

PERCORSO DIAGNOSTICO – TERAPEUTICO - ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE IPERTESO

**Prima edizione: giugno 2001 - Aggiornamenti successivi: ottobre 2002 e novembre 2003
Terzo aggiornamento: novembre 2015**

Il presente documento è stato redatto, con il coordinamento del Dipartimento Cure Primarie dell'ASL di Brescia, dai rappresentanti dei Medici di Medicina Generale (MMG), degli Specialisti operanti nelle Strutture pubbliche e private accreditate, degli infermieri e dei farmacisti.

La definizione del PDTA è stata suggerita dalla necessità di condividere uno strumento di indirizzo organizzativo-pratico, orientato soprattutto a migliorare le aree di criticità individuate:

- carenza di sistematicità e continuità nella individuazione precoce, nel trattamento e nel monitoraggio degli ipertesi;
- carenza di programmi finalizzati alla "educazione terapeutica";
- necessità di meglio identificare i rispettivi ruoli dei MMG e degli Specialisti e degli altri operatori;
- differenti approcci al paziente da parte degli specialisti operanti nelle diverse strutture.

Il PDTA è quindi finalizzato ad individuare modalità operative che favoriscano l'integrazione tra assistenza primaria e strutture specialistiche, al fine di garantire la continuità assistenziale del paziente iperteso.

Ha come popolazione target tutti gli assistiti, ai quali è richiesto, unitamente ai famigliari ed eventuali caregiver, di partecipare attivamente alla gestione delle cure.

È uno strumento di riferimento professionale rivolto elettivamente a:

- MMG;
- Medici Specialisti delle Strutture Accreditate, pubbliche e private;
- Infermieri che operano nei diversi contesti assistenziali (studi MMG, AFT/UCCP, ADI, Strutture di ricovero e cura, infermieri di famiglia/di comunità);
- Medici Competenti del lavoro;
- Farmacisti delle farmacie territoriali (FFT).

Si è ravvisata l'opportunità di aggiornare il PDTA già redatto dal 2001 e successivamente aggiornato nel 2002 e nel 2003 in considerazione da un lato dal permanere di criticità che potrebbero essere oggetto di processi di miglioramento, dall'altro dall'evoluzione delle linee guida, in particolare:

- European Society of Hypertension – European Society of Cardiology. Guidelines for the Management of arterial hypertension - 2013;
- the 7th report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and treatment of High Blood Pressure;
- Il nuovo "Algoritmo sulla terapia antipertensiva" realizzato dall'Agenzia Italiana del Farmaco in collaborazione con la Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa (SIIA) e pubblicato on line nel 2015 (<https://www.agenziafarmaco.gov.it/piattaformaAlgoritmi/index.php/271255/lang-it>)

In particolare, il presente PDTA rimanda direttamente a tale Algoritmo per quanto riguarda lo specifico percorso clinico individuale.

1. PRINCIPALI CRITICITÀ

Sono individuate le seguenti aree di attività che presentano tuttora elementi di criticità e che si ritiene possano essere suscettibili di miglioramento:

- Valutazione sistematica del rischio cardiocerebrovascolare globale;
- Precoce riconoscimento degli ipertesi in età giovanile;
- Messa in atto di stili di vita a valenza preventiva-curativa;
- Educazione terapeutica;
- Persistenza e aderenza della terapia antipertensiva;
- Effettuazione appropriata e puntuale dei controlli periodici clinico-laboratoristici-strumentali.

2. OBIETTIVI

Obiettivi di salute:

- Riduzione progressiva dell'incidenza degli eventi cardiocerebrovascolari maggiori.

Obiettivi operativi:

- Aumento progressivo dei soggetti di 45-64 anni con valutazione del rischio cardiocerebrovascolare effettuata negli ultimi cinque anni;
- Aumento progressivo del numero di donne <50 anni presi in carico per ipertensione;
- Aumento progressivo del numero di uomini <50 anni presi in carico per ipertensione;
- Aumento progressivo del numero di ipertesi con informazioni anamnestiche disponibili su tabagismo e attività motoria;
- Aumento progressivo del numero di infermieri (collaboratori dei MMG e dei medici specialisti) coinvolti in modo strutturato nella gestione degli ipertesi;
- Aumento progressivo del numero di ipertesi in trattamento farmacologico con indicatori di persistenza terapeutica;
- Aumento progressivo del numero di ipertesi con registrazione informatizzata ed esportabile della pressione arteriosa negli ultimi 15 mesi;
- Aumento progressivo del numero di ipertesi che effettuano i principali controlli laboratoristico-strumentali secondo la cadenza prevista dal PDTA;
- Aumento misurabile del livello di integrazione fra gli attori coinvolti nel PDTA

3. DESTINATARI

Il PDTA:

- ha come popolazione target tutti gli assistiti, ai quali è richiesto, unitamente ai famigliari ed eventuali prestatori di assistenza (caregiver), di partecipare attivamente alla gestione delle cure;
- è uno strumento di riferimento professionale rivolto a:
 - MMG;
 - Medici Specialisti delle Strutture Accreditate, pubbliche e private;
 - Infermieri che operano nei diversi contesti assistenziali (studi MMG, AFT/UCCP, ADI, Strutture di ricovero e cura, infermieri di famiglia/di comunità)
 - Medici Competenti in Medicina del lavoro;
 - Farmacisti delle farmacie territoriali.

4. AREA DI COMPETENZA DEL MMG

- Monitoraggio sistematico del rischio cardiocerebrovascolare nella popolazione;
- Prima diagnosi di ipertensione e rilascio certificazione ai fini dell'esenzione per patologia;
- Valutazione del paziente iperteso con corretta misurazione e registrazione della pressione arteriosa, anamnesi, esame obiettivo, indagini di laboratorio e prescrizione esami strumentali, per identificare o escludere la presenza di:
 - cause note di ipertensione arteriosa secondaria,
 - danni agli organi bersaglio e malattie cardiovascolari clinicamente evidenti,
 - altri fattori di rischio cardiovascolare o malattie concomitanti che possono determinare la prognosi e influenzare il trattamento;
- Trattamento e monitoraggio periodico sistematici del paziente iperteso;
- Verifica della corretta aderenza e persistenza dell'assunzione dei farmaci, della tollerabilità e di eventuali effetti collaterali;
- Possibile proposta di visita specialistica di approfondimento nel caso di
 - Sospetta ipertensione secondaria
 - ipertensione resistente (3 o più farmaci),
 - ipertesi con complicanze acute e/o rapidamente evolutive,
 - necessità di trattamento urgente (sospetta ipertensione accelerata o maligna; rischio di complicanze imminenti),
 - circostanze speciali quali: ipertensione inusualmente variabile, sospetta ipertensione clinica isolata (ipertensione da camice bianco), gravidanza;
- Proposta allo specialista di gestione integrata personalizzata nel caso di situazioni cliniche complesse.

5. AREA DI COMPETENZA DEI MEDICI SPECIALISTI

- Valutazione dei soggetti con sospetta ipertensione secondaria;
- Effettuazione di indagini diagnostico-strumentali, anche per stratificazione del rischio cardiocerebrovascolare, prescritti dal MMG;
- Valutazioni specialistiche di approfondimento su proposta del MMG;
- Valutazione per pazienti ipertesi con rischio globale molto elevato;
- Emergenze ed urgenze ipertensive;
- Proposta al MMG di gestione integrata personalizzata nel caso di situazioni cliniche complesse.

6. AREA DI COMPETENZA DEGLI INFERMIERI

- Raccolta anamnesi infermieristica con corretta misurazione della pressione arteriosa;
- Interventi di prevenzione primaria con promozione di corretti stili di vita e rinforzo periodico;
- Partecipazione alla educazione terapeutica dell'assistito e dell'eventuale caregiver, con particolare riferimento alla corretta automisurazione, all'aderenza alla terapia e agli stili di vita;
- Richiamo pro-attivo, con recupero dei "drop-out", dei pazienti per gli accertamenti di controllo;
- Verifica della corretta aderenza e persistenza dell'assunzione dei farmaci, della tollerabilità e di eventuali effetti collaterali.

7. AREA DI COMPETENZA DEI MEDICI COMPETENTI IN MEDICINA DEL LAVORO

- Corretta e sistematica misurazione e registrazione della pressione arteriosa dei lavoratori;
- Monitoraggio nei lavoratori del rischio cardiocerebrovascolare, ove possibile;

- Segnalazione del riscontro di ipertensione/valutazione rischio cardiocerebrovascolare al MMG, per il tramite del lavoratore.

8. AREA DI COMPETENZA DI FARMACISTI (FFT)

- Rilevazione della pressione arteriosa, al fine di intercettare soggetti non ancora diagnosticati come ipertesi e negli ipertesi noti che non effettuano l'automisurazione per un appropriato invio al MMG;
- Supporto educativo all'automisurazione della pressione arteriosa nei pazienti ipertesi noti e alla scelta dell'apparecchio idoneo/validato;
- Verifica delle corrette modalità di utilizzo degli apparecchi pressori utilizzati dagli assistiti;
- Monitoraggio e supporto all'aderenza e persistenza alla terapia;
- Farmacovigilanza con particolare riguardo alle interazioni tra terapia prescritta e farmaci di libera vendita ed integratori.

9. AREA DI COMPETENZA DELL'ASSISTITO/CAREGIVER

Affinché la gestione clinica sia adeguata è necessaria la partecipazione attiva e consapevole del l'assistito e/o del suo "caregiver", in particolare in relazione ai seguenti aspetti:

- corretto stile di vita (limitare il consumo di alcool, abolire il fumo attivo/passivo, fare esercizio fisico quotidianamente, corretta alimentazione con particolare specifico riferimento ad un consumo moderato di sodio);
- corretta misurazione della pressione arteriosa secondo tempi e modalità indicate dal proprio medico curante;
- assunzione regolare dei farmaci;
- attenzione ai possibili eventuali effetti indesiderati, con particolare riferimento ai farmaci in autoprescrizione e segnalazione al MMG.

10. COMUNICAZIONE TRA I DIVERSI ATTORI DEL PDTA

L'attivazione del percorso diagnostico terapeutico presuppone la necessità di condividere una più agevole modalità di comunicazione tra gli attori del percorso, che consenta la possibilità di rapido scambio di informazioni. A tal fine si individuano le seguenti modalità.

- Per facilitare la **responsabilizzazione dell'assistito**, oltre che per consentire comunicazioni scritte tra gli operatori, viene utilizzato il "**Diario delle misurazioni della Pressione Arteriosa**", che contiene la terapia prescritta, informazioni a valenza educativa e spazio per annotazioni degli operatori.
- Per facilitare la comunicazione si precisa che l'**indirizzo e-mail SISS dei MMG** è: nome.cognome@crs.lombardia.it; per garantire la privacy le comunicazioni e-mail a valenza clinica devono effettuarsi mediante idonea modalità informatica.
- Quando il **MMG invia il paziente allo specialista**, formula un chiaro quesito allegando la sintesi della storia clinica del paziente:
 - documentazione relativa alla stratificazione del rischio cardiocerebrovascolare, se già valutata,
 - diagnosi o sospetto diagnostico,
 - presenza di patologie concomitanti,
 - terapie di rilievo,

- Il **Medico Specialista formula** esaustiva e completa risposta al quesito posto, proponendo o prescrivendo, a seconda dei casi, eventuali accertamenti diagnostici necessari per l'inquadramento clinico e proponendo o prescrivendo nuove indicazioni terapeutiche.
- Qualora si renda necessario prevedere **periodici e ripetuti controlli specialistici**, è utile che ciò sia esplicitato dallo Specialista e concordato con il MMG.
- Sia i **MMG che gli Specialisti esplicitano modalità per facilitare i contatti** ed effettuare consulenze tra di loro (nominativo del medico, e-mail e/o recapito telefonico).
- È raccomandabile che **gli Infermieri comunichino secondo modalità predefinite all'interno del contesto in cui operano**. Gli stessi possono utilizzare il "*Diario delle misurazioni della Pressione Arteriosa*" per eventuali annotazioni per gli altri operatori.
- I **riscontri effettuati presso le farmacie territoriali** sono riportati nello spazio delle annotazioni del "*Diario delle misurazioni della Pressione Arteriosa*".

11. EDUCAZIONE TERAPEUTICA

L'educazione terapeutica, intesa come processo permanente di formazione integrato alle cure, è finalizzata ad aiutare i pazienti e le loro famiglie a comprendere la malattia ed il trattamento, cooperare con i curanti, vivere in maniera più sana e mantenere o migliorare la loro qualità di vita. Si realizza in diversi contesti e lungo tutto l'arco del processo di cura, con interventi educativi che vanno dall'informazione alla formazione su obiettivi specifici; non si limita dunque alla sola informazione, addestramento o educazione del paziente, ma consiste nell'aiutare la persona a superare le barriere che gli impediscono una corretta autogestione della malattia, mantenendo una buona qualità di vita.

E' raccomandabile che in ogni tipologia di servizio (MMG, ambulatorio specialistico, unità operativa di ricovero ospedaliero, farmacia territoriale) l'attività di educazione terapeutica sia strutturata (ad esempio con la definizione di spazi, orari, operatori dedicati) e supportata da strumenti di lavoro (ad esempio protocolli di lavoro, manuali, liste di controllo) ed educativi (ad esempio questionari, supporti audiovisivi, ausili per esercitazione).

Considerata la elevata frequenza di concomitanza di più patologie cronic-degenerative (diabete, ipertensione, dislipidemie, obesità, BPCO,...) e la sovrapponibilità dei contenuti informativo-formativi correlati alla partecipazione attiva dell'assistito e famigliari al processo di cura, si raccomanda l'utilizzo "trasversale" del medesimo strumento, Il "*Diario di controllo dello stato di salute*": si tratta di uno strumento destinato all'assistito, e ai suoi famigliari, composto da diverse schede, corrispondenti a diverse funzioni, assemblate in un apposito raccoglitore.

Alcune di queste schede sono comuni a tutte le condizioni patologiche:

- Il diario dei controlli,
 - Verso i 10.000 passi al giorno,
 - Conosco e controllo quello che mangio,
 - La mia terapia,
 - I miei controlli,
 - Le annotazioni per la comunicazione con e tra gli operatori;
- altre schede forniscono indicazioni sulla corretta gestione, da parte dell'assistito e dei famigliari, di specifiche problematiche/condizioni cliniche quali, nel caso dell'ipertensione:
- Cos'è l'ipertensione
 - Come misuro correttamente la pressione arteriosa.

A seconda della specifica e complessiva condizione di salute dell'assistito, possono essere utilizzate le schede che rispondono alla situazione e possono essere proposte liberamente, anche ripetutamente, dai diversi operatori.

Aspetto rilevante è che tutti gli operatori utilizzino i medesimi contenuti educativi, avvalendosi della medesima terminologia riportata nelle schede, contribuendo ad una immagine di unitarietà di intenti da parte dei diversi operatori (medici, infermieri, farmacisti) e contesti (Medicina di famiglia, farmacia, ambulatori specialistici, unità ospedaliera di ricovero), rinforzando i messaggi anche attraverso la loro ripetizione.

12. INDICATORI

Si prevede di monitorare, con cadenza annuale, l'evoluzione dell'attuazione del Percorso e dei risultati raggiunti mediante la rilevazione annuale dei seguenti indicatori:

OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ
Riduzione progressiva dell'incidenza degli eventi cardiocerebrovascolari maggiori.	Incidenza primo ictus standardizzata per età e sesso	Monitoraggio dell'Osservatorio Epidemiologico
Aumento progressivo dei soggetti di 40-64 anni con valutazione del rischio cardiocerebrovascolare effettuata negli ultimi cinque anni;	N. assoluto dei soggetti con valutazione effettuata	Governo Clinico dei MMG
Aumento progressivo del numero di donne <50 anni prese in carico per ipertensione;	N. assoluto soggetti	Governo Clinico dei MMG
Aumento progressivo del numero di uomini <50 anni presi in carico per ipertensione;	N. assoluto soggetti	Governo Clinico dei MMG
Aumento progressivo del numero di ipertesi con registrazione informatizzata ed esportabile di informazioni anamnestiche su tabagismo e attività motoria;	N. assoluto soggetti	Governo Clinico dei MMG
Aumento progressivo del numero di infermieri (collaboratori dei MMG e dei medici specialisti) che hanno strutturato nella propria pratica la pratica di interventi di educazione terapeutica nei confronti dei soggetti ipertesi;	N. infermieri: - presso studi MMG - nelle Strutture	Monitoraggio ad hoc
Aumento progressivo del numero di ipertesi in trattamento farmacologico con indicatori di persistenza terapeutica;	N. soggetti	Ritorni informativi MMG prodotti da Dipartimento Cure Primarie
Aumento progressivo del numero di ipertesi con registrazione informatizzata ed esportabile della pressione arteriosa negli ultimi 15 mesi;	N. assoluto soggetti	Governo Clinico dei MMG
Verifica n. invii al II livello specialistico secondo le indicazioni previste dal PDTA (rilievo aderenza al PDTA)	N. percentuale sul totale dei soggetti inviati	Dati forniti dalle Strutture

13. IMPLEMENTAZIONE DEL PDTA

Il PDTA viene reso pubblico mediante pubblicazione su sito web a cura del Dipartimento Cure Primarie e viene attivamente diffuso, su proposta formale della Direzione Sanitaria dell'ASL:

- ai MMG mediante notiziario Assistenza Primaria
- ai Medici Specialisti per il tramite delle rispettive Direzioni Sanitarie
- agli Infermieri per il tramite delle Direzioni del rispettivo contesto di lavoro
- ai Medici Competenti del lavoro per il tramite dell'Associazione dei Medici del Lavoro di Brescia;
- Farmacisti delle farmacie territoriali per il tramite dell'Ordine dei Farmacisti in collaborazione con l'ATF (Associazione Titolari Farmacie), anche mediante corsi di formazione ad hoc.

Nel primo anno di applicazione del PDTA:

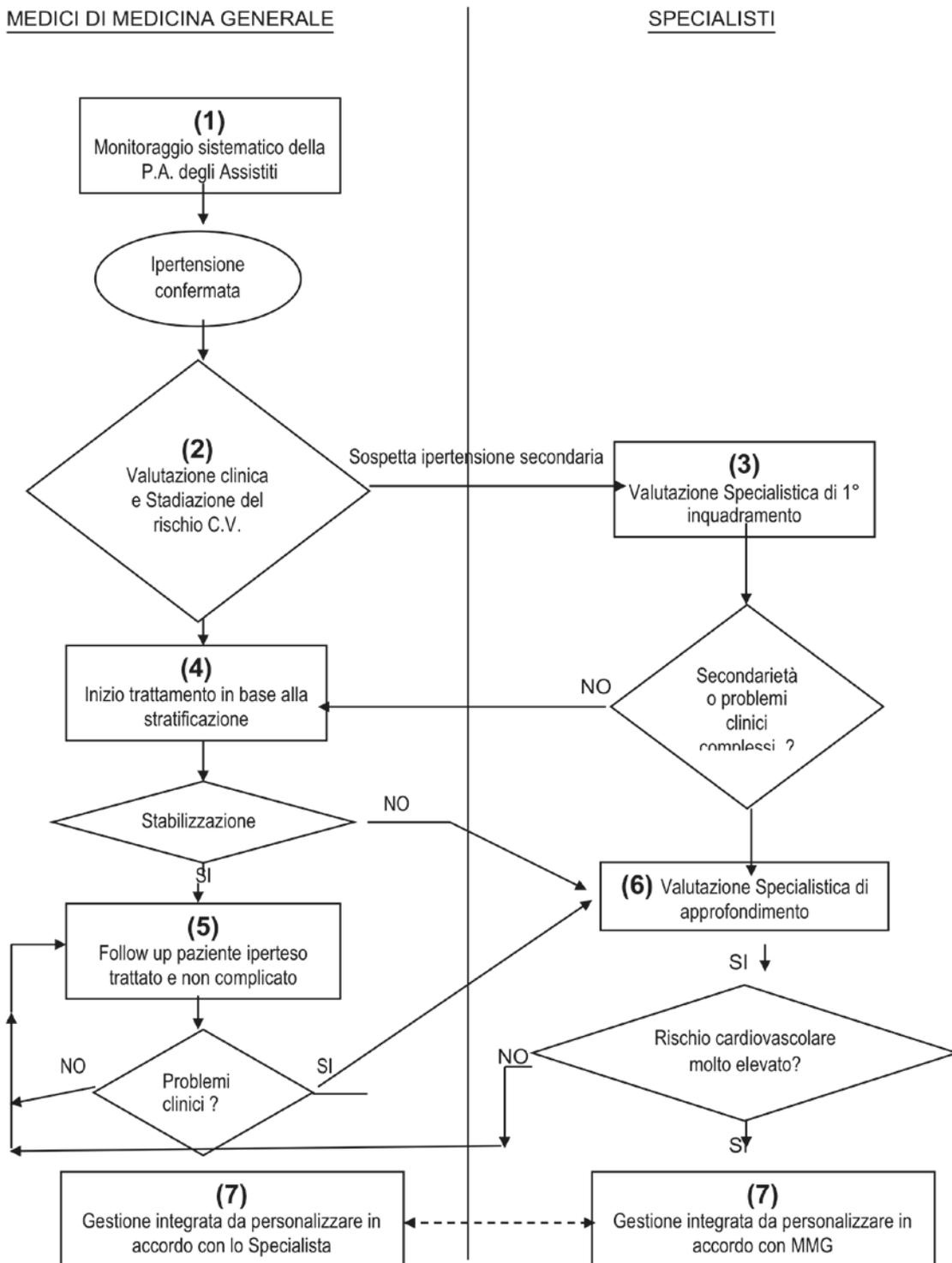
- il Dipartimento Cure Primarie dell'ASL cura la realizzazione di iniziative informativo-formative sul PDTA rivolte ai MMG, aperte a medici specialisti, infermieri, medici del lavoro e farmacisti territoriali.
- le Direzioni Sanitarie delle Strutture organizzano iniziative informativo-formative sul PDTA rivolte ai medici specialisti e agli infermieri della propria struttura, aperti ai MMG, a medici specialisti e infermieri di altre strutture, a medici del lavoro e a farmacisti territoriali.
- L'Ordine dei Farmacisti, in collaborazione con ATF, organizza iniziative informativo-formative sul PDTA rivolte ai farmacisti territoriali e aperte a MMG, medici specialisti, infermieri e medici del lavoro.

Il Dipartimento Cure Primarie:

- cura che i contenuti del PDTA siano presi in considerazione nel Governo Clinico dei MMG;
- raccoglie e rende pubblici gli indicatori di monitoraggio dell'applicazione del PDTA e dei risultati di salute riscontrati, su sito web e tramite comunicazione trasmessa con le medesime modalità di diffusione del PDTA, con cadenza annuale;
- cura, nel secondo anno di applicazione del PDTA, che sia attivato un piano di audit clinico tra i MMG sull'applicazione del PDTA tra i MMG, basato sui ritorni informativi di Governo Clinico.

Nell'ambito delle iniziative formative viene anche promosso l'utilizzo della flow chart di AIFA per la gestione del paziente iperteso in un'ottica di una gestione standardizzata del paziente.

14. DIAGRAMMA DI FLUSSO DEL PDTA



15.