Rivista SIMG (www.simg.it)
Aprile 1999

LA PREVENZIONE DEL RISCHIO CARDIO VASCOLARE E NEOPLASTICO

M.P. Mazzi, F. Corallo, F. Del Zotti, U. Cacchi, M. Leoncini, M.C. Cressoni, A. Fioretta, P. Sandri
Medici Generali - Verona

La salute della popolazione è legata ai determinanti genetici, ambientali, e agli stili di vita. La qualità di assistenza sanitaria influenza il sistema (6) (Figura 1).
L'azione clinica, sul piano preventivo, diagnostico, prognostico e terapeutico, deve essere sempre più basata su basi qualitative solide, derivanti da una ricerca Epidemiologico Clinica di buona qualità (EBM o Medicina delle Prove di Efficacia)
La Promozione di Salute si distingue come una attività complessa, integrata a vari livelli, che comporta attenzione alla persona asintomatica, mediante selezione di rischi, "eventi sentinella" e test di monitoraggio preventivo.
D'altra parte, nel panorama di politica Sanitaria europeo, si afferma la necessità di aiutare i Medici di Famiglia ad attuare attività di Prevenzione Promozione ed Educazione alla salute, a distribuire servizi durante i normali contatti con gli assistiti, in modo opportunistico, nel setting specifico di lavoro (1).
In varie indagini, gli assistiti, dimostrano un buon interesse a ricevere cure preventive dal proprio medico di fiducia (5).
I Servizi Sanitari Nazionali, che devono ottenere risultati concreti con risorse limitate, necessitano di linee guida e piani attuativi basati su obiettivi precisi, economici e di evidenza scientifica.
Quantità e qualità di prestazioni preventive diventano quindi oggetto di valutazione da parte delle strutture pubbliche (Figura 2).
Nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, il Medico Generale Italiano è chiamato a riqualificare la sua figura professionale di consulente della persona e della famiglia. La stipula di un "Patto di Solidarietà per la Salute" dovrebbe rafforzare l'alleanza educativo - terapeutica col cittadino (5).
l'Epidemiologia Applicata, di Sanità Pubblica", come afferma Geoffrey Rose nel volume "Le strategie della medicina preventiva" deve essere maggiormente sviluppata (3) E le figure professionali coinvolte, dovranno avvalersi di Indicatori di processo di esito e forme di valutazione sociale dei servizi resi (5).
Per il Medico Generale (MG) la "Promozione di Salute" è attività continuativa di consulenza alla persona e alla famiglia, finalizzata alle scelte che l'individuo e il gruppo possono compiere per il proprio benessere fisico, psichico e sociale, in modo autonomo, consapevole e responsabile (17).
Tuttavia, studi precedenti segnalano che: "Esistono barriere alla prevenzione". L'attitudine positiva o la sola aspettativa di auto-efficienza dei singoli operatori, non coincide automaticamente, con pratiche professionali ben strutturate per promuovere la salute (9).
Quantità e qualità di rilevazione dati nella cartella clinica della assistenza primaria, sono elementi portanti per la attività preventiva con la popolazione (17).
Ma anche la presenza della cartella clinica ambulatoriale, garantisce di avere solo "in meno della metà dei casi" dati correttamente registrati, anche per test di basilare importanza per la pianificazione della strategia educativa (10). Conseguenza: perdita di occasioni preventive ed aumento dei costi per ripetizione inutile di test (2).
Una recente revisione del British Journal of General Practice afferma che: "Cambiare attitudini non è sufficiente. Gli sforzi devono rivolgersi all'organizzazione del servizio, fornendo strumenti idonei, abbattendo barriere che avversano la realizzazione pratica della promozione di salute.

Il Progetto SPES

Alcune caratteristiche peculiari del setting di "primo livello" sono maggiormente utilizzabili nella pianificazione di attività di educazione prevenzione e diagnosi precoce delle principali malattie causa di morte ed invalidità evitabile:
1) Orientamento al paziente e non alla malattia.
2) Modalità opportunistica di intervento.
3) Frequenza, continuità e durata nel tempo della assistenza offerta.
4) Orientamento alla globalità bio-psico-sociale dei problemi.
5) Economicità. Il lavoro concreto di promozione salute del Medico Generale è basato su tre capisaldi operativi:
1. Percezione e rilevazione dei rischi di popolazione ed individuali.
2. Monitoraggio dei anamnestici, obbiettivi e strumentali.
3. Personalizzazione della attività educativa e terapeutico riabilitativa mirata.
È necessario che il medico sia in grado di avere un buon management professionale e disponga di metodi, organizzazione e strumenti che facilitino ad:
1) Inquadrare e stratificare i fattori di rischio
2) Individuare i bisogni e i messaggi educativi.
3) Monitorare i test a lungo termine.
4) Mettere in pratica azioni di counselling breve, finalizzato ai bisogni e ai fattori di rischio personale modificabili.
SPES è un modello di intervento specifico della Medicina di Famiglia, sulla popolazione assistita finalizzato ad aiutare Medici, Cittadini e Istituzioni (distretto e dipartimenti prevenzione) a mettere in pratica la prevenzione, la promozione e l'educazione alla salute.
Dal 1996 un gruppo di 10 Medici Generali SIMG dell'ASL 22 e 20 della Regione Veneto ha ripetutamente analizzato, le specifiche professionali di questo settore di attività, con il metodo della peer-review. Nella routine ambulatoriale quotidiana i Test di fattibilità operativa e di carico lavoro, eseguiti dal gruppo, su scheda cartacea, (dal 1996 al 1997), hanno dato risultati postitivi.
Si è così aperta la strada allo sviluppo di un modello specifico di lavoro su scheda informatizzata da inserire nel Sistema Informativo della Medicina Generale, per migliorare e valutare il processo professionale di promozione salute. Nel 1998, è stato prodotto un software prototipo. Nel frattempo la progettualità di modello si è andata maggiormente definendo.

Materiali e mezzi

Lo studio si avvale dei tre strumenti prototipo SPES in fase di ulteriore test, nel laboratorio "Valeggio 98" istituito dalla sezione SIMG di Verona.
1. Un protocollo linea guida (Protspes),
2. Un pacchetto educativo (Libretto "guida educativa alla salute")
3. Un software dedicato (Scheda Software).
• Protocollo linea guida
(Per maschi e femmine da 12 a 65 anni) Riferimento scientifico di intervento preventivo Medico Generale, condiviso in consensus tra pari; su indicazioni bibliografiche di organi scientifici internazionali per la promozione di salute:
CTF The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, Nova Scotia CANADA
USPSTF The US.Preventive Services Task Force Washington DC / U.S.A.
CDC The Center for Disease Control and Prevention Atlanta U.S.A.
CNR Consiglio Nazionale delle Ricerche Roma.
Aree di Copertura: Rischio Cardio Vascolare (RCV), Rischio Tumorale, Rischio Psico-Sociale (disagio psichico, depressione, problemi alcol correlati), Rischio deficit sensoriale (vista e udito) Rischio di Malattia infettiva (vaccinazioni - test per malattie sessualmente trasmesse). È modulabile

per altre fascie di età e ad altri problemi target con successivi protocolli ed aggiornamenti
Figura 3 protocollo (2 pagine).
• Guida alla salute
Libretto tascabile di educazione; individuale e personalizzabile, da utilizzare nel rapporto Medico–Assistito. Tradotto ed adattato da un omologo del Dipartimento Salute Pubblica degli Stati Uniti. Nel laboratorio sperimentale e in altri comuni del veronese, viene illustrato e consegnato ai cittadini nel corso delle visite ambulatoriali, da tutti i Medici di famiglia. È una concreta presentazione d'immagine del Servizio Sanitario, della Medicina Generale, e del Professionista. Il coinvolgimento dei Comuni ha permesso di finanziarne la stampa (una copia per ogni cittadino adulto).
• Database SPES
Prototipo realizzato su specifiche del team veronese per la SIMG Nazionale da Dedalus Informatica Firenze con supporto di Farmacia Upjohn Italia. Finalizzato alla procedura software Millennium. È un modello di data entry-output di test, selezioni di rischio individuale e famigliare, e bisogni educativi. Prevede assistenza automatica alla gestione dei test e delle scadenze oltre alla possibilità di stampare le medesime pagine educative del libretto guida.

Ipotesi dello studio

L'introduzione della scheda prototipale SPES, produce un incremento quantitativo di registrazione dati indicatori di copertura preventiva?

Disegno dello studio

Studio osservazionale longitudinale retrospettivo e ulteriore test di fattibilità di modello, su un ambulatorio di medicina generale. Alla fine del test, valutare l'andamento degli indicatori di copertura preventiva, per le sezioni Rischio Cardio Vascolare (RCV) e Rischio Tumorale (RT) del protocollo concordato. Analisi di variazione, dei tassi di compilazione di cartella a 3 mesi dalla introduzione della scheda informatizzata SPES, rispetto ai precedenti 9 anni di attività.

Caratteristiche della practice

Operatori:
a) Un Medico Generale Tutor,
b) Un Medico Tirocinante della Scuola Regionale Veneta di Formazione Specifica in Medicina Generale.
Età professionale del MG: 18 anni
Assistiti: n. 1464
Assistiti da 12 a 65 anni di età: n. 979
Tempi dello studio: 3 mesi (Febbraio, Marzo, Aprile 1998)
Criteri di Inclusione: M e F da 12 a 65 anni.
Sistema informativo: in rete (con seconda postazione in segreteria). Dal 1990 al 1991 cartaceo, dal 1992 al 1994 software "Stima", dal 1995 al 1997 software "Millennium SIMG", dal 1998 software "Millennium SIMG" + prototipo SPES.

Modalità d'intervento

A) Medico titolare
Il medico, in modo opportunistico, durante il normale contatto ambulatoriale, apre le schede SPES, e registra:
1. Selezione di familiarità per malattia target
2. Selezione di rischio individuale e ritmo di ricontrollo dei test (protocollo routinario o selettivo)

3. Risultato degli eventuali test anamnestici AN strumentali LAB ed obiettivi EO del protocollo.
4. Consegna all'assistito il libretto guida alla salute, lo presenta e invita a leggerlo attentamente e conservarlo in busta plastificata col tesserino sanitario ed orario d'ambulatorio, a compilarlo liberamente a matita negli spazi riservati e riportarlo ad ogni successiva consultazione.
B) Medico tirocinante
In tempo differito, extra attività ambulatoriale. Recupero retrospettivo dati Spes registrati dal 1990 al 1997 nella cartella clinica cartacea e nel sistema informativo computerizzato della practice. Per tutte le cartelle aperte dal titolare in modalità spes, e per un altro pool di cartelle scelto casualmente nello schedario esitente. NB: il medico titolare completava in seguito, la scheda SPES per il 1998 sul secondo pool di schede, riviste retrospettivamente dal collega tirocinante, solo in caso di accesso del paziente all'ambulatorio.

Risultati

Presentiamo i livelli percentuali di performance prima (1990-1997) e dopo introduzione del sistema (1998).
La distribuzione per età (non riportata in dettaglio) è risultata adeguata, essendo rappresentati tutti i quintili compresi tra i 12 e i 65 anni.
Dati utili:
• Numero totale nuove schede SPES aperte nel periodo di studio.
• Tasso percentuale di copertura della selezione per familiarità ove per copertura si intende: a) nella scheda spes: il campo "familiarità" compilato b) nella cartella precedente: presenza del dato familiarità per malattia target.• Tasso percentuale di copertura preventiva dei test relativi al Rischio Cardio Vascolare (RCV) e Rischio Tumorale (RT); ove si intende per copertura: la registrazione test (indipendentemente dal risultato) e la sua corrispondenza alla frequenza di monitoraggio routinaria (default) o selettiva, selezionata dal medico.
• Valore medio di incremento di tempo dedicato nella attività quotidiana di ambulatorio rilevato dalla scheda di lavoro giornaliera del medico rispetto al valore delle schede dei 3 mesi precedenti.
Indicatori gruppo A: sono calcolati solo sulle schede 1998 aperte dal medico titolare.
1. Schede aperte per giornata: 1,4 (numero totale schede aperte dal medico A = 91/ 63 gg lavorati Feb.- Apr. 1998).
2. Previsione apertura nuove schede in tre anni = n° 945 (225 gg di ambulatorio anno per 1,4 schede SPES die, per 3 anni)
3. Tempo medio di incremento attività ambulatoriale = 15 minuti / per giornata di lavoro, (da un minimo di 13 a un massimo di 18 minuti / giorno).
Indicatori gruppo B: sono calcolati su schede SPES 1998 + sulle Revisioni preSPES (1990 -1997):
1. Tasso percentuale registrazione delle Familiarità per malattia target (Grafico 1).
2. Tasso percentuale di registrazione dei test di Rischio Cardiovascolare (RCV) (Grafico 2).
indicatore di copertura preventiva per test e per ritmo di ricontrollo previsti dal protocollo.
3. Tasso di registrazione dei test di Rischio Tumorale (RT)
Indicatore di copertura preventiva del paziente per i test e i ritmi di ricontrollo previsti dal protocollo (Grafico 3).

Conclusioni e commenti

• Il modello SPES a tre mesi ha migliorato la performance di copertura preventiva e di promozione salute con netto incremento di registrazione dati, rispetto ai sistemi informativi precedenti
• Gli indicatori percentuali di copertura preventiva, (eccetto il test Sangue Occulto fecale e colonscopia, verosimilmente a causa della brevità del test) hanno raggiunto valori percentuali elevati, molto vicini all'ideale teorico desiderati, situabile al 100%, dei pazienti eleggibili nel setting opportunistico del Medico Generale.

• Anche la percentuale di selezione mediante test anamnestico di familiarità per malattia target e sua registrazione raggiunge una percentuale di performance molto alta.
• La revisione retrospettiva di cartelle non può fotografare la qualità di prestazione preventiva resa precedentemente dato che prima del test, numerosi contatti medico paziente non erano registrati in modo sistematico. Valuta tuttavia con certezza ciò che rimane di scritto del lavoro di prevenzione della practice.
• L'incremento di tempo lavoro è contenuto tra 13 e 18 minuti per 1,4 nuove schede SPES giornaliere. Quindi un carico di lavoro di circa 10 minuti per scheda. L'aumento medio nella attività di ambulatorio è di 15 minuti al giorno. Dal momento che il setting di studio stimolava ad un uso esaustivo dei dati previsti dalla scheda, si presume che l'uso a regime produca una ulteriore suddivisione di registrazioni e di conseguenza un tempo di lavoro minore.
• In screening opportunistico, con sistema Spes a regime, la previsione di copertura preventiva di tutta la popolazione adulta dell'ambulatorio (più di 900 pazienti tra 12 e 65 anni) è di circa 3 anni. Il dato è interessante, perché corrisponde al turnover della popolazione Medico Generale descritto in letteratura (7).
• Un confronto a posteriori tra gli operatori ha valutato che la registrazione dati SPES organizzata non ha disturbato il rapporto medico - paziente.
• La conferma dei dati prodotti da questa esperienza è necessaria ed auspicabile su campioni più grandi di pazienti, in ambulatori di Medicina Generale con tipologie diverse per organizzazione, incentivazione, motivazione e di geografia territoriale.
• Buono il dato di consegna ed illustrazione personalizzata del libretto "Guida alla Salute". Nel 90 % dei casi alla apertura di una scheda preventiva spes corrisponde la sua consegna e spiegazione individualizzata.
• La caratteristica prototipale del software, non ancora totalmente integrato nel sistema informativo del Medico Generale operatore, provoca una sotto stima della potenza di sistema. La versione definitiva, con programma predisposto a passare i test in modo biunivoco e rapido, dalla gestione ordinaria di problema alla scheda di prevenzione, produrrà un ulteriore miglioramento della attività professionale.
• È necessario che il software definitivo produca outcame di self audit in automatico, utili al medico in itinere per la gestione del paziente e per la valutazione di qualità della propria performance preventiva come professionista singolo o associato.
• L'incremento evidenziato di livello registrazione dati configura l'ipotesi che la Medicina di Famiglia possa migliorare la propria attività preventiva mediante utilizzo di strumenti dedicati SPES.
• L'archiviazione dati in tempo reale seguita da comunicazione educativa al paziente (orale e scritta) assume caratteristiche peculiari di messaggio consulenziale, fiduciario, continuativo, equilibrato e non allarmistico.
• Il medico oltre alla propria personale capacità di dialogo si trova così a disporre di strumenti pre-testati e di qualità, utili e personalizzabili per la modifica comportamentale.
• La esclusione di fatto del campione di assistiti "Low Attender" (coloro che frequentano raramente l'ambulatorio) pone il problema della diversificazione di tecnica di contatto preventivo attivo con questa tipologia di persone sempre partendo dal database della medicina di famiglia, ben strutturato per la promozione di salute.
• Si conferma che la Medicina Generale può elaborare indicatori di processo preventivo uniformi per un determinato territorio.
• È possibile uniformare i test di monitoraggio, basandoli su protocolli di intervento desiderabile definiti in Evidence Based Medicine e rivisti in continuo da Autority professionali.
• La potenza preventiva del setting Medico Generale dovrà essere confrontata ed integrata, con le altre attività di screening di secondo livello mediante valutazioni realistiche di costo beneficio, efficienza ed efficacia.
• Col sistema SPES sarà possibile analizzare in continuo l'andamento epidemiologico di fattori di

rischio e stili di vita della popolazione, migliorare gli indicatori di processo professionale e favorire management e Verifica di Qualità della attività preventiva offerta dal Medico Generale al cittadino assistito, come auspicato dal recente Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.

Bibliografia

1. Ghetti V. "La prevenzione: Un problema da governare" Fondazione Smith Kline Franco Angeli, 1991
2. Shalala D.E. (The secretary of health and human services) "U.S.A..Put Prevention into practice campain",1994.
3. Rose G. "Le strategie della medicina preventiva". Il pensiero scientifico ed.1996.
4. Ciatto S. " Screening in medicina". Il Pensiero Scientifico ed., 1996
5. PSN Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - Un patto di solidarietà per la salute (Testo approvato in sede preliminare il 15/05/1998.)
6. Saltmen RB. Figueras. J. "European Health Care Reform. Analysis of current strategies." Ed W.H.O.,1997
7. AA.VV. "Health promotion and investment Screening procedures in the asintomatic adult: Comparison of phisicians' recomandations, patients desiree, published guidelines and the actual practice. "Journal Family Practice 3, 1988).
8. AAVV "Health screening examination. The patient's perspective.
9. Arch.Fam.Pract. 5, 1984.
10.Toon PD "Healt care in General practice " Br.Med. J. 310:1083-1084,1995
11. Scaffardi RA. "An evaluation of practice records and opportunistic screening B.Med.,Sci. 1994
12. Programma " L'Europa contro il cancro" GU:C50,26.2.,1987
13. Sox, HC. Jr.,m.d." Preventive health services in adults", N.22, Vol.330, N. Eng. J. Med. June,1994
14. AA.VV. Canadian Task Force on the periodic Health examination."The periodic health examination".Feb,1994 (update).
15. Preventive Services Task Force."Guide to clinical preventive service. Report of the U.S. Preventive Task Force .Baltimore: William & Wilkins, 1994 (and update).
16. AAVV "Prevenire il cancro" The Open University, SEMG, European School of Oncology Ed.Leonard ,1995
17. AAVV "Basi scientifiche per la definizione di linee guida in ambito clinico" CNR 1996.
18. Mazzi MP. "Mettere in Pratica la Prevenzione. Dalla "Corte dei Miracoli " alla "Bottega dell'Arte " QQ La Qualità e le qualità in Medicina Generale Soc It. VRQ Vol 1 N. 1, Mag. 1997.
19. Mazzi MP et al., "La Sperimentazione di fattibilità del Progetto SPES." Atti 1° seminario internazionale La Ricerca in Medicina Generale. Verona 1998. SIMG e S. Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria . Dic. 1998.
20. Fucci P. "Informazione e consenso informato nel rapporto medico-paziente". Masson Ed. 1997
21. Dowell AC. et al. "Prevention into practice: result of a two year follow-up, of routine health promotion interventions in general practice." Family Practice Vol.13, n° 4 357-362 Feb, 1996.
22. Croyle R.T. "Psychosocial Effects of Screening for Disease Prevention and detection" Ed New York Oxford University Press , 1995.

Tabella 1

Pazienti (12-65)	**Maschi**	**Femmine**	**Totale**
Totale Practice	477	502	979
Spes 1998 (3mesi)	42	49	91

Revisioni 1990-1997	97	129	226
Libretti Guida consegna	36	46	82

Tabella 2

	PRE-SPES	**SPES**	**PRE-SPES**	**SPES**
Familiarità	Maschi	Maschi	Femmine	Femmine
EV.CARDIO VASCOLARI	37%	89%	39%	92%
K. COLLO-TIROIDE	9%	89%	23%	90%
K. COLON	14%	89%	26%	92%
K. CUTE	18%	89%	9%	90%
K. GENITALI MASCHILI	9%	88%	0%	0%
K. GENITALI FEMMINILI	0%	0%	13%	86%
K. MAMMARIO	0%	0%	9%	94%
K.CERVICE UTERINA	0%	0%	15%	90%
K. MUCOSA ORALE	16%	89%	12%	90%
K. LARINGE	18%	89%	24%	90%
K. POLMONE	14%	89%	13%	88%
K. PROSTATA	16%	88%	0%	0%
K. VIE URINARIE	14%	89%	11%	90%

Tabella 3

Anno	**1990**	**1991**	**1992**	**1993**	**1994**	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**
An. Attività Fisica M.	3%	3%	6%	9%	17%	26%	43%	49%	85%

An. Attività Fisica F.	2%	4%	12%	14%	14%	43%	45%	53%	96%
An. Fumo M.	3%	3%	11%	26%	43%	46%	60%	67%	91%
An. Fumo F.	2%	6%	12%	18%	18%	49%	62%	62%	95%
An. Alcool M.	3%	6%	17%	23%	23%	57%	77%	80%	86%
An. Alcool F.	2%	0%	4%	6%	18%	22%	31%	42%	63%
Eo. BMI M.	0%	1%	9%	14%	29%	43%	54%	60%	89%
Eo. BMI F.	2%	5%	14%	14%	14%	47%	55%	63%	94%
Eo. PAO M.	15%	14%	14%	18%	23%	46%	57%	66%	86%
Eo. PAO F.	13%	13%	16%	21%	27%	53%	65%	65%	94%
Colesterolo M.	3%	4%	6%	6%	10%	27%	39%	41%	73%
Colesterolo F.	2%	5%	14%	16%	16%	49%	67%	67%	94%
Trigliceridi M.	1%	2%	3%	4%	10%	22%	35%	41%	73%
Trigliceridi F.	1%	3%	2%	16%	16%	49%	65%	71%	96%
Glicemia M.	1%	2%	9%	11%	17%	31%	51%	66%	79%
Glicemia F.	2%	4%	14%	16%	14%	41%	59%	65%	90%

Tabella 4

Anno	**1990**	**1991**	**1992**	**1993**	**1994**	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**
Alvo M	3%	3%	6%	9%	17%	26%	43%	49%	86%
z	2%	4%	12%	14%	14%	43%	45%	53%	96%
An. Fumo M	3%	3%	11%	26%	43%	46%	60%	67%	91%
An. Fumo F	2%	6%	12%	18%	18%	49%	62%	62%	95%
Mammografia M	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Mammografia F*	2%	5%	14%	14%	14%	30%	45%	53%	94%
PAP test M	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
PAP test F *	13%	13%	16%	21%	27%	53%	65%	65%	94%
Es.Urine M	3%	4%	9%	10%	12%	27%	39%	41%	74%
Es.Urine F	2%	5%	14%	16%	16%	49%	67%	67%	94%
SO fecale F*	1%	2%	2%	3%	2%	4%	7%	9%	20%
SO fecale M*	1%	1%	1%	2%	2%	3%	6%	6%	19%

*I test Pa, Mammografia e Sangue occulto fecale si riferiscono ai pazienti eleggibili.

Figura 3

SIMG Progetto SPES Servizio Promozione Educazione alla Salute in Medicina Generale

Protocollo concordato adulti età 12-65 anni

Screening ROUTINARIO Screening SELETTIVO

Malattia Target Tipo Test Tipo dato ETà anni sex FREQ ETà anni sex FREQ test Valori desiderabili Simboli di

anni anni in prevenzione primaria compilazione

Glicemia a digiuno Strumentale numerico 12-65 M+F 4 12-65 M+F 1 Glicemia <115 mg/dl (Border line tra 115 -140) Riportare il dato numerico

Colesterolemia

totale a digiuno Strumentale numerico 12-65 M+F 4 12-65 M+F 1 Colesterolemia <200 mg/dl (Border line tra 200 - 240) Riportare il dato numerico

LDL Colesterolo

(formula di Freedwald) Strumentale numerico 12-65 M+F 4 12-65 M+F 1 Ldl Colesterolo <130 mg/dl (Border line tra 130 - 159) Riportare il dato numerico

Trigliceridemia

a digiuno Strumentale numerico 12-65 M+F 4 12-65 M+F 1 Trigliceridemia <200 mg/dl Riportare il dato numerico

BMI Body Mass Index

(Peso in kg / Altezza 2) Obbiettivo numerico 12-65 M+F 4 12-65 M+F 1 BMI <30, (valore lineare per M F

normogramma di Bray 1978) Riportare il dato numerico

An. Attività fisica Anamnestico Logico 12-65 M+F 4 12-65 M+F 1 an. attivita fisica > 20 minuti di attività aerobia

x 3 volte /settimana Riportare dato simbolico

Eo Pressione arteriosa

omerale Obbiettivo Logico 12-65 M+F 4 12-65 M+F 1 e.o. PAO < 140 / 90 mm/hg Riportare dato simbolico

An. Alcol (unita di alcol

assunte a settimana) Anamnestico numerico 12-65 M+F 4 12-65 M+F 1 an. Alcool < 14 Unita /settimana (F< 210 g. /

M< 280 g /etanolo a settimana) Riportare il dato numerico

An.Fumo Anamnestico Logico 12-65 M+F 4 12-65 M+F 1 an . Fumo non fumatore o ex fumatore da più

di 10 anni Riportare il dato numerico

K Colon An.Sintomi: rettorragia,

stipsi recente, dolore Anamnestico Logico 12-65 M+F 4 >40 M+F 1 an. Alvo Da n.° 1 scarica ogni 3 gg

a n.° 3 scariche al giorno Riportare dato simbolico

Sangue occulto Test al

Guaiaco (3 campioni) Strumentale Logico no no no >40 M+F 1 sangue occulto

fecale assente (su tutti tre i campioni) Riportare dato simbolico

Colonscopia totale Strumentale Logico no no no >40 M+F 5 Colonscopia non lesioni sospette neoplastiche,

polipi o masse palpabili Riportare dato simbolico

K Mammario Rx mammografia Strumentale Logico 50-69 F 2 40-69 F 1 Mammografia quadro RX da ricontrollare in

modalità standard Riportare dato simbolico

Eo: esame seno

(medico) Obbiettivo Logico 30-39 F 3 40-69 F 2 e.o. Senologico

(medico) non noduli palpabili Riportare dato simbolico

K Cervice Utero PAP test Strumentale Logico 20-65 F 3 20-65 F 1 PAP non alterazioni citologiche

sospette per displasia Riportare dato simbolico

K Polmone Anamnesi: Abitudine

al fumo di tabacco Anamnestico Logico 12-65 M+F 4 12-65 M+F 1 an. Fumo non fumatore o ex fumatore

da più di 10 anni Riportare il dato numerico

Screening SELETTIVO

Malattia Target Test Preventivo Criterio di Selezione

Glicemia a digiuno Fam. RCV e/o comparsa del fattore r. specifico e/o altri 2 fattori RCV

Colesterolemia totale a digiuno Fam. RCV e/o comparsa del fattore r. specifico e/o altri 2 fattori RCV

LDL Colesterolo (formula di Freedwald) Fam. RCV e/o comparsa del fattore r. specifico e/o altri 2 fattori RCV

Trigliceridemia a digiuno Fam. RCV e/o comparsa del fattore r. specifico e/o altri 2 fattori RCV

An. Attività fisica Fam. RCV e/o comparsa del fattore r. specifico e/o altri 2 fattori RCV

Eo Pressione arteriosa omerale Fam. RCV e/o comparsa del fattore r. specifico e/o altri 2 fattori RCV

An. Alcol (unita di alcol assunte a settimana) Fam. RCV e/o comparsa del fattore r. specifico e/o altri 2 fattori RCV

An.Fumo Fam. RCV e/o comparsa del fattore r. specifico e/o altri 2 fattori RCV

K Colon An.Sintomi: rettorragia, stipsi recente, dolore Familiarità K colon e/o storia personale di polipi, Retto Colite Ulcerosa

Sangue occulto Test al Guaiaco Familiarità K colon e/o storia personale di polipi, Retto Colite Ulcerosa

Colonscopia totale Familiarità K colon e/o storia personale di polipi, Retto Colite Ulcerosa

K Mammario Rx mammografia Familiarità K mammario,e/o storia personale di noduli sospetti K ovarico, K utero

Eo: esame seno (medico) Familiarità K mammario,e/o storia personale di noduli sospetti K ovarico, K utero

K Cervice Utero PAP test Familiarità K Cervice e/o, Citologia sospetta cellule displastiche, e/o stile sex a rischio

K Polmone Anamnesi: Abitudine al fumo di tabacco Familiarità per K polmone e/o laringe e/o comparsa del fattore richio specifico

top