

## **GESTIONE INTEGRATA OSPEDALE- TERRITORIO DEL PAZIENTE CON IPERTENSIONE ARTERIOSA**

### **DEFINIZIONE**

La pressione arteriosa ha una distribuzione unimodale nella popolazione e l'identificazione di un livello di pressione arteriosa al di sopra del quale il paziente si considera affetto da patologia è necessariamente un intervento arbitrario. Il livello di cut off tra normalità e patologia è strettamente influenzato dal ruolo primario dell'ipertensione arteriosa come fattore di rischio cardiovascolare.

Un paziente è definito iperteso quando i livelli di pressione arteriosa, in almeno due successive misurazioni effettuate a distanza di tempo da personale competente in ambiente ambulatoriale, risultano uguali o superiori a 140mmHg per la pressione arteriosa sistolica (PAS) e/o a 90 mmHg per la pressione arteriosa diastolica (PAD) nei pazienti ipertesi non complicati.

Come evidenziato da numerosi studi di popolazione, mortalità e morbilità cardiovascolare hanno una relazione diretta e continua con i livelli di pressione arteriosa, sia sistolica sia diastolica, a partire dal valore pressorio di 120/70 mmHg. Questa relazione è più solida per gli eventi cerebrovascolari piuttosto che per quelli cardiovascolari, ma nella maggior parte dei Paesi europei gli eventi cardiovascolari, per la loro elevata prevalenza, rimangono la principale causa di morte ipertensione-correlata. I valori pressori sono quindi classificati, basandosi sui risultati di decenni di vasti studi osservazionali come quello di Framingham, in virtù dell'incremento del rischio cardiovascolare globale che comportano.

Il valore soglia per il trattamento deve essere deciso in base al rischio cardiovascolare globale del paziente: per esempio, una pressione normale-alta può necessitare di trattamento in un paziente ad alto rischio, ma può essere lasciata senza trattamento antipertensivo in un paziente privo di altri fattori di rischio.

(Linee Guida Ipertensione Regione Toscana 2009)

### **EPIDEMIOLOGIA**

I dati provenienti dal database della Medicina Generale Italiana (*V Report Health Search, 2008*), indicano che la prevalenza, anche utilizzando i dati più "prudenti", è molto elevata e, negli anni 2003-2007, ha registrato un trend crescente (dal 18,4% al 22,0%), ma anche più elevata in base ad altri studi di rilievo internazionale. Non si osservano rilevanti differenze geografiche nella stima di prevalenza mentre si registra un trend di crescita rispetto all'aumento dell'età con un picco nella fascia 75-84 anni ed una riduzione negli ultra 85enni. La prevalenza raggiunge picchi di quasi il 65% nelle classi di età più avanzate (dati ILSA, ultra 65enni della Regione Toscana per l'anno 2006), che avrebbero i maggiori vantaggi da un trattamento adeguato e comunque maggiori difficoltà a proseguire la terapia nel tempo in considerazione della frequenza di pluripatologie e delle terapie farmacologiche molto complesse alle quali sono sottoposti.

## CARICO ASSISTENZIALE : IL CHRONIC CARE MODEL

Il rapporto “Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale”, pubblicato nel 2005 dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, indica le malattie croniche al primo posto nel mondo fra le cause di morte: sono circa 17 milioni le persone che muoiono prematuramente ogni anno a causa di questa vera e propria epidemia globale di cronicità.

Per quanto riguarda l’ipertensione, nello specifico, sappiamo che, se da un lato i dati relativi alla prevalenza mostrano un costante incremento, è ancora notevole il numero di individui ipertesi non diagnosticati; inoltre un adeguato controllo pressorio non può prescindere da una terapia continua e regolare, ma molti studi hanno evidenziato invece un numero elevato di soggetti sotto-trattati ed una bassa aderenza (persistenza) al trattamento. La ridotta *compliance* esercita una duplice influenza sui costi sanitari, sia come conseguenza della spesa di una prescrizione non utile che di una mancata efficacia del trattamento con conseguente aumento del numero di eventi cardiovascolari.

Accanto ai numerosi casi sottodiagnosticati e sottotrattati, esiste un altrettanto notevole numero di individui trattati in modo “eccessivo”, ridondante e che si discostano quindi ampiamente dai criteri di appropriatezza sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico (numero e qualità di esami e visite effettuate, accessi ai servizi di secondo livello senza indicazione, uso di farmaci più recenti e più costosi senza indicazione, automonitoraggio della PA con frequenti accessi ai PS per “crisi ipertensive”, ecc).

Alla luce di quanto sopra esposto, soprattutto in relazione a fattori di rischio, epidemiologia e decorso dell’ipertensione arteriosa, è evidente che come per altre condizioni croniche, anche per questa patologia non possono essere più considerate vincenti strategie assistenziali “attendiste” e “sintomatiche”, che, per quanto tradizionalmente consolidate, dovranno necessariamente essere abbandonate nel prossimo futuro a favore di un approccio più propriamente prognostico e preventivo e quindi di interventi in grado di prevenire l’insorgenza della malattia attraverso l’applicazione di uno stile di vita adeguato, che comprenda gli aspetti nutrizionali e l’esercizio fisico.

E’ proprio nella scelta della logica proattiva della Medicina d’iniziativa, in luogo di quella più passiva della Medicina d’attesa, che si realizza il Chronic Care Model, esplicitato nei suoi obiettivi e principi fondanti nel PSR 2008-2010.

Il Chronic Care Model si configura come un modello organizzativo di presa in carico nel quale il cittadino, al centro del sistema, viene reso esperto da opportuni interventi di informazione e addestramento ed interagisce, attraverso un piano assistenziale personalizzato e condiviso, con il team multiprofessionale composto da MMG, Specialisti, Infermieri e Operatori Socio-Sanitari.

Spetta alle Cure Primarie ed in particolare al MMG l’ambizioso compito di curare la programmazione e il coordinamento degli interventi a favore dei malati cronici, allo scopo di garantire ai pazienti e ai loro familiari una migliore qualità di vita e la possibilità di gestire al meglio la malattia, attraverso l’adozione di corretti stili di vita, il monitoraggio dei parametri fisici e il corretto uso dei farmaci.

Evidenze scientifiche hanno dimostrato che i pazienti che ricevono un’assistenza integrata e un supporto educativo al self-management, all’autocura e al follow-up, migliorano clinicamente e meno frequentemente ricorrono alle cure ospedaliere.

## SCOPO

Elaborazione di un protocollo assistenziale condiviso e programmato Territorio-Ospedale-Territorio per la gestione del paziente con ipertensione arteriosa. Tale protocollo, basato sulla logica prognostica e preventiva prevista dal Chronic Care Model, dovrà essere funzionale, agevole e costruito sulle esigenze assistenziali dei singoli pazienti coinvolti.

## **OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI**

1. Promuovere l' *empowerment* e il miglioramento della *compliance* attraverso l'addestramento del paziente, da parte di personale sanitario adeguatamente formato, ad una autogestione consapevole ed efficace della malattia;
2. Ottimizzare il controllo clinico del paziente iperteso al fine di rallentare il decorso della patologia (evitare o ritardare la comparsa di complicanze) prevenire le situazioni di instabilizzazione e consentire di affrontarle adeguatamente qualora queste insorgano;
3. Attivazione di specifici percorsi diagnostico-terapeutici basati su una forte integrazione tra Medicina Generale, specialistica territoriale e ospedaliera, volti ad ottimizzare l'assistenza al paziente cronico, rendendola sempre più uniforme e qualificata, e a ridurre i ricoveri ospedalieri alle situazioni di stretta necessità, nell'ottica di un miglioramento globale della qualità della vita dei cittadini;
4. Educare all'adozione di corretti stili di vita, di idonee abitudini alimentari, e all'esercizio fisico costante, quali strumenti di prevenzione e indispensabili sussidi alla corretta gestione della patologia conclamata;
5. Verificare con puntualità l'aderenza del paziente alla prescrizione terapeutica farmacologia;
5. Promuovere un approccio integrato nella gestione del paziente con ipertensione attraverso la condivisione dei percorsi e protocolli nell'ambito del team multiprofessionale (MMG–Specialista-IP-OSS ), cui è demandata la presa in carico globale del paziente;
6. Migliorare l'appropriatezza degli interventi, intesa non solo come ottimizzazione dell'efficacia ed efficienza clinica ma anche come maggior aderenza ai reali bisogni di salute del singolo paziente.
7. Migliorare la presa in carico attraverso l'applicazione di linee guida e l'approccio assistenziale *evidence-based*;
8. Adeguare i programmi di gestione informatizzata e la condivisione dei dati registrati su apposita scheda.

## **APPLICABILITÀ**

E' coinvolto nell'applicazione del percorso il personale medico ed infermieristico delle UOC Ospedaliere e del territorio: Medico di Medicina Generale (MMG), Infermiere (I), Specialisti (Cardiologo, Endocrinologo, Internista, Nefrologo, Neurologo, Oculista), Medico di Comunità; saranno inoltre di volta in volta coinvolte altre figure professionali (mediche e non) eventualmente necessarie ai fini della gestione ottimale e personalizzata del singolo caso.

## **IL PERCORSO**

Il percorso è articolato nelle seguenti 5 fasi, successivamente riassunte nello schema.

**FASE 1: IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI**

**FASE 2 : ARRUOLAMENTO DEI PAZIENTI**

**FASE 3 : COUNSELING DEI PAZIENTI**

**FASE 4 : FOLLOW UP DEI PAZIENTI STABILIZZATI**

**FASE 5: GESTIONE PAZIENTI INSTABILI**

## PERCORSO IPERTENSIONE

### FASE 1 : IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI

Vengono individuati i pazienti con diagnosi di IPERTENSIONE ARTERIOSA o a rischio di sviluppare la malattia (fattori di rischio vedi tabella 1) attraverso gli archivi dei MMG e gli archivi USL .

### FASE 1

<b>Procedure</b>	<b>Professionisti: ruoli</b>	<b>Sede della prestazione</b>	<b>Tempistica</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Note</b>
Identificazione pazienti con rischio cardiovascolare aumentato	MMG	ambulatorio Modulo	1 mese dalla fase di estensione (Aggiornamentoperiodico)	Creazione elenco di patologia	Verifica a cura del Medico di Comunità
Identificazione pazienti (già diagnosticati o nuova diagnosi) con PAS > o = 140 mmHg o PAD > o = 90 mmHg	MMG (archivio pazienti)/ S. Informativo Aziendale (flussi SDO, elenco es. per patologia, a fini di verifica e confronto)	ambulatorio Modulo/ Azienda Usl	1 mese dalla fase di estensione (Aggiornamento periodico)	Creazione elenco di patologia	Verifica a cura del Medico di Comunità

## **FASE 2 : ARRUOLAMENTO DEI PAZIENTI**

La fase 2 del percorso prevede l'arruolamento dei pazienti individuati nella prima fase attraverso invito, tramite contatto diretto telefonico, ad un incontro informativo presso l'ambulatorio del MMG nel quale saranno esposti obiettivi e tempi del progetto e sarà acquisita la adesione o meno al percorso assistenziale mediante sottoscrizione del consenso informato da parte del paziente.

### **FASE 2**

<b>Procedure</b>	<b>Professionisti: ruoli</b>	<b>Sede della prestazione</b>	<b>Tempistica</b>	<b>Indicatori</b>
Invito per contatto diretto telefonico e predisposizione agenda appuntamenti	Collaboratore di studio/Infermiere	ambulatorio Modulo	3 mesi	contatto 100% pazienti in lista
Acquisizione consenso informato	MMG	ambulatorio Modulo	Primo contatto del paziente con MMG dopo ricezione informativa/contatto telefonico	% adesione (da definire)

### **FASE 3 : COUNSELING DEI PAZIENTI**

Sono strutturati incontri rivolti a classi di pazienti omogenee per patologia o per rischio di patologia ove inclusi, secondo metodiche scientificamente validate. Finalità perseguite attraverso le abilità e le attività di counseling sono: 1) educazione a idonei stili di vita che possano contribuire a prevenire nei pazienti a rischio la comparsa di sintomi e, nei soggetti già diagnosticati, la progressione della patologia (complicanze e disabilità); 2) *empowerment* del paziente; 3) acquisizione di sicurezza e autonomia nella gestione degli aspetti pratici, sociali e psico-emozionali connessi alla propria condizione.

### **FASE 3**

<b>Procedure</b>	<b>Professionisti: ruoli</b>	<b>Sede della prestazione</b>	<b>Tempistica</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Note</b>
Invito Counseling di gruppo o individuale	Collaboratore di studio/Infermiere	ambulatorio Modulo	almeno 7 gg prima dell'incontro		chiamata telefonica
Counseling di gruppo: Accoglienza; ascolto attivo dei bisogni; supporto informativo e/o educativo su stili di vita e aspetti assistenziali; promozione di atteggiamenti attivi; educazione al self management; orientamento alla rete e servizi; Family coach	MMG/Infermiere/altro professionista	Sede dedicata		Counseling di gruppo in >=70% assistiti inseriti nel percorso	

#### **FASE 4 : FOLLOW UP DEI PAZIENTI**

Il follow-up garantisce la presa in carico costante e personalizzata del paziente, attraverso un percorso standardizzato che prevede controlli a cadenza prefissata sia presso l'ambulatorio del modulo che presso l'ambulatorio specialistico di riferimento; ai fini di un'ottimizzazione del monitoraggio, il MMG o lo Specialista potranno ovviamente introdurre *in itinere* eventuali correzioni dello schema terapeutico o della tempistica degli esami di controllo/approfondimento, qualora queste siano ritenute necessarie sulla base delle condizioni cliniche del paziente. Il ricorso frequente, non sancito da nessuna linea guida, ad indagini di secondo livello non agevola la stadiazione e la prognosi della patologia.

#### **FASE 4**

	<b>Procedure</b>	<b>Professionisti: ruoli</b>	<b>Sede della prestazione</b>	<b>Tempistica</b>	<b>Indicatori</b>
	Inserimento pazienti in agenda infermiera e agenda medico (in funzione dell'intervallo di tempo necessario stabilito dal protocollo); Richiamo attivo dei pazienti qualche giorno prima della visita programmata; Stampa richieste previste dal protocollo e loro prenotazione; Inserimento dati in cartella prima della visita infermieristica e MMG ( se non attivi meccanismi automatici di inserimento referti in cartella );	Collaboratore di studio/Infermiere	ambulatorio Modulo	routinario	



<b>Paziente con rischio cardiovascolare aumentato</b>	Valutazione clinica	MMG	ambulatorio Modulo	ogni 6 mesi	indicatori regionali
	<p>valutazione presenza fattori di rischio: misurazione PA; peso corporeo con calcolo BMI; circonferenza vita; verifica attuazione piano dietetico; verifica attuazione istruzioni per autocontrollo;</p> <p>valutazione comportamentale (stili di vita: fumo, attività fisica, alimentazione) ;</p> <p>Annotazione in cartella.</p>	Infermiere	ambulatorio Modulo	ogni 6 mesi	indicatori regionali
<b>Paziente con diagnosi di ipertensione</b>	<p>valutazione RCV, comorbidità, sintomi indicativi di danno d'organo; aderenza alla terapia; valutazione di sintomi e condizioni suggestive di ipertensione secondaria; se vecchia diagnosi anche: durata dell'ipertensione ed evoluzione dei valori pressori nel tempo, efficacia e tollerabilità della terapia antipertensiva; se nuova diagnosi: conferma e stadiazione.</p>	MMG	ambulatorio Modulo	ogni 6 mesi	indicatori regionali
	<p>Prescrizione e valutazione esami diagnostici (emoglobina ed ematocrito, glicemia a digiuno, quadro lipidico (colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi); potassiemia, uricemia richiesta funzionalità renale</p>			ogni 12 mesi	indicatori regionali

	(creatininemia, clearance creatinina stimata), esame delle urine , microalbuminuria; esami di II livello in caso di sintomi o segni suggestivi di danno d'organo				
	<p>valutazione presenza fattori di rischio: misurazione PA; peso corporeo con calcolo BMI; circonferenza vita; verifica attuazione piano dietetico; verifica attuazione istruzioni per autocontrollo;</p> <p>valutazione comportamentale (stili di vita: fumo, attività fisica, alimentazione) ;</p> <p>Annotazione in cartella.</p>	Infermiere	ambulatorio Modulo	ogni 6 mesi	indicatori regionali
	ECG	Cardiologo	Ambulatorio specialistico	ogni 12 mesi	indicatori regionali

<b>Pazienti ipertesi con danno d'organo</b>	Valutazione clinica	MMG	ambulatorio Modulo	ogni 6 mesi	indicatori regionali
	Prescrizione e valutazione esami diagnostici (emoglobina ed ematocrito, glicemia a digiuno, quadro lipidico (colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi); potassiemia, uricemia richiesta funzionalità renale (creatininemia, clearance creatinina stimata), esame delle urine , microalbuminuria ;			ogni 12 mesi	
	valutazione presenza fattori di rischio: misurazione PA; peso corporeo con calcolo BMI; verifica attuazione piano dietetico; verifica attuazione istruzioni per autocontrollo; valutazione comportamentale (stili di vita: fumo, attività fisica, alimentazione) ; Annotazione in cartella.	Infermiere	ambulatorio Modulo	ogni 6 mesi	
	ECG	Cardiologo	Ambulatorio specialistico	almeno una volta all'anno o in base all'evoluzione clinica	indicatori regionali
	Ecocardiografia e visita specialistica cardiologica	Cardiologo	Ambulatorio specialistico	in base all'evoluzione clinica	indicatori regionali

	Doppler Carotideo	Specialista di riferimento	Ambulatorio specialistico	in base all'evoluzione clinica	indicatori regionali
	Doppler Pressorio	Specialista di riferimento	Ambulatorio specialistico		indicatori regionali
	Fondo Oculare	Oculista	Ambulatorio specialistico		indicatori regionali

## **FASE 5: PAZIENTI CON IPERTENSIONE REFRAATTARIA O NON RESPONDERS**

Per i pazienti con ipertensione refrattaria, non responders, o a rischio di eventi acuti, sono predisposti specifici canali d'accesso in ospedale per consulenza immediata o programmata con presa in carico del paziente da parte dell'Ambulatorio Specialistico per l'Ipertensione fino a rientro nel normale follow-up del MMG al ripristino delle condizioni di stabilità.

### **FASE 5**

<b>Procedure</b>	<b>Professionisti: ruoli</b>	<b>Sede della prestazione</b>	<b>Tempistica</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Note</b>
Identificazione pazienti non responders	MMG/Cardiologo/Internista	Ambulatorio Modulo/Ambulatorio Specialistico	Al bisogno		Presa in carico pazienti identificati e reinvio al MMG con relazione clinica
Accesso al PS di pazienti con crisi ipertensiva	Medici PS	PS			Presa in carico pazienti identificati e reinvio al MMG con relazione clinica
Accesso all'ambulatorio specialistico per l'ipertensione	Medico Specialista	Ambulatorio per l'Ipertensione AOUS o PP.OO. AUSL7			

### **TABELLA 1: FATTORI DI RISCHIO**

<b>FATTORI DI RISCHIO</b>
familiarità per ipertensione e patologie cardiovascolari
aumento del rischio cardiovascolare secondo carte di rischio CV
sindrome metabolica
obesità centrale
dislipidemia
iperuricemia
diabete
fumo
sindrome da apnee notturne

**L'ipertensione secondaria rappresenta un capitolo di pertinenza specialistica e richiede una valutazione differenziata in base all'evento eziopatogenetico principale.**