



AGENAS/ Dai «Mattoni del Ssn» alla nascita di uno strumento di governo clinico multitask

# Ecco la «Matrice» salva-cronici

Il software basato sui flussi esistenti verifica i percorsi assistenziali nel territorio

Cinque patologie croniche «classiche» a maggior diffusione (diabete, patologia ischemica, scompenso cardiaco, ipertensione e demenza), 6 realtà locali di buona volontà (Emilia Romagna, Lombardia, Puglia, Toscana, Veneto e Provincia Autonoma di Bolzano), uno Steering Committee affollato e rappresentativo delle maggiori expertise nel campo della sanità pubblica e una massa di dati già disponibili da incrociare per capire come viene seguito ciascun paziente lungo i sentieri del Ssn.

Questi gli ingredienti del progetto «Matrice», in cottura nelle stanze dell'Agenas ormai da un triennio e prossimo a tagliare il traguardo della messa in scena della «Matrice» definitiva.

«L'idea di partenza è stata quella di impostare un discorso in qualche modo «dal basso», coinvolgendo anche le aziende sanitarie, per valutare la gestione della cronicità sia in ospedale che sul territorio», spiega il direttore generale dell'Agenas, **Fulvio Moirano**. «È una partita molto grande: si tratta di monitorare i percorsi di soggetti che rappresentano circa il 25% dei pazienti e il 75% dei costi e dei volumi di attività svolti dal Ssn».

«Conoscere per migliorare» è lo slogan riassuntivo coniato da **Maria Donata Bellentani**, coordinato-

re scientifico responsabile Agenas del progetto «Matrice», convinta che il vero valore dell'operazione consista nel «non leggere più separatamente i diversi percorsi».

«Con Matrice - spiega - siamo in grado di individuare indicatori «di processo» e di effettuare un confronto diretto tra realtà territoriali ben differenti circa la messa in atto di interventi specifici per la singola malattia».

Una specie di miracolo, insomma, in un Paese in cui anche nel web ciascuno parla e codifica per sé. A renderlo possibile anche la collaborazione e il coinvolgimento diretto della Salute e di partner scientifici come il Cnr, l'Università Erasmus di Rotterdam, l'Università di Milano, la Società italiana di Medicina generale.

«Gli esperti - spiega la Bellentani - hanno in primo luogo identificato gli strumenti attraverso i quali - utilizzando i flussi informativi - sarebbe stato possibile identificare una persona affetta da una determinata patologia. Successivamente sono stati elaborati gli algoritmi, ovvero le modalità grazie alle quali senza conoscere il nome e cognome del paziente è possibile verificare se è affetto da una delle patologie croniche selezionate dallo studio. Infine sono stati selezionati gli indicatori di ciascun percorso assisten-

I primi risultati del progetto «Matrice»						
Patologia	Asl Toscana	Asl Lombardia	Asl Puglia	Asl Veneto	Prov. aut.	Asl Emilia-R.
<b>Ipertensione arteriosa</b>	4,37	9,14	9,15	7,52	6,93	3,56
<b>Diabete Mellito II</b>	6,92	<b>5,15</b>	<b>6,07</b>	<b>4,93</b>	<b>3,82</b>	<b>5,23</b>
<b>Cardiopatía ischemica</b>	5,05	<b>3,46</b>	<b>3,29</b>	<b>3,26</b>	<b>2,44</b>	<b>3,58</b>
<b>Scompenso cardiaco</b>	2,87	<b>1,23</b>	<b>1,44</b>	<b>1,53</b>	<b>1,22</b>	<b>1,46</b>
<b>Demenza</b>	0,45	0,11	0,05	0,10	0,19	0,01
Diabete						
<b>Emoglobina glicata</b>	34,80	41,90	8,70	30,50	47,10	44,30
<b>Lipidi</b>	59,60	63,80	25,20	46,50	50,50	58,40
<b>Microalbuminuria</b>	36,40	52,40	12,50	33,80	39,10	55,10
<b>Fundus oculi</b>	28,90	25,10	11,40	15,50	33,10	0,00
<b>Statine</b>	37,80	47,30	46,90	37,00	42,10	40,20
<b>Creatinina</b>	72,20	72,80	25,10	53,80	77,30	66,80
Scompenso						
<b>Creatinina</b>	45,60	56,90	20,40	37,60	62,70	51,10
<b>Ace-inibitori</b>	36,80	67,80	59,20	26,30	59,50	48,60
<b>B-bloccanti</b>	29,30	53,80	40,90	21,10	46,30	48,30
<b>Ecocardiogramma</b>	36,90	46,80	17,00	17,60	49,10	34,90
<b>Elettroliti</b>	82,70	68,50	85,40	88,00	70,70	69,10

ziale, caratterizzati dall'essere presenti nelle linee guida nazionali e internazionali più accreditate e dal rappresentare contatti di cura rilevabili dai flussi amministrativi».

È in questo stadio che la storia si arricchisce di nuovi protagonisti: il motore di integrazione dati TheMatrix, che pesca e incrocia i dati dai flussi; il motore statistico

Neo, che li traduce in informazioni leggibili (report, grafici, tabelle); il software di business intelligence TheOracle, che riceverà i dati aggregati dalle realtà locali per produrre i report di benchmarking a livello centrale sul portale del Ssn. «Abbiamo prodotto un software open source, gratuito e modificabile che viene installato sulle banche

dati aziendali» - spiega ancora la Bellentani -. «Le aziende provvedono all'integrazione automatizzata dei dati tutelando la privacy: i dati estratti vengono anonimizzati e trasmessi al Cnr che provvede alla validazione, incrociando i dati anonimi provenienti dalle Asl e dai Mmg che partecipano al progetto per vedere se effettivamente

quelli che noi con «Matrice» abbiamo identificato come diabetici corrispondono a quelli diagnosticati dai medici. Questa operazione darà solidità scientifica al metodo».

Il futuro è dietro l'angolo: «Il 15 aprile si concluderà l'attività di validazione con la Medicina generale che in questo progetto è stata una alleata preziosa, così come gli

## SCOMPENSO CARDIACO

Lo scompenso cardiaco colpisce oltre 14 milioni di europei e secondo stime recenti nel 2020 i soggetti affetti da scompenso saranno oltre i 30 milioni. In Italia vi sono circa 3 milioni di cittadini affetti da questa patologia, sia in forma asintomatica che conclamata: l'incidenza è pari allo 0,1-0,2% per un totale di 87mila nuovi casi l'anno. L'insufficienza cardiaca rappresenta la più frequente causa di ospedalizzazione nella popolazione anziana. La sindrome è caratterizzata da presenza di sintomi e segni, pregressi o attuali di dispnea e/o astenia e/o ritenzione idrica (edemi periferici e/o stasi polmonare) e presenza di cardiopatia strutturale evidenziata con esame ecocardiografico.

Per i pazienti affetti da scompenso è necessario monitorare tramite ecografia il grado di disfunzione ventricolare, oltre che per verificare l'efficacia della terapia farmacologica. Le raccomandazioni per la gestione dei pazienti sottolineano come valido supporto nel follow up l'utilizzo del «6 Minute Walking Test» per misurare la capacità funzionale, prima e dopo il trattamento, in un paziente con insufficienza cardiaca moderata o grave e per fornire una stadiazione clinico-prognostica precoce. Deve essere effettuata almeno un'ecografia ogni 1-2 anni: può verificarsi la necessità di più di una eco



l'anno in situazioni di instabilità clinica o di cambiamento di terapia.

Per il paziente scompensato è richiesto comunque almeno un contatto l'anno con l'esame della creatinina, del potassio e del sodio. Dal punto di vista della terapia, poiché uno dei problemi dello scompenso è rappresentato dalla compliance (il paziente potrebbe subire più di un cambio di terapia, specialmente dopo ricovero ospedaliero), sono oggetto di monitoraggio i trattamenti farmacologici con Ace inibitori/sartanici e con betabloccanti. Maggiore sarà la percentuale di pazienti in trattamento farmacologico, maggiore sarà l'aderenza alle linee guida.

### Indicatori

- Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con almeno un monitoraggio di creatinina o clearance creatinina, Na e K nell'anno
- Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con valutazione attraverso esame ecocardiografico ogni 2 anni
- Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco in trattamento con Ace inibitori o sartanici
- Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco in trattamento con betabloccanti
- Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco in trattamento con diuretici con almeno un dosaggio degli elettroliti (Na/K) negli ultimi 6 mesi (1)
- Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che hanno eseguito un «6 Minute Walking Test» al follow up (2)

**N.B.** ai fini della reportistica sarà utile che gli esami di diagnostica strumentale e di laboratorio siano stratificati per pazienti che nell'anno di osservazione hanno o non hanno avuto un ricovero per la causa specifica

(1) Per questo indicatore il denominatore equivale al numero di pazienti con scompenso cardiaco in trattamento con diuretici

(2) Un ricovero nell'anno di osservazione con diagnosi principale di scompenso cardiaco equivale all'erogazione di una prestazione di diagnostica strumentale non di laboratorio

## CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA

La cardiopatia ischemica è la principale causa di mortalità e disabilità e ad essa è legata la maggiore spesa sanitaria rispetto ad altre malattie in tutto il mondo.

Obesità, insulino-resistenza e diabete mellito di tipo 2 stanno aumentando e rappresentano fattori di rischio potenziali per lo sviluppo di cardiopatia ischemica di cui si prevede un incremento che potrebbe trasformarla nella principale causa di morte a livello mondiale nel 2020.

In Italia, la prevalenza di malattie ischemiche cardiache mostra un trend crescente che varia dal 2,9% del 2003 al 3,7% del 2009, con stime sensibilmente maggiori negli uomini rispetto alle donne: i decessi ammontano a 75.046, pari al 33% circa del totale delle morti per malattie del sistema circolatorio.

La sindrome clinica è caratterizzata da dolore anginoso tipico, e/o ischemia miocardica transitoria verificata con ecocardiogramma (Ecg) da sforzo o imaging, e/o occlusione significativa delle arterie coronariche verificata con coronarografia, o anamnesi di pregresso infarto miocardico acuto (Ima).

La procedura strumentale più frequentemente utilizzata per la gestione del paziente con cardiopatia ischemica è il test ergonometrico con pedana mobile o cocloergometro. Per il paziente con cardiopatia ischemica cronica si raccomanda almeno un contatto l'anno con la verifica del profilo lipidico e del glucosio.

Gli obiettivi del trattamento farmacologico sono il controllo della sintomatologia dolorosa, il miglioramento della tolleranza all'esercizio fisico e quindi il miglioramento della qualità di vita e la riduzione a lungo termine degli eventi cardiovascolari maggiori (morte, Ima). Il concomitante trattamento dei fattori di rischio e delle condizioni morbose associate (ipertensione arteriosa, diabete mellito, obesità, tabagismo, dislipidemia) e la profilassi antiaggregante si sono dimostrati in grado di ridurre la mortalità e di prevenire gli eventi coronarici maggiori nel follow-up.



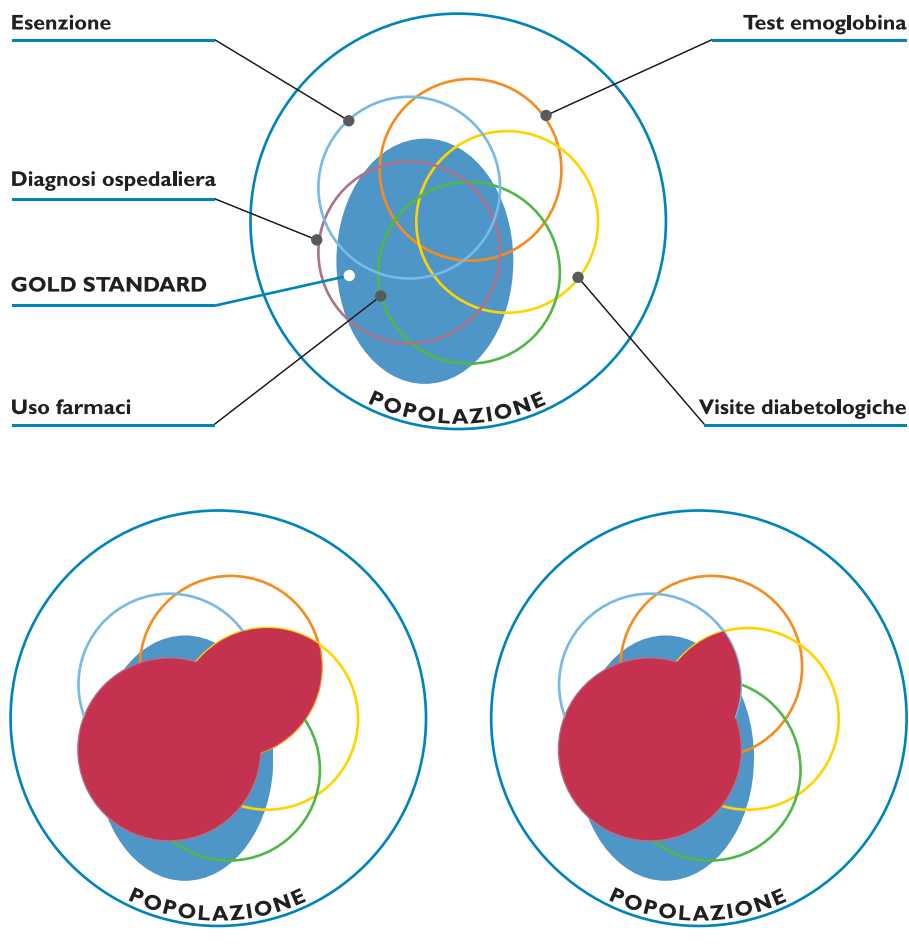
### Indicatori

- Percentuale di pazienti affetti da cardiopatia ischemica cronica con almeno una valutazione del profilo lipidico nell'anno
- Percentuale di pazienti affetti da cardiopatia ischemica cronica con una misurazione della glicemia o dell'emoglobina glicata nell'anno
- Percentuale di pazienti affetti da cardiopatia ischemica cronica in trattamento con aspirina o terapia alternativa con anticoagulanti o antiaggreganti
- Percentuale di pazienti affetti da cardiopatia ischemica cronica e con pregresso Ima in trattamento con betabloccanti (1)
- Percentuale di pazienti affetti da cardiopatia ischemica cronica e con pregresso Ima in terapia con Ace inibitori o sartanici (1)
- Percentuale di pazienti affetti da cardiopatia ischemica cronica e con pregresso Ima in trattamento con statine (1)
- Percentuale di pazienti affetti da cardiopatia ischemica cronica con almeno un Ecg all'anno (2)
- Percentuale di pazienti affetti da cardiopatia ischemica cronica con un test ergometrico ogni 2 anni (2)

**N.B.** ai fini della reportistica sarà utile che gli esami di diagnostica strumentale e di laboratorio siano stratificati per pazienti che nell'anno di osservazione hanno o non hanno avuto un ricovero per la causa specifica

(1) Denominatore equivalente al n. di pazienti affetti da cardiopatia ischemica cronica con pregresso Ima

(2) Un ricovero nell'anno con diagnosi principale di cardiopatia ischemica cronica equivale a una prestazione di diagnostica strumentale non di laboratorio

**Approssimare la diagnosi clinica con un algoritmo composto**


specialisti - conclude ancora la Bel-  
 lentani -. A quel punto avremo la  
 «Matrice» definitiva del progetto  
 con i dati validati in 5 Asl e testati  
 in ben 8 realtà locali. A fine percorso  
 i software saranno scaricabili  
 gratuitamente dal sito dell'Agenas  
 per essere liberamente usati dalle  
 Asl e dalle Regioni. La formula  
 finale potrebbe essere quella di

una call annuale - secondo il mo-  
 dello già utilizzato dall'Agenzia  
 per le best practice - per realizzare  
 un quadro completo a livello nazio-  
 nale, coinvolgendo tutte le 143 Asl  
 italiane».

Le prime a raccogliere buoni  
 frutti saranno però senz'altro le 8  
 realtà locali partecipanti al proget-  
 to: «Matrice» è uno strumento di

governo clinico immediatamente  
 utile: l'azienda può elaborare subi-  
 to il proprio report e verificare co-  
 me ciascuno dei suoi medici segue  
 i propri pazienti. Tra poco potran-  
 no servirsene tutte le Asl: basta  
 che lo vogliono.

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**DEMENTIA**

È una sindrome caratterizzata dalla presen-  
 za di un deficit della memoria, associato  
 a disturbi di altre aree cognitive, che causa  
 una significativa riduzione delle capacità di  
 svolgere le comuni attività di vita quotidiana.

Per la sperimentazione del sistema Matri-  
 ce, saranno considerati i soggetti d'età ugua-  
 le o superiore ai 65 anni in terapia con  
 anticolinesterasici (gruppo A) o già in tera-  
 pia con anticolinesterasici o in terapia con  
 memantina (gruppo B) o già in terapia con  
 memantina.

Le demenze costituiscono un rilevante  
 problema di sanità pubblica e rappresentano  
 una delle maggiori cause di disabilità nella  
 popolazione generale e hanno un considere-  
 vole impatto socio-sanitario per la quantità  
 e qualità delle risorse che richiedono.

I casi di demenza attesi nell'Ue nel 2020  
 sono oltre 15 milioni, con più del doppio dei  
 casi per il genere femminile rispetto a quello  
 maschile: la demenza di Alzheimer (Da) rap-  
 presenta il 54% di tutte le demenze con una  
 prevalenza del 4,4% tra gli over 65.

Il percorso assistenziale prevede il coin-  
 volgimento in modo integrato del medico  
 di medicina generale, dello specialista e del-  
 le strutture per le demenze, con il suppor-  
 to dei servizi della rete territoriale (cure  
 domiciliari, residenze e semiresidenze assi-  
 stenziali).

L'obiettivo del trattamento farmacologico  
 è rallentare la progressione di malattia e cor-  
 reggere i sintomi principali, che possono esse-  
 re distinti in core (declino cognitivo e perdita  
 di funzione) e associati (agitazione psicomoto-  
 ria, aggressività, depressione ecc.).

Al momento della diagnosi di malattia di  
 Alzheimer in stadio lieve e moderato, deve  
 essere valutata la possibilità di istituire un  
 trattamento con inibitori delle acetilcoline-  
 sterasi, la cui efficacia è stata dimostrata sui  
 sintomi core della malattia.

Le classi di farmaci attualmente impiegate  
 per i sintomi associati sono quelle degli anti-  
 depressivi, degli antipsicotici e degli stabiliz-  
 zatori dell'umore.


**Indicatori**

- Percentuale di pazienti con almeno una visita neu-  
 rologica o geriatrica nell'ultimo anno
- Percentuale di pazienti con almeno un esame me-  
 moria multi-test nell'ultimo anno
- Percentuale di pazienti con almeno i seguenti esami  
 ematochimici (glicemia, creatinina, transaminasi e  
 elettroliti) nell'ultimo anno
- Percentuale di pazienti con almeno un Ecg nell'ulti-  
 mo anno
- Percentuale di pazienti in terapia con neurolettici  
 atipici (quetiapina, olanzapina, risperidone)
- Percentuale di pazienti in terapia con neurolettici  
 tipici (aloperidolo, promazina)
- Percentuale di pazienti in trattamento con neuro-  
 lettici a cui sono stati prescritti i neurolettici atipici  
 (1)
- Percentuale di pazienti con diagnosi di demenza  
 presi in carico in percorsi di assistenza domiciliare
- Percentuale di pazienti con diagnosi di demenza  
 presi in carico in percorsi di assistenza residenziale  
 generica
- Percentuale di pazienti con diagnosi di demenza  
 presi in carico in percorsi di assistenza residenziale  
 con specifica per demenza
- Percentuale di pazienti con diagnosi di demenza  
 presi in carico in percorsi di assistenza semiresiden-  
 ziale generica
- Percentuale di pazienti con diagnosi di demenza  
 presi in carico in percorsi di assistenza semiresiden-  
 ziale con specifica per demenza

(1) Per questo indicatore il numeratore equivale al  
 numero di pazienti in trattamento con neurolettici

**DIABETE MELLITO II**

In assenza dei sintomi tipici la patologia è accer-  
 tata con glicemia a digiuno uguale o superiore a  
 126 mg/dl (dopo almeno 8 ore di digiuno) oppure  
 uguale o superiore a 200 mg/dl 2 ore dopo carico  
 orale di 75 g di glucosio o emoglobina (Hb) glicata  
 uguale o superiore al 6,5%. In presenza dei sinto-  
 mi tipici la patologia si evidenzia in una sola misu-  
 razione di glicemia superiore a 200 mg/dl casuale  
 (indipendentemente dall'assunzione di cibo). La  
 patologia colpisce circa 180 milioni di persone in  
 tutto il mondo: si stima una prevalenza del 4,4%  
 nel 2030. In Italia nel 2010 risultava diabetico il  
 4,9% della popolazione (5,2% donne e 4,5% uomi-  
 ni), pari a circa 3 milioni di persone: la patologia  
 diabetica determina il ricorso ai servizi ospedalieri  
 di oltre 70mila pazienti l'anno.

La gestione del paziente diabetico non compli-  
 cato è prevalentemente a carico del Medico di  
 medicina generale, lasciando prioritariamente al  
 livello specialistico la gestione del diabetico scom-  
 pensato: l'obiettivo è di perseguire uno stretto  
 controllo della glicemia al fine di ridurre insorgen-  
 za o peggioramento delle complicanze vascolari. I  
 farmaci di prima scelta per un trattamento anti-  
 ipertensivo sono gli Ace inibitori o i sartanici; per  
 la prevenzione della malattia cardiovascolare i far-



maci di prima scelta sono le statine. Tra le racco-  
 mandazioni di follow-up diagnostico figurano:

- l'esame del fondo dell'occhio per rilevare la  
 presenza di retinopatia, che va ripetuto in tutti i  
 pazienti con diabete ma con frequenza diversifica-  
 ta in rapporto alla gravità del quadro clinico (ogni  
 2 anni se la retinopatia non è presente) delle  
 prestazioni ambulatoriali;
- almeno un contatto per anno e l'esecuzione  
 dell'esame della creatinina, del profilo lipidico e  
 della microalbuminuria per il paziente con diabete  
 di tipo II;
- l'esecuzione del dosaggio dell'emoglobina glica-  
 ta almeno due volte l'anno.

**Indicatori**

- Percentuale di pazienti classificati come diabete tipo II che hanno eseguito almeno 2 test per il dosaggio dell'HbA1c nell'anno
- Percentuale di pazienti classificati come diabete di tipo II con almeno una valutazione del profilo lipidico nell'anno
- Percentuale di pazienti classificati come diabete di tipo II che hanno effettuato almeno un monitoraggio della microalbuminuria nell'anno
- Percentuale di pazienti classificati come diagnosi di diabete di tipo II con almeno un esame dell'occhio nell'anno (per lo stadio Ia, da effettuare ogni 2 anni)
- Percentuale di pazienti classificati come diagnosi di diabete di tipo II in trattamento con statine
- Percentuale di pazienti classificati come diagnosi di diabete di tipo II che hanno effettuato un test del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina nell'anno
- Percentuale di pazienti classificati come diagnosi di diabete di tipo II in trattamento con aspirina, non trattati con anticoagulanti o antiaggreganti (1)
- Percentuale di pazienti in Guidelines composite index (Gci)

**N.B.** ai fini della reportistica sarà utile che gli esami di diagnostica strumentale e di laboratorio siano stratificati per pazienti che nell'anno di osservazione hanno o non hanno avuto un ricovero per la causa specifica

(1) Per questo indicatore il denominatore equivale al numero di pazienti affetti da diabete di tipo II non trattati con anticoagulanti o antiaggreganti

**IPERTENSIONE ARTERIOSA SISTEMICA**

L'ipertensione arteriosa è una patologia  
 frequente nei Paesi industrializzati, non  
 determina sintomi, è di facile diagnosi, viene  
 di solito tenuta sotto controllo con semplici  
 interventi terapeutici, ma provoca spesso  
 complicanze mortali se viene trascurata.

Nel 90-95% dei casi l'eziologia è sconosciu-  
 ta. Di conseguenza, nella maggioranza dei casi  
 di ipertensione, il trattamento è aspecifico;  
 ciò determina un elevato numero di effetti  
 indesiderati minori e un tasso relativamente  
 alto (50-60%) di mancata aderenza dei pazien-  
 ti alla terapia. I pazienti ipertesi decedono  
 prematuramente: la più comune causa di mor-  
 te è la cardiopatia, ma sono frequenti anche  
 l'ictus cerebrale e l'insufficienza renale, so-  
 prattutto nei pazienti che presentano una  
 retinopatia significativa.

La sindrome è caratterizzata da valori pres-  
 sori arteriosi sistolici >140 millimetri di mer-  
 curio (mmHg) e/o diastolici >90 mmHg in  
 almeno due misurazioni in paziente a riposo  
 confermato da holter pressorio o da misura-  
 zioni domiciliari (2 misurazioni al mattino e  
 due alla sera per sette giorni facendo la media  
 delle misurazioni dei 6 ultimi giorni secondo  
 le linee guida della European Society of  
 Hypertension - Esh).

In Italia, l'ipertensione arteriosa è la secon-  
 da condizione cronica più diffusa nella popola-  
 zione: colpisce il 16,9% delle donne e il 14,6%  
 degli uomini. La prevalenza presenta un trend  
 crescente che varia dal 17,5% del 2003 al  
 22,9% del 2009, con stime sensibilmente mag-  
 giori nelle donne (18,8% nel 2003 vs. 23,9%  
 nel 2009) rispetto agli uomini (16,1% nel  
 2003 vs. 21,8% nel 2009).

Nei pazienti con basso profilo di rischio,  
 ipertensione ben controllata e senza danno  
 d'organo è sufficiente eseguire una volta l'an-  
 no una valutazione Ecg. In pazienti con danno  
 d'organo e più di un fattore di rischio associa-  
 to si raccomanda invece un controllo tramite  
 ecocolor Doppler dei vasi epiaortici e periferi-  
 ci. La frequenza dei controlli laboratoristici e  
 strumentali dipende dalla categoria di rischio


**Indicatori**

- Percentuale di pazienti con diagnosi di ipertensione  
 arteriosa con almeno una misurazione della creati-  
 nina o clearance creatinina nell'anno
- Percentuale di pazienti con diagnosi di ipertensione  
 arteriosa con almeno una misurazione del profilo  
 lipidico (colesterolo totale, Hdl, Ldl, trigliceridi)  
 nell'anno
- Percentuale di pazienti con almeno una valutazione  
 Ecg nell'anno (1)
- Percentuale di pazienti con almeno un monitorag-  
 gio della microalbuminuria nell'anno
- Percentuale di pazienti con almeno una misurazione  
 della glicemia o dell'emoglobina glicata nell'anno

**N.B.** Ai fini della reportistica sarà utile che gli esami di  
 diagnostica strumentale e di laboratorio siano stratifi-  
 cati per pazienti che nell'anno di osservazione hanno  
 o non hanno avuto un ricovero per la causa specifica

(1) Un ricovero nell'anno di osservazione con diagno-  
 si principale di ipertensione arteriosa equivale all'ero-  
 gazione di una prestazione di diagnostica strumentale  
 non di laboratorio

globale oltre che dalla presenza di danno  
 d'organo. Per i pazienti ipertesi si raccoman-  
 da almeno un contatto l'anno con l'esecuzio-  
 ne degli esami per la verifica della creatinina,  
 del profilo lipidico, della microalbuminuria e  
 del glucosio. L'obiettivo del trattamento far-  
 macologico - in particolare statine e terapia  
 antiaggregante - è di tenere sotto controllo  
 non soltanto la pressione arteriosa, ma anche  
 i fattori di rischio associati (diabete, cardiopa-  
 tia ischemica cronica ecc.).