

# Medicina d'iniziativa: un esempio di organizzazione, costi e risultati

Guido Giustetto,  
Mario Nejrotti

MEDICINA  
GENERALE  
TORINO

## Riassunto

I dati disponibili in letteratura circa gli interventi usati per migliorare il controllo della pressione indicano che gli ambulatori dei medici di famiglia necessitano di un sistema organizzato di follow up regolare dei pazienti ipertesi. A questo è inteso il progetto GIANO: la sperimentazione, condotta nella provincia di Torino tra il 1999 e il 2004, di un ambulatorio dedicato all'applicazione delle raccomandazioni contenute nelle linee guida.

Alla fine della sperimentazione è emerso che gli assistiti non inclusi in GIANO hanno avuto una mortalità superiore di oltre il doppio rispetto ai partecipanti. L'esperienza del progetto GIANO conferma che la medicina di iniziativa, associata a quella di opportunità, permette di aumentare il numero di pazienti consapevoli della loro condizione e di quelli compensati; ridurre della metà la mortalità correlata ai disturbi cardiovascolari.

*Occhio Clinico* 2008; 2: 22 **Parole chiave:** Rischio cardiovascolare; Linee guida

## Abstract

*The figures available from literature on treatments used to improve blood pressure control show that general practices require an organised system for the regular follow up of hypertensive patients. That is what the GIANO project is aimed at: conducted in the province of Turin between 1999 and 2004, it tested out a surgery dedicated to applying the recommendations contained in the guidelines. At the end of the experiment it emerged that the mortality*

*rate of those patients not included in GIANO was more than double that of those taking part. The experience of the GIANO project confirms that medicine based on initiative, combined with that based on opportunity, allows to increase the number of patients who are aware of their condition, as well as those who are able to counterbalance it and halve the mortality rate related to cardiovascular disorders.*

*Occhio Clinico* 2008; 2: 22 **Keywords:** Cardiovascular risk; Guidelines

## INTRODUZIONE

Molti dei progetti-obiettivo sui quali lavorano le équipe dei medici di famiglia del Piemonte, in base all'Accordo integrativo regionale, riguardano la **medicina di iniziativa**, cioè l'offerta attiva di un intervento preventivo ad assistiti appositamente contattati. Si definisce invece **medicina di opportunità** l'intervento nei confronti di una persona che consulta il medico per un disturbo all'intervento non correlato (Caimi 2003).

In tutti i paesi ad alto reddito, i medici di famiglia registrano crescenti difficoltà a gestire con efficacia le malattie croniche (vera emergenza dei servizi sanitari), all'interno del modello assistenziale corrente. Sarebbe, infatti, necessario un sistema di richiamo periodico dei pazienti, anche di quelli che solitamente non si rivolgono al medico e che spesso sono i soggetti a più alto rischio.

Per questo è necessario configurare un nuovo schema assistenziale (come il Chronic care model, in cui il curante lavora in team con infermiere e altri operatori, Maciocco 2007; vedi anche *Occhio Clinico* 2007; 7: 26) che separi i pazienti acuti dai pazienti cronici, da seguire secondo le raccomandazione delle linee guida.

Una revisione sistematica Cochrane dei vari interventi usati per migliorare il controllo della pressione arteriosa conclude che gli studi dei medici di famiglia e quelli di comunità necessitano di un sistema organizzato di follow up regolare e di revisione dei loro pazienti ipertesi (Fahey 2007). La medicina di iniziativa e l'applicazione delle linee guida non possono, infatti, basarsi sull'entusiasmo del momento, sulla disponibilità e sul volontarismo: richiedono programmazione, spazi, personale, software dedicati.

Trattare l'ipertensione con maggior intensità può configurare quello che Gianfranco Domenighetti definisce il conflitto di interesse originale (Domenighetti 2005): trattare non una malattia instaurata, ma un fattore di rischio, in un individuo che non si ritiene ammalato, può sconfinare nella ricerca di clienti nell'interesse, se non del medico singolo, del sistema. Nel caso dell'ipertensione, la legittimità di un intervento di iniziativa deriva, però, dai seguenti punti:

- ◆ il fattore di rischio ha un sicuro ruolo causale;
- ◆ il rischio è modificabile e reversibile con il trattamento;
- ◆ il trattamento permette di prevenire ictus, eventi coronarici, morti cardiovascolari (Stassen 2001, JNC 2003, ESH 2003, WHO 1999, Yosefy 2003), danni d'organo (Cuspidi 2000);
- ◆ lo screening periodico dell'ipertensione è consigliato universalmente tra le procedure di medicina preventiva di riconosciuta efficacia (USPSTF).

#### OBIETTIVO

Vengono presentati in sintesi i risultati del Progetto GIANO (Gestione dell'ipertensione arteriosa nuovi orizzonti), sperimentazione condotta nella provincia di Torino tra il 1999 e il 2004 di un ambulatorio dedicato all'ipertensione arteriosa, con la presenza in studio, oltre al curante titolare, di un medico collaboratore, applicando linee guida accreditate e condivise e usando un programma informatico apposito. L'obiettivo del progetto era l'analisi dell'impegno organizzativo, dei costi, dell'applicabilità delle linee guida terapeutiche nell'ambito della medicina generale, dell'eventuale aumento del tasso di pazienti compensati; inoltre esso si proponeva di conoscere la prevalenza dell'ipertensione arteriosa e le caratteristiche quantitative della terapia farmacologica nella specifica popolazione (vedi la tabella 2 a pagina 24).

Sono collateralmente emersi dati a ulteriore supporto di un effetto favorevole dell'applicazione delle linee guida sulla mortalità per malattie cardiovascolari.

Prevalenza dei pazienti ipertesi in GIANO (soglia > 140/90)		TABELLA 1
	pazienti visitati	prevalenza di ipertesi (%)
1999-2000	3.790	41,24
2002-2004	4.463	47,14

(Secondo l'Istituto superiore di sanità: 52 per cento negli uomini e 45 per cento nelle donne)

#### MATERIALI E METODI

Il Progetto GIANO è stato condotto dalla sezione provinciale di Torino della FIMMG, finanziata dalla Provincia di Torino, dall'Assessorato alla solidarietà sociale e programmazione sanitaria. I medici collaboratori hanno ricevuto un corso di formazione ad hoc di 32 ore. La prima fase di lavoro si è svolta nel 1999-2000 con 8 medici di famiglia (GIANO 1).

Un nuovo finanziamento dell'Assessorato alla sanità della provincia di Torino ha permesso di riprendere la sperimentazione dal febbraio 2002 fino al luglio 2004 con 10 medici (GIANO 2) e con la collaborazione del Servizio sovrazonale di epidemiologia dell'ASL 5, per la valutazione dei dati.

I pazienti, nella prima fase (GIANO 1), erano convocati telefonicamente in ordine alfabetico dal medico collaboratore e dal personale di studio, estendendo l'invito alla famiglia di appartenenza del soggetto convocato. Nella seconda fase (GIANO 2), anche i pazienti per qualunque motivo giunti in studio venivano informati dell'attività e invitati a coinvolgere i familiari; se consenzienti, ricevevano un appuntamento nell'ambulatorio dedicato (sistema misto di medicina di opportunità e iniziativa).

I pazienti arruolati erano sottoposti a una prima visita dal medico collaboratore, con la guida di una cartella clinica informatizzata per uniformare la raccolta dati e per impedire errori di registrazione o dimenticanze.

A seconda del valore di pressione arteriosa riscontrato, il medico collaboratore stabiliva, per ciascun paziente, i successivi momenti di monitoraggio della pressione arteriosa (a una settimana, a tre mesi, a 1 anno, a 2 anni).

Anche i contenuti dei controlli (anamnesi, esame obiettivo, richiesta di controlli strumentali e di laboratorio) erano prestabiliti e variabili a seconda del livello pressorio riscontrato e della categoria clinica di appartenenza del paziente (normoteso con o senza fattori di rischio, iperteso noto o di nuova diagnosi, con o senza terapia, con valori pressori compensati o no).

Ogni decisione terapeutica o di approfondimento diagnostico ulteriore veniva assunta congiuntamente dal medico di famiglia e medico collaboratore.

L'iter gestionale è stato disegnato applicando le linee guida JNC 6, e, successivamente JNC 7. Di ogni tipo di accesso di ciascun paziente è stata automaticamente misurata dal software la durata in minuti, in modo da poter valutare su base media il carico di lavoro. →

**RISULTATI****Stima del carico di lavoro**

Dalla misurazione del tempo occorrente per ogni tipo di visita emerge che in un sistema a regime sono necessarie per mille assistiti:

- ◆ 7 ore la settimana di un operatore infermieristico;
- ◆ 2 ore la settimana di un medico.

(vedi il calcolo dettagliato dei tempi sul sito [www.occhioclinico.it](http://www.occhioclinico.it)).

Alcune linee guida propongono di rivedere i pazienti ogni 3 mesi, ma almeno uno studio ha dimostrato che non vi è differenza per il compenso della PA nel richiamarli ogni 6 mesi (Birtwhistle 2004). Anche la periodicità dei controlli dei normotesi (se ogni 1 o 2 anni) è oggetto di discussione (Ramachandran 2001).

**Ipertesi in trattamento**

I pazienti in trattamento farmacologico sono il 92 per cento degli ipertesi noti, un valore che non si è modificato nel tempo e che è notevolmente più alto delle percentuali riportate dal JNC 7 (59 per cento) e dall'Istituto superiore di sanità (58 per cento). Questo dato è spiegato dalla capacità dei curanti di ottenere dai loro pazienti una buona aderenza ai trattamenti, anche esulando dalla medicina d'iniziativa.

**Ipertesi portati a compenso**

Il 64,54 per cento dei pazienti trattati in GIANO risulta compensato, raggiungendo un valore di PA inferiore a 140/90 oppure inferiore a 130/85 per i diabetici e correlati. Questo valore è quasi doppio di quello stimato dagli autori del JNC 7 (34 per cento) e di quanto rilevato all'arruolamento dei pazienti (36 per cento) in GIANO. L'Istituto superiore di sanità rileva il compenso a una soglia ben più alta (160/95) per cui il confronto non è possibile. Il dato più interessante dello studio è l'aumento nel tempo del tasso di compenso che si osserva scomponendo la popolazione sottoposta a GIANO in 4 gruppi:

- ◆ pazienti all'arruolamento in GIANO 1 (quindi fino a quel momento sottoposti a usual care);
- ◆ pazienti entrati in GIANO 2 senza avere partecipato a GIANO 1 e seguiti dai nuovi medici (GIANO 2 N);
- ◆ pazienti entrati in GIANO 2 senza avere partecipato a GIANO 1 e seguiti dai medici che già avevano partecipato a Giano 1 (GIANO 2 V);
- ◆ pazienti seguiti in GIANO 1 e poi in GIANO 2 (GIANO 1+2).

Come si vede nella figura 1, il tasso di compenso sale regolarmente, passando da un gruppo all'altro nell'ordine sopra esposto, verosimilmente in virtù di due fattori:

- ◆ l'aumento con il tempo dell'esperienza dei medici nella gestione e nell'organizzazione dei controlli;
- ◆ l'aumento del numero di controlli per ciascun paziente che permettono di reiterare i messaggi e dar loro continuità: questo è il vero valore aggiunto della medicina di iniziativa. Il tasso di compenso degli assistiti ipertesi senza terapia farmacologica, ma sottoposti a counselling per modificare stili di vita, è uguale a quello ottenuto nel gruppo degli ipertesi trattati con farmaci.

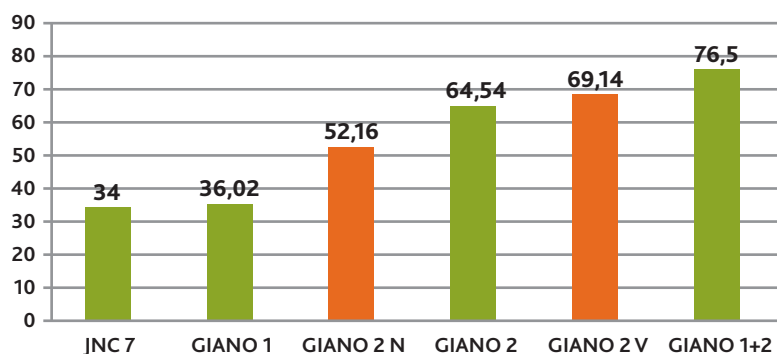
Tra questi ultimi vi è stato nel corso dello studio un aumento del numero di farmaci prescritti, come illustrato nella tabella 2:

Terapia	Inizio GIANO (% pazienti)	Fine GIANO (% pazienti)
monoterapia	73,45	60,03
duplice terapia	18,20	29,53
triplice terapia	6,80	8,46
> 3 farmaci	1,55	1,98
	100,00	100,00

**Mortalità risparmiata dal controllo pressorio**

Per valutare l'effetto protettivo che il miglior compenso dell'ipertensione arteriosa dovrebbe conferire agli assistiti, sono stati esaminati gli archivi dei ricoveri ospedalieri e della mortalità della città di Torino, utilizzando le procedure dello Studio longitudinale torinese. All'interno dei due data base sono stati confrontati il gruppo degli assistiti partecipanti a GIANO e il gruppo di quelli esclusi (per rifiuto o difficoltà organizzativa) per sesso, età, titolo di studio, stato civile e di salute: non sono emerse differenze significative per quanto riguarda i ricoveri per motivi cardiocircolatori. Per quanto riguarda la mortalità, gli assistiti che non sono stati trattati secondo il modello

FIGURA - COMPENSO IN CRESCITA



GIANO hanno una mortalità superiore di oltre il doppio rispetto ai partecipanti. Questo eccesso di mortalità nei non partecipanti è ben evidente per le malattie dell'apparato circolatorio nel loro complesso e per le vasculopatie cerebrali in particolare (la condizione morbosa più direttamente correlata all'ipertensione non trattata). L'analisi è stata estesa anche ai tumori, in modo da includere una causa di morte non correlabile all'ipertensione, che non ha evidenziato differenze significative tra i due gruppi (Gnavi 2004).

### Stima dei costi a regime

Il costo del personale per mille assistiti si può quantificare così:

- ◆ infermiera 7 ore la settimana per 15 euro all'ora (105 x 52 = 5.460 euro l'anno);
- ◆ medico di famiglia 2 ore la settimana per 35 euro (70 x 52 = 3.640 euro l'anno)

In totale: 9.100 euro, pari a 9,10 euro per assistito, l'anno.

Costo anno aggiuntivo per ogni paziente compensato: 9.100 / 412 (numero medio di pazienti ipertesi) x 0,4 (tasso dei pazienti compensati) = 55,15 euro.

Va poi tenuto conto del costo della formazione del personale e degli spazi necessari, degli arredi, dei materiali di consumo, del sistema informatico. Per quanto riguarda la formazione e il software, la spesa (a carico dell'ASL o della Regione) avviene una tantum. Vi sono infine i costi indotti dalla scoperta di nuovi ipertesi per i farmaci, le visite specialistiche e gli esami periodici di controllo; una stima li calcola in 400 euro (Zanchetti 2002) e un'altra in 475 euro l'anno per ciascun paziente (Berto 2002).

### CONCLUSIONI

L'esperienza del progetto GIANO conferma che la medicina di iniziativa, associata a quella di opportunità, permette di:

- ◆ aumentare il numero di pazienti consapevoli della loro condizione patologica;
- ◆ aumentare notevolmente il numero di pazienti compensati;
- ◆ ridurre della metà la mortalità correlata alle malattie cardiovascolari.

Il costo del personale coinvolto nel controllo dell'ipertensione arteriosa basato sulla medicina di iniziativa è stimabile in 9,10 euro per assistito e in 55,15 euro per paziente compensato in più.

E' verosimile che una cifra lievemente superiore sarebbe sufficiente per estendere l'intervento alla gestione di tutte le patologie afferenti al rischio cardiovascolare (ipertensione arteriosa, obesità, dislipidemia, diabete), data la notevole sovrapposizione degli aspetti organizzativi per gli interventi preventivi, diagnostici e di counselling.

Lo studio sarà aggiornato con una nuova raccolta dati che inizierà nell'autunno 2008. ◆

**Medici di famiglia partecipanti al progetto:** Marzia Arditi, Piersandro Bertoldo, Giuliano Bono, Gabriella Elia, Guido Giustetto, Giacomo Milillo, Laura Monari, Mario Nejrotti, Luisa Parisio, Liana Tamburin.

Mortalità non GIANO e GIANO (hazard ratios)				TABELLA 3
	Tutte le cause n = 207	Apparato circolatorio n = 74	Vasculopatie cerebrali n = 26	Tumori n = 63
partecipanti	1	1	1	1
non partecipanti	2,29* (1,68-3,12)	2,79* (1,61-4,82)	2,50* (1,03-6,08)	1,24 (0,74-2,07)

\* Controllati per sesso, età, titolo di studio, stato civile e medico

### BIBLIOGRAFIA

- ◆ 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension.
- ◆ Berto P et al. The Pandora Project: cost of hypertension from a general practitioner database. *Blood Press* 2002; 11: 151.
- ◆ Birtwhistle RV et al. Randomised equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners. *BMJ* 2004; 2004; 328: 204.
- ◆ Caimi V, Tombesi M. *Medicina Generale*. Torino: UTET, 2003.
- ◆ Cuspidi et al. Prevalence of target organ damage in treated hypertensive patients: different impact of clinic and ambulatory blood pressure control. *J Hypertension* 2000; 18: 801.
- ◆ Domenighetti G et al. EBM e cittadini (troppa medicina?). In Liberati A et al. *Etica, conoscenza e sanità*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 2005.
- ◆ European Society of Hypertension-European Society of Cardiology. Guidelines Committee, *Journal of hypertension* 2003; 21: 1011.
- ◆ Fahey T et al. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3, 2007. <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab005182.html>.
- ◆ Gnavi R et al. GIANO, un modello di medicina di iniziativa per la gestione ambulatoriale dell'ipertensione arteriosa: impatto sulla salute. *Atti della XXVIII Riunione annuale dell'Associazione italiana di epidemiologia*. Torino, 15-17 settembre 2004
- ◆ JNC 7 US. Department of health and human services National Institute of health NIH pubblicazione N° 03-5233 05/2003
- ◆ Maciocco G. Cure primarie e gestione delle malattie - Chronic care model. *Dialogo sui farmaci* 2007; 3: 119.
- ◆ Ramachandran SV et al. Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: a cohort study. *Lancet* 2001; 358:1682.
- ◆ Staessen JA et al. Cardiovascular protection and blood pressure reduction: a meta-analysis. *Lancet* 2001; 358: 1305.
- ◆ US task force guide to community preventive services. <http://www.pnlg.it/tskfr/cap03.php>
- ◆ WHO-ISH. The Guidelines Subcommittee of the World Health Organization-International Society of Hypertension Mild Hypertension Liaison Committee: 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension. *Journal of hypertension* 1999; 17:151.
- ◆ Yosefy C. Risk factor profile and achievement of treatment goals among hypertensive patients from the Israeli Blood Pressure Control (IBPC) program - Initial cost utility analysis. *Blood Press* 2003; 12: 225.
- ◆ Zanchetti A. Costi e rapporto costo-efficacia del trattamento dell'ipertensione: impatto sulle cure. In Zanchetti A et al. *Ipertensione*. Milano: McGraw-Hill, 2002.