

La gestione del paziente iperteso un anno dopo le linee guida

Augusto Zaninelli, Medico generale, direttore scientifico di Millenet, Firenze

Applicare le raccomandazioni delle linee guida sull'ipertensione arteriosa nella pratica clinica quotidiana sicuramente non è facile.

La situazione attuale, per quanto riguarda il buon controllo dei valori pressori nella popolazione italiana di ipertesi, è del 25% circa (dati dello studio MONICA), oscillando tra il 20% (osservazioni della Simg) e il 30% (dati ANMCO). Queste percentuali sono in linea con gli altri Paesi europei e sono nella media rispetto al 27% degli USA ed il 6% della Gran Bretagna, ma la sensazione è che questi dati possano e debbano migliorare, anche applicando in modo più sistematico le raccomandazioni delle linee guida.

Le linee guida sono suggerimenti di buon comportamento medico, basate sulle conoscenze attuali, a loro volta fondate sulla Evidence Based Medicine per i dati certi e sul Consenso degli esperti per le aree grigie.

Dalle raccomandazioni alla pratica clinica

La tabella 1 riassume le differenze fra l'approccio all'ipertensione arteriosa, tipico dei grandi trial clinici, e l'approccio al paziente iperteso nella pratica quotidiana. Appare evidente come gli ipertesi che frequentano i nostri ambulatori siano per lo più abbastanza diversi da quelli arruolati nei grandi trial clinici, perlomeno in quelli pubblicati 3 o 4 anni fa.

A questo problema va aggiunta l'incertezza di una certa parte della comunità scientifica italiana che mantiene un atteggiamento ancora molto prudente sui limiti da raggiungere per un corretto trattamento dell'ipertensione. Secondo questa parte sono accettabili valori lievemente superiori a quelli consigliati, soprattutto con lo scopo dichiarato di non creare troppi effetti farmacologici indesiderati e di non compromettere la compliance del paziente.

Uno dei concetti innovativi, portati dalle linee guida OMS/ISH è senza dubbio quello di considerare il paziente iperteso nella sua globalità, valutando cioè in maniera stratificata il rischio cardiovascolare complessivo.

È in questa ottica che va individuata la vera chiave di volta per la riduzione del rischio di sviluppare un evento coronario o vascolare cerebrale acuto, concentrando gli sforzi terapeutici e relazionali,

soprattutto sui soggetti a maggior rischio: diabetici, neuropatici, portatori di ipertrofia ventricolare sinistra, cardiopatia ischemica cronica o pregresso ictus cerebrale.

Il percorso da seguire per migliorare la percentuale degli ipertesi ben controllati deve prevedere l'impegno personale del singolo e la disposizione sinergica verso una proficua collaborazione fra i vari attori coinvolti nel processo.

È indubbio oramai che la prima diagnosi, l'impostazione del trattamento e l'assistenza continuativa nel tempo siano appannaggio del medico generale, ma è altrettanto vero che per la stratificazione del rischio può rivelarsi molto utile la collaborazione con lo specialista di riferimento indispensabile per accedere ad esami e test di secondo livello. I pazienti particolarmente complicati, quelli affetti da ipertensione secondaria e i non responders alla terapia, sono quelli che maggiormente possono giovare dell'accesso ai centri specialistici, anche se il ruolo del medico di famiglia appare sempre centrale nella gestione complessiva della persona.

La tabella 2 evidenzia alcuni suggerimenti destinati a migliorare l'approccio al problema e pone l'accento sulla necessità di essere più intensivi nella terapia, anche non farmacologica, e più comunicativi nel rapporto con il paziente, al fine di coinvolgerlo il più possibile nel processo di cura, condividendo scopi e finalità del trattamento.

Conclusioni

Ridefinire e riappropriarsi del proprio ruolo professionale ad ogni livello, sia da parte del medico generale sia dallo specialista, non può che portare ad un miglioramento complessivo del servizio da fornire al cittadino che, in questo inizio di terzo millennio, sta passando dal bisogno di salute a quello di benessere.

In questa visione e nel corretto rispetto degli ambiti di competenza, l'applicazione delle raccomandazioni appare più verosimile e fattibile, anche alla luce delle varie necessità informative e di aggiornamento culturale, nell'ottica di uno sviluppo professionale continuo che parta dalla pratica quotidiana e vi ritorni dopo essere passato dalla formazione e dalla ricerca.

Tab. 1 - grandi trials e pratica clinica

Grandi trials

- Soggetti selezionati
- Periodi limitati nel tempo
- Assenza di patologie concomitanti
- Trattamento dedicato

- Ottima compliance
- Scarso interesse per i risvolti psico-sociali

Pratica clinica

- Prevalenza di anziani
- Osservazione prolungata nel tempo
- Presenza di patologie concomitanti
- Politerapia
- Compliance variabile
- Attenzione verso gli aspetti psico-sociali

Tab. 2 - come migliorare l'assistenza agli ipertesi

- Essere più incisivi nella terapia e nelle misure non farmacologiche
- Evitare le “aspettative passive”
- Ragionare per “evidenze” e non per “etichette”
- Considerare un maggior coinvolgimento del paziente negli scopi del trattamento
- Sorvegliare attentamente la “compliance”
- Effettuare uno “screening” per l’ipertensione tra i propri assistiti

