

Esempio di collaborazione fra ospedale e territorio: “Profilo di Cura Ipertensione Arteriosa”, un percorso condiviso fra specialisti, medici di assistenza primaria e Direzione Sanitaria della Regione Valle d'Aosta

M.S. Modesti

*Dirigente medico 1° livello presso UB di Medicina Generale,
Responsabile del Centro Ipertensione, Presidio Ospedaliero
Regione Autonoma Valle d'Aosta*

Abstract

I medici del Centro Ipertensione dell'Ospedale Regionale di Aosta, supportati dagli specialisti delle vicine regioni Piemonte e Liguria, in collaborazione con i medici di assistenza primaria operanti sul territorio valdostano, hanno definito un percorso uniforme e condiviso per la gestione del soggetto iperteso e l'identificazione del rischio cardiovascolare.

I metodi utilizzati per la realizzazione di tale progetto sono stati: riunioni di progettazione, incontri di aggiornamento, conferenze di sensibilizzazione; i materiali forniti sono stati: opuscoli, pieghevoli, manifesti, questionari, copie delle più recenti linee guida in merito al trattamento dell'ipertensione e schemi di norme igienico-dietetiche.

Parole chiave: Ipertensione arteriosa; Rischio cardiovascolare; Regione Valle d'Aosta

The Hypertension Centre doctors of the Regional Hospital in Aosta, in cooperation with the Health Service doctors stationed on the territory, with the guidance of Specialists from the neighbouring region Piedmont and Liguria, have devised a standard and shared course for treatment of hypertensed subjects and for cardiovascular risk identification.

Programming meetings, refresher and awareness-raising conferences were held to carry out this project. Brochures, booklets, posters, questionnaires were handed out, as well as copies of the most recent guidelines on hypertension treatment and general hygiene-dietary rules for prevention.

Key words: Hypertension; Cardiovascular risk; Aosta Valley

PREMESSE

La regione Valle d'Aosta (3264 Km² di superficie) presenta una popolazione di 120.000 abitanti (60.000 maschi e 62.000 femmine), un'unica USL, quattro distretti socio-sanitari, un unico ospedale (di circa 500 posti letto), 120 medici di assistenza primaria, un Centro Ipertensione (facente parte dell'UB Medicina generale) in funzione da 20 anni, da sempre in stretta

collaborazione con i medici operanti sul territorio. Dal 1991 a tutt'oggi il Centro ha erogato circa 10.000 esenzioni ticket per ipertensione arteriosa (A31, 031-401-402-403).

I residenti con più di 15 anni che dichiarano di aver sofferto di almeno una malattia cronica sono il 21,1% fra gli uomini e il 29,4% fra le donne. La Valle d'Aosta registra valori tipici delle zone montane, dove gli indicatori sono spesso sfavorevoli rispetto a quelli rilevati

in altre zone del territorio nazionale (stili di vita a rischio, caratteristiche del territorio, modalità di accesso ai servizi e agli interventi efficaci per la salute), ma, come ovunque, le prime cause di morte sono quelle imputabili a patologie dell'apparato circolatorio responsabili del 44% di tutti i decessi (Fonte Istat 2000).

Nella proposta di Piano Regionale per la salute e il benessere sociale 2006-2008, in corso di approvazione presso il Consiglio Regionale, è stato introdotto il concetto di "benessere sociale": esso non corrisponde al concetto di ricchezza economica (secondo l'Istat in Valle d'Aosta la soglia di povertà è nettamente inferiore rispetto alla media nazionale). Più che la povertà assoluta è la povertà relativa a essere percepita in modo soggettivo e a generare il bisogno che si traduce nella richiesta di assistenza. Al fine di evitare che le differenze nella ricchezza si trasformino in disuguaglianze nello stato di salute fisico e psichico, sono state proposte varie strategie che vanno dall'assistenza sociale ai vari protocolli di integrazione fra ospedale e territorio.

PROFILO DI CURA IPERTENSIONE ARTERIOSA

Nell'autunno 2003 la Direzione Sanitaria dell'Usl Valle d'Aosta (VDA) ha coinvolto il Centro Ipertensione dell'Ospedale Regionale nella definizione di un Profilo di cura per l'ipertensione arteriosa, da utilizzare da parte del Centro ospedaliero e dei medici di famiglia operanti sul territorio.

Obiettivi del progetto

- Definire un comportamento uniforme e condiviso fra ospedale e territorio nell'approccio diagnostico e terapeutico da riservare a tutti i soggetti riscontrati ipertesi in VDA.
- Fare del medico di famiglia il riferimento primo per il soggetto iperteso e per la gestione nel tempo dello stesso.
- Fare del Centro Ipertensione il riferimento per la

definizione della diagnosi e per il controllo dei casi "refrattari" e dei casi "complicati", il supporto per velocizzare la stratificazione del rischio cardiovascolare, il tramite degli eventuali rapporti dei medici di famiglia con gli altri Centri Ipertensione delle regioni italiane, con la SIIA e con i centri universitari.

Vantaggi perseguiti

- Azione sulla popolazione valdostana ipertesa con individuazione di nuovi casi e rivalutazione dei casi noti.
- Raggiungimento del goal pressorio nel soggetto iperteso con conseguente riduzione del rischio cardiovascolare individuale.
- Definizione di una presa in carico integrata fra medico di famiglia e specialista.

Fasi del progetto

Nel novembre 2003 si è iniziato operativamente sperimentando il progetto di collaborazione fra Centro Ipertensione e uno dei quattro distretti socio-sanitari in cui è suddiviso il territorio valdostano (14 medici di famiglia per una popolazione di 16.500 abitanti). Il lavoro si è articolato come segue:

- 1^a riunione *informativa* a novembre 2003:
 - presentazione reciproca fra il personale medico e infermieristico del Centro Ipertensione e i 14 medici attivi sul territorio;
 - presa visione delle Linee Guida americane e delle più recenti europee ESH/ESC 2003 sul trattamento dell'ipertensione arteriosa.
- 2^a riunione *strategica* a dicembre 2003:
 - definizione concordata del ruolo del medico di famiglia e del ruolo del medico del Centro Ipertensione e stesura del "percorso" per il soggetto riscontrato iperteso (Fig. 1);
 - compilazione di un pieghevole riassuntivo delle tappe fondamentali di tale percorso facenti riferimento alle più recenti linee guida in merito all'i-

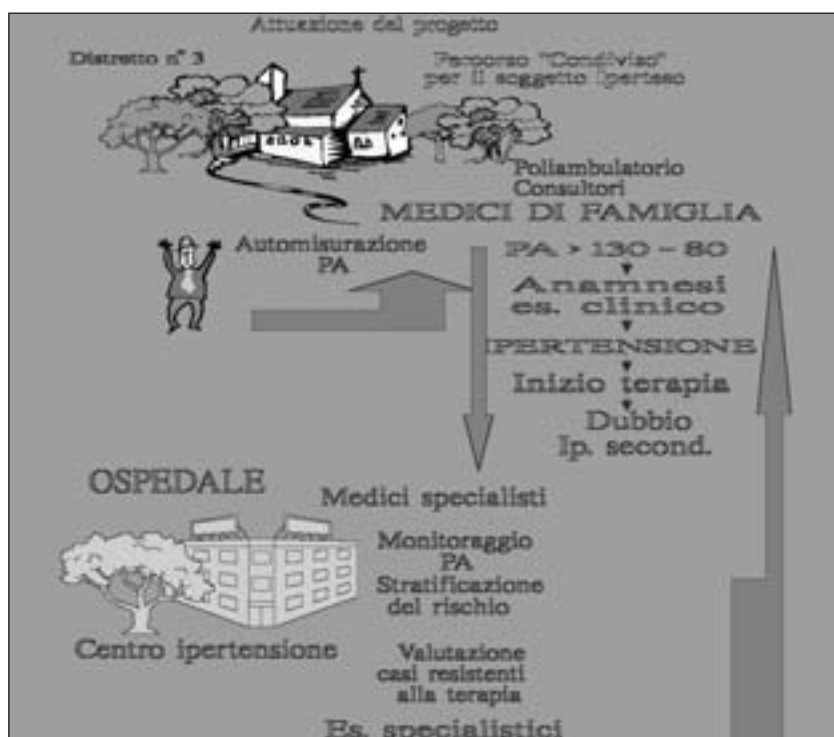


Figura 1. Il "percorso" per il soggetto iperteso in Valle d'Aosta.

ter diagnostico e al trattamento dell'ipertensione arteriosa (Figg. 2-3-4-5).

- 3^a riunione *esecutiva* a febbraio 2004:
 - revisione e stesura definitiva del "profilo di cura ipertensione";
 - acquisizione da parte dei medici interessati di tutto il materiale cartaceo informativo (Linee Guida, metodiche di misurazione della PA, misure igienico-dietetiche, norme per affrontare i principali fattori di rischio associati quali l'ipercolesterolemia, l'abitudine al fumo, l'abuso alcolico e la vita sedentaria ecc.).
- 4^a riunione *operativa* a maggio 2004:
 - presentazione del progetto e della sua iniziale sperimentazione alla Dirigenza Sanitaria locale, ai maggiori esponenti della SIIA sez. Piemonte e Liguria, e a tutti i 120 medici di famiglia operanti sul territorio valdostano;
 - presentazione delle Linee Guida europee ESH/ESC cui si è fatto maggiore riferimento e dei temi più salienti inerenti al problema ipertensione arteriosa;
 - presentazione dell'operato del Centro Ipertensione

e somministrazione a tutti i medici valdostani presenti di un questionario attraverso cui si sono raccolte le principali criticità in merito all'applicazione delle Linee Guida, alla collaborazione con il Centro ospedaliero e alla gestione dell'assistito iperteso;

- approvazione dei lavori da parte della SIIA e della Dirigenza Sanitaria locale e presupposti per ulteriori riunioni *valutative* (verifica dell'impatto sui partecipanti dei lavori svolti, del miglioramento del rapporto medico-soggetto iperteso, del miglioramento del rapporto tra medicina del territorio e ospedale, suggerimenti e modifiche) e *osservazionali* (quanti ipertesi di nuovo riscontro, quanti ipertesi trattati, quanti ben controllati, quanti studiati in rapporto al rischio cardiovascolare).

Le tappe successive

Nella primavera 2004 la Direzione Sanitaria aveva proposto di estendere il progetto a tutti i medici di assistenza primaria operanti sul territorio valdostano.



REGIONE VALLE D'AOSTA
SPERIMENTAZIONE ANTERTENSIVA
(Dott. Francesco - Dott. Paolo - Dott. Roberto)

OSPEDALE TERAPISTICO
Dott. Paolo - Dott. Roberto

PROFILO DI CURA IPERTENSIONE ARTERIOSA

*Percorso condiviso tra Ospedale e Territorio
Sperimentato con Area Territoriale - Distretto n. 3*

Medici di Assistenza Primaria
U.B. Medicina Generale
Direttore: Dr. Pietro Bosso

Centro diagnosi e cura Ipertensione Arteriosa
Responsabile: Dr.ssa M. Sabina Modesti

Percorso "Condiviso" per il soggetto iperteso

Stratificazione del rischio per quantificare la prognosi

Altri fattori di rischio o anamnesi	Pressione arteriosa (mmHg)				
	Normale PAS 120-139 o anamnesi PAS 90-94	Normale alta PAS 140-139 o anamnesi PAS 95-99	Grado 1 PAS 140-159 o anamnesi PAS 100-109	Grado 2 PAS 160-179 o anamnesi PAS 110-119	Grado 3 PAS ≥ 180 o anamnesi PAS ≥ 110
nessun altro fattore di rischio	Rischio nella media	Rischio nella media	Rischio aggiuntivo basso	Rischio aggiuntivo moderato	Rischio aggiuntivo elevato
1-2 fattori di rischio	Rischio aggiuntivo basso	Rischio aggiuntivo basso	Rischio aggiuntivo moderato	Rischio aggiuntivo moderato	Rischio aggiuntivo molto elevato
3 o più fattori di rischio o TOD o diabete	Rischio aggiuntivo moderato	Rischio aggiuntivo elevato	Rischio aggiuntivo elevato	Rischio aggiuntivo elevato	Rischio aggiuntivo molto elevato
CCA	Rischio aggiuntivo elevato	Rischio aggiuntivo molto elevato	Rischio aggiuntivo molto elevato	Rischio aggiuntivo molto elevato	Rischio aggiuntivo molto elevato

CCA: cardiopatia coronarica; TOD: ipertensione arteriosa sistolica; PAS: pressione arteriosa sistolica; PAD: pressione arteriosa diastolica.

Approccio terapeutico

PAS 130-139 o PAS 90-99 mmHg in soggetti normotensivi (PA normale alta)

Valutare la presenza di altri fattori di rischio, TOD (in particolare renale), diabete, CCA

Indicare con modificazioni dello stile di vita e la correzione di altri fattori di rischio o malattie

Indagini di laboratorio

Test di routine

- Glicemia (preferibilmente a digiuno)
- Cholesterolio totale
- Cholesterolio HDL
- Trigliceridemia a digiuno
- Uricemia
- Creatinemia
- Potassiemia
- Emoglobina ed ematocrito
- Analisi delle urine (storico delle urine completo da un'analisi del sedimento urinario)
- Elettrocardiogramma

Test raccomandati (gestiti dal centro specialistico)

- Eccardiogramma
- Valutazione ultrasonografica di arterie carotidi e femorali
- Proteina C reattiva
- Microalbuminuria (test essenziale nella popolazione diabetica)
- Proteinuria quantitativa (nel caso in cui lo stick sia positivo)
- Esame fundus oculi (nell'ipertensione severa)

Valutazione più completa

- Ipertensione complicata: test di valutazione della funzionalità cardiaca, cerebrale e renale
- Cercare la presenza di forme secondarie di ipertensione (misurazione di renina, aldosterone, corticosteroidi, catecolamine, arteriografia, ecografia renale e surrenalica, tomografia assiale computerizzata, risonanza magnetica cerebrale)

Possibili combinazioni tra differenti classi di farmaci antipertensivi

Le combinazioni più razionali sono rappresentate come linee continue. ACE, acronimo di inibitori dell'enzima di conversione, i diuretici segnalano la classe di farmaci antipertensivi (i cui benefici sono stati dimostrati da trial clinici di intervento terapeutico).

OGGETTIVO PRIMARIO E FONDAMENTALE
RIDURRE I VALORI PRESSORI
MODIFICAZIONE INCIPIVA DEGLI STILI DI VITA

IL MEDICO DOVREBBE PERSONALIZZARE LA TERAPIA ANTIPERTENSIVA NEL SINGOLO PAZIENTE TENENDO CONTO DEL PROFILO DI RISCHIO INDIVIDUALE, DELLA PATOLOGIA ASSOCIATA, DELLE SUE PREFERENZE TERAPEUTICHE, DEL PAZIENTE STESSO (la tollerabilità di un farmaco, tempi di assunzione, se in ultima analisi del costo del farmaco stesso).

Fonte: Guida EPOC 2005

PER CONTATTI DIRETTI

Medico di Famiglia - Centro Ipertensione

LUN - VEN ore 8.00 - 13.00

tel. 0165/543323 - 0165/543820
fax 0165/543626

Figure 2-5. Il "pieghevole" riassuntivo in dotazione ai medici del territorio valdostano.

L'obiettivo era stato raggiunto con la riunione operativa del maggio 2004 e con la successiva distribuzione ai medici del "pieghevole".

Nello stesso tempo il "profilo di cura ipertensione" è riconosciuto come progetto esportabile dalla Direzione Sanitaria dell'Ospedale Regionale ed è fatto rientrare nel progetto Ospedale-Territorio Rete Valle d'Aosta-Rete Piemonte.

1. Nell'autunno 2004 la Direzione Sanitaria chiede di operare il coinvolgimento della popolazione valdostana. L'obiettivo è raggiunto in occasione della Settimana Nazionale per l'ipertensione arteriosa del mese di novembre 2004, diffondendo un manifesto, commissionato all'ufficio stampa dell'USL, che riporta il "percorso" e invita la popolazione a misurare la pressione arteriosa facendo riferimento ai medici di famiglia: "Controlla la tua pressione e parlane con il tuo medico. Centro Ipertensione e medici di famiglia in Valle d'Aosta si comportano così..." (Fig. 6). Lo scopo viene perseguito anche attraverso interventi sulla stampa e sulle televisioni locali.
2. In quell'occasione l'Assessorato Regionale alla Sanità e alle Politiche Sociali accoglie il progetto ipertensione nel più ampio programma di prevenzione regionale "Gioca d'anticipo... vinci la vita".
3. A maggio 2005 la Direzione Sanitaria chiede al Centro Ipertensione di presentare una bozza di corso biennale per i medici di famiglia che si preparano a seguire il "Profilo di cura ipertensione arteriosa". Nel luglio 2005 il Centro elabora un programma di corso per il biennio 2005-2006, chiamato "La gestione del soggetto iperteso e l'individuazione del rischio cardiovascolare". Il corso, rivolto a 30 medici di assistenza primaria, comprende momenti di approfondimento teorico (con la partecipazione di esperti) e momenti di approfondimento pratico (gestione interattiva del soggetto iperteso presso il Centro ospedaliero stesso). La bozza del programma è approvata dalla Direzione Sanitaria dell'Ospedale Regionale. La competente commissione attribuisce 25 punti di accredito ECM per i 30 medici partecipanti.
4. Il 14 ottobre 2005 il corso ha inizio con l'incontro "Profilo di cura ipertensione: confronto a distanza di un anno" (presentato dal Direttore Sanitario,



Figura 6. Il manifesto per la popolazione valdostana.

dall'Assessore alla Sanità locale, dal Direttore dell'UB di Medicina dell'Ospedale Regionale), che vede partecipare gli esperti piemontesi e liguri della SIIA, i colleghi ospedalieri coinvolti nella gestione del rischio cardiovascolare cui il soggetto iperteso è esposto, un rappresentante dei medici di famiglia valdostani e i componenti del Centro Ipertensione. Finalità del corso sono:

- fornire ai 30 medici di famiglia coinvolti gli strumenti teorici e pratici per la gestione del soggetto iperteso, per l'individuazione di concomitanti fattori di rischio cardiovascolare e di eventuali condizioni cliniche associate, per l'individuazione dell'ipertensione arteriosa secondaria, per il trattamento dell'ipertensione complicata dalla presenza di danno d'organo e/o condizioni cli-

niche associate, per il trattamento dell'ipertensione essenziale con particolare attenzione a educare il paziente nel modificare in maniera incisiva abitudini e stili di vita;

- ottenere un numero già considerevole di medici di assistenza primaria della Valle d'Aosta preparati ad affrontare in modo uniforme e condiviso la problematica dell'ipertensione arteriosa e del rischio cardiovascolare a essa connesso;
- favorire la consapevolezza dei ruoli e migliorare la collaborazione fra medicina del territorio, Centro ospedaliero valdostano, Centri Ipertensione limitrofi e SIIA.

CONCLUSIONI

Dal 2003 a tutt'oggi, il Centro Ipertensione dell'Ospedale Regionale di Aosta ha abbattuto i tempi di attesa di una prima visita a 20 giorni; ha ridotto i controlli e aumentato le prime visite; ha avviato un Day Service in loco per stratificare il rischio del soggetto iperteso da rinviare al medico di famiglia; ha avviato la gestione delle ipertese gravide collaborando con gli ostetrici nel ridurre le complicanze che tale condizione può generare (Linee Guida locali per il trattamento delle Gravide Ipertese in Valle d'Aosta del 2002 aggiornate nel 2004); ha collaborato con l'Università e con la SIIA per diffondere l'informazione in Valle d'Aosta in merito al problema ipertensione e

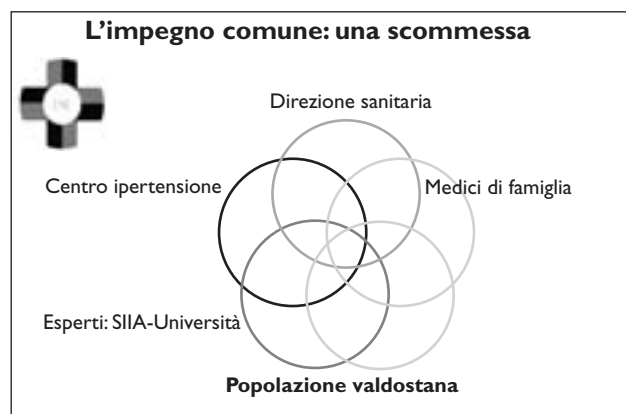


Figura 7. Il progetto di collaborazione.

rischio cardiovascolare; ha portato avanti, intensificandolo, il rapporto di collaborazione e interazione con il medico di famiglia e ha posto le premesse per un progetto che vede medico di famiglia, specialista, Direzione Sanitaria coalizzati nell'azione di prevenzione dalla malattia cardiovascolare (Fig. 7).

Fonti

- Joint National Committee VII.
Linee Guida europee ESH/ESC per il trattamento dell'ipertensione arteriosa 2003.
Piano Socio-sanitario della Valle d'Aosta 2002-2004.
Proposta Piano Regionale per la salute ed il benessere sociale 2006-2008 per la regione VDA.