

Percorso di gestione primo - secondo livello dell'ipertensione

Tratto dalle conclusioni del Dipartimento Cardiocircolatorio, Ipertensione e Aritmia, IV Congresso della Corte di giustizia Popolare per il Diritto alla Salute (Rimini, 20-22 Novembre 2015), e condiviso da FIMMG, Senior Italia e le società scientifiche

Componenti Fimmg Dipartimento Cardiocircolatorio, Ipertensione e Aritmia :

***DOMENICO GRIMALDI
CAMPISI ANTONINO
GRIFAGNI MARCELLO***

Coordinatore Scientifico: DARIO GRISILLO

LA GESTIONE DI PRIMO LIVELLO:

COMPETENZA DELLA MEDICINA GENERALE ORGANIZZATA

PREREQUISITI

- Organizzazione del lavoro in *Team* mono professionale (AFT)
- **Adozione della metodica della medicina di iniziativa**
- Individuazione di sedi comuni di svolgimento delle attività di medicina di iniziativa (strutturazione della AFT)
- Acquisizione di personale di studio e sua specifica formazione
- Acquisizione di tecnologia diagnostica di primo livello e nella fattispecie:
 - Diagnostica laboratorio – *doctor office*: glicemia, azotemia, uricemia, creatininemia, elettroliti urine/ proteinuria, colesterolo tot, HDL e trigliceridi;
 - Elettrocardiografo;
 - Ecografo vascolare;
 - Sfigmomanometro – Holter pressorio.
- Adozione del sistema informativo di AFT in grado di garantire interoperabilità delle cartelle cliniche ed interoperabilità in modalità di telemedicina con la strumentazione diagnostica rappresentato dal *Cloud* di Netmedica Italia.

COMPITI PRIORITARI DEL MMG

Ai medici di medicina generale così organizzati spetta come compito prioritario, ma pur sempre inserito nella gestione condivisa con lo specialista:



Diagnosi precoce



Prima diagnosi ed impostazione degli interventi



Follow-up di primo livello

DIAGNOSI PRECOCE

- Definire la coorte dei pazienti a rischio su cui eseguire il controllo pressorio (pressione arteriosa clinica o anche monitoraggio domiciliare)
- Formalizzare la diagnosi di ipertensione arteriosa in accordo con i criteri di diagnosi
- Programmare una rivalutazione periodica dei pazienti a rischio in cui non è stato possibile fare diagnosi

PRIMA DIAGNOSI ED IMPOSTAZIONE DEGLI INTERVENTI 1/2

- Confermare la diagnosi di ipertensione arteriosa in accordo con i criteri di diagnosi e di “gravità”.
- Definire se si tratta di ipertensione secondaria.
- Definire il rischio Cv globale.
- Valutare nel *setting* della medicina generale la presenza/assenza del danno d’organo già in atto e complicanze/le condizioni cliniche associate e richiedere la collaborazione dello specialista di branca per le complicanze gravi, per specifici accertamenti strumentali e per una collegiale valutazione del paziente.
- Valutare le comorbidità sulla base dei dati presenti in cartella clinica computerizzata.
- Definire il *target* pressorio ottimale da raggiungere valutando le specifiche condizioni del paziente e la presenza di particolari condizioni/patologie.

PRIMA DIAGNOSI ED IMPOSTAZIONE DEGLI INTERVENTI 2/2

- Impostare gli interventi no farmacologici.
- Impostare la terapia farmacologica secondo linee guida, tenendo conto delle eventuali condizioni particolari del paziente (giovani, anziani, donne in particolari situazioni ecc.) avendo cura di armonizzare la terapia specifica per l'ipertensione con le altre terapie necessarie al paziente nel quadro della gestione complessiva delle complicanze e delle comorbidità.
- Assicurare la prevenzione vaccinale.
- Mettere in atto, anche con l'ausilio del personale, le misure preventive volte alla disassuefazione dal fumo ed alla modifica degli stili di vita.
- Mettere in atto, con l'ausilio del personale appositamente formato, le iniziative volte all'*empowerment* del paziente volto alla conoscenza della patologia ed alla acquisizione delle competenze necessarie all'autocontrollo ed autogestione.

FOLLOW-UP DI PRIMO LIVELLO 1/3

Impostare la frequenza dei controlli successivi da eseguirsi sempre nel *setting* della Medicina Generale in un'ottica di medicina di iniziativa modulando la frequenza in funzione del raggiungimento del target pressorio prefissato per il singolo paziente in accordo con:

- le indicazioni delle linee guida,
- la necessità di controllo periodico di presenza/assenza del danno d'organo asintomatico e della eventuale presenza e gravità delle complicanze, tenendo conto che alcune complicanze/patologie (diabete, sindrome delle apnee ostruttive, nefropatia, vasculopatia cerebrale–ictus, cardiopatia ischemica-infarto scompenso, fibrillazione atriale, arteriopatia obliterante periferica, disfunzione sessuale ecc.) in cui la ipertensione è componente importante, seguono comunque, per il follow-up le indicazioni delle rispettive specifiche linee guida.

FOLLOW-UP DI PRIMO LIVELLO 2/3

È necessario ad ogni visita:

- eseguire controllo pressorio – raggiungimento target predefinito
- Il miglioramento del controllo pressorio avrebbe un duplice vantaggio: in termini di conseguenze legate alla Ipertensione Arteriosa e in termini economici
 - Secondo uno studio 281 mila casi di eventi cardiovascolari potrebbero essere prevenuti, con un risparmio di circa 1,26 miliardi di euro in 5 Paesi Europei (Francia, Germania, Italia, Svezia, Regno Unito)
- eseguire controllo dei parametri ematochimici (creatinina, elettroliti, proteinuria – microalbuminuria)
- rivalutare e confermare o modificare conseguentemente la terapia farmacologica
- valutare lo stato di nutrizione e confermare-modificare le indicazioni nutrizionali
- valutare il grado di obesità/ sovrappeso e dare gli opportuni consigli
- mettere in atto, anche con l’ausilio del personale, le misure preventive volte alla disassuefazione dal fumo ed alla modifica degli stili di vita
- prescrivere la terapia per la disassuefazione dal fumo nei soggetti che accettano di smettere di fumare
- mettere in atto, con l’ausilio del personale appositamente formato, le iniziative volte all’*empowerment* del paziente.

FOLLOW-UP DI PRIMO LIVELLO 3/3

È necessario periodicamente:

- Assicurare la prevenzione vaccinale nei momenti opportuni
- Procedere al controllo periodico delle complicanze (frequenza consigliata in caso di assenza di complicanze o di presenza ma di bassa – media gravità. Una maggior gravità della complicanza richiede controlli più ravvicinati definiti dallo specialista di branca.

PERIODICITÀ	TIPO DI CONTROLLO
<u>UNA VOLTA L'ANNO</u>	<ul style="list-style-type: none"> • volume di filtrato glomerulare (GFR) • profilo lipidico • ECG basale • esame polsi periferici, ricerca soffi vascolari • presenza di disfunzione erettile
<u>UNA VOLTA OGNI DUE ANNI</u>	<ul style="list-style-type: none"> • fondo dell'occhio
<u>OGNI TRE ANNI</u>	<ul style="list-style-type: none"> • indice di windsor (se normale) • Se rischio cardiovascolare elevato: <ul style="list-style-type: none"> ✓ ecocolordoppler carotideo, ✓ ecocolordoppler arti inferiori, ✓ ECG da sforzo

N.B. tutte le attività di cui sopra devono essere erogate sia in studio che a domicilio, prevedendo in quest'ultimo caso l'utilizzo della diagnostica a domicilio in modalità telemedicina e l'eventuale telerefertazione – teleconsulto col diabetologo/specialista di branca.

LA GESTIONE DI SECONDO LIVELLO:

COMPETENZA DELLO SPECIALISTA DI BRANCA

SITUAZIONI DI INVIO ALLO SPECIALISTA DA PARTE DEL MMG

1. Dopo la prima diagnosi, per il riscontro di forme secondarie, di complicanze risultate gravi, per specifici accertamenti strumentali e per una collegiale valutazione del paziente
2. A giudizio del MMG per difficoltà a mantenere il controllo pressorio
3. Durante il *follow-up* periodico, relativamente alle complicanze/danno d'organo, per la esecuzione di esami strumentali o per peggioramento della loro gravità
4. Durante il follow-up per la cogestione delle patologie concomitanti che presentano gradi di compromissione elevati, secondo le specifiche linee guida
5. Tutte le volte che il MMG lo ritenga utile

SITUAZIONI CHE RICHIEDONO LA GESTIONE SPECIALISTICA DEL FOLLOW-UP

1. Ipertensione resistente

2. Patologie concomitanti che presentano gradi di compromissione elevati, secondo le specifiche linee guida

La presenza di forme secondarie e/o la comparsa di complicanze/ danno d'organo oltre un certo livello di gravità richiede che il follow-up periodico, di solito necessitante di tecnologia diagnostica di secondo livello e di competenze specialistiche multiprofessionali, sia guidato dallo specialista di branca, che comunque si terrà in stretto contatto col MMG a cui rimane comunque il compito di gestire complessivamente il paziente e le comorbidità.

Inoltre tutte le volte che il MMG sentirà la necessità di acquisire una seconda opinione specialistica, potrà attivare la consulenza in modalità telemedicina od utilizzare la gestione condivisa tramite cruscotto di patologia se attivato.