



Regione Lombardia

Regione Lombardia - Giunta
Sanità
P 19/07/2005 15.50

HL.2005.0035285

Giunta Regionale
Direzione Generale Sanità

Ai Direttori Generali
Aziende ASL

Data:

LORO SEDI

Protocollo:

CIRCOLARE N. 32

OGGETTO: d.g.r. 11 febbraio 2005, n. VII/20592 " Patologie cardiocerebrovascolari: Interventi di Prevenzione, Diagnosi e Cura".

Campagna di somministrazione della carta del rischio cardiocerebrovascolare sulla popolazione lombarda: prime indicazioni attuative

LA d.g.r. 13/2/2005, n. VII/20592, "Patologie cardiocerebrovascolari: interventi di prevenzione, diagnosi e cura", disponibile sul sito della Direzione Generale Sanità all'indirizzo www.dgsan.lombardia.it, insieme alle precedenti d.g.r. 2/8/2001, n. VII/5922 "Primi interventi di prevenzione cardiovascolare in attuazione dei punti 7.2.1, 7.3.2, 7.3.3 del Programma Regionale di Sviluppo di cui alla DCR n. VII/39 del 10.10.2000", d.g.r. 16 aprile 2004, n. VII/17155 "Interventi di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari in attuazione del PSSR 2002/2004 - Prima fase", ha posto le basi per l'avvio di una incisiva azione preventiva nei confronti delle patologie cardiocerebrovascolari, ad elevata mortalità e morbosità nella popolazione lombarda, anche attraverso l'utilizzo della "carta del rischio cardiocerebrovascolare".

L'intervento si configura quale attività nell'ambito del piano di prevenzione attiva previsto sia dagli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale che dal recente accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005.

La piena ed efficace attuazione degli obiettivi ivi previsti presuppone che vi sia una traduzione operativa a livello locale, governata e coordinata dalla ASL.

Nella prevenzione delle patologie cardiocerebrovascolari infatti, è irrinunciabile l'integrazione tra le diverse componenti coinvolte, sia all'interno della stessa ASL - Dipartimenti di Prevenzione, Cure Primarie e Programmazione, Acquisto, Controllo - sia tra la ASL e i Medici di Medicina Generale (MMG) e le Strutture specialistiche.

Ciò premesso si forniscono di seguito alcune prime indicazioni operative sulla metodologia e sugli strumenti da utilizzare per raggiungere l'obiettivo previsto di valutare, nel triennio 2005-2007, il maggior numero di soggetti di età compresa tra 40 e 69 anni tramite la

U.O. Programmazione
Struttura Progettazione e Sviluppo Piani
Via Pola, 9 e 11 - 20124 Milano - <http://www.regione.lombardia.it>

Tel. 02/67653385 - Fax 02/67653128

15

somministrazione di una carta del rischio cardiocerebrovascolare costruita su una popolazione di riferimento con caratteristiche simili a quelle della popolazione lombarda.

Ruolo delle ASL

La Asl gioca un ruolo di governo e di "traduzione", sulla base delle peculiarità territoriali e tenuto conto degli indirizzi regionali, di quanto previsto dalla d.g.r. 20592/2005.


Per una efficace realizzazione degli obiettivi perseguiti, si suggerisce, nel rispetto delle singole realtà territoriali, che ciascuna ASL formalizzi all'interno di un documento specifico il ruolo dei diversi attori coinvolti, i diversi livelli di responsabilità, il loro coordinamento, le modalità organizzative e le azioni da intraprendere, adottando un approccio integrato.

Ciò consentirà di ricondurre nella programmazione locale le attività già in essere in tema di promozione degli stili di vita, nonché a pianificarne di nuove, idonee allo scopo. A titolo esemplificativo si elencano di seguito possibili spunti da prendere in considerazione nella redazione del piano.

a) *Promozione o consolidamento dell' informazione/educazione sanitaria alla popolazione generale:*

1. *campagna informativa* sugli stili di vita sani, pianificata localmente in sinergia con la azione regionale, finalizzata ad indurre una "contemplazione" del problema nei diversi target, a conoscere la possibilità di fruire della carta del rischio, a conoscere i luoghi ed i modi individuati localmente per la somministrazione della carta stessa;
2. *educazione alla salute* in collaborazione con le scuole su indicazioni regionali; supporto tecnico e metodologico ad altri attori interessati e coinvolgibili. E' necessario a tal fine considerare che molte iniziative - rivolte alla popolazione generale o svolte in ambito scolastico - sono già in atto nelle diverse ASL, anche con il coordinamento regionale, come è il caso del progetto sul tabagismo o di quello sulla salute orale. Dette attività dovranno essere sempre più improntate a principi di efficacia, prevedendo verifiche a posteriori sui progetti in atto o da implementare. La Direzione Generale Sanità ha costituito, allo scopo, un gruppo di lavoro sulla promozione dei corretti stili di vita, che potrà essere di riferimento per campagne informative, ed ha anche promosso l'avvio di un progetto di ricerca, esteso ad altre quattro regioni, finalizzato a valutare l'efficacia di progetti di educazione sanitaria relativi ad alimentazione, tabagismo ed attività motoria.

b) *Formazione/aggiornamento degli operatori:* è necessario prevedere percorsi differenziati rivolti sia agli operatori direttamente coinvolti nella somministrazione della carta del rischio (addestramento all'utilizzo dello strumento di rilevazione; elaborazione e condivisione dei percorsi diagnostico-terapeutici per la gestione dei soggetti a medio ed alto rischio; counseling individuale per la promozione di corretti stili di vita ...) sia agli operatori non direttamente coinvolti, (informazioni di base, le linee di tendenza e di comportamento...): Più in generale, la formazione sulle metodologie più efficaci per la promozione dei corretti stili di vita deve diventare patrimonio per tutti gli operatori sanitari, cosicchè nelle diverse attività sappiano tradurre le informazioni di base e gli indirizzi preventivi da diffondere omogeneamente e costantemente nella popolazione.



Si rammenta che l'utilizzo della carta del rischio cardiocerebrovascolare è un elemento qualificante dell'obiettivo formativo di interesse regionale approvato con d.g.r. 16 febbraio 2005, n. VII/20767, e che le ASL sono invitate a promuovere incontri formativi con MMG ed altri soggetti interessati, nell'ambito del sistema vigente di Educazione Continua in Medicina e sviluppo professionale (ECM - CPD).

c) Adozione della carta del rischio e gestione del relativo sistema informativo: in ordine all'avvio del flusso informativo descritto in dettaglio più oltre, si possono definire, fatte salve diverse determinazioni a livello locale:

1. *Possibili punti di accesso per i cittadini.* Fermo restando che gli attori principali coinvolti nella campagna di somministrazione della carta del rischio cardiocerebrovascolare sono i MMG, referenti per i propri assistiti ed ai quali l'assistito deve essere rinvio per gli approfondimenti conseguenti (nel caso in cui il rischio cardiocerebrovascolare sia rilevato da altre figure), si suggerisce di costituire una "rete" di offerta. Detta rete può prevedere, sulla base delle caratteristiche locali, un ventaglio di possibili strutture presso le quali il cittadino possa recarsi per essere sottoposto alla valutazione del rischio cardiocerebrovascolare.
Criterio-guida dovrebbe essere quello di individuare e "sfruttare" punti alternativi al MMG, ove può accedere la popolazione, particolarmente nelle fasce di età che poco ricorrono al curante, allo scopo di promuovere l'adesione alla iniziativa.
2. *Coordinamento* dei diversi centri di somministrazione individuati e stipula, se necessario di specifici contratti.
3. *Individuazione della popolazione target*, e relative esclusioni permanenti e temporanee, utilizzando ad esempio, la Banca Dati Assistiti al fine di individuare per ciascun MMG l'elenco degli assistiti oggetto della rilevazione, identificando tra questi coloro i quali hanno già effettuato nel corso della seconda metà del 2004 gli esami ematochimici richiesti dalla rilevazione.
4. *Modalità di invito* attivo a particolari gruppi di popolazione (es.: esenti per patologia) finalizzate a coinvolgere nello screening un maggior numero di persone o categorie per le quali si ritiene prioritario l'intervento;
5. *Modalità per l'elaborazione* a livello locale delle informazioni raccolte, finalizzate non solo a monitorare la adesione all'iniziativa, ma a descrivere nel tempo la distribuzione del rischio cardiocerebrovascolare, valutare la adesione alle indicazioni, creare database utili per successive indagini, utilizzando dati correnti di ricovero, prescrizioni ecc.

Obiettivi della campagna di rilevazione

La somministrazione della carta del rischio si pone due obiettivi principali.

Da una parte creare una mappa del rischio cardiocerebrovascolare regionale costantemente aggiornata, quale base di valutazione dell'efficacia degli interventi sanitari e della allocazione delle risorse destinate a far fronte alle patologie cardiocerebrovascolari, dall'altra fornire al MMG uno strumento di conoscenza dei propri assistiti che permetta una gestione migliore degli stessi.

La costruzione di una rete presuppone che tutti gli attori coinvolti abbiano conoscenza degli elementi fondanti questa rete (ovvero la situazione degli assistiti).

La somministrazione della carta del rischio cardiocerebrovascolare costituisce dunque il punto di partenza della più complessiva strategia di prevenzione più sopra sintetizzata, rappresentando inoltre l'occasione per ciascun MMG di avere uno strumento concreto di conoscenza del rischio cardiocerebrovascolare dei propri pazienti, e dunque permettere anche l'attivazione di interventi di prevenzione previsti, ma non ancora sistematicamente attuati.

Strumento di rilevazione

La carta del rischio, da utilizzare per la valutazione del rischio cardiocerebrovascolare è quella dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), costruita su una popolazione di riferimento con caratteristiche simili a quelle della popolazione lombarda.

Tale carta è reperibile sul sito www.cuore.iss.it, ed è attualmente utilizzata anche come riferimento per la Nota AIFA 13 (Agenzia Italiana del Farmaco) relativa alla prescrizione dei farmaci ipolipemizzanti.

La rilevazione dei determinanti del rischio deve essere condotta secondo le indicazioni riportate sul sito stesso: si consiglia di far riferimento alla metodologia di rilevazione descritta sul sito, al fine di ottenere misure standardizzate dei fattori di rischio.

In fase di avvio (secondo semestre 2005) è consentito, in via del tutto eccezionale, l'utilizzo dei valori di esami ematochimici già presenti negli archivi clinici dei MMG, purché effettuati entro 1 anno dalla data della rilevazione del rischio. Successivamente, dal 1 gennaio 2006, il calcolo del rischio stesso dovrà basarsi su dati di laboratorio non anteriori di 3 mesi rispetto alla data della rilevazione.

In fase iniziale, il calcolo del rischio potrà essere condotto con la carta del rischio propriamente detta (con attribuzione di una classe di rischio, scala a valori discreti) oppure tramite il programma di calcolo on-line o quello scaricabile dal sito www.cuore.iss.it.

L'obiettivo finale è quello di arrivare all'integrazione delle equazioni di calcolo del rischio cardiocerebrovascolare all'interno dei programmi computerizzati che gestiscono l'archivio clinico dei soggetti assistiti dai MMG, in modo da snellire la procedura.

Candidati alla rilevazione

La popolazione oggetto della rilevazione del rischio cardiocerebrovascolare è costituita da tutti i cittadini lombardi, di età compresa tra 40 e 69 anni, che non abbiano già sviluppato una patologia cardiocerebrovascolare conclamata. Detta fascia di età risulta quella maggiormente a rischio di eventi cardiocerebrovascolari prevenibili mediante interventi di modifica dei fattori di rischio.

Criteri di esclusione

Sono esclusi dalla rilevazione i soggetti noti per patologia cardiocerebrovascolare conclamata: infarto miocardico acuto, angina pectoris, ictus cerebrale ischemico, TIA, o soggetti sottoposti ad interventi di by-pass aortocoronarico od angioplastica coronarica percutanea; tali soggetti infatti, considerata la loro storia clinica, presentano un rischio cardiocerebrovascolare non assimilabile a quello della popolazione generale e sono, di norma, oggetto di follow up. La gravidanza



rappresenta una condizione di esclusione temporanea, mentre la presenza di patologie vascolari periferiche non rappresenta condizione di esclusione.

Periodicità di somministrazione consigliata

Come riportato nel sito www.cuore.iss.it, relativamente alla periodicità di somministrazione, si consiglia di eseguire la valutazione del rischio cardiovascolare almeno:

1. ogni sei mesi per persone a elevato rischio cardiovascolare (probabilità di un primo evento cardiovascolare uguale o superiore al 20% nei prossimi 10 anni)
2. ogni anno per persone a rischio da tenere sotto controllo attraverso l'adozione di uno stile di vita sano (probabilità di un primo evento cardiovascolare uguale o superiore al 3-5% e inferiore al 20% nei prossimi 10 anni)
3. ogni 5 anni per persone a basso rischio cardiovascolare (probabilità di un primo evento cardiovascolare inferiore al 3-5% nei prossimi 10 anni).

Figure coinvolte nella rilevazione

Sono, in prima istanza i MMG, cui si affiancano gli specialisti ambulatoriali delle strutture accreditate operanti sul territorio regionale, come delineato nell'allegato 2 alla d.g.r. 5922/2001 e nell'allegato 2 alla d.g.r. 17155/2004, ed eventuali altri soggetti individuati dall'ASL, come precedentemente accennato.

Nel caso in cui il rischio cardiocerebrovascolare sia rilevato da figure diverse dal MMG, l'assistito deve essere rinvio al proprio MMG per gli approfondimenti conseguenti.

Flusso informativo

La rilevazione del rischio cardiocerebrovascolare dà origine al flusso informativo che consentirà all'Osservatorio Epidemiologico Regionale per le malattie cardiovascolari di affinare la metodologia di calcolo del rischio cardiocerebrovascolare e permetterà di valutare l'efficacia degli interventi sanitari e l'adeguatezza della allocazione delle risorse destinate a far fronte alle patologie cardiocerebrovascolari.

In ottemperanza alle disposizioni in tema di tutela della privacy, tale flusso informativo è costituito da due tracciati record, di seguito riportati, uno contenente le variabili anagrafiche dei soggetti sottoposti a valutazione del rischio cardiocerebrovascolare (ANA.txt), l'altro destinato a raccogliere le notizie di carattere sanitario (DATI.txt).

Si precisa che la trasmissione dei dati avverrà esclusivamente per via informatica.

Tempistica e modalità di invio

La *trasmissione* dei dati da parte dei medici rilevatori (MMG, specialisti ed eventuali altri soggetti individuati dalle ASL) alla ASL territorialmente competente dovrà essere assicurata preferenzialmente tramite l'utilizzo di posta elettronica certificata e protetta, sfruttando quanto messo a disposizione anche dal SISS. Qualora ciò non fosse possibile, è fatto esplicito divieto di utilizzo di canali di trasmissione informatici non sicuri e non protetti.

In tali casi, la trasmissione dei dati rilevati dovrà avvenire tramite formale consegna di supporti magnetici o ottici al protocollo aziendale.

15

L'invio all'ASL avverrà con cadenza trimestrale, a partire dal 2006, seguendo la tempistica sotto riportata:

1° trimestre (gen-mar): entro il 15 aprile

2° trimestre (apr-giu): entro il 15 luglio

3° trimestre (lug-set): entro il 15 ottobre

4° trimestre (ott-dic): entro il 15 gennaio (dell'anno successivo a quello della rilevazione).

A sua volta la ASL provvederà, previa verifica, all'inoltro dei dati in un unico file alla DG Sanità, entro e non oltre i 15 giorni successivi alla tempistica riportata per i medici rilevatori, secondo modalità dettagliate in apposito provvedimento da emanarsi entro il 30/09/2005.

Nella fase di avvio della rilevazione (secondo semestre 2005), le ASL dovranno attivare il flusso nei tempi qui indicati: entro il 15 dicembre 2005 la prima raccolta dei dati forniti dai medici rilevatori, cui seguirà la validazione e il successivo invio alla DG Sanità della Regione entro e non oltre il 30 dicembre 2005.

Ciò costituirà adempimento dell'indicatore 2.5.1.2 di cui al d.d.g. 18/1/2005, n. 431 "Determinazioni in ordine agli obiettivi di interesse regionale dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali per l'anno 2005, ai sensi della d.g.r. n. VII/19881 del 16.12.2004".

Raccolta e validazione dati da parte della ASL

I dati relativi alla valutazione del rischio cardiocerebrovascolare sono raccolti e sottoposti ad un primo controllo e validazione da parte della ASL competente per territorio. Ciò è finalizzato a verificare da un lato la rispondenza ai criteri di inclusione, dall'altro la presenza dei dati ritenuti indispensabili (identificati in grassetto nei tracciati record riportati in allegato).

Questo consentirà alle ASL di dar seguito alla remunerazione aggiuntiva per i MMG, prevista nell'ambito degli accordi regionali in via di definizione, in base alla percentuale di soggetti di età compresa tra 40 e 69 anni, che non abbiano già sviluppato una patologia cardiocerebrovascolare conclamata, sottoposta alla rilevazione del rischio nel corso del triennio 2005-2007, e di cui le ASL abbiano ricevuto e validato i record contenenti almeno i dati ritenuti indispensabili per la rilevazione:

ANA.txt: tutti i campi

DATI.txt: campi 1 - 27

Tali dati sono essenziali per una corretta valutazione del rischio cardiocerebrovascolare; i campi rimanenti, pur previsti dal tracciato record DATI.txt, sono per ora considerati accessori.

Strumenti per la raccolta dei dati

Molti dati attinenti alla rilevazione del rischio cardiocerebrovascolare sono già presenti nell'archivio clinico informatizzato dei MMG. Per snellire la procedura di raccolta dati, evitando di reimmettere quanto già presente, e consentire la trasmissione degli stessi dati sfruttando l'architettura messa a disposizione dal SISS, è auspicabile che le software house, che producono gli applicativi che gestiscono l'archivio clinico dei soggetti assistiti

dai MMG, realizzino appositi moduli in grado di ritrovare le informazioni necessarie all'interno degli archivi clinici stessi.

Per facilitare l'inizio della raccolta dati, in attesa dello sviluppo di tali moduli, è stato realizzato un applicativo Access che sarà scaricabile dal sito Internet della DG Sanità. Tale applicativo, inteso come mera soluzione ponte, permette da subito la raccolta di dati e la loro esportazione nei due tracciati record previsti.

Oneri previsti

Oltre alla già ricordata remunerazione aggiuntiva per i MMG, prevista nell'ambito degli accordi regionali in via di definizione, gli oneri previsti per l'operazione sono quelli per la effettuazione degli esami ematochimici necessari alla rilevazione e quelli a carico delle ASL per l'organizzazione della campagna di rilevazione.

Per quanto riguarda questo ultimo aspetto, si sottolinea che la campagna stessa è ricompresa nella attuazione della d.g.r. 20592/2005 e il relativo finanziamento si colloca nell'ambito dei fondi stanziati annualmente per l'attuazione degli Obiettivi Prioritari di Piano Sanitario Nazionale. Alle ASL, a fronte della rendicontazione delle somministrazioni, saranno riconosciuti, a consuntivo, gli oneri sostenuti per la organizzazione, in una quota stimata pari al 10% del totale sostenuto per la remunerazione aggiuntiva dei MMG.

L'effettuazione degli esami ematochimici necessari alla rilevazione è soggetta a rimborso da parte dell'assistito, secondo le disposizioni vigenti, fatte salve le situazioni per le quali sia prevista la esenzione dalla compartecipazione alla spesa.

Per fronteggiare l'eventuale superamento del budget assegnato agli erogatori di prestazioni ambulatoriali, derivante dalla effettuazione degli esami ematochimici connessi con la rilevazione, sarà possibile utilizzare parte del previsto incremento dei budget stessi per gli Obiettivi Prioritari di Piano.

Nel sottolineare importanza e strategicità dell'applicazione della d.g.r. 11 febbraio 2005, n. VII/20592 in ogni contesto locale, confermando la disponibilità a fornire tutti i chiarimenti che saranno necessari, si confida nella attenta collaborazione di Codeste Direzioni nel tempestivo coinvolgimento degli operatori e si porgono cordiali saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
Carlo LUOCHINA

Referente della pratica: Dott. Mario Dell'Oca: tel 02/67653242



Allegato 1 : Variabili anagrafiche

Tracciato record ANA.txt

Campo	Descrizione	Lunghezza	Posizione	Tipo	Note
1	Progressivo	5	1 - 5	N	Numero intero univoco progressivo, costituisce la chiave identificativa assieme al codice identificativo del medico e alla data di rilevazione
2	Codice identificativo medico	16	6 - 21	A	Codice regionale per MMG, codice fiscale per altre tipologie di medici
3	Data rilevazione	8	22 - 29	A	Formato GGMMAAAA, senza segni divisori
4	Tipo rilevazione	1	30 - 30	A	1: prima rilevazione 2: controllo successivo
5	Codice identificativo paziente	16	31 - 46	A	Codice fiscale oppure codice sanitario
6	Data di nascita paziente	8	47 - 54	A	Formato GGMMAAAA, senza segni divisori
7	Sesso	1	55 - 55	A	1: Maschio 2: Femmina
8	Etnia	1	56 - 56	A	1: Caucasica 2: Altro
9	Versione tracciato	2	57 - 58	A	Campo precompilato (valore A1)

Allegato 2 : Variabili sanitarie

Tracciato record DATI.txt

Campo	Descrizione	Lunghezza	Posizione	Tipo	Note
1	Progressivo	5	1 - 5	N	Numero intero univoco progressivo, costituisce la chiave identificativa assieme al codice identificativo del medico e alla data di rilevazione
2	Codice identificativo medico	16	6 - 21	A	Codice regionale per MMG, codice fiscale per altre tipologie di medici
3	Data rilevazione	8	22 - 29	A	Formato GGMMAAAA, senza segni divisori
4	Diabete mellito NID con dieta	1	30 - 30	A	1: No 2: Sì 9: Non conosciuto
5	Diabete mellito NID con farmaci	1	31 - 31	A	1: No 2: Sì 9: Non conosciuto
6	Diabete mellito ID	1	32 - 32	A	1: No 2: Sì 9: Non conosciuto
7	Angina pectoris	1	33 - 33	A	1: No 2: Sì 9: Non conosciuto
8	Infarto miocardico	1	34 - 34	A	1: No 2: Sì 9: Non conosciuto
9	By-pass aortocoronarico	1	35 - 35	A	1: No 2: Sì 9: Non conosciuto
10	Angioplastica coronarica	1	36 - 36	A	1: No 2: Sì 9: Non conosciuto
11	TIA	1	37 - 37	A	1: No 2: Sì 9: Non conosciuto
12	Ictus cerebrale ischemico	1	38 - 38	A	1: No 2: Sì 9: Non conosciuto
13	Terapia antiipertensiva*	1	39 - 39	A	1: No 2: Sì 9: Non conosciuto
14	Altezza	3	40 - 42	N	Numero intero; range: 100 - 230 cm

13

15	Peso	4	43 – 46	N	Numero intero; range: 300 - 2300 hg (30 - 230 Kg)
16	Glicemia	3	47 – 49	N	Numero intero; range: 30 - 900 mg/dl
17	Trigliceridi	3	50 – 52	N	Numero intero; in mg/dl
18	Colesterolo totale	3	53 – 55	N	Numero intero; range: 60 - 500 mg/dl
19	Colesterolo HDL	3	56 – 58	N	Numero intero; range: 10 - 150 mg/dl
20	Colesterolo LDL **	3	59 – 61	N	Numero intero; in mg/dl; non può essere superiore a Colesterolo totale
21	Fumo	1	62 – 62	A	1: No, mai 2: No, solo in passato 3: Sì occasionalmente (<1 sigaretta/die) 4: Sì regolarmente
22	Età inizio fumo ***	2	63 – 64	N	Numero intero; range: 10 - 70 aa
23	Quantità ***	2	65 – 66	N	Numero intero; range: 1 - 80 sigarette/die
24	Pressione sistolica	3	67 – 69	N	Numero intero; range: 40 - 250 mmHg
25	Pressione diastolica	3	70 – 72	N	Numero intero; range: 30 - 200 mmHg
26	Punteggio carta ****	1	73 – 73	A	1: MCV I (<5%) 2: MCV II (5% - <10%) 3: MCV III (10% - <15%) 4: MCV IV (15% - <20%) 5: MCV V (20% - <30%) 6: MCV VI (30% e oltre) 8: Non utilizzabile
27	Punteggio calcolo ****	4	74 – 77	N	Numero decimale (una cifra decimale)
28	Blank 1	3	78 – 80	N	Numero intero; range: 30 - 200 bpm
29	Blank 2	3	81 – 83	N	Numero intero; per ora non utilizzato (porre a zero)
30	Blank 3	3	84 – 86	N	Numero intero; per ora non utilizzato (porre a zero)
31	Farmaco antiipertensione 1	1	87 – 87	A	1: Betabloccanti 2: Diuretici 3: ACE inibitori 4: Sartani 5: Calcioantagonisti 6: Alfa bloccanti periferici 7: Simpaticolitici centrali 8: Nulla 9: Non conosciuto

32	Farmaco antiipertensione 2	1	88 - 88	A	1: Betabloccanti 2: Diuretici 3: ACE inibitori 4: Sartani 5: Calcioantagonisti 6: Alfa bloccanti periferici 7: Simpaticolitici centrali 8: Nulla 9: Non conosciuto
33	Farmaco antiipertensione 3	1	89 - 89	A	1: Betabloccanti 2: Diuretici 3: ACE inibitori 4: Sartani 5: Calcioantagonisti 6: Alfa bloccanti periferici 7: Simpaticolitici centrali 8: Nulla 9: Non conosciuto
34	Farmaco antiipertensione 4	1	90 - 90	A	1: Betabloccanti 2: Diuretici 3: ACE inibitori 4: Sartani 5: Calcioantagonisti 6: Alfa bloccanti periferici 7: Simpaticolitici centrali 8: Nulla 9: Non conosciuto
35	Farmaco antiipertensione 5	1	91 - 91	A	1: Betabloccanti 2: Diuretici 3: ACE inibitori 4: Sartani 5: Calcioantagonisti 6: Alfa bloccanti periferici 7: Simpaticolitici centrali 8: Nulla 9: Non conosciuto
36	Terapia cardiopatia ischemica	1	92 - 92	A	1: No 2: Si 9: Non conosciuto
37	Terapia ipolipemizzante *****	1	93 - 93	A	1: No 2: Si 9: Non conosciuto

38	Farmaco ipolipemizzante 1	1	94 – 94	A	1: Statine 2: Fibrati 3: Ac. nicotinico 4: Resine sequestranti biliari 5: Ac. grassi polinsaturi 6: Altro 8: Nulla 9: Non conosciuto
39	Farmaco ipolipemizzante 2	1	95 – 95	A	1: Statine 2: Fibrati 3: Ac. nicotinico 4: Resine sequestranti biliari 5: Ac. grassi polinsaturi 6: Altro 8: Nulla 9: Non conosciuto
40	Dieta antidislipidemic a	1	96 – 96	A	1: No 2: Sì 9: Non conosciuto
41	Terapia con ASA	1	97 – 97	A	1: No 2: Sì 9: Non conosciuto
42	Attività fisica	1	98 – 98	A	1: No 2: Sì 9: Non conosciuto
43	Vita	3	99 – 101	N	Numero intero; in cm
44	Nonno paterno	1	102 – 102	A	1: Vivente 2: Deceduto/a 9: Non conosciuto
45	Malattie coronariche nonno paterno	1	103 – 103	A	1: No 2: Sì < 60 aa 3: Sì > 60 aa 9: Non conosciuto
46	Malattie cerebrovascolar i nonno paterno	1	104 – 104	A	1: No 2: Sì < 60 aa 3: Sì > 60 aa 9: Non conosciuto
47	Nonna paterna	1	105 – 105	A	1: Vivente 2: Deceduto/a 9: Non conosciuto
48	Malattie coronariche nonna paterna	1	106 – 106	A	1: No 2: Sì < 60 aa 3: Sì > 60 aa 9: Non conosciuto

3

49	Malattie cerebrovascolari nonna paterna	1	107 – 107	A	1: No 2: Sì < 60 aa 3: Sì > 60 aa 9: Non conosciuto
50	Nonno materno	1	108 – 108	A	1: Vivente 2: Deceduto/a 9: Non conosciuto
51	Malattie coronariche nonno materno	1	109 – 109	A	1: No 2: Sì < 60 aa 3: Sì > 60 aa 9: Non conosciuto
52	Malattie cerebrovascolari nonno materno	1	110 – 110	A	1: No 2: Sì < 60 aa 3: Sì > 60 aa 9: Non conosciuto
53	Nonna materna	1	111 – 111	A	1: Vivente 2: Deceduto/a 9: Non conosciuto
54	Malattie coronariche nonna materna	1	112 – 112	A	1: No 2: Sì < 60 aa 3: Sì > 60 aa 9: Non conosciuto
55	Malattie cerebrovascolari nonna materna	1	113 – 113	A	1: No 2: Sì < 60 aa 3: Sì > 60 aa 9: Non conosciuto
56	Padre	1	114 – 114	A	1: Vivente 2: Deceduto/a 9: Non conosciuto
57	Malattie coronariche padre	1	115 – 115	A	1: No 2: Sì < 60 aa 3: Sì > 60 aa 9: Non conosciuto
58	Malattie cerebrovascolari padre	1	116 – 116	A	1: No 2: Sì < 60 aa 3: Sì > 60 aa 9: Non conosciuto
59	Madre	1	117 – 117	A	1: Vivente 2: Deceduto/a 9: Non conosciuto
60	Malattie coronariche madre	1	118 – 118	A	1: No 2: Sì < 60 aa 3: Sì > 60 aa 9: Non conosciuto

61	Malattie cerebrovascolari madre	1	119 - 119	A	1: No 2: Sì < 60 aa 3: Sì > 60 aa 9: Non conosciuto
62	Fratelli	2	120 - 121	N	Numero intero
63	Sorelle	2	122 - 123	N	Numero intero
64	Gemelli	1	124 - 124	A	1: No 2: Sì
65	Gemelli maschi	2	125 - 126	N	Numero intero
66	Gemelle femmine	2	127 - 128	N	Numero intero
67	Fratelli	1	129 - 129	A	1: Viventi tutti/e 2: Deceduti tutti/e 3: Viventi alcuni/e 9: Non conosciuto
68	Malattie coronariche fratelli	1	130 - 130	A	1: No tutti/e 2: Sì tutti/e < 60 aa 3: Sì tutti/e > 60 aa 4: Sì almeno uno/a < 60 aa 5: Sì almeno uno/a > 60 aa 9: Non conosciuto
69	Malattie cerebrovascolari fratelli	1	131 - 131	A	1: No tutti/e 2: Sì tutti/e < 60 aa 3: Sì tutti/e > 60 aa 4: Sì almeno uno/a < 60 aa 5: Sì almeno uno/a > 60 aa 9: Non conosciuto
70	Sorelle	1	132 - 132	A	1: Viventi tutti/e 2: Deceduti tutti/e 3: Viventi alcuni/e 9: Non conosciuto
71	Malattie coronariche sorelle	1	133 - 133	A	1: No tutti/e 2: Sì tutti/e < 60 aa 3: Sì tutti/e > 60 aa 4: Sì almeno uno/a < 60 aa 5: Sì almeno uno/a > 60 aa 9: Non conosciuto
72	Malattie cerebrovascolari sorelle	1	134 - 134	A	1: No tutti/e 2: Sì tutti/e < 60 aa 3: Sì tutti/e > 60 aa 4: Sì almeno uno/a < 60 aa 5: Sì almeno uno/a > 60 aa

					9: Non conosciuto
73	Versione tracciato	2	135 - 136	A	Campo precompilato (valore A1)

NOTE:

I campi in neretto sono considerati indispensabili; i rimanenti campi sono accessori

Tipo campo : A = alfanumerico; N = numerico

- * Se Terapia antiipertensiva = 1, Farmaco antiipertensione (1, 2, 3, 4, 5) = 8
- ** Se Trigliceridi < 400 mg/dl, LDL calcolate secondo la formula: Colesterolo totale - HDL - 1/5 Trigliceridi
- *** Se Fumo = 1 o = 2, Età inizio fumo = 88 e Quantità = 88
- **** Se Angina pectoris o Infarto miocardico o By-pass o Angioplastica o Ictus cerebrale o TIA = 2, Punteggio carta = 8 e Punteggio calcolo = 88
- ***** Se Terapia ipolipemizzante = 1, Farmaco ipolipemizzante (1, 2) = 8