

*Progetto GIANO
Gestione dell'ipertensione in Ambulatorio
giugno 1999 - giugno 2004*

Sperimentazione di un nuovo modello gestionale della medicina di famiglia che, attraverso il lavoro in equipe e la strategia del richiamo attivo dei pazienti, allarghi e migliori la prevenzione e la gestione delle patologie a rischio cardiovascolare e abbia più probabilità di modificare situazioni e atteggiamenti dannosi per la salute, che coinvolgono i singoli e i nuclei familiari.

La diagnosi precoce e il controllo dell'ipertensione arteriosa è diventato uno degli obiettivi principali delle più recenti leggi e piani sanitari internazionali, nazionale e regionali.

Essa rappresenta il maggior fattore di rischio cardiovascolare, modificabile, per morbilità e mortalità. Si stima che ne sia affetto il 20% circa della popolazione generale, con punte del 50% negli ultrasessantenni. Essa si associa ad altre patologie quali lo stroke, le coronaropatie, l'insufficienza cardiaca che, oltre ad essere inabilitanti, richiedono frequenti ricoveri in ambiente ospedaliero, terapie e programmi di riabilitazione molto costosi. È stato calcolato che un soggetto con pressione arteriosa > 180/95 ha un rischio aumentato rispetto a chi ha la pressione normale per la patologia cardiovascolare che va da 1,5 per l'arteriopatia periferica a 6 volte per lo stroke, a seconda dell'età e del sesso, mentre all'ipertensione arteriosa sono attribuibili il 35-40% degli ictus ed il 20-25% degli eventi coronarici. Nonostante la misurazione della pressione arteriosa sia uno degli atti più comuni dell'attività clinica è stato rilevato come sia misurata regolarmente solo al 50% circa della popolazione, che i soggetti trattati siano solo tra il 70% e il 90% degli ipertesi mentre solo il 20 e il 50% di questi è in compenso. Sarebbe a dire che, nonostante siano disponibili mezzi terapeutici efficaci, solo il 25% degli ipertesi ha valori pressori normalizzati.

Il progetto prevede la **costituzione di un'equipe di operatori dell'ambulatorio** dedicato all'ipertensione curando la formazione e il coinvolgimento di 10 medici di medicina generale convenzionati con il SSN nella Regione Piemonte ed operanti nella Provincia di Torino, di 6 medici collaboratori scelti tra i medici formati nel tirocinio biennale per la medicina generale.

I medici Collaboratori organizzano il loro lavoro negli ambulatori offrendo orari di ambulatorio molto diversificati e comodi anche per i pazienti lavoratori e pensionati e i Medici di Famiglia partecipano, con la forma del consulto, alle decisioni operative finali nella diagnosi e terapia dei nuovi casi di ipertensione riscontrati e in quelli che, diagnosticati anche in precedenza, non raggiungano o perdano il compenso pressorio. Tutta l'equipe si dedica a inserire nel colloquio con pazienti a rischio cardio-vascolare procedure di counselling per la modificazione degli stili di vita (alimentazione, fumo, vita sedentaria, abuso di alcol). Il personale non medico, oltre alle mansioni di segreteria, contribuisce a rinforzare i messaggi positivi sulla iniziativa, per ottenere il massimo della partecipazione. È garantita assistenza continua per l'ottimizzazione nel sistema informatico e per l'elaborazione semestrale dei dati che verranno inoltrati al Servizio di Epidemiologia con cui proseguono gli incontri con gli epidemiologi per la verifica dei dati, degli indicatori e delle direttrici di indagine. Il coordinamento e la formazione del gruppo dei Ricercatori è assicurata da riunioni periodiche di tutti i partecipanti. I medici coinvolti nel progetto appartengono:

ASL 1	5 Medici di Famiglia	3 Medici collaboratori
ASL 9	2 Medici di Famiglia	1 Medico collaboratore
ASL 8	3 Medici di Famiglia	2 Medici collaboratori

A ciascun medico collaboratore sono richieste 8 ore di attività settimanali per ciascun Medico di Famiglia. In totale dunque ogni settimana viene svolta un'attività di 80 ore. Vengono inoltre forfaitariamente calcolate 2 ore di attività settimanali per ciascun Medico di Famiglia per le attività di segreteria. Inoltre sono proseguiti i contatti di ottimizzazione del sistema in itinere con la CLICON di Ravenna che offre

regolarmente la sua assistenza in linea e in loco. Sono proseguiti i contatti altresì con gli epidemiologi del Centro sovrazonale di Grugliasco.

Il lavoro di coordinamento si è svolto attraverso frequenti riunioni tra i Coordinatori stessi e con tutti i soggetti coinvolti nella ricerca e nell'iniziale studio di altre possibilità di intervento del modello. Si vorrebbe, infatti, riuscire a sviluppare il modello GIANO anche per i soggetti diabetici, onde dimostrare le sue grandi potenzialità assistenziali. I primi dati, qui di seguito descritti, dimostrano una tendenza positiva nella percentuale del compenso dei soggetti ipertesi, primo traguardo fondamentale dell'assistenza di questi malati.

PRIMI RISCONTRI OPERATIVI

1- Fase organizzativa

Sono stati scelti:

10 medici generali convenzionati con il SSN della Provincia di Torino con i seguenti criteri:

- a- esperienza almeno quinquennale nella medicina generale
- b- abituale lavoro in medicina di gruppo o associazione
- c- numero di assistiti superiore a 700
- d- disponibilità spaziale e organizzativa per ricevere un secondo medico in studio
- e- organizzazione dello studio (telefono, fax, visite normalmente con sistema di prenotazione)
- f- presenza di segretaria e/o infermiera in studio
- g- precedente uso di strumenti informatici per la raccolta dati
- h- disponibilità a collegarsi ad un server esterno tramite modem
- i- esperienza didattica e/o come tutor in medicina generale
- j- disponibilità personale al lavoro di ricerca in medicina generale e in équipe
- k- disponibilità a frequentare un corso di preparazione specifica sull'argomento

6 medici collaboratori, licenziati al termine del biennio specifico di formazione in medicina generale con i seguenti criteri:

- a- giudizio globale al termine del biennio: buono
- b- giudizio del periodo di tirocinio pratico presso il tutor di medicina generale: ottimo
- c- capacità di usare il mezzo informatico
- d- conoscenza della popolazione da valutare
- e- disponibilità di tempo
- f- inclinazione al lavoro in équipe in contatto con un medico responsabile
- g- disponibilità a frequentare un corso di preparazione specifica sull'argomento
- h- disponibilità a proseguire nel tempo la ricerca iniziata

2-Fase di elaborazione

- a- Con la società di informatica CliCon (Ricerche farmaco economiche e cliniche) è stata preparata una cartella informatizzata per la raccolta dati e per il collegamento con il server centralizzato. Sono state effettuate tutte le dovute sperimentazioni e correttivi per ottimizzare sia la raccolta che la trasmissione dei dati.
- b- E' stato preparato ed eseguito per tutti i medici sperimentatori, anche con la partecipazione di esperti, nei mesi precedenti all'inizio della ricerca, un corso di 5 incontri della durata di otto ore ciascuno per discutere ed apprendere tutti gli aspetti contenutistici ed organizzativi del progetto.

3-Fase Operativa

- a-** Le visite programmate sono iniziate con il metodo dell'ordine alfabetico degli elenchi dei medici titolari comprendendo tutta la popolazione deambulabile con età superiore a 18 anni e aggregata per famiglie.
- b-** I pazienti sono stati invitati tramite telefonate personali effettuate e ripetute, quando necessario, da parte del medico collaboratore..
- c-** La pubblicità del progetto ai pazienti è stata affidata al medico titolare ad ogni contatto occasionale con la sua popolazione in posizione di rinforzo dei messaggi, a cartelli esposti nelle sale di attesa di ciascuno studio e a volantini esplicativi preparati appositamente
- d-** E' stato domandato il consenso scritto ai pazienti per la partecipazione al progetto ed è stato distribuito un questionario per la valutazione del gradimento.
- e-** Attualmente le visite effettuate sono state in media 280 per équipe, con un totale di 2240 contatti.
- f-** Sono state svolte riunioni con tutti i medici sperimentatori, per valutare l'andamento del progetto e le difficoltà in itinere e per discutere i correttivi opportuni.

4-Considerazioni

I risultati preliminari che si allegano già elaborati, hanno suggerito numerosi spunti di riflessione importanti.

Se ne citano alcuni.

Il numero degli ipertesi sconosciuti, scoperto con questo sistema di screening di popolazione, è rilevante, di conseguenza il loro controllo e trattamento porta a ipotizzare un calo concreto nella morbilità e mortalità per ipertensione e sue complicazioni.

La qualità della assistenza percepita dalla gente è nettamente migliorata.

Il successo, se pure iniziale, dell'intervento sui fattori di rischio cardio vascolare fa ipotizzare la possibilità di estendere il progetto ad altri campi.

Il controllo degli ipertesi già noti, applicando un sistema di assistenza programmata, tende ad aumentare.

Si è individuato un campo di intervento della medicina generale che può portare da un lato a risultati confortanti sulla salute e la qualità di vita della popolazione generale e dall'altro può avere una netta ricaduta sulla disoccupazione medica giovanile.

In effetti l'organizzazione attuale della medicina generale non potrebbe, come si evince dai dati allegati, ottenere per ovvi motivi gli stessi risultati, nonostante la dedizione e l'impegno del singolo medico.

PRIMI DATI ELABORATI DOPO SEI MESI DI SPERIMENTAZIONE

Pazienti visitati 2.935

Numero di visite effettuate 5.259

Tempo medio per tipo di visita:

visita di contatto	12 minuti	(da 7 a 17)
visita di controllo 1° settimana	6 minuti	(da 3 a 9)
visita di controllo 2° settimana	16 minuti	(da 11 a 20)
1° follow-up	7 minuti	(da 4 a 14)

Pazienti non ipertesi 1501 + 43 (52.6 % della popolazione)

Pazienti ipertesi (nuova diagnosi) 451

Pazienti ancora in valutazione 259 (di cui ipertesi stimati 216, non ipertesi 43)

Probabili ipertesi di nuova diagnosi 667 (22.7 % della popolazione, 47.9 % degli ipertesi)

Pazienti ipertesi (già noti) 726 (24.7 % della popolazione, 52.1 % degli ipertesi)

Totale Pazienti ipertesi 1393 (47.4 % della popolazione visitata)

Pazienti ipertesi noti in trattamento farmacologico 593 (81.7 %)

Pazienti compensati 435 (73.4 % degli ipertesi trattati, 59.9 % degli ipertesi)

Pazienti con valori di PA elevata alla visita di contatto, diagnosticati come ipertesi dopo 3 visite 83.5 %.

Prima stima del carico di lavoro per svolgere una medicina d'iniziativa nel campo dell'ipertensione arteriosa.

Ipotesi minima per seguire 1000 assistiti in 1 anno senza considerare i tempi organizzativi (telefonata di invito, compilazione consenso informato, questionario di gradimento...) e quelli morti mancati appuntamenti, ritardi, problemi aggiunti dal paziente, imprevisti per il medico...).

Non ipertesi 52.6 % = 526, di cui 467 vanno rivisti ogni anno e 59 ogni 2 anni (non hanno alcun fattore di rischio)

467 x 12' = 93 ore

59 x 12'/2 = 6 ore

Ipertesi 47.4 % = 474

Devono eseguire ogni anno 3 controlli da 7', 1 controllo da 12'+6' (rivalutazione+controllo esami) = 39'

474 x 39' = 308 ore

Il 40.1 % degli ipertesi non è compensato dalla terapia. Dunque per questi 190 pazienti si dovranno immaginare almeno altri 4 controlli annuali della durata di 6-12' (totale 36')

190 x 36' = 114 ore.

Totale delle ore occorrenti per seguire 1000 pazienti: 521 ore, cioè circa 2 ore e 15 minuti al giorno, al netto di tempi organizzativi e tempi morti, calcolando 6 settimane di ferie.

Un medico massimalista con 1500 assistiti dovrebbe dedicare dunque quasi 3 ore e mezza al giorno.

Va detto che una parte di questo tempo (stimiamo circa un 30%) viene già oggi impegnata per seguire secondo le modalità tradizionali gli ipertesi noti.

NOTA: Informazioni maggiori e più dettagliate sono disponibili nelle VALUTAZIONI COMPLESSIVE DEL PROGETTO dopo 5 anni di sperimentazione, presentate il 18 febbraio 2004.

A cura dell'Ufficio Sanità.

