



**CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE
PER IL DIRITTO ALLA SALUTE
II° CONGRESSO NAZIONALE
IL DIRITTO ALLA SALUTE: UN DIRITTO INALIENABILE
CRITICITA' A CONFRONTO**

**COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE
DIPARTIMENTO
IPERTENSIONE ED ARITMIA**

IPERTENSIONE ARTERIOSA

Tabella 1: Classificazione dell'ipertensione arteriosa secondo il JNC7*

	Pressione sistolica (in mmHg)	Pressione diastolica (in mmHg)
Normale	90-119	60-79
Pre- ipertension e	120-139	80-89
Ipertension e stadio 1	140-159	90-99
Ipertension e stadio 2	≥ 160	≥ 100
Ipertension e sistolica isolata	≥ 140	≥ 90

* *Joint National Committee*

Fonte: Ministero della Salute

Nel 90-95% dei casi l'ipertensione arteriosa non ha una causa evidente; questa forma viene dunque indicata come "ipertensione essenziale". In una minoranza dei casi invece (5-10%) l'ipertensione è causata da un'altra condizione medica, in genere una malattia del sistema endocrino (feocromocitoma, sindrome di Cushing, iperparatiroidismo, adenoma surrenalico aldosterone secernente, alterazioni della tiroide) o dei reni (insufficienza renale cronica, restringimento di un'arteria renale) o ancora può essere secondaria all'assunzione di farmaci (associazioni estrogeniche, farmaci antidolorifici o per la cefalea, ecc.).

Secondo l'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare/Health examination survey (Oec/Hes), volto ad esaminare campioni rappresentativi della popolazione generale in tutte le regioni italiane per valutare la distribuzione dei fattori di rischio e delle condizioni a rischio nella popolazione adulta italiana per quanto riguarda l'ipertensione

arteriosa, nella fascia di età 35-79 anni la pressione sistolica (Pas) media è 134 mmHg negli uomini e 129 mmHg nelle donne; i valori, sempre più alti negli uomini rispetto alle donne, sono più elevati al Nord e al Sud rispetto al Centro. La pressione diastolica (Pad) mostra un andamento analogo. Complessivamente più del 50% degli uomini e più del 40% delle donne sono ipertesi; si discostano da questi valori solo le donne dell'Italia centrale (38%). Anche per quanto riguarda il trattamento antipertensivo il quadro appare migliore per le donne: gli uomini sono più trattati perché maggiore è la prevalenza dell'ipertensione, ma le donne ipertese non trattate sono di meno (33%) rispetto agli uomini ipertesi non trattati (43%). Questo andamento è simile nelle macroaree; da notare che la proporzione di uomini ipertesi trattati è maggiore al Sud (ipertesi trattati 64%, ipertesi non trattati 36%, rispetto al 56% e al 50% degli uomini ipertesi che sono trattati al Centro e al Nord). Lo studio in questione è stato pubblicato ad Aprile 2013 ed ha esaminato un campione rappresentativo della realtà dal 2008 al 2012. Quest'ultimo ha coinvolto 9107 uomini e donne di età 35-79 anni. Lo studio, eseguito secondo metodologie standardizzate, fornisce un quadro attuale della pressione arteriosa e consente di valutare i cambiamenti dell'ultimo decennio.

Un punto di notevole interesse è l'aumento della prevalenza delle persone con pressione arteriosa inferiore a 140/90 mmHg, in modo significativo; ciò risulta essere una chiara indicazione che negli ultimi 10 anni la pressione media è diminuita nella popolazione italiana di circa 3 mmHg grazie alle azioni di prevenzione intraprese. Questo, in termini di un futuro sviluppo di malattia cardio-cerebrovascolare, significa una riduzione del 23% degli ictus attesi e del 17% delle malattie cardiovascolari; in termini assoluti questa variazione può tradursi in 40.000 ictus e circa 60.000 infarti del miocardio in meno nella popolazione italiana.

La Commissione Tecnica Nazionale del "Dipartimento Cardiocircolatorio" sta lavorando sulle seguenti tematiche in funzione di abbattere gli sprechi economici, estrapolare sul territorio nazionale/regionale le criticità del settore, elaborare soluzioni concrete e sostenibili con un'ottimizzazione dell'*outcome* sul paziente e dell'impegno economico del SSN.

IL PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE IPERTESO

I pazienti affetti da patologie cardiocircolatorie riscontrano diverse difficoltà nell'accesso alle terapie dovute principalmente a due problemi: l'organizzazione e la prescrizione/somministrazione di farmaci.

Il primo può essere legato: all'assistenza domiciliare, che risulta poco sviluppata in alcune zone d'Italia e, in generale, quasi assente nelle piccole realtà territoriali; alla mancanza di un numero telefonico da contattare in caso di emergenza; alla scarsa rapidità d'accesso ad alcuni esami diagnostici di controllo (elettrocardiogramma, ecocardiogramma, ecc.) effettuati direttamente dallo specialista a causa delle carenze di attrezzature necessarie sul territorio; alla mancanza di un pronto soccorso per le emergenze cardiologiche e, infine, alla qualità dei servizi nei diversi luoghi di ricovero.

Per quanto riguarda il paziente iperteso, le principali criticità riscontrate possono essere ricondotte allo scarso controllo pressorio effettuato a livello territoriale da portare, secondo la SIIA (Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa) ad una copertura minima del 70% entro il 2015.

Questi problemi non sono soltanto radicati nel settore sanitario italiano, ma aumentano sistematicamente nelle regioni del Sud e Isole, dove la qualità percepita dei servizi sanitari da parte degli utenti appare nettamente inferiore rispetto al Nord. Tuttavia, l'uso razionale dei presidi territoriali ad oggi disponibili potrebbe essere sufficiente a sopperire alle mancanze logistiche attuali.

Entrando nel merito dell'altro grande problema, la prescrizione/somministrazione dei farmaci, notiamo come quest'ultimo possa essere diviso a sua volta in tre criticità maggiori: lo scarso utilizzo di terapie combinate; lo "zapping" farmaceutico e la carente aderenza da parte del medico alle linee guida terapeutiche.

- L'uso di terapie combinate, semplificate in un'unica pillola, aiuterebbe almeno in 2 modi: permetterebbe al paziente un persistente raggiungimento dei valori pressori ottimali, riducendo gli effetti collaterali; migliorerebbe di molto il problema dell'aderenza alla terapia medica, contribuendo in tal modo alla riduzione di eventi cardiovascolari severi e dei costi sanitari ad essi associati. Zapping farmaceutico è un termine che viene utilizzato per definire il passaggio immotivato da un farmaco generico ad un altro e che danneggia fortemente la salute del paziente. Com'è possibile evitare eventuali sottosaggi o sovradosaggi dovuto allo zapping nel paziente con problemi cognitivi? Com'è possibile evitare dubbi o insicurezze conseguenti allo zapping nel paziente senza problemi cognitivi?

La normativa attuale in ambito prescrittivo contribuisce all'aumento di questo fenomeno, in quanto prevede da parte del MMG la specificazione del solo

principio attivo, lasciando al farmacista ampio margine di scelta del farmaco di marca/generico, a seconda delle scorte possedute in giacenza.

- Le patologie cardiologiche, proprio perché fortemente diffuse, avrebbero come priorità assoluta quella di mantenere una maggiore adesione da parte degli attori sanitari alle linee guida che dimostrano riduzioni importanti di nuove ospedalizzazioni, o peggio, di morte.

LAVORI DELLA COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE DIPARTIMENTO IPERTENSIONE ED ARITMIA

Le malattie cardiovascolari rappresentano un problema sociale di rilevanza mondiale. Un italiano su quattro è affetto da malattie cardiache con un impatto maggiore tra gli uomini.

Ogni anno 160.000 persone tra i 35 e i 64 anni sono vittime di infarto

I farmaci per le patologie cardiovascolari sono quelli più prescritti e più consumati e costituiscono la maggiore voce di spesa e si riferiscono in larga parte a soggetti over 65.

Anche se la quantità e la qualità dell'informazione in merito alle malattie cardiovascolari è in aumento, non si rileva un corrispondente aumento della prevenzione e dell'aderenza terapeutica.

Ipertensione arteriosa

Nel 90-95% dei casi l'ipertensione arteriosa non ha una causa evidente; questa forma viene dunque indicata come "ipertensione essenziale". In una minoranza dei casi invece (5-10%) l'ipertensione è causata da un'altra condizione medica.

Fibrillazione atriale

La fibrillazione atriale (FA) sta assumendo un interesse sempre maggiore, ancora più enfatizzato dall'impatto che tale patologia ha sulla morbilità e sulla mortalità che, a loro volta, comportano notevoli conseguenze socioeconomiche in relazione alle cure, ai ricoveri ospedalieri ed alla disabilità.

In Italia (2), la prevalenza della FA nella popolazione è pari allo 0,8% per gli uomini ed allo 0,7% per le donne. La FA è una malattia che interessa prevalentemente i più anziani e almeno il 70% dei pazienti ha un'età compresa tra i 65 e gli 85 anni.

Criticità evidenziate

1. Accesso alle cure nella logica:

- a. di una maggiore e migliore organizzazione dei processi del *patient flow* e di integrazione fra ospedale e territorio;
- b. dell'accesso ai farmaci appropriati;
- c. dell'accesso alla tecnologia innovativa.

2. Aderenza terapeutica.

Le cause generanti le due aree critiche appena evidenziate sono molteplici, complesse ma fra loro correlate. Più analiticamente:

1. Condizione Patologica

- La presenza di comorbidità nel paziente anziano e soprattutto "grande anziano" (>75), genera una pleora di farmaci da prendere su base giornaliera. La complessità legata alla quantità è linearmente legata alla possibilità di fare confusione ed i abbassare l'aderenza.
- Se i primi trattamenti e le prime fasi del *patient journey* non danno evidenze di benefici e miglioramenti facilmente percepibili e non legate a diagnosi complesse, il paziente tende ad abbassare l'aderenza.

2. Trattamento prescritto

- Il poli trattato tende a fare confusione. La disciplina all'aderenza è legata alle fasi sintomatiche ed alle pressioni/sollecitazioni dei *caregivers*.
- In casi in cui è previsto un costante ricorso ad esami clinico/diagnostico anche per la fase di assunzione farmaci – ex: anticoagulanti vecchia generazione –, si riscontra un abbassamento dell'aderenza.

3. SSN ed operatori sanitari

- L'assenza di una "rete socio sanitaria" che operi con logiche di processo incardinate sul *patient journey* è un tema molto rilevante e forte causa di bassa aderenza.
- Mancano dei servizi territoriali ed il ricorso a specifiche tecnologie in grado di evitare continui pellegrinaggi – spesso procrastinati sino all'insorgere di acuzie – presso le cliniche.
- La comunicazione medico/paziente, quando efficiente, è spesso legata a virtù locali non coordinate.

4. Shopping Farmaceutico

- In pazienti anziani poli-trattati il fenomeno del continuo cambiamento di confezione, cosiddetto "zapping" farmaceutico, può determinare il rischio di una minore aderenza alla terapia e dunque di una minor efficacia della stessa.

- Questo fenomeno diviene esiziale quando il paziente è un "non naïve": un paziente che ha fatto della prassi di cura – anche in relazione a forma e colore delle scatolette e delle pillole – il cardine operativo dell'aderenza a quanto gli ha detto il clinico.

Profilo socio-economico del paziente

- Se il paziente è un "grande anziano", poli trattato, con un partner nelle stesse condizioni, il rischio di abbassamento aderenza, magari per una focalizzazione per acuzie di uno dei due, è molto alto.
- Seppur sempre molto motivati ed ossequiosi, questo genere di pazienti vivono ogni minimo scostamento da quando previsto e prevedibile come una fonte di confusione (ex: switch).

Proposte di intervento

Le proposte d'intervento emerse dal Dipartimento sono, al pari delle criticità evidenziate, molteplici.

Abbiamo stilato una serie di proposte che prevedono il coinvolgimento di più operatori sanitari, *caregivers* differenziati e che contemplano il ricorso alla tecnologia.

1. Relazione medico paziente

- Un livello di relazione maggiore/migliore dovrebbe impattare sulla chiarezza dell'informazione.
- E' fondamentale illustrare al paziente, in termini comprensibili: la patologia ed il rationale della terapia, il *patient journey*, gli aggiornamenti sui risultati e, soprattutto, le conseguenze di una bassa aderenza.
- Maggiore e migliore informazione in merito alle terapie più indicate nel suo specifico caso, nuovi farmaci e nuove tecnologie.

2. Sensibilizzazione del paziente

- Indagare sulle ragioni di una scarsa aderenza. Il medico deve comprendere le cause di bassa aderenza: errata interpretazione, dimenticanza, *switch*, scetticismo, motivazioni inconse, via somministrazione, eventi avversi, costi
- Coinvolgere la famiglia e/o i *caregiver*, soprattutto con i profili a prevedibile bassa aderenza per problemi cognitivi e/o per via di comorbidità. Coinvolgerli con ed attraverso la definizione di processi e ruoli all'interno del *patient journey*.

3. Responsabilizzazione del clinico

- Aumentare la qualità dei momenti d'ingaggio del paziente allineandolo:
 - sulle novità farmaceutiche laddove queste non mettano a rischio un'acclarata aderenza terapeutica;

- sui dispositivi medici, supportati da numerose evidenze cliniche e che rispettino i parametri dell'eccellenza della ricerca;
 - sui dispositivi medici in grado di garantire un efficace monitoraggio in remoto.
- Perseguire la focalizzazione sulla "cura migliore disponibile", piuttosto che sulla "cura più economicamente sostenibile".
 - Eleggere il MMG a «perno connettore» della relazione fra il sistema ed il paziente.
 - Maggiore e migliore ricorso alla leva della "non sostituibilità".
 - Il MMG definisce con lo specialista di riferimento "responsabilità e limiti" della cura del cardiopatico sul territorio (ex: conoscere di più e meglio lo scompenso e rimandare al centro specialistico la gestione della sincope).

4. Evoluzione delle cure primarie

- Le aggregazioni di medicina generale, specialmente nella loro forma di UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie), favorendo la presenza dello specialista sul territorio generano un rafforzamento della relazione dello stesso con MMG e paziente.
- L'offerta di maggiori servizi al paziente, in special modo riguardo la diagnostica di base ed il controllo pressorio preventivo, ed un maggiore livello di servizio vanno incontro alle istanze di pazienti cardiopatici ed impattano da subito sugli ambiti di scarsa accessibilità su menzionati.
- L'impatto dell'associazionismo si riverbera anche positivamente sulla qualità ed il livello di relazione e *networking* con la farmacia.

5. Responsabilizzazione del farmacista

- In presenza di un "grande anziano", con pluri patologia e senza *caregivers* giovani, deve attivare un consulto attivo con il MMG.
- Minimizza i rischi derivanti dallo *switch* tra i farmaci (confezioni differenti).
- Controlla gli acquisti del paziente nel tempo.
- Fornisce materiale informativo sui farmaci da rilasciare al paziente.
- Eventi informativi per i pazienti presso la farmacia.

CONCLUSIONI

Il lavoro del dipartimento è stato costruttivo ed ha prodotto molte idee che, riteniamo, applicabili.

Ma queste idee, lo sappiamo, sono un punto di partenza; delle basi per poter mettere in discussione, laddove auspicabile, l'agire quotidiano di molti professionisti che operano nel campo della salute.

Abbiamo lavorato con la consapevolezza che il Medico di Medicina Generale, il Cardiologo, il Para medico, il Farmacista, i *caregivers* ed anche il paziente anziano si stiano già prodigando molto affinché l'accesso alle cure diventi più semplice e che l'aderenza terapeutica migliorata.

Ma sappiamo anche che si può fare di più; che ci sono aree da far evolvere.

Vorremmo che questo documento possa essere il punto di partenza di questa evoluzione.