

Sezione I

Ambulatorio Cardiologico per l'Ipertensione Arteriosa: organizzazione e strategia

Sergio Pede, Diego Vanuzzo*

Unità Operativa di Cardiologia, Ospedale "N. Melli", San Pietro Vernotico, AUSL BR/1, Brindisi, *Centro per la Lotta contro le Malattie Cardiovascolari, ASS 4 Medio Friuli, Agenzia Regionale della Sanità Friuli-Venezia Giulia, Udine

(Ital Heart J 2000; 1 (Suppl 5): 11-15)

Per la corrispondenza:

Dr. Sergio Pede

Unità Operativa
di Cardiologia
Ospedale "N. Melli"
Via Lecce, 246
72027 San Pietro
Vernotico (BR)
E-mail:
spede@mail.clio.it

Ipertensione arteriosa: dimensione e connotazione del problema

Secondo un recente rapporto tecnico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'ipertensione arteriosa risulta "il più frequente disordine cardiovascolare", presente in circa il 20% della popolazione adulta di molti paesi¹; in Italia, in base ai dati forniti recentemente dall'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, l'ipertensione arteriosa interessa il 31% degli uomini ed il 29% delle donne di età compresa tra 35 e 74 anni².

Oltre che ad alta prevalenza l'ipertensione arteriosa è una condizione ad elevato rischio cardiovascolare: rispetto ai soggetti normotesi gli ipertesi vengono colpiti dagli eventi cardiovascolari morbosi con una frequenza media da 2 a 3 volte maggiore; la relazione tra pressione arteriosa (PA) ed eventi cardiovascolari è positiva, lineare e continua³.

Il ruolo causale dell'ipertensione arteriosa nella patogenesi delle malattie cardiovascolari è confermato dai risultati di numerosi trial clinici, che hanno documentato una riduzione del rischio di stroke, insufficienza cardiaca e infarto miocardico in soggetti ipertesi nei quali erano stati ridotti i valori di PA⁴.

In effetti, negli Stati Uniti, la riduzione di morbilità e di mortalità attribuibili all'ipertensione arteriosa è stata registrata nel periodo di tempo che va dal 1976 al 1991, quando, a seguito del lancio di uno specifico programma di sensibilizzazione, la percentuale di americani ipertesi sottoposti a terapia è salita dal 31 al 55%⁵. Tuttavia negli anni successivi questa tendenza favorevole ha subito

un rallentamento: la mortalità per ictus per fascia di età è lievemente aumentata, il declino dell'incidenza di cardiopatia ischemica nelle diverse fasce di età si è bloccato, sono aumentate l'incidenza di insufficienza renale terminale e di insufficienza cardiaca⁵. Parallelamente a questo rallentamento è stato registrato un calo nel grado di consapevolezza, di trattamento e di controllo dell'ipertensione arteriosa, tanto che nel 1997 soltanto il 27.4% dei pazienti ipertesi americani presentava un controllo adeguato dei valori di PA: *pressione sistolica < 140 mmHg e pressione diastolica < 90 mmHg*⁵.

Questa situazione è stata riscontrata in molti altri paesi; in Italia, una recente analisi dei dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare ha evidenziato un controllo adeguato dell'ipertensione arteriosa solo nel 30.67% delle donne e nel 25.5% degli uomini in trattamento antipertensivo⁶.

Nel loro complesso i dati fin qui riportati attestano che l'ipertensione arteriosa è:

- una condizione ad elevata prevalenza nella popolazione;
- una condizione ad elevato rischio di eventi cardiovascolari avversi;
- una condizione difficile da controllare.

Tutto questo configura l'ipertensione arteriosa come "un problema maggiore di salute pubblica"³.

L'Ambulatorio Cardiologico per l'Ipertensione Arteriosa: una risposta al problema

Ogni programma finalizzato a dare soluzione al problema rappresentato dall'i-

ipertensione arteriosa deve tenere conto di almeno tre elementi:

- organizzazione sanitaria,
- continuità assistenziale,
- disponibilità di risorse.

Organizzazione sanitaria. Nel nostro Sistema Sanitario l'assistenza viene erogata a domicilio, nelle strutture del territorio (Ambulatori di Medicina Generale e Specialistica) e nell'ospedale; la fruizione dell'ospedale da parte degli utenti avviene secondo due modalità: degenza in corsia (ricovero ordinario o in day-hospital) e assistenza in Ambulatorio (generale o dedicato).

Questa seconda modalità è particolarmente funzionale all'attuale impostazione del Servizio Sanitario Nazionale, che tende a spostare la gestione della salute dalla cura in degenza ospedaliera a quella su pazienti non ricoverati⁷.

Continuità assistenziale. L'ipertensione arteriosa ha un andamento cronico e progressivo e le patologie ad essa correlate (cardiopatía ischemica, scompenso cardiaco, ecc.) presentano frequenti episodi di riacutizzazione e di instabilizzazione clinica; per un'adeguata gestione di queste situazioni è particolarmente indicata una strategia di continuità assistenziale, basata sul coinvolgimento delle diverse strutture sanitarie (ospedaliere e territoriali) e dei diversi operatori (medici specialisti, medici di Medicina Generale, infermieri); l'Ambulatorio ospedaliero sviluppa le proprie attività sia con le diverse componenti dell'ospedale di appartenenza (strutture di degenza cardiologica, Laboratori di Cardiologia, Pronto Soccorso, Unità Operative di altra specialità) sia con il territorio di riferimento (utenti, medici di Medicina Generale, operatori del Poliambulatorio territoriale); attraverso queste interazioni l'Ambulatorio ospedaliero svolge il ruolo di *elemento di raccordo e di integrazione operativa tra ospedale e territorio* (Fig. 1) e si configura come modello organizzativo congeniale alle esigenze di continuità assistenziale dei pazienti ipertesi⁸.

Disponibilità di risorse. In Italia come nel resto del mondo si avverte la necessità di un raccordo tra *effica-*

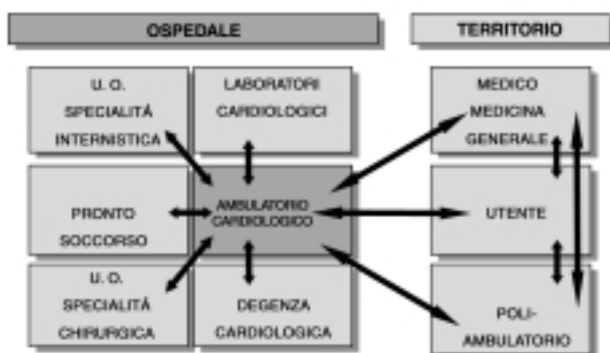


Figura 1. Ruolo dell'Ambulatorio Cardiologico.

cia (appropriatezza e qualità dei risultati) ed *efficienza* (razionalizzazione delle risorse economiche) delle prestazioni mediche; in questo contesto, particolare attenzione va posta alla diversità di costi in relazione alle diversità di modalità di gestione dei percorsi valutativi e dei trattamenti farmacologici: secondo quanto previsto dallo specifico Nomenclatore⁹, l'insieme degli esami da eseguire obbligatoriamente in tutti i pazienti, così come previsto dalle linee guida, integrato da una visita specialistica cardiologica, ha un costo complessivo di 167 225 lire, circa un terzo del costo di un ricovero in day-hospital per ipertensione e poco più di 1/20 del DRG 134 (ipertensione); anche integrando gli esami di base con quelli necessari per la stratificazione prognostica (ecocardiogramma, eco-Doppler cardiaco, ecografia dei vasi epiaortici, monitoraggio ambulatoriale della PA, fundus oculi) il percorso valutativo in regime ambulatoriale mantiene un costo vantaggioso e, in quanto tale, rispondente alle esigenze dell'attuale impostazione del Sistema Sanitario Nazionale.

L'analisi di questi tre elementi mette in evidenza come l'*assistenza ambulatoriale* abbia le caratteristiche adeguate per costituire una possibile soluzione alle problematiche scientifiche, cliniche e gestionali connesse all'ipertensione arteriosa.

Su questa base un *modello* proponibile è quello dell'*Ambulatorio Cardiologico per l'Ipertensione Arteriosa*, inteso come modalità organizzativa delle Unità Operative di Cardiologia specificatamente rivolta alla gestione dei pazienti con ipertensione arteriosa e con patologia cardiovascolare correlata.

Il modello è caratterizzato da tre elementi:

- è un ambulatorio dedicato,
- è una modalità organizzativa,
- ha una connotazione cardiologica.

Ambulatorio Cardiologico per l'Ipertensione Arteriosa.

Ambulatorio dedicato. I pazienti ipertesi sono molti, sono a rischio e sono difficili da curare; tutto ciò rende necessario che ad essi sia rivolta una specifica organizzazione assistenziale volta a garantire continuità e completezza dei percorsi diagnostici e terapeutici.

Modalità organizzativa. La necessità di un approccio globale alle problematiche dei pazienti ipertesi e di valutazioni clinico-strumentali, spesso sequenziali, in laboratori diversificati richiede l'inserimento organico dell'*assistenza ambulatoriale dedicata* in una struttura ospedaliera, più o meno complessa, ma unica e non suddivisa in una serie di forme organizzative autonome, che metterebbero a rischio l'interazione tra operatori e strutture e la continuità assistenziale.

Connotazione cardiologica. L'allocazione dell'Ambulatorio dedicato nelle strutture cardiologiche deriva da diverse constatazioni:

- una serie di indagini che servono per la valutazione basale, per la stratificazione del rischio e per la ricerca delle complicanze nei pazienti ipertesi sono di pertinenza cardiologica;
- l'elevata incidenza di eventi cardiaci avversi in questi pazienti e la conseguente necessità di prevenirli o di gestirli, quando già insorti, rende il cardiologo la figura professionale di riferimento sia per i medici di Medicina Generale sia per gli stessi pazienti;
- la globalità di approccio e la completezza dei percorsi diagnostico-terapeutici transitati da questi pazienti è garantita dalla metodologia e dalla pratica clinica seguite nelle strutture cardiologiche¹⁰.

Il trasferimento del modello, così formulato, dal piano della propositività a quello dell'operatività richiede la definizione e la precisazione di quattro elementi:

- competenza dell'Ambulatorio,
- ruolo degli operatori,
- strumento di raccordo operativo,
- ambito territoriale di attività.

Competenza dell'Ambulatorio. Le indicazioni al trattamento antipertensivo contenute nelle più recenti linee guida sono basate non soltanto sui valori della PA ma anche sul grado di rischio del singolo paziente valutabile attraverso la presenza o meno di altri fattori di rischio, di danno d'organo e di manifestazioni cliniche di patologia cardiovascolare.

Sulla base di queste raccomandazioni l'approccio ai pazienti che afferiscono all'Ambulatorio è articolabile in:

- percorso valutativo "di primo livello", obbligatorio per tutti gli ipertesi;
- percorso valutativo "di secondo livello" per pazienti con sospetta complicanza o già complicati.

Gli obiettivi della valutazione sono:

- conferma dello stato ipertensivo e definizione della sua natura,
- valutazione del rischio cardiovascolare globale,
- stratificazione prognostica,
- definizione delle complicanze.

I dati raccolti con i percorsi valutativi costituiscono la base di riferimento per le scelte di gestione sia del trattamento sia del follow-up del singolo paziente.

Gli ipertesi gestibili nell'Ambulatorio sono:

- pazienti in fase di iniziale definizione dello stato ipertensivo;
- pazienti con resistenza al trattamento e con difficoltà di controllo delle condizioni di rischio;
- pazienti con complicanze cardiovascolari.

Ruolo degli operatori. Elemento indispensabile per un'efficace ed efficiente strategia di continuità assistenziale è il *rapporto collaborativo* tra gli operatori coinvolti nell'assistenza: medico di Medicina Generale, cardiologo, infermiere. La validità di questo rapporto si basa sulla chiara definizione del ruolo di ognuna delle figure professionali interessate:

- medico di Medicina Generale: ha *ruolo di decisore*; avvia il percorso diagnostico, controlla il percorso terapeutico e gestisce il follow-up dei pazienti;
- cardiologo: ha *ruolo di consulente e di referente*; interviene sul percorso diagnostico-terapeutico su richiesta del medico di Medicina Generale e diversifica gli interventi in base alle condizioni dei singoli pazienti;
- infermiere: ha *ruolo di collaboratore*; nell'Ambulatorio dedicato assolve ad una serie di compiti (appuntamento, preparazione dei pazienti, controllo apparecchiature, esecuzione di esami), che danno organicità alle prestazioni assistenziali.

Strumento di raccordo operativo. L'articolazione del rapporto collaborativo tra medico di Medicina Generale e cardiologo referente dell'Ambulatorio dedicato necessita di indirizzi operativi, che garantiscono organicità dei percorsi diagnostici e terapeutici transitati dai pazienti. A tale esigenza rispondono le linee guida che forniscono indicazioni decisionali basate sulle evidenze scientifiche e sui risultati di studi epidemiologici e di trial clinici. La sostanziale convergenza tra le ultime edizioni delle due più importanti linee guida internazionali (JNC, WHO-ISH)^{5,11} fa di esse uno strumento di indiscutibile validità per il raccordo operativo tra gli operatori. Le linee guida prodotte recentemente dalla Commissione Congiunta ANMCO-SIC-SIIA rappresentano un originale e completo riferimento decisionale per la gestione degli ipertesi che si complicano con patologia cardiaca¹².

Ambito territoriale di attività. In base all'art. 3 del D.L. 229 il *Distretto* si configura come la struttura organizzativa che coordina i medici di Medicina Generale, gli specialisti ospedalieri e quelli ambulatoriali per l'assistenza primaria, favorendo la continuità assistenziale¹³. Questo preciso ed attuale riferimento normativo si raccorda con le esigenze di operatività dell'Ambulatorio Cardiologico per l'Iipertensione Arteriosa e ne indica il Distretto come definito ambito di attività.

Da Ambulatorio Cardiologico per l'Iipertensione Arteriosa ad Ambulatorio Cardiologico per l'Iipertensione Arteriosa e la Cardiologia Preventiva: l'evoluzione di una strategia

Come precedentemente sottolineato, l'ipertensione arteriosa è stata il primo dei fattori di rischio modificabili in cui è stata dimostrata scientificamente la possibilità di un controllo efficace, capace cioè di ridurre la patologia connessa a questa condizione. L'evoluzione della ricerca epidemiologica e preventiva nell'ambito delle malattie cardiovascolari ha portato al concetto di *rischio cardiovascolare globale* quale indicatore per la valutazione ed il trattamento del soggetto/paziente. Il consenso su tale approccio è molto vasto e confermato anche dalle recenti linee guida delle Società Europee di

Cardiologia, Ipertensione, Aterosclerosi, Medicina Generale e Medicina Comportamentale¹⁴. La PA e l'ipertensione hanno un ruolo chiave nella valutazione del rischio cardiovascolare globale sia in senso prognostico che terapeutico, perché i valori pressori desiderabili variano proprio in relazione al rischio globale, come sarà esplicitato in altre parti di questa monografia. Con questa connotazione è quindi chiaro che l'Ambulatorio Cardiologico per l'Ipertensione Arteriosa va ampliato concettualmente per definirsi *Ambulatorio Cardiologico per l'Ipertensione Arteriosa e la Cardiologia Preventiva* (AC-IACP) senza nulla togliere alle modalità organizzative già esposte, semmai integrandole sul piano della professionalità. Senza entrare nel dettaglio dei compiti, della struttura e dell'organizzazione delle Unità o Sezioni di Epidemiologia e Prevenzione Cardiovascolare, cui l'AC-IACP può afferire (reperibili in altra pubblicazione¹⁵) va chiarito che l'AC-IACP si configura quale Ambulatorio di riferimento per la prevenzione dell'alto rischio e secondaria, sviluppando la competenza cardiologica non solo per l'ipertensione arteriosa ma anche per le dislipidemie e il diabete tipo 2, con precisi protocolli operativi. Per il sovrappeso, obesità, fumo ed attività fisica è ipotizzabile che il personale dell'AC-IACP svolga una funzione di consulenza nei confronti di iniziative, ad esempio corsi *ad hoc*, che coinvolgono altre competenze (psicologi, dietologi-dietisti, fisioterapisti, conduttori di gruppi, ecc.). Con questa configurazione, che rappresenta una ridefinizione strategica degli obiettivi nella prevenzione cardiovascolare, l'AC-IACP richiede per i suoi attori un importante investimento formativo sia in senso ricettivo, per impadronirsi degli strumenti adeguati, sia in senso propositivo per condividerli con gli altri operatori coinvolti: altri cardiologi, medici di altre strutture operative, medici di Medicina Generale, Responsabili di Distretto, ecc.

La Rete degli Ambulatori Cardiologici per l'Ipertensione Arteriosa e la Cardiologia Preventiva

La spinta culturale che ha portato alla definizione dell'AC-IACP lascia comunque irrisolte alcune questioni importanti per la sanità pubblica, in relazione non solo alla necessità di definire indicatori di efficacia e di efficienza, ma di valutare l'impatto organizzativo sui risultati conseguiti in termini di riduzione della patologia prevenibile. È chiaro che quest'ultimo aspetto, sia pure capitale, è difficilmente valutabile per i singoli AC-IACP, per le dimensioni numeriche dei soggetti/pazienti che ciascuno di essi può seguire. Se però gli AC-IACP costituiscono una *rete*, tale valutazione diventa realistica ed estremamente importante per definire la priorità di allocazione delle sempre più contingentate risorse disponibili. Esistono due linee di lavoro dell'epidemiologia e prevenzione: la ricerca degli esiti (*outcome research*) e la valutazione di processo che defini-

scono i criteri e gli strumenti a cui la rete degli AC-IACP deve adeguarsi per ottenere valutazioni affidabili. Sinteticamente, si tratta di configurare la raccolta dati in tre momenti fondamentali: la descrizione delle proprie modalità operative, l'arruolamento ed il follow-up clinico del soggetto/paziente e la sorveglianza epidemiologica dello stesso per quanto riguarda i possibili eventi-incidenti o l'exitus. Per la costruzione della rete degli AC-IACP, denominatori comuni della raccolta dati sono la standardizzazione ed il controllo di qualità¹⁶. Per *standardizzazione* si intende il processo per cui chi raccoglie i dati lo fa in modo conforme a un modello o standard: nel processo sono comprese le operazioni di addestramento e di rilevazione dei possibili scostamenti in tutte le fasi della raccolta, al fine di correggerli. Per *controllo di qualità* si intende la supervisione e il controllo di tutte le operazioni implicate nel procedimento di raccolta, che generalmente coinvolgono il campionamento e l'ispezione, al fine di identificare e correggere errori sistematici o da eccessiva variabilità casuale. Come si può notare i due concetti sono embricati ma non sovrapponibili e le operazioni connesse hanno tecniche diverse; comunque standardizzazione e controllo di qualità sono necessari per garantire l'affidabilità dei dati nel tempo e la loro comparabilità tra centri diversi. La raccolta di indicatori al giorno d'oggi non può prescindere dallo sviluppo di sistemi informatici e di banche dati computerizzate.

Per favorire la creazione della rete degli AC-IACP, l'Area Prevenzione dell'ANMCO ha sviluppato uno specifico software "Ipertensione Arteriosa e Cardiologia Preventiva" integrato con quello Cardio G8 promosso dall'Associazione dedicato all'arruolamento/gestione dei soggetti/pazienti ed alla descrizione degli eventuali eventi-incidenti. Il software IACP sarà distribuito alle équipes medico-infermieristiche che ne hanno fatto o faranno domanda in appositi corsi di formazione per garantirne un uso standardizzato.

Bibliografia

1. WHO Expert Committee. Hypertension control. WHO Technical Report Series 862. Geneva: World Health Organization, 1996.
2. Giampaoli S, Vanuzzo D, e il Gruppo di Ricerca dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano. I fattori di rischio cardiovascolare in Italia: una lettura di riferimento al Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. *G Ital Cardiol* 1999; 29: 1463-71.
3. Stamler J, Stamler R, Neaton JD. Blood pressure, systolic and diastolic, and cardiovascular risks. US population data. *Arch Intern Med* 1993; 153: 598-615.
4. Gueyffier F, Boutitie F, Boisse JP, et al. Effect of antihypertensive drug treatment on cardiovascular outcomes in women and men. A meta-analysis of individual patient data from randomized controlled trial. The INDIANA Investigators. *Ann Intern Med* 1997; 126: 761-7.
5. The Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The Sixth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and

- Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-46.
6. Pede S, Schillaci G, Verdecchia P, et al, a nome dei Ricercatori dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Controllo dell'ipertensione arteriosa in Italia: confronto tra mono- e poli-terapia. (abstr) *Ital Heart J* 2000; 1 (Suppl 1): 42.
 7. Froelicher VF, Quaglietti S. *Handbook of ambulatory cardiology*. Philadelphia, PA: Lippicott-Raven, 1997.
 8. Schweiger C. Cardiologia del territorio e strutture di ricovero: comunicazione e sinergie operative. *Cardiologia* 1999; 44 (Suppl 1): 21-3.
 9. Nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili dal SSN. Regione Puglia-Assessorato Sanità e Servizi Sociali. DGR n. 3784, 1998.
 10. Tavazzi L. Allarme! Quale futuro per la Cardiologia? *G Ital Cardiol* 1996; 26: 1-4.
 11. Guidelines Subcommittee. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens* 1999; 17: 151-83.
 12. Agabiti-Rosei E, Giovannini E, Mancia G, et al. Ipertensione arteriosa e patologia cardiaca. Linee guida diagnostico-terapeutiche a cura della Commissione congiunta ANMCO-SIC-SIIA. *G Ital Cardiol* 1999; 29: 341-56.
 13. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 legge 30 novembre 1998, n. 419. *Gazzetta Ufficiale* 1999; 132/L: 5-172.
 14. Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Pyörälä K, together with Members of the Task Force. European and American recommendations for coronary heart disease prevention. *Eur Heart J* 1998; 19 (Suppl A): A12-A19.
 15. Vanuzzo D. L'Unità di Epidemiologia e Prevenzione Cardiovascolare. In: Schweiger C, Scherillo M, eds. *Qualità, accreditamento e gestione delle Unità Operative in Cardiologia*. Torino: Centro Scientifico Editore, 2000, in press.
 16. Pilotto L, Pilotto L, Vanuzzo D. Elementi basilari nella valutazione di un programma di prevenzione. *G Ital Cardiol* 1999; 29 (Suppl 2): 168-71.