I quartile	Mediana	III quartile	Max
11,3	9	0	5	10	15	60



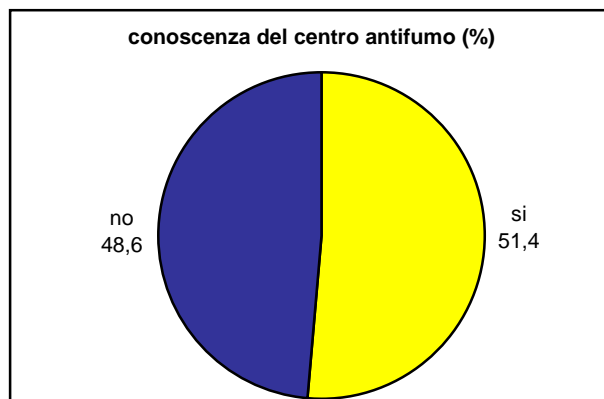
Come per il servizio di dietologia, anche nel caso del servizio di diabetologia, gran parte dei medici vi invia senza problemi i pazienti che necessitano di una consulenza. Tra i principali motivi che inducono i medici a non indirizzare i pazienti, nel 9,1% dei casi preferiscono gestire il problema personalmente e nel 2,3% ritengono i tempi di attesa troppo lunghi.

Una precisazione va fatta rispetto ai tempi di attesa: la quasi totalità dei medici ha assicurato che se si tratta di una *visita urgente* basta concordare per telefono l'appuntamento con i medici dei servizi di diabetologia e sono in grado di inviare il paziente per la visita entro la giornata successiva.

### 2.3 Centro Antifumo

Il centro antifumo non è presente in tutte le ASL. A differenza degli altri due centri specialistici, il centro antifumo è conosciuto solo da poco più della metà del campione di MMG (51,4%).

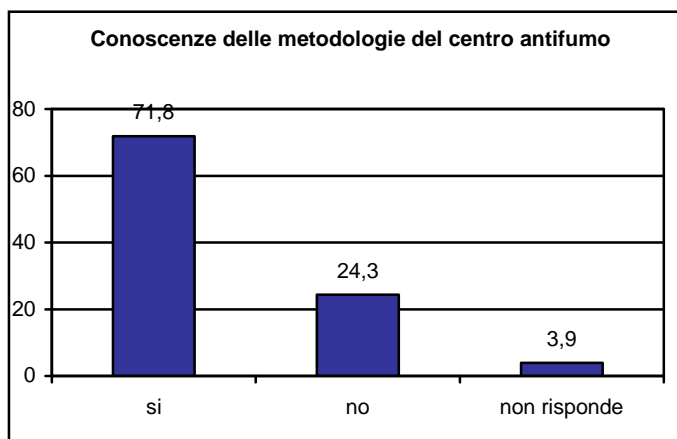
Se analizziamo la conoscenza del centro nel sottogruppo dei MMG che ha l'ambulatorio in un'ASL in cui è presente un centro antifumo, la percentuale dei medici che lo conoscono sale al 57%.



Il tempo medio di attesa per le visite è di 18 giorni, con un minimo di 1 giorno di attesa e un massimo di 3 mesi; la metà dei medici che ha risposto dichiara tempi uguali o inferiori a 15 giorni. In condizioni normali di traffico il tempo medio per il raggiungimento del servizio con l'auto è di 18 minuti.

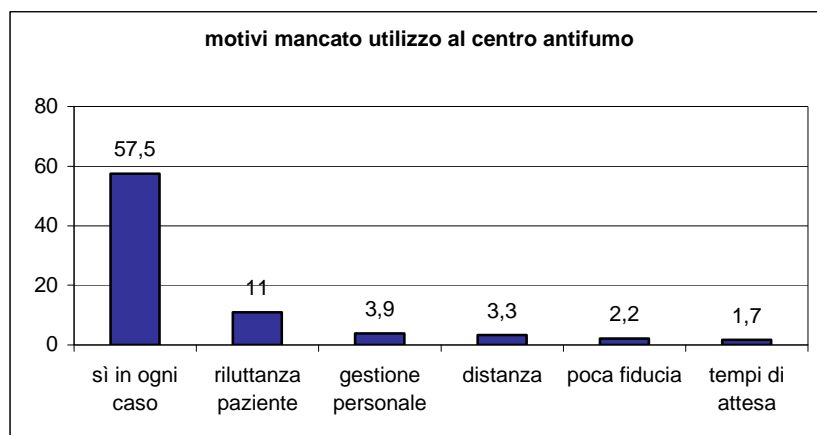
Tempo medio in giorni di attesa al Centro antifumo						
Media	Dev. std	Min	I quartile	Mediana	III quartile	Max
18,7	17,6	1	7	15	25	90

Distanza media in minuti dall'ambulatorio al Centro antifumo in normali condizioni di traffico						
Media	Dev. std	Min	I quartile	Mediana	III quartile	Max
18,1	14,3	1	5	15	20	90



Il 71,8% dei medici che ha dato un riferimento del centro più vicino all'ambulatorio, ha dichiarato di conoscere le metodologie utilizzate per la cessazione dell'abitudine al fumo.

A differenza dei due precedenti servizi, soltanto poco più della metà del campione riferisce di indirizzare i pazienti presso il centro antifumo. Tra i motivi che inducono i medici a non indirizzare presso questo centro un paziente, nell'11% dei casi indicano che il problema è la riluttanza del



paziente, nel 3,9% dei casi i medici preferiscono gestire il problema personalmente, nel 3,3% dichiarano che l'impedimento è l'eccessiva distanza. Le analisi condotte nel sottogruppo dei MMG che lavora in ambulatori di ASL che hanno un centro antifumo, mostrano che i motivi principali di mancato utilizzo del centro sono: riluttanza del paziente (8,7%), la preferenza a gestire il problema personalmente (4,0%) e la poca fiducia nel centro di riferimento (2,7%.)

Non ci sono differenze per classi di età nella conoscenza dei servizi ad eccezione dei centri antifumo che sono meno conosciuti dai medici più anziani (seppur in modo statisticamente non significativo), dai MMG non organizzati in medicina di gruppo e dai MMG operanti nei capoluoghi di provincia (tabella 7).

**Tabella 7. Conoscenza dei servizi per età, modello organizzativo e area geografica**

Caratteristiche del medico	Età			Modello organizzativo		Ubicazione studio	
	35-44 (%)	45-54 (%)	>= 55 (%)	Gruppo (%)	Altri modelli (%)	Capoluoghi di provincia (%)	Altri comuni (%)
<b>Conoscenza dei servizi</b>							
Servizio di dietologia	94.2	97.1	97.5	93.2	97.3	96.1	96.8
Servizio di diabetologia	100.0	99.0	100.0	100	99.3	99.0	99.6
Centro antifumo	53.7	52.9	45.6	<b>64.4</b>	48.8	<b>43.3</b>	54.8

In grassetto i valori statisticamente significativi con  $p. \leq 0.05$ .

### 3. Atteggiamenti rispetto a diversi tipi di pazienti

Questa sezione del questionario valuta il rapporto medico-paziente esplorando alcuni assi ritenuti importanti sulla base della letteratura su questo tema. Gli aspetti indagati sono stati tre:

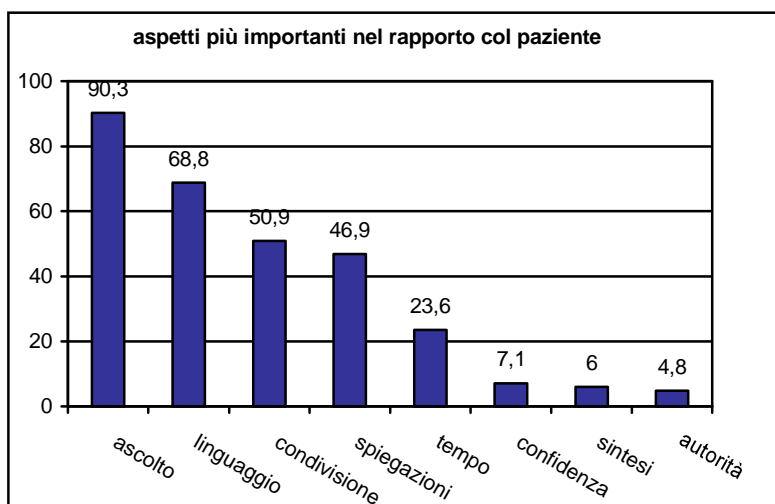
- fiducia, sia in termini di ascolto rivolto al paziente, sia di tempo dedicato durante la consultazione
- linguaggio, che chiama in causa il tema della comunicazione tra medico e paziente
- coinvolgimento, che riguarda la relazione tra le due figure in termini di compartecipazione nelle scelte di salute.

3.1 Quali dei seguenti aspetti considera più importanti nel suo rapporto con il paziente? (indicarne tre)

Le possibili scelte erano:

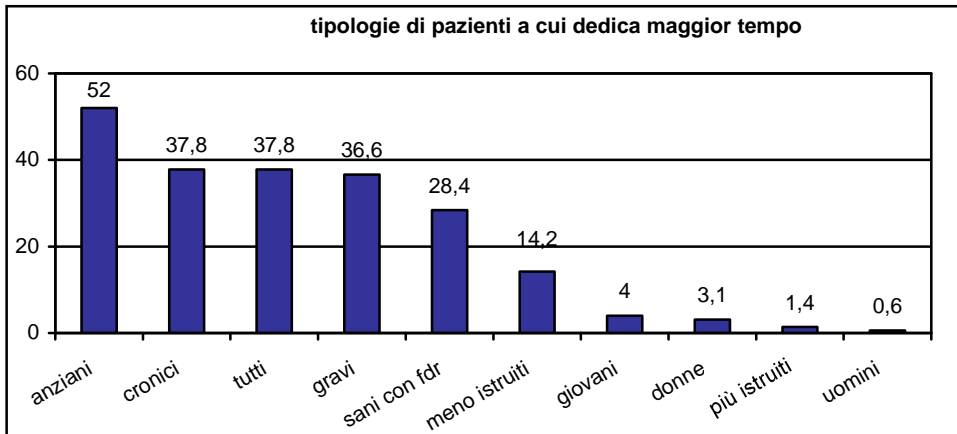
1. essere disposto ad ascoltare
2. dare spiegazioni dettagliate
3. essere sintetici
4. condividere le scelte con il paziente
5. avere un atteggiamento direttivo
6. avere un atteggiamento confidenziale
7. utilizzare un linguaggio adatto al paziente
8. dedicare del tempo agli aspetti di vita quotidiana del paziente

I tre aspetti che hanno ricevuto le maggiori preferenze dai MMG sono: essere disposto ad ascoltare (90,3%), utilizzare un linguaggio adatto al paziente (68,8%), condividere le scelte (50,9%).



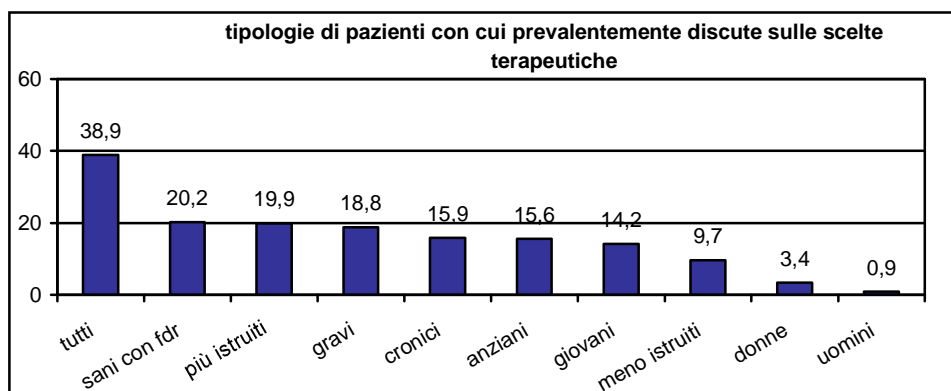
### 3.2 A quali pazienti dedica maggior tempo?(sono possibili più risposte)

Il 52% delle preferenze è caduta sulla categoria degli anziani, il 37,8% sui gravi, seguiti dai cronici (36,6%) e dai sani con fattori di rischio (28,4%). Nel 37,8% dei casi i MMG riferiscono di non fare differenze di sorta, dichiarando che il tempo dedicato varia da caso a caso.



### 3.3 Con quali pazienti prevalentemente discute sulla scelta di una specifica terapia/trattamento/comportamento da seguire? (sono possibili più risposte)

Il 38,9% condivide le scelte terapeutiche con tutti i pazienti, il 20% soprattutto con i più istruiti e, parimenti, con i sani che presentano fattori di rischio.



## 5. CASI CLINICI

Si tratta di tre casi clinici fittizi spediti per posta prima dell'intervista ai medici inclusi nel campione ai quali è stato chiesto di averli a disposizione in occasione dell'intervista telefonica. Non veniva richiesto nessuno studio preliminare dei casi. Durante l'intervista, si chiedeva ai medici di attribuire una classe di rischio a ciascun caso (da 1 "molto alta" a 6 "molto bassa") sulla base della loro percezione nei riguardi della storia anamnestico/familiare e delle condizioni cliniche dei casi. Le domande successive esploravano le azioni messe in atto dai medici in quel caso:

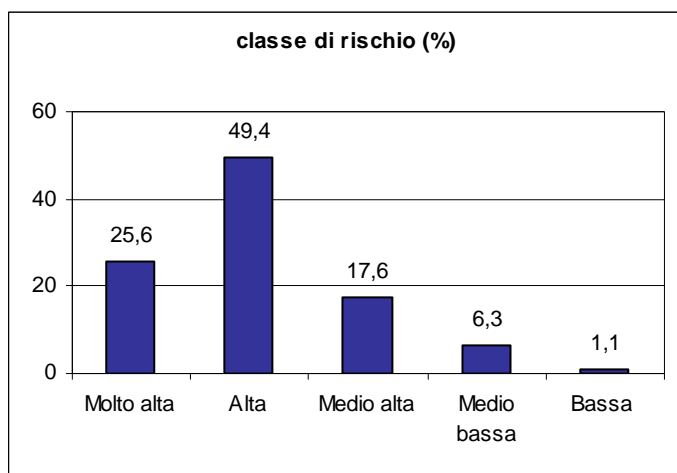
- richiesta di una consulenza specialistica
- eventuale terapia farmacologica
- eventuali consigli per la modificazione degli stili di vita

Infine, si chiedeva dopo quanto tempo avrebbero voluto rivedere il paziente al follow-up.

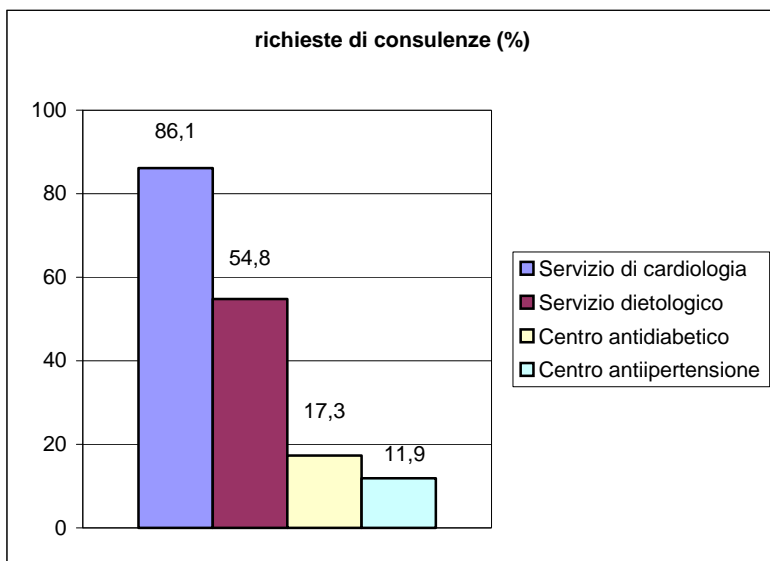
### Caso clinico 1

*Il primo caso identifica il signor Erminio di 52 anni che fuma, ha una pressione media di 138/88 mmHg, glicemia di 112 mg/dl, colesterolo di 263 mg/dl. Soffre di claudicatio intermittens da un anno ed è in terapia con Trental 1200 mg e ASA 100 mg. All'ECG mostra segni di ischemia in sede laterale.*

Essendo già affetto da un evento vascolare non è utile usare la carta del rischio.

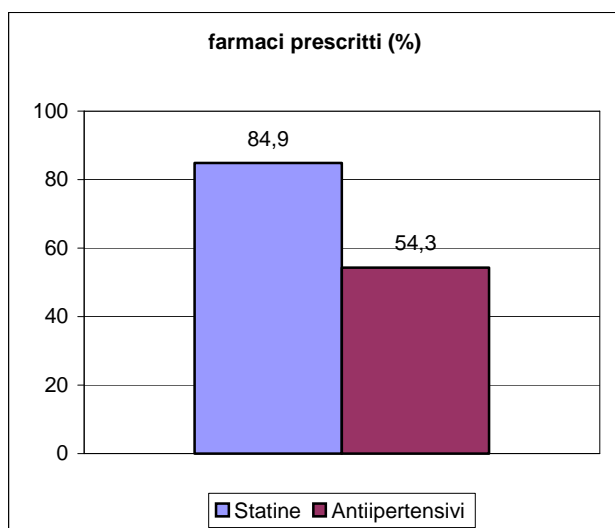


Quasi la totalità dei MMG (93%) gli attribuisce un rischio elevato: metà del campione infatti assegna una classe di rischio alta, un quarto molto alta e la restante parte (17,6%) una classe medio alta.



Le consulenze specialistiche più richieste sono il servizio di cardiologia (86,1%) e il servizio di dietologia (54,8%).

In base alle linee guida prese come riferimento per la scelta dell'intervento più appropriato<sup>15</sup>, occorrerebbe prescrivere una statina con l'eventuale aggiunta di un antiipertensivo. Le linee guida sono discordi in merito alla necessità di prescrivere o meno di un antiipertensivo in un caso come

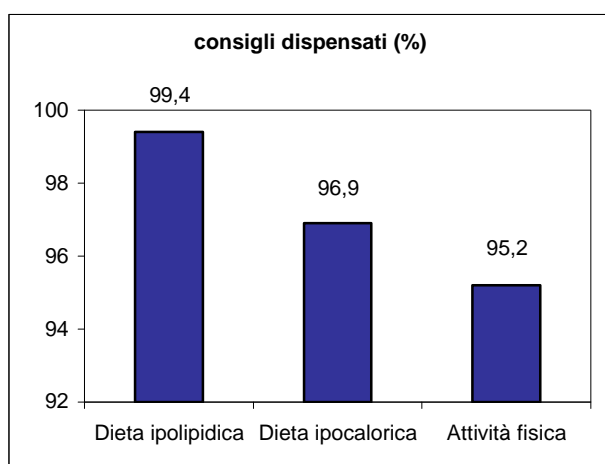


questo. Infatti, secondo la linea guida dell'ESH del 2003 è necessario prescrivere un antiipertensivo, perché siamo in presenza di un soggetto con pressione arteriosa normale alta e una vasculopatia periferica, come condizione clinica associata, secondo la linea guida del JNC VII non occorre, poiché non sussistono quelle condizioni cliniche che rendono necessario il trattamento farmacologico, ad esempio scompenso cardiaco, diabete, malattia renale cronica...

Nel nostro campione l'85% dei medici prescrive statine, il 54% antiipertensivi.

<sup>15</sup> LG JNC VII, LG 2003 ESH-ESC e nota 13 AIFA

Le linee guida consigliano di fare counseling su adeguata alimentazione (ipocalorica, ipolipidica) e sullo svolgimento di attività fisica (oltre che sulla cessazione del fumo)



Praticamente la totalità dei MMG consiglia al paziente di seguire una dieta ipolipidica e ipocalorica (rispettivamente 99,4% e 96,9%), il 95,2% consiglia di fare attività fisica.

I MMG desiderano rivedere il paziente per l'effettuazione di un controllo clinico mediamente dopo 38 giorni (minimo 5 gg, massimo 1 anno). Il 75% dei MMG preferisce effettuare il controllo entro un mese e mezzo.

Non esistono grandi differenze tra le diverse classi di età, i modelli organizzativi e l'ubicazione dello studio medico circa gli assi esplorati nel primo caso clinico (tabella 8). E' interessante notare come gli antiipertensivi siano più prescritti dai MMG più giovani e da coloro che lavorano in gruppo.

**Tabella 8. Caso clinico 1: differenze per età, modello organizzativo e area geografica**

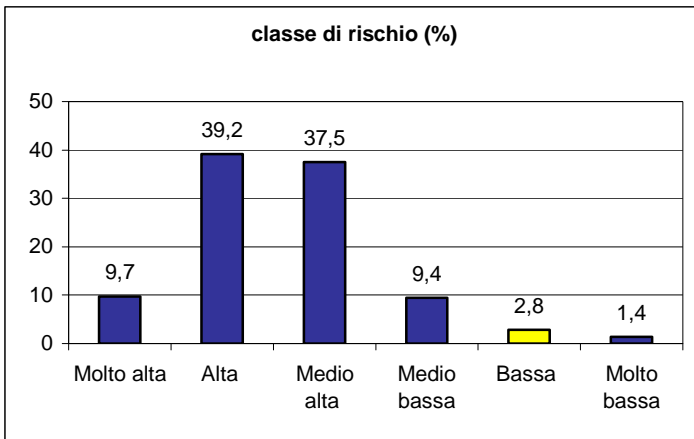
Caratteristiche del medico	Età			Modello organizzativo		Ubicazione studio	
	35-44 (%)	45-54 (%)	>= 55 (%)	Gruppo (%)	Altri modelli (%)	Capoluoghi di provincia (%)	Altri comuni (%)
<b>Classe di rischio</b>							
<i>molto alta/alta</i>	76.1	75.7	72.1	79.7	74.1	70.2	77.0
<i>medio alta</i>	17.9	16.50	20.2	18.6	17.4	22.1	15.7
<i>medio bassa/bassa</i>	6	7.8	7.6	1.7	8.5	7.7	7.3
<b>Azioni</b>							
<i>centro ipertensione</i>	9.0	12.1	13.9	5.1	13.3	13.5	11.3
<i>servizio di diabetologia</i>	20.9	17.0	15.2	16.9	17.4	21.1	15.7
<i>servizio di dietologia</i>	47.8	<b>59.2</b>	49.4	45.8	56.7	51.0	56.4
<i>servizio di cardiologia</i>	88.1	85.9	84.8	84.7	86.3	85.6	86.3
<b>Prescrizioni</b>							
<i>Antiipertensivi</i>	58.2	54.8	49.4	61.0	52.9	48.1	56.8
<i>Statine</i>	85.1	84.0	87.3	84.7	85.0	86.5	84.3

In grassetto i valori statisticamente significativi con  $p. \leq 0.05$ .

## Caso clinico 2

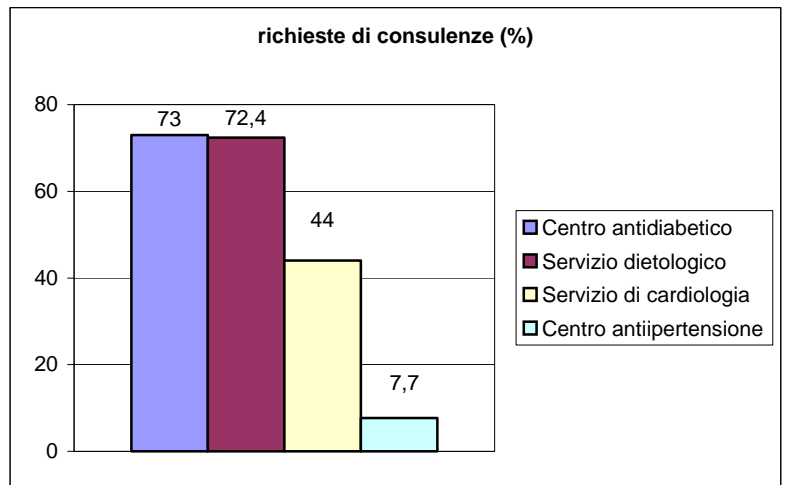
Il secondo caso identifica la signora Giovanna di 58 anni. Non fuma, diabetica da 2 anni, ha una pressione di 136/88 mm Hg, glicemia di 144 mg/dl, colesterolo di 278 mg/dl.

In base al calcolo del rischio effettuato mediante la carta del rischio cardiovascolare, rientra in una classe di rischio bassa (<5%).

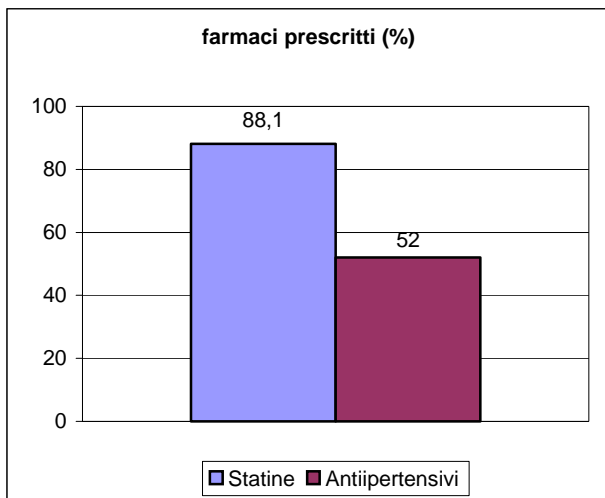


Solo il 3% dei medici attribuisce una classe di rischio bassa. L'86,4% del campione fa ricadere la sig.ra Giovanna in una classe di rischio che va da medio-alta a molto alta.

Il servizio di diabetologia e il servizio di dietologia sono le consulenze specialistiche maggiormente richieste (la paziente è diabetica da un paio di anni), seguite dal servizio di cardiologia, rispettivamente 73%, 72,4% e 44%.



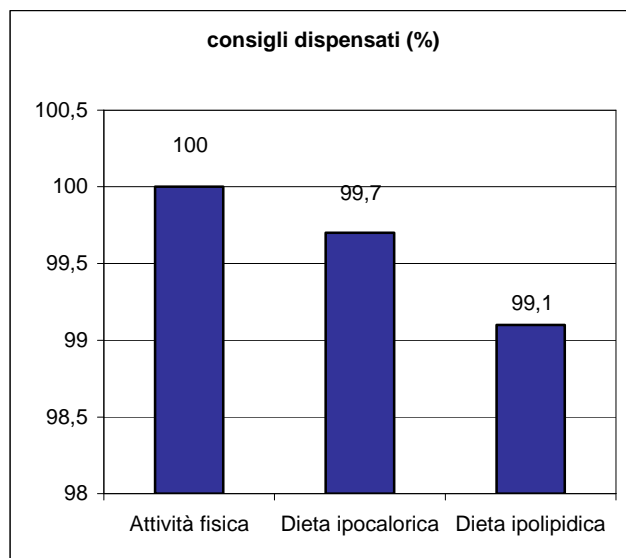
In questo caso le linee guida raccomandano di prescrivere una statina in associazione ad un antiipertensivo.



L'88% dei medici prescrive statine, il 52% antiipertensivi.

Le raccomandazioni dicono che il MMG dovrebbe fare counseling per l'adozione di una dieta ipocalorica e ipolipidica

La quasi totalità dei medici consiglia alla paziente di praticare attività fisica, seguire una dieta ipolipidica e ipocalorica.



I MMG desiderano rivedere il paziente per l'effettuazione di un controllo clinico mediamente dopo 41 giorni (minimo 4 giorni, massimo 1 anno). Il 75% dei MMG preferisce effettuare il controllo entro due mesi.

Non si rilevano comportamenti vistosamente differenti tra le diverse classi di età, i modelli organizzativi e l'ubicazione dello studio medico circa gli assi esplorati nel secondo caso clinico (tabella 9). Analogamente al caso clinico 1, i MMG più giovani prescrivono maggiormente farmaci antiipertensivi rispetto alle altre classi di età e agli altri modelli organizzativi.

**Tabella 9. Caso clinico 2: differenze per età, modello organizzativo e area geografica**

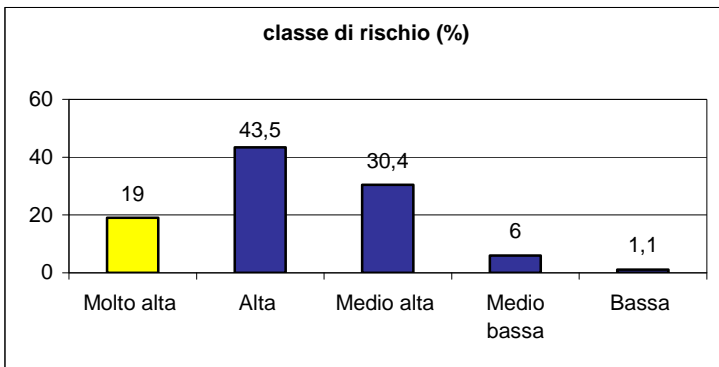
Caratteristiche del medico	Età			Modello organizzativo		Ubicazione studio	
	35-44 (%)	45-54 (%)	>= 55 (%)	Gruppo (%)	Altri modelli (%)	Capoluoghi di provincia (%)	Altri comuni (%)
<b>Classe di rischio</b>							
<i>Molto alta/alta</i>	55.2	47.6	46.8	50.8	48.5	49.0	48.8
<i>medio alta</i>	37.5	34.9	44.3	37.3	37.5	39.4	36.7
<i>medio bassa/bassa</i>	7.5	<b>17.5</b>	8.9	11.9	14.0	11.5	14.5
<b>Azioni</b>							
<i>centro ipertensione</i>	6.0	8.7	5.1	3.4	8.2	4.8	8.5
<i>servizio di diabetologia</i>	77.6	70.9	74.7	74.6	72.7	76.0	71.8
<i>servizio di dietologia</i>	73.1	73.8	68.3	76.3	71.7	76.0	71.0
<i>servizio di cardiologia</i>	40.3	44.2	46.1	39.0	44.71	39.4	45.7
<b>Prescrizioni</b>							
<i>antiipertensivi</i>	59.7	53.9	<b>40.5</b>	55.9	51.2	50.0	52.8
<i>statine</i>	91.0	85.9	91.1	91.5	87.4	86.5	88.7

In grassetto i valori statisticamente significativi con  $p. \leq 0.05$ .

### Caso clinico 3

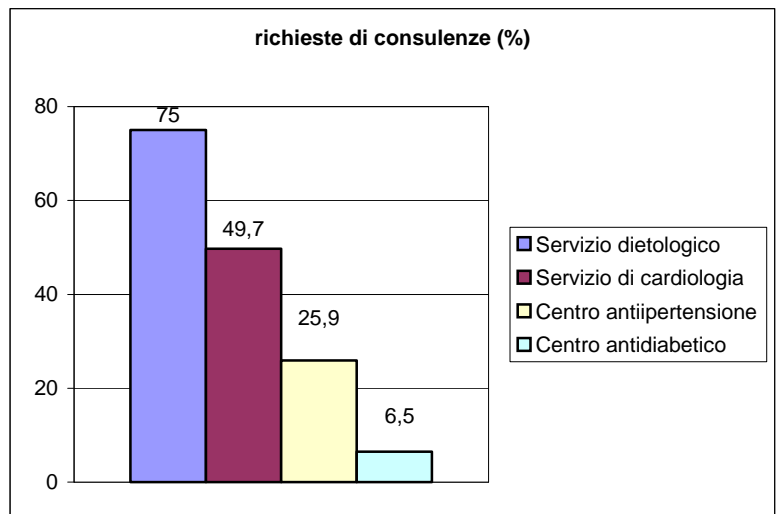
Il terzo caso identifica il signor Francesco di 62 anni, fumatore, con valori di pressione di 158/98 mmHg, glicemia 96 mg/dl e colesterolo 270 mg/dl.

In base al calcolo del rischio effettuato mediante la carta del rischio cardiovascolare, rientra in una classe di rischio molto alta (>30%).



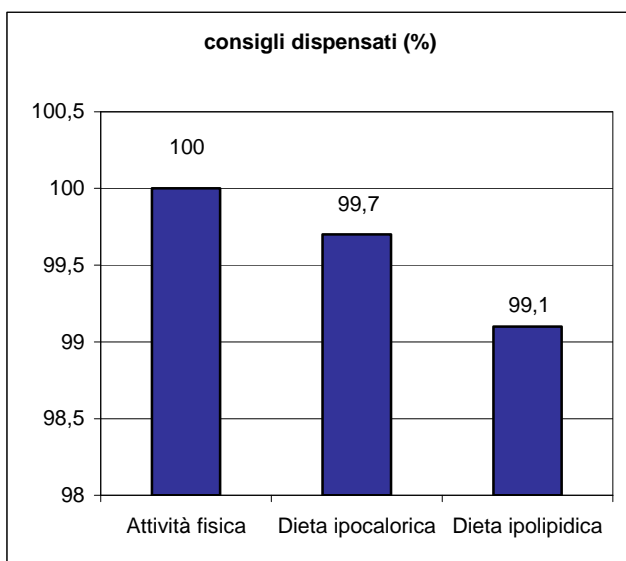
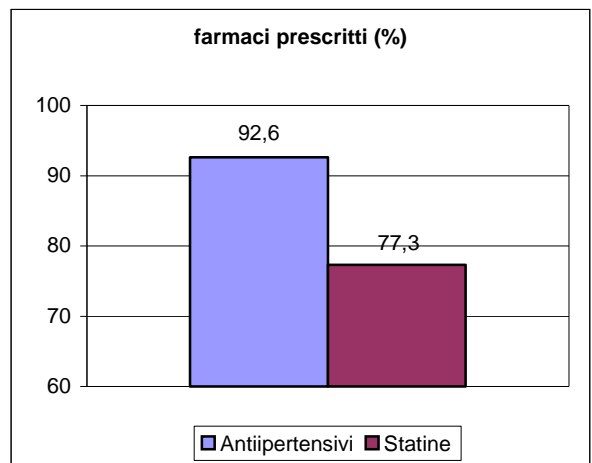
Solo il 19% del campione l'ha correttamente attribuita. Il 37,5% attribuisce una classe di rischio che va da medio-alta a bassa.

Le consulenze specialistiche più richieste sono il servizio di dietologia (75%) e di cardiologia (49,7%).



In base alle linee guida il MMG dovrebbe prescrivere una statina ed un antiipertensivo.

Il 77,3% dei MMG prescrive statine, il 92,6% antiipertensivi.



Si raccomanda in un caso simile di fare del counseling per la dieta ipolipidica e ipocalorica e per la cessazione del fumo.

Similmente ai precedenti casi, quasi la totalità dei MMG consiglia al paziente di fare attività fisica e di seguire una dieta sia ipolipidica sia ipocalorica, rispettivamente 98,3%, 99,4% e 98,9%

I MMG desiderano rivedere il paziente per l'effettuazione di un controllo clinico mediamente dopo 31 giorni (minimo 4 giorni,

massimo 6 mesi). Il 75% dei MMG preferisce effettuare il controllo entro un mese.

Anche in questo caso, non si rilevano differenze significative nell'attribuzione della classe di rischio, nelle azioni da intraprendere, nelle prescrizioni e nei consigli sugli stili di vita tra le diverse classi di età, i modelli organizzativi e l'ubicazione dello studio medico (tabella 10).

**Tabella 10. Caso clinico 3: differenze per età, modello organizzativo e area geografica**

Caratteristiche del medico	Età			Modello organizzativo		Ubicazione studio	
	35-44 (%)	45-54 (%)	>= 55 (%)	Gruppo (%)	Altri modelli (%)	Capoluoghi di provincia (%)	Altri comuni (%)
<b>Classe di rischio</b>							
<i>Molto alta/alta</i>	58.2	63.1	64.6	66.1	61.8	56.7	64.9
<i>medio alta</i>	35.8	29.1	29.1	62.2	30.0	34.6	28.6
<i>Medio bassa/bassa</i>	6.6	7.8	6.3	1.7	8.2	8.6	6.4
<b>Azioni</b>							
<i>Centro ipertensione</i>	23.9	26.2	26.6	22.0	26.6	20.2	28.2
<i>Servizio di diabetologia</i>	4.5	7.3	6.3	1.7	7.5	<b>10.6</b>	4.8
<i>servizio di dietologia</i>	76.1	77.2	68.3	76.3	74.7	78.8	73.4
<i>servizio di cardiologia</i>	43.3	49.0	57.0	44.1	50.8	48.1	50.4
<b>Prescrizioni</b>							
<i>antipertensivi</i>	91.0	92.7	93.7	89.8	93.2	92.3	92.7
<i>statine</i>	76.1	75.2	83.5	83.0	76.1	76.0	77.8

In grassetto i valori statisticamente significativi con  $p. \leq 0.05$ .

## CONCLUSIONI

La quasi totalità dei MMG riferisce di conoscere la carta del rischio e ne possiede una nel proprio ambulatorio. Solo un terzo però la utilizza, come raccomandato, con tutti i pazienti (nelle fasce di età indicate); la maggior parte dei MMG calcola il rischio cardiovascolare solo a quei pazienti già noti per essere a maggior rischio di altri, in quanto ipercolesterolemici o con valori pressori fuori dalla norma o perché in sovrappeso o fumatori. Uno dei principali motivi dell'utilizzo della carta è molto pratico: verificare la prescrivibilità delle statine ai sensi della "Nota 13". Il principale motivo addotto dai MMG che utilizzano poco o mai la carta è che preferiscono basarsi sulla propria esperienza. A differenza della carta, il punteggio del rischio è uno strumento conosciuto solo dalla metà del campione, anche se è probabile vi sia un certo grado di incertezza nel distinguere i due strumenti. Circa la metà dei MMG ha una buona conoscenza dello strumento, sapendo indicare correttamente sia i fattori di rischio considerati, sia le fasce di età per le quali deve essere utilizzata. Nonostante ciò, solo l'8% dei MMG dichiara di aver calcolato il rischio in più della metà dei propri assistiti. Conoscenza ed utilizzo della carta del rischio sono più elevati tra i MMG più giovani.

Il fatto che così pochi medici usino la carta con tutti i pazienti testimonia come il fuoco del medico di famiglia sia sostanzialmente puntato sul paziente, inteso come la persona che si rivolge a lui per un problema (secondo il modello definito come "medicina di attesa" o "*on demand*"). Quando questo problema è di natura cardio-vascolare, il medico mette in atto tutti gli strumenti a sua disposizione per fronteggiare il problema, compreso l'uso della carta del rischio.

Meno probabilmente il medico svolge una attività di popolazione, prendendo l'iniziativa di ricercare e misurare il rischio di un evento in un soggetto apparentemente sano (secondo il modello definito come "medicina di iniziativa" dove il fuoco viene posto sull'assistito).

Questo comportamento verosimilmente svela un certo scetticismo da parte dei medici, tuttora formati a trattare i "veri" malati, restii a considerare il cittadino un malato che non sa ancora di esserlo (come diceva il dr. Knock), e in qualche modo tutela il cittadino dall'essere eccessivamente e inappropriatamente medicalizzato.

Questo punto di vista rischia però di rappresentare un grave limite agli interventi di prevenzione. Accanto alla necessità culturale di integrare la clinica con la prevenzione, è necessario uno sforzo ben più rilevante per costruire gli strumenti organizzativi necessari non solo all'uso della carta del rischio, ma alla gestione degli interventi che dalla sua misura possono derivare (richiami dei pazienti per successivi controlli, monitoraggio delle terapie, valutazione di esito, ecc. ecc.).

Sembra prudente da parte dei medici, in assenza di tutto questo sistema a valle, non volersi spingere troppo in avanti.

Ben noti sono i "tradizionali" fattori di rischio cardiovascolare: diabete, fumo, colesterolo LDL, ipertensione arteriosa sistolica e diastolica, soprattutto da parte dei medici più giovani e di quelli

che lavorano in gruppo. Tuttavia, i valori soglia per la definizione di “patologia” vengono in genere collocati a livelli inferiori rispetto a quelli riportati dalle attuali linee guida, dimostrando quindi un atteggiamento più conservativo (o prudente). Altrettanto noti e condivisi sono gli obiettivi di compenso per l'ipertensione sistolica e diastolica, il colesterolo LDL e l'emoglobina glicata in pazienti con diabete. Assai meno considerati, invece, i fattori di rischio di tipo sociale quali la scolarità e la professione, mentre qualche attenzione viene rivolta agli aspetti psicologici (stress sul lavoro).

Se è chiara l'importanza dei fattori di rischio “clinici”, decisamente meno noti sono la loro frequenza (prevalenza) e il loro peso sulla salute della popolazione, che risultano costantemente sovrastimati, verosimilmente per l'influenza sulla percezione che i MMG hanno della diffusione di tali fattori nella popolazione che afferisce agli ambulatori.

Per quanto riguarda i servizi, i MMG hanno un'ottima conoscenza e fiducia nei servizi di dietologia e diabetologia ai quali inviano i propri pazienti ogniqualvolta lo ritengano necessario, nonostante i tempi di attesa a volte piuttosto lunghi (per visite non urgenti). Meno noti, invece, i centri antifumo, ai quali non sempre i pazienti accettano di essere indirizzati, e le loro metodologie di lavoro; in generale, sembra che i MMG preferiscano gestire in proprio il problema fumo.

E' interessante notare che i MMG che lavorano al di fuori dei capoluoghi di provincia riferiscono di conoscere i centri antifumo in misura significativamente maggiore rispetto agli altri; ciò potrebbe essere dovuto alla maggior risonanza che l'apertura di tali centri ha sui giornali locali e al passaparola tra i colleghi.

Nella relazione con i pazienti i MMG considerano come più importanti la disponibilità all'ascolto, l'utilizzo di un linguaggio adatto e la condivisione delle scelte. Dedicano più tempo agli anziani e non fanno differenza tra i diversi tipi di pazienti quando si tratta di impostare un trattamento. Apparentemente contraddittorio, invece, il comportamento negli assistiti con livelli di cultura opposti: dedicano maggior tempo ai meno istruiti, (verosimilmente per spiegare le cose in modo semplice e migliorare la comprensione), ma coinvolgono nelle scelte terapeutiche in misura maggiore i più istruiti (verosimilmente, come riportato in letteratura, perché sono i pazienti stessi a voler essere informati).

I MMG tendono ad attribuire ai propri assistiti un rischio cardiovascolare più elevato rispetto a quello calcolato con le carte del rischio. Richiedono consulenze specialistiche quando le ritengono necessarie e il servizio meno usato è il centro antiipertensione, poiché ritengono che l'ipertensione sia un problema di salute che possa essere gestito in autonomia.

Tutti i medici dichiarano di affrontare la modificazione degli stili di vita non sani attraverso consigli (anche se dal questionario non è possibile capire se si tratti o meno di forme di counselling strutturato).

C'è invece una certa variabilità nel ricorso alla terapia farmacologica, soprattutto nelle situazioni di incertezza diagnostica. E' interessante osservare la contraddizione, nella soluzione dei casi clinici, tra l'inquadramento teorico del rischio cardio-vascolare, quasi sempre errato (sovrastimato), e una scelta di intervento molto più corretta, che approssima abbastanza quanto previsto dalle LG.

Sembra quindi confermarsi l'impressione che i medici, pur dichiarando di usare maggiormente la carta del rischio nei pazienti con patologia, non la considerino poi uno strumento clinico utile e giungano alle decisioni terapeutiche con criteri impliciti legati più al quadro clinico complessivo del paziente e alle sue caratteristiche globali.

L'attenzione mirata al paziente (e un po' di disinformazione sulla popolazione) dà una prima spiegazione della regolare sovrastima della prevalenza delle varie patologie: le cifre riportate dai medici corrispondono piuttosto al peso delle patologie osservate nei loro studi.

Se però valutiamo questo dato insieme con quello inerente i valori diagnostici per diabete, ipercolesterolemia e ipertensione arteriosa, dove le soglie vengono sistematicamente indicate inferiori ai riferimenti della letteratura, e con quello derivante dai casi clinici dove i pazienti, paradossalmente, sono sottotrattati, viene da formulare una seconda ipotesi e cioè che le informazioni in possesso dei medici siano confuse e contraddittorie.

E' ragionevole pensare che parte di questa responsabilità sia attribuibile all'influenza della promozione dell'industria farmaceutica. E' noto infatti che la principale fonte, diretta e indiretta, dell'aggiornamento delle nozioni dei medici è l'industria farmaceutica, una fonte certo non indipendente e non disinteressata ai numeri dei pazienti da trattare. Recentemente è stato ipotizzato<sup>16</sup> che una strategia informativa che produce nozioni discordanti e confuse possa essere un buon terreno dove raccogliere prescrizioni acritiche.

Emerge dunque la necessità per i medici di rivedere le informazioni in loro possesso secondo il paradigma della clinica e secondo quello della prevenzione. La formazione, che per sua natura non può determinare l'hardware strutturale dell'organizzazione, dovrebbe mirare a diffondere la cultura della prevenzione favorendo strategie di popolazione attraverso l'uso della carta del rischio per la popolazione dai 40 anni in su, e ad integrare la cultura clinica favorendo l'appropriatezza dell'intervento terapeutico (oggi sotto dimensionato) attraverso l'uso della carta del rischio per scegliere chi trattare.

---

<sup>16</sup> Ricerca & Pratica, 2007; 23: 218-221