



P A T I E N T A N D C A R D I O V A S C U L A R R I S K

TRIMESTRALE DI AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO

www.patientandcvr.com

Anno XIII - Suppl. al N. 1, Marzo 2021

ISSN 2039-8360



SPECIALE AUTOMISURAZIONE

La farmacia nell'era COVID-19 sempre più al centro della rete assistenziale Dal progetto "zero eventi cardio cerebrovascolari" conferme del ruolo strategico delle farmacie nella rete territoriale dell'assistenza <i>Giovambattista Desideri</i>	4
Medico e farmacista alleati contro l'ipertensione arteriosa <i>Giovambattista Desideri</i>	9
17 Maggio 2021 - La XVII Giornata Mondiale contro l'Ipertensione Arteriosa <i>Claudio Ferri, Dr.ssa Rita Del Pinto</i>	13
Curare l'ipertensione in farmacia? Parliamone.... <i>Giovambattista Desideri</i>	16
Farmacista e telemonitoraggio domiciliare della pressione arteriosa; un binomio vincente nel controllo dell'ipertensione arteriosa <i>Giovambattista Desideri</i>	20

Editore

MEDIABOUT S.r.l.
Via Morimondo, 26 - 20143 Milano
Tel. 02 83547230
E-mail: info@mediabout.it
www.mediabout.it

Direttore responsabile Mauro Rissa

Direttore scientifico Claudio Borghi

Comitato scientifico
Ettore Ambrosioni
Vittorio Costa
Ada Dormi
Claudio Ferri
Guido Grassi
Giuseppe Mancia
Dario Manfellotto
Enzo Manzato
Simone Mininni
Maria Grazia Modena
Maria Lorenza Muiesan
Roberto Pontremoli
Giuseppe Rosano
Enrico Strocchi
Stefano Taddei
Bruno Trimarco
Paolo Verdecchia
Augusto Zaninelli

Capo redattore

Eugenio Roberto Cosentino

Redazione scientifica

MEDIABOUT S.r.l.

Segreteria di redazione

MEDIABOUT S.r.l.

Impaginazione

MEDIABOUT S.r.l.

Stampa

Galli Thierry Stampa S.r.l.
Via Cavaglia, 3 - 20139 Milano

Registrazione presso Tribunale di Milano n. 207 del 28-03-2006

Pubblicazione fuori commercio riservata alla Classe Medica.

L'Editore è disponibile al riconoscimento dei diritti di copyright per qualsiasi immagine utilizzata e della quale non si sia riusciti ad ottenere l'autorizzazione alla riproduzione.

Nonostante la grande cura posta nel compilare e controllare il contenuto, l'Editore non sarà ritenuto responsabile per ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché per eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa.

Copyright ©2021 MEDIABOUT S.r.l.

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere fotocopiata o riprodotta senza l'autorizzazione dell'Editore.

La farmacia nell'era COVID-19 sempre più al centro della rete assistenziale

Dal progetto "zero eventi cardio cerebrovascolari" conferme del ruolo strategico delle farmacie nella rete territoriale dell'assistenza

Giovambattista Desideri

Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente, Università degli Studi dell'Aquila

Nell'era COVID l'assistenza per le patologie non-COVID, ben più diffuse dell'infezione da coronavirus SARS-CoV-2, è stata dall'oggi al domani completamente "ribaltata" nel territorio, rafforzando la dimostrazione di quanto sia importante il ruolo del medico di medicina generale e del farmacista nel migliorare lo stato di salute della nostra popolazione.

La recente pandemia da Severe Acute Respiratory Syndrome - Coronavirus - 2 (SARS-CoV-2) ha completamente ridisegnato gli scenari assistenziali definendo due principali aree in intervento. Da una parte l'assistenza in urgenza/emergenza ai pazienti con Corona Virus Disease - COVID-19 più gravi all'interno delle strutture ospedaliere, dall'altra uno spostamento pressochè completo a livello territoriale delle prestazioni assistenziali per le forme meno severe di COVID-19 e con esse di tutte le patologie croniche che, ovviamente, non sono sparire con l'arrivo dell'epidemia. I ricoveri non-COVID, invero, si sono sostanzialmente azzerati nel giro di un paio di settimane dal momento in cui la pandemia ha varcato i confini del nostro Paese e le prestazioni ambulatori non urgenti sono state

sospese per limitare al massimo gli spostamenti di persone e centralizzare ogni sforzo assistenziale sull'emergenza COVID-19. Tutta l'assistenza per le patologie non-COVID, ben più diffuse dell'infezione da coronavirus SARS-CoV-2, è stata dall'oggi al domani completamente "ribaltata" nel territorio. Prova ne è l'impegno enorme profuso dai medici di medicina generale per assistere i loro pazienti.

Mentre i riflettori erano tutti puntati sulle strutture di terapia intensiva e di rianimazione e sulle tante "degenze COVID" spuntate dal nulla per fronteggiare l'emergenza, questi professionisti della medicina territoriale hanno garantito una adeguata assistenza sanitaria ai pazienti con patologie croniche: dall'ipertensione alla broncopneumopatia cronica ostruttiva, dal diabete

La storia recente ben ci dimostra il valore centrale della farmacia sia in "tempo di pace che in tempo di guerra".

mellito, alle dislipidemia e alle malattie cardiovascolari. Non meno rilevante è stato il ruolo di tanti giovani medici "arruolati" nelle Unità Speciali di Continuità Assistenziali-USCA con il compito di supportare la rete sanitaria territoriale con interventi direttamente a domicilio nell'assistenza ai pazienti COVID-19, dimessi dalle strutture ospedaliere o mai ricoverati, con bisogni di assistenza compatibili con la permanenza al domicilio, e per la cura a casa di pazienti con sintomatologia simil-influenzale, di cui non era stata certificata l'eventuale positività ma che dovevano essere considerati come sospetti casi COVID.

Questi giovani colleghi hanno messo sul campo robuste conoscenze cliniche, un grosso impegno emotivo e tanta voglia di fare.

Le farmacie si sono trovate coinvolte appieno nella gestione di questa situazione di enorme, e largamente inattesa, criticità in ragione della loro posizione di "prima linea", impegnate nel fronteggiare da un lato la crescente richiesta di igienizzanti e di dispositivi di protezione individuali e dall'altra per fornire agli utenti preziosi consigli gestionali sulle succitate problematiche cliniche croniche.

I pazienti non di rado hanno dovuto confrontarsi con difficoltà oggettive nel raggiungere i loro medici curanti, oberati da un carico assistenziale enorme ed in non pochi casi in quarantena perché essi stessi raggiunti dal coronavirus. Medici di medicina generale e farmacisti hanno contribuito in modo fondamentale ad evitare il tracollo del nostro sistema sanitario in un momento di estrema criticità, garantendo un'adeguata assistenza a livello territoriale ad una moltitudine di pazienti che per minor gravità del quadro clinico o per mancanza di posti letto, non hanno potuto ricevere cure in ambito ospedaliero. Le vittime della COVID-19 tra medici di medicina generale e farmacisti ben dimostrano lo spirito di abnegazione di questi professionisti. Alcuni dei farmacisti esercitavano in piccoli centri, evidente dimostrazione del valore sociale che riveste la rete capillare delle farmacie e la funzione di primo riferimento sul territorio che da sempre svolge il farmacista.

Il progetto "zero eventi cardio- e cerebrovascolari", nato sotto l'egida della Fondazione per la ricerca sull'ipertensione arteriosa della Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa (SIIA) e della Società Italiana di Medicina Generale e delle cure primarie (SIMG) con l'intento di sensibilizzare gli utenti delle farmacie nei confronti delle problematiche cardiovascolari, ben aveva colto, in tempi non sospetti, il ruolo strategico delle farmacie quali pilastro fondamentale della rete assistenziale territoriale. Il report della seconda fase del progetto, che presentiamo in queste pagine, assume oggi una connotazione ancora più autentica perché la storia recente ben ci dimostra il valore centrale della farmacia sia in "tempo di pace che in tempo di guerra".

Il progetto ha visto la partecipazione di circa 800 farmacie e 51 infermieri su tutto il territorio nazionale che hanno ospitato, in spazi dedicati, infermieri professionali che hanno somministrato agli utenti delle farmacie un questionario sulla stima del rischio cardiovascolare e misurato la pressione arteriosa con apparecchi automatici messi cortesemente a disposizione dalla COR-MAN. Il progetto prevedeva anche la dispensazioni di consigli da parte degli infermieri adeguatamente formati e la distribuzione di materiale informativo.

L'analisi dei dati relativi agli 8.439 utenti delle farmacie arruolati nel progetto fornisce un quadro molto preciso della realtà assistenziale che vede nella farmacia un avamposto assistenziale di riferimento. Gli utenti, prevalentemente donne (63%), erano soprattutto ultrasettantenni (32%) o appartenenti alle fasce di età 60-69 anni (26%) e 50-59 anni (23.3%). La quota di soggetti più giovani era decisamente meno rappresentata (7.4% di età <40 anni, 11.3% di età compresa tra 40 e 49 anni) (Figura 1).

Questa distribuzione anagrafica degli utenti delle farmacie dimostra come soprattutto i soggetti anziani, o più in generale i meno giovani, in ragione delle polipatologie croniche che non di rado li affliggono, possono trovare nelle farmacie un valido supporto informativo/gestionale che soprattutto, ma non solo, in momenti di criticità quale quello attuale è di importanza fondamentale. La prevalenza del fumo di tabacco è risultata pari al 19% degli intervistati, con un consumo medio sigarette inferiore a 10 sigarette/die nel 52% dei casi, tra 10 e 20 sigarette/die nel 33% dei casi e superiore a 20 sigarette/die nel 25% dei casi. Si tratta di dati poco confortanti anche in considerazione del fatto che

Distribuzione per fasce di età degli 8.439 utenti delle farmacie arruolati nel progetto "zero eventi cardio-cerebrovascolari"

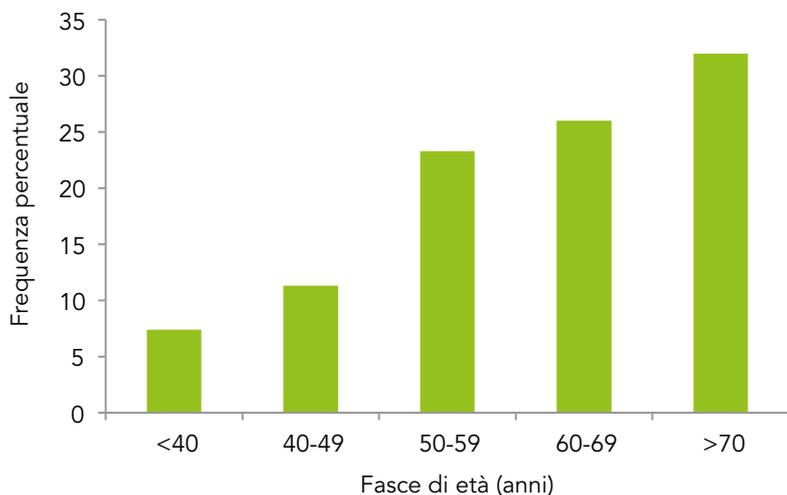


Figura 1

la maggioranza dei fumatori (64%) riferiva un'abitudine tabagica della durata superiore ai 15 anni. La lesività di fattori di rischio cardiovascolare dipende, infatti, non tanto dall'esposizione "puntuale" ai fattori di rischio medesimi quanto dell'intensità dell'esposizione agli stessi che sua volta è legata all'entità dell'esposizione (nel caso specifico il numero di sigarette al giorno) e dalla durata temporale dell'esposizione medesima. Fumare per più di 15 anni certamente lascia dei "segni indelebili" a livello della parete vascolare. Peraltro, circa il 12% degli intervistati ha riferito di essere esposto al fumo passivo, problematica tanto rilevante quanto spesso trascurata. La farmacia rappresenta senza dubbio una sede importante per veicolare ed amplificare il messaggio salutistico di astensione/sospensione dell'abitudine tabagica.

La prevalenza del diabete noto è risultata pari al 12% mentre il 9.4% ha riferito di non sapere se poteva essere affetto o meno da diabete.

Decisamente più elevata la prevalenza dell'ipertensione arteriosa nel campione di utenti delle farmacie; il 44% degli intervistati sapeva di essere iperteso mentre il 9% non sapeva riferire di essere iperteso o meno. Questi dati relativi alla consapevolezza della propria condizione di iperteso o normoteso enfatizzano l'importanza dell'intervento educativo che il proget-

to "zero eventi cardio e cerebrovascolari" si riproponeva. Se si considera, infatti, la semplicità con cui è oggi possibile misurare la pressione in farmacia, o al proprio domicilio, oltre che nello studio del medico, grazie alla disponibilità di misuratori di semplice utilizzo ed affidabili, appare poco giustificabile che qualcuno ancora sia ignaro dei propri valori pressori. Particolarmente significativo il fatto che circa un terzo degli utenti (36.6%) che ha riferito di non essere iperteso o di non sapere se essere iperteso o meno, di fatto assumeva farmaci antipertensivi. Questo dato suggerisce che non di rado i pazienti, soprattutto se anziani, non hanno piena consapevolezza della motivazione alla base dell'assunzione di un determinato farmaco. Anche questa rappresenta una importante area di intervento educativa perché soltanto la consapevolezza della propria condizione di iperteso può permettere il pieno coinvolgimento del paziente nel progetto terapeutico più adeguato

per ottimizzare il controllo pressorio e per evitare errori nell'assunzione dei farmaci. Ancor più rilevante il riscontro di aumentati valori pressori nel 27.8% dei pazienti che riferivano di non essere ipertesi o di non sapere se esserlo o meno. Questo dato purtroppo è piuttosto ricorrente nella letteratura scientifica al punto che ancora oggi la regola della metà relativamente al controllo della pressione arteriosa sembra avere mantenuto (invero inspiegabilmente...) immutata la sua validità: circa la metà dei pazienti ipertesi sa di esserlo, tra questi solo la metà viene trattata e tra i trattati solo la metà raggiunge un adeguato controllo pressorio (1,2,3). La possibilità di misurare la pressione in farmacia, di fornire informazioni su come misurare la pressione al proprio domicilio e sul significato da attribuire ai valori pressori rilevati in ambito domiciliare ed, infine, la sensibilizzazione dei pazienti nei confronti dell'importanza strategica di essere aderenti alle prescrizioni farmacologiche e non farmacologiche per il trattamento dell'ipertensione fa della farmacia il luogo dove meglio il messaggio di salute può coniugarsi con consiglio gestionali pratici.

La prevalenza della condizione di ipercolesterolemia nota è risultata del 39.6% mentre il 13.% degli intervistati non ha saputo riferire in merito alla propria cole-

Prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare "noti" negli 8.439 utenti delle farmacie arruolati nel progetto "zero eventi cardio-cerebrovascolari"

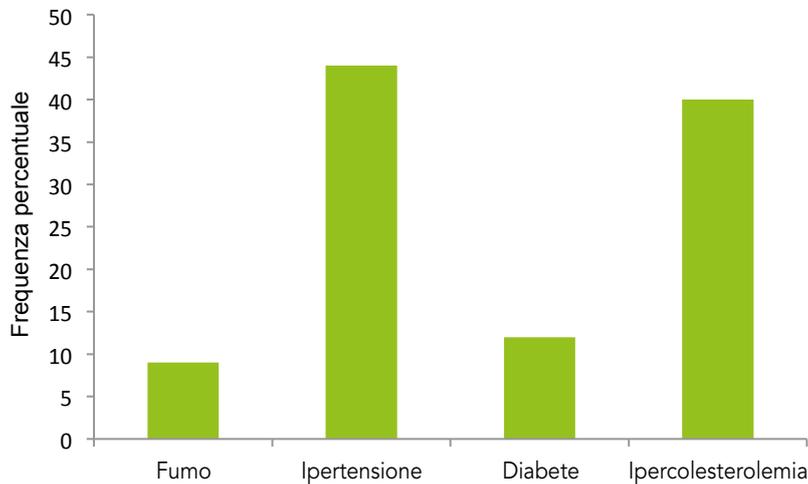


Figura 2

sterolemia. Invero, la consapevolezza del proprio stato di normocolesterolemico o ipercolesterolemico non è agevole come nel caso dell'ipertensione arteriosa, per la quale i valori di normalità sono definiti da un'unica soglia per tutti i pazienti (140/90 mmHg) (4), in quanto i livelli desiderabili di colesterolemia variano in relazione al profilo di rischio del paziente (5).

Il 32% degli utenti intervistati ha riferito di essere affetto da fibrillazione atriale mentre il 6.8% non sapeva fornire indicazioni al riguardo. L'utilizzo di dispositivi automatici per la misurazione pressoria dotati di un algoritmo per l'identificazione di irregolarità del battito cardiaco ha consentito di rilevare una possibile fibrillazione atriale non nota in circa l'1.3% degli utenti delle farmacie coinvolti nel progetto. La presenza di irregolarità del battito cardiaco è stata rilevata grazie agli strumenti utilizzati per la misurazione pressoria nel 92% degli utenti che sapevano di essere affetti da fibrillazione atriale. Peraltro, non è improbabile che nell'esiguo numero di pazienti nei quali lo sfigmomanometro automatico non ha registrato irregolarità del ritmo non si possa parlare di falsi negativi ma semplicemente di periodi di ritmo sinusale in pazienti con fibrillazione atriale parossistica. Questi dati sono di indiscutibile interesse in quanto confermano in un contesto di "mondo reale" l'affidabilità dei moderni automisuratori della

pressione arteriosa. L'uso diffuso di questi misuratori automatici potrebbe consentire di svelare la quota sommersa di pazienti con fibrillazione atriale nei quali l'indicazione all'uso della terapia anticoagulante rappresenta una precisa indicazione da parte delle linee guida (6). È evidente che la decisione se intraprendere (e con quale tempestività) successive indagini diagnostiche è sempre di pertinenza del medico di fiducia al quale è importante che il paziente segnali l'eventuale riscontro ripetuto di irregolarità del battito cardiaco. La precisa caratterizzazione dell'aritmia richiede sempre una valutazione elettrocardiografica (ECG basale, ECG dinamico delle 24 ore, loop recorder) anche se alcuni misuratori possono suggerire la possibile presenza di fibrillazione atriale con elevata sensibilità e specificità. Ciò che viene richiesto ai moderni misuratori della pressione arteriosa, ovviamente, non è la capacità di porre diagnosi certa di aritmia ma di segnalare la presenza di una qualsiasi generica irregolarità del ritmo. Questi molteplici informazioni che possono fornire i moderni dispositivi automatici per la misurazione pressoria implicano, ovviamente, l'uso di apparecchi validati da rigidi protocolli internazionali, requisito imprescindibile per poter sfruttare appieno i molteplici vantaggi derivanti dall'automisurazione della pressione arteriosa. Questo

Distribuzione dei livelli di rischio cardiovascolare "percepito" dagli utenti delle farmacie (A) e stimato con le carte del rischio (B)

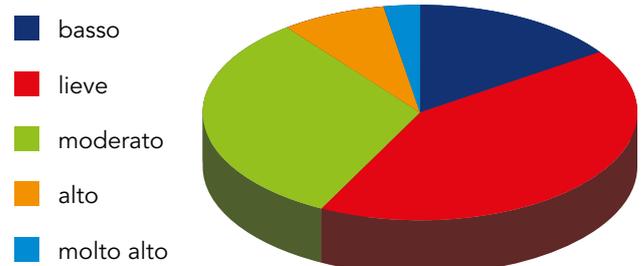


Figura 3

aspetto dovrebbe essere ben sottolineato al paziente che nell'acquisto dell'apparecchio può essere fuorviato da offerte particolarmente vantaggiose, soprattutto nel caso di acquisti online, dietro cui si nascondono apparecchi imprecisi o, comunque, non validati da rigidi protocolli internazionali. L'analisi del livello di rischio percepito dagli utenti ha confermato una certa tendenza ad una "autoindulgenza" nel percepire il proprio profilo di rischio visto che la larga maggioranza ha pensato di inquadrarsi in una scala arbitraria di rischio (da 1 a 5, rispettivamente basso, lieve, moderato, alto e molto alto) in una posizione centrale (rischio lieve nel 42% dei casi e moderato nel 32% dei casi) mentre una minoranza di utenti ha pensato di doversi collocare nelle fasce di rischio basso (15.5%), alto (7.8%) o molto alto (2.7%). Invero, dalla determinazione analitica del profilo mediante le carte del rischio effettuato in un campione di 1500 utenti delle farmacie è emersa una distribuzione del profilo di rischio leggermente meno favorevole (basso 5%, moderato 39.2%, alto 40.3% e molto alto 15.5%). Anche questo aspetto è di notevole rilevanza perché dimostra come il farmacista possano incidere in modo rilevante nella gestione del rischio cardiovascolare dei pazienti sia attraverso una più precisa definizione del livello di rischio sia attraverso una sensibilizzazione degli utenti sull'importanza di un controllo adeguato dei fattori di rischio e di una ottimale osservanza dei suggerimenti al riguardo forniti dal medico curante. Il farmacista, clinico, peraltro, per sua naturale vocazione professionale è sempre molto orientato a fornire consigli sulle strategie di intervento non farmacologiche, tra cui spiccano per rilevanza le modifiche salutari dello stile di vita e, ove opportuno, la supplementazione nutrizionale.

In conclusione, i dati raccolti nell'ambito del progetto "zero eventi cardio e cerebrovascolari" forniscono la chiara dimostrazione di quanto sia importante il coinvolgimento delle farmacie in ogni strategia di intervento che miri a migliorare il controllo dei fattori di rischio

cardiovascolare e, più in generale, lo stato di salute della nostra popolazione. La possibilità di identificare precocemente situazioni misconosciute di aumentato rischio cardiovascolare e di sensibilizzare gli utenti nei confronti delle problematiche cardiovascolari rappresenta una prerogativa della farmacia moderna ed una opportunità da valorizzare al massimo per cercare di ridurre ulteriormente il peso ancora troppo elevato di queste patologie nella nostra società. Questa opportunità era importante prima, lo è ancora di più oggi e lo sarà anche nel prossimo in ragione dell'ampliamento delle distanze sociali imposte da disposti normativi e da atteggiamenti individuali giustamente prudenziali che porterà le farmacie ancora di più al centro della rete assistenziale dei nostri pazienti.

Bibliografia

1. Scheltens T, Bots ML, Numans ME, et al. Awareness, treatment and control of hypertension: the 'rule of halves' in an era of risk-based treatment of hypertension. *J Hum Hypertens*. 2007 Feb;21(2):99-106.
2. Filippi A, Paolini I, Innocenti F, et al. Blood pressure control and drug therapy in patients with diagnosed hypertension: a survey in Italian general practice. *J Hum Hypertens*. 2009 Nov;23(11):758-63.
3. Tocci G, Nati G, Cricelli C, et al. Prevalence and Control of Hypertension in Different Macro-Areas in Italy: Analysis of a Large Database by the General Practice. *High Blood Press Cardiovasc Prev*. 2016 Dec;23(4):387-393
4. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. ESC Scientific Document Group . 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018 Sep 1;39(33):3021-3104.
5. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. ESC Scientific Document Group . 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2020 Jan 1;41(1):111-188
6. Steffel J, Verhamme P, Potpara TS, et al. ESC Scientific Document Group. The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 2018 Apr21;39(16):1330-1393.

Medico e farmacista alleati contro l'ipertensione arteriosa

Giovambattista Desideri

Dipartimento di Medicina Clinica Sanità Pubblica Scienze della Vita e dell'Ambiente, Università degli Studi dell'Aquila

Nel nostro Paese il peso delle malattie cardiovascolari dal 1971 al 2000 è mediamente diminuito. Il più importante determinante di tale diminuzione è stato il declino della mortalità per malattie cardiovascolari stimato nella misura del 63%. Circa il 40% di questa riduzione è da ricondurre a trattamenti specifici. Non meno rilevante è stato il contributo alla riduzione della mortalità cardiovascolare derivante dall'implementazione del controllo dei fattori di rischio cardiovascolare, in primis l'ipertensione arteriosa

In Italia e nella maggior parte dei Paesi occidentali la durata media della vita all'inizio del Terzo Millennio ha raggiunto valori che fino ai primi anni del '900 non erano neanche lontanamente immaginabili (1). Questo importante guadagno di "anni alla vita" rappresenta il frutto combinato delle migliori condizioni di vita della popolazione e dei continui progressi in medicina e nell'organizzazione sanitaria che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età (1). Nel nostro Paese il peso delle malattie cardiovascolari dal 1971 al 2000 è mediamente diminuito in tutte le fasce di età pur rimanendo la principale causa di decesso per entrambi i sessi dopo i 65 anni (2). Il più importante determinante del sostanziale dimezzamento della mortalità totale che si è osservato nel corso degli ultimi 40 anni è stato proprio il declino della mortalità per malattie cardiovascolari stimato nella misura del 63%. Circa il 40% di questa riduzione è da ricondurre a trattamenti specifici, principalmente alle terapie per lo scompenso cardiaco (14%) e per la prevenzione secondaria dopo un infarto del miocardio o una rivascolarizzazione (6%) (3). Non meno rilevante è stato il contributo alla riduzione della mortalità cardiovascolare derivante dall'implementazione del controllo dei fattori di rischio cardiovascolare, in primis

l'ipertensione arteriosa che singolarmente spiega circa il 25% della diminuzione dei decessi per cardiopatia coronarica osservata in Italia tra il 1980 ed il 2000 (3). Invero, il controllo di questi fattori di rischio continua ad essere ancora oggi largamente insoddisfacente nella maggioranza dei pazienti (4) nonostante la disponibilità di risorse terapeutiche efficaci e ben tollerate che potrebbero consentire di portare senza troppe difficoltà la pressione ai target raccomandati dalle linee guida (5). Questo aspetto è di non trascurabile rilevanza se si considera che il considerevole guadagno in termini di aspettativa di vita che abbiamo osservato nel corso degli ultimi decenni in ragione della migliore gestione delle problematiche cardiovascolari non ha comportato un concreto miglioramento della sopravvivenza libera da disabilità (1). Tra la popolazione degli ultrasessantacinquenni, infatti, il 40% è affetto da almeno una malattia cronica, il 18% ha limitazioni funzionali nelle attività della vita quotidiana (disabilità), il 68% delle persone con disabilità presenta almeno 3 malattie croniche, l'8% è confinato in casa (1). Una gestione non ottimale dell'ipertensione arteriosa, in termini di precocità e di adeguatezza dell'intervento terapeutico, nel corso degli anni finisce per determinare un progressivo esaurimento della riserva funzionale di

organi ed apparati - soprattutto cuore, cervello, rene - che nell'età adulta-avanzata assume di volta in volta diverse connotazioni cliniche, dallo scompenso cardiaco all'insufficienza renale, dagli eventi cerebrovascolari alla demenza. È evidente, quindi, l'opportunità di un controllo ottimale della pressione arteriosa per poter dare "vita agli anni" che i progressi della medicina hanno consentito di guadagnare (1).

L'ipertensione arteriosa, infatti, è attualmente il più importante fattore di rischio cardiovascolare nel mondo (6) con una diretta responsabilità su una larga quota della mortalità e morbilità per patologie cardiache, cerebrali e renali (7). Esiste, infatti, una relazione lineare tra valori pressori e mortalità per infarto miocardico ed ictus (8) e tra la riduzione della pressione e la riduzione degli eventi cardio- e cerebrovascolari (9,10,11). Una recente ed ampia revisione cumulativa della letteratura ad opera di Thomopoulos e coll. (11) ha dimostrato come una maggiore riduzione pressoria sia immancabilmente associata ad una riduzione di tutte le principali complicanze attribuibili all'ipertensione. Una riduzione di 10 mmHg della pressione sistolica e di 5 mmHg della pressione diastolica determina una corrispondente riduzione di oltre il 25% dell'incidenza di cardiopatia ischemica e di oltre il 35% del rischio di complicanze cerebrovascolari (10). Le linee guida 2018 per la gestione dell'ipertensione arteriosa, elaborate congiuntamente dall'European Society of Hypertension (ESH) e dall'European Society of Cardiology (ESC), hanno tracciato in modo piuttosto semplice i cardini su cui deve poggiare la gestione del paziente iperteso: target pressori unificati per la generalità dei pazienti ipertesi (<140/90 mmHg), uso preferenziale della terapia di combinazione ed implementazione dell'aderenza terapeutica (5). Le linee guida pongono opportunamente l'accento sull'importanza di un uso sempre più ampio della misurazione della pressione arteriosa al di fuori dello studio medico, soprattutto in ambito domiciliare, e sul ruolo strategico del farmacista nell'educazione e nel monitoraggio del paziente iperteso (5).

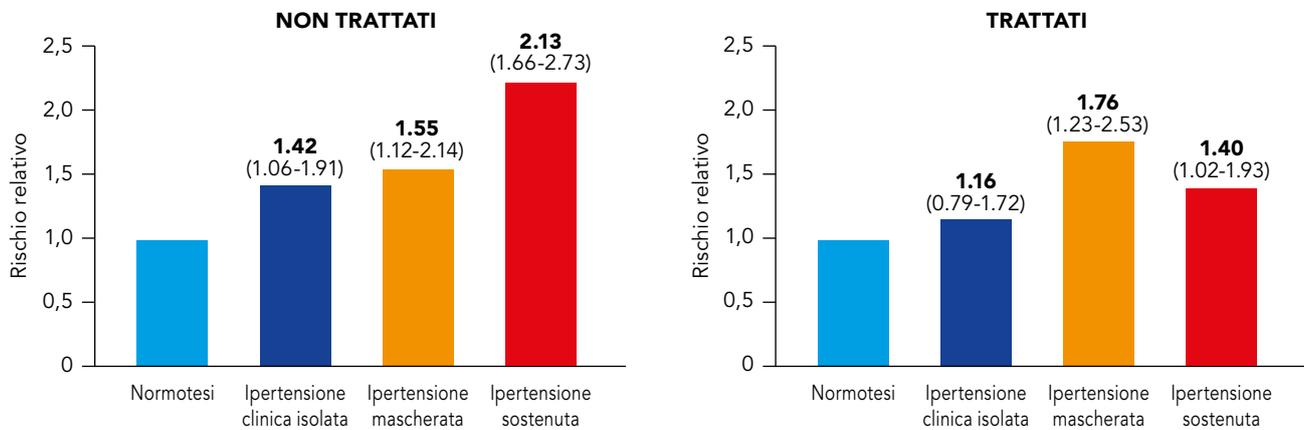
Invero, la misurazione domiciliare della pressione arteriosa presenta innegabili vantaggi sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico. Numerosi studi clinici hanno documentato il valore prognostico della pressione arteriosa domiciliare (12,13,14), dimostrando come essa possa rappresentare un predittore di rischio migliore della pressione arteriosa misurata

Le linee guida ESH/ESC pongono l'accento sull'importanza di un uso sempre più ampio della misurazione della pressione arteriosa al di fuori dello studio medico, soprattutto in ambito domiciliare.

In molte realtà il supporto ai pazienti con malattie croniche e politerapie è la norma per il farmacista in collaborazione con i medici di medicina generale e senza alcun conflitto di competenze.

nell'ambulatorio (pressione "clinica") (15). Inoltre, la misurazione domiciliare della pressione arteriosa permette il corretto inquadramento dei pazienti con "ipertensione da camice bianco" o "ipertensione clinica isolata" (pressione misurata in ambulatorio aumentata e pressione domiciliare normale) e di quelli con "ipertensione mascherata" (pressione misurata in ambulatorio normale e pressione domiciliare aumentata) (16). A queste diverse categorie di pazienti ipertesi compete un diverso livello di rischio cardiovascolare (12,15) che sembra venire diversamente influenzato dal trattamento (17) (Fig. 1): per la "ipertensione mascherata", è simile a quello dei pazienti francamente ipertesi indipendentemente dal trattamento, mentre per la "ipertensione da camice" è simile a quello dei soggetti normotesi in corso di trattamento e simile a quello degli ipertesi in assenza di trattamento (17). È evidente, quindi, l'importanza della misurazione domiciliare della pressione arteriosa per una corretta diagnosi di ipertensione arteriosa e per la stratificazione del rischio cardiovascolare del paziente iperteso. La misurazione domiciliare della pressione arteriosa è anche utile nella gestione a lungo termine dei pazienti ipertesi in quanto il suo uso è associato ad un migliore controllo dei valori pressori (18), probabilmente in ragione del miglior coinvolgimento dei pazienti nella gestione della loro condizione, favorendo l'aderenza terapeutica (19). Inoltre, la misurazione della pressione arteriosa in diversi momenti della giornata può consentire di valutare la copertura nell'arco della giornata dei diversi interventi farmacologici (20) o di individuare riduzioni pressorie eccessive, non infrequenti nei ipertesi anziani, diabetici o coronaropatici (16). Questi innegabili

Rischio relativo con limiti di confidenza per mortalità cardiovascolare nei soggetti con ipertensione da camice bianco, mascherata ed ipertesi rispetto ai normotesi, in presenza o meno di trattamento antiipertensivo



elaborazione grafica da ref. 17

Figura 1

vantaggi della misurazione domiciliare della pressione arteriosa presuppongono, ovviamente, l'attendibilità dei valori pressori rilevanti. Le condizioni di misurazione devono essere, quindi, standardizzate utilizzando solo misuratori oscillometrici completamente automatizzati, con manicotto di dimensioni adeguate e da applicare al braccio (non al polso o al dito), validati in base a protocolli internazionalmente riconosciuti (16).

Per ciò che attiene al ruolo del farmacista nell'implementazione del controllo pressorio, senza dubbio questa figura professionale è quella che maggiormente coopera con il medico di medicina generale nella gestione delle patologie croniche, ipertensione in primis. A tale riguardo, la misurazione della pressione arteriosa è stata una delle prime e più efficaci iniziative che le farmacie hanno opportunamente messo in campo in un'ottica di servizio al paziente più che

di semplice dispensazione di farmaci. Oggi, grazie alla diffusione capillare sul territorio, anche nei piccoli centri dove spesso rappresentano l'unico presidio sanitario, ed al consolidato rapporto di fiducia che le lega ai pazienti le farmacie stanno assumendo una connotazione non solo limitata alla semplice dispensazione ma orientata verso un supporto clinico al paziente. In molte realtà il supporto ai pazienti con malattie croniche e politerapie è la norma per il farmacista in collaborazione con i medici di medicina generale e senza alcun conflitto di competenze. Robuste evidenze scientifiche dimostrano come la gestione collaborativa tra medico di medicina generale e farmacista si traduca in un'implementazione del controllo di patologie croniche ad elevato impatto clinico e socio-sanitario quali l'ipertensione arteriosa (21) (Fig. 2) ed il diabete, con le facilmente immaginabili ricadute favorevoli in termini di costo-efficacia (21,22). I vantaggi del lavoro in tandem medico di medicina generale-farmacista sono senza dubbio molteplici e si concretizzano in una migliore aderenza alle terapie prescritte ed in un più efficace controllo delle patologie croniche in quanto questa cooperazione consente di sviluppare un modello di *patient-centered care* che soddisfa appieno i bisogni assistenziali del paziente, necessariamente anche educativi, formativi/informativi e di *counseling* (21).

I vantaggi del lavoro in tandem medico di medicina generale-farmacista sono molteplici e si concretizzano in una migliore aderenza alle terapie prescritte ed in un più efficace controllo delle patologie croniche, grazie a un modello di *patient-centered care*.

Bibliografia

1. Quaderni del Ministero della Salute. Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano. n. 6, novembre-dicembre 2010 - ISSN 2038-5293 http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=1703
2. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990- 2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1498-504.
3. Palmieri L, Bennett K, Giampaoli S, et al. S. Explaining the Decrease in Coronary Heart Disease Mortality in Italy between 1980 and 2000. *Am J Public Health* 2009;99:1-9
4. Tocci G, Nati G, Cricelli C, et al. Prevalence and Control of Hypertension in Different Macro-Areas in Italy: Analysis of a Large Database by the General Practice. *High Blood Press Cardiovasc Prev.* 2016 Dec;23(4):387-393
5. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J.* 2018 Sep 1;39(33):3021-3104.
6. GBD 2013 Risk Factors Collaborators, Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.* 2015 Dec 5;386(10010):2287-323.
7. Hozawa A. Attributable fractions of risk factors for cardiovascular diseases. *J Epidemiol.* 2011;21(2):81-6.
8. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, et al. Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet.* 2002 Dec 14;360(9349):1903-13.
9. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ* 2009;338:b1665 doi:10.1136/bmj.b1665
10. Zanchetti A, Thomopoulos C, Parati G. Randomized controlled trials of blood pressure lowering in hypertension: a critical reappraisal. *Circ Res.* 2015 Mar 13;116(6):1058-73.
11. Thomopoulos C, Parati G, Zanchetti A. Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension: 7. Effects of more vs. less intensive blood pressure lowering and different achieved blood pressure levels - updated overview and meta-analyses of randomized trials. *J Hypertens.* 2016 Apr;34(4):613-22.
12. Mancia G, Facchetti R, Bombelli M, et al. Long-term risk of mortality associated with selective and combined elevation in office, home, and ambulatory blood pressure. *Hypertension* 2006;47(5):846-53.
13. Ohkubo T, Asayama K, Kikuya M, et al. How many times should blood pressure be measured at home for better prediction of stroke risk? Ten year follow-up results from the Ohasama study. *J Hypertens* 2004; 22(6):1099-104.
14. Stergiou GS, Baibas NM, Kalogeropoulos PG. Cardiovascular risk prediction based on home blood pressure measurement: the Didima study. *J Hypertens* 2007; 25(8):1590-6.
15. Fagard RH, Cornelissen VA. Incidence of cardiovascular events in white-coat, masked and sustained hypertension versus true normotension: a meta-analysis. *J Hypertens* 2007;25(11):2193-8.
16. Parati G, Stergiou GS, Asmar R, et al. European Society of Hypertension guidelines for blood pressure monitoring at home: a summary report of the Second International Consensus Conference on Home Blood Pressure Monitoring. *J Hypertens* 2008; 26(8):1505-26.
17. Stergiou GS, Asayama K, Thijs L, et al. Prognosis of white-coat and masked hypertension: International Database of Home blood pressure in relation to Cardiovascular Outcome. *Hypertension.* 2014; 63(4): 675-82.
18. Cappuccio FP, Kerry SM, Forbes L, et al. Blood pressure control by home monitoring: meta- analysis of randomised trials. *BMJ* 2004;329(7458):145.
19. Ogedegbe G, Schoenthaler A. A systematic review of the effects of home blood pressure monitoring on medication adherence. *J Clin Hypertens* 2006; 8(3):174-80.
20. Vaur L, Dubroca II, DutreyDupagne C, et al. Superiority of home blood pressure measurements over office measurements for testing antihypertensive drugs. *Blood Press Monit* 1998;3(2):107-14.
21. Omboni S, Caserini M. Effectiveness of pharmacist's intervention in the management of cardiovascular diseases. *Open Heart.* 2018;5(1):e000687. Published 2018 Jan 3. doi:10.1136/openhrt-2017-000687
22. Hwang AY, Gums TH, Gums JG. The benefits of physician-pharmacist collaboration. *J Fam Pract.* 2017;66(12):E1-E8.

17 Maggio 2021

La XVII Giornata Mondiale contro l'Iipertensione Arteriosa

Claudio Ferri, Rita Del Pinto
Università dell'Aquila, Dipartimento MeSVA

Lo studio Prospective Urban Rural Epidemiology Study (PURE) è un enorme studio osservazionale, da cui è stato ancora una volta messo in risalto il ruolo dell'ipertensione arteriosa come primo determinante di eventi cardiocerebrovascolari.

La disattenzione nei confronti del fenomeno ipertensione arteriosa ha dell'incredibile, ma è in fondo comprensibile. Da quando, infatti, è terminato il periodo carenziale e, con i primi del '900, l'uomo ha cominciato a conoscere un periodo di relativa disponibilità economica e di cibo, gli eventi coronarici e cerebrovascolari hanno cominciato a divenire una apprezzabile causa di malattia e morte, almeno nell'occidente industrializzato (1). Da allora, elementi determinanti il rischio cardiovascolare – da verosimilmente trascurabili per prevalenza ed incidenza – sono divenuti via via più comuni, fino a diventare dilaganti. Odiernamente, la grande maggioranza degli italiani che abbiano dai 60 anni di vita in poi manifestano ipertensione arteriosa e/o diabete mellito e/o ipercolesterolemia e/o iperuricemia e/o obesità (2). Tra tutti questi elementi di rischio, quello sicuramente più allarmante è rappresentato dall'ipertensione arteriosa. In questo ambito, lo studio Prospective Urban Rural Epidemiology Study (PURE) è un enorme studio osservazionale mirante ad investigare le correlazioni esistenti tra stile di vita e fattori di rischio modificabili ed insorgenza di eventi cardiovascolari fatali e non fatali e

morte per tutte le cause. Lo studio – come è noto – viene condotto in 21 Paesi appartenenti a ben 5 continenti, tra loro assai differenti per composizione etnica, cultura e livello socio-economico. In modo molto intelligente, oltre alle differenze suddette lo studio PURE è caratterizzato per l'analisi accurata di località localizzate in aree geograficamente caratterizzate per essere sia urbane che non-urbane.

Lo studio PURE, nel passato recente e meno recente ha suscitato spesso polemiche roventi, ad esempio quando il suo database è stato usato per trattare temi come quello correlato al più salubre apporto quotidiano di carni rosse e/o formaggi o, più in generale, di grassi saturi. I risultati, infatti, sembrarono a molti come una sorte di sconfessione di quello che è un convincimento radicato – anche personale – vale a dire che la dieta mediterranea, povera di grassi saturi, sia vincente in termini protettivi rispetto ad un apporto eccessivo degli stessi grassi.

In questo contesto, tuttavia, alla pubblicazione apparsa l'anno scorso sul Lancet (3) non seguirà, quasi sicuramente, alcuna polemica rovente. È verosimile, invece,

Il 70% circa delle malattie cardiovascolari e delle morti e risultato legato a fattori di rischio prevenibili nella loro insorgenza e/o, comunque, modificabili. tali fattori erano rappresentati per il 41.2% da dislipidemia, pressione arteriosa elevata, diabete mellito e/o obesità.

che seguirà nuovamente il nulla mentre, ovviamente, è auspicabile il divenire di una profonda rivisitazione di alcuni concetti, tanto fondamentali in prevenzione cardiovascolare quanto, sventuratamente, disattesi non tanto dai clinici, quanto dai decisori amministrativi e contabili. In sintesi, i fattori di rischio presi in considerazione nella pubblicazione apparsa sul Lancet (3) sono stati di tipo comportamentale (fumo di sigaretta, consumo di alcol, tipo di dieta, livello di attività fisica ed introito salino), "tradizionalmente" cardiometabolico (dislipidemia, ipertensione arteriosa, diabete mellito e/o obesità) e psico-sociale (livello culturale, sintomi depressivi), a cui vanno aggiunti forza nella presa muscolare (misurata mediante dinamometro) ed inquinamento domestico e/o ambientale.

La valutazione statistica è stata eseguita considerando prevalenza, hazard ratio (con intervallo di confidenza al 95%) e rischio attribuibile di popolazione (sempre con il medesimo intervallo di confidenza). Le associazioni tra variabili di rischio ed eventi sono state esaminate grazie ai modelli multivariati di Cox ed usando il rischio attribuibile di popolazione per tutta la casistica (155722 individui) e per la stessa suddivisa per reddito [17249 (11.1%) alto introito economico, 102680 (65.9%) introito intermedio e 35793 (23.0%) introito basso].

La popolazione è risultata avere una età media pari a 50.2+9.9 anni, per il 58.3% composta da donne (n. 90811). Il 52.6% dei partecipanti risiedeva in aree urbane. Durante il follow-up (mediana = 9.5 anni) si sono verificate 10234 morti, tra cui 2917 di tipo sicuramente cardiovascolare. Gli eventi cardiovascolari incidenti sono stati 7980 (3559 infarti miocardici e 3577 ictus).

Il risultato sicuramente di maggiore interesse è stato quello relativo all'impatto dei 14 elementi di rischio considerati nei confronti dell'outcome composito predefinito (morte cardiovascolare, infarto miocardico, ictus cerebri e scompenso cardiaco) e della mortalità totale, cardiovascolare e non cardiovascolare. Il 70% circa delle malattie cardiovascolari e delle morti, infatti, è risultato legato a fattori di rischio prevenibili nella loro

insorgenza e/o, comunque, modificabili. Tali fattori erano rappresentati per il 41.2% da dislipidemia, pressione arteriosa elevata, diabete mellito e/o obesità. I fattori di rischio definibili come comportamentali (fumo di sigaretta, consumo di alcol, tipo di dieta, livello di attività fisica ed introito salino), invece, influenzavano fortemente la mortalità (26.3% del rischio attribuibile). Tuttavia, l'elemento più negativo in questo senso era il basso livello educativo (12.5% del rischio attribuibile), mentre l'elemento determinante malattia cerebrovascolare era rappresentato principalmente dall'ipertensione arteriosa, al secondo posto come induttore di malattia coronarica, preceduto di un soffio dalla dislipidemia.

Da questo quadro desolante derivano alcune considerazioni molto rilevanti:

A) Sebbene esistano marcate differenze relative al livello economico e culturale, la popolazione italiana, europea e mondiale continua ad ammalarsi ed a morire per cause note da decenni, a loro volta conseguenti in più dei 2/3 dei casi a fattori di rischio molto conosciuti, tanto prevenibili nella loro insorgenza quanto ben curabili se già presenti. Tra questi elementi, un ruolo fondamentale è svolto dall'ipertensione arteriosa, al primo posto come determinante di malattia cardiovascolare in generale, al primo posto come determinante di malattia cerebrovascolare ed al secondo. Posto come determinante di malattia coronarica;

B) Alcuni elementi, determinanti assai "pesanti" sia di malattia che di morte, sono di tipo socioculturale, come il livello educativo. Questo chiama sicuramente in causa il clinico, che li deve considerare quando raccoglie l'anamnesi e definisce una cura, ma necessita del contributo essenziale dei decisori amministrativi al fine di risolvere il problema alla fonte. Ciò definito, è evidente però come il basso livello educativo e/o economico agiscano contro le nostre arterie non direttamente, bensì favorendo la comparsa e del mancato controllo di componenti il rischio cardiometabolico quali l'ipertensione arteriosa, la dislipidemia, il diabete mellito e/o l'obesità. In sintesi, 14 elementi di rischio – spesso facilmente prevenibili, o almeno efficacemente curabili se già presenti – continuano incredibilmente, come scrivevamo all'inizio, a determinare il 70% del carico di malattia o morte in 5 continenti, inclusivi della vecchia Europa e della nostra amata penisola.

Per questo motivo, vanno enfatizzate, promosse e di-

fese tutte quelle iniziative che – su scala mondiale – si propongono di portare “verso il popolo” la conoscenza nei confronti del rischio cardiometabolico.

In tale ambito, il prossimo 17 maggio si svolgerà anche in Italia la XVII Giornata Mondiale contro l’Ipertensione Arteriosa (Figura 1). Promossa dalla World Hypertension League ed un tempo destinata alle piazze italiane, con decine di migliaia di pressioni arteriose misurate gratuitamente da medici ed infermieri, in era pandemica la Giornata si svolgerà quest’anno sul web, attraverso talk show, incontri con i pazienti e seminari.

Nessuno, pertanto, pensi di sapere già tutto nel contesto dell’ipertensione arteriosa: in Italia, più della metà dei pazienti ipertesi non è ben controllato, una quota di italiani stimabile in centinaia di migliaia ha la pressione alta, ma non lo sa o non la cura, un numero enorme di pazienti è affetto da una forma di ipertensione secondaria non diagnosticata. Per questo la Società Italiana dell’Ipertensione Arteriosa è anche quest’anno il promotore fondamentale della Giornata Mondiale e, attraverso i Suoi 124 Centri ed Ambulatori accreditati, spalmati su tutto il territorio nazionale, è a disposizione dei cittadini per rispondere a qualsiasi quesito e portare alla risoluzione di qualunque problema ipertensione-correlato. Particolare non secondario, anche quest’anno la Società Italiana dell’Ipertensione Arteriosa promuoverà la Giornata Mondiale con l’aiuto dei farmacisti italiani di Federfarma, che condurranno anche quest’anno – nello stesso periodo ed in collaborazione con la Società Italiana dell’Ipertensione Arteriosa – una analoga iniziativa, giunta ormai alla IV edizione, che si chiama “Abbasso la Pressione!”

Bibliografia

1. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm4829a1.htm>
2. Volpe M, Battistoni A, Gallo G, Rubattu S, Tocci G; Writing

Giornata Mondiale contro l'Ipertensione Arteriosa

17 MAGGIO

WORLD HYPERTENSION DAY May 17, 2021

Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa
Lega Italiana contro l'Ipertensione Arteriosa

XVII Giornata Mondiale contro l'Ipertensione
17 Maggio 2021

**Campagna Mondiale di Sensibilizzazione
per la Lotta all'Ipertensione Arteriosa**

MISURA E CONTROLLA
LA TUA PRESSIONE
PER VIVERE PIÙ
A LUNGO

ASSOFARM
UNIFAR

Federazione Ordini Farmacisti Italiani

www.siaa.it

Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa
Lega Italiana contro l'Ipertensione Arteriosa

Via G. Ripamonti, 129 - 20141 Milano
Tel. 02 56601270 - 02 56601280
Fax 02 70048582
www.siaa.it
ipertensione@siaa.it

Seguici su:
Facebook: @SIAA.it
Twitter: @SIAA_IT
YouTube: SIAA

Figura 1

3. Yusuf S, Joseph P, Rangarajan S et al. Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155 722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study Lancet. 2020; 395(10226): 795–808.

Curare l'ipertensione in farmacia? Parliamone....

Giovambattista Desideri

*Dipartimento di Medicina Clinica Sanità Pubblica Scienze della Vita e dell'Ambiente
Università degli Studi dell'Aquila*

Numerosi studi hanno fornito la convincente dimostrazione di come il fattivo coinvolgimento del farmacista nella gestione dei fattori di rischio cardiovascolare, ipertensione in primis, attraverso una collaborazione con il medico di riferimento del paziente sempre più stretta, improntata all'impiego ottimale delle specifiche competenze, si traduca nel reciproco potenziamento dei messaggi terapeutici e in un significativo miglioramento dell'efficacia delle diverse strategie di prevenzione.

Le farmacie possono rappresentare oggi più che mai uno dei pilastri su cui fondare la moderna gestione delle malattie croniche, ipertensione in primis. Numerosi studi hanno fornito la convincente dimostrazione di come il fattivo coinvolgimento del farmacista si traduca nella generalità di casi in un significativo miglioramento dell'efficacia delle diverse strategie di prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria (1,2). Una recente meta-analisi di 39 studi randomizzati, per un totale di oltre 14000 pazienti, ha dimostrato come il coinvolgimento del farmacista nel progetto gestionale dei pazienti ipertesi si traduca in un significativo miglioramento del controllo della pressione sistolica (-7.6 mmHg, intervallo di confidenza al 95% compreso tra -9.0 e -6.3) e diastolica (-3.9 mmHg; 95% intervallo di confidenza al 95% compreso tra -5.1 e -2.8) (3). È interessante notare come il vantaggio più concreto in termini di riduzione pressoria sia stato osservato soprattutto nei 23 studi che prevedevano un ruolo centrale del farmacista nel progetto gestionale dell'ipertensione arteriosa (-8.5 mmHg per la pressione sistolica e -4.6 mmHg per la pressione diastolica). In tutti i casi l'attività del farmacista era rappresentata da interventi educazionali ed attività di monitoraggio delle terapie e di raccomandazioni per il medico curante. È evidente, quindi, come l'efficacia di questi interventi del farmacista resti inevitabilmente condizionata dall'attività di prescrizione e monitoraggio da parte del medico. Invero, è stato da più parti ventilata la possibilità che i vantaggi derivanti dal coinvolgimento del farmacista nel controllo della pressione arteriosa possano essere ancora maggiori

nel caso in cui il farmacista venga messo nelle condizioni di poter prescrivere in prima persona i farmaci piuttosto che svolgere soltanto un ruolo di "counseling". Già nel 2007 l'Health Professions Act della provincia canadese dell'Alberta prevedeva la possibilità per i farmacisti di ottenere l'autorizzazione a prescrivere farmaci (4). Per poter ricevere questa autorizzazione i farmacisti devono avere una esperienza pratica di almeno 1 anno e dovevano avere completato con successo una specifica applicazione che prevedeva una documentata gestione del loro coinvolgimento fattivo nella gestione di pazienti in termini di valutazione, pianificazione gestionale e follow-up (5). Al fine di garantire la continuità assistenziale i farmaci sono poi tenuti a comunicare tutte le loro prescrizioni al medico di riferimento del paziente e sono responsabili del follow-up delle loro decisioni prescrittive. Questo specifico disposto normativo dell'Alberta prevede anche che i farmacisti possano prescrivere accertamenti di laboratorio per i pazienti che tengono in cura. Si tratta di un coinvolgimento del farmacista che sostanzialmente ricalca quello del medico, come testimoniato anche dall'obbligo per il "farmacista prescrittore" di avere una assicurazione professionale a copertura della responsabilità civile. Lo studio RxACTION (The Alberta Clinical Trial in Optimizing Hypertension) ha testato l'efficacia di questo approccio gestionale dimostrando la sua superiore efficacia rispetto all'approccio standard (gestione solo da parte del medico) in termini di riduzione pressoria (a 6 mesi -18.3±1.2 vs -11.8±1.9 mmHg con una differenza di 6.6±1.9 mmHg, p=0.0006) e di raggiungimento del

La Società Italiana dell'Iperensione Arteriosa (SIIA) da anni ha sviluppato iniziative di coinvolgimento delle farmacie per la diffusione della prevenzione cardiometabolica sul territorio, aumentando la consapevolezza dei cittadini sui rischi cardiovascolari correlati all'ipertensione.

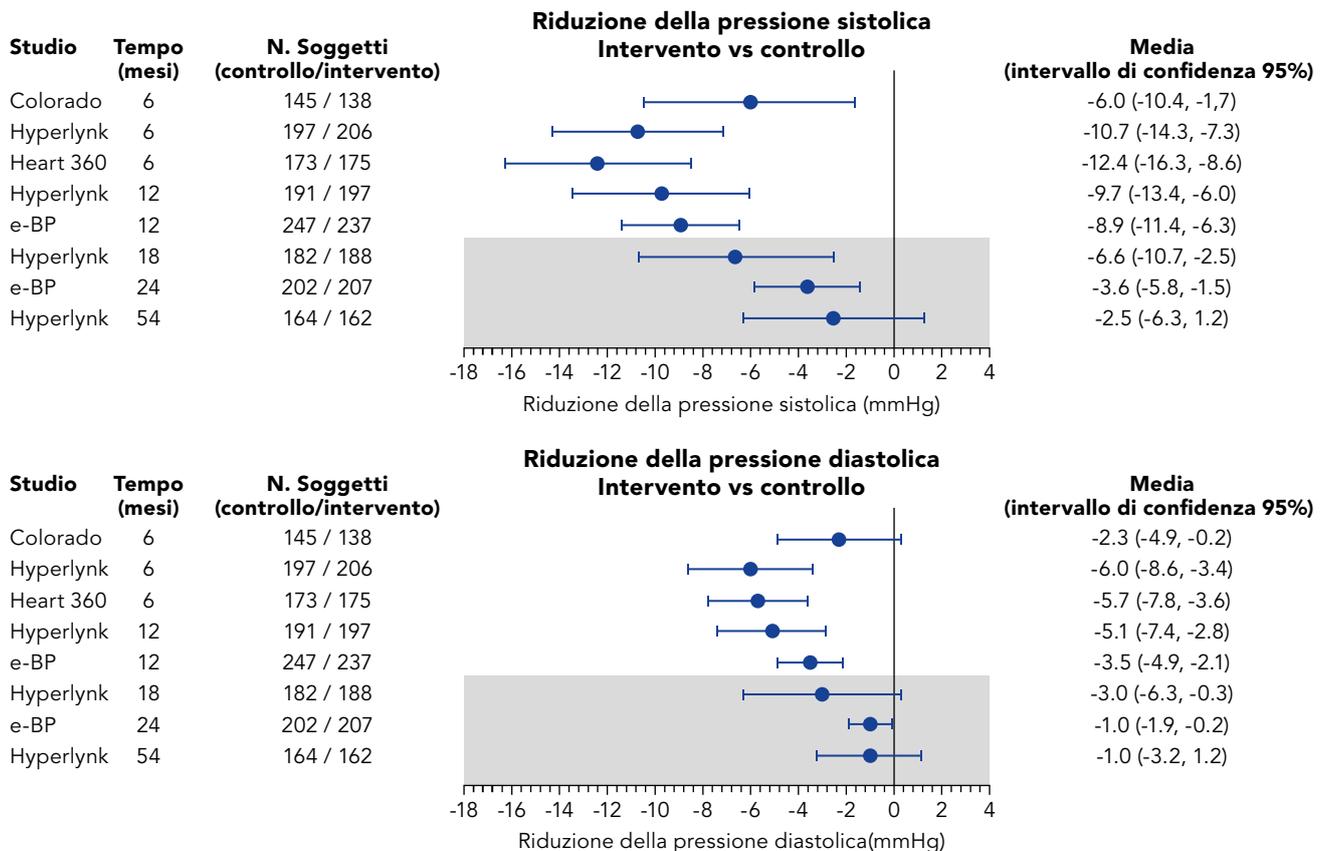
target pressorio (odds ratio 2.32, intervallo di confidenza al 95% compreso tra 1.17 e 4.15) (6).

Si tratta di risultati di indiscutibile interesse che, evidentemente, aprono le porte ad un coinvolgimento sempre più importante del farmacista nella gestione della patologia ipertensiva. È evidente che questo modello gestionale rappresenta una priorità assoluta in alcuni contesti geografici a bassissima densità abitativa, quali i meravigliosi paesaggi dell'Alberta, mentre in altre realtà più

“cittadine” questa esigenza gestionale potrebbe sembrare meno stringente. Invero, l'inadeguato controllo della pressione arteriosa in una percentuale ancora oggi inaccettabilmente elevata di pazienti (7) rende estremamente attraente questo modello gestionale quale strategia per implementare il controllo della pressione arteriosa nella popolazione generale. Per questo motivo la Società Italiana dell'Iperensione Arteriosa (SIIA) da anni ha sviluppato iniziative di coinvolgimento delle farmacie per la diffusione della prevenzione cardiometabolica sul territorio, aumentando la consapevolezza dei cittadini sui rischi cardiovascolari correlati all'ipertensione.

Invero, il controllo periodico della pressione rappresenta uno strumento utile nella prevenzione delle malattie cardiovascolari e nel monitoraggio dell'efficacia delle terapie ipertensive. Tutte farmacie mettono a disposizione dei propri clienti un servizio di misurazione della pressione arteriosa. La diffusione sempre più ampia an-

Superiore efficacia della strategia di intervento che prevede il coinvolgimento del farmacista nella gestione dell'ipertensione arteriosa



mod. da ref. 9

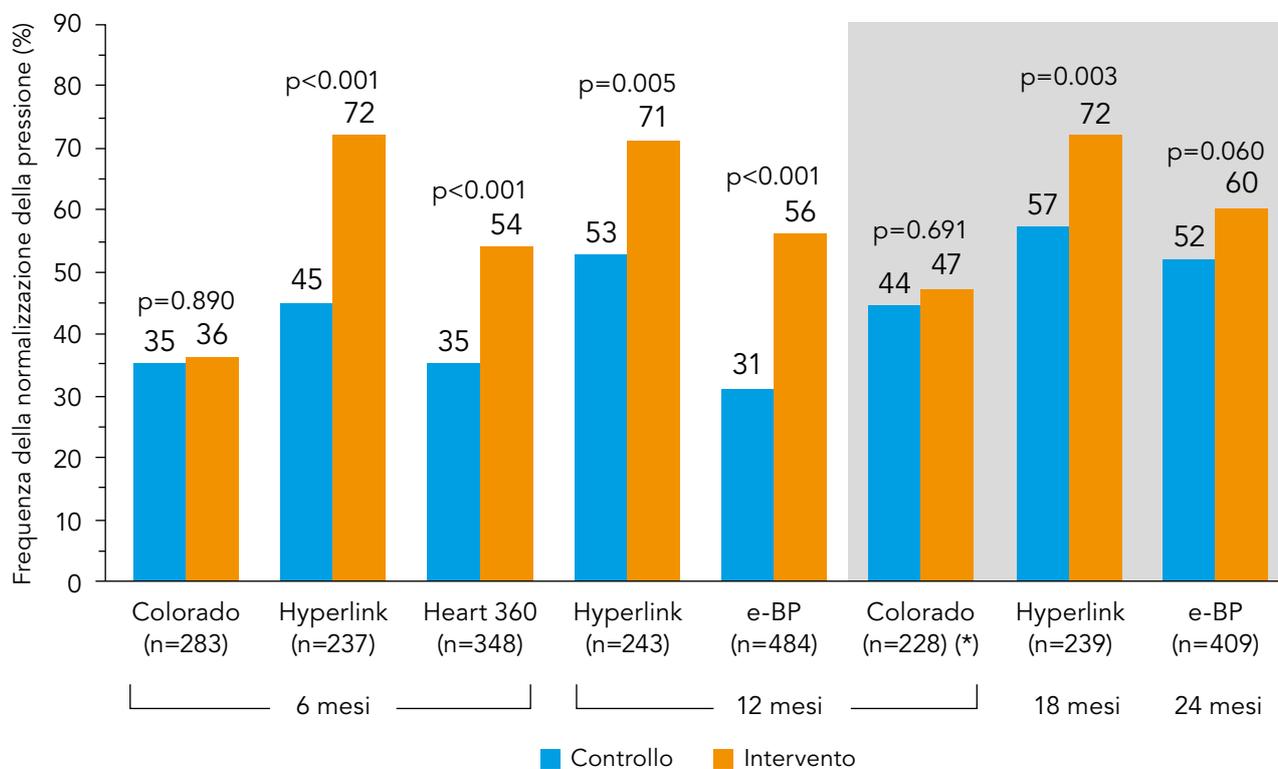
Figura 1

che dell'automisurazione domiciliare della pressione arteriosa rappresenta un ulteriore ambito di intervento del farmacista che non solo è in grado di fornire le giuste indicazioni sugli strumenti più affidabili per la misurazione della pressione arteriosa ma può guidare il paziente nella corretta interpretazione dei valori pressori rilevati e fornire indicazioni preziose sugli stili di vita salutari. La misurazione domiciliare della pressione arteriosa, invero, ha in sé tutte le potenzialità per rappresentare il punto di convergenza delle attività dei principali attori coinvolti nella gestione dell'ipertensione arteriosa: il paziente, il medico ed il farmacista. La misurazione domiciliare può rappresentare, infatti, il fulcro intorno cui far ruotare al meglio una cooperazione gestionale finalizzata ad un controllo ottimale dei valori pressori configurandosi, quindi, come un vero e proprio "strumento terapeutico" in quanto il suo uso diffuso può influenzare favorevolmente il successo terapeutico sia in termini di scelte di trattamento sia, soprattutto, in termini di coinvolgimento del paziente nel progetto assistenziale. La misurazione domiciliare della pressione arteriosa, se uti-

La misurazione domiciliare della pressione arteriosa ha in sé tutte le potenzialità per rappresentare il punto di convergenza delle attività dei principali attori coinvolti nella gestione dell'ipertensione arteriosa: il paziente, il medico ed il farmacista.

lizzata sistematicamente ed in modo corretto, presenta numerosi vantaggi gestionali e clinici: a) permette un numero di misurazioni sufficientemente alto per un corretto giudizio clinico; b) non risente dell' "effetto camice bianco" (e quindi ne permette la diagnosi differenziale); c) non è operatore dipendente; d) permette la misurazione della pressione al mattino e prima dell'assunzione del farmaco in modo da valutare la copertura farmacologica delle 24 ore; e) è largamente accessibile a un costo contenuto; g) può avere un'elevata riproducibilità; f) in genere è ben accettata da parte del paziente (ne migliora la compliance) e può far risparmiare tempo al medico (8).

Più frequente normalizzazione della pressione arteriosa in caso di coinvolgimento del farmacista in telegestione rispetto all'approccio tradizionale



mod. da ref. 9

Figura 2

La validazione di un apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa è un momento fondamentale per accertarne la validità in ambito clinico in quanto consente di saggiarne, l'accuratezza (vicinanza del valore rilevato ad un valore accertato come vero) e la precisione (capacità di fornire valori tra loro vicini) al di là dei test effettuati dalla ditta produttrice.

Certamente l'automisurazione domiciliare della pressione arteriosa consente un approccio collaborativo multidisciplinare con il medico di riferimento nell'ambito di un modello di patient-centered-care che si è dimostrato particolarmente efficace nel migliorare il controllo della pressione arteriosa e lo stato di salute del paziente (9). Lo sviluppo tecnologico ha reso oggi disponibili sofisticate tecniche che offrono al paziente la possibilità di misurarsi la pressione arteriosa a casa propria con grande facilità. Gli apparecchi elettronici utilizzati per questo scopo sono completamente automatici e permettono la misurazione della pressione arteriosa brachiale mediante la semplice pressione di un tasto. La grande diffusione di questi apparecchi è dovuta all'accuratezza con la quale rilevano la pressione arteriosa, alla facilità d'uso ed ai costi attualmente piuttosto contenuti. Sebbene tale metodica sia di facilissima esecuzione, né il medico né il paziente devono indulgere nella tentazione di usare apparecchi che, magari meno costosi, non siano validati da società scientifiche di riconosciuta eccellenza. La validazione di un apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa è un momento fondamentale per accertarne la validità in ambito clinico in quanto consente di saggiarne, l'accuratezza (vicinanza del valore rilevato ad un valore accertato come vero) e la precisione (capacità di fornire valori tra loro vicini) al di là dei test effettuati dalla ditta produttrice. La possibilità di includere in questo approccio gestionale anche la teleassistenza, che gli apparecchi moderni consentono, rappresenta un ulteriore vantaggio applicativo di questo modello collaborativo medico-paziente-farmacista che ha in sé tutte le potenzialità per migliorare il controllo pressorio in ampie fasce di popolazione (Figura 1 e 2) (9).

In conclusione, le evidenze scientifiche attualmente disponibili aprono le porte ad un coinvolgimento sempre più fattivo del farmacista clinico nella gestione dei fattori di rischio cardiovascolare, ipertensione in primis, attraverso una collaborazione con il medico di riferimento del paziente sempre più stretta, improntata all'impiego ottimale delle specifiche competenze che valga a garantire il reciproco potenziamento dei messaggi terapeutici di rispettiva competenza.

Bibliografia

1. Santschi V, Chiolero A, Burnand B, et al. Impact of pharmacist care in the management of cardiovascular disease risk factors: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Arch Intern Med.* 2011;171:1441-1453. doi: 10.1001/archinternmed.2011.399.
2. Altowajiri A, Phillips CJ, Fitzsimmons D. A systematic review of the clinical and economic effectiveness of clinical pharmacist intervention in secondary prevention of cardiovascular disease. *J Manag Care Pharm.* 2013;19:408-416.
3. Santschi V, Chiolero A, Colosimo AL, et al. Improving blood pressure control through pharmacist interventions: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Heart Assoc.* 2014;3:e000718. doi: 10.1161/JAHA.113.000718
4. Health Professions Act. Edmonton, AB, Canada: Alberta Queen's Printer; 2007:chap H-7.
5. Alberta College of Pharmacists. Guide to Receiving Additional Prescribing Authorization (2nd Edition, January 2013). <https://pharmacists.ab.ca/sites/default/files/APAGuide.pdf>. Accessed April 5, 2014.
6. Tsuyuki RT, Houle SK, Charrois TL, et al. Randomized Trial of the Effect of Pharmacist Prescribing on Improving Blood Pressure in the Community: The Alberta Clinical Trial in Optimizing Hypertension (RxACTION). *Circulation.* 2015;132(2):93-100.
7. Tocci G, Rosei EA, Ambrosioni E, et al. Blood pressure control in Italy: analysis of clinical data from 2005-2011 surveys on hypertension. *J Hypertens.* 2012 Jun;30(6):1065-74. doi: 10.1097/HJH.0b013e3283535993. PMID: 22573073.
8. Automisurazione domiciliare della pressione arteriosa: il fulcro della cooperazione. Sinergie Edizioni Scientifiche 2019.
9. Omboni S, Tenti M, Coronetti C. Physician-pharmacist collaborative practice and telehealth may transform hypertension management. *J Hum Hypertens.* 2019 Mar;33(3):177-187. doi: 10.1038/s41371-018-0147-x. Epub 2018 Dec 13. PMID: 30546052.

Farmacista e telemonitoraggio domiciliare della pressione arteriosa; un binomio vincente nel controllo dell'ipertensione arteriosa

Giovambattista Desideri

Dipartimento di Medicina Clinica Sanità Pubblica Scienze della Vita e dell'Ambiente
Università degli Studi dell'Aquila

La telemedicina è uno strumento decisamente promettente per migliorare l'accesso alle cure e responsabilizzare i pazienti, influenzando i loro atteggiamenti e comportamenti e, quindi, migliorarne le condizioni cliniche.

La telemedicina rappresenta un approccio gestionale innovativo che combina varie forme di *Information and Communication Technology* per erogare a distanza cure, consulenze, percorsi educazionali, assistenza sanitaria specifica e servizi clinici e per il monitoraggio dei principali parametri dei pazienti (1). La telemedicina è uno strumento decisamente promettente per migliorare l'accesso alle cure e responsabilizzare i pazienti, influenzando i loro atteggiamenti e comportamenti e, quindi, migliorarne le condizioni cliniche (2). Si prevede che la telemedicina sarà sempre più utilizzata in prossimo futuro per la gestione delle malattie acute e croniche in ragione del progressivo invecchiamento della popolazione con una maggiore aspettativa di vita e una migliore sopravvivenza a seguito eventi cardiovascolari con conseguente incremento del carico assistenziale.

Il ruolo della telemedicina è diventato sempre più rilevante alla luce della pandemia COVID-19 che ha inevitabilmente limitato l'accesso degli utenti alle strutture ambulatoriali ed ospedaliere per ridurre il rischio di contagio, soprattutto nel caso dei pazienti anziani e/o con patologie croniche. Il distanziamento sociale e la riduzione degli spostamenti hanno messo in luce la pressante necessità della telemedicina come modalità

efficace per gestire al meglio una serie di condizioni croniche, compresa l'ipertensione (3,4).

Del tutto recentemente sono state pubblicate le raccomandazioni per il telemonitoraggio domiciliare della pressione arteriosa che definiscono gli ambiti di applicazione di questa metodica e gli aspetti organizzativi (2) (Figura 1). Una prima tipologia di individui che possono giovare della telemedicina è rappresentato dai soggetti per i quali ho opportuno lo screening per la possibile presenza di ipertensione in ragione di fattori genetici, ambientali o comportamentali che possono accrescerne il rischio. Gli ipertesi in trattamento rappresentano una seconda categoria di soggetti che possono beneficiare del telemonitoraggio della pressione arteriosa, soprattutto quelli ad elevato rischio cardiovascolare, o che presentano comorbidità, o con ipertensione resistente, o che mostrano una scarsa aderenza al trattamento. Questi pazienti necessitano, infatti, di una stretta sorveglianza clinica. Il telemonitoraggio della pressione arteriosa è utile anche per i pazienti ipertesi a rischio cardiovascolare più basso e con una pressione adeguatamente controllata nei quali transitori rialzi pressori possono suggerire l'opportunità di un controllo più assiduo.

Le farmacie stanno assumendo una rilevanza crescente nella gestione dell'ipertensione arteriosa nel nostro Paese, grazie anche alla fattiva collaborazione che la Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa (SIIA) da anni ha sviluppato con molte farmacie per la diffusione della prevenzione cardiometabolica sul territorio, aumentando la consapevolezza dei cittadini sui rischi cardiovascolari correlati all'ipertensione.

In linea generale la telemedicina nella gestione dell'ipertensione arteriosa è relativamente semplice da realizzare su larga scala e sostanzialmente ben accettata da parte dei pazienti. L'aderenza media ai programmi di gestione dell'ipertensione arteriosa con la telemedicina, analizzata in 13 studi (5 condotti in ambito ospedaliero, 5 nell'ambito della medicina generale e 3 in ambito di comunità), per un totale di 1662 pazienti, è risultata decisamente elevata: il 76.8% di pazienti ha seguito il programma di telemedicina (range, 48%–90%) (5). In 10 studi (3 condotti in ambito ospedaliero, 5 nell'ambito della medicina generale e 2 in ambito di

comunità), per un totale di 1120 pazienti, ben l'87% dei partecipanti hanno considerato la telemedicina una soluzione utile per la gestione della propria condizione di ipertesi (5). L'efficacia del telemonitoraggio della pressione arteriosa è ben documentata sia nella popolazione generale degli ipertesi che in specifiche tipologie di pazienti quali i diabetici, o quelli ad elevato rischio cardiovascolare o con malattia renale, oppure nelle donne in gravidanza (2). Gli ambiti di applicazione nei quali è stata valutata l'efficacia della telemedicina nella gestione dell'ipertensione arteriosa sono ampi e spaziano dalla medicina generale, ai contesti comunitari ("chioschi" per la misurazione pressoria, sale di attesa degli studi medici, drogherie) alle farmacie (2,6). Queste ultime, in particolare, stanno assumendo una rilevanza crescente nella gestione dell'ipertensione arteriosa nel nostro Paese, grazie anche alla fattiva collaborazione che la Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa (SIIA) da anni ha sviluppato con molte farmacie per la diffusione della prevenzione cardiometabolica sul territorio, aumentando la consapevolezza dei cittadini sui rischi cardiovascolari correlati all'ipertensione.

Nel corso degli ultimi anni alcuni studi randomizzati controllati hanno valutato l'impatto delle farmacie di comunità nella gestione dei pazienti ipertesi attraverso la telemedicina (la cosiddetta telefarmacia) (7).

In questi studi, un approccio gestionale condiviso medico-farmacista e basato sul telemonitoraggio della pressione arteriosa insieme ad una strategia educativa su stili di vita, terapia farmacologica e controllo dei fattori di rischio associati, si è tradotto in un miglioramento del controllo della pressione arteriosa grazie all'ottimizzazione del trattamento. In particolare, la riduzione della pressione arteriosa e la proporzione di pazienti con pressione controllata a 6 e 12 mesi sono risultate più ampie nei pazienti inseriti in un protocollo gestionale con il coinvolgimento del farmacista rispetto all'approccio standard (2). Del pari vantaggiosa si è dimostrata la gestione dell'ipertensione arteriosa basata sull'uso del monitoraggio domiciliare della pressione arteriosa e con il coinvolgimento del farmacista nei pazienti con malattia renale cronica (8) (Figura 2).

L'efficacia di questo programma di coinvolgimento del farmacista nella gestione dell'ipertensione si traduce anche in un favorevole rapporto costo-efficacia a tutto vantaggio della sua applicazione su ampia scala a costi relativamente contenuti rispetto alla gestione tradizionale (2).



Figura 1

Peraltro, in alcune realtà nazionali è anche prevista la possibilità di una gestione dei casi di ipertensione lieve non complicata da parte di farmacisti specificamente a ciò abilitati con conseguente riduzione del carico assistenziale per i medici che possono, quindi, dedicare maggiore attenzione ai casi più complessi di ipertensione arteriosa. Del tutto recentemente il progetto **TEMPLAR** (*Telemonitoring of Blood Pressure in Local Pharmacies*) ha documentato nel nostro Paese un miglioramento dello screening dell'ipertensione arteriosa grazie all'introduzione nell'ambito delle farmacie del monitoraggio ambulatorio della pressione arteriosa con teleriferazione e teleconsulto da parte di un medico (9). Invero, la figura del farmacista clinico sta assumendo una rilevanza crescente nella gestione delle patologie croniche in ragione delle sue competenze e grazie alla diffusione capillare delle farmacie sul territorio, anche nei piccoli centri dove spesso rappresentano l'unico presidio sanitario. Grazie al consolidato rapporto di fiducia che le lega ai pazienti, le farmacie stanno mutando rapidamente, assumendo una connotazione non solo limitata alla semplice dispensazione ma orientate verso un supporto clinico al paziente.

La diffusione sempre più ampia anche dell'automisurazione domiciliare della pressione arteriosa rappresenta senza dubbio un importante ambito di intervento del farmacista che non solo è in grado di fornire le giuste indicazioni sugli strumenti più affidabili per la misurazione della pressione arteriosa ma può guidare il paziente nella corretta interpretazione dei valori pressori rilevati e fornire indicazioni preziose sugli stili di vita salutari. Il diffuso utilizzo nelle farmacie di apparecchi che misurano la pressione, inoltre, rende i farmacisti adatti

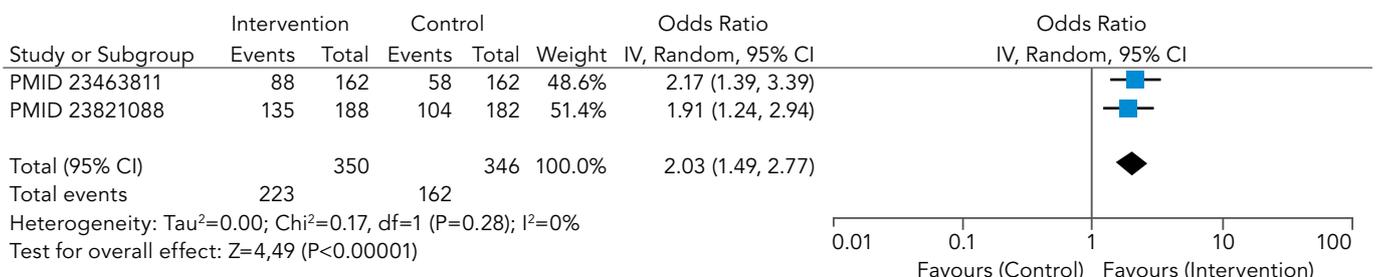
Il cardine sui cui poggia ogni programma di telegestione domiciliare dell'ipertensione arteriosa è rappresentato dai dispositivi per la misurazione pressoria che devono essere affidabili, semplici da utilizzare e validati da specifici protocolli internazionali.

a compiere un'attività di controllo dell'aderenza alla terapia con ricadute evidenti in termini di ottimizzazione del controllo pressorio.

Lo sviluppo di programmi di telemedicina richiede, ovviamente, investimenti in infrastrutture, incluso l'acquisto e l'assistenza di computer e dei relativi software, e la realizzazione di sistemi di trasmissione dei dati sicuri, che rispettino appieno la normativa sulla tutela della privacy (2). Il cardine sui cui poggia ogni programma di telegestione domiciliare dell'ipertensione arteriosa è rappresentato dai dispositivi per la misurazione pressoria che devono essere affidabili, semplici da utilizzare e validati da specifici protocolli internazionali. Lo sviluppo tecnologico ha reso oggi disponibili sofisticate tecniche che offrono al paziente la possibilità di misurarsi la pressione arteriosa a casa propria con grande facilità (10).

Gli apparecchi elettronici utilizzati per questo scopo sono completamente automatici e permettono la misurazione della pressione arteriosa brachiale mediante la semplice pressione di un tasto. La grande diffusione di questi apparecchi è dovuta all'accuratezza con la quale rilevano la pressione arteriosa, alla facilità d'uso ed ai costi attualmente piuttosto contenuti che consentono sostanzialmente a tutti l'acquisizione di strumenti semplici, affidabili e

Superiore efficacia di un intervento di gestione dell'ipertensione arteriosa con il coinvolgimento del farmacista e l'uso del telemonitoraggio domiciliare della pressione arteriosa rispetto all'approccio standard in pazienti con malattie renale cronica



mod. da ref. 8

Figura 2

Sebbene l'automisurazione domiciliare della pressione arteriosa sia una metodica di facilissima esecuzione, né il medico né il paziente devono indulgere nella tentazione di usare apparecchi che, magari meno costosi, non siano validati da società scientifiche di riconosciuta eccellenza.

precisi che consentono di superare i più rilevanti errori metodologici rappresentati da malposizionamenti del bracciale e/o dall'uso di bracciali di dimensioni inadeguate. Sebbene l'automisurazione domiciliare della pressione arteriosa sia una metodica di facilissima esecuzione, né il medico né il paziente devono indulgere nella tentazione di usare apparecchi che, magari meno costosi, non siano validati da società scientifiche di riconosciuta eccellenza. La validazione di un apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa è un momento fondamentale per accertarne la validità in ambito clinico in quanto consente di saggiarne, l'accuratezza (vicinanza del valore rilevato ad un valore accertato come vero) e la precisione (capacità di fornire valori tra loro vicini) al di là dei test effettuati dalla ditta produttrice. Sono attualmente disponibili elenchi dei dispositivi validati su siti internet dedicati (ad esempio, www.dableducational.org oppure www.ipertensionearteriosa.net). I moderni apparecchi, peraltro, possono registrare le misurazioni pressorie effettuare dal paziente e trasmettere i dati a distanza consentendo di realizzare agevolmente esperienze iniziali di telegestione domiciliare della pressione arteriosa che oggi più che mai devono rappresentare una porta sempre più ampia verso il futuro.

Bibliografia

1. Sood S, et al. What is telemedicine? A collection of 104 peer-reviewed perspectives and theoretical underpinnings. *Telemed J E Health*. 2007;13:573-590.
2. Omboni S, et al. Evidence and Recommendations on the Use of Telemedicine for the Management of Arterial Hypertension: An International Expert Position Paper. *Hypertension*. 2020 Nov;76(5):1368-1383.
3. Keesara S, et al. COVID-19 and health care's digital revolution. *N Engl J Med*. 2020;382:e82.
4. Latifi R, Doarn CR. Perspective on COVID-19: finally, telemedicine at Center Stage. *Telemed e-Health*. 2020. doi: 10.1089/tmj.2020.0132
5. Omboni S, et al. The role of telemedicine in hypertension management: focus on blood pressure telemonitoring. *Curr Hypertens Rep*. 2015;17:535.
6. Omboni S, et al. E-health in hypertension management: an insight into the current and future role of blood pressure telemonitoring. *Curr Hypertens Rep*. 2020;22:42.
7. Omboni S, et al. Physician-pharmacist collaborative practice and telehealth may transform hypertension management. *J Hum Hypertens*. 2019;33:177-187.
8. Nakanishi M, et al. Impact of pharmacist intervention for blood pressure control in patients with chronic kidney disease: A meta-analysis of randomized clinical trials. *J Clin Pharm Ther*. 2020 Sep 19. doi: 10.1111/jcpt.13262. Epub ahead of print. PMID: 32949161.
9. Omboni S, et al. TEMPLAR (Telemonitoring of Blood Pressure in Local Pharmacies) Project Group. Telemonitoring of 24-hour blood pressure in local pharmacies and blood pressure control in the community: the templar project. *Am J Hypertens*. 2019;32:629-639.
10. Automisurazione domiciliare della pressione arteriosa. *Patient & Cardiovascular Risk*, 2019

Bracciale Intelli Wrap
MISURAZIONE
SEMPLICE
PER RISULTATI
AFFIDABILI

Così puoi dedicarti
alle cose
che ami fare.

BRACCIALE INTELLI WRAP

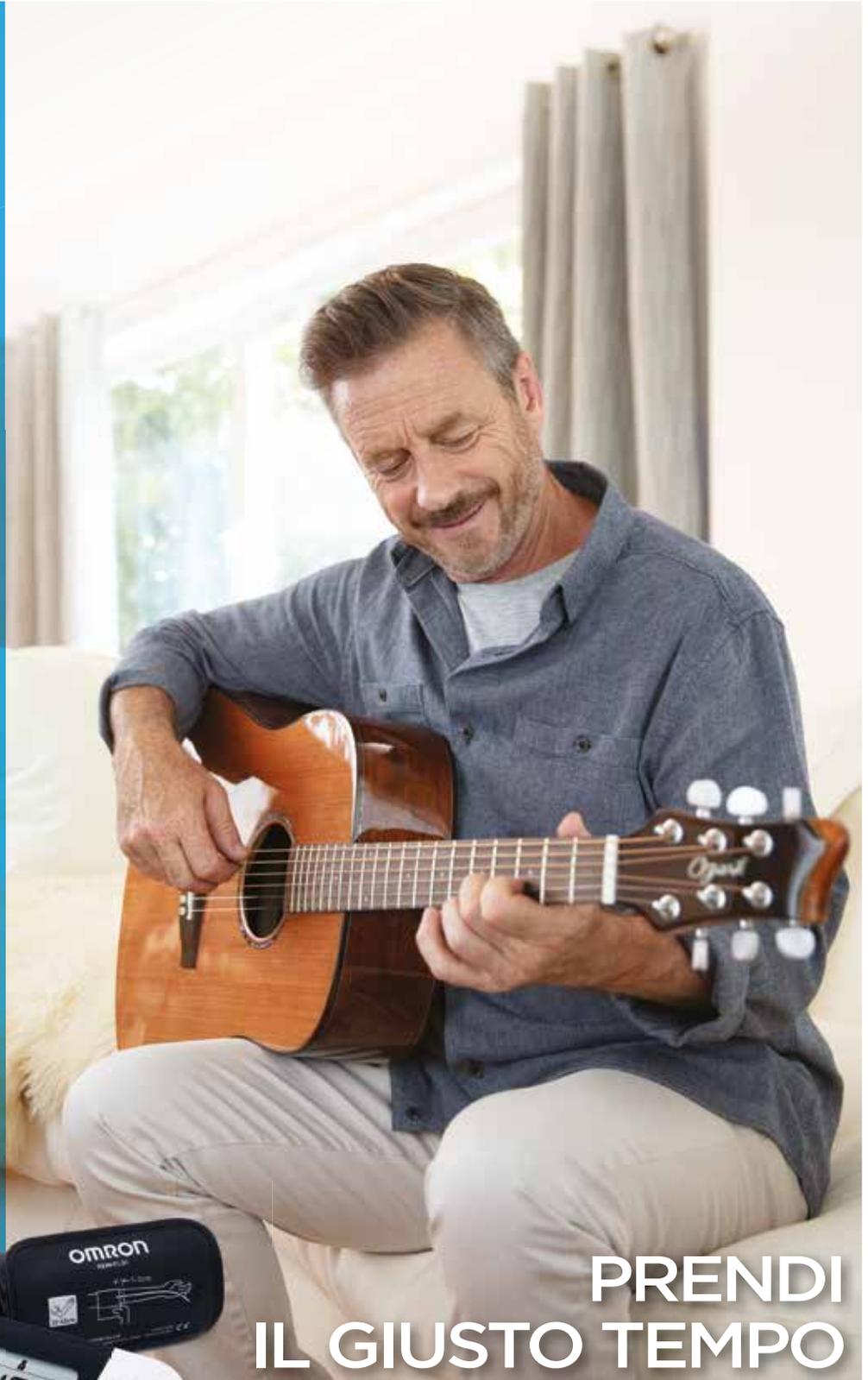
Risultati affidabili in tutte
le posizioni intorno
al braccio.

AFib

Indica la possibile
fibrillazione atriale
e consente di monitorarla
quotidianamente.

OMRON Connect

Misurazioni sempre
a portata di mano.



PRENDI
IL GIUSTO TEMPO

**PER IL TUO
CUORE**



M7 Intelli IT

Misuratore di pressione automatico da braccio.



* Nei misuratori di pressione a domicilio in Europa (EU9),
Kantar Health, indagine su cardiologi (2019)