

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 7 aprile 2025, n. 417

Preso d'atto delle deliberazioni del Direttore Generale di A.Re.S.S. n. 142 del 19/07/2021, recante "Approvazione del documento "Proposta di PDTA Regionale dell'Ipertensione Arteriosa" e n. 225 del 04/12/2024 recante "Aggiornamento del PDTA Regionale dell'Ipertensione Arteriosa di cui alla D.D.G. A.RE.S.S. n. 142/2021"

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, Sezione Strategie e Governo dell'offerta, Servizio Strategie e Governo dell'assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR", concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta dell' Assessore alla Sanità, Benessere animale, Sport per tutti.

PRESO ATTO

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

DELIBERA

1. di prendere atto della deliberazione del Direttore Generale A.Re.S.S. n. 142 del 19/07/2021, recante "Approvazione del documento "Proposta di PDTA Regionale dell'Ipertensione Arteriosa", di cui all'Allegato A parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, con la quale è stata approvata la proposta di PDTA Regionale dell'Ipertensione Arteriosa per la presa in carico del Paziente Cronico da parte dei medici di Assistenza Primaria;
2. di prendere atto della deliberazione del Direttore Generale A.Re.S.S. n. 225 del 04/12/2024 recante "Aggiornamento del PDTA Regionale dell'Ipertensione Arteriosa di cui alla D.D.G. A.Re.S.S. n. 142/2021", di cui all'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, con la quale è stato aggiornato il PDTA di cui alla DDG A.Re.S.S. n. 142/2021, ampliando il G.R.I.P. (Gruppo Ristretto di progetto) precedentemente coinvolto nella stesura del PDTA, al fine di aggiornare e integrare lo stesso alla luce dell'evoluzione delle linee guida di riferimento e di approvare il documento dal titolo "Proposta di PDTA regionale del paziente con Ipertensione Arteriosa e rischio cardiovascolare";

3. di stabilire che le Direzioni Strategiche delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale diano tempestiva attuazione di quanto previsto dal presente provvedimento e che il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, per il tramite delle competenti Sezioni Strategie e Governo dell'Offerta e dalla Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa, avvii l'attività di monitoraggio circa la loro applicazione;
4. di rimandare alle disposizioni in materia di politiche del farmaco impartite dalla competente Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa;
5. di stabilire che l' allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, possa essere modificato con atto dirigenziale da parte della competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;
6. di stabilire che con atto dirigenziale da parte della competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, si procederà all' aggiornamento dei pacchetti di day service afferenti l' ipertensione secondo quanto stabilito dalla deliberazione di Giunta regionale n. 1863 del 23/12/2024 recante "Recepimento D.M. 23 giugno 2023 – avente ad oggetto: "Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica", ai sensi dell'Accordo Stato – Regioni CSR Rep. n. 204 del 14/11/2024 - Modifica ed integrazione della DGR n. 403 del 15 marzo 2021. Revoca della deliberazione di Giunta regionale n. 1963 del 28 dicembre 2023";
7. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, al Direttore Generale dell'A.Re.S.S., alla Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa, alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere Universitarie e, per per il tramite delle Aziende Sanitarie Locali, ai Distretti e ai medici di Medicina Generale nonché ai Ministeri affiancanti (MINSAL e MEF);
8. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

Il Segretario Generale della Giunta

CRISTIANA CORBO

Il Presidente della Giunta

MICHELE EMILIANO

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

OGGETTO: Presa d'atto delle deliberazioni del Direttore Generale di A.Re.S.S. n. 142 del 19/07/2021, recante "Approvazione del documento "Proposta di PDTA Regionale dell'Ipertensione Arteriosa" e n. 225 del 04/12/2024 recante "Aggiornamento del PDTA Regionale dell'Ipertensione Arteriosa di cui alla D.D.G. A.RE.S.S. n. 142/2021".

Visti:

- la Legge n. 241/1990 recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e ss.mm.ii.;
- il D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- il D.Lgs. n. 165/2001 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e ss. mm. ii.;
- il D.Lgs. n. 33/2013 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- la legge n. 190/2012 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- il Decreto ministeriale n. 279/2001 - Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124 e s.m.i.;
- il Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 con cui è stato definito il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", acquisita l'intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni (Rep. Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015) e come da indicazioni contenute all'articolo 1, comma 2 del DM 70/2015, le Regioni devono adottare un provvedimento di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati pervenendo ad un tasso non superiore al 3,7 posti letto per mille abitanti., comprensivi dello 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie;
- il Decreto Ministeriale 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria";
- la Legge Regionale 28 dicembre 1994, n. 36 "Norme e principi per il riordino del Servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- la Legge Regionale 3 agosto 2006, n. 25 "Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale";
- la L.R. Puglia n. 29/2017 recante "Istituzione dell'Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale (A.Re.S.S.)";
- la deliberazione della Giunta Regionale n.2413 del 10 dicembre 2013 Istituzione del Comitato tecnico-regionale per l'Emergenza-urgenza;

- la deliberazione della Giunta Regionale 28 ottobre 2014, n. 2251 Riorganizzazione della Rete dell’Emergenza-Urgenza della Regione Puglia;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1933 del 30/11/2016, a parziale modifica e integrazione delle D.G.R. n. 161/2016 e n. 265/2016, con cui è stata adottata la proposta di Regolamento di riordino della rete ospedaliera, recependo anche alcune delle indicazioni del Ministero della Salute e del Tavolo tecnico D.M. n. 70/2015;
- la D.G.R. del 24 aprile 2018, n. 658 recante “Approvazione del documento tecnico di indirizzo per costruire la rete assistenziale pugliese attraverso i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali PDTA”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 53 del 23/01/2018 avente ad oggetto: “Approvazione - Regolamento regionale: “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 7/2017”;
- il Regolamento regionale 22 novembre 2019, n. 23, con il quale la Regione Puglia ha approvato il “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n° 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016/2017”, dopo aver acquisito il parere favorevole da parte del Ministero della Salute;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1215 del 31/07/2020, recante: “Approvazione definitiva del Regolamento regionale recante: Potenziamento della rete ospedaliera, ai sensi dell’art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34. Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019”;
- il Regolamento Regionale 20 agosto 2020, n. 14 recante: “Potenziamento della rete ospedaliera, ai sensi dell’art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34. Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1466 del 15/09/2021 recante l’approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata “Agenda di Genere”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 134 del 15 febbraio 2022 ad oggetto: “Adozione del Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (ai sensi dell’art.1 decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020) - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR). Indicazioni per la Programmazione degli investimenti a valere sulla missione 6”;
- la deliberazione di Giunta Regionale n. 688 dell’11 maggio 2022 ad oggetto “Approvazione Rete Assistenziale Territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – D.M. 20 gennaio 2022 e della Deliberazione di Giunta Regionale n.134 del 15/02/2022”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1158 del 31/07/2015, recante “Adozione del modello organizzativo denominato Modello ambidestro per l’innovazione della macchina amministrativa regionale – MAIA. Approvazione atto di alta amministrazione”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1974 del 07/12/2020, recante “Approvazione Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo “MAIA 2.0”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1868 del 14/12/2022 avente ad oggetto “Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 302 del 07/03/2022 recante “Valutazione di impatto di Genere. Sistema di gestione e di monitoraggio”;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 919 del 3 luglio 2023 recante “Attuazione deliberazione di Giunta regionale n. 412 del 28/03/2023. Approvazione schema di Regolamento recante: “Modifica del Regolamento regionale n. 14/2020 – Aggiornamento Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015”. Recupero mobilità passiva. Modifica D.G.R. n. 1439/2018”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1295 del 26/09/2024 recante “Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturale”
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1384 del 03/10/2024 avente ad oggetto “Approvazione definitiva Regolamento Regionale “Aggiornamento della Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015– Approvazione Schema di Regolamento avente ad oggetto “Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020””. Modifica ed integrazione deliberazione di Giunta regionale n. 1119 del 31/07/2024”;
- Il Regolamento Regionale 31 ottobre 2024, n. 8 recante “Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020”;

Premesso che:

- il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” recepito con Intesa della Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015), di cui ai Regolamenti Regionali n. 23/2019 e n. 14/2020, avvia il processo di riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliera;
- lo stesso D.M. n. 70/2015 prevede altresì che per la definizione delle reti cliniche le Regioni adottino specifiche disposizioni tenendo conto delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni già contenute negli appositi Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato Regioni sulle rispettive materie;
- con L. R. Puglia n. 29/2017 è stata disposta l’istituzione dell’Agenzia Regionale strategica per la Salute e il Sociale (A.Re.S.S.), quale organismo tecnico-operativo e strumentale della Regione a supporto della definizione e gestione delle politiche in materia sociale e sanitaria, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, tecnica, amministrativa e contabile e sottoposta alla vigilanza della Giunta regionale, contestualmente procedendo all’abrogazione della L. R. Puglia n. 24/2001 ed alla soppressione dell’Agenzia Regionale Sanitaria ivi prevista (A.Re.S.);
- con la deliberazione di Giunta Regionale n. 658 del 24/04/2018 “Approvazione del Documento Tecnico di Indirizzo per costruire la Rete Assistenziale Regionale Pugliese attraverso i PDTA” è stato approvato e recepito il documento tecnico di indirizzo “Costruire la rete assistenziale regionale pugliese attraverso i PDTA” di cui alla Deliberazione del Commissario Straordinario A.Re.S.S. n. 86 del 21 dicembre 2017 dando mandato, all’Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale (A.Re.S.S.), di elaborare e proporre al Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, i PDTA al fine di consentire la conseguente adozione da parte della Giunta regionale;

Atteso che:

- con D.D.G. A.Re.S.S. n. 142 del 19.07.2021 è stata approvata la “Proposta di PDTA Regionale dell’Ipertensione Arteriosa”;
- il PDTA Regionale sulla Ipertensione Arteriosa segue il modello di presa in carico del Paziente Cronico da parte dei medici di Assistenza Primaria (AP), “CARE PUGLIA 3.0”, in una logica orientata ai bisogni della persona cronica e della sua famiglia, e per prevenire l’insorgenza della malattia facendo leva sullo sviluppo organizzativo/strutturale dell’Assistenza Primaria, nonché sulle precedenti esperienze maturate per la gestione dei pazienti cronici (Progetto Leonardo, Progetto Nardino), attraverso un percorso che parte dalla definizione condivisa dei distretti, medici di Assistenza Primaria e specialisti), di un modello generalizzato e ufficiale di presa in carico delle cronicità maggiori tra le quali l’Ipertensione Arteriosa;

Considerato che:

- l’ipertensione arteriosa è tra i principali problemi di salute del mondo occidentale. Essa stessa è tra i fattori di rischio per l’insorgenza di patologie gravi e invalidanti quali l’infarto miocardico, l’ictus cerebri, lo scompenso cardiaco, la nefropatia. (Linee Guida Europee ESH 2023 sull’ipertensione arteriosa);
- attualmente la gestione del paziente iperteso non prevede percorsi diagnostico-terapeutici strutturati in cui specialisti esperti gestiscono la malattia ed interagiscono in rete con i Medici di Medicina Generale (MMG), i primi ad intercettare l’esistenza della patologia in oggetto sin dalle sue prime avvisaglie;
- con deliberazione di Giunta Regionale n. 1935, del 30 ottobre 2018 è stato approvato il Modello di gestione del paziente cronico “Puglia Care” al fine di definire il governo della domanda e la presa in carico dei pazienti cronici inseriti in un percorso che parta dalla definizione condivisa (distretti, medici di AP e specialisti) di un modello generalizzato delle cronicità ad alta incidenza quale è, tra gli altri, l’ipertensione Arteriosa, in una logica orientata ai bisogni della persona cronica e della sua famiglia, per prevenire l’insorgenza della malattia, ritardandone la progressione e riducendo la morbosità e la disabilità prematura;
- il Piano delle cronicità, afferma tra le altre, la necessità di un modello di sistema integrato secondo un sistema di rete multicentrica che valorizzi sia il ruolo specialistico, sia tutti gli attori dell’assistenza primaria, proponendo alcune linee di intervento, evidenziando i risultati attesi, attraverso i quali migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell’appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA);

Dato atto che:

- secondo quanto disposto dalla D.D.G. A.Re.S.S. 142/2021, è stato ampliato il G.R.I.P. (Gruppo Ristretto di Progetto) precedentemente coinvolto nella stesura del PDTA, al fine di aggiornare e integrare lo stesso alla luce dell’evoluzione delle linee guida di riferimento;

- l' allegato della D.D.G. A.Re.S.S. 142/2021 riportava la composizione dei pacchetti di day service dell' allora vigente nomenclatore tariffario regionale, in vigore sino al 29 dicembre 2024;
- si è provveduto, pertanto, ad eliminare tale parte dell' allegato della D.D.G. A.Re.S.S. 142/2021 in quanto con deliberazione di Giunta regionale n. 1863 del 23/12/2024 è stato recepito il D.M. 23 giugno 2023 avente ad oggetto: "Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica", ai sensi dell'Accordo Stato – Regioni CSR Rep. n. 204 del 14/11/2024, quindi si rende necessario procedere all' aggiornamento dei codici prestazioni e delle relative tariffe di cui al summenzionato decreto;
- con la deliberazione del Direttore Generale A.Re.S.S. n. 225 del 04/12/2024 recante "Aggiornamento del PDTA Regionale dell'Ipertensione Arteriosa di cui alla D.D.G. A.Re.S.S. n. 142/2021", è stato aggiornato il PDTA di cui alla DDG A.Re.S.S. n. 142/2021.

Con il presente provvedimento si intende prendere atto della deliberazione del Direttore Generale A.Re.S.S. n. 142 del 19/07/2021, recante "Approvazione del documento "Proposta di PDTA Regionale dell'Ipertensione Arteriosa" con la quale è stata approvata la proposta di PDTA Regionale dell'Ipertensione Arteriosa per la presa in carico del Paziente Cronico da parte dei medici di Assistenza Primaria e prendere atto della deliberazione del Direttore Generale A.Re.S.S. n. 225 del 04/12/2024 recante "Aggiornamento del PDTA Regionale dell'Ipertensione Arteriosa di cui alla D.D.G. A.Re.S.S. n. 142/2021", con la quale è stato aggiornato il PDTA di cui alla DDG A.Re.S.S. n. 142/2021, ampliando il G.R.I.P. (Gruppo Ristretto di Progetto) precedentemente coinvolto nella stesura del PDTA, al fine di aggiornare e integrare lo stesso alla luce dell'evoluzione delle linee guida di riferimento e di approvare il documento dal titolo "Proposta di PDTA regionale del paziente con Ipertensione Arteriosa e rischio cardiovascolare".

Garanzie di riservatezza

"La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE."

Esiti Valutazione di impatto di genere:

L'impatto di genere stimato è **neutro**

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette/indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Tutto ciò premesso, al fine di procedere alla presa d'atto della deliberazione del Direttore Generale A.Re.S.S. n. 142 del 19/07/2021, recante "Approvazione del documento "Proposta di PDTA Regionale dell'Ipertensione Arteriosa" con la quale è stata approvata la proposta di PDTA Regionale dell'Ipertensione Arteriosa per la presa in carico del Paziente Cronico da parte dei medici di Assistenza Primaria e della deliberazione del Direttore Generale A.Re.S.S. n. 225 del 04/12/2024 recante "Aggiornamento del PDTA Regionale dell'Ipertensione Arteriosa di cui alla D.D.G. A.Re.S.S. n. 142/2021", con la quale è stato aggiornato il PDTA di cui alla DDG A.Re.S.S. n. 142/2021, ampliando il Gr.I.P. (Gruppo ristretto di progetto) precedentemente coinvolto nella stesura del PDTA, al fine di aggiornare e integrare lo stesso alla luce dell'evoluzione delle linee guida di riferimento e di approvare il documento dal titolo "Proposta di PDTA regionale del paziente con Ipertensione Arteriosa e rischio cardiovascolare", ai sensi dell'art. 4, lett. k) della L.R. 7/1997 si propone alla Giunta regionale: si propone alla Giunta regionale:

1. di prendere atto della deliberazione del Direttore Generale A.Re.S.S. n. 142 del 19/07/2021, recante "Approvazione del documento "Proposta di PDTA Regionale dell'Ipertensione Arteriosa", di cui all'Allegato A parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, con la quale è stata approvata la proposta di PDTA Regionale dell'Ipertensione Arteriosa per la presa in carico del Paziente Cronico da parte dei medici di Assistenza Primaria;
2. di prendere atto della deliberazione del Direttore Generale A.Re.S.S. n. 225 del 04/12/2024 recante "Aggiornamento del PDTA Regionale dell'Ipertensione Arteriosa di cui alla D.D.G. A.Re.S.S. n. 142/2021", di cui all'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, con la quale è stato aggiornato il PDTA di cui alla DDG A.Re.S.S. n. 142/2021, ampliando il G.R.I.P. (Gruppo Ristretto di progetto) precedentemente coinvolto nella stesura del PDTA, al fine di aggiornare e integrare lo stesso alla luce dell'evoluzione delle linee guida di riferimento e di approvare il documento dal titolo "Proposta di PDTA regionale del paziente con Ipertensione Arteriosa e rischio cardiovascolare";
3. di stabilire che le Direzioni Strategiche delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale diano tempestiva attuazione di quanto previsto dal presente provvedimento e che il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, per il tramite delle competenti Sezioni Strategie e Governo dell'Offerta e dalla Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa, avvii l'attività di monitoraggio circa la loro applicazione;
4. di rimandare alle disposizioni in materia di politiche del farmaco impartite dalla competente Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa;
5. di stabilire che l' allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, possa essere modificato con atto dirigenziale da parte della competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;
6. di stabilire che con atto dirigenziale da parte della competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, si procederà all' aggiornamento dei pacchetti di day service afferenti l' ipertensione secondo quanto stabilito dalla deliberazione di Giunta regionale n. 1863 del 23/12/2024 recante "Recepimento D.M. 23 giugno 2023 – avente ad oggetto: "Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica", ai sensi

dell'Accordo Stato – Regioni CSR Rep. n. 204 del 14/11/2024 - Modifica ed integrazione della DGR n. 403 del 15 marzo 2021. Revoca della deliberazione di Giunta regionale n. 1963 del 28 dicembre 2023”;

7. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, al Direttore Generale dell'A.Re.S.S., alla Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa, alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere Universitarie e, per per il tramite delle Aziende Sanitarie Locali, ai Distretti e ai medici di Medicina Generale nonché ai Ministeri affiancanti (MINSAL e MEF);
8. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul “Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia”, adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374.

IL RESPONSABILE E.Q. “Nuovo Sistema di Garanzia ed Attività di Monitoraggio”:

Nicola GIRARDI



La DIRIGENTE di Servizio “Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale- Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR”:

Antonella CAROLI



IL DIRIGENTE di Sezione “Strategie e Governo dell'Offerta”:

Mauro NICASTRO



Il Direttore ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA osservazioni alla presente proposta di DGR.

Il DIRETTORE di Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale:

Vito MONTANARO



L'Assessore alla Sanità, Benessere animale, Sport per tutti, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta Regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

Raffaele PIEMONTESE



Codice CIFRA: SGO/DEL/2025/00004

Allegato A

**Deliberazione del Direttore Generale di A.Re.S.S. n. 142 del 19/07/2021, recante
"Approvazione del documento "Proposta di PDTA Regionale dell'Ipertensione
Arteriosa"**



Deliberazione del Direttore Generale

N. 142 /2021

OGGETTO: Approvazione del documento "Proposta di PDTA Regionale dell'Ipertensione Arteriosa"

L'anno 2021 il giorno 19 del mese di luglio in Bari, nella sede della Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale,

IL DIRETTORE GENERALE

- VISTA** la Legge n. 241/1990 recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e ss.mm.ii.;
- VISTO** il D. Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii. recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e ss. mm. ii.;
- VISTO** il D. Lgs. n. 165/2001 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e ss.mm.ii.;
- VISTA** la Legge n. 190/2012 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- VISTO** il D. Lgs. n. 33/2013 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- VISTA** la Delibera del Direttore Generale dell'A. Re. S. n. 122 del 5/12/2014 recante "Adozione del Funzionigramma dell'Agenzia Regionale Sanitaria Puglia";
- VISTA** la Delibera di Giunta Regionale n. 1158 del 31/7/2015, recante "Adozione del modello organizzativo denominato Modello ambidestro per l'innovazione della macchina amministrativa Regionale- MAIA. Approvazione atto di alta amministrazione";
- VISTA** la legge Regionale n. 29/2017 recante "Istituzione dell'Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale (A.Re.S.S.)";
- VISTA** la DDG n. 1069 del 19/06/2018, avente ad oggetto "Attuazione dell'art. 2 del Decreto del Presidente della Giunta Regionale del 31/08/2016 (n. registro 542). Attuazione Modello MAIA - Approvazione dell'Atto Aziendale e presa d'atto del finanziamento della dotazione organica dell'Agenzia Regionale strategica per la Salute ed il Sociale della Puglia (A.Re.S.S.);
- VISTO** il Decreto del Presidente della Giunta Regionale del 26/07/2018 (n. registro 474): "Legge Regionale n. 29 del 24 luglio 2017, Art. 5 comma 4 - Nomina Direttore Generale dell'Agenzia Regionale strategica per la salute ed il sociale della Regione Puglia (ARESS)";
- sulla base dell'istruttoria dell'Area Innovazione Sociale, Sanitaria, di Sistema e Qualità-CRSS,

DELIBERAZIONE N. 142 /2021

Pag. 1 a 6

HA ADOTTATO

il seguente provvedimento.

Assiste con funzioni di segretario Ritga Cucinella

PREMESSO CHE:

- con L.R. Puglia 29/2017 è stata disposta l'istituzione dell'Agenzia Regionale strategica per la Salute e il Sociale (di seguito A.Re.S.S.), quale organismo tecnico-operativo e strumentale della Regione a supporto della definizione e gestione delle politiche in materia sociale e sanitaria, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, tecnica, amministrativa e contabile e sottoposta alla vigilanza della Giunta regionale, contestualmente procedendo all'abrogazione della L.R. Puglia 24/2001 ed alla soppressione dell'Agenzia Regionale Sanitaria ivi prevista (A.Re.S.S.);
- la stessa L.R. Puglia 29/2017 ha rafforzato il ruolo dell'A.Re.S.S. sia rispetto ai temi del governo clinico sia rispetto all'estensione del suo mandato, includendo anche l'area sociale. L'A.Re.S.S. pertanto, in ragione delle funzioni riconosciute e delle dotazioni strumentali per il governo assistenziale, ha assunto un ruolo strategico di indirizzo e supporto tecnico-scientifico verso l'attuazione di un piano sistemico di governo clinico regionale;
- l'A.Re.S.S. intende favorire iniziative rivolte all'incremento della cultura organizzativa nelle strutture sanitarie, in un'ottica di reale e concreta applicazione dei principi legati alla *Clinical Governance*, Reti Cliniche e Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (di seguito anche PDTA);
- l'A.Re.S.S. promuove un governo centralizzato e finalizzato alla progettazione, funzionamento e monitoraggio delle reti cliniche e dei PDTA, attraverso il coordinamento dell'Area Innovazione Sociale, Sanitaria, di Sistema e Qualità-CRSS e recependo le linee di indirizzo nazionali sul tema delle Reti Clinico Assistenziali e PDTA;
- la Legge Regionale n. 29 del 24 luglio 2017 "Istituzione dell'Agenzia Regionale per la salute e il sociale (A.Re.S.S.)" prevede, all'art. 3 – Competenze, lett. c), *lo sviluppo e monitoraggio del sistema delle reti cliniche, secondo il modello cosiddetto "hub&spoke", attraverso l'elaborazione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali che assicurino integrazione dei servizi (ospedale, territorio e domicilio) e la reale presa in carico dei bisogni dei pazienti;*
- il PDTA rappresenta lo strumento elettivo per la programmazione dei servizi, per il governo della sostenibilità di sistema, per il miglioramento della qualità delle cure e per l'equità di accesso;
- il PDTA è uno degli strumenti essenziali del governo clinico necessario per definire gli standard assistenziali e verificare l'appropriatezza delle prestazioni erogate attraverso precisi indicatori che misurino l'aderenza alle linee guida e, come tale, il PDTA è finalizzato sia al controllo dei processi clinici ed organizzativi interni ad una struttura ospedaliera, sia al loro miglioramento;

CONSIDERATO CHE:

- l'aumento esponenziale delle malattie cronico degenerative, in larga misura prevenibili, ha reso necessaria la predisposizione del Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007, approvato con Intesa tra Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome sottoscritta il 23 marzo 2005, (prorogato agli anni 2008 e 2009) e dei successivi PNP 2010-2012, prorogato al 2013; e 2014-2018.
- L'art. 4 del Regolamento Regionale n. 7/2017 di riordino della rete ospedaliera pugliese "Reti cliniche" ha stabilito che dall'entrata in vigore del Regolamento di riordino dell'intera rete ospedaliera con provvedimento di Giunta Regionale la Regione, anche con il supporto di A.Re.S.S Puglia, emana specifiche disposizioni per la definizione, ovvero l'adeguamento ai requisiti contenuti nel citato Regolamento del Ministero della Salute, delle reti cliniche, che

integrano l'attività ospedaliera per acuti e post-acuti con l'attività territoriale, recependo le linee guida organizzative e le raccomandazioni contenute negli appositi Accordi sanciti dalla Conferenza Stato Regioni sulle rispettive materie;

- con la deliberazione di Giunta Regionale n. 129 del 6/02/2018 è stato approvato il Piano Operativo della Regione Puglia e tra gli obiettivi, tra l'altro, è stata prevista la predisposizione dei PDTA per diverse patologie, distinti per aree assistenziali ed in particolare Area malattie croniche PDTA Ipertensione Arteriosa;
- L'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2013, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 (Rep. N. 82/CSR del 10 luglio 2014) e successivamente il Decreto Ministeriale n. 70/2015, prospettano ed auspicano nella sezione Continuità Ospedale - Territorio: " la promozione della medicina di iniziativa, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione a corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità, così come previsto dal nuovo patto della salute 2014-2016".
- La lotta alle malattie croniche rappresenta una priorità di salute pubblica per tale ragione nasce la necessità di investire nella prevenzione e nel controllo di queste malattie, anche riducendo i fattori di rischio, come l'alimentazione scorretta, la mancanza di attività fisica e il consumo di tabacco e alcolici, che possono provocare obesità, glicemia alta e ipertensione arteriosa, causa di molte malattie croniche. Pertanto la Conferenza Stato-Regioni del 15.09.2016 ha sottoscritto l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano Nazionale della Cronicità", con l'obiettivo di gestire al meglio l'aumento delle patologie croniche;
- il Piano delle cronicità, propone alcune linee di intervento e evidenzia i risultati attesi, attraverso i quali migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA).
- Secondo le sue stesse premesse, il Piano è centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza.
- la Giunta Regionale, con Deliberazione n. 1935, del 30 ottobre 2018 ha approvato il Modello di gestione del paziente cronico "Puglia Care". Governo della domanda e presa in carico dei pazienti cronici inseriti in un percorso che parta dalla definizione condivisa (distretti, medici di AP e specialisti) di un modello generalizzato delle cronicità ad alta incidenza quale è, tra gli altri, l'ipertensione Arteriosa, in una logica orientata ai bisogni della persona cronica e della sua famiglia, per prevenire l'insorgenza della malattia, ritardandone la progressione e riducendo la morbosità e la disabilità prematura.

ATTESO CHE:

- L'Area Innovazione Sociale, Sanitaria, di Sistema e Qualità-CRSS si caratterizza per il costante impegno di garantire, nell'ambito della attività di supporto al processo di riorganizzazione della assistenza ospedaliera, la necessaria coerenza con le direttrici della programmazione strategica regionale, secondo una logica di gestione per processi, a supporto del percorso di reingegnerizzazione della rete ospedaliera prevista nell'ambito dei Piani Sanitari Regionali e, più di recente, nel Piano Regionale della Salute e nel Piano di Rientro, in coerenza con le previsioni normative nazionali ed in particolare quelle contenute nel Patto della Salute;
- l'A.Re.S.S. promuove, quindi, un governo centralizzato e finalizzato alla progettazione, funzionamento e monitoraggio delle reti cliniche e dei PDTA, attraverso il coordinamento

dell'Area Innovazione Sociale, Sanitaria, di Sistema e Qualità-CRSS (già di Programmazione sanitaria);

- nel 2018 l'A.Re.S.S. ha realizzato un "Programma formativo di alta specializzazione per drafter regionali in progettazione, gestione, verifica dell'aderenza ed implementazione su scala Regionale di percorsi diagnostico - terapeutici - assistenziali della Regione Puglia", nell'ambito del PATHLAB (laboratorio dei PDTA) che ha l'obiettivo di formare gli operatori sanitari e gli addetti al supporto e monitoraggio dei PDTA regionali;
- sulla base del documento tecnico di indirizzo "Costruire la rete assistenziale Regionale pugliese attraverso i PDTA" Deliberazione del Commissario Straordinario A.Re.S.S. n. 86 del 21/12/2017 recepita con Delibera di Giunta Regionale del 24 aprile 2018, n. 658 dal titolo "Approvazione del documento tecnico di indirizzo per costruire la rete assistenziale pugliese attraverso i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali PDTA", viene elaborato il PDTA Regionale sulla l'ipertensione Arteriosa;
- il Piano delle cronicità, afferma tra le altre, la necessità di un modello di sistema integrato secondo un sistema di rete multicentrica che valorizzi sia il ruolo specialistico, sia tutti gli attori dell'assistenza primaria, proponendo alcune linee di intervento, evidenziando i risultati attesi, attraverso i quali migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA);
- il PDTA Regionale sulla l'ipertensione Arteriosa segue il modello di presa in carico del Paziente Cronico da parte dei medici di Assistenza Primaria (AP), "CARE PUGLIA 3.0", in una logica orientata ai bisogni della persona cronica e della sua famiglia, e per prevenire l'insorgenza della malattia facendo leva sullo sviluppo organizzativo/strutturale dell'Assistenza Primaria, nonché sulle precedenti esperienze maturate per la gestione dei pazienti cronici (Progetto Leonardo, Progetto Nardino), attraverso un percorso che parte dalla definizione condivisa dei distretti, medici di Assistenza Primaria e specialisti), di un modello generalizzato e ufficiale di presa in carico delle cronicità maggiori tra le quali l'ipertensione Arteriosa;
- al fine di rendere operativo il percorso per la revisione e aggiornamento del PDTA per l'ipertensione arteriosa, l'A.Re.S.S. Puglia ha strutturato una proposta base sulla base del documento tecnico di indirizzo "Costruire la rete assistenziale regionale pugliese attraverso i PDTA" (Deliberazione del Commissario Straordinario A.Re.S.S. n. 86 del 21/12/2017 recepita con Delibera di Giunta Regionale del 24 aprile 2018, n. 658 dal titolo "Approvazione del documento tecnico di indirizzo per costruire la rete assistenziale pugliese attraverso i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali PDTA");
- la proposta del PDTA in continuità con la metodologia già adottata da A.Re.S.S. Puglia sul tema delle cronicità, cui si deve la prima elaborazione della proposta di PDTA, è tesa ad indicare gli indirizzi utili per l'adozione di misure di politica sanitaria regionale, nell'ambito di tale patologia, anche alla luce delle ultime novità in ambito scientifico legate alle complicanze del Covid 19, e costituisce il punto di partenza per la successiva identificazione del Gruppo Ristretto di Patologia regionale sull'ipertensione arteriosa;
- Il GRiP regionale, una volta costituito, avrà il compito di aggiornare il PDTA, individuare nelle varie fasi del percorso di diagnosi, trattamento terapeutico e assistenziale, le figure interessate e le competenze necessarie (matrice di responsabilità) al fine di fornire agli operatori e agli utenti un più facile e strutturato percorso verso la presa in carico a livello regionale.

RITENUTO di dover approvare, per le motivazioni in premessa, che qui si intendono richiamate quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, il documento elaborato dal titolo:

“Proposta di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Regionale dell’Ipertensione Arteriosa” - (Allegato A);

DELIBERA

1. di approvare la premessa, costituente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare il documento allegato alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale dal titolo: **“Proposta di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Regionale dell’Ipertensione Arteriosa” - (Allegato A);**
3. di trasmettere il documento dal titolo: **“Proposta di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Regionale dell’Ipertensione Arteriosa” - (Allegato A)** al Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti della Regione Puglia, che nell’ambito delle proprie prerogative può apportare le eventuali modifiche e/o integrazioni necessarie, prima di promuovere l’adozione con atto deliberativo della Giunta Regionale;
4. di demandare, a chi di competenza, l’assolvimento degli obblighi di pubblicazione sul sito istituzionale dell’Agenzia;
5. di attestare di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, tale da pregiudicare l’esercizio imparziale delle funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto;
6. di attestare l’insussistenza di cause di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis della Legge n. 241/90 e *ss.mm.ii.*, nonché art. 1, comma 9, lett. e) della Legge n. 190/2012, e l’inesistenza delle condizioni di incompatibilità di cui all’art. 35-bis del D. Lgs. n. 165/2001.

Il Presente provvedimento non essendo soggetto al controllo ex L.R. 24/01 è immediatamente esecutivo ai sensi di legge.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul sito web di questa Agenzia.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa Regionale e nazionale e che il presente provvedimento, predisposto ai fini della adozione dell’atto finale da parte del Direttore Generale è conforme alle risultanze istruttorie.

L’estensore

Servizio Reti Clinico Assistenziali e PDTA
dott. Domenico FERRANTE

Il Dirigente dell’Area di Innovazione Sociale,
Sanitaria, di Sistema e Qualità-CRSS
dott. Ettore ATTOLINI

Il Direttore Generale
Dott. Giovanni GORGONI

Il segretario
Rita Cucinella

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si certifica che il presente provvedimento è stato pubblicato sul sito WEB di questa Agenzia nel rispetto di quanto prescritto dalla Legge Regione Puglia n. 40/2007.

dal 19/07/2021

Bari, 19/07/2021 .

Il Segretario
Rita Cucinella

 Cucinella Rita
19.07.2021
08:25:54
GMT+00:00

Il presente documento è conforme all'originale informatico firmato digitalmente agli atti di questa amministrazione

	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)	
	PDTA Regionale Ipertensione Arteriosa	

Allegato A

Proposta di PDTA regionale del paziente con Ipertensione Arteriosa

Sommario

Premessa	3
Focus epidemiologico sull'ipertensione arteriosa in Puglia	5
Criteri generali per la predisposizione del PDTA dell'ipertensione arteriosa	7
Ipertensione Arteriosa.....	7
Ipertensione Arteriosa Secondaria.....	17
Team interdisciplinare per il percorso diagnostico-terapeutico	19
La telemedicina	29
Modello organizzativo complessivo	31
Indicatori	31
Riferimenti.....	32

Premessa

L'ipertensione arteriosa è fra i principali fattori di rischio per morbi-mortalità cardiovascolare a livello globale. I benefici della terapia antipertensiva sono stati supportati da numerosi trial clinici nei quali la terapia antipertensiva riduceva non solo il rischio di eventi cardiovascolari ma era anche in grado di prevenire/regredire il danno d'organo subclinico associato all'ipertensione. Nel mondo sono oltre 1 miliardo le persone che soffrono di ipertensione; intorno al 30-45% della popolazione adulta (il 60% oltre i 60 anni). L'ipertensione arteriosa rappresenta la principale causa di mortalità prematura, per infarto e ictus. Rappresenta anche un importante fattore di rischio anche per scompenso cardiaco, fibrillazione atriale, nefropatia cronica, arteriopatia periferica. L'ipertensione arteriosa è un problema che colpisce in Italia in media il 33% degli uomini e il 31% delle donne. Il 19% degli uomini e il 14% delle donne sono in una condizione di rischio. Di seguito si rappresentano i risultati dell'ISS del progetto Cuore condotto in Italia sin dal 1998.

- Nord Est: Il 37% degli uomini e il 29% delle donne sono ipertesi; il 22% degli uomini e il 16% delle donne si trovano in una condizione di rischio
- Nord Ovest: Il 33% degli uomini e il 29% delle donne sono ipertesi; il 20% degli uomini e il 15% delle donne sono in una condizione di rischio
- Centro: Il 31% degli uomini e il 29% delle donne sono ipertesi; il 18% degli uomini e il 13% delle donne sono in una condizione di rischio
- Sud e Isole: Il 33% degli uomini e il 34% delle donne sono ipertesi; il 17% degli uomini e il 13% delle donne sono in una condizione di rischio

In particolare

Nord Est

- Liguria
Ipertesi: 36% degli uomini – 30% delle donne
Condizione di rischio: 22% degli uomini – 13% delle donne
- Piemonte
Ipertesi: 33% degli uomini – 30% delle donne
Condizione di rischio: 23% degli uomini e il 16% delle donne
- Lombardia
Ipertesi: 33% degli uomini – 28% delle donne
Condizione di rischio: 16% degli uomini – 15% delle donne
- Valle D'Aosta
Ipertesi: 24% degli uomini – 29% delle donne
Condizione di rischio: 31% degli uomini 13% delle donne

Nord Ovest

- Friuli Venezia Giulia
Ipertesi: 45% degli uomini – 37% delle donne
Condizione di rischio: 25% degli uomini – 14% delle donne
- Emilia Romagna
Ipertesi: 41% degli uomini – 30% delle donne
Condizione di rischio: 20% degli uomini – 17% delle donne
- Veneto
Ipertesi: 33% degli uomini – 28% delle donne
Condizione di rischio: 23% degli uomini – 15% delle donne
- Trentino Alto Adige

Ipertesi: 30% degli uomini – 23% delle donne
Condizione di rischio: 21% degli uomini – 20% delle donne

Centro

- Umbria
Ipertesi: 39% degli uomini – 32% delle donne
Condizione di rischio: 15% degli uomini – 18% delle donne
- Lazio
Ipertesi: 33% degli uomini e delle donne
Condizione di rischio: 19% degli uomini – 13% delle donne
- Toscana
Ipertesi: 28% degli uomini – 26% delle donne
Condizione di rischio: il 20% degli uomini – 11% delle donne
- Marche
Ipertesi: 24% degli uomini – 23% delle donne
Condizione di rischio: 17% degli uomini – 11% delle donne

Sud e Isole

- Calabria
Ipertesi: 45% degli uomini – 41% delle donne
Condizione di rischio: 15% degli uomini – 14% delle donne
- Sicilia
Ipertesi: 37% degli uomini – 34% delle donne
Condizione di rischio: 20% degli uomini – 16% delle donne
- Sardegna
Ipertesi: 33% degli uomini – 29% delle donne
Condizione di rischio: 13% degli uomini – 11% delle donne
- Basilicata
Ipertesi: 33% degli uomini – 28% delle donne
Condizione di rischio: 12% degli uomini – 11% delle donne
- Campania
Ipertesi: 29% degli uomini – 33% delle donne
Condizione di rischio: 18% degli uomini – 15% delle donne
- Molise
Ipertesi: 28% degli uomini – 24% delle donne
Condizione di rischio: 18% degli uomini – 9% delle donne
- **Puglia**
Ipertesi: 26% degli uomini – 35% delle donne
Condizione di rischio: 16% degli uomini – 9% delle donne
- Abruzzo
Ipertesi: 24% degli uomini e delle donne
Condizione di rischio: 14% degli uomini – 13% delle donne

La prevalenza dell'ipertensione arteriosa aumenta con l'età arrivando ad interessare oltre il 70% degli ultra 70enni. Anche nell'età geriatrica l'ipertensione continua a mantenere una relazione lineare con la mortalità per eventi cardiaci ed ictus.

Focus epidemiologico sull'ipertensione arteriosa in Puglia

I dati provenienti dalle indagini statistiche fornite a sostegno dello studio PUGLIA CARE indicano che le patologie croniche sono in progressiva crescita e, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata oltre ad una forte integrazione con i servizi sociali, impegnano gran parte delle risorse del SSR. Si stima, infatti, che circa il 70-80% delle risorse sanitarie sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche.

Inoltre, la presenza, nel medesimo soggetto, di differenti patologie, pur croniche, rendono decisamente necessaria la presa in carico da parte del medico di Medicina Generale, al fine di evitare che l'intervento di diverse figure professionali risulti frammentario, focalizzato solo al trattamento della singola patologia, generando risvolti spesso contrastanti, che possono inficiare il risultato della riduzione delle complicanze e della disabilità. Ciò eviterà anche possibili duplicazioni diagnostiche e terapeutiche.

D'altro canto la complessità della patologia ipertensiva, la multidisciplinarietà fisiopatologica, la sua vasta diffusione (in Puglia circa il 40% della popolazione) e l'impiego di vaste risorse (circa l'80% del valore economico delle prestazioni erogate) suggeriscono la necessità di un diverso affronto organizzativo, il coinvolgimento di Centri di alta specializzazione (Centri di II livello) e di medici di alta professionalità e di comprovata esperienza clinica, gli "ipertensiologi", che operino strutturalmente come consulenti del medico di Medicina Generale. Costoro, in mancanza di una specialità medica di riferimento, dovrebbero essere ufficialmente riconosciuti da Istituzioni Scientifiche (responsabili o dirigenti medici di Centri riconosciuti dalla Società Italiana di Ipertensione Arteriosa, "Clinical Hypertension Specialist" della European Society of Hypertension). Costoro dovrebbero, oltre a favorire la compliance dei pazienti e l'attuazione di programmi educazionali e di sostegno, indirizzare la terapia nei casi con maggiore rischio cardio-cerebrovascolare e/o più resistenti alla terapia convenzionale, complicati da pluripatologie e complicanze e/o suscettibili di percorsi o procedure diagnostiche di alto livello perché giovani o possibilmente affetti da forme secondarie di ipertensione arteriosa.

Tale attenzione dovrebbe poter contare su una organizzazione che preveda innovazioni strutturali del percorso assistenziale e clinico, contando su esperienze e linee guida ormai consolidate.

Si raccomandano una serie di attenzioni utili al fine di una "maggiore assistenza/riduzione dei costi": innanzitutto la presa in carico precoce del paziente cronico e dei suoi problemi di salute onde ridurre l'impatto delle complicanze e la semplificazione del regime terapeutico anche coinvolgendo i familiari in una "corresponsabilità assistenziale".

In secondo luogo è necessario introdurre nel processo di presa in carico la figura del Care Manager con funzione "pivotale" rispetto ai percorsi organizzativi del caso clinico che assicuri una vicinanza al paziente cronico ed al suo nucleo familiare, onde prevenire perdita di compliance terapeutica/assistenziale (remainder di prescrizioni, scadenario esami e visite di controllo) ed assicurare il primo livello di assistenza riducendo il ricorso inutile a strumenti di assistenza di maggiore complessità.

Il terzo punto prevede di condividere, in maniera informatica, l'intero percorso diagnostico-terapeutico concordato per il singolo paziente. I dati raccolti dovrebbero essere in un unico formato informatico e classificati in maniera che la banca dati dei pazienti sia sempre consultabile ed analizzabile dal Servizio Sanitario Regionale.

Facendo così operare, in stretto rapporto, il paziente con il team di operatori sanitari (Medico di Medicina Generale, Specialista e Infermieri) cui dovrebbe associarsi il Collaboratore di Studio, cui affidare le molte pratiche amministrative che oggi gravano su medici e infermieri, si potrà raggiungere lo scopo di ridurre l'incidenza di complicanza e, per la patologia interessata, di possibile invalidità economicamente, socialmente e moralmente assai grave. Care manager e Collaboratori di Studio dovrebbero sostenere il compito assistenziale di medici di Medicina Generale e Centri Specialistici di Ipertensione Arteriosa con lo scopo di ridurre i costi ampliando e "prossimizzando" l'assistenza.

Tale sforzo, teso ad implementare l'efficacia dell'assistenza al paziente iperteso, spesso affetto da varie altre cronicità, necessita di un costante rapporto tra Centri Specialistici (di I e II livello) e Medici di Medicina Generale, anche in maniera istituzionalizzata. La comunicazione scientifica ed organizzativa, le linee guida, i percorsi terapeutici, le difficoltà territoriali e le iniziative periferiche dovranno portare ad un modello integrato di aggiornamento e di una moderna comunicazione tra le differenti figure medico-professionali coinvolte intorno al paziente iperteso, complicato o non. Le possibilità che ormai i differenti media mettono a disposizione dovranno essere utilizzate con riconoscimento di ECM: alert automatici sui PC di studio, differenti App per operatori sanitari e pazienti, video conferenze, gruppi ristretti di lavoro che comunichino i loro risultati su piattaforma, incontri di reinforcement ed approfondimento scientifico tra operatori sanitari, medici o infermieri. In assenza di malattia ma in presenza di fattori di rischio - individuali e collettivi - il Medico di Medicina Generale attiverà gli interventi di prevenzione e promozione della salute, anche attraverso il ricorso ai servizi distrettuali dedicati a correggere lo stile di vita (centri di disassuefazione al fumo, dietologi, centri anti-alcool) mentre, in presenza di malattia ipertensiva conclamata e/o resistente o di sospetto di ipertensione giovanile, si avvarrà dei Centri Specialistici per l'Ipertensione Arteriosa. Egli garantirà il controllo dello stato ipertensivo dei pazienti ma potrà anche erogare direttamente, con la collaborazione dell'infermiere, le prestazioni di carattere diagnostico principale (routine ematochimica, ECG). In presenza di sospetto clinico di malattia di recente insorgenza invierà il paziente in regime di Prima Visita Ambulatoriale o di Day Service di I livello allo specialista ospedaliero o ambulatoriale per l'inquadramento diagnostico, la definizione dell'approccio terapeutico, le procedure amministrative di competenza e per l'eventuale esecuzione di esami di approfondimento clinico in regime di Day Service di II livello. Sempre il Medico di Medicina Generale assicura il follow up per tutto il percorso di vita del paziente attraverso l'interlocuzione con i servizi sanitari (territoriali e ospedalieri), quando necessario, con l'obiettivo di mantenere il più a lungo possibile la persona nel suo domicilio, riducendo al massimo il rischio di ospedalizzazione.

La revisione dei modelli di Day Service di I e II livello è proprio tesa a ridurre al minimo il percorso diagnostico finalizzando l'approccio ambulatoriale alla completa diagnosi dello stato e della forma di ipertensione arteriosa. Si eviteranno ricoveri impropri e si potrà affidare allo specialista (chirurgo, cardiologo, radiologo interventista, ecc) l'intervento risolutore della patologia ipertensiva di natura secondaria. Il follow-up di tali pazienti sarà sempre a carico del Medico di Medicina Generale e dei Centri di II livello per monitorare l'evoluzione del quadro clinico. Il paziente cronico dovrà trovare nel Medico di Medicina Generale il suo principale interlocutore, colui che comunicherà e coordinerà gli esiti e i programmi che i vari specialisti consultati proporranno. I Centri Specialistici di I e II livello dovranno costituire una rete di consultazione che accompagnerà il Medico di Medicina Generale.

Lo specialista ipertensiologo fornisce la consulenza per l'inquadramento diagnostico, collabora per la definizione del piano terapeutico ed esegue il follow-up dei pazienti che necessitano di particolare rivalutazione periodica.

A tale riguardo il Piano di Assistenza Individuale (PAI) è condiviso con il paziente e con il Centro Ipertensione di riferimento ed è strutturato in modo da delineare:

- a) La terapia farmacologica e educativa
- b) La tipologia e la cadenza dei controlli
- c) La modalità di coinvolgimento attivo del paziente

Criteria generali per la predisposizione del PDTA dell'ipertensione arteriosa

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:

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

Ipertensione Arteriosa

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 familiari ed eventuali caregiver (ad esempio Care Puglia), di partecipare attivamente alla gestione delle cure.

È uno strumento di riferimento professionale rivolto elettivamente a:

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

Il medico di medicina generale è responsabile dell'organizzazione autonoma delle seguenti attività parti del percorso di presa in carico:

- a) Organizzazione/prenotazione/effettuazione di tutte le prestazioni comprese nel PAI individuale da realizzare nello studio del medico di AP;
- b) Organizzazione/prenotazione di tutte le prestazioni comprese nel PAI individuale da realizzare nelle strutture del distretto e/o accreditate individuate dalla regione e/o presso il Centro Ipertensione di I o II livello di riferimento;
- c) Attività di verifica della compliance/aderenza da parte dei singoli pazienti attraverso l'organizzazione di chiamata attiva;
- d) Attività di regolare trasmissione dei dati per il monitoraggio/rendicontazione di tutte le attività relative alla presa in carico.

In via generale, la diagnostica di I livello (es. ECG, spirometria, Holter pressorio) è eseguibile presso lo studio del Medico di Medicina Generale, che può avvalersi per la refertazione di sistemi di telemedicina ovvero della consulenza dello specialista o degli ipertensiologi dei Centri di I o II livello, secondo agende dedicate.

Quindi, l'attuale Day Service per il Follow-up dell'Ipertensione Arteriosa Senza Danno d'Organo potrebbe non essere impiegato presso i Centri Ipertensione ma, razionalizzando la spesa sanitaria e l'accesso ai centri specialistici territoriali o ospedalieri, essere affidata ai Medici di Medicina Generale.

Dovranno essere affidate, invece, ai Centri Ipertensione, la individuazione ed il follow-up del danno d'organo e/o l'inquadramento clinico, diagnostico e terapeutico, dei pazienti che, secondo le Linee Guida della European Society of Cardiology e della European Society of Hypertension (ESC-ESH 2018 Guidelines) e sue successive modifiche, presentano quadri di ipertensione moderata-grave (grado 2-3), complicati da altri fattori di rischio e/o da danno d'organo (stadio 2-3) a rischio cardio-cerebrovascolare moderato-alto, pazienti affetti da ipertensione giovanile, ipertensione arteriosa resistente o da quadri di possibile ipertensione secondaria.

Riassumendo: aspetti demografici, possibili dismetabolismi associati, misure di danno d'organo preclinico da ipertensione arteriosa (HMOD) e alterazioni anatomopatologiche stabilizzate forniscono criteri utili per la classificazione della malattia ipertensiva qui di seguito rappresentati in tabella.

Tabella 1 – Inquadramento del danno d'organo mediato da ipertensione (HMOD)

Caratteristiche demografiche e parametri di laboratorio
Sesso ^a (uomini>donne)
Età ^a
Fumatore (abituale o ex fumatore) ^a
Colesterolo totale ^a e HDL-C
Acido urico
Diabete ^a
Sovrappeso o obesità
Anamnesi familiare di MCV prematura (< 55 anni uomini; < 65 anni donne)
Anamnesi familiare di esordio precoce di ipertensione
Esordio precoce menopausa
Stile di vita sedentario
Fattori psicosociali e socioeconomici
Battito cardiaco (valore a riposo >80 battiti/minuto)
Danno d'organo asintomatico
Irrigidimento arterioso; Pressione pulsatoria (in soggetti anziani) ≥ 60 mmHg PWV (pulse wave velocity) carotide-femorale > 10 m/sec
ECG LVH (indice di Sokolow-Lyon > 35 mm, o R su aVL ≥ 11 mm; Indice di Cornell prodotto > 2440 mm.ms, o Indice di Cornell ≥ 28 mm negli uomini o ≥ 20 nelle donne durata QRS > 244)
Ecocardiografia LVH [massa VS indicizzata: uomini > 50 g/m ^{2.7} ; donne > 47 g/m ² (altezza in m ^{2.7}); l'indicizzazione BSA deve essere utilizzata in pazienti normopeso; massa VS / BSA g/m ² > 115 (uomini) e > 95 (donne)]
Microalbuminuria (30-300 mg/24 h) o ACR aumentato (rapporto albuminuria/creatininuria 30-300 mg/g 3.4-34 mg/mmol (possibilmente nelle urine del mattino) ^b
MRC moderata con eGFR $> 30-59$ mL/min/1.73 m ² (BSA) o MRC severa con eGFR < 30 mL/min/1.73 m ²
Indice caviglia-braccio < 0.9
Retinopatia avanzata: emorragia o essudati; papilledema
Malattia cardiovascolare o renale accertata
Cerebrovasculopatia: ictus ischemico, emorragia cerebrale, TIA
Coronaropatia: infarto del miocardio, angina, rivascolarizzazione
Presenza di Ateroma su radiografia
Scompenso cardiaco, inclusa ICFEP
arteriopatia periferica
Fibrillazione Atriale

BSA = area di superficie corporea; **CAD** = Coronaropatia; **MRC** = malattia renale cronica; **MCV** = malattia cardiovascolare; **ECG** = elettrocardiogramma; **eGFR** = Estimated Glomerular Filtration Rate ovvero tasso di filtrazione glomerulare; **HDL-C** = colesterolo

HDL; *ICFEP* = Insufficienza cardiaca con frazione di eiezione ventricolare sinistra preservata; *VS* = Ventricolo Sinistro; *LVH* = Ipertrofia Ventricolare sinistra; *PWV* = Pulse Wave velocity – velocità onda di polso; *TIA* = Attacco Ischemico Transitorio;

^a fattori di rischio CV inclusi nello SCORE system

^b proteinuria e eGFR ridotto sono fattori di rischio indipendenti

La loro interazione, la quantità dei fattori di rischio e di danno, nonché i valori pressori di per sè, cioè il loro raggruppamento in fasce di valori ovvero gradi, permette una classificazione della malattia ipertensiva utile al riconoscimento della prognosi cerebro-cardio-vascolare.

Classificazione degli stadi dell'ipertensione in base ai livelli di PA, presenza di fattori di rischio CV, danno d'organo mediato dall'ipertensione o comorbidità.

Stadi di ipertensione	Altri fattori di rischio, danno d'organo asintomatico o presenza di patologia concomitante	PA (mmHg)			
		Normale alta PAS 130-139 PAD 85-89	Grado 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Grado 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Grado 3 PAS ≥ 180 PAD ≥ 110
Stadio 1 (semplice)	Nessun altro fattore di rischio	Rischio basso	Rischio basso	Rischio moderato	Rischio alto
	1 o 2 fattori di rischio	Rischio basso	Rischio moderato	Rischio moderato-alto	Rischio alto
	≥ 3 fattori di rischio	Rischio basso-moderato	Rischio moderato-alto	Rischio alto	Rischio alto
Stadio 2 (malattia asintomatica)	Danno d'organo asintomatico, nefropatia cronica allo stadio 3, diabete senza danno d'organo	Rischio moderato-alto	Rischio alto	Rischio alto	Rischio alto-molto alto
Stadio 3 (malattia accertata)	Malattia CV accertata, nefropatia cronica stadio ≥ 4, diabete con danno d'organo	Rischio molto alto	Rischio molto alto	Rischio molto alto	Rischio molto alto

PAD: pressione arteriosa diastolica; PAS: pressione arteriosa sistolica; CV: cardiovascolare; PA: pressione arteriosa.

Il follow-up di questi pazienti sarà comunque, come già descritto, concordato tra il Medico di Medicina Generale ed il Centro Ipertensione di riferimento.

Si descrivono, quindi, rivisti, gli scadenziari che il Medico di Medicina Generale (MMG) dovrebbe assicurare al paziente iperteso, gli esami richiedibili in regime di Day Service di I e II livello, la proposta di PDTA per ipertensioni di probabile natura secondaria più comuni, precisando che a tali Centri vengono confermati i compiti di certificazione, di up-grading diagnostico e di programmazione di esami biochimici e strumentali di elevato livello tecnologico, avvalendosi anche di infermieri e collaboratori di studio incardinati nei Centri medesimi.

Tabella 2 _ Ipertensione non complicata di grado 1-2 eseguibile anche dal MMG

Prestazione	frequenza	dove	opzionale
INCONTRO CON IL MEDICO DI MMG (aderenza, stile di vita)	6 mesi	MMG	
PESO	6 mesi	MMG	
BMI E CA	6 mesi	MMG	

Pressione arteriosa	6 mesi ma con frequenti auto-misurazioni	MMG	
ECG	12 mesi	MMG o Centro Ipertensione	
Glicemia	12 mesi	PRELIEVO presso MMG o Centro Ipertensione	
Profilo lipidico (colesterolemia totale, HDL, LDL calcolato, trigliceridi)	12 mesi	PRELIEVO presso MMG o Centro Ipertensione	
Uricemia	12 mesi	PRELIEVO presso MMG o Centro Ipertensione	
Creatininemia	12 mesi	PRELIEVO presso MMG o Centro Ipertensione	
CLEARANCE CALCOLATA (Cockroft o MDRD o CKD-Epi)	12 mesi	PRELIEVO presso MMG o Centro Ipertensione	
Potassiemia	12 mesi	PRELIEVO presso MMG o Centro Ipertensione	
Emocromo	12 mesi	PRELIEVO presso MMG o Centro Ipertensione	
Esame urine completo	12 mesi	PRELIEVO presso MMG o Centro Ipertensione	
Microalbuminuria	12 mesi	PRELIEVO presso MMG o Centro Ipertensione	
Ecocardiogramma	24 mesi	presso MMG o Centro Ipertensione	
Ecodoppler carotideo	24 mesi	presso MMG o Centro Ipertensione	si

Tabella 3 _ Ipertensione grado 2-3 o complicata da cardiopatia ipertensiva, vasculopatia o associata a diabete mellito e/o dislipidemia (Si raccomanda l'affidamento, per questi pazienti, al Day Service per Ipertensione Arteriosa presso Centri di Ipertensione Arteriosa)

Prestazione	frequenza	dove	opzionale
INCONTRO CON IL MEDICO DI MMG (aderenza, stile di vita)	6 mesi	MMG	
PESO	6 mesi	MMG	
BMI E CA	6 mesi	MMG	
Pressione arteriosa	3 mesi ma con frequenti auto-misurazioni	MMG	
ECG	12 mesi	MMG o Centro Ipertensione	
Glicemia	6 mesi	PRELIEVO MMG o Centro Ipertensione	
Emoglobina glicata	6 mesi	Prelievo MMG o Centro Ipertensione	
Profilo lipidico (colesterolemia totale, HDL, LDL calcolato, trigliceridi)	6 mesi	PRELIEVO MMG o Centro Ipertensione	
Uricemia	6 mesi	PRELIEVO MMG o Centro Ipertensione	
Cretinemia	6 mesi	PRELIEVO MMG o Centro Ipertensione	
CLEARANCE CALCOLATA (Cockcroft, MDRD o CKD-Epi)	6 mesi	MMG o Centro Ipertensione	
Potassiemia	6 mesi	PRELIEVO MMG o Centro Ipertensione	
Emocromo	6 mesi	PRELIEVO MMG o Centro Ipertensione	
Esame urine completo	6 mesi	PRELIEVO MMG o Centro Ipertensione	
Microalbuminuria	6 mesi	PRELIEVO MMG o Centro Ipertensione	
Ecocardiogramma	12 mesi	Centro Ipertensione	
Ecodoppler carotideo	12 mesi	Centro Ipertensione	
Ecodoppler vascolare	12 mesi	Centro Ipertensione	si
Ecografia addome superiore	24 mesi	Centro Ipertensione	si

Ipertensione Arteriosa Secondaria

L'ipertensione secondaria è l'ipertensione dovuta ad una causa identificabile che può essere curabile con un intervento specifico sulla causa. Un elevato indice di sospetto e la tempestività della diagnosi sono importanti perché gli interventi possono essere curativi, specialmente nei pazienti più giovani: basti pensare alla chirurgia correttiva per coartazione aortica, all'angioplastica renale nei pazienti più giovani con displasia fibromuscolare dell'arteria renale, alla surrenectomia per risolvere una causa endocrina di ipertensione oppure al trattamento farmacologico di un disturbo monogenico che colpisce uno specifico canale ionico sensibile ai farmaci, come può essere l'uso selettivo di amiloride nella sindrome di Liddle.

Intervenire sulle cause dell'ipertensione secondaria più avanti nella vita è meno probabile che possa essere risolutivo, che consenta cioè di sospendere la terapia antiipertensiva, perché l'ipertensione di lunga durata provoca danni vascolari ed extravascolari, "primitivizzandosi". È comunque importante perché spesso si tradurrà in un controllo pressorio migliore con meno farmaci.

Si stima che la prevalenza dell'ipertensione secondaria sia il 5–15% degli ipertesi. Screening per ipertensione secondaria di tutti i pazienti ipertesi non sono fattibili o convenienti, tuttavia ci sono alcune caratteristiche generali del paziente che orientano verso una maggiore probabilità di avere ipertensione secondaria. La maggior parte dello screening può essere eseguito con esami del sangue e delle urine, ecografia addominale ed ecocardiografia.

Le linee guida ESC/ESH 2018 consigliano di rivolgersi a un centro specializzato per ulteriori indagini utili a confermare una diagnosi sospetta di ipertensione secondaria e per la gestione clinica del paziente.

La nostra proposta serve a mettere a punto un protocollo da condividere con le U.O. coinvolte in tutte le tappe del percorso che porta dal sospetto alla diagnosi e successivamente al trattamento e al follow-up delle cause di ipertensione secondaria in maniera da seguire il paziente, con la collaborazione del Medico di Medicina Generale che seguirà il paziente, assicurandogli la migliore assistenza possibile, secondo le Linee Guida, mantenendo uno stretto contatto con il Centro Ipertensione.

Tabella 3 - Cause di Ipertensione secondaria (Linee Guida Europee ESC/ESH 2018)

OSAS	prevalenza	5-10%
Malattia nefroparenchimale	"	2-10%
Malattia nefrovascolare (aterosclerosi o displasia fibromuscolare)	"	1-10%
Iperaldosteronismo primitivo	"	5-15%
Feocromocitoma	"	< 1%
S. di Cushing	"	< 1%
Iper o ipotiroidismo	"	1-2%
Iperparatiroidismo	"	< 1%
Coartazione dell'aorta	"	< 1%

Tabella 4 - Incidenza delle cause di Ipertensione Arteriosa Secondo – Età (Linee Guida Europee ESH/ESC 2018)

Gruppi di età	% di incidenza	Cause tipiche
Bambini (< 12 anni)	70-85	malattia parenchimale renale coartazione dell'aorta disordini monogenici
Adolescenti (12-18 anni)	10-15	malattia parenchimale renale coartazione dell'aorta disordini monogenici

Giovani adulti (19-40 anni)	5-10	malattia parenchimale renale displasia fibromuscolare (> nelle donne) disordini monogenici non diagnosticati
Adulti di mezza età (41-65 anni)	5-15	iperaldosteronismo primitivo OSAS s. di Cushing feocromocitoma malattia parenchimale renale malattia nefrovascolare aterosclerotica
Anziani (> 65 anni)	5-10	malattia nefrovascolare aterosclerotica malattia parenchimale renale patologia tiroidea

Tabella 5 - Rare cause genetiche di Ipertensione Secondaria (Linee Guida Europee ESH/ESC 2018)

Condizione	Fenotipo	Meccanismo ed effetto
s. di Liddle	ipokaliemia, alcalosi metabolica, bassa PRA o renina, basso aldosterone	aumento dell'attività tubulare ENaC: risponde al trattamento con Amiloride
apparente eccesso di mineralcorticoidi	ipokaliemia, alcalosi metabolica, bassa PRA o renina, basso aldosterone	ridotta attività dell'isoenzima 2 11b-deidrogenasi
s. di Gordon	ipokaliemia, acidosi metabolica, bassa PRA o renina, basso aldosterone	iperattività del cotrasportatore Na-Cl
s. di Geller	ipertensione esacerbata dalla gravidanza, bassa PRA o renina, basso aldosterone	effetto agonista del progesterone sul recettore mineralcorticoide
ipertensione glucocorticoide sopprimibile	ipokaliemia, alcalosi metabolica, bassa PRA o renina, elevato aldosterone	gene chimerico CYP11b1 vs CYP11b2: risponde al trattamento con glucocorticoidi

Team interdisciplinare per il percorso diagnostico-terapeutico

A) LABORATORIO DI ANALISI per il dosaggio di:

- metanefrine urinarie frazionate
- cortisolo libero urinario (in almeno 2 misurazioni)
- cortisolo salivare notturno (2 misurazioni)
- test di soppressione con desametasone 1 mg
- test di soppressione con desametasone a bassa dose più lungo (2 mg/die per 48 ore)
- cortisolo (da vene surrenaliche)
- renina
- aldosterone
- altri individuabili per il caso specifico

B) RADIOLOGIA per:

- TC o RM addome
- Ecografia addome superiore
- Ecodoppler arterie renali
- Arteriografia arterie renali e angioplastica, con o senza stent

- Venografia per campionamento venoso surrenalico (AVS) e vena cava inferiore
- altri individuabili per il caso specifico

C) MEDICINA NUCLEARE per:

- scintigrafia con ¹²³I-MIBG,
- PET/TC con ¹⁸F-FDG
- altri individuabili per il caso specifico

D) GENETICA per:

- analisi molecolare degli esoni 1-8 del gene SDHB,
- degli esoni 1-6 del gene SDHC,
- degli esoni 1-4 del gene SDHD,
- analisi molecolare degli esoni 1-3 del gene VHL,
- analisi molecolare degli esoni 8, 10, 11, 13, 14, 15 e 16 del gene RET,
- test genetico per la forma familiare di iperaldosteronismo tipo 1 glucocorticoide sensibile (FH-I o GRA),
- test genetico per la ricerca della mutazione germinale in KCNJ5 per la forma familiare di iperaldosteronismo tipo 3 (FH-III)
- altri individuabili per il caso specifico

E) CHIRURGIA DEL RENE E SURRENE per:

- surrenectomia laparoscopica o open o parziale
- nefrectomia
- allotrapianto renale

F) CHIRURGIA VASCOLARE per

- interventi specifici per alterazioni vascolari causa di ipertensione secondaria (coartazione aortica, stenosi arteria renale, etc.)

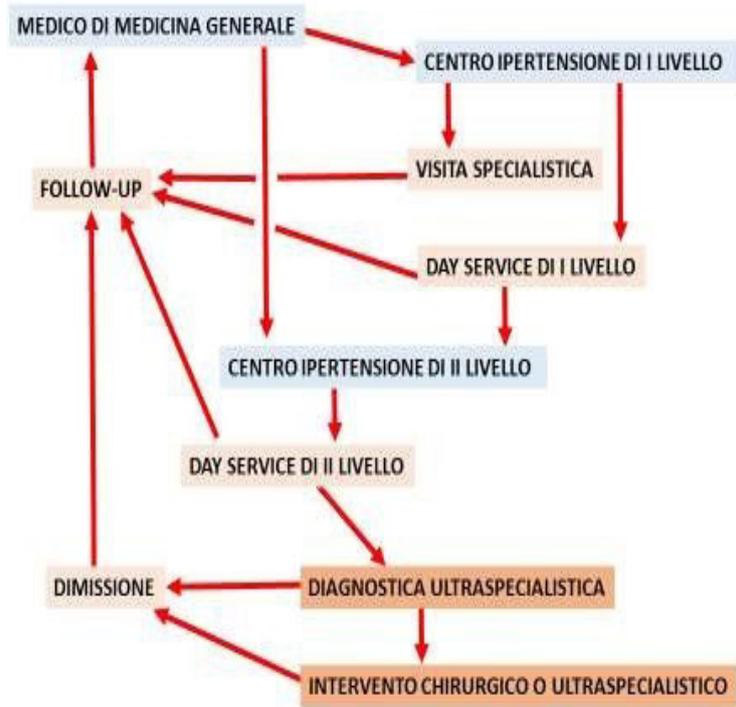
Si vuole, quindi, costruire una strategia tesa ad assicurare al paziente affetto da alti valori pressori un percorso diagnostico, in ambiente ambulatoriale, che tenda ad escludere il ricorso al ricovero ordinario ma che impieghi questo solo nei ristretti casi di ipertensione secondaria per l'eventuale programmato intervento chirurgico.

D'altro canto, si vuole costruire una qualificata struttura assistenziale che affianchi il medico di famiglia nell'assistenza al paziente affetto da ipertensione primitiva.

A tale riguardo è auspicato un servizio di Telemedicina con contatto con i pazienti seguiti dal Centro di Ipertensione, corredati da APP appositamente studiate per l'implementazione dei dati del paziente iperteso, e di Consulting per i medici di medicina di base. Iniziali esperienze locali, in sintonia con altre emergenti a livello nazionale, sono in fase di sperimentazione.

Si intende, quindi, operare una efficace prevenzione delle complicanze legate allo stato ipertensivo e/o alle possibili comorbidità, monitorando e contrastando, con la migliore strategia terapeutica, farmacologica e non, il deterioramento delle funzioni e l'evoluzione del danno d'organo che tanto incidono sul paziente e sulla società, economicamente, socialmente e psicologicamente.

La strategia vuole, perciò, ridurre e qualificare la spesa fornendo, altresì, una rete di costante assistenza. Di seguito si presenta una figura che rappresenta l'ecosistema del trattamento dell'ipertensione.

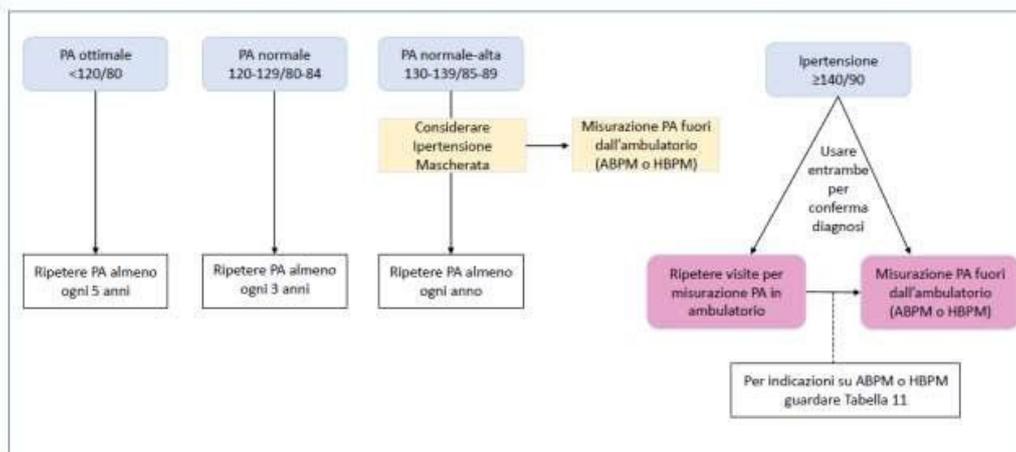


Considerazioni circa l'approccio terapeutico al Paziente con Alti Valori Pressori

Per una strategia utile alla terapia dell'ipertensione arteriosa, in accordo con le Linee Guida ESC-ESH 2018, va innanzitutto reinquadrato il riconoscimento del paziente con alti valori pressori e distinguere le fasi di riconoscimento della malattia.

Ai pazienti adulti sani, in assenza di qualsiasi altra condizione morbosa o fattore di rischio cerebro-cardio-vascolare, con valori pressori ottimali (<120/80 mmHg) o normali (120-129/80-84 mmHg) va, rispettivamente, consigliato un controllo ogni 5 o 3 anni. Invitiamo comunque i Medici di Medicina Generale o qualsiasi altro operatore sanitario, nell'ambito di una qualsiasi prestazione professionale, a misurare la pressione arteriosa perché spesso gli ipertesi sono asintomatici e la pressione potrebbe incrementare in tempi anche ridotti. Utile a tale riguardo anche incoraggiare, con una certa regolarità e/o in presenza di sintomi, chiunque, a misurare la pressione arteriosa affinché si possa, secondo le campagne di sensibilizzazione in occasione delle Giornate Mondiali contro l'ipertensione Arteriosa, "conoscere la propria pressione".

I pazienti adulti sani che presentano valori pressori ai limiti ("borderline"/normali alti) debbono essere, in un'ottica preventiva, riconosciuti più approfonditamente, sia ripetendo il controllo in ambiente medico in un intervallo più ridotto, sia incoraggiando l'automisurazione domiciliare (HBPM) o il monitoraggio ambulatorio pressorio delle 24 ore (ABPM). Andranno riconosciuti i pazienti con valori pressori più elevati al di fuori dello studio medico ("masked hypertension") o con "sleep apnea". In qualsiasi caso, questi pazienti dovranno essere rivisti almeno entro un anno e resi corresponsabili nella sorveglianza medica.

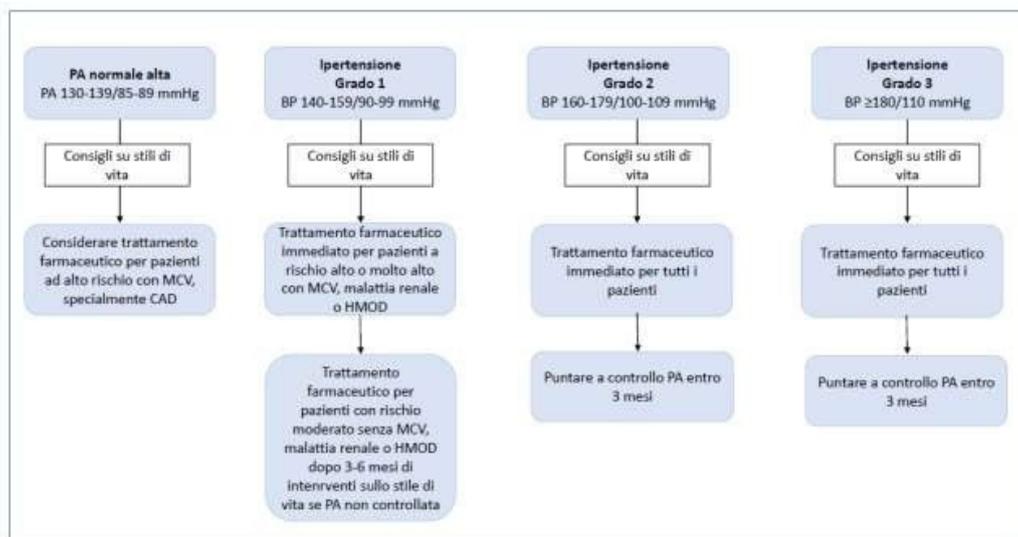


Una volta, invece, accertato lo stato ipertensivo ($\geq 140/90$ mmHg) questo dovrà essere confermato a breve con incontri nell'ambiente medico e/o domiciliariamente e/o tramite ABPM. Al momento dell'indagine medica di tipo anamnestico, sintomatologico, clinico, obiettivo, bisogna disegnare una strategia diagnostica e terapeutica. La stadiazione dello stato ipertensivo include, ai fini prognostici e terapeutici, i pazienti con valori pre-clinici/borderline e gradi di ipertensione conclamata:

- 1) pressione arteriosa normale-alta: 130-139 / 85-89 mmHg
- 2) ipertensione arteriosa di grado I: 140-159 / 90-99 mmHg
- 3) ipertensione arteriosa di grado II: 160-179 / 100-109 mmHg
- 4) ipertensione arteriosa di grado III: $\geq 180 / 110$ mmHg

Caratteristicamente, per ogni condizione, viene raccomandato un approccio innanzitutto non farmacologico. Vanno infatti implementati e raccomandati, perché scientificamente provati come utili presidi, modifiche dello stile di vita. In particolare, restrizione dell'introito alimentare di sodio e di alcol, riduzione del peso corporeo, incremento dell'attività fisica, specialmente di tipo aerobico

e cessazione dall'abitudine tabagica. Queste indicazioni costituiscono una reale terapia, che dovrebbe essere "prescritta" ed enfatizzata dai medici e far parte di una globale strategia terapeutica.



Quindi, nel caso di pressione arteriosa normale-alta o di grado I viene consigliato un trattamento farmacologico solo nei casi di scarso effetto della strategia non farmacologica o con fattori di rischio elevato o di presenza di danno d'organo, In caso di ipertensione di grado II o III viene consigliato l'immediato intervento farmacologico senza rinunciare alla "prescrizione" non farmacologica.

Tabella 6 – Avvio del trattamento per ipertensione in accordo ai valori pressori ambulatoriali

Raccomandazioni	Classe ^a	Livello ^b
Si raccomanda il tempestivo inizio del trattamento farmacologico per abbassare la pressione arteriosa in pazienti con ipertensione di 2 o 3 grado a qualsiasi livello di rischio cardiovascolare, simultaneamente con l'avvio di cambiamenti negli stili di vita	I	A
In pazienti con Ipertensione di Grado 1:	II	B
<ul style="list-style-type: none"> Sono raccomandati interventi sullo stile di vita per determinare se efficaci nella normalizzazione della PA In pazienti con Ipertensione di Grado 1 con rischio basso-moderato e senza evidenze di HMOD, il trattamento farmacologico per abbassamento PA è raccomandato se l'ipertensione rimane dopo un periodo di interventi sugli stili di vita In pazienti con Ipertensione di Grado 1 ad alto rischio o con evidenze di HMOD, è raccomandato l'avvio tempestivo di trattamento farmacologico simultaneamente ad interventi sugli stili di vita 	I	A
In pazienti anziani idonei con ipertensione (anche se con età superiore agli 80 anni), il trattamento farmacologico di abbassamento PA e interventi sugli stili di vita sono raccomandati quanto SPA è ≥ 160 mmHg	I	A
Trattamento farmacologico per abbassamento PA e interventi sugli stili di vita sono raccomandati per pazienti anziani idonei (>65 anni ma non > 80 anni) quando PAS è nel range di 1 grado (140-159 mmHg), a condizione che il trattamento sia ben tollerato	I	A
Il trattamento anti ipertensivo deve essere preso in considerazione anche per pazienti anziani fragili se tollerato	IIb	B
Cessazione del trattamento farmacologico per abbassamento PA sulla base dell'età, anche quando i pazienti raggiungono una età ≥ 80 anni, non è raccomandata, a condizione che il trattamento sia ben tollerato	III	A

In pazienti con PA alta normale (130-139/85-89 mmHg): <ul style="list-style-type: none"> • Cambiamenti degli stili di vita sono raccomandati • Trattamento Farmacologico può essere considerato quando il loro CV è molto alto a causa di accertato disagio cardiovascolare, specialmente CAD 	I	A
	IIb	A

PA = pressione arteriosa; CAD = coronaropatia; CV = cardiovascolare; CVD = malattia cardiovascolare; HMOD = danno d'organo mediato da ipertensione; PAS = pressione arteriosa sistolica

^a Classe di raccomandazione

^b Livello di evidenza

In pazienti con ipertensione di 1 grado e rischio basso – moderato, il trattamento farmacologico deve essere preceduto da un periodo prolungato di modifiche sugli stili di vita per determinare se questo approccio possa normalizzare la PA. La durata degli interventi sugli stili di vita dipenderà dal livello della PA entro il range di 1 grado, per es. la probabilità di ottenere un controllo sulla PA attraverso interventi sugli stili di vita soltanto, e le opportunità per cambiamenti significativi dello stile di vita nei singoli pazienti.

D'altro canto, la differente combinazione di età e di condizione patologica concomitante indica, secondo studi scientifici consolidati e linee guida, un differente target pressorio da raggiungere con un trattamento personalizzato che possa sostenere una pressione arteriosa sistolica utile alla perfusione d'organo individuale. Vengono, quindi, indicati i valori pressori al di sopra dei quali è indicato un intervento farmacologico.

Tabella 7 – Sintesi delle soglie di trattamento della pressione arteriosa in-office

Classi di età	Soglia trattamento Pressione Arteriosa Sistolica in-office (mmHg)					Soglia trattamento PAD in office (mmHg)
	Ipertensione	+ Diabete	+ MCV	+ CAD	+Stroke/TIA	
18 – 65 anni	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 90
65 – 79 anni	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 90
≥ 80 anni	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 90
Soglia trattamento PAD in office (mmHg)	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	

Quindi la strategia in ordine ai valori di pressione arteriosa rilevata in ambiente clinico durante la visita medica è la seguente:

Age group	Office SBP treatment target ranges (mmHg)					Office DBP treatment target range (mmHg)
	Hypertension	+ Diabetes	+ CKD	+ CAD	+ Stroke ^a /TIA	
18–65 years	Target to 130 or lower if tolerated. Not <120	Target to 130 or lower if tolerated. Not <120	Target to <140 to 130 if tolerated.	Target to 130 or lower if tolerated. Not <120	Target to 130 or lower if tolerated. Not <120	70–79
65–79 years ^b	Target to 130–139 if tolerated	Target to 130–139 if tolerated	Target to 130–139 if tolerated	Target to 130–139 if tolerated	Target to 130–139 if tolerated	70–79
≥80 years ^b	Target to 130–139 if tolerated	Target to 130–139 if tolerated	Target to 130–139 if tolerated	Target to 130–139 if tolerated	Target to 130–139 if tolerated	70–79
Office DBP treatment target range (mmHg)	70–79	70–79	70–79	70–79	70–79	

CAD, coronary artery disease; CKD, chronic kidney disease (includes diabetic and nondiabetic CKD); DBP, diastolic blood pressure; SBP, systolic blood pressure; TIA, transient ischaemic attack.

^aRefers to patients with previous stroke and does not refer to blood pressure targets immediately after acute stroke.

^bTreatment decisions and blood pressure targets may need to be modified in older patients who are frail and independent.

La ricerca farmacologica e terapeutica in campo ipertensiologico ha permesso di mettere a disposizione del medico una serie di farmaci capaci di fornire un approccio personalizzato sia in

monoterapia che in combinazione. Ancora le Linee Guida ESC-ESH 2018 e i recenti aggiornamenti da letteratura scientifica forniscono un valido supporto utile al riconoscimento del più appropriato farmaco o combinazione.

Drug treatment strategy for hypertension

Recommendations
Among all antihypertensive drugs, ACE inhibitors, ARBs, beta-blockers, CCBs, and diuretics (thiazides and thiazide-like drugs such as chlorthalidone and indapamide) have demonstrated effective reduction of BP and cardiovascular events in RCTs, and thus are indicated as the basis of antihypertensive treatment strategies [2].
Combination treatment is recommended for most hypertensive patients as initial therapy. Preferred combinations should comprise a RAS blocker (either an ACE inhibitor or an ARB) with a CCB or diuretic. Other combinations of the five major classes can be used [233,318,327,329,341–345].
It is recommended that beta-blockers are combined with any of the other major drug classes when there are specific clinical situations, e.g. angina, post-myocardial infarction, heart failure, or heart rate control [300,341].
It is recommended to initiate an antihypertensive treatment with a two-drug combination, preferably in an SPC. Exceptions are frail older patients and those at low risk and with grade 1 hypertension (particularly if SBP is < 150 mmHg) [342,346,351].
It is recommended that if BP is not controlled ^c with a two-drug combination, treatment should be increased to a three-drug combination, usually a RAS blocker with a CCB and a thiazide/thiazide-like diuretic, preferably as an SPC [349,350].
It is recommended that if BP is not controlled ^d with a three-drug combination, treatment should be increased by the addition of spironolactone or, if not tolerated, other diuretics such as amiloride or higher doses of other diuretics, a beta-blocker, or an alpha-blocker [310].
The combination of two RAS blockers is not recommended [291,298,299].

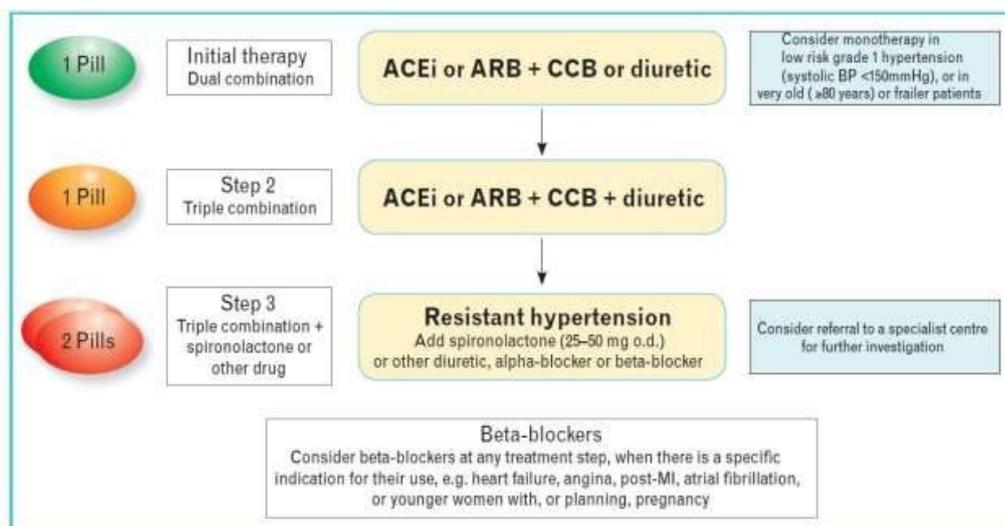
ACE, angiotensin-converting enzyme; ARB, angiotensin receptor blocker; BP, blood pressure; CCB, calcium channel blocker; RAS, renin-angiotensin system; RCT, randomized controlled trial; SBP, systolic blood pressure; SPC, single-pill combination

^aClass of recommendation

^bLevel of evidence

^cAdherence should be checked.

Ormai numerosi studi indicano l'utilità di iniziare la terapia ipotensivizzante direttamente con una terapia di associazione mentre sembra sempre più opportuno, per evitare l'eccessiva riduzione dei valori pressori, specie nei casi in cui va comunque sostenuta la necessaria perfusione d'organo, assicurare il target pressorio mediante l'utilizzazione di dosaggi ridotti. Tendenzialmente la monoterapia sembra essere indicata solo nei soggetti con una ipertensione lieve a basso rischio cerebro cardiovascolare o in soggetti anziani fragili o con una età maggiore di 80 anni.



Criterio assai critico è in realtà la presenza di controindicazioni relative o assolute al trattamento con specifici farmaci ipotensivizzanti. L'interazione di criteri controindicanti, di target pressori e di

concomitanti condizioni morbose inducono la costruzione di un approccio individualizzato della terapia anti-ipertensiva.

Tabella 8 – Controindicazioni assolute e relative all’uso di specifici farmaci antiipertensivi

Drug	Contraindications	
	Compelling	Possible
Diuretics (thiazides/thiazide-like, e.g. chlorthalidone and indapamide)	<ul style="list-style-type: none"> Gout 	<ul style="list-style-type: none"> Metabolic syndrome Glucose intolerance Pregnancy Hypercalcaemia Hypokalaemia
Beta-blockers	<ul style="list-style-type: none"> Asthma Any high-grade sinoatrial or atrioventricular block Bradycardia (heart rate <60 beats per min) 	<ul style="list-style-type: none"> Metabolic syndrome Glucose intolerance Athletes and physically active patients
Calcium antagonists (dihydropyridines)		<ul style="list-style-type: none"> Tachyarrhythmia Heart failure (HFrEF, class III or IV) Pre-existing severe leg oedema
Calcium antagonists (verapamil, diltiazem)	<ul style="list-style-type: none"> Any high-grade sinoatrial or atrioventricular block Severe LV dysfunction (LV ejection fraction <40%) Bradycardia (heart rate <60 beats per min) 	<ul style="list-style-type: none"> Constipation
ACE inhibitors	<ul style="list-style-type: none"> Pregnancy Previous angioneurotic oedema Hyperkalaemia (potassium >5.5 mmol/L) Bilateral renal artery stenosis 	<ul style="list-style-type: none"> Women of child-bearing potential without reliable contraception
ARBs	<ul style="list-style-type: none"> Pregnancy Hyperkalaemia (potassium >5.5 mmol/L) Bilateral renal artery stenosis 	<ul style="list-style-type: none"> Women of child-bearing potential without reliable contraception

ACE = angiotensin-converting enzyme; ARB = angiotensin receptor blocker; HFrEF = heart failure with reduced ejection fraction; LV = left ventricular.

Le indicazioni più opportune per una terapia di associazione o monoterapia in base alle condizioni cliniche sono quelle suggerite dalle Linee Guida ESC-ESH 20128 ricavate da una vasta letteratura internazionale basata su studi di larga scala.

Tabella 9 – Principali associazioni farmacologiche usate nei trials per il trattamento dell’ipertensione in un approccio a gradini oppure come combinazione randomizzata (combinazione vs placebo o monoterapia)

Trial	Comparator	Type of patients	SBP difference (mmHg)	Outcomes [change in relative risk (%)]
ACE inhibitor and diuretic combination				
PROGRESS ²⁷	Placebo	Previous stroke or TIA	-9	-28% strokes (P <0.001)
ADVANCE ²²⁹	Placebo	Diabetes	-5.6	-9% micro/macrovacular events (P = 0.04)
HYVET ²²⁹	Placebo	Hypertensive; ≥80 years	-15	-34% CV events (P <0.001)
ARB and diuretic combination				
SCOPE ³³⁰	Diuretic + placebo	Hypertensive; ≥70 years	-3.2	-28% non-fatal strokes (P = 0.04)
CCB and diuretic combination				
FEVER ³¹¹	Diuretic + placebo	Hypertensive	-4	-27% CV events (P <0.001)
ACE inhibitor and CCB combination				
Syst-Eur ³³²	Placebo	Older with ISH	-10	-31% CV events (P <0.001)
Syst-China ³³³	Placebo	Older with ISH	-9	-37% CV events (P <0.004)
Beta-blocker and diuretic combination				
Coope and Warrender ³³²	Placebo	Older hypertensive	-18	-42% strokes (P <0.03)
SHEP ³³³	Placebo	Older with ISH	-13	-36% strokes (P <0.001)
STOP-H ²³⁴	Placebo	Older hypertensive	-23	-40% CV events (P = 0.003)
STOP-H 2 ³³⁴	ACE inhibitor or conventional antihypertensive	Hypertensive	0	NS difference in CV events
Combination of two RAS blockers/ACE inhibitor + ARB or RAS blocker + renin inhibitor				
ONTARGET ²⁹⁹	ACE inhibitor or ARB	High-risk patients		More renal events
ALTITUDE ²⁹⁹	ACE inhibitor or ARB	High-risk diabetic patients		More renal events

ACE = angiotensin-converting enzyme; ADVANCE = Action in Diabetes and Vascular Disease: Preterax and Diamicon - MR Controlled Evaluation; ALTITUDE = Atkinen Trial in Type 2 Diabetes Using Cardiovascular and Renal Disease Endpoints; ARB = angiotensin receptor blocker; CCB = calcium channel blocker; CV = cardiovascular; FEVER = Felodipine Event Reduction in the Very Elderly Trial; ISH = isolated systolic hypertension; NS = non-significant; ONTARGET = Ongoing Telmisartan Alone and in combination with Ramipril Global Endpoint trial; PROGRESS = perindopril protection against recurrent stroke study; RAS = renin-angiotensin system; SBP = systolic blood pressure; SCOPE = Study on Cognition and Progression in the Elderly; SHEP = Systolic Hypertension in the Elderly Program; STOP-H = Swedish Trial in Old Patients with Hypertension; Syst-China = Systolic Hypertension in China; Syst-Eur = Systolic Hypertension in Europe; TIA = transient ischaemic attack.

Tabella 10 – Principali associazioni farmacologiche usate nei trials di trattamento dell'ipertensione in un approccio a gradini oppure come combinazione randomizzata (combinazione vs altre combinazioni)

Trial	Comparator	Type of patients	SBP difference (mmHg)	Outcomes [change in relative risk (%)]
ACE inhibitor and diuretic combination				
CAPP ¹⁷⁵	BB + diuretic	Hypertensive	+3	+5% CV events (NS)
ACCOMPLISH ¹²⁷	ACE inhibitor + CCB	Hypertensive with risk factors	+1	+21% CV events (P <0.001)
ARB and diuretic combination				
LIFE ¹¹⁷	BB + diuretic	Hypertensive with LVH	-1	-26% stroke (P <0.001)
CCB and diuretic combination				
ELSA ¹⁷⁶	BB + diuretic	Hypertensive	0	NS difference in CV events
CONVINCE ¹³³	BB + diuretic	Hypertensive with risk factors	0	NS difference in CV events
VALLE ¹³⁷	ARB + diuretic	High-risk hypertensive	-2.2	-3% CV events (P = NS)
COPE ¹³⁸	CCB + BB	Hypertensive	+0.7	NS difference in CV events or stroke
ACE inhibitor and CCB combination				
NORDIL ¹⁷⁹	BB + diuretic	Hypertensive	+3	NS difference in CV events
INVEST ¹⁴⁰	BB + diuretic	Hypertensive with CAD	0	NS difference in CV events
ASCOT ¹¹⁸	BB + diuretic	Hypertensive with risk factors	-3	-16% CV events (P <0.001)
ACCOMPLISH ¹²⁷	ACE inhibitor + diuretic	Hypertensive with risk factors	-1	-21% CV events (P <0.001)
Beta-blocker and diuretic combination				
CAPP ¹⁷⁵	ACE inhibitor + diuretic	Hypertensive	-3	-5% CV events (P = NS)
LIFE ¹¹⁷	ARB + diuretic	Hypertensive with LVH	+1	+26% stroke (P <0.001)
ALLHAT ¹¹⁶	ACE inhibitor + BB	Hypertensive with risk factors	-2	NS difference in CV events
ALLHAT ¹¹⁶	CCB + BB	Hypertensive with risk factors	-1	NS difference in CV events
CONVINCE ¹³³	CCB + diuretic	Hypertensive with risk factors	0	NS difference in CV events
NORDIL ¹⁷⁹	ACE inhibitor + CCB	Hypertensive	-3	NS difference in CV events
INVEST ¹⁴⁰	ACE inhibitor + CCB	Hypertensive with CAD	0	NS difference in CV events
ASCOT ¹¹⁸	ACE inhibitor + CCB	Hypertensive with risk factors	+3	+16% CV events (P <0.001)
Beta-blocker and CCB combination				
COPE ¹²⁹	ARB + CCB	Hypertensive	+0.8	NS difference in CV events or stroke
ARB and CCB combination				
COPE ¹²⁹	CCB + diuretic	Hypertensive	-0.7	NS difference in CV events or stroke
COPE ¹²⁹	CCB + BB	Hypertensive	-0.8	NS difference in CV events or stroke
COLM ¹²⁸	ARB + diuretic	Older hypertensive	0	NS difference in CV events

ACCOMPLISH = Avoiding Cardiovascular Events Through Combination Therapy in Patients Living With Systolic Hypertension; ACE = angiotensin-converting enzyme; ALLHAT = Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial; ARB = angiotensin receptor blocker; ASCOT = Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial; BB = beta-blocker; CAD = coronary artery disease; CAPP = Captopril Prevention Project; CCB = calcium channel blocker; COLM = Combination of Olmesartan and a calcium channel blocker or diuretic in Japanese elderly hypertensive patients; CONVINCE = Controlled Onset Verapamil Investigation of Cardiovascular End Points; COPE = Combination Therapy of Hypertension to Prevent Cardiovascular Events; CV = cardiovascular; ELSA = European Lacidipine Study on Atherosclerosis; INVEST = International Verapamil-Trandolapril Study; LIFE = Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension; LVH = left ventricular hypertrophy; NORDIL =

ESC/ESH 2018

Comunque, particolari quadri clinici caratterizzati da patologie associate meritano un approccio terapeutico specifico, teso a preservare la perfusione d'organo e/o la funzione cardiaca.

Questo il caso della malattia coronarica:

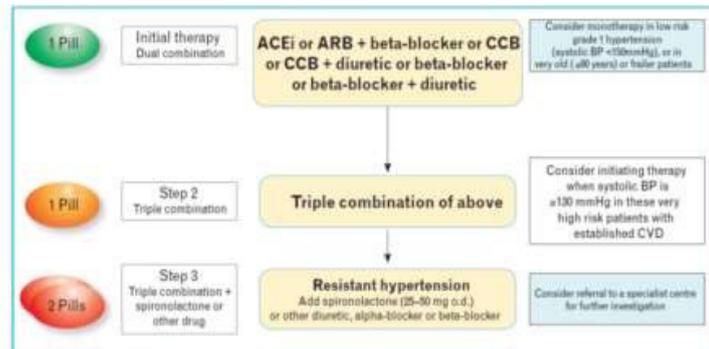


FIGURE 5 Drug treatment strategy for hypertension and coronary artery disease. ACEi, angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARB, angiotensin receptor blocker; BP, blood pressure; CCB, calcium channel blocker; CVD, cardiovascular disease; o.d., once daily.

dell'insufficienza renale:

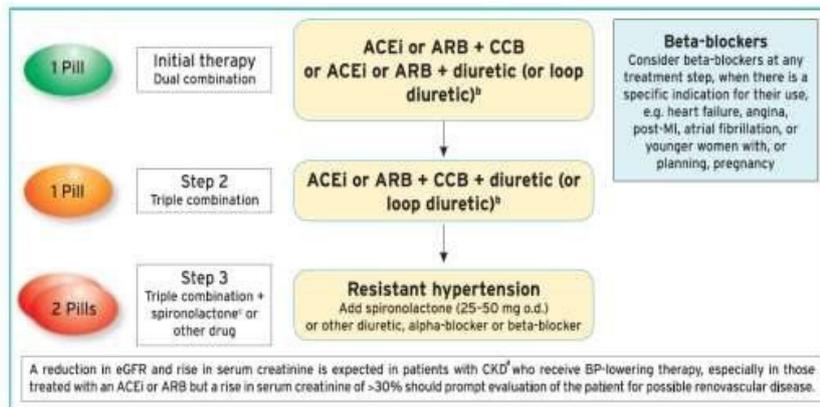


FIGURE 6 Drug treatment strategy for hypertension and chronic kidney disease. ACEi, angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARB, angiotensin receptor blocker; BP, blood pressure; CCB, calcium channel blocker; CKD, chronic kidney disease; eGFR, estimated glomerular filtration rate; MI, myocardial infarction; o.d., once daily. ^aCKD is defined as an eGFR <60 ml/min/1.72 m² with or without proteinuria. ^bUse loop diuretics when eGFR is <30 ml/min/1.72 m², because thiazide/thiazide-like diuretics are much less effective/ineffective when eGFR is reduced to this level. ^cCaution: risk of hyperkalaemia with spironolactone, especially when eGFR is <45 ml/min/1.72 m² or baseline K⁺ ≥4.5 mmol/l.

dello scompenso ventricolare con ridotta frazione di eiezione:

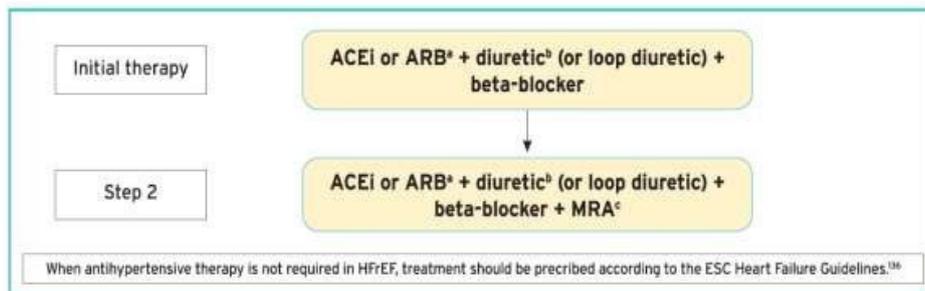


FIGURE 7 Drug treatment strategy for hypertension and heart failure with reduced ejection fraction. Do not use nondihydropyridine CCBs (e.g. verapamil or diltiazem). ACEi, angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARB, angiotensin receptor blocker; CCB, calcium channel blocker; ESC, European Society of Cardiology; HFrEF, heart failure with reduced ejection fraction; MRA, mineralocorticoid receptor antagonist. ^aConsider an angiotensin receptor/neprilysin inhibitor instead of ACEi or ARB per ESC Heart Failure Guidelines [136]. ^bDiuretic refers to thiazide/thiazide-like diuretic. Consider a loop diuretic as an alternative in patients with oedema. ^cMRA (spironolactone or eplerenone).

e della condizione spesso associata all'ipertensione arteriosa, quale, la fibrillazione atriale, che incrementa gravemente il rischio di evento ischemico cerebrale.

La telemedicina

La disponibilità di sistemi e procedure di telemedicina ha aperto nuovi orizzonti nella gestione clinica dei

pazienti affetti da fattori di rischio, l'ipertensione, soprattutto in riferimento alle categorie di pazienti a rischio più elevato di morbilità e mortalità e con maggiore fragilità psico-fisica.

Nell'ambito della telemedicina l'obiettivo generale da perseguire è quello di realizzare un sistema che consenta di raccogliere in modo centralizzato ed in tempo reale i valori pressori misurati dai pazienti, attraverso l'autocontrollo, di analizzarli e di generare, attraverso l'intervento di un centro servizi con operatori qualificati, una serie di feed-back per i pazienti e per gli operatori sanitari (Centri per l'ipertensione e Medici di Medicina Generale).

In tal modo è possibile monitorare l'andamento dei valori pressori in tutte le combinazioni e su di un numero elevato di pazienti in tempo reale e da qualsiasi località.

La postazione di Telemedicina eroga prestazioni di telemedicina ed è funzionale all'esecuzione di esami, da parte del personale infermieristico, avvalendosi della tecnologia opportuna, delle app appositamente studiate e del consulting organizzato dal Centro Ipertensione di riferimento

❖ **Obiettivi specifici da raggiungere con l'attivazione di un servizio di teleassistenza in remoto sono:**

- la riduzione dei tempi di attesa con accesso facilitato alla prestazione strumentale;
- il miglioramento della fruibilità della prestazione diagnostica ed assistenziale;
- l'attivazione di un servizio a carattere preventivo in modo da selezionare i casi di interesse clinico e/o specialistico, riducendo l'accesso delle richieste improprie e consentendo percorsi appropriati di diagnosi e cura;
- l'attivazione, per i pazienti non autosufficienti, di un sistema di un telemonitoraggio remoto dei parametri vitali;
- gestione delle prestazioni ambulatoriali di telemedicina secondo la proposta di cui alla DDG A.Re.S.S. n. 65/2021;
- lo sviluppo di un nuovo modello organizzativo sperimentale utilizzabile nei nuovi modelli organizzativi dei MMG e dei Servizi Territoriali;
- il miglioramento, nell'ambito delle Cure Primarie, degli standard di assistenza dei pazienti con riduzione della richiesta di ricovero ospedaliero;
- lo sviluppo di nuove attività di servizi innovativi in remoto che qualora risultassero efficaci ed appropriati potrebbero essere messi a sistema su tutto il territorio regionale;
- la riduzione del peso dei controlli programmati sulle liste d'attesa.

I percorsi integrati di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza sono assicurati dal sistema organizzato a forte interazione tra l'Assistenza distrettuale e l'Assistenza ospedaliera e dalla gestione multi-professionale integrata dell'assistenza ipertensiologica a livello regionale integrando le esperienze preesistenti.

Nel caso di specie il PDTA prevede una presa in carico formale del paziente attraverso:

- il consenso informato;
- il coordinamento di una efficace comunicazione fra l'assistenza primaria, i Medici Specialisti Ambulatoriali distrettuali e le Strutture ospedaliere;
- l'uso di un sistema informativo specifico per la gestione delle informazioni cliniche relative alla patologia ipertensiva, in analogia a quanto sta avvenendo per molte altre patologie croniche.

I PDTA, infatti, quando condivisi, rappresentano l'unica risposta integrata, organica e strutturata ad alcune criticità di sistema. Si tratta di tracciare una linea precisa tra appropriatezza ed inappropriata e tra aderenza alle cure e deviazione dalle linee guida.

Il PDTA relativo alla cronicità dell'ipertensione arteriosa è costruito per specifiche categorie di pazienti (ipertesi affetti da ipertensione grave o complicata o affetti da comorbilità significativamente aggravanti la prognosi cerebrocardiovascolare) e all'interno di queste categorie classificati per livelli di complessità; essi

identificano la sequenza più opportuna di azioni utili e necessarie, in termini di efficacia ed efficienza, da effettuare allo scopo di conseguire obiettivi di salute definiti e condivisi a priori così come stabilito nel piano di assistenza alle cronicità del Care Puglia.

La gestione integrata e condivisa attraverso i PDTA è personalizzata ed adattata ai singoli bisogni della persona con ipertensione arteriosa e rapportata agli obiettivi clinici perseguibili anche attraverso indicazioni che mirano a modificare abitudini e stili di vita inadeguati.

Per tale motivo i PDTA impongono Piani Assistenziali multiprofessionali ed interdisciplinari, attraverso il coinvolgimento di figure professionali sanitarie e sociali come ad esempio il medico, l'infermiere, il dietista, il fisioterapista, l'assistente sociale e lo psicologo, oltre che multidisciplinari ricorrendo a medici specialisti di diverse discipline che sono coinvolte nella gestione della patologia specifica.

Giova ricordare che la Regione Puglia, sin dall'inizio del 2012, e contestualmente all'ultima robusta riconversione di presidi ospedalieri in strutture territoriali, ha avviato un percorso di sperimentazione di modelli assistenziali di medicina d'iniziativa secondo i principi del Chronic Care Model. Il Progetto, destinato a pazienti con diabete, BPCO, scompenso cardiaco e ipertensione, in sintesi estrema, si poggiava su:

- presa in carico precoce del paziente cronico e dei suoi problemi di salute secondo i principi del Chronic Care Model sviluppatosi negli USA in Kaiser Permanente;
- introduzione nel processo di presa in carico della figura del Care Manager con funzione "pivotale" rispetto ai percorsi organizzativi del caso clinico;
- informatizzazione e condivisione informativa dell'intero percorso diagnostico-terapeutico.

L'elemento più innovativo del modello fu proprio il Care Manager: infermieri opportunamente formati che fornivano al paziente strumenti utili per l'autogestione della malattia e per l'aderenza al percorso clinico-assistenziale. Operavano in stretto contatto con il paziente e con il team di operatori sanitari territoriali (Medico di Medicina Generale, Specialista e Infermieri Professionali) per mettere a punto un piano di assistenza individuale e far fronte ai problemi identificati.

L'esperienza, sviluppatasi con alterne fortune sul territorio regionale in funzione dell'aderenza alla stessa da parte del sistema delle cure primarie (MMG, PLS, Continuità assistenziale, ecc.), ha comunque rivelato nei casi di più completo sviluppo la riconversione "indolore" del preesistente presidio ospedaliero, una buona soddisfazione dei pazienti reclutati nel programma, una costanza di performance status e, risultato inatteso, l'azzeramento delle liste di attesa per i pazienti reclutati.

La Regione Puglia, in ottemperanza agli indirizzi nazionali, ha emanato con Delibera di Giunta Regionale n. 1935 del 2018 il modello di gestione del paziente cronico "Puglia Care" che per queste finalità, prevede quattro strumenti organizzativi e tecnologici indispensabili per poter attuare in modo appropriato i modelli di cura proposti:

1. Il primo è il Piano Assistenziale Individuale (PAI), un documento di sintesi del programma di diagnosi e cura che consente di adattare la programmazione degli interventi al contesto individuale, sulla base di specifici obiettivi di salute. Oltre a declinare sul singolo individuo gli indirizzi forniti dalle linee guida e dai protocolli di riferimento, il PAI si presenta come uno strumento di programmazione della presa in carico e di monitoraggio del percorso, nonché di comunicazione organizzativa tra tutti coloro che a vario titolo si occupano del paziente (medico di AP, specialisti, servizi sociali, ecc.).
2. Il secondo strumento è organizzativo e tecnologico e riguarda la definizione di un sistema di gestione informatico/informativo che consenta di effettuare e monitorare il reclutamento dei pazienti, l'adesione al percorso di cura programmato, favorendo l'organizzazione di presa in carico e la valutazione delle performance del processo.
3. Il terzo strumento è una modalità di remunerazione integrativa per obiettivi di salute, costruita attraverso una quota fissa legata ai maggiori costi di gestione e di investimento per la partecipazione al programma regionale; una quota variabile associata alle prestazioni integrative erogate nell'ambito dei PAI, per il riconoscimento di un maggior numero di ore di disponibilità del collaboratore di studio e di infermiere professionale.
4. Il quarto strumento è la formazione continua degli operatori che permetta loro di accedere alla conoscenza delle evidenze cliniche, delle innovazioni diagnostiche, terapeutiche e organizzative e di introdurle nella pratica clinica a beneficio del sistema.

Modello organizzativo complessivo

La Regione Puglia ha previsto di implementare in maniera sperimentale una nuova modalità di presa in carico del Paziente Cronico, quindi anche nel caso dell'ipertensione arteriosa, da parte dei medici di Assistenza Primaria (AP), "CARE PUGLIA 3.0", facendo leva sullo sviluppo organizzativo/strutturale dell'Assistenza Primaria a seguito dell'accordo integrativo del 2007 (DGR 2289/2007, 425/2011) e sulle precedenti esperienze maturate per la gestione dei pazienti cronici (Progetto Leonardo, Progetto Nardino), attraverso un percorso che:

1. parta dalla definizione condivisa (distretti, medici di AP e specialisti) di un modello generalizzato e ufficiale di presa in carico delle cronicità maggiori,
2. passi per la realizzazione di un patto di cura tra SSR, centri specialistici e medici di AP che preveda premialità e ripotenziamento ciclico del sistema a fronte del rispetto di condivisi obiettivi economici e di cura,
3. alimenti un efficace sostegno all'autogestione della patologia cronica da parte del malato,
4. utilizzi il PDTA come strumento di progettazione, organizzazione, monitoraggio e miglioramento continuo dei processi di clinico-assistenziali della cronicità,
5. completi solidamente la trasformazione dell'assistenza sanitaria regionale in assistenza prevalentemente territoriale e di prossimità.

Obiettivo del CARE PUGLIA è assicurare una migliore risposta nella gestione della popolazione con cronicità, che, oltre ad obiettivi di miglioramento clinico e organizzativo, si pone degli obiettivi di cooperazione tra territorio e medicina generale per una sostenibilità nel lungo termine del modello che sarà costruito fra aziende sanitarie e medicina generale.

In estrema sintesi è una proposta di presa in carico del paziente cronico (valutazione del bisogno di ciascun assistito e relativa offerta di servizi) da parte della AP ed una modalità attraverso la quale viene data attuazione ai Percorsi Diagnostici Terapeutici con un'alta attenzione sull'individuo affetto da patologia cronica, centro della programmazione del percorso socio-sanitario, attraverso la possibilità di personalizzare i Percorsi di riferimento in Piani di Assistenza Individuale (PAI).

Indicatori

In fase di prima applicazione si propongono i seguenti indicatori di processo e di esito, per la valutazione del PDTA.

Indicatori di processo	I anno		II anno	
	Valore	Punteggio	Valore	Punteggio
N. pz arruolati/pz arruolabili	<40%	0	<60%	0
	40-	0,5	60-	0,5
	59%	0,7	79%	0,7
	60-	1	80-	1
	79%		90%	
	>80%		>90%	
N. pz ipertesi con misurazione PA	<40%	0	<60%	0
	40-	0,5	60-	0,5
	59%	0,7	79%	0,7
	60-	1	80-	1
	79%		90%	
	>80%		>90%	
Proporzione di pz. arruolati coinvolti in programmi di promozione attiva della salute (cessazione fumo/attività fisica)/pz arruolati	<10%	0	<10%	0
	10-	0,5	10-	0,5
	19%	0,7	19%	0,7
	20-	1	20-	1
	29%		29%	
	>30%		>30%	

Proporzione pz. arruolati aderenti alla terapia farmacologica/pz. arruolati	<40%	0	<60%	0
	40-	0,5	60-	0,5
	59%	0,7	79%	0,7
	60-	1	80-	1
	79%		90%	
	>80%		>90%	

Indicatori di esito	I anno		II anno	
	Valore	Punteggio	Valore	Punteggio
N. pz con miglioramento valori PA/pz arruolati	Definizione baseline		In relazione al baseline	
N. pz che cessano abitudine al fumo/pz arruolati				
N. pz arruolati in peggioramento classe di rischio/pz. arruolati				
Tasso stand ricoveri ospedalieri				
Tasso stand ricoveri in urgenza				
Tasso riammissioni ospedaliere entro 30 gg				
Tasso accessi PS				

Riferimenti

- Galletti, A. E. Agabiti Rosei, G. Bernini, R. Boero, G. Desideri, F. Fallo, F. Malamaci, A. Morganti, M. Castellano, P. Nazzaro, B. Trimarco, P. Strazzullo. Excess dietary sodium and inadequate potassium intake by hypertensive patients in Italy: results of the MINISAL-SIIA study program. *J Hypertens* 2014, 32;1: 48-56
- C. Spinelli., M.F. De Caro, G. Schirosi, D. Mezzapesa, L. De Benedittis, C. Chiapparino, G. Serio, F. Federico, P. Nazzaro. Impaired Cognitive Executive Dysfunction In Adult Treated Hypertensives With A Confirmed Diagnosis Of Poorly Controlled Blood Pressure. *Int. J. Med. Sci.* 2014, 11;8: 771-778
- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 gennaio 2015, n. 44 avente per oggetto Istituzione della Rete regionale dei Centri per la diagnosi dell'ipertensione arteriosa e del rischio cerebrocardiovascolare - Istituzione e nomina del Centro di Riferimento Regionale (CRR).
- Scicchitano P., Gesualdo M., Carbonara S., Palmiero P., Nazzaro P., Zito A., Ricci G., De Gennaro L., Caldarola P., Cortese F., Ciccone MM. What's new and what gaps in 2013 European Guidelines for the management of arterial hypertension: a reappraisal. *Cardiology and Angiology: an International Journal* 2015, 3(4): 181-191. Article no. CA. 2015.018
- Deliberazione di Giunta Regionale 22 novembre 2016 n. 1740, avente ad oggetto Accordo Stato - Regioni del 15/9/2016 - Accordo, ai sensi dell'art. 4, co. 1, del D.Lgs. 28/8/1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale delle cronicità" di cui all'articolo 5, comma 21 dell'intesa n.82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016.
- 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: TheTask Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension *Journal of Hypertension* 2018, 36:1953–2041
- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 ottobre 2018, n. 1935, Modello di gestione del paziente cronico "Puglia Care". Governo della domanda e presa in carico dei pazienti cronici.
- P. Nazzaro, A. Nardecchia, G. Schirosi, F. Caradonna Moscatelli, M. Contini, L. Debenedittis, A. Papagni Different blood pressure targets in treated hypertensives are dissimilarly associated with micro- and macro-vascular damage. *Journal of Hypertension* Vol 37, e104, June 2019

9. Viridis A, Masi S, Casiglia E, Tikhonoff V, Cicero AFG, Ungar A, Rivasi G, Salvetti M, Barbagallo CM, Bombelli M, Dell'Oro R, Bruno B, Lippa L, D'Elia L, Verdecchia P, Mallamaci F, Cirillo M, Rattazzi M, Cirillo P, Gesualdo L, Mazza A, Giannattasio C, Maloberti A, Volpe M, Tocci G, Georgiopoulos G, Iaccarino G, Nazzaro P, Parati G, Palatini P, Galletti F, Ferri C, Desideri G, Viazzi F, Pontremoli R, Muiesan ML, Grassi G, Borghi C; from the Working Group on Uric Acid and Cardiovascular Risk of the Italian Society of Hypertension. Identification of the Uric Acid Thresholds Predicting an Increased Total and Cardiovascular Mortality Over 20 Years. *Hypertension*. 2020 Feb;75(2):302-308. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.13643. Epub 2019 Dec 9.

Codice CIFRA: SGO/DEL/2025/00004

Allegato B

**Deliberazione del Direttore Generale di A.Re.S.S. n. 225 del 04/12/2024 recante
"Aggiornamento del PDTA Regionale dell'Ipertensione Arteriosa di cui alla D.D.G.
A.Re.S.S. n. 142/2021"**



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n.	Data di adozione
225	04/12/2024

Struttura proponente: SERVIZIO RETI CLINICO ASSISTENZIALI E HEALTH PATHWAYS

OGGETTO: AGGIORNAMENTO DEL PDTA REGIONALE DELL'IPERTENSIONE ARTERIOSA DI CUI ALLA D.D.G. A.RE.S.S. N. 142/2021

L'anno 2024 il giorno 04 del mese di Dicembre in Bari, nella sede della Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale (ARESS),

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la L. 241/1990, recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e ss.mm.ii.;

VISTO il D. Lgs. n. 165/2001, recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";

VISTA la L. 190/2012, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";

VISTO il D. Lgs. 33/2013, recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";

VISTA la Legge Regionale n. 29 del 24/07/2017, recante "Istituzione dell'Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale (ARESS)" e ss.mm.ii.;

VISTA la Deliberazione del Direttore Generale n. 95 del 14/04/2022 con la quale si è proceduto al conferimento dell'incarico di direttore di Struttura Complessa dell'Area di Direzione Amministrativa, ai sensi dell'art. 71 comma 10 del CCNL Area Funzioni Locali- dirigenza PTA – 2016-2018, al dott. Francesco Fera;

VISTA la Deliberazione del Direttore Generale n. 121 del 09/05/2022 avente ad oggetto "Presenza d'atto della D.G.R. 558 del 20.04.2022. Attuazione dell'art. 2 del decreto del Presidente della Giunta Regionale del 31/08/2016 (n. registro 542). Attuazione Modello MAIA. - Approvazione dell'Atto aziendale della dotazione organica dell'Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale (A.Re.S.S.). Revoca della D.G.R. n. 4/2017 e la rettifica della D.G.R. n. 2265/2017- Adozione nuovo atto aziendale giusta D.D.G. 253/2021".

VISTA la Deliberazione del Direttore Generale n. 45 del 1/03/2024 recante "Presenza d'atto del Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 50 del 8/02/2024 – L.R. n. 29 del 24 luglio 2017, art. 5 co. 4 – Nomina Direttore Generale dell'Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale (ARESS) così come rettificato e integrato dal Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 67 del 14/02/2024 – insediamento".



Sulla base dell'istruttoria del Servizio Reti Clinico Assistenziali & Health Pathways dell'Area Innovazione di Sistema e Qualità all'uopo incaricato dalla Direzione Generale

HA ADOTTATO

Il seguente provvedimento,
assiste con funzioni di segretario _____

PREMESSO CHE:

- l'A.Re.S.S. Puglia è un organismo tecnico-operativo e strumentale della Regione Puglia a supporto della definizione e gestione delle politiche in materia sociale e sanitaria, a servizio della Regione Puglia in particolare e della pubblica amministrazione in generale ed opera quale agenzia di studio, ricerca, analisi, verifica, consulenza e supporto di tipo tecnico-scientifico.
- ai sensi della L.R. n. 29 del 24/07/2017; – per il perseguimento del proprio mandato istituzionale, l'A.Re.S.S. Puglia identifica, programma e promuove linee di sviluppo in materia di salute e benessere sociale, anche definendo ed implementando strategie di innovazione dei servizi sanitari e sociali, finalizzate al pieno soddisfacimento del bisogno di salute, declinato nella duplice prospettiva della prevenzione e della cura sanitaria;
- l'A.Re.S.S. intende favorire iniziative rivolte all'incremento della cultura organizzativa nelle strutture sanitarie, in un'ottica di reale e concreta applicazione dei principi legati alla Clinical Governance, Reti Cliniche e Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (di seguito anche PDTA);
- l'A.Re.S.S. promuove un governo centralizzato e finalizzato alla progettazione, funzionamento e monitoraggio delle reti cliniche e dei PDTA, attraverso il coordinamento dell'Area Innovazione di Sistema e Qualità e recependo le linee di indirizzo nazionali sul tema delle Reti Clinico Assistenziali e PDTA;
- la Legge Regionale n. 29 del 24 luglio 2017 —Istituzione dell'Agenzia regionale per la salute e il sociale (A.Re.S.S.) prevede, all'art. 3 – Competenze, lett. c), lo sviluppo e monitoraggio del sistema delle reti cliniche, secondo il modello cosiddetto —hub&spoke, attraverso l'elaborazione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali che assicurino integrazione dei servizi (ospedale, territorio e domicilio) e la reale presa in carico dei bisogni dei pazienti;
- Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 658 del 24/04/2018 "*Approvazione del Documento Tecnico di Indirizzo per costruire la Rete Assistenziale Regionale Pugliese attraverso i PDTA*" è stato approvato e recepito il documento tecnico di indirizzo "*Costruire la rete assistenziale regionale pugliese attraverso i PDTA*" di cui alla Deliberazione del Commissario Straordinario A.Re.S.S. n. 86 del 21 dicembre 2017 dando mandato, all'Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale (A.Re.S.S.), di elaborare e proporre al Dipartimento —Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti i PDTA al fine di consentire la conseguente adozione da parte della Giunta regionale.

ATTESO CHE:



- L'Area Innovazione di Sistema e Qualità si caratterizza per il costante impegno di garantire, nell'ambito della attività di supporto al processo di riorganizzazione della assistenza ospedaliera, la necessaria coerenza con le direttrici della programmazione strategica regionale, secondo una logica di gestione per processi, a supporto del percorso di reingegnerizzazione della rete ospedaliera prevista nell'ambito dei Piani Sanitari Regionali e, più di recente, nel Piano Regionale della Salute e nel Piano di Rientro, in coerenza con le previsioni normative nazionali ed in particolare quelle contenute nel Patto della Salute. – L'A.Re.S.S. promuove, quindi, un governo centralizzato e finalizzato alla progettazione, funzionamento e monitoraggio delle reti cliniche e dei PDTA, attraverso il coordinamento dell'Area Innovazione di Sistema e Qualità;
- il PDTA è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti a livello ospedaliero e/o territoriale al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguata per una specifica situazione patologica, oltre che al fine di realizzare l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni di vita (Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa 2012-2014 – Ministero della Salute);
- i PDTA rappresentano la contestualizzazione di Linee Guida nella specifica realtà organizzativa di una azienda sanitaria, rappresentando quindi un modello locale che consente di analizzare gli scostamenti tra la situazione attesa e quella osservata in funzione del miglioramento della qualità;
- il PDTA è uno degli strumenti essenziali del governo clinico necessario per definire gli standard assistenziali e verificare l'appropriatezza delle prestazioni erogate attraverso precisi indicatori che misurino l'aderenza alle linee guida e, come tale, il PDTA è finalizzato sia al controllo dei processi clinici ed organizzativi interni ad una struttura ospedaliera, sia al loro miglioramento.
- il PDTA regionale definisce le strategie di gestione della patologia partendo dalle specificità del territorio, richiamando le Linee Guida di riferimento (e/o buone pratiche) e i PDTA nazionali, se esistenti, mentre il PDTA aziendale applica concretamente il PDTA regionale nel proprio contesto organizzativo;

CONSIDERATO CHE

- L'ipertensione arteriosa è tra i principali problemi di salute del mondo occidentale. Essa stessa è tra i fattori di rischio per l'insorgenza di patologie gravi e invalidanti quali l'infarto miocardico, l'ictus cerebri, lo scompenso cardiaco, la nefropatia. (Linee Guida Europee ESH 2023 sull'ipertensione arteriosa);
- Attualmente la gestione del paziente iperteso non prevede percorsi diagnostico-terapeutici strutturati in cui specialisti esperti gestiscono la malattia ed interagiscono in rete con i Medici di Medicina Generale (MMG), i primi ad intercettare l'esistenza della patologia in oggetto sin dalle sue prime avvisaglie;

PRESO ATTO CHE:

- la Giunta Regionale, con Deliberazione n. 1935, del 30 ottobre 2018 ha approvato il Modello di gestione del paziente cronico "Puglia Care" al fine di definire il governo della domanda e la presa in carico dei pazienti cronici inseriti in un percorso che parta dalla definizione condivisa (distretti, medici di AP e specialisti) di un modello generalizzato delle



cronicità ad alta incidenza quale è, tra gli altri, l'ipertensione Arteriosa, in una logica orientata ai bisogni della persona cronica e della sua famiglia, per prevenire l'insorgenza della malattia, ritardandone la progressione e riducendo la morbosità e la disabilità prematura.

- il Piano delle cronicità, afferma tra le altre, la necessità di un modello di sistema integrato secondo un sistema di rete multicentrica che valorizzi sia il ruolo specialistico, sia tutti gli attori dell'assistenza primaria, proponendo alcune linee di intervento, evidenziando i risultati attesi, attraverso i quali migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA);
- Con D.D.G. A.Re.S.S. n. 142 del 19.07.2021 è stata approvata la "Proposta di PDTA Regionale dell'Ipertensione Arteriosa";
- il PDTA Regionale sulla Ipertensione Arteriosa segue il modello di presa in carico del Paziente Cronico da parte dei medici di Assistenza Primaria (AP), "CARE PUGLIA 3.0", in una logica orientata ai bisogni della persona cronica e della sua famiglia, e per prevenire l'insorgenza della malattia facendo leva sullo sviluppo organizzativo/strutturale dell'Assistenza Primaria, nonché sulle precedenti esperienze maturate per la gestione dei pazienti cronici (Progetto Leonardo, Progetto Nardino), attraverso un percorso che parte dalla definizione condivisa dei distretti, medici di Assistenza Primaria e specialisti), di un modello generalizzato e ufficiale di presa in carico delle cronicità maggiori tra le quali l'Ipertensione Arteriosa;
- facendo seguito a quanto disposto dalla D.D.G. A.Re.S.S. 142/2021, è stato ampliato il Gr.I.P. (gruppo ristretto di progetto) precedentemente coinvolto nella stesura del PDTA, al fine di aggiornare e integrare lo stesso alla luce dell'evoluzione delle linee guida di riferimento.

RITENUTO di dover aggiornare, per le motivazioni in premessa, il PDTA di cui alla D.D.G. A.Re.S.S. 142/2021, e quindi di dover approvare il documento dal titolo "*Proposta di PDTA regionale del paziente con Ipertensione Arteriosa e rischio cardiovascolare*" (Allegato A);

Alla luce di tutto quanto sopra esposto,

DELIBERA

- di approvare la premessa, costituente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di approvare la proposta di documento dal titolo "*Proposta di PDTA regionale del paziente con Ipertensione Arteriosa e rischio cardiovascolare*" allegato alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale;
- di trasmettere il documento al Dipartimento Promozione della Salute della Regione Puglia al fine di promuoverne l'adozione con atto deliberativo della Giunta Regionale;
- di attestare che i soggetti firmatari del presente atto non incorrono nelle cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, ivi comprese situazioni di conflitto di interesse, anche potenziali.



Il Presente provvedimento non essendo soggetto al controllo ex L.R. 29/17 è immediatamente esecutivo ai sensi di Legge. La presente deliberazione sarà pubblicata nel sito web di questa Agenzia.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale e che il presente provvedimento, predisposto ai fini della adozione dell'atto finale da parte del Direttore Generale, è conforme alle risultanze istruttorie.

Estensore
Domenico Ferrante

Il responsabile
Mariangela Ciccarese

Il Direttore
dell'Area Innovazione e Qualità
Ettore Attolini

Il Direttore Generale
Giovanni Migliore



ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che il presente provvedimento viene pubblicato sul sito WEB di questa Agenzia nel rispetto di quanto prescritto dalla Legge Regione Puglia n. 40/2007

Dal 04/12/2024

Bari, 04/12/2024

Il Segretario



Barbara Contegiacomo
04.12.2024 16:33:41
GMT+02:00

Il presente documento informatico, destinato unicamente alla pubblicazione sull'Albo Pretorio on line, è conforme all'originale informatico ai sensi del D.Lvo n. 82/2005 e ss.mm.ii.
Il corrispondente documento, firmato digitalmente dai rispettivi sottoscrittori, è disponibile agli atti di questa amministrazione.

 <p>AReSS Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale Regione Puglia</p>	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)	 <p>REGIONE PUGLIA</p>
	PDTA Regionale Ipertensione Arteriosa	

Allegato A

Proposta di PDTA regionale del paziente con Ipertensione Arteriosa e rischio cardiovascolare

Sommario

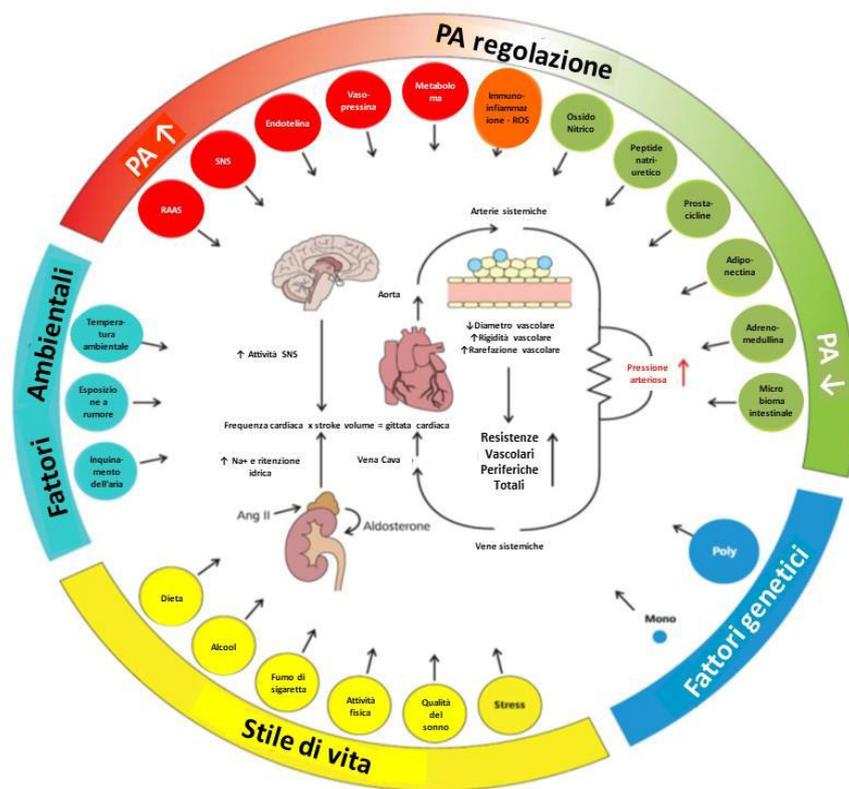
1. SCELTA DEL PROBLEMA DI SALUTE	3
2. CONTESTO DI RIFERIMENTO.....	5
3. GRUPPO DI LAVORO PDTA IPERTENSIONE	6
4. CAMPO DI APPLICAZIONE DEL PDTA	7
5. GRUPPO DI LAVORO MULTIPROFESSIONALE	8
6. EPIDEMIOLOGIA	10
7. SCELTA DEI CRITERI DI INCLUSIONE DEL PDTA E DEFINIZIONE DEI PERCORSI IN BASE ALLE LINEE GUIDA ESH 2023.....	11
8. RACCOMANDAZIONI DERIVANTI DALLE LINEE GUIDA PER LA DEFINIZIONE DEL PDTA.	14
8.1) Gestione del paziente con Alti Valori Pressori	17
8.2) Ipertensione Arteriosa Secondaria.....	22
8.3) Pazienti con ipertensione in corso di gravidanza	23
TERAPIA NON FARMACOLOGICA.....	23
TERAPIA FARMACOLOGICA:	24
9. LA TELEMEDICINA.....	26
10. INDICATORI DEL PDTA	29
11. Riferimenti	31

1. SCELTA DEL PROBLEMA DI SALUTE

L'ipertensione arteriosa è tra i principali problemi di salute del mondo occidentale. Essa stessa è tra i fattori di rischio per l'insorgenza di patologie gravi e invalidanti quali l'infarto miocardico, l'ictus cerebri, lo scompenso cardiaco, la nefropatia. (Linee Guida Europee ESH 2023 sull'ipertensione arteriosa)

La complessità fisiopatogenetica dell'ipertensione arteriosa così come rappresentato in Figura 1 rende ragione dei diversi interventi terapeutici che concorrono a definire l'assessment necessario per il trattamento e l'intervento dello specialista.

Figura 1: Meccanismi coinvolti nella fisiopatologia dell'ipertensione e nella regolazione pressoria



Al momento la gestione del paziente iperteso non prevede percorsi diagnostico-terapeutici strutturati in cui specialisti esperti gestiscono la malattia ed interagiscono in rete con i Medici di Medicina Generale (MMG), i primi ad intercettare l'esistenza della patologia in oggetto sin dalle sue prime avvisaglie.

L'obiettivo finale legato alla stesura del PDTA regionale è il miglioramento dell'esito dei pazienti affetti da patologia ipertensiva cronica derivante da un trattamento che **deve** essere ottimale e, dalla necessità di delineare una organizzazione che preveda innovazioni strutturali del percorso assistenziale e clinico.

Il PDTA si deve ispirare a fonti di riferimento certe, nello specifico le linee guida della Società Europea dell'Ipertensione Arteriosa e loro successive revisioni, adattandole al contesto strutturale della Regione Puglia

La gestione della patologia ipertensiva negli stadi iniziali permette di ridurre l'incidenza di patologie invalidanti nel lungo periodo, inoltre il miglior controllo pressorio ottenibile ed il raggiungimento dei target pressori indicati nelle linee guida, influenza l'outcome globale del paziente e quindi la sua sopravvivenza. Il PDTA per il paziente iperteso permette di identificare le professionalità competenti sulla patologia in oggetto, coordinandole, allo scopo di ottenere un miglior percorso di cura ed evitare quanto più possibile l'evento invalidante

Il PDTA relativo ai percorsi clinico-assistenziali dei pazienti con ipertensione arteriosa è costruito per specifiche categorie di pazienti (ipertesi affetti da ipertensione grave o complicata o affetti da comorbidità significativamente aggravanti la prognosi cerebrocardiovascolare) e all'interno di queste categorie classificati per livelli di complessità con intensità differenti di intervento.

La gestione integrata e condivisa attraverso i PDTA è individualizzata sui singoli bisogni della persona con ipertensione arteriosa e rapportata agli obiettivi perseguibili attraverso indicazioni che mirano a modificare l'evoluzione della stessa patologia a partire dagli interventi sulle abitudini e stili di vita

Per tale motivo i PDTA impongono Piani Assistenziali multiprofessionali interdisciplinari e coordinati, che sono lo strumento di attuazione del PDTA e che coinvolgono figure professionali sanitarie e sociali (come ad esempio il medico, l'infermiere, il dietista, il fisioterapista, l'assistente sociale e lo psicologo, oltre che medici specialisti delle diverse discipline che sono coinvolte nella gestione della patologia specifica).

2. CONTESTO DI RIFERIMENTO

La Regione Puglia, sin da 2012, e contestualmente all'ultima riconversione di presidi ospedalieri in strutture territoriali, ha avviato un percorso di sperimentazione di modelli assistenziali di medicina d'iniziativa secondo i principi del Chronic Care Model (presa in carico precoce, figura del Care Manager, informatizzazione e condivisione del dato dell'intero percorso diagnostico-terapeutico). (Bodenheimer T et al 2002; Robusto et al . 2018)

Nel PDTA la figura del Care Manager è duplice e viene ad essere identificata da una figura infermieristica opportunamente formata in ambito ipertensivologico che supporta l'ipertensivologo, o ancora da un medico opportunamente formato nella gestione clinica del paziente iperteso, in grado di interfacciarsi con la medicina territoriale, la polispecialistica ospedaliera e le altre figure sanitarie del contesto al fine di pianificare tutto il percorso del paziente.

La Regione Puglia, in ottemperanza agli indirizzi nazionali, ha emanato con DGR n. 1935 del 2018 il modello di gestione del paziente cronico "Puglia Care" che si proponeva di individuare un modello organizzativo di presa in carico delle cronicità maggiori e tra queste, l'ipertensione arteriosa, in una logica orientata ai bisogni della persona cronica e della sua famiglia, per prevenire l'insorgenza della malattia, ritardandone la progressione, riducendone la morbosità e la disabilità prematura.

Inoltre nello stesso documento il PDTA veniva individuato come strumento di progettazione, organizzazione, monitoraggio e miglioramento continuo dei processi clinico-assistenziali della cronicità.

All'interno del documento regionale erano previsti quattro principali strumenti organizzativi e tecnologici necessari per attuare in modo puntuale i modelli di cura proposti:

1. il Piano Assistenziale Individuale (PAI), un documento di sintesi del programma di diagnosi e cura che consente di adattare la programmazione degli interventi al contesto individuale, sulla base di specifici obiettivi di salute. Oltre a declinare sul singolo individuo gli indirizzi forniti dalle linee guida e dai protocolli di riferimento, il PAI si presenta come uno strumento di programmazione della presa in carico e di monitoraggio del percorso, nonché di comunicazione organizzativa tra tutti coloro che a vario titolo si occupano del paziente (medico di assistenza primaria (AP), specialisti, servizi sociali, ecc.).
2. Lo strumento organizzativo e tecnologico, ovvero la definizione di un sistema di gestione informatico/informativo che consenta di effettuare e monitorare il reclutamento dei pazienti, l'adesione al percorso di cura programmato, favorendo l'organizzazione di presa in carico e la valutazione delle performance del processo.
3. La modalità di remunerazione integrativa per obiettivi di salute, costruita attraverso una quota fissa, legata ai maggiori costi di gestione e di investimento per la partecipazione al programma regionale, e una quota variabile associata alle prestazioni integrative erogate nell'ambito dei PAI, per il riconoscimento di un maggior numero di ore di disponibilità del collaboratore di studio e di infermiere professionale.
4. La formazione continua degli operatori che permetta loro di accedere alla conoscenza delle evidenze cliniche, delle innovazioni diagnostiche, terapeutiche e organizzative e di introdurle nella pratica clinica a beneficio del sistema.

Sulla base di questi presupposti con Deliberazione n. 421 del 19 luglio 2021 l'AReSS ha approvato un documento intitolato "Proposta di PDTA regionale dell'Ipertensione Arteriosa"; il presente documento, ha ampliato il gruppo di lavoro precedentemente coinvolto, e va inteso come aggiornamento ed integrazione di quest'ultimo. Il PDTA rientra pertanto nel contesto di quanto la Regione Puglia ha previsto in maniera sperimentale circa la implementazione di una nuova modalità di presa in carico del Paziente Cronico (e quindi anche il paziente con ipertensione arteriosa) da parte dei medici di Assistenza Primaria (AP), si basa sull'esperienza "CARE PUGLIA 3.0", facendo leva sullo sviluppo organizzativo/strutturale dell'AP a seguito dell'accordo integrativo del 2007 (DGR 2289/2007, 425/2011) e sulle precedenti esperienze maturate per la gestione dei pazienti cronici (Progetto Leonardo, Progetto Nardino).

3. GRUPPO DI LAVORO PDTA IPERTENSIONE

Cognome, Nome	Qualifica	Struttura
Dott. Ettore Attolini	Direttore Area Innovazione di Sistema e Qualità	AReSS Puglia
Prof Marco Benvenuto	Dipartimento di scienze dell'economia	Università del Salento
Dott. Pasquale Caldarola	Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)	PO "San Paolo" ASL Bari
Dott.ssa Mariangela Ciccarese	Dirigente Servizio Reti Clinico Assistenziali & Health Pathways	AReSS Puglia
Prof. Sebastiano Cicco	UOC Medicina Interna "G. Baccelli" UOSD Ipertensione Arteriosa "AM Pirrelli"	Università degli studi di Bari AUOC Policlinico di Bari
Dott. Vincenzo Contursi	Medico di Medicina Generale	ASL Bari
Prof. Pietro Nazzaro	Società Italiana per l'Ipertensione Arteriosa (SIIA)	Università degli studi di Bari AUOC Policlinico di Bari
Dott. Antonino Romano	UOC Epatologia	Università degli studi di Foggia Policlinico Riuniti
Prof. Gaetano Serviddio	Direttore UOC Epatologiam	Università degli studi di Foggia Policlinico Riuniti
Prof. Angelo Vacca	Direttore UOC Medicina Interna "G. Baccelli"	Università degli studi di Bari AUOC Policlinico di Bari
Dott. Luigi Vernaglione	Direttore UOC Nefrologia e Dialisi	PO "Perrino" PO "D. Camberlingo" PO Ostuni ASL Brindisi
Dott. Vito Vulpis	Direttore UOSD Medicina d'urgenza, Ipertensione arteriosa	AUOC Policlinico di Bari

AUOC = Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale

ASL = Azienda Sanitaria Locale

PO = Presidio Ospedaliero

MMG = Medico di Medicina Generale

PDTA = Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale

SSR = Sistema Sanitario Regionale

AP = Assistenza Primaria

ESH = European Society of Hypertension

UOC = Unità Operativa Complessa

UOSD = Unità Operativa Semplice Dipartimentale

4. CAMPO DI APPLICAZIONE DEL PDTA

Il PDTA è rivolto alla popolazione generale pugliese-afetta da ipertensione arteriosa stimata- come il 48% dei soggetti di sesso maschile ed il 40% di quelli di sesso femminile (<https://www.epicentro.iss.it/cardiovascolare/whdDatiOEC>) - la cui necessità è quella di essere presa in carico da più figure di specialisti che valutino le evoluzioni fisiopatogenetiche e clinico-terapeutiche del problema di salute in oggetto →A seconda della severità della malattia ipertensiva e dei danni d'organo da essa indotti (cardiovascolare, renale, cerebrale, vascolare) o delle comorbidità ad essa associate (come ad esempio diabete mellito dislipidemia, obesità) possono essere necessari fino a 5 specialisti che interagiscono tra loro per la gestione del paziente iperteso. Attualmente, in assenza di percorsi adeguatamente strutturati, si viene a determinare una frammentazione moltiplicazione e duplicazione di accessi ambulatoriali sequenziali che nulla hanno a che fare con una organizzazione per percorsi, il cui obiettivo è l'armonizzazione del percorso paziente (patient journey)

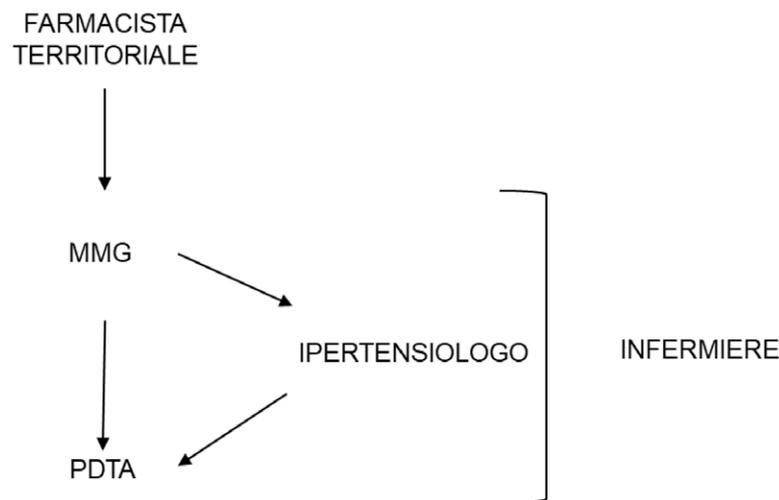
L'assenza di un PDTA e la verifica della sua piena realizzazione , come dimostrato dalla letteratura, risulta in una scarsa aderenza del paziente alle prescrizioni del medico e relativo peggioramento delle comorbidità con esito finale peggiorativo in termini di mortalità e di spesa sanitaria sostenuta dal sistema. (Algabbani FM et al 2020; Choudhry NK et al 2022)

In questo scenario Il PDTA dell'ipertensione arteriosa rappresenta quindi uno strumento di governo clinico da adottare nelle strutture pubbliche e private convenzionate della regione Puglia che operano sulla patologia oggetto del PDTA

5. GRUPPO DI LAVORO MULTIPROFESSIONALE

Il gruppo di lavoro multidisciplinare che determina ed è responsabile dell'applicazione del PDTA è pertanto costituito dalle seguenti figure professionali e declinate nelle loro interazioni come descritto nella fig 2

Figura 2. Gruppo di lavoro multidisciplinare e relazioni tra le figure professionali in esso comprese.



Le figure che vanno a comporre il gruppo sono definite come di seguito:

1. I MMG;

Il MMG è **la porta principale di accesso** per il paziente nel PDTA, in ragione del fatto che rappresenta la figura professionale che ha contatti più frequenti con l'assistito, egli pertanto ha maggiori possibilità di diagnosticare lo stato ipertensivo mediante la ripetuta evidenza di valori pressori superiori a 140 mmHg di sistolica e 90 mmHg di diastolica e calcolare il rischio cardiovascolare complessivo del paziente in accordo con le linee guida ESH (Linee Guida Europee ESH 2023 sull'ipertensione arteriosa).

2. Ipertensivologi e Medici Specialisti delle Strutture Accreditate, pubbliche e private della Regione Puglia

L'Ipertensivologo è la figura professionale che, in considerazione della specifica competenza, e partendo dall'ambito della propria branca specialistica – (quale Medicina Interna, Nefrologia, Cardiologia, Neurologia, Geriatria) – approfondisce e gestisce nella sua pratica clinica quotidiana i fattori di rischio riconosciuti di patologia cardio-cerebro vascolare, impostando il piano terapeutico di cura della stessa e delle sue complicanze.

L'ipertensivologo può essere nello stesso tempo una porta di accesso del paziente al PDTA- nel momento in cui avviene il riscontro di ipertensione arteriosa in un paziente che effettua una visita specialistica per altre cause, ed essere il primo interlocutore del MMG per l'approfondimento diagnostico-terapeutico di un assistito rivelatosi iperteso. Qualunque sia la modalità in cui il paziente giunga all'ipertensivologo questo assume un ruolo pivotale nell'applicazione del PDTA e nel determinare le visite specialistiche e gli esami laboratoristico-strumentali necessari alla gestione del caso.

3. Infermieri che operano nei diversi setting assistenziali ospedalieri, ambulatoriali e territoriali (studi MMG, AFT/UCCP, ADI gli acronimi vanno esplicitati in legenda, Strutture diricovero e cura, infermieri di famiglia/di comunità);

Gli infermieri operanti nei diversi contesti assistenziali (ambulatorio del MMG, ambulatori specialistici ospedalieri, ospedali di comunità, reparti ospedalieri, ambulatori specialistici territoriali) devono essere formati alla corretta misurazione della pressione arteriosa (Linee Guida Europee ESH 2023 sull'ipertensione arteriosa) ed allo svolgimento di elettrocardiogramma 12 derivazioni o sec. Holter e misurazione ambulatoriale continua della pressione arteriosa. Gli operatori devono inoltre conoscere le proprietà delle strumentazioni utilizzate ed il loro giusto utilizzo nel paziente specifico (ad esempio i bracciali di diverse dimensioni a seconda del diametro del braccio del paziente).

Recentemente con DGR n. 65 del 12-08-2024 la Regione Puglia ha recepito le "Linee di Indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità" di Agenas in cui la formazione e i progetti pilota rappresentano una delle linee di azione principale, pertanto, nell'idea di costruire una rete protettiva e a garanzia del paziente in prossimità del domicilio gli infermieri devono avere le competenze necessarie nell'ambito ipertensivologico e vanno pertanto formati in tal senso.

4. Farmacisti

I Farmacisti territoriali ed ospedalieri sono figure essenziali al funzionamento del PDTA. per il loro ruolo necessario di approvvigionamento di farmaci secondo i principi di appropriatezza prescrittiva e contenimento della spesa, ma anche per il ruolo che occupano a livello territoriale in considerazione della possibilità di esecuzione di esami diagnostici (misurazione della pressione arteriosa, monitoraggio ambulatoriale continuo delle 24 ore o elettrocardiogramma). Pertanto anche i farmacisti territoriali possono essere considerati in questo accezione porte di accesso **indiretto** del paziente al PDTA in quanto essi stessi possono individuare il paziente in presenza di valori elevati di pressione arteriosa, e indirizzarlo all'attenzione del MMG o dell'ipertensivologo. I farmacisti territoriali pertanto, devono essere accuratamente formati per quanto attiene la tecnica e la strumentazione appropriate per la misurazione della pressione arteriosa.

6. EPIDEMIOLOGIA

L'ipertensione arteriosa è fra i principali fattori di rischio per morbi-mortalità cardiovascolare a livello globale. Nel mondo sono oltre 1 miliardo i soggetti affetti da ipertensione, stimati intorno al 30-45% della popolazione adulta (il 60% oltre i 60 anni). La prevalenza dell'ipertensione arteriosa aumenta con l'età arrivando ad interessare oltre il 70% degli ultra 70enni e anche nell'età geriatrica l'ipertensione mantiene una relazione lineare con la mortalità per eventi cardiaci ed ictus. (Progetto Cuore – Istituto superiore di Sanità)

L'ipertensione rappresenta inoltre anche un importante fattore di rischio per scompenso cardiaco, fibrillazione atriale, nefropatia cronica, arteriopatia periferica. Tale incidenza e morbilità ha un incremento lineare con l'avanzare delle età in tutte le etnie a eccezione di quella ispanica dove risulta costante (Vaughan AS et al. 2022). L'ipertensione arteriosa colpisce in Italia in media il 33% degli uomini e il 31% delle donne, mentre il 19% degli uomini e il 14% delle donne si trova in una condizione clinica a rischio di sviluppare ipertensione arteriosa.

I risultati dell'ISS del progetto Cuore condotto a partire dal 1998 evidenziano le percentuali di incidenza e di rischio divise per area:

- Nord Est: Il 37% degli uomini e il 29% delle donne sono ipertesi; il 22% degli uomini e il 16% delle donne si trovano in una condizione di rischio
- Nord Ovest: Il 33% degli uomini e il 29% delle donne sono ipertesi; il 20% degli uomini e il 15% delle donne sono in una condizione di rischio
- Centro: Il 31% degli uomini e il 29% delle donne sono ipertesi; il 18% degli uomini e il 13% delle donne sono in una condizione di rischio
- Sud e Isole: Il 33% degli uomini e il 34% delle donne sono ipertesi; il 17% degli uomini e il 13% delle donne sono in una condizione di rischio

In Puglia i pazienti con pressione arteriosa elevata (e pertanto a rischio di sviluppare ipertensione) risultano essere rispetto alla popolazione generale il 29% dei soggetti di sesso maschile e il 16% di quelli di sesso femminile (<https://www.cuore.iss.it/indagini/ita-hes-2023-puglia>) nella fascia di età compresa tra i 35 e i 74 anni. Tali percentuali tuttavia raggiungono valori ben più elevati se consideriamo anche i pazienti già in trattamento per ipertensione arteriosa (52% di pazienti maschi e 40% dei soggetti femmine). Considerando la sola popolazione di ipertesi, in Puglia risulta essere in trattamento il 72% dei maschi e il 75% delle femmine, con una non trascurabile percentuale di pazienti non in trattamento suddivisi tra coloro consapevoli della presenza di una patologia (rispettivamente 8% e 9%) e gli inconsapevoli (20% e 16%). Tali dati evidenziano in maniera allarmante quanto la problematica sia sottostimata in termini di prevenzione, diagnosi e cura.

I dati provenienti dallo studio CARE Puglia (<https://www.sanita.puglia.it>) focalizzato sulle cronicità indicano che le patologie croniche sono in progressiva crescita con un considerevole impegno relativamente alla continuità di assistenza per lunghi periodi e necessità di integrazione con i servizi sociali del territorio. L'impegno economico legato a tale gestione è stimato assorbire il 70-80% delle risorse sanitarie oggi speso per la gestione delle malattie croniche.

Inoltre la presenza, nel medesimo soggetto, di differenti patologie, pur croniche, rende necessaria la presa in carico da parte del MMG, al fine di evitare che l'intervento di diverse figure professionali risulti frammentario e gravato da duplicazioni diagnostiche e terapeutiche o ancora focalizzato solo al trattamento della singola patologia, generando esiti spesso contrastanti, che possono inficiare il risultato ottimale, ovvero la riduzione delle complicanze e della disabilità. Tuttavia, come dimostrano i dati della Società Italiana di Ipertensione Arteriosa, la consapevolezza della patologia ipertensiva e delle sue complicanze è più elevata nei pazienti con ipertensione non controllata rispetto a coloro in trattamento per ipertensione essenziale (World Hypertension Day 2021 in Italy, 2022) segno questo di come gli sforzi debbano concentrarsi sulla prevenzione e trattamento di questa patologia che necessita oggi di programmi di cura integrata territorio-ospedale-specialista.

7. SCELTA DEI CRITERI DI INCLUSIONE DEL PDTA E DEFINIZIONE DEI PERCORSI IN BASE ALLE LINEE GUIDA ESH 2023

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 e di utilizzare al meglio ed in maniera appropriata i pacchetti assistenziali di 1° e 2° livello in base alle necessità diagnostiche e terapeutiche, pacchetti questi già adottati e normati nel loro "value" economico dalla DGR n. 901 del 26-06-2023.

Il PDTA ha come popolazione target tutti gli assistiti che presentano ipertensione arteriosa evidenziata nei casi di automisurazione domiciliare, o riscontrata presso le farmacie o durante una visita specialistica, o ancora durante un accesso al Pronto Soccorso. Le responsabilità di ciascuna delle figure del gruppo multiprofessionale coinvolte nel percorso sono di seguito rappresentate

Il MMG è responsabile dell'organizzazione delle seguenti attività che sono parte del percorso di presa in carico e pianificazione terapeutica:

- a) Organizzazione/prenotazione/effettuazione di tutte le prestazioni comprese nel PAI individuale da realizzare nello studio del medico di AP;
- b) Organizzazione/prenotazione di tutte le prestazioni comprese nel PAI individuale da realizzare nelle strutture del distretto e/o accreditate individuate dalla regione e/o presso le strutture di 1° o 2° livello di riferimento; così come successivamente definite
- c) Attività di verifica della compliance/aderenza da parte dei singoli pazienti attraverso l'organizzazione di chiamata attiva;
- d) Attività di regolare trasmissione alle piattaforme telematiche regionali dei dati per il monitoraggio/rendicontazione di tutte le attività relative alla presa in carico

In presenza di sospetto clinico di malattia di recente insorgenza, il MMG potrà inviare il paziente in regime di Prima Visita Ambulatoriale o di Day Service di 1° livello allo specialista Ipertensivologo per l'inquadramento diagnostico, la definizione del rischio cardiovascolare, il conseguente approccio terapeutico e le procedure amministrative di competenza.

IL MMG può inoltre eseguire la diagnostica di primo livello ovvero elettrocardiogramma, sia in 12 derivazioni standard che continuo, nonché il monitoraggio continuo 24 ore della pressione arteriosa e può avvalersi per la refertazione di sistemi di telemedicina ovvero, quando reputata necessaria, della consulenza dello specialista o degli ipertensivologi delle strutture di 1° o 2° livello, così come successivamente definite, secondo agende dedicate.

In assenza di malattia, ma in presenza di fattori di rischio il MMG attiverà gli interventi di prevenzione e promozione della salute, anche attraverso il ricorso ai servizi distrettuali dedicati a correggere lo stile di vita.

In presenza di malattia ipertensiva conclamata, specie nei soggetti ad alto rischio cerebro-cardio-vascolare complicata, giovanile e/o resistente, o in sospetto di ipertensione secondaria, il MMG si avvarrà dei Centri Specialistici per l'ipertensione Arteriosa. Il MMG garantirà, inoltre, il controllo dello stato ipertensivo dei pazienti, tuttavia potrà anche erogare direttamente, con la collaborazione dell'infermiere, nel contesto delle Case o Ospedali di Comunità, le prestazioni di carattere diagnostico principale incluse nel pacchetto day service di 1° livello.

Qualora il paziente presenti, secondo le Linee Guida correnti, sospetta ipertensione secondaria (nelle varie statistiche presenti dal 10 al 20% dei casi) o caratteristiche di fragilità, di alto rischio cerebro-cardio-vascolare, di resistenza alla terapia, di ipertensione giovanile o complicata o ipertensione acuta criticamente insorta, il medico di medicina generale o il servizio territoriale potrà avviare l'assistito ad un Centro Specialistico per la prevenzione, diagnosi e terapia dell'ipertensione arteriosa per l'eventuale esecuzione di esami di approfondimento clinico o di inquadramento diagnostico, compresi nell'elenco di Day Service di 2° livello.

Il follow-up dell'ipertensione Arteriosa deve essere affidato ai MMG in un setting assistenziale definito (studio medico, case di comunità, ospedali di Comunità) secondo lo sviluppo di una medicina di prossimità che si avvarrà degli ipertensivologi solo in caso di complicanze intercorrenti. Il MMG assicurerà il follow up per tutto il percorso di vita del paziente, attraverso l'interlocuzione con i servizi sanitari (territoriali e ospedalieri di primo e secondo livello) quando necessario, con l'obiettivo di mantenere il più a lungo possibile la persona nel suo domicilio, riducendo al massimo il rischio di ospedalizzazione. Sia nelle strutture territoriali che ospedaliere in cui si sviluppa il PDTA la figura infermieristica opportunamente formata per la gestione del paziente iperteso riveste un ruolo fondamentale di supporto al medico

Le strutture specialistiche di 1° e 2° livello della rete così come definito più avanti dovranno costituire una rete di consultazione che accompagnerà il MMG nella gestione dell'ipertensione arteriosa.

Il raccordo organizzativo tra il MMG e la figura specialistica faranno parte dei processi operativi della rete dei centri per l'ipertensione arteriosa così come andrà a costituirsi

Lo specialista ipertensivologo fornirà la consulenza per l'inquadramento diagnostico, collaborerà per la definizione del piano terapeutico ed eseguirà il follow-up dei casi selezionati che necessiteranno di rivalutazione periodica specialistica.

A tale riguardo il Piano di Assistenza Individuale (PAI) è condiviso con il paziente e con il Centro Ipertensione di riferimento è strutturato in modo da delineare:

- a) La terapia farmacologica, interventistica e educativa
- b) La tipologia e la cadenza dei controlli
- c) La modalità di coinvolgimento attivo del paziente

Le competenze del medico ipertensivologo sono necessarie al fine di

- Indirizzare i casi complicati da pluripatologie e complicanze verso percorsi specifici o procedure diagnostiche di alto livello in centri di riferimento all'interno della rete
- indirizzare i fragili, ovvero i soggetti suscettibili di controindicazioni al trattamento antipertensivo intensivo o ipersensibilità farmacologiche.
- indirizzare la terapia nei casi a maggiore rischio cardio-cerebro-vascolare e/o più resistenti alla terapia convenzionale
- favorire l'aderenza dei pazienti e l'attuazione di programmi educazionali e di sostegno,

La concentrazione dei casi su figure di expertise permettono e l'individualizzazione del percorso terapeutico mantenendone l'appropriatezza riducendo inoltre i costi perché determinano la presa in carico precoce riducendo l'insorgenza delle complicanze, semplificando il regime terapeutico e, inoltre permettono di coinvolgere i familiari in una logica di "corresponsabilità assistenziale".

Diventa quindi fondamentale condividere l'intero percorso diagnostico-terapeutico relativo al rischio cardiovascolare per il singolo paziente; dati raccolti devono essere registrati in un unico formato informatico (repository file) e classificati in maniera che la banca dati dei pazienti sia sempre consultabile ed analizzabile dagli operatori dell'unità operativa ai fini dell'ottimizzazione del processo, come peraltro previsto con l'impiego del fascicolo sanitario elettronico

In Figura 3 è schematizzato il percorso diagnostico-terapeutico del paziente con ipertensione arteriosa, così come sviluppato nel PDTA.

In tabella 1 segue la matrice delle responsabilità all'interno del percorso delineato dal PDTA.

Nel Centro di Prevenzione, Diagnosi, e Terapia dell'ipertensione Arteriosa di 2° livello (classificazione come più avanti definita) dovranno essere centralizzate le diagnosi di ipertensione secondaria e indicato il percorso terapeutico e nel contempo dovranno essere diagnosticati ed avviati al trattamento i pazienti ipertesi comorbidati, fragili (identificati con questionari specifici e/o scala di fragilità clinica), ipertesi resistenti alla terapia farmacologica (con valori pressori >140/90 mmHg nonostante l'assunzione di 3

farmaci antiipertensivi, a pieno dosaggio, incluso un diuretico), pazienti con età tra i 16 ed i 35 anni con valori accertati di ipertensione arteriosa (ipertensione giovanile).

A tale riguardo il Piano di Assistenza Individuale (PAI) è condiviso con il paziente e con il Centro Ipertensione di riferimento ed è strutturato in modo da delineare:

- d) La terapia farmacologica, interventistica e educativa
- e) La tipologia e la cadenza dei controlli
- f) La modalità di coinvolgimento attivo del paziente

Figura 3 –Flow chart del percorso diagnostico-terapeutico del paziente con riscontro di ipertensione arteriosa in automisurazione domiciliare, o presso le farmacie o durante una visita specialistica, o ancora durante un accesso al Pronto Soccorso

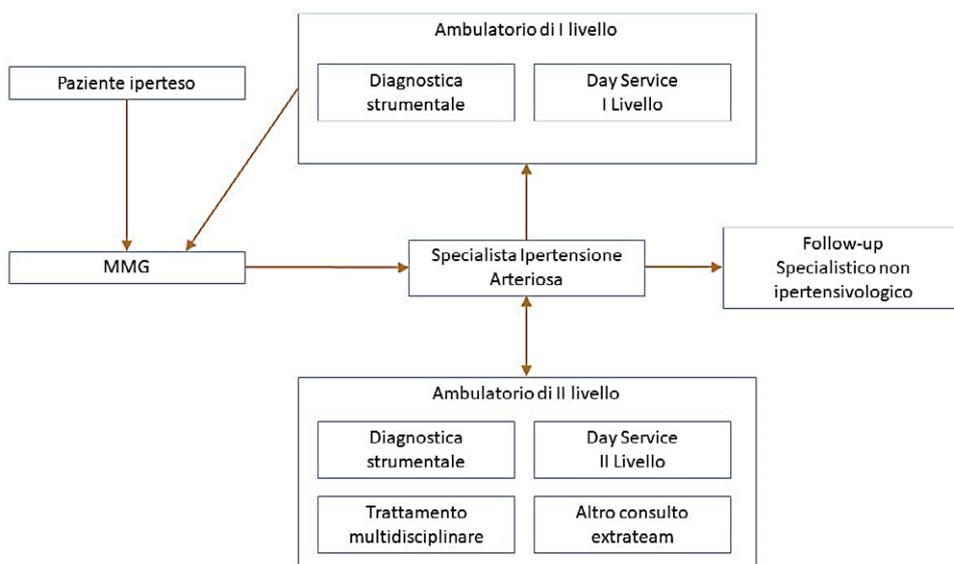


Tabella 1. Matrice delle responsabilità all'interno del PDTA						
	MMG	Ipertensivologo	Altri specialisti	Pronto Soccorso	Infermiere	Farmacista
Accesso al PDTA	RCI	RCI	CI	RCI	CI	C/I
Coinvolgimento Ipertensivologo	RCI	RCI			I	C
Impostazione percorso di 1° livello	RCI	RCI	C/I		C/I	C/I
Esecuzione percorso di 1° livello	RCI	RCI	C/I		R/C/I	C/I
Impostazione percorso di 2° livello	CI	RCI	C/I		C/I	C/I
Esecuzione percorso di 2° livello	C/I	RCI	C/I		R/C/I	C/I
Follow-up	RCI	RCI	C/I		C/I	C/I

R: responsabile-referente ;

C: coinvolto ;

I: informato ;

8. RACCOMANDAZIONI DERIVANTI DALLE LINEE GUIDA PER LA DEFINIZIONE DEL PDTA.

Al fine di avere un assessment corretto iniziale della patologia ipertensiva che sintetizzi gli aspetti demografici, possibili dismetabolismi associati, misure di danno d'organo preclinico da ipertensione arteriosa (Hypertension –mediated organ damage HMOD) e alterazioni anatomopatologiche stabilizzate si devono utilizzare delle scale di valutazione fornite dalle linee Guida, a cui si rimanda per la scelta e l'approfondimento delle metodiche da utilizzare per la definizione dell'HMOD (Linee Guida ESH 2023 sull'ipertensione arteriosa)

La loro interazione, la quantità dei fattori di rischio e di danno, nonché i valori pressori di per sè, cioè il loro raggruppamento in fasce di valori ovvero gradi, permette una classificazione della malattia ipertensiva e l'identificazione di uno score come rappresentato in **Figura 4** utile al riconoscimento della prognosi cerebro-cardio-vascolare.

Figura 4 - Classificazione degli stadi di ipertensione arteriosa in relazione ai valori pressori e alla presenza di fattori di rischio cardiovascolare, danno d'organo mediato dall'ipertensione o comorbidità. Il rischio cardiovascolare non corrisponde necessariamente al rischio effettivo in base all'età. Ai fini della scelta terapeutica, si raccomanda di stimare il rischio cardiovascolare utilizzando il sistema SCORE.

Stadio della malattia ipertensiva	Altri fattori di rischio, HMOD, o patologia concomitante	Grado di PA (mmHg)			
		Normale-alta PAS 130-139 PAD 85-89	Grado 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Grado 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Grado 3 PAS \geq 180 o PAD \geq 110
Stadio 1 (non complicata)	Nessun altro fattore di rischio	Rischio basso	Rischio basso	Rischio moderato	Rischio alto
	1-2 fattori di rischio	Rischio basso	Rischio moderato	Rischio moderato-alto	Rischio alto
	\geq 3 fattori di rischio	Rischio moderato-basso	Rischio moderato-alto	Rischio alto	Rischio alto
Stadio 2 (malattia asintomatica)	HMOD, CKD di grado 3 o diabete mellito senza danno d'organo	Rischio moderato-alto	Rischio alto	Rischio alto	Rischio alto-molto alto
Stadio 3 (malattia manifesta)	MCV accertata, CKD di grado \geq 4 o diabete mellito associato a danno d'organo	Rischio molto alto	Rischio molto alto	Rischio molto alto	Rischio molto alto

CKD, nefropatia cronica; HMOD, danno d'organo mediato dall'ipertensione; MCV, malattia cardiovascolare; PA, pressione arteriosa; PAD, pressione arteriosa diastolica; PAS, pressione arteriosa sistolica; SCORE, Systematic COronary Risk Evaluation. (Linee Guida Europee ESH 2023 sull'ipertensione)

Il follow-up di questi pazienti in funzione del loro score di rischio dovrà essere definito di concerto tra il Medico di Medicina Generale ed il Centro Ipertensione di riferimento.

Si descrivono di seguito le calendarizzazioni dei controlli di follow-up che il MMG deve assicurare al paziente iperteso grado 1-2 e grado 3.

Ai pazienti che necessitano di un maggiore approfondimento clinico-diagnostico per gravità del quadro ipertensivo e/o del rischio cerebro-cardio-vascolare, oppure perché affetti da ipertensione giovanile o con sospetta ipertensione secondaria, potrà essere fornito, in Centri Ipertensione Arteriosa di 2° livello, un pacchetto di esami più complesso, il Day Service di 2° livello, orientato al quadro clinico specifico del paziente. Tale pacchetto, da potersi eseguire esclusivamente presso Centri di 2° livello, è da considerarsi composto da esami di elezione. Non dovranno essere eseguiti tutti gli esami ma selezionati nella logica dell'appropriatezza e validati da personale con competenza in materia.

Tabella 2 - Ipertensione arteriosa non complicata

Prestazione	frequenza	dove
INCONTRO CON IL MEDICO DI MMG (aderenza, stile di vita)	6 mesi	MMG
PESO	6 mesi	MMG
BMI E CA	6 mesi	MMG
Pressione arteriosa	6 mesi ma con frequenti auto-misurazioni domiciliari	MMG
ECG	12 mesi	MMG o Centro Ipertensione
Profilo lipidico (colesterolemia totale, HDL, LDLcalcolato, trigliceridi)	2 mesi dopo l'inizio di eventuale terapia farmacologica e successivamente dopo 12 mesi	PRELIEVO presso MMG oCentro Ipertensione
Esami di laboratorio (comprendente emocromo, uricemia, creatininemia con calcolo della clearance della creatinina, potassiemia, emocromo, esame urine completo,	12 mesi	PRELIEVO presso MMG oCentro Ipertensione

microalbuminuria, glicemia)		
Ecocardiogramma	24 mesi	presso MMG o Centro Ipertensione
Ecodoppler carotideo*	24 mesi	presso MMG o Centro Ipertensione

*opzionale

Tabella 3- Ipertensione grado 2°-3° o complicata da cardiopatia ipertensiva, vasculopatia o associata a diabete mellito e/o dislipidemia severa (si raccomanda l'affidamento, per questi pazienti, al Day Service per Ipertensione Arteriosa presso Centri di Ipertensione Arteriosa)

Prestazione	frequenza	dove
INCONTRO CON IL MEDICO DI MMG (aderenza, stile di vita)	6 mesi	MMG
PESO	6 mesi	MMG
BMI E CA	6 mesi	MMG
Pressione arteriosa	3 mesi ma con frequenti auto-misurazioni domiciliari	MMG
ECG	12 mesi	MMG o Centro Ipertensione
Esami di laboratorio (comprendente emocromo, uricemia, creatininemia con calcolo della clearance della creatinina, potassiemia, sodiemia, emocromo, esame urine completo, microalbuminuria, glicemia, Emoglobina glicata),	6 mesi	PRELIEVO MMG o Centro Ipertensione
Profilo lipidico (colesterolemia totale, HDL,LDL calcolato, trigliceridi)	6 mesi	PRELIEVO MMG o Centro Ipertensione
Ecocardiogramma	12 mesi	Centro Ipertensione
Ecodoppler carotideo	12 mesi	Centro Ipertensione
Ecodoppler vascolare*	12 mesi	Centro Ipertensione
Ecografia addome superiore*	24 mesi	Centro Ipertensione

*opzionale

La scelta di esami utili che il medico Ipertensivologo può selezionare all'interno di quelle prestazioni previste per la patologia permette la finalizzazione dell'impegno medico ed evita la dispersione e frammentazione del processo diagnostico. Di seguito gli esami previsti:

- **curva da carico di glucosio,**
- **insulina** in caso di sospetto diabete mellito o insulinoresistenza e comunque entro i limiti indicati per la diagnosi di diabete mellito.
- **emoglobina glicata**
- **glucosio, nel caso post-prandiale,** qualora non eseguiti entro un tempo congruo in un day service di I livello, utile per una eventuale diagnosi di disturbo del metabolismo del glucosio.
- **anticorpi antitireoglobulina, anticorpi antitireoperossidasi, triiodotironina libera FT3 tiroxina libera FT4 e tireotropina TSH** in pazienti con storia o sospetto di tireopatia.
- **tempo di protrombina (PT) - tempo di tromboplastina parziale (PTT)** in pazienti in terapia anticoagulante diversi dai NAO o con recenti disturbi dell'emostasi o in caso di terapia con statine.

- **AST, ALT, CK/CPK mioglobina, LDH** per patologie epatiche associate o in caso di terapia con statine e/o per sorvegliarne gli effetti collaterali anche non sintomatici.
- **Metanefrine e Normetanefrine** urinarie ed **acido omovanillico e cromogranina** per casi selezionati con alta probabilità di ipertensione arteriosa secondaria, in particolare feocromocitoma o paraganglioma,
- **Ecografia addome completo** utile in alternativa ad ecografia addome superiore anche nei casi di possibile dislocazione intramuraria di paraganglioma
- **Tonometria** quale tecnica emodinamica di rilevazione degli indici di rigidità arteriosa (Pulse Wave Velocity carotido-femorale). è utile inoltre nell'individuazione del danno d'organo vascolare preclinico e, quindi nel giudizio prognostico del paziente iperteso già indicato nelle Linee Guida ESC/ESH 2018 (2018 linee guida ESH/ESC per l'ipertensione) e confermato nelle attuali ESH 2023.
- **Actigrafia o Polisonnografia** in caso di sospetta sindrome delle apnee notturne o broncopatia o disturbi del sonno maggiori che la letteratura ha posto chiaramente in associazione con l'ipertensione arteriosa, (Liann Abu Salman et al 2020) quale causa sottesa a possibili forme di ipertensione resistente/secondaria
- **Consulenza neuropsicologica** se sussistono fondati sospetti di deficit cognitivo anche lieve evidenziati da screening e/o obiettivati dal medico, da questionari o dati clinico-anamnestici.
- **Valutazione funzionale delle funzioni corticali superiori** per il riconoscimento del deficit cognitivo spesso associato e conseguente allo stato ipertensivo.
- **Nella popolazione geriatrica raccomandato l'utilizzo di questionari validati** (MMSE o MOCA come indicato dalle Linee guida ESH 203) seppur è possibile la valutazione degli stessi anche in pazienti più giovani a discrezione e necessità clinica.

8.1) Gestione del paziente con Alti Valori Pressori

Le Linee Guida Europee ESH 2023 sull'Ipertensione Arteriosa definiscono il primo passaggio per l'inquadramento del paziente con riscontro estemporaneo di alti valori pressori, rilevati secondo le modalità appropriate (Figura 5) in adulti sani, che non abbiano altre condizioni morbose o fattori di rischio cerebro-cardio- vascolare, con valori pressori di norma ottimali (<120/80 mmHg) o normali (120-129/80-84 mmHg).

In questi soggetti va eseguito a cura del MMG un controllo ogni 5 o 3 anni per conferma del dato di normalità.

I pazienti adulti sani che presentano valori pressori ai limiti ("borderline"/normali alti) devono essere, in un'ottica preventiva, riconosciuti più approfonditamente, sia ripetendo il controllo a cura del MMG dopo 6 mesi sia incoraggiando l'automisurazione domiciliare (HBPM) ovvero mediante il monitoraggio ambulatorio pressorio delle 24 ore (ABPM) richiesto dal MMG.

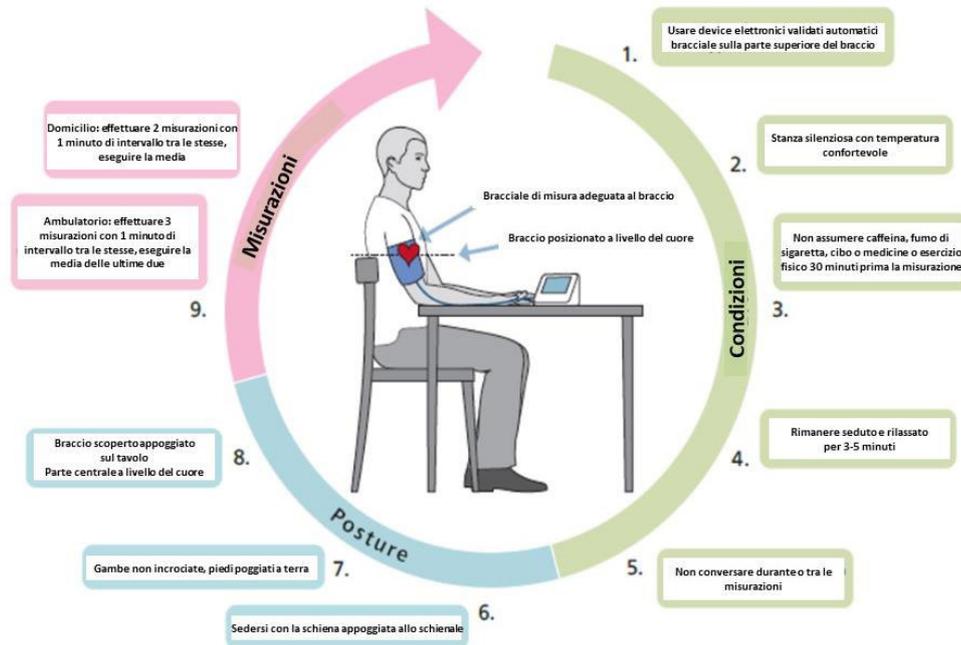


Figura 5: Raccomandazioni per le misurazioni della PA in ufficio e a casa. Adattato da Linee guida Europee ESH 2023 sull'ipertensione arteriosa.

La modalità di misurazione prevede l'utilizzo di un dispositivo elettronico automatizzato (oscillometrico), convalidato secondo un protocollo stabilito (www.stridebp.org). È preferibile un dispositivo che effettui automaticamente letture triplicate. La selezione di una dimensione appropriata del bracciale è fondamentale per una misurazione accurata della PA e dipende dalla circonferenza del braccio di ogni individuo: un bracciale più piccolo del necessario sovrastima la PA e uno più grande sottostima la PA. Utilizzando dispositivi elettronici automatizzati, selezionare la dimensione del bracciale in base alle istruzioni del dispositivo. Alla visita iniziale, misurare la PA in entrambe le braccia. Misurare al mattino e alla sera per 3-7 giorni. Utilizzare la media di tutte le letture escluso il primo giorno.

I pazienti che alle automisurazioni domiciliari presentano valori pressori più elevati mentre nello studio del MMG o dello specialista risultano normotesi ("masked hypertension") o coloro cui sia stata già diagnosticata una "sleep apnea syndrome", dovranno essere rivisti dal MMG almeno entro un anno e resi consapevoli e corresponsabili nella sorveglianza medica.

Una volta, invece, accertato lo stato ipertensivo ($\geq 140/90$ mmHg) conclamato questo dovrà essere definito con valutazioni secondo algoritmo esposto in Figura 6. Nelle condizioni di dubbio clinico si consiglia l'approfondimento mediante misurazioni strumentali come indicato nella tabella 4.

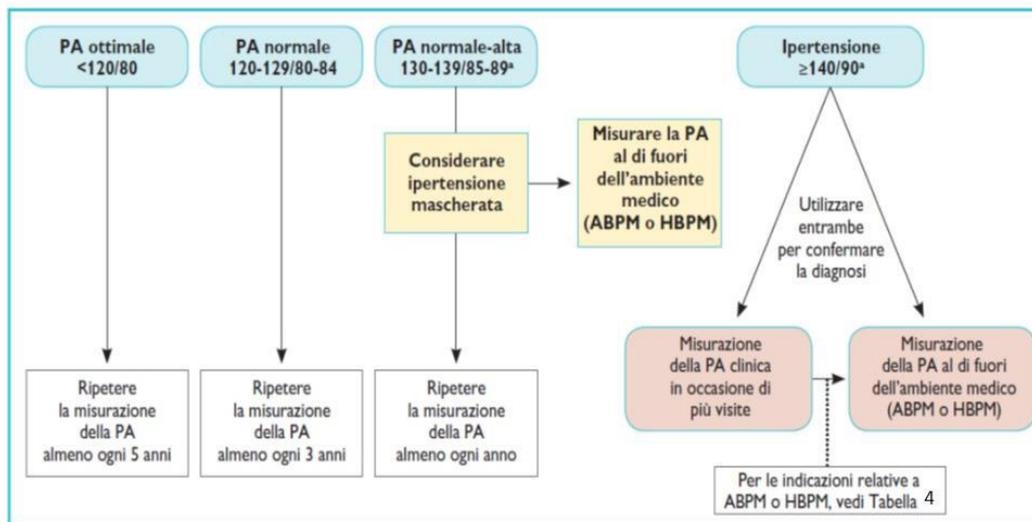


Figura 6: Screening e diagnosi di ipertensione arteriosa (Linee guida ESH 2023 e ESC/ESH 2018).

ABPM, monitoraggio ambulatorio della pressione arteriosa; HBPM, monitoraggio domiciliare della pressione arteriosa; PA, pressione arteriosa.
 *Dopo aver identificato una determinata categoria di valori pressori, confermare l'incremento della PA con ripetute misurazioni della PA clinica in occasione di più visite oppure predisporre la rilevazione della PA al di fuori dell'ambiente medico per confermare la diagnosi di ipertensione

Tabella 4: Indicazioni cliniche per il monitoraggio domiciliare e ambulatorio della pressione arteriosa

Condizioni che più frequentemente si associano ad ipertensione da camice bianco, ad esempio:
<ul style="list-style-type: none"> • Ipertensione di grado 1 alla PA clinica • Marcato innalzamento della PA clinica in assenza di HMOD
Condizioni che più frequentemente si associano ad ipertensione mascherata, ad esempio:
<ul style="list-style-type: none"> • PA clinica nel range normale-alto • Normale PA clinica nei soggetti con HMOD o ad alto rischio CV globale
Ipotensione posturale o post-prandiale in pazienti trattati e non trattati
Valutazione dell'ipertensione resistente
Valutazione del controllo pressorio, in particolare nei pazienti ipertesi trattati ad alto rischio
Abnorme risposta pressoria all'esercizio fisico
In presenza di marcata variabilità della PA clinica
Valutazione dei sintomi compatibili con l'ipotensione in corso di trattamento
Indicazioni specifiche per ABPM piuttosto che per HBPM:
<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione dei valori pressori notturni e del profilo "dipping" (es. sospetto di ipertensione notturna, come nei pazienti con apnee notturne, CKD, diabete, ipertensione endocrina o disfunzione autonoma)
<small>ABPM, monitoraggio ambulatorio della pressione arteriosa; CKD, nefropatia cronica; CV, cardiovascolare; HBPM, monitoraggio domiciliare della pressione arteriosa; HMOD, danno d'organo mediato dall'ipertensione; PA, pressione arteriosa</small>

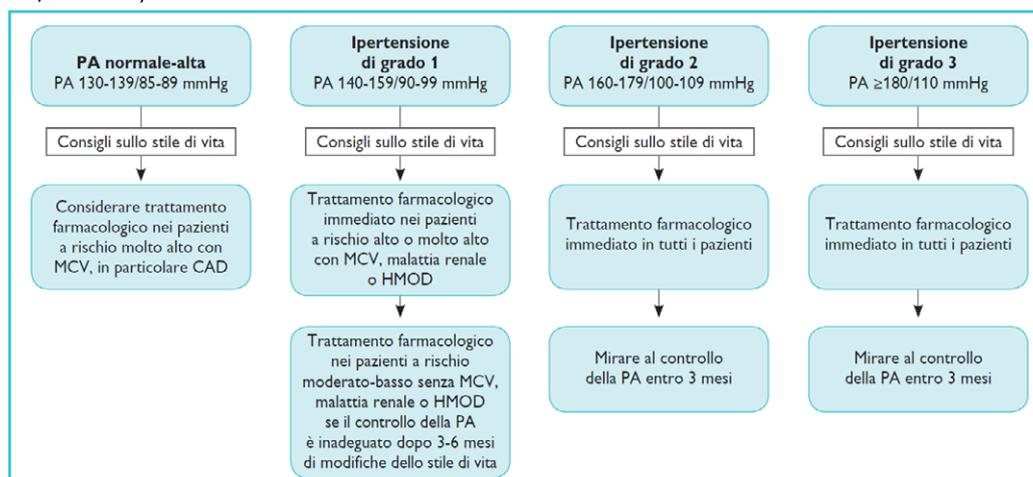
La stadiazione dello stato ipertensivo include, per fini terapeutici e prognostici, i pazienti con valori pre-clinici/borderline e gradi di ipertensione conclamata:

- 1) pressione arteriosa normale-alta: 130-139/85-89 mmHg
- 2) ipertensione arteriosa di grado 1: 140-159/90-99 mmHg
- 3) ipertensione arteriosa di grado 2: 160-179/100-109 mmHg
- 4) ipertensione arteriosa di grado 3: $\geq 180/110$ mmHg

Per ogni condizione, viene raccomandato un approccio innanzitutto non farmacologico (Figura 7). Vanno

infatti implementati e raccomandati modifiche dello stile di vita. In particolare: restrizione dell'introito alimentare di sodio e di alcol, riduzione del peso corporeo, incremento dell'attività fisica, specialmente di tipo aerobico e cessazione dall'abitudine tabagica. Queste indicazioni costituiscono una reale terapia, che dovrebbe essere "prescritta" ed enfatizzata dai medici e far parte di una globale strategia terapeutica.

Figura 7: iniziare Timing per l'inizio del trattamento antipertensivo (modifiche dello stile di vita e terapia farmacologica) in base ai differenti valori di partenza di pressione arteriosa clinica (Linee guida ESH 2023 e ESC/ESH 2018).



CAD, malattia coronarica; HMOD, danno d'organo mediato dall'ipertensione; MCV, malattia cardiovascolare; PA, pressione arteriosa

La differente combinazione di età e di condizione patologica concomitante implica un differente target pressorio, da raggiungere con un trattamento personalizzato, che possa sostenere una pressione arteriosa sistolica utile alla perfusione d'organo individuale. I target pressori da ottenere durante la visita medica sono indicati nella Tabella 5.

Tabella 5: range di target pressorio per la misurazione ambulatoriale in pazienti in trattamento

Fasce d'età	PAS (mmHg)					PAD (mmHg)
	Ipertensione	+ Diabete	+ CKD	+ CAD	+ Ictus/TIA	
18-65 anni	Target 130 o più bassa se tollerata no <120	Target 130 o più bassa se tollerata no <120	Target 130-139 se tollerata	Target 130 o più bassa se tollerata no <120	Target 130 o più bassa se tollerata no <120	70 - 79
65-79 anni	Target 130-139 se tollerata	Target 130-139 se tollerata	Target 130-139 se tollerata	Target 130-139 se tollerata	Target 130-139 se tollerata	70 - 79
≥80 anni	Target 130-139 se tollerata	Target 130-139 se tollerata	Target 130-139 se tollerata	Target 130-139 se tollerata	Target 130-139 se tollerata	70 - 79
PAD (mmHg)	70 - 79	70 - 79	70 - 79	70 - 79	70 - 79	

CAD, malattia coronarica; CKD, nefropatia cronica; PAD, pressione arteriosa diastolica; PAS, pressione arteriosa sistolica; TIA, attacco ischemico transitorio.

La terapia antiipertensiva di scelta deve iniziare direttamente con una terapia di associazione assicurando il target pressorio mediante l'utilizzo di dosaggi ridotti per evitare l'eccessiva riduzione dei valori pressori, specie nei casi in cui va comunque sostenuta la necessaria perfusione d'organo. La monoterapia rimane indicata solo nei soggetti con una ipertensione lieve, a basso rischio, in soggetti anziani fragili o con una età maggiore di 80 anni. Si consiglia pertanto l'utilizzo delle strategie terapeutiche indicate nella Tabella 6, ponendo attenzione alle principali controindicazioni riassunte nella Tabella 7

Tabella 6: Strategia di trattamento farmacologico antipertensivo

Raccomandazioni	Classe ^a	Livello ^b
Fra tutti i farmaci antipertensivi, gli ACE-inibitori, gli ARB, i betabloccanti, i calcioantagonisti ed i diuretici (tiazidici e similtiazidici come il clortalidone e l'indapamide) si sono dimostrati efficaci nel ridurre i valori pressori e l'incidenza di eventi CV nei RCT e, pertanto, sono indicati quale strategia primaria di trattamento antipertensivo.	I	A
Per la maggior parte dei pazienti ipertesi si raccomanda inizialmente di instaurare una terapia di associazione, prediligendo la combinazione di un bloccante del SRA (ACE-inibitore o ARB) con un calcioantagonista o un diuretico, ma possono essere utilizzate altre combinazioni delle cinque principali classi di farmaci.	I	A
Si raccomanda di associare i betabloccanti con una delle altre principali classi di farmaci in caso di indicazioni specifiche al loro utilizzo, es. in presenza di angina, nei pazienti post-infartuati o con scompenso cardiaco, o per il controllo della frequenza cardiaca.	I	A
Si raccomanda di iniziare il trattamento antipertensivo con una associazione di due farmaci, preferibilmente con SPC, fatta eccezione per i pazienti anziani e fragili e per quelli a basso rischio con ipertensione di grado 1 (specie in presenza di PAS <150 mmHg).	I	B
Qualora la terapia di associazione con due farmaci sia inefficace nel conseguire il controllo pressorio ^c , si raccomanda di intensificare il trattamento passando ad una triplice combinazione costituita generalmente da un bloccante del SRA associato a un calcioantagonista e un diuretico tiazidico o simil-tiazidico, preferibilmente come SPC.	I	A
Qualora la triplice combinazione sia inefficace nel conseguire il controllo pressorio ^c , si raccomanda di intensificare il trattamento aggiungendo lo spironolattone o, in caso di intolleranza, un altro diuretico come l'amiloride o un altro diuretico ad alte dosi, un betabloccante o un alfabloccante.	I	B
Non è raccomandata l'associazione di due bloccanti del SRA	III	A

ACE, enzima di conversione dell'angiotensina; ARB, antagonisti recettoriali dell'angiotensina II; CV, cardiovascolare; PAS, pressione arteriosa sistolica; RCT, studio randomizzato controllato; SPC, terapia di combinazione in compressa singola; SRA, sistema renina-angiotensina.

^aClasse della raccomandazione. ^bLivello di evidenza. ^cDopo aver verificato l'aderenza al trattamento.

Tabella 7 Precauzioni e possibili controindicazioni per l'uso di specifici farmaci-antiipertensivi

Farmaco	Controindicazioni	
	Absolute	Relative
Diuretici (tiazidici, simil-tiazidici, es. clortalidone e indapamide)	<ul style="list-style-type: none"> Gotta 	<ul style="list-style-type: none"> Sindrome metabolica Intolleranza glucidica Gravidanza Ipercalcemia Ipokaliemia
Betabloccanti	<ul style="list-style-type: none"> Asma Blocco senoatriale o atrioventricolare di grado elevato Bradycardia (frequenza cardiaca <60 b/min) 	<ul style="list-style-type: none"> Sindrome metabolica Intolleranza glucidica Atleti e pazienti fisicamente attivi
Calcioantagonisti (dihidropiridinici)		<ul style="list-style-type: none"> Tachiaritmia Scompenso cardiaco (HFrEF, classe III o IV) Edema severo degli arti inferiori preesistente
Calcioantagonisti (verapamil, diltiazem)	<ul style="list-style-type: none"> Blocco senoatriale o atrioventricolare di grado elevato Disfunzione VS severa Bradycardia (frequenza cardiaca <60 b/min) 	<ul style="list-style-type: none"> Costipazione
ACE-inibitori	<ul style="list-style-type: none"> Gravidanza Angioedema pregresso Iperkaliemia (potassio >5.5 mmo/l) Stenosi bilaterale delle arterie renali 	<ul style="list-style-type: none"> Donne in eta fertile che non fanno uso di una contraccezione affidabile
ARB	<ul style="list-style-type: none"> Gravidanza Iperkaliemia (potassio >5.5 mmo/l) Stenosi bilaterale delle arterie renali 	

ACE, enzima di conversione dell'angiotensina; ARB, antagonisti recettoriali dell'angiotensina II; HFrEF, scompenso cardiaco con frazione di eiezione ridotta; VS, ventricolare sinistra.

Particolari quadri clinici caratterizzati da patologie associate, meritano un approccio terapeutico specifico, teso a preservare la perfusione d'organo e/o la funzione cardiaca come in caso di malattia coronarica (a), di scompenso ventricolare con frazione di eiezione conservata (b), di scompenso ventricolare con frazione di eiezione compromessa (c), di fibrillazione atriale (d), di insufficienza renale e (e) malattia coronarica, **per cui si**

rimanda ad approfondimento nelle sezioni specifiche delle linee guida (Linee Guida ESH 2023).

Si rimanda alle stesse anche per le raccomandazioni e gli approfondimenti necessari al fine di ottenere un adeguato inquadramento dei pazienti oncologici. La popolazione di pazienti con ipertensione e tumori è in costante aumento. Allo stesso modo, le più moderne e efficaci terapie antitumorali, possono giocare un ruolo causale nell'insorgenza dell'ipertensione arteriosa (Linee Guida ESH 2023). Pertanto, si rimanda alle linee guida per gli approfondimenti necessari sul tema, da effettuare in particolare presso centri di 2° livello, ancor più quando essi siano collegati a centri di riferimento regionali per le patologie neoplastiche.

Allo stesso modo, il centro di ipertensione, in particolare quelli di 2° livello, devono avere essere aggiornati sulle più recenti tecniche e trattamenti in caso di fallimento del trattamento, in particolare per i pazienti con ipertensione resistente o complicata da danno d'organo grave (stadio 3), potendo fornire a questi pazienti opzioni terapeutiche complesse aggiornate alle più recenti evidenze scientifiche, incluse eventuali valutazioni per procedure interventistiche.

8.2) Ipertensione Arteriosa Secondaria

Le principali forme secondarie di ipertensione arteriosa si correlano all'età di insorgenza (Figura 8, tabella 6).

Figura 8: incidenza di ciascuna forma di ipertensione secondaria correlata all'età (Linee guida ESH 2023)

Le principali cause di ipertensione arteriosa secondaria, nell'età adulta, possono essere così indicate

- L'ipertensione renovascolare presenta una prevalenza tra il 6% ed il 14% su base aterosclerotica, ma tra 1% e 6% se su base fibrodisplastica
- L'iperaldosteronismo primitivo presenta una prevalenza tra il 6% ed il 20%
- Il feocromocitoma ed il paraganglioma presentano una prevalenza inferiore al 1%
- La sindrome di Cushing sembra presentare una prevalenza pari al 2-5 %

A queste debbono aggiungersi cause più rare, geneticamente determinate, di gestite all'interno del percorso diagnostico-terapeutico in centri di secondo livello. (S.Monticone et al 2018)

Si stima che la prevalenza dell'ipertensione secondaria sia il 5–15% degli ipertesi. Screening per ipertensione secondaria sul totale dei pazienti ipertesi non ha dimostrato un valore clinico sufficiente né un'utilità di costo-efficacia (SF. Rimoldi et al 2014) tuttavia ci sono alcune caratteristiche generali del

paziente che orientano verso una maggiore probabilità di avere ipertensione secondaria. La maggior parte dello screening può essere eseguito con esami del sangue e delle urine, ecografia addominale ed ecocardiografia. L'incidenza e le principali cause dell'ipertensione secondaria sono descritte nella sottostante Tabella 8 e Figura 8, più raramente abbiamo ipertensione dovuta a cause genetiche (Linee Guida Europee ESH 2023 sull'ipertensione arteriosa)

Tabella 8- Cause e incidenza di Ipertensione Arteriosa secondaria secondo età (Linee Guida ESH 2023)

Gruppi di età	% di incidenza	Cause tipiche
Bambini (< 12 anni)	70-85	malattia parenchimale renale coartazione dell'aorta disordini monogenici
Adolescenti (12-18 anni)	10-15	malattia parenchimale renale coartazione dell'aorta disordini monogenici
Giovani adulti (19-40 anni)	5-10	malattia parenchimale renale displasia fibromuscolare (> nelle donne) disordini monogenici non diagnosticati
Adulti di mezza età (41-65 anni)	5-15	iperaldosteronismo primitivo OSAS s. di Cushing feocromocitoma malattia parenchimale renale malattia nefrovascolare aterosclerotica
Anziani (> 65 anni)	5-10	malattia nefrovascolare aterosclerotica malattia parenchimale renale patologia tiroidea

8.3) Pazienti con ipertensione in corso di gravidanza

la condizione gravidica necessiterà di un inquadramento nosologico attento ed efficace per le necessità di preservare, oltre che la salute della puerpera, anche l'integrità del nascituro. Occorrerà inquadrare la paziente gravida con ipertensione arteriosa secondo le linee guida internazionali delle Società scientifiche (es.:ESH 2023; "linee guida per il management dell'ipertensione in gravidanza AIPE associazione italiana preclampsia" SIGO <https://www.sigo.it>) identificando le diverse categorie in cui viene inclusa come indicato nella tabella 7.

Vista la ormai sempre più precoce insorgenza di ipertensione arteriosa in età giovanile e, d'altro canto, la sempre più protratta prima gravidanza, la condizione pre-eclamptica può insorgere in pazienti già note come ipertese con conseguenti necessità di modificare il trattamento farmacologico. Le necessità diagnostiche sono ribadite dalle Linee Guida 2023 e riassunte tabella 9.

I Centri di Prevenzione, Diagnosi e Terapia dell'Ipertensione Arteriosa di II livello potranno fornire un utile riferimento per consulenza specialistica ai punti nascita e/o UU.OO.CC. di Ostetricia e Ginecologia.

TERAPIA NON FARMACOLOGICA

- Si consiglia una **dieta normale senza restrizione di sale**, soprattutto in prossimità del momento del parto poiché la restrizione di sale può indurre un basso volume intravascolare. Tuttavia, le donne con ipertensione preesistente dovrebbero continuare la dieta povera di sale già consigliata in prevenzione per le gestosi gravidica

Si raccomanda l'**esercizio aerobico tre o quattro volte alla settimana (30-60 minuti/sessione)** per prevenire l'aumento di peso e ridurre gli esiti avversi della gravidanza, inclusi i disturbi ipertensivi e il diabete mellito gestazionale, a meno che non siano controindicati. L'esercizio di intensità da bassa a moderata durante la gravidanza è particolarmente efficace nel ridurre lo sviluppo del diabete gestazionale e dell'ipertensione gestazionale, soprattutto se supervisionato e se iniziato nel primo trimestre.

Poiché l'obesità **materna può essere associata a esiti sfavorevoli sia per la madre che per il feto**, si consiglia alle donne con BMI ≥ 30 kg/m² di evitare un aumento di peso superiore a 6,8 kg.durante gravidanza L'intervallo di aumento di peso raccomandato per le donne incinte in sovrappeso (BMI 25,0–29,9 kg/m²) è 6,8–11,2 kg.

TERAPIA FARMACOLOGICA:

Nelle tabelle 10 e 11 sono rispettivamente riportati il timing dell'inizio della terapia farmacologica in corso di gravidanza e la tipologia di farmaci da utilizzare in questo ambito clinico.

Tabella 9: classificazione dei disturbi ipertensivi in corso di gravidanza (Linee Guida ESH 2023)**A. Ipertensione preesistente (cronica)**

L'ipertensione che precede la gravidanza o che si sviluppa prima delle 20 settimane di gestazione, solitamente persiste per più di 42 giorni dopo il parto, e può essere associata a proteinuria.

1. Ipertensione primaria
2. Ipertensione secondaria
3. Ipertensione da camice bianco
4. Ipertensione mascherata

B. Ipertensione gestazionale

L'ipertensione si sviluppa dopo 20 settimane di gestazione e solitamente si risolve entro 42 giorni dopo il parto.

Ipertensione gestazionale transitoria

– Solitamente rilevata in clinica, ma si stabilizza con misurazioni ripetute della pressione arteriosa nell'arco di diverse ore. È associata a un rischio del 40% di sviluppare una vera ipertensione gestazionale o preeclampsia nel resto della gravidanza, richiedendo quindi un attento monitoraggio.

Preeclampsia è l'ipertensione gestazionale accompagnata da una o più delle seguenti condizioni che si manifestano dopo le 20 settimane di gestazione:

- Proteinuria (escrezione di albumina urinaria in un campione di urine raccolte in 24 ore >0,3 g/giorno o UACR in un campione di urine a spot >30 mg/mmol)
- Disfunzione di altri organi materni:
 - Lesione renale acuta (creatinina sierica >90 mmol/l; 1 mg/dL)
 - Coinvolgimento del fegato (ALT o AST >40 IU/l con o senza dolore nel quadrante superiore destro o dolore addominale epigastrico)
 - Complicazioni neurologiche (es. eclampsia, stato mentale alterato, cecità, ictus, clono, gravi mal di testa, scotomi visivi persistenti)
 - Complicazioni ematologiche (conte piastrinica <150000/ml, CID, emolisi)
 - Disfunzione uteroplacentare (restrizione della crescita fetale, anomalia nel Doppler arterioso ombelicale o morte fetale)

C. Ipertensione preesistente con preeclampsia sovrapposta

L'ipertensione preesistente associata a una delle disfunzioni degli organi materni sopra elencate compatibili con la preeclampsia o un ulteriore aumento della pressione arteriosa con nuova comparsa di proteinuria.

D. Ipertensione non classificabile antenatalmente

Quando la pressione arteriosa viene registrata per la prima volta dopo le 20 settimane di gestazione e viene diagnosticata l'ipertensione, è necessaria una rivalutazione a o dopo 42 giorni dal parto. Se l'ipertensione si risolve, va riclassificata come ipertensione gestazionale, mentre se persiste va riclassificata come ipertensione preesistente.

Tabella 10: timing nell'inizio della terapia farmacologica in corso di gravidanza (*Raccomandazioni di buona pratica clinica AIPE (Associazione Italiana Preeclampsia); LG Ipertensione ESH 2023 e ESC/ESH 2018*)

PAS ≥ 170 mmHg o PAD ≥ 110 mmHg con sintomi
Dopo 1-2 ore di osservazione PAS ≥ 170 mmHg o PAD ≥ 110 mmHg senza sintomi
Dopo 24-48 ore di osservazione PAS ≥ 140 mmHg o PAD ≥ 90 mmHg in qualsiasi momento durante la gravidanza Ipertensione gravidica (senza tener conto della proteinuria) Ipertensione preesistente senza sovrapposizione di ipertensione gestazionale Ipertensione con HMOD o sintomi in qualsiasi momento durante la gravidanza (dolore epigastrico, disturbi visivi, cefalea resistente) PAS ≥ 150 mmHg o PAD ≥ 95 mmHg nelle restanti condizioni

HMOD: danno d'organo associato a ipertensione

Tabella 11: Farmaci antiipertensivi da usare in corso di gravidanza (*Raccomandazioni di buona pratica clinica AIPE (Associazione Italiana Preeclampsia); LG Ipertensione ESH 2023 e ESC/ESH 2018*)

• Prima scelta nel trattamento	
Donne con ipertensione pre-esistente dovrebbero continuare la precedente terapia a eccezione di ACE inibitori e antagonisti del recettore per l'Angiotensina II. Per le forme lievi-moderate di ipertensione è suggerita la seguente terapia	
Alfa-agonisti centrali	Metildopa è di solito il farmaco di scelta, presentando un eccellente profilo di sicurezza e essendo il solo farmaco con un follow-up longitudinale dei bambini le cui madri sono state trattate con tale farmaco durante al gravidanza
Alfa-/Beta-bloccanti	Labetalolo ha una efficacia confrontabile con la Metildopa; in caso di ipertensione severa può essere somministrato endovena
Calcioantagonisti	La nifedipina o la Isradipina per os possono essere utili nelle emergenze ipertensive. Presentano un potenziale sinergismo con il solfato magnesio che può indurre ipotensione
• Farmaci controindicati o da usare con cautela in casi specifici	
ACE inibitori, Antagonisti dell'Angiotensina II (sartani)	L'uso di questi farmaci può indurre anomalie fetali e morte. Pertanto questi farmaci non devono essere utilizzati in gravidanza
Diuretici	I diuretici sono raccomandati per forme pre-esistenti di ipertensione se prescritti prima della gravidanza o se la paziente risulta sensibile al sale. Non sono raccomandati in corso di pre-eclampsia
Vasodilatatori diretti	L'idralazina non è il farmaco parenterale di scelta per gli effetti avversi perinatali
Beta-bloccanti	I beta-bloccanti risultano sicuri e efficaci nell'ultima parte della gravidanza. Andrebbero evitati nelle fasi precoci a causa del potenziale ritardo nella crescita fetale. Il tipo e il dosaggio del beta-bloccante deve essere scelto accuratamente, evitando l'Atenololo

9. LA TELEMEDICINA

La disponibilità di sistemi e procedure atte a sviluppare la telemedicina ha aperto nuovi orizzonti nella gestione clinica dei pazienti affetti da fattori di rischio, quali l'ipertensione, soprattutto in riferimento alle categorie di pazienti a rischio più elevato e con maggiore fragilità psico-fisica.

La Regione Puglia ha aderito al processo di sviluppo della telemedicina con DGR n.5943 maggio 2023, nell'ambito dei fondi PNRR M6C1 1.2.3, che ha per oggetto "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici. Approvazione Piano Operativo e fabbisogni per i servizi di telemedicina della Regione Puglia", recependo la Deliberazione del Direttore Generale ARESS N. 65/2021 che aveva ad oggetto: "Linee di Indirizzo per la Gestione delle Prestazioni Ambulatoriali di Telemedicina". Con quest'ultima si approvava il documento "Linee di Indirizzo per la Gestione delle Prestazioni Ambulatoriali di Telemedicina" contenente le prestazioni integrative al Catalogo unico regionale delle prestazioni ambulatoriali.

Nell'ambito della telemedicina l'obiettivo generale a cui tendere è quello di realizzare un sistema che consenta di raccogliere in modo centralizzato ed in tempo reale i valori pressori misurati dai pazienti, attraverso l'autocontrollo, di analizzarli e di generare, attraverso l'intervento di un centro servizi con operatori qualificati, una serie di feed-back per i pazienti e per gli operatori sanitari (Centri per l'ipertensione e Medici di Medicina Generale) per la raccolta e scambio dati immediatamente disponibili in rete con cartella condivisa e disponibili con un servizio dedicato al paziente con tutte le figure sanitarie che lo hanno in carico.

I criteri per i pazienti suscettibili di prestazioni in telemedicina sono quelli caratterizzati da una condizione di fragilità (ultra anziani, pluricomorbidi il cui spostamento è logisticamente complesso e costoso sia per il sistema che per il tessuto socio-familiare), quelli residenti in area geografica disagiata e/o distante dal centro di riferimento o coloro che, hanno una stabilità di malattia e necessitano di controlli cadenzati la cui natura può essere gestita in modalità telematica.

Questa organizzazione potrebbe nel tempo condurre ad un miglior efficientamento dell'organizzazione ambulatoriale dei centri di riferimento che sono finalizzati a prendere in carico pazienti complessi con necessità di intervento intensivo.

Obiettivi specifici da raggiungere con l'attivazione di un servizio di teleassistenza in remoto sono:

- la riduzione dei tempi di attesa – attualmente molto difforni tra le varie realtà sanitarie provinciali - con accesso facilitato alla prestazione strumentale;
- decongestionamento degli ambulatori e dei servizi diagnostici;
- l'attivazione di un servizio a carattere preventivo in modo da selezionare i casi di interesse clinico e/o specialistico, riducendo l'accesso delle richieste improprie a giudizio dello specialista ipertensivologo e consentendo percorsi appropriati di diagnosi e cura;
- l'attivazione, per i pazienti non autosufficienti, di un sistema di un telemonitoraggio remoto dei parametri vitali con devices e sistemi da acquisire mediante procedure pubbliche di acquisto e gestiti dal MMG – per quei pazienti che non presentino complicanze della malattia ipertensiva – o dal Centro Ipertensione per i pazienti più complessi e fragili;
- La definizione di una buona pratica di riferimento per i modelli organizzativi al momento in essere;
- la riduzione del peso dei controlli programmati sulle liste d'attesa (nelle more di dare attuazione alla nuova legge sul governo delle liste di attesa)
- focalizzare il miglioramento della performance dei percorsi integrati di prevenzione, diagnosi, cura ed assistenza territoriale ed ospedaliera

10. RAZIONALE PER LA COSTITUZIONE DI UNA RETE IPERTENSIVOLOGICA REGIONALE E IDENTIFICAZIONE DEI NODI DI RETE

L'evoluzione delle conoscenze scientifiche, la disponibilità di nuovi farmaci, l'offerta di nuove tecniche diagnostiche e terapeutiche rendono sempre più complesso l'iter diagnostico-terapeutico del paziente con alti valori pressori i quali, come già ricordato in precedenza, rappresentano inconfutabilmente quei soggetti a maggior rischio di malattia cerebro-cardio-vascolare con importanti ripercussioni economiche di sistema. Lo strumento del PDTA per l'ipertensione arteriosa permette il miglioramento della aderenza dei pazienti al regime terapeutico determinando il miglioramento della qualità di vita del paziente e del suo ambiente familiare e costituendo un investimento economico utile nella prevenzione di complicanze gravi per il paziente ed i suoi congiunti e gravose per il sistema sanitario regionale.

È da decenni consolidata la nozione che un investimento nella diagnosi precoce, nell'inquadramento corretto del rischio cardiovascolare e nella terapia appropriata della malattia ipertensiva rappresentano un risparmio di risorse umane ed economiche.

I dati di letteratura rendono ragione della revisione di un PDTA specifico il quale non può che riconoscere come matrice strutturale una rete ipertensiva logica di centri che massimalizzi le expertise professionali sul tema all'interno della regione Puglia nell'intento di razionalizzare le risorse umane, strumentali ed efficientare le competenze.

Obiettivi di rete sono

- A. Promuovere l'uso delle linee-guida e dei protocolli nazionali e realizzare rilievi clinico-epidemiologici territoriali nell'ambito dell'ipertensione arteriosa;
- B. Interagire con le istituzioni locali, con gli ordini professionali, con le strutture, gli specialisti ambulatoriali ed i MMG nell'ambito territoriale di afferenza per realizzare miglioramenti culturali e/o assistenziali nell'ambito dell'ipertensione arteriosa; ed identificare procedure di raccordo validate tra i centri e tra questi e il territorio
- C. Diffondere localmente a cultura della prevenzione cardiovascolare e del controllo della pressione arteriosa e dei fattori di rischio associati;
- D. Promuovere la formazione continua in ambito ipertensivologico per le figure professionali coinvolte nel PDTA.

La Società Italiana per l'ipertensione Arteriosa (SIIA) identifica i nodi della Rete Ipertensivologica come strutture classificate in due livelli in base ai criteri specifici di accreditamento definiti dalla stessa società i quali permettono di disegnare a livello nazionale e regionale la mappa delle strutture di 1° livello cioè ambulatori dell'ipertensione arteriosa} e di 2° livello definiti (Centri per l'ipertensione Arteriosa} come rappresentato nel Sito Ufficiale della SIIA https://sii.it/societa/requisiti-necessari-accREDITAMENTO-sIIA-strutture/?doing_wp_cron=1723208161.1165649890899658203125).

Requisito essenziale per l'accREDITamento degli Ambulatori e dei Centri SIIA è la garanzia che tutti i servizi offerti alla cittadinanza siano erogati in convenzione con il SSN, secondo gli accordi vigenti a livello nazionale e regionale, in regime di ricovero ordinario o ricovero diurno, oppure in regime ambulatoriale.

L'accREDITamento per gli Ambulatori SIIA ovvero la struttura di 1° livello} avviene su richiesta del responsabile Clinico dell'Ambulatorio al Consiglio Direttivo SIIA il quale può eventualmente acquisire il parere del Coordinatore della Sezione Regionale della SIIA ai fini dell'accREDITamento. Deve essere documentata l'evidenza dell'effettuazione di esami di Monitoraggio Ambulatorio della Pressione Arteriosa (MAPA), l'adesione di un medico afferente associato alla SIIA e uno specifico recapito di posta elettronica di riferimento.

L'accREDITamento degli Ambulatori SIIA ha la validità di un biennio. La sua conferma viene effettuata in sede di Congresso Nazionale successivamente a verifica/relazione del Coordinatore della Sezione Regionale ai fini del mantenimento degli standard richiesti e delle attività svolte nell'ambito delle iniziative divulgative

della Società Nazionale con particolare riguardo alla Giornata Mondiale ed al Congresso Nazionale. Anche l'accreditamento per i Centri Clinici (strutture di 2° livello) avviene su richiesta del responsabile Clinico del Centro con le medesime modalità già citate a proposito delle strutture di 1° livello. Nella istanza devono essere documentati: 1) l'apertura quotidiana della struttura dal lunedì al venerdì, 2) una organizzazione funzionale completa di 1^ e di 2^ livello per le attività di laboratorio e strumentali ai fini diagnostici, 3) l'utilizzo di strumenti informatizzati di 1^ livello per la refertazione delle attività assistenziali e la loro congruità con le correnti Linee Guida nazionali e con i documenti di "consensus" SIIA. Deve essere documentata, inoltre, una innovativa attività scientifica nell'ambito del congresso Nazionale SIIA e l'adesione alle iniziative divulgative della Società Nazionale con particolare riguardo alla Giornata Mondiale. L'accreditamento dei Centri Clinici SIIA ha una validità quadriennale. Anche in questo caso la sua conferma viene effettuata in sede di Congresso Nazionale successivamente a verifica/relazione del Coordinatore della Sezione Regionale ai fini del mantenimento degli standard richiesti e delle attività svolte.

I responsabili degli Ambulatori e dei Centri Clinici accreditati si riuniscono annualmente in occasione del "Congresso Nazionale dei Centri per l'Ipertensione Arteriosa"

Scopi degli Ambulatori e dei Centri Clinici accreditati dalla SIIA in coerenza con gli obiettivi di una rete di patologia sono: 1) Promuovere l'uso delle linee-guida e dei protocolli nazionali e realizzare rilievi clinico-epidemiologici territoriali nell'ambito dell'ipertensione arteriosa; 2) Diffondere localmente le iniziative della società; 3) Interagire con le istituzioni locali, con gli ordini professionali, con le strutture, gli specialisti anche di altre società ed i Medici di Medicina Generale nell'ambito territoriale di afferenza per realizzare miglioramenti culturali e/o assistenziali nell'ambito dell'ipertensione arteriosa; 4) Promuovere lo svolgimento di manifestazioni ed iniziative culturali territoriali nel settore della prevenzione cardiovascolare e della diagnosi precoce della malattia cardiovascolare ipertensione-correlata. Inoltre i Centri e Ambulatori accreditati da SIIA devono anche svolgere attività scientifica nell'area dell'ipertensione arteriosa.

Ai fini della classificazione in Ambulatori o Centri per l'Ipertensione come nodi della Rete Ipertensivologica sottesa al PDTA Regionale, non si può prescindere dalle indicazioni già stabilite dalla SIIA.

L'accreditamento secondo principi della SIIA non può non tenere conto dello status delle procedure di accreditamento regionale avviate dagli ambulatori e dai centri in applicazione della **Legge regionale sull'accreditamento n. 9 del 02/05/2017 attraverso il servizio QuOTA (Qualità e organismo tecnicamente accreditante) di AReSS Puglia.**

Inoltre i centri, nell'ambito dei piani di riordino della rete ospedaliera (DGR n. 65 del 10/07/2023 e s.m.i.) e territoriale (DGR n. 134 del 15/02/2022 e s.m.i.) vigenti, devono aver mantenuto lo status posseduto all'atto dell'accreditamento SIIA come da mappatura presente sul sito istituzionale.

Infine, come da Determinazione n. 380 del 30/11/2023 che rettifica ed integra la DGR Regione Puglia n. 901 del 26/06/2023 con la quale sono stati adottati i pacchetti day-service di 1° (PACOM) e 2° livello (PACON) per l'Ipertensione Arteriosa, questi ultimi potranno essere erogati solo da strutture di 2° livello della rete, e questo sia per motivi logistici - il paziente troverà in una struttura Hub tutti i servizi diagnostici compresi nel pacchetto - sia per motivi di razionalizzazione economica.

In base a quanto riportato nel capitolo si raccomanda l'istituzione di un Centro di Prevenzione, Diagnosi e Terapia della Ipertensione Arteriosa di 2° livello almeno ogni 300 mila abitanti.

11.INDICATORI DEL PDTA

In fase di prima applicazione si propongono i seguenti indicatori di processo e di esito, per la valutazione del PDTA .

Indicatori di processo	annuale	
	Valore	Punteggio
N. pz ipertesi arruolati/pz ipertesi afferiti complessivamente nei nodi di rete	<40%	0
	40-59%	0,5
	60-79%	0,7
	>80%	1
N. pz ipertesi con diario pressorio domiciliare/pz. arruolati	<40%	0
	40-59%	0,5
	60-79%	0,7
	>80%	1
Proporzione di pz. arruolati coinvolti in programmi di promozione attiva della salute (cessazione fumo/attività fisica)/pz arruolati	<10%	0
	10-19%	0,5
	20-29%	0,7
	>30%	1
Proporzione pz. arruolati a target terapeutico /pz. Arruolati (aderenza)	<40%	0
	40-59%	0,5
	60-79%	0,7
	>80%	1

Indicatori di esito	annuale
N. pz con miglioramento valori PA/pz arruolati	In relazione al baseline
N. pz che cessano abitudine al fumo/pz arruolati	
N. pz arruolati in peggioramento classe di rischio/pz. arruolati	
Tasso standardizzato ricoveri ospedalieri	
Tasso standardizzato ricoveri in urgenza	
Tasso riammissioni ospedaliere entro 30 gg	
Tasso accessi PS	

Non essendo presenti a livello nazionale reti ipertensivologiche gli indicatori su elencati vengono derivati dalle evidenze presenti in letteratura riguardanti l'importanza e l'efficacia delle azioni preventive del rischio cardiovascolare, l'appropriatezza e efficacia delle prescrizioni terapeutiche in termini di igiene di vita e di approccio farmacologico, di efficienza di un follow-up ambulatoriale cronico di soggetti a rischio cardiovascolare e gestiti in collaborazione tra territorio ed ospedale e di impatto sugli outcomes dei pazienti.

I responsabili degli ambulatori di primo livello e dei centri di 2° livello, annualmente, inviano al tavolo tecnico regionale i dati relativi agli indicatori. Dopo aver aggregato i dati, esperito le misurazioni degli indicatori di processo e di esito e formulato delle conclusioni riguardanti la performance delle strutture di rete e verificata la persistenza dei criteri di permanenza nella stessa, il tavolo tecnico redige un report che viene indirizzato alla Direzione Generale AReSS che provvederà, successivamente a notificare lo stesso al Dipartimento Salute e Welfare della Regione Puglia.

Al momento non sono in essere associazioni specifiche di pazienti ipertesi ma ogni paziente iperteso, presentando spesso comorbidità - principalmente diabete, insufficienza renale, scompenso cardiaco -

afferisce ad associazioni di pazienti diverse. Uno degli obiettivi, e in senso lato indicatore di esito, del PDTA in parola è quello di generare consapevolezza dell'importanza della prevenzione, della diagnosi e della corretta terapia dell'ipertensione arteriosa, in maniera che si possa generare e facilitare attraverso l'enpowerment una aggregazione di pazienti ipertesi che possa fungere da nucleo critico per partecipare a consultazioni su specifici programmi o provvedimenti, e a definire l'agenda sanitaria regionale, oltre che a co-progettare interventi d'impatto sulla popolazione o su categorie di pazienti. Tale associazione potrebbe essere altresì chiamata a partecipare alla generazione di evidenze, presentando proprie testimonianze, e a monitorare le politiche regionali.

12. Riferimenti bibliografici

- Linee Guida Europee ESH 2023 sull'ipertensione arteriosa
- Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model. JAMA. 2002;288:1775-1779);
- Robusto et al . BMC Health Services Research (2018) 18:377 <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3075-0> The effects of the introduction of a chronic care model-based program on utilization of healthcare resources: the results of the Puglia care program
- Care Puglia e presa in carico delle cronicità - pugliasalute (sanita.puglia.it) - <https://www.sanita.puglia.it/iw/web/aress/care-puglia-e-presa-in-carico-delle-cronicita>
- Algabbani FM et al Treatment adherence among patients with hypertension findings from a cross sectional study, Clin Hypertens 2020
- Choudhry NK et al 2022 Medication adherence and blood pressure control: a scientific statement from the american heart association Hypertension 2022
- Progetto Cuore – Istituto superiore di Sanità <https://www.epicentro.iss.it/cardiovascolare/whdDatiOEC>).
- Vaughan AS et al Country level trends in hypertension related cardiovascular disease mortality united states 2000-2019 J AM Heart Assoc 2022.
- Progetto cuore <https://www.cuore.iss.it/indagini/ita-hes-2023-puglia>
- Del Pinto R et al 2022 World Hypertension Day 2021 in Italy. Results of a Nationwide survey High Blood Pressure & Cradiovascular prevention 2022 29:353-359
- Liann Abu Salman et al Obstructive Sleep apnea, Hypertension and cardiovascular risk: epidemiology, pathophysiology and management , Current Cardiology reports 22, 6 2020
- S.Monticone et al Diagnostic approach to low-rein hypertension Clinical endocrinology 89, 4 385-396 2018
- SF. Rimoldi et al Secondary arterial Hpertension: when , who, and how to screen? European Heart Journal 35, 19: 1245-1254 2014)
- I Disordini Ipertensivi in Gravidanza: Classificazione, Diagnosi e Terapia. Raccomandazioni di Buona Pratica Clinica AIPE (Associazione Italiana Preeclampsia) - 1 DICEMBRE 2020 https://siiia.it/societa/requisiti-necessari-accREDITAMENTO-siia-strutture/?doing_wp_cron=1723208161.1165649890899658203125).

Il Dirigente della Sezione SGO

Mauro Nicastro



Mauro
Nicastro
20.02.2025
15:12:18
GMT+02:00