

**REGIONE
PIEMONTE**

**COMUNITÀ MONTANA
VALPELLICE U.S.S.L. 43**

**Individuazione
dei soggetti ipertesi
e controllo
dell'ipertensione arteriosa
nella USSL 43**

Responsabile del progetto di ricerca finalizzata
della Regione Piemonte

Giovanni RISSONE

Gruppo di Ricerca

**Paola ARTONI - Donatella BARTOLI
Alda LERDA - Guglielmo PANDOLFO - Carmelo LOIACONI
Carlo SENORE - Claudia VALABREGA**

STANDARD
FORM NO. 1

OFFICE OF THE
SECRETARY OF THE ARMY

WASHINGTON, D. C.

1. Name of the person or organization to whom this report is being submitted: *U. S. Army*

2. Name of the person or organization from whom this report was obtained: *U. S. Army*

3. Title of the report: *Report of the Secretary of the Army on the RISSONB Division in the 1st Cavalry Division*

4. Date of the report: *1954*

5. Author: *U. S. Army*

6. Title of the organization: *U. S. Army*

7. Address of the organization: *U. S. Army*

8. City: *U. S. Army*

9. State: *U. S. Army*

10. Country: *U. S. Army*

11. Name of the person or organization to whom this report is being submitted: *U. S. Army*

12. Name of the person or organization from whom this report was obtained: *U. S. Army*

13. Title of the report: *Report of the Secretary of the Army on the RISSONB Division in the 1st Cavalry Division*

14. Date of the report: *1954*

15. Author: *U. S. Army*

16. Title of the organization: *U. S. Army*

17. Address of the organization: *U. S. Army*

18. City: *U. S. Army*

19. State: *U. S. Army*

20. Country: *U. S. Army*

STANDARD
FORM NO. 1

PREFAZIONE

Questa ricerca finalizzata alla individuazione dei soggetti ipertesi ed al controllo dell'ipertensione arteriosa nella popolazione al di sopra dei venti anni di questo territorio montano, finanziata dalla Regione Piemonte e gestita da questa U.S.S.L., sotto la responsabilità tecnica del Dr. RISSONE Giovanni, ha consentito di affrontare problemi importanti legati alla riforma socio-sanitaria: certamente quello della prevenzione ma anche dell'integrazione fra operatori sanitari e operatori sociali e questi con l'Università, in un rapporto costante con la popolazione, volto al coinvolgimento del primo interlocutore che è, e rimane il cittadino; infine l'avvio di quel processo di riqualificazione e di ridefinizione del ruolo del medico di medicina generale perché sia sempre più medico.

È stato dunque uno sforzo che ha coinvolto amministratori, medici generali, medici dell'Ospedale Valdese di Torre Pellice, infermieri, operatori socio-assistenziali, il gruppo universitario coordinato dal Prof. Pandolfo, e la popolazione, come descritto nella documentazione della ricerca.

Nel ringraziare tutti, ricordando il carattere comunitario di questa ricerca, intesa non come progetto scientifico a sé stante, ma come strumento di cambiamento per la salute, ritengo necessario sottolineare ancora che questo lavoro, vincolato al massimo rigore scientifico, ha determinato in questa U.S.S.L. nuove condizioni per un operare moderno per la salute delle persone.

Il Presidente
(Arch. Piercarlo LONGO)

INTRODUZIONE

Il presente studio, finanziato dalla Regione Piemonte nell'ambito dei progetti di ricerca sanitaria finalizzata, è stato svolto dall'USSL 43 (Comunità montana Val Pellice), che autonomamente stava elaborando un piano di intervento sul problema "ipertensione", in collaborazione con l'Università di Torino (Istituto di Medicina Interna) e si proponeva le seguenti finalità:

1) *Obiettivo generale* : attivare un intervento sanitario preventivo sul territorio con la collaborazione di tutto il personale socio-sanitario, verificandone successivamente l'attuazione e l'efficacia.

2) *Obiettivi specifici*:

A) valutare lo stato della pressione arteriosa nella popolazione adulta;

B) valutare a distanza di qualche anno lo stato di controllo dei soggetti con problemi pressori identificati durante il periodo dello screening.

La scelta di questo obiettivo di intervento non è stata casuale: la letteratura internazionale ha prodotto in questi ultimi venti anni molti studi su tale materia. Si può oggi affermare che:

A) *Prevalenza*

Non meno del 10-20% della popolazione adulta occidentale è affetta da ipertensione arteriosa, che rappresenta uno dei principali fattori di rischio per malattie cardiovascolari, in relazione a:

1) *Sesso*: il rapporto di prevalenza tra maschi/femmine è favorevole agli uomini fino a 40-50 anni; dopo la menopausa invece il rapporto tende ad invertirsi (1,2,3);

2) *Età*: proporzionalmente maggiore con il suo aumentare.

B) *Morbilità e mortalità*

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio per varie condizioni morbose o in modo diretto o mediante l'accelerazione della malattia aterosclerotica. Il rischio di complicazioni nell'ipertensione arteriosa è direttamente proporzionale ai valori pressori sia sistolici che diastolici, sebbene questi ultimi siano ritenuti più probativi nel quantificare il rischio, perchè meno modificabili da fattori esogeni.

In realtà non esistono valori soglia per quanto riguarda l'ipertensione. Si è visto infatti che il rischio relativo aumenta in modo proporzionale ai valori pressori. Molti studi sono stati fatti, ma il confine tra la cosiddetta pressione normale ed elevata resta incerto (4).

Si possono indicare in 140/90mmHg i valori pressori al di sotto dei quali il rischio di incidenti cardiovascolari non subisce più rilevanti diminuzioni (5).

Studi epidemiologici prospettici (6, 7, 8, 9, 10) hanno dimostrato che nei soggetti ipertesi :

1) sono sette volte più frequenti gli incidenti cerebro-vascolari;

2) è quattro volte più frequente lo scompenso cardiaco;

3) è tre volte più frequente la cardiopatia ischemica;

4) il 10% muore per insufficienza renale;

5) è due volte più frequente l'arteriopatia obliterante periferica;

6) importante complicanza è la retinopatia ipertensiva

C) *Possibilità terapeutiche*

La terapia antipertensiva è oggi considerata sicuramente efficace, se ben condotta, nel ridurre i rischi di complicazioni (fatali e non fatali) ipertensive, sia per quanto riguarda l'ipertensione grave (P.D. inferiore a 115 mmHg) sia per quella moderata (tra 105-114 mmHg) (31,32,33).

Discorso a parte merita l'ipertensione cosiddetta "lieve", definita come: pressione diastolica persistente tra 90 e 104 mmHg, senza complicazioni in atto.

Questo tipo di ipertensione interessa circa il 70% degli ipertesi e tale dato sottolinea la portata del problema e l'importanza di un approccio adeguato. Gli studi principali su tale argomento (36,37,38,39,40,41,42) sembrano, nella maggior parte dei casi, indicare l'opportunità di trattare l'ipertensione "lieve", anche se i vantaggi che ne possono derivare sono molto meno evidenti ed il rapporto tra i costi e i benefici è molto più alto che nel caso dell'ipertensione più grave.

In soggetti con ipertensione lieve la terapia farmacologica è risultata efficace nel diminuire l'incidenza di ictus, di insufficienza cardiaca congestizia ed in generale di tutte le cause di mortalità di cui l'ipertensione rappresenta un fattore di rischio (43).

Solo per quanto riguarda la patologia coronarica l'utilità del trattamento non è ancora definitivamente dimostrata (44).

Alcuni studi pongono comunque l'accento sull'efficacia di un approccio non farmacologico (dieta iposodica, dieta ipocalorica in presenza di obesità, sospensione del fumo, esercizio fisico e rilassamento etc..) nell'ipertensione lieve, il quale può in alcuni casi sostituirsi al trattamento farmacologico (45,46).

Recentemente (1986) i partecipanti alla quarta conferenza sulla ipertensione "lieve" (organizzato dall'OMS) hanno approvato una guida per il trattamento della ipertensione lieve che rappresenta una revisione di quella prodotta nel 1982 (47).

Essa suggerisce i comportamenti da tenere con pazienti i cui valori pressori diastolici siano nel range 90-104 mmHg durante un periodo iniziale di quattro settimane:

1) La terapia farmacologica dovrebbe essere iniziata se la media delle pressioni diastoliche è superiore od uguale a 100 mmHg.

2) Se la pressione resta ad una media minore di 100 mmHg il medico dovrebbe consigliare di smettere di fumare (se il soggetto è fumatore) ed instaurare un appropriato trattamento non farmacologico. Inoltre la pressione dovrebbe essere monitorata in più occasioni durante i successivi tre mesi.

3) Se durante il follow-up dei tre mesi successivi la pressione scende sotto i 100 mmHg, il trattamento non farmacologico deve essere ribadito e continuato per lunghi periodi.

4) La terapia farmacologica dovrebbe essere introdotta se, durante un secondo periodo di osservazione della durata di tre mesi, la pressione è mediamente superiore od uguale a 95 mmHg.

5) Per i soggetti con una pressione diastolica persistentemente minore od uguale a 95 mmHg, si deve valutare l'eventuale presenza di fattori aggravanti quali fumo, diabete e ipercolesterolemia. Se presenti, oltre alla prescrizione di una terapia non farmacologica, si deve introdurre il trattamento farmacologico.

Si deve poi considerare la presenza di fattori che possono influenzare la decisione di iniziare o meno un trattamento farmacologico:

Pressione sistolica L'aumento comporta un rischio addizionale.

Età Non è ancora dimostrato un'utilità di trattamento in persone con più di 80 anni di età. Se si decide di instaurare un trattamento terapeutico, è necessaria molta cautela per gli effetti collaterali, a volte anche molto gravi. Se i pazienti hanno più di 70 anni e sono in buona salute possono essere trattati come i soggetti più giovani.

Indicazioni cliniche Segni cardiaci clinici, elettrocardiografici, ecocardiografici o radiologici di ipertrofia sinistra sono una chiara indicazione per il trattamento, così come lo sono anche segni di patologia renale o un'anamnesi familiare positiva per incidenti cardiovascolari.

In sintesi, si può affermare che la cautela nell'iniziare un trattamento farmacologico in caso di ipertensione lieve è giustificata e deve essere valutata in ogni singolo caso, anche in relazione agli elevati costi ed ai rischi di un trattamento indiscriminato a tutti i soggetti.

Il rapporto (48) del "Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure" (1988) indica di intraprendere il trattamento farmacologico in presenza di valori diastolici persistentemente superiori a 94 mmHg e nel range tra 90 e 94 mmHg se sono presenti concomitanti fattori di rischio (fumo, diabete, ipercolesterolemia).

Per comprendere la portata di quest'ultimo aspetto riportiamo i dati del National Health and Nutrition Examination, che indicano che ben il 58% degli individui tra i 24 e 70 anni, con valori pressori tra 90-94mmHg, presenta uno o più fattori di rischio prima menzionati.

Un ultimo aspetto va ancora considerato a proposito del rischio di morbilità e mortalità in relazione ai valori pressori. Sarebbe importante identificare i limiti pressori al di sotto dei quali il

rischio di accidenti cardio e cerebro-vascolari si riduce al minimo. A questo proposito recenti dati (4,41,49) dimostrano che soggetti con valori pressori tra 80-89 mmHg sono esposti ad un rischio di mortalità per malattie cardio-vascolari due volte superiore ai soggetti con valori diastolici inferiori ad 80 mmHg.

Per questo si impone oggi la necessità di identificare precocemente gli individui appartenenti alla categoria sopracitata, per attuare una serie di strategie di prevenzione (misure igieniche nutrizionali, correzione di eventuali fattori di rischio e monitoraggio pressorio frequente). La diagnosi precoce in tali soggetti si è dimostrata efficace nell'impedire la successiva evoluzione in ipertensione franca.

D) Controllo

Esiste una frattura tra le conoscenze scientifiche sin qui elencate e la situazione esistente riguardo al controllo dell'ipertensione nella popolazione.

Studi compiuti in altri paesi evidenziano come la semplice identificazione del problema ipertensione non sia di per sé sufficiente: una parte delle risorse deve necessariamente essere impiegata per migliorare a lungo termine il controllo della ipertensione (34,35).

Il problema di un carente controllo dell'ipertensione va definito nelle sue varie fasi:

- non identificazione del soggetto iperteso;
- anche se l'iperteso è identificato, il medico può non aver consigliato una terapia adeguata o averne consigliato la sospensione ;
- inefficacia della terapia, per ipertensione resistente oppure per "non compliance" al trattamento da parte del paziente iperteso.

Generalizzando, si può affermare che: la metà degli ipertesi non sa di esserlo, solo la metà di coloro che lo sanno è in trattamento e di questi solo la metà è sottoposta a trattamento terapeutico efficace.

In particolare, se si fissano come valori pressori limite, al di sotto dei quali il soggetto può essere ritenuto controllato, a 140/90 mmHg, si constata da recenti studi che solo l'11% della popolazione americana considerata ipertesa può essere ritenuta sotto controllo (11).

Anche se negli ultimi anni abbiamo assistito ad un miglioramento nel controllo dell'ipertensione ed un progressivo declino nella mortalità per ictus e malattie cardiovascolari, si è ancora molto lontani dal ritenere tali risultati soddisfacenti (12,13,14).

Merita fare alcuni cenni sullo stato di controllo dell'ipertensione nel nostro paese .

La situazione non sembra ottimale; da alcuni dati pubblicati (24,25,26,27) si constata che:

- 1) la prevalenza dell'ipertensione oscilla da un minimo del 18% ad un massimo del 60%, a seconda di età, sesso, valori soglia considerati.
- 2) il 64% di ipertesi identificati mediante screening ignora di avere la pressione alta,
- 3) il 41% di coloro che sanno di essere ipertesi si sottopone regolarmente ad un trattamento ipotensivo,
- 4) solo nel 12,3% dei casi esso è efficace (valori pressori contenuti al di sotto di 160/95 mmHg).

MOTIVI DELLA NON ADERENZA ALLA TERAPIA

Si intende per "compliance" la corrispondenza più stretta possibile tra la prescrizione del medico ed il comportamento del paziente. Più precisamente essa si esplica in tre momenti:

- a) costanza nel seguire il trattamento farmacologico o di altra natura;
- b) regolarità e frequenza delle misurazioni della pressione arteriosa
- c) disponibilità a risolvere i problemi che impediscono il raggiungimento del successo della terapia (adeguamento della dosi, cambiamento dei farmaci nel caso compaiano effetti collaterali, etc...).

I motivi della non aderenza alla terapia possono essere divisi in "esterni", dipendenti da carenze del medico di base, delle strutture sanitarie, o semplicemente dall'assetto geografico e civile di un territorio ed "interni", corrispondenti a caratteristiche imm modificabili a breve termine, del paziente o della malattia.

Tra i motivi "esterni" di non compliance possiamo ricordare:

a) *Carenza di accessibilità alle strutture sanitarie* per inadeguatezza dei trasporti pubblici, scomodità degli orari ambulatoriali, ad esempio rispetto al lavoro. Un sovraccarico delle strutture sanitarie si può tradurre in lunghi tempi d'attesa presso gli ambulatori, minor tempo a disposizione per ciascun paziente a discapito della stessa misurazione pressoria e di un corretto rapporto medico-paziente. A questo proposito uno studio condotto dall'Università di S. Diego (15) dimostrò come in pazienti non controllati fu sufficiente offrire cure più personalizzate e monitoraggio pressorio più frequente per migliorare in modo significativo lo stato di controllo, il tutto senza un'eccessiva perdita di tempo da parte del personale sanitario (circa 15 minuti due volte al mese). Con ogni probabilità i ripetuti controlli rinforzano il convincimento del paziente ad adeguarsi al trattamento.

b) *Carenti informazioni sanitarie fornite dal medico.* Egli dovrebbe comunicare ed annotare i valori pressori riscontrati, spiegare che cos'è l'ipertensione ed i rischi che comporta, illustrare chiaramente la terapia farmacologica ed eventualmente non farmacologica, la sua efficacia, la sua durata e stabilire scadenze regolari per il controllo.

c) *La comparsa di effetti collaterali* benchè si sia osservato che solo nel 7% dei casi è causa della sospensione della terapia (16,17). Compito del medico di base è di intervenire:

1) con la sospensione del farmaco nel caso gli effetti collaterali siano legati all'azione farmacologica della sostanza;

2) preparando correttamente il paziente per quanto riguarda gli effetti transitori nei primi giorni di terapia, aiutandolo nel caso riferisca sintomi non correlabili farmacologicamente alla terapia.

d) *Il medico deve saper prescrivere una terapia efficace e al tempo stesso semplice* (es. monoterapia), *ben tollerata* (farmaci con scarsi effetti collaterali) ed il più possibile *costante* nel tempo. La preparazione del medico e la sua sensibilità nei confronti di questo problema sono determinanti per favorire una maggior "compliance".

Per migliorare la formazione professionale del medico alcuni autori americani hanno attuato un programma educativo sull'ipertensione, tramite la spedizione regolare di materiale informativo. I risultati di tale studio furono però scoraggianti: ci furono solo alcuni miglioramenti transitori, ma l'atteggiamento non venne modificato a distanza di tempo (18).

In un altro studio condotto nell'ambito del Edgecombe County (North Carolina) High Blood Pressure Control Program (19) si attuarono diversi incontri con i medici generici al fine di modificare il loro comportamento nella cura e nel controllo dell'ipertensione. Attraverso l'analisi dei risultati si osservò che il numero di pazienti che si sottoponevano a regolari controlli era aumentato, mentre non si ottennero delle modifiche nello stato di controllo dei soggetti ipertesi.

Tra i motivi "interni" di non compliance possiamo considerare:

a) *L'ipertensione come condizione morbosa*: essendo per lo più asintomatica, con l'interruzione della terapia non si apprezzano soggettivamente particolari disagi.

b) *Rifiuto della malattia*: il soggetto iperteso, spontaneamente e giustamente, non si considera malato e difficilmente accetta di sottoporsi ad una terapia per tutta la vita.

c) *Condizioni psicologiche particolari*, quali distrazione, irresponsabilità, sentimento di ostilità verso il medico, timore di diventare dipendenti.

d) *Emarginazione*: i soggetti che non socializzano, che vivono soli tendono a seguire meno attentamente le prescrizioni terapeutiche (20,21).

e) *Grado di istruzione*: La "non-compliance" e la conseguente maggior mortalità è più frequente tra i soggetti a minor scolarità ed a più basso livello socio-economico. Tale dato è confermato da una ricerca condotta nell'ambito dell'Hypertension Detection and Follow up Program (22).

f) *Età*: I pazienti anziani possono più frequentemente presentare disturbi, per es. di vista o di memoria, che facilitano gli errori.

g) *Abitudini di vita*: un'indagine ha dimostrato, in soggetti ipertesi che consumavano più di 60 gr. di alcool al giorno, che sospendendo l'assunzione di alcool, si può ottenere in breve tempo una riduzione dei valori pressori (23).

PROBLEMI POSTI DA INTERVENTO SANITARIO SULLA POPOLAZIONE

La struttura pubblica sanitaria per decidere un programma deve scegliere, tra i problemi sanitari, quelli che abbiano caratteristiche di:

- *importanza*: intesa sia come gravità della malattia sia come diffusione.

- *correggibilità*: l'intervento sanitario deve essere in grado di mutare il corso naturale della malattia; nel caso dell'ipertensione arteriosa è ormai ampiamente dimostrato come una terapia appropriata permetta di raggiungere questo scopo.

- *semplicità di diagnosi*: La malattia deve poter essere diagnosticata con indagini semplici, rapide ed affidabili; esse devono essere ben accette dalla popolazione e non presentare rischi. Molto importante è che il test utilizzato per lo screening riesca ad individuare tutti gli ipertesi e soltanto quelli: deve cioè avere una buona sensibilità (per escludere i falsi negativi) e specificità (per escludere i falsi positivi): l'introduzione delle misurazioni multiple di pressione ha consentito nel nostro caso di migliorare quest'ultimo fattore. È oggi dimostrata l'utilità delle rilevazioni multiple sia nella stessa seduta sia per almeno tre sedute successive. Se la media delle tre misurazioni è maggiore o uguale a 90 mmHg, per quanto riguarda i valori diastolici e maggiore o uguale a 140 mmHg per i valori sistolici, allora si potrà parlare di soggetto realmente iperteso. Per avere una idea delle dimensioni del problema possiamo riportare i risultati di uno screening sull'ipertensione ad opera del Munich Blood Pressure Program (28): tra tutti gli individui che alla prima visita presentavano valori pressori diastolici tra 90 e 94 mmHg solo nel 35% dei casi essi venivano confermati nella seconda visita.

Inoltre si deve tener conto di un altro aspetto: i valori pressorici riscontrati nell'ambulatorio medico non sempre coincidono con quelli "usuali", cioè presenti durante le normali attività del paziente (29), confermando la necessità di un atteggiamento non immediatamente aggressivo sia in senso diagnostico che terapeutico.

Rapporto tra costo dell'intervento sanitario e suo beneficio

L'aspetto economico di ogni intervento in campo sanitario va accuratamente valutato, giacché le risorse in uomini, mezzi e denaro impegnati in un certo progetto vengono inevitabilmente distolte da altre. In questo senso si può affermare che un intervento sull'ipertensione rispetta questi criteri, in quanto i costi per la misurazione pressoria sono minimi ed i benefici, in termini di prevenzione delle malattie reno-cardiovascolari, sono ripetutamente confermati dalla letteratura (30).

IL CONTROLLO DELL'IPERTENSIONE IN UNA COMUNITA'

Il controllo dell'ipertensione in una Comunità si articola in vari momenti:

- 1) Individuazione dei casi
- 2) Educazione e coinvolgimento del medico di base
- 3) Educazione sanitaria pubblica
- 4) Rimozione delle cause "esterne" che impediscono la migliore "compliance" alla terapia

L'individuazione dei casi corrisponde allo screening che mira ad identificare il maggior numero di ipertesi in un territorio stabilito.

Il metodo più efficace per condurre lo screening è quello dell'indagine "porta a porta" che, oltre a garanzie di capillarità, permette di arrivare a quei soggetti che usano meno i servizi sanitari e più facilmente sono portatori di ipertensione non diagnosticata.

Altre possibilità sono rappresentate da:

- automisurazione,
- rilevazioni nei luoghi con elevato transito di persone (es. supermercati),
- creazione di un ambulatorio ex-novo specifico dove la gente può affluire spontaneamente,
- screening sul posto di lavoro,
- convocazioni personali tramite lettera o altro presso centri preesistenti o creati per la occasione,
- collaborazione al progetto da parte dei medici di base.

A prescindere dalla maggior o minor efficacia di ciascun provvedimento, si può constatare come questi siano ancora insufficienti a garantire il controllo della pressione arteriosa in una comunità, come concordemente affermano i dati della letteratura (46,50,51,52). Per evitare di vanificare l'efficacia di uno screening, è necessario che si verifichino le *condizioni* seguenti:

1) *Organizzazione dei servizi sanitari*

I servizi sanitari devono strutturarsi in modo da poter rispondere all'aumento reale di domanda indotta dalla identificazione di nuovi ipertesi.

Questo si può ottenere, ad esempio, accorciando i tempi di attesa, fornendo orari congrui alle esigenze della popolazione, etc.

2) *Aggiornamento e sensibilizzazione di tutti i medici di base*

A questo proposito alcune considerazioni vanno fatte: i medici di base, fra tutte le figure professionali di un distretto, sono quelli con la più alta probabilità teorica di raggiungere la maggior parte degli utenti, seppur solo occasionalmente. Essi danno inoltre maggiori garanzie nell'esecuzione delle manovre per le rilevazioni pressorie ed una corretta classificazione dei valori ottenuti. L'ipertensione arteriosa è un'affezione di stretta pertinenza del medico di base (53); non si può ricorrere allo specialista per una patologia che interessa il 10-20% della popolazione (3 milioni di italiani), che è facilmente curabile e che, in almeno il 90% dei casi è "primitiva" e non necessita di approfondimenti diagnostici (5).

Solo nel caso si sospetti un'ipertensione di tipo "secondario", o in caso di malattia ipertensiva refrattaria alla terapia, o in situazioni ad alto rischio per incidenti cardio-vascolari (pregressi T.I.A., infarti), è legittimo fare ricorso a consulenze specialistiche.

Fondamentale diventa, allora, garantire il miglioramento dell'approccio del medico di base rispetto al problema ipertensione. In questo senso si potrebbero interpretare i risultati dello studio Nordamericano HDFP, che dimostrano una diminuzione della mortalità negli ipertesi trattati da specialisti con terapia "a gradini" rispetto al gruppo di controllo (54).

Si deve, comunque, sottolineare l'importanza dell'aggiornamento professionale dei medici,

ritenuto da molti autori elemento determinante per un migliore controllo dei soggetti ipertesi (55).

I compiti specifici del medico di base dovrebbero essere:

a) Attuare un tempestivo trattamento terapeutico conforme alle conoscenze scientifiche attuali e allo stato del soggetto.

b) Prescrivere una terapia in grado di ridurre al minimo i disagi e gli effetti collaterali nel paziente.

c) Dedicare una parte dell'avisita per informare sulla importanza della patologia, sui rischi ad essa connessi, sulla necessità di un trattamento continuo, senza con questo generare eccessivi allarmismi. Fondamentale a questo proposito è instaurare con il paziente iperteso un rapporto di collaborazione e fiducia.

d) Individuare i pazienti che non collaborano e capire le cause che ne stanno alla base

e) Stabilire scadenze regolari per il controllo della pressione arteriosa.

3) Sensibilizzazione della popolazione

La popolazione dovrebbe essere sufficientemente interessata al problema. Se questo non avviene, gli ipertesi diagnosticati mediante screening sono destinati a diventare in alta percentuale non aderenti alla terapia.

Per realizzare tale obiettivo, non si può prescindere da una buona Educazione Sanitaria.

La "salute", in accordo con la definizione che ne ha dato l'Organizzazione Mondiale della Sanità, è intesa oggi non come "assenza di malattia" ma come una "condizione di armonico equilibrio funzionale fisico e psichico dell'individuo, dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale" (56). In tal senso l'Educazione Sanitaria non va più intesa come un "flusso unidirezionale di informazioni dall'esperto all'utente" (57), ma piuttosto come un'interazione positiva tra esperti di diversi settori ed utenti.

Non solo informazione, quindi, ma più ambiziosamente processo di comunicazione, intervento sociale, metodo di lavoro con l'obiettivo di mutare comportamenti collettivi.

I tecnici, individuati nel processo di Educazione Sanitaria, non saranno esclusivamente le categorie professionali tradizionali (medici di base, specialisti, etc...), ma altre categorie professionali che svolgono la loro attività nel settore informativo e socio-assistenziale.

In quest'ottica va concepita l'integrazione socio-sanitaria, intesa come superamento della presa in carica parcellizzata degli utenti da parte degli operatori socio-sanitari, e ancora meglio l'attivazione del Distretto di base, quest'ultimo da intendersi non come ufficio periferico, quanto un "organizzazione sul territorio di iniziative, di prestazioni, di progetti, di informazioni verificate, di controllo sull'efficienza (che funzioni bene) e sull'efficacia (che serva per gli obiettivi dati)" (58). Attraverso l'integrazione dei servizi è possibile ricomporre l'unità del soggetto che spesso, trovandosi in varie e molteplici situazioni, riceve tipi di intervento contraddittori tra loro.

L'educazione sanitaria deve essere considerata la condizione indispensabile per stimolare l'assunzione di responsabilità nella difesa della salute, sia a livello individuale che collettivo.

Obiettivo forse difficile da realizzare, ma che rappresenta un presupposto necessario per la riuscita di un progetto di tipo preventivo sulla salute.

Nel nostro caso questo vuol dire che non è sufficiente una maggior informazione sui rischi dell'ipertensione, per migliorare l'aderenza alla terapia da parte dei pazienti; sarebbero necessarie strategie più complesse, come ad esempio:

a) incontri guidati di gruppi di soggetti ipertesi per accrescerne le motivazioni e la capacità di autocontrollo (59);

b) coinvolgimento dei familiari;

c) approccio interdisciplinare, qualora ne sussista la necessità.

MATERIALI E METODI

E' stata presa in considerazione la popolazione residente nell'U.S.S.L. 43 di età uguale o superiore a 20 anni.

In base ai dati del censimento del 1981 la popolazione residente risultava essere di 21.910 persone. I soggetti in età compresa nella fascia di età da sottoporre ad indagine erano 17.008, corrispondenti al 77,6% di tutta la popolazione.

Al 30/6/86 la popolazione totale della Val Pellice risultava essere di 22.221 abitanti. Poiché però questi ultimi dati non sono disponibili stratificati per sesso ed età, nell'esposizione dei risultati si farà riferimento ai dati ISTAT 1981.

Protocollo di indagine

Nel nostro progetto, al fine di individuare i soggetti ipertesi, si decise di fare riferimento alla pressione diastolica (PD): per gli individui di età inferiore ai 65 anni il valore limite da non superare era di 95 mmHg; per quelli di età superiore ai 65 anni era di 100 mmHg. Per questi ultimi si fissarono a 160 mmHg i valori sistolici al di sopra dei quali definire un soggetto iperteso.

I valori pressori furono ritenuti validi indistintamente sia per gli uomini che per le donne.

Si decise anche di non considerare iperteso un soggetto che alla prima rilevazione pressoria avesse valori superiori a quelli stabiliti, ma che fossero necessari tre controlli, distanziati nel tempo, tutti positivi, per autorizzare la diagnosi.

La pressione veniva misurata al paziente comodamente seduto da qualche minuto, tempo necessario per la rilevazione dei dati anagrafici.

Non si ritenne valida la posizione sdraiata perchè non riproducibile in tutti i luoghi stabiliti per le misurazioni pressorie.

Si utilizzarono, quando possibile, sfigmomanometri a mercurio; diversamente sfigmomanometri aneroidi, controllandone frequentemente la taratura.

Si fissarono inoltre i modi in cui misurare la pressione massima e la minima: *il valore sistolico* doveva coincidere con la ricomparsa del polso radiale durante lo sgonfiamento del manicotto e confermandone poi il valore con il fonendoscopio; *il valore diastolico* doveva coincidere con la rilevazione della quinta fase di Korotkow (la scomparsa dei toni al fonendoscopio).

Si stabilì di inviare immediatamente dal medico di base qualunque soggetto che si presentasse ad un centro per la rilevazione con valori pressori maggiori od uguali a 200/115 mmHg indipendentemente dall'età e dal suo stato pressorio precedente.

A seconda dei valori riscontrati i soggetti venivano classificati in:

1) *normotesi*: coloro ai quali venivano rilevati valori pressori inferiori ai limiti stabiliti e nei quali non fosse mai stata diagnosticata in passato l'ipertensione arteriosa.

2) *ipertesi noti*: individui che sapevano già di essere ipertesi, indipendentemente dall'assunzione di terapia e dai valori del controllo.

3) *ipertesi sospetti*: i soggetti non ipertesi che alla prima

rilevazione mostravano valori superiori ai limiti posti. Costoro dovevano essere invitati ad una seconda e terza rilevazione, durante le quali la pressione veniva misurata a dx e sx, riportando il valore più alto. A seconda dell'esito dei due controlli si sarebbe provveduto a ripartire gli ipertesi sospetti in:

3a) *ipertesi non noti*: coloro i quali in tutte e tre le misurazioni dimostravano valori di P.A. superiori a 160/100 mmHg se di età maggiore di 65 anni e valori di pressione diastolica maggiore di 90 mmHg se di età inferiore ai 65 anni.

Seguiva l'invio al medico curante, qualora la classificazione venisse posta in luogo differente

dall'ambulatorio medico, per i provvedimenti del caso.

3b) *ipertesi limite*: soggetti di età inferiore a 65 anni che in almeno una rilevazione avessero superato i limiti pressori definiti. Costoro venivano comunque inviati al proprio medico per essere sottoposti a controlli periodici. Tutti i soggetti che si presentavano come ipertesi limite e non noti venivano inviati al medico di base, i primi per essere sottoposti a controlli periodici, i secondi per eventuali accertamenti, le cure del caso ed il successivo follow-up.

Va comunque detto che alla fine dello screening non tutti gli ipertesi sospetti confluirono nelle altre due categorie, questo perchè molti di essi non si ripresentarono per la seconda e la terza rilevazione.

Un cartellino personale (vedi allegato 1), da riportare ad ogni controllo, veniva rilasciato a tutti coloro che si sottoponevano all'indagine.

METODO DI INDAGINE, PERSONALE UTILIZZATO E SUOI COMPITI:

Le varie fasi della realizzazione del progetto furono gestite da una segreteria tecnica con compiti di promozione, coordinamento e verifica dell'attività di screening condotta sul territorio.

Questa segreteria era composta da alcuni amministratori dell'U.S.S.L. 43 e dal gruppo universitario (vedi nota pag. 14).

L'attività di coordinamento e verifica della qualità delle prestazioni fu ispirata ad un'obiettivo di integrazione dei servizi territoriali e realizzata attraverso riunioni periodiche con le diverse figure professionali che collaboravano al progetto (medici, visitatrici domiciliari, ecc.), in modo da affrontare collegialmente eventuali problemi insorti. Furono anche programmati cicli di incontri con la popolazione sul "problema ipertensione".

Per la prima parte dell'indagine (lo screening) si utilizzarono tutti i luoghi che possedevano caratteristiche strutturali adeguate.

Furono coinvolti gli ambulatori infermieristici, i medici, i consultori familiari, le sedi territoriali del servizio d'Igiene Pubblica e l'Ospedale Civile di Pinerolo.

Le segnalazioni dei dati pressori relativi ai ricoverati presso l'ospedale di Pinerolo vennero ottenute mediante la rilevazione dei valori di pressione arteriosa registrati sulla cartella clinica e/o di un'eventuale diagnosi di ipertensione.

Venivano controllate le cartelle cliniche conservate nell'archivio dell'ospedale relative ad assistiti per i quali era indicata la residenza nel territorio dell'U.S.S.L. 43.

Tale metodo di rilevazione manifestò ben presto diversi inconvenienti:

- non sempre erano registrati valori pressori in cartella (soprattutto per ricoveri brevi),
- l'indicazione della residenza non era attendibile,
- il tempo richiesto era eccessivo in relazione al numero di casi individuati.

Per queste ragioni questa rilevazione fu sospesa dopo circa 6 mesi; in questo periodo erano state consultate le cartelle cliniche relative ad un periodo di tre anni (1982-1984).

Per quanto riguarda gli operatori, oltre a quelli appartenenti ai precedenti servizi, si trovò un'importante collaborazione con le visitatrici domiciliari (inizì nel '81), cui fu affidato il compito, sia di rilevazione dei valori pressori dei loro assistiti, sia di pubblicizzazione dell'indagine, specie nei nuclei di popolazione più isolati della valle. Dal maggio 1981 iniziò anche la collaborazione dell'ambulatorio infermieristico di Torre Pellice.

Il personale sanitario non medico fu istruito sulle modalità di misurazione concordate, ponendo particolarmente attenzione a quei soggetti con turbe del ritmo in cui la rilevazione pressoria poteva risultare problematica. Alcuni laureandi in medicina seguirono personalmente il personale non medico verificando l'acquisizione delle istruzioni fornite, per un tempo sufficientemente lungo da garantire la correttezza delle tecniche di rilevazione.

Successivamente (giugno '84) l'adesione totale dei medici permise l'estensione della ricerca in tutto il territorio, fornendo una partecipazione qualificata indispensabile per la riuscita di un'indagine con caratteri di prevenzione.

Per arrivare alla fascia d'utenza tra i venti ed i quarant'anni (soprattutto uomini), la quale più raramente si avvale delle strutture sanitarie pubbliche, si istituì nel Maggio '84 un servizio per la rilevazione pressoria nelle fabbriche e negli uffici, grazie ad un operatore del servizio di Igiene Pubblica con la collaborazione di studenti in medicina.

La ricerca fu pubblicizzata con:

- locandine e manifesti affissi in tutta la Comunità Montana

- ciclostilati distribuiti soprattutto attraverso le visitatrici domiciliari
- notizie sui giornali e attraverso radio locali e TV/TG 3
- materiale divulgativo nelle sedi di rilevazione
- un'assemblea pubblica con la partecipazione di esponenti locali e regionali della Sanità.

Nota

Il gruppo universitario, composto da medici specializzandi e frequentatori della Clinica Medica A dell'Università di Torino, e da studenti laureandi, è stato coordinato dal prof. G. Pandolfo, professore associato di Metodologia Clinica, Clinica Medica A, Dipartimento di Oncologia e Scienze Biomediche, Università di Torino.

STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Furono scelti come strumenti di valutazione due questionari, somministrati da tre medici borsisti del progetto di ricerca, il primo ai medici di base, il secondo ai loro assistiti.

L'uso dei questionari rispondeva a due esigenze particolari: da un lato, si voleva valutare se, e in che modo, il progetto aveva modificato lo stato di controllo dei soggetti individuati durante il periodo dello screening come ipertesi sospetti, limite e non noti, dall'altro individuare i motivi di non controllo per quei soggetti che, pur rientrando nelle categorie sopra descritte, avevano perso i contatti con il proprio medico.

Questionario 1: sottoposto ai medici di base in riferimento ai loro assistiti individuati come ipertesi sospetti, limite, non noti durante l'indagine.

La prima parte permette di identificare l'individuo attraverso i dati contenuti dal cartellino personale estratto dallo schedario generale (dati anagrafici, comune di residenza, luogo della rilevazione, medico di base, classificazione in base ai criteri fissati per lo screening etc..)

Con la compilazione del questionario poi il medico fornisce notizie sul proprio assistito con l'ausilio delle cartelle cliniche. Vengono annotati i valori pressori registrati in cartella, le modalità con cui il medico organizza il follow-up dei propri assistiti (se, ad esempio, registra sempre i valori pressori in cartella o se rilascia un cartellino all'assistito). Il medico di base riclassifica il proprio assistito in base ai dati in suo possesso, indipendentemente da come era risultato durante il periodo dello screening.

Il soggetto potrà così risultare:

normoteso,

iperteso, trattato farmacologicamente e/o con terapie non farmacologiche.

individuo a rischio (borderline) e quindi sottoposti a regolari controlli, nonché ad un eventuale correzione di eventuali fattori di rischio associati (fumo, ipercolesterolemia, ecc.).

caso perso cioè individui che, successivamente alla data della rilevazione nel corso dello screening, non hanno più avuto contatto con il medico, che non sa quindi dare alcuna informazione.

Se l'assistito risulta essere iperteso per il medico, si passa all'ultima parte del questionario. Le informazioni a questo proposito riguardano la presenza di eventuali complicanze della malattia ipertensiva, la possibile concomitanza di patologie croniche, nonché la maggior o minor attitudine ad assumere farmaci.

Per quei soggetti che non avevano più avuto alcun contatto con il medico di base, vennero attuate diverse strategie al fine di conoscere lo stato di controllo dell'ipertensione.

In una prima fase fu inviata a tutti una lettera, preparata dalla segreteria tecnica, ma firmata dal medico curante, nella quale si invitava il soggetto a presentarsi presso luoghi prestabiliti e concordati con l'U.S.S.L. 43.

Venivano offerte due possibilità per presentarsi, o in un giorno stabilito della settimana nelle ore preserali, o il sabato mattina in modo da consentire la partecipazione dei soggetti lavoratori.

La scelta di far figurare il medico di base nella lettera di convocazione fu fatta ritenendo di stimolare, in tal modo, una più cospicua partecipazione.

Alle persone che si presentavano presso la sede concordata veniva sottoposto il questionario "2" e venivano controllati i valori pressori (secondo le modalità in precedenza indicate).

Questionario 2: sottoposto agli individui che hanno interrotto ogni contatto con il proprio medico.

Il questionario, come già detto, è stato sottoposto a quei soggetti classificati come ipertesi sospetti, non noti e limite, dei quali non si sono trovate informazioni attraverso le interviste ai medici.

Dopo una prima parte che contiene i dati anagrafici, il grado di istruzione ed altre domande per l'inquadramento sociale del paziente, seguono domande sulle conoscenze del soggetto rispetto all'ipertensione come patologia.

Vengono poi considerate la frequenza con cui i soggetti si recano dal proprio medico e si sottopongono a controlli pressori, sia nell'ambulatorio medico, che altrove (farmacia, ambulatorio infermieristico, consultorio, A.V.I.S.).

In presenza di misure dilazionate nel tempo, se ne chiedono i motivi, al fine di rilevare la presenza di eventuali carenze nell'organizzazione sanitaria, difficoltà legate all'isolamento geografico o all'isolamento di anziani ed invalidi.

L'ultimo gruppo di domande è riservato ai soggetti sottoposti a trattamento farmacologico. Tre quesiti consentono di ricavare dati circa il grado di conoscenza dei farmaci ipotensivi e dei loro effetti collaterali, come pure sulle conoscenze relative alle modalità di assunzione e continuazione della terapia.

Si valutano poi il grado di aderenza alla terapia prescritta ed i motivi di una sua eventuale interruzione. Durante la compilazione del questionario si effettua una misurazione pressoria e i dati vengono registrati.

Si effettuarono successivamente interviste telefoniche, utilizzando lo stesso questionario, a quegli individui che non si presentarono personalmente e di cui si riuscì a rintracciare il numero telefonico. Anche i contatti telefonici si svolsero in orari congrui ad eventuali impegni di tipo lavorativo.

A coloro che non si erano presentati alle convocazioni e che non erano rintracciabili telefonicamente fu inviato un questionario postale, analogo nella sostanza al questionario "2", con alcune modifiche e semplificazioni per consentire risposte semplici e il più possibile complete. Al questionario era allegata una busta pre-affrancata per il rinvio.

Sia in occasione delle interviste telefoniche che sul questionario postale, si richiedeva agli assistiti di indicare (se lo ricordavano) il dato dell'ultima misurazione della pressione arteriosa da loro effettuato.

Vennero comunque esclusi quei soggetti che, attraverso un'indagine effettuata presso l'anagrafe di ciascun Comune, risultarono trasferiti o deceduti. Inoltre venne effettuato un controllo sull'elenco degli assistiti dell'U.S.S.L. 43 aggiornato al dicembre '86, per verificare se nel frattempo qualche assistito non avesse cambiato il nominativo del proprio medico.

ANALISI DEI DATI E CONTROLLO DI QUALITA'

Le risposte al questionario erano nella quasi totalità pre-codificate. Erano stati previsti codici diversi per le risposte "non so" e per i non rispondenti (quest'ultimo applicato solo nei questionari rivolti agli assistiti).

I questionari compilati presso i medici di base come quelli rivolti agli assistiti sono stati registrati su personal computer.

La qualità dei dati registrati è stata verificata attraverso l'applicazione di programmi atti ad evidenziare eventuali errori logico formali (valori "impossibili" o diversi da quelli pre-codificati, dati mancanti, etc...).

Per la comprensione dei risultati è necessario tener presente i seguenti aspetti.

I Comuni di residenza sono stati convenzionalmente divisi in due aree secondo criteri di omogeneità: in base alla densità della popolazione, isolamento geografico, etc...

Nella prima area, identificata come "città", sono stati classificati i seguenti Comuni: Torre Pellice, Luserna San Giovanni, Bibiana, Bricherasio; nella seconda area, identificata come "montagna", sono stati classificati i comuni di: Rorà, Angrogna, Villar Pellice, Bobbio Pellice.

La popolazione per cui è stato effettuato il follow-up è stata suddivisa in cinque fasce di età:

20-34 anni

35-44 anni

45-54 anni

55-64 anni

65 anni e oltre.

Per analisi più dettagliate riferite a gruppi particolari (es. ipertesi in terapia) è stata operata una suddivisione in tre sole classi: 20-44 anni, 45-64 anni, 65 anni e oltre, perchè la suddivisione in cinque classi avrebbe generato strati di numerosità troppo bassa.

L'età degli individui è stata calcolata in base alla data della misurazione pressoria annotata sul cartellino personale (ultima delle tre misurazioni necessarie ad identificare gli ipertesi limite e quelli non noti, unica misurazione disponibile per gli ipertesi sospetti).

Questa scelta dipende dal fatto che la ricerca si è protratta per un periodo di tempo abbastanza lungo (circa quattro anni).

L'analisi dei dati è stata condotta utilizzando il sistema S.A.S. installato su personal computer.

La valutazione del programma di prevenzione, presentata in questa relazione, ha anche finalità operative e si propone di evidenziare aspetti dell'intervento realizzato che necessitano di eventuale revisione, come anche di individuare problemi aperti ad una ulteriore elaborazione.

I risultati presentati tengono conto non solo della significatività statistica delle differenze rilevate, ma anche della loro potenziale rilevanza in relazione agli obiettivi del progetto e del significato che esse possono assumere in vista di successive scelte di intervento in ambito preventivo.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Al 31/12/1985 erano disponibili dati relativi alla pressione arteriosa per 7.263 persone (4398 femmine e 2865 maschi), corrispondenti al 42,7% della popolazione di età uguale o superiore ai 20 anni residente nell'U.S.S.L. 43 (74).

Di questi 7.263 individui :

- 5.222 (72%) sono risultati *normotesi*
- 1.456 (20%) sono risultati *ipertesi noti*
- 585 (8%) sono stati identificati come individui con problemi pressori non conosciuti prima dello screening.

Analisi generale

La tabella 1 presenta i dati relativi alla popolazione raggiunta dallo screening, stratificati per sesso e classe di età.

Si può notare come, rispetto alla popolazione generale, lo screening non abbia raggiunto tutti gli strati in modo omogeneo: nel gruppo di cui è noto lo stato pressorio le donne e gli individui appartenenti alle classi di età più anziane, sono in proporzione nettamente superiore rispetto a quella della popolazione residente. In particolare le rilevazioni pressorie risultano più scarse nelle due classi di età più giovani tra i maschi: solo il 28.3% degli uomini residenti in questa fascia di età è stato raggiunto dall'intervento di controllo della pressione, contro un 47.1% delle donne della stessa età.

Questo divario tende progressivamente a ridursi nelle fasce di età più anziane: nella fascia 40-50 anni sono disponibili dati relativi alla pressione per il 33.3% dei maschi e per il 44.8% delle femmine, mentre nel gruppo più anziano lo stato pressorio è stato determinato nel 46.9% dei maschi e nel 55.6% delle donne.

Questi dati rispecchiano verosimilmente la distribuzione dell'utenza abituale e le modalità di accesso e utilizzazione dei servizi sanitari di base. L'utilizzo dei servizi pare determinato principalmente dalla presenza di sintomi e dalla richiesta di prescrizioni o di prestazioni terapeutiche (ad es. terapia iniettiva nel caso dell'ambulatorio infermieristico), condizioni più frequenti nella popolazione anziana. L'accesso è regolato dalla disponibilità di tempo degli utenti, che è verosimilmente maggiore tra le donne, più spesso non occupate, e minore tra gli uomini in età lavorativa.

L'analisi del contributo delle singole sedi di rilevazione sembra confermare nella sostanza questa ipotesi (tabelle 2, 3, 4).

La proporzione di assistiti raggiunta dall'intervento del medico di base è sostanzialmente analoga nelle due zone geografiche in cui si può suddividere il territorio dell'USSL e anche la distribuzione per età del gruppo di rilevazioni effettuate dai medici rispecchia quella della popolazione finora sottoposta a screening.

Le visitatrici domiciliari, pur avendo contribuito solo per il 7.3% delle rilevazioni hanno svolto un ruolo rilevante in particolar modo nelle zone più disperse (in alcuni comuni della zona montana il numero di rilevazioni di questa fonte è pari o superiore a quelle segnalate dai medici di famiglia), raggiungendo in particolare gli anziani residenti nei luoghi più isolati.

L'ambulatorio infermieristico ha fornito 1500 casi pari al 20.7%; va però detto che il periodo in cui tale servizio si è trovato ad operare è stato più lungo rispetto alle altre fonti di rilevazione (dal maggio 1981). La più alta affluenza di persone anziane nell'ambulatorio infermieristico può essere spiegata, se consideriamo la più ampia elasticità d'orario rispetto all'ambulatorio medico e al più largo impiego di questa struttura da parte degli anziani, più frequentemente sottoposti a terapia iniettiva, in relazione ad una più alta frequenza di patologie croniche.

Le rilevazioni in fabbrica e quelle effettuate dall'Igiene Pubblica e dal consultorio familiare

hanno contribuito complessivamente per il 13.0% delle rilevazioni. Stratificando per classi d'età queste osservazioni, vediamo una maggior proporzione di rilevazioni nelle fasce di età più giovani.

Potenzialmente quindi il contributo, in termini di segnalazione di nuovi ipertesi, è molto importante, perchè sono stati raggiunti soprattutto quegli individui che fruiscono meno dei servizi sanitari: essi, se individuati come ipertesi, potrebbero trarre i maggiori benefici da un trattamento. Quantitativamente il dato fornito dall'Igiene Pubblica e dalla rilevazione di fabbrica non può essere considerato altrettanto positivamente: la scarsità di personale, l'adesione solo parziale delle fabbriche e degli uffici al progetto hanno impedito di sfruttare al massimo le potenzialità di questi servizi.

L'importanza di un intervento preventivo che riesca a raggiungere le fasce di età più giovani pare confermato dall'analisi dei dati relativi allo stato pressorio, stratificati per età (tab. 5). Si nota come la proporzione di soggetti con diagnosi di ipertensione aumenti con l'aumentare dell'età, con una punta del 34.9% di ipertesi noti tra gli individui con più di 60 anni; il dato significativo è costituito però dal rapporto tra ipertesi noti e individui per cui il primo riscontro di problemi pressori si è avuto al momento dello screening.

Tra gli individui più giovani il 22% degli ipertesi individuati (ipertesi noti + ipertesi non noti) non sapeva di esserlo, mentre solo per il 4% degli ipertesi individuati dallo screening nel gruppo di età più anziano non era stata posta una diagnosi di ipertensione in precedenza.

Considerazioni analoghe valgono per gli individui classificati come ipertesi sospetti o ipertesi limite.

FOLLOW UP DEI PAZIENTI INDIVIDUATI COME POTENZIALI IPERTESI NEL CORSO DELLO SCREENING

I risultati che esporremo in dettaglio sono quelli relativi ai 585 assistiti con problemi pressori rilevati per la prima volta al momento dello screening.

In base alla classificazione esposta nella sezione precedente (vedi Materiali e Metodi) questi individui sono così suddivisi:

- 392 (67,1%) IPERTESI SOSPETTI
- 114 (19,5%) IPERTESI NON NOTI
- 79 (13,5%) IPERTESI LIMITE

Di questi, il 55,3% appartiene al sesso femminile, il 44,7% è di sesso maschile.

La tabella 6 mostra il contributo delle varie fonti di rilevazione all'individuazione di questi casi.

Analisi preliminare

In base agli elenchi degli assistiti dell'U.S.S.L. 43 aggiornati al 31/12/86 e ai controlli anagrafici delle 585 persone segnalate nel corso dello screening, 64 risultavano non più residenti in Val Pellice e 10 risultavano deceduti nel frattempo.

Tra i deceduti 8 erano di sesso maschile e 2 di sesso femminile; la differenza non raggiunge però il livello di significatività statistica.

Confrontando il gruppo degli individui trasferiti con gli assistiti tuttora residenti, non si rilevano differenze statisticamente significative in relazione a sesso e zona di residenza al momento della prima rilevazione.

Risultano trasferiti il 12% delle persone segnalate nelle zone da noi classificate come montane e l'11% di quelle segnalate nelle zone più urbanizzate (città). In ambedue le zone la proporzione di trasferiti è relativamente più elevata tra i maschi (14,2%) rispetto alle donne (8,7%). Un'analisi stratificata per età fa rilevare un eccesso statisticamente significativo di persone trasferite tra i casi segnalati nella classe di età oltre i 64 anni; questo eccesso è dovuto in gran parte a casi ottenuti attraverso le rilevazioni ospedaliere (12 casi pari al 64% del totale dei trasferiti).

Questo dato ci consente di concludere che l'attività di rilevazione condotta sulle cartelle ospedaliere ha contribuito solo in minima parte a fornire quei casi che si volevano raggiungere attraverso la ricerca, con un rapporto costi-benefici decisamente svantaggioso. La decisione di sospendere dopo circa sei mesi tale servizio pare quindi giustificata dai dati da noi elaborati. Non sono rilevabili differenze statisticamente significative nella proporzione di trasferiti in relazione alle diverse fonti di rilevazione.

Tra i casi rilevati dal medico di base la proporzione di trasferiti è più bassa della media in ogni classe d'età. Questo dato si mantiene stratificando per sesso e area di residenza.

Nessuno dei casi rilevati in fabbrica risulta trasferito.

In relazione al tipo di iperteso si nota una maggior proporzione di trasferiti nel gruppo dei casi classificati allo screening come ipertesi sospetti. Il dato è d'altra parte comprensibile, se si considera che questo gruppo è costituito da coloro per cui esiste quasi sempre una sola misurazione, che può quindi essere più facilmente occasionale.

La valutazione di cui si riportano i risultati fa riferimento ai 511 assistiti ancora in carico ai medici di famiglia operanti sul territorio dell'USSL 43, escludendo non solo i morti, ma anche i trasferiti, che non possono essere considerati in una revisione dell'attività dei servizi territoriali.

I risultati saranno riferiti non a 511 questionari ma solo a 483: sono infatti stati esclusi dall'elaborazione i questionari compilati da uno dei medici di base, in quanto ritenuti inattendibili nelle loro risposte.

Confronto "casi noti" e "casi persi".

Di questi 483 assistiti, 318 (65,9%) hanno avuto nel corso degli ultimi anni contatti abbastanza regolari col medico di famiglia, il quale dispone di informazioni sul loro stato di salute e sui loro valori pressori, mentre 165 (34,1%) non hanno più avuto contatti col medico dalla data in cui erano stati rilevati i valori pressori alterati; per questi ultimi il medico non dispone di informazioni relative ai valori pressori e/o ad eventuali terapie. Questi casi saranno considerati nell'analisi come "casi persi". Dalla tabella 7 si può vedere come la proporzione dei casi persi sia analoga per le tre diverse categorie di potenziali ipertesi rilevate dallo screening (sospetto, limite e non noto). Confrontando il gruppo dei casi persi con quello degli assistiti sotto controllo medico, non si rilevano differenze in relazione alla distribuzione per area di residenza, per cui pare improbabile che l'isolamento geografico possa costituire un fattore determinante di una scarsa frequenza dei controlli medici.

Stratificando per sesso, si può constatare una maggior proporzione di casi persi tra gli uomini (39,4%) rispetto alle donne (30%), che resta costante nelle diverse aree di residenza e per ogni tipo di rilevazione.

Dall'analisi della tabella 8 possiamo vedere, in relazione ai luoghi di rilevazione, una proporzione più alta (54,1%) di casi persi rispetto ai casi noti per quanto riguarda le rilevazioni di fabbrica. Questo dato diventa ancora più significativo se si considera che tutte le persone individuate attraverso questo tipo di rilevazione sono tuttora residenti in valle e quindi potenzialmente raggiungibili da un intervento del medico di base.

Anche per le misurazioni effettuate dall'ambulatorio infermieristico e dalle visitatrici domiciliari si riscontra un eccesso di casi persi (41,8%), mentre si può constatare come tra le segnalazioni del medico di base questa proporzione sia più bassa (29,5%), a conferma del ruolo rilevante che questa figura professionale può assumere sia nell'individuazione dei soggetti con problemi pressori sia nel successivo follow-up.

Se analizziamo la distribuzione dei casi persi nelle diverse classi d'età (tab. 9), si osserva un eccesso di casi persi tra i 20-34 anni e sopra i 65 anni, indipendentemente dal tipo di iperteso considerato.

La maggior proporzione di casi persi nelle due classi d'età estreme si mantiene anche nella stratificazione per sesso.

Gli uomini presentano una proporzione di casi persi in eccesso nella classe di età tra i 20 e i 44 anni (47,1%) anni, senza che si noti una maggiore proporzione di casi sotto controllo nelle altre classi di età.

Questi dati nel complesso confermano quanto si ricava dalla letteratura internazionale. Possiamo citare un recente studio (60) il quale tratteggia l'identikit del soggetto iperteso che più frequentemente disattende il controllo periodico dal proprio medico. Questo corrisponderebbe ad un individuo di sesso maschile, sotto i 50 anni d'età, lavoratore che non presenta nessuna malattia cronica concomitante, generalmente poco aderente alla terapia farmacologica.

Per ciò che riguarda lo screening sul luogo di lavoro, risulta confermato il dato secondo cui difficilmente il medico di base, per quanto attento, è in grado di migliorare il controllo dei soggetti individuati in questa sede, trattandosi di soggetti fondamentalmente sani, poco propensi a ricorrere al medico per periodici controlli.

Per contrastare questo fenomeno che rischia di vanificare l'efficacia di un progetto di prevenzione in una Comunità, sono stati attuati in questi ultimi anni programmi di controllo comunitario della pressione sul luogo di lavoro (28, 61).

A questo proposito, uno studio condotto tra i lavoratori nello stato di Maryland (62) dimostra che si è ottenuto un miglioramento nel controllo e nel trattamento dell'ipertensione in quei soggetti che, dopo essere stati individuati attraverso lo screening, sono stati seguiti sul posto di lavoro rispetto a quelli che avevano scelto di essere trattati dal proprio medico.

Anche un recente studio italiano (63) sul controllo dell'ipertensione sul posto di lavoro (il progetto Necchi), il quale comprendeva l'identificazione, il trattamento antipertensivo "a gradini" ed il successivo follow-up dei soggetti ipertesi nell'ambito della struttura lavorativa, ha evidenziato la sua efficacia dimostrando, che più dell'85% dei soggetti individuati come ipertesi durante lo screening presentava valori pressori controllati (PAD-mmHg) dopo due anni dal suo avvio. All'inizio dell'indagine invece solo il 22% dei soggetti ipertesi risultava adeguatamente controllato.

Analisi dei "casi noti" al medico

Il medico di base aveva la possibilità di riclassificare il proprio assistito in: *normoteso, iperteso* (e quindi sottoposto a terapia farmacologica ed eventualmente non farmacologica), oppure *a rischio (borderline)*, per cui poteva ritenere necessari regolari controlli pressori ed eventualmente un trattamento non farmacologico.

Dei 318 soggetti per cui i medici sono in grado di fornire informazioni al termine dell'indagine il 49,4 risulta iperteso, il 17,3% è considerato a rischio, il 31,4% è giudicato normoteso.

Il dato, già di per sé significativo, consente importanti considerazioni, se si pone in relazione con la classificazione degli stessi soggetti effettuata durante il periodo dello screening (tab. 10).

Il 26% dei soggetti classificati come ipertesi limite nel corso dello screening risulta "a rischio", il 38% è stato posto in terapia antipertensiva, il 36% risulta normoteso.

Degli ipertesi non noti il 69,7% risulta attualmente in terapia, il 13% è considerato a rischio e solo il 16% risulta normoteso.

Gli ipertesi sospetti sono attualmente considerati normotesi dal medico in una proporzione del 36%, mentre solo il 45% risulta in terapia antiipertensiva. Questo dato, insieme a quello riferito agli ipertesi non noti, è un'ulteriore conferma dell'importanza delle rilevazioni multiple nel porre diagnosi di ipertensione.

Stratificando per sesso si nota solo un eccesso di uomini (50%) considerati a rischio dal proprio medico nel gruppo degli ipertesi limite, mentre per il sesso femminile non si osservano modificazioni significative, ad eccezione di un lieve aumento di normotesi nello stesso gruppo (42,1%).

L'età al momento dello screening non sembra costituire un fattore predittivo molto importante della condizione attuale degli individui identificati come ipertesi limite, sospetti, non noti.

Se si esclude infatti la classe d'età 65 anni e oltre, in cui una proporzione variabile dall'86% al 90% degli individui segnalati risulta attualmente in terapia antipertensiva, l'unica variazione di una qualche rilevanza, rispetto alle percentuali medie per ogni gruppo, risulta la quota relativamente ridotta (35,7%) di ipertesi in terapia tra gli ipertesi sospetti in classe d'età 20- 34 anni, con un corrispondente eccesso di normotesi (46,4%) nello stesso gruppo.

I casi ritenuti attualmente ipertesi aumentano in modo direttamente proporzionale all'età fino a 64 anni, con un picco molto evidente e statisticamente significativo per i soggetti con 65 anni e oltre (85,2%) (tab. 11).

Questo aumento progressivo delle proporzioni di ipertesi nelle classi di età più anziane è presente sia nel sesso femminile che maschile, anche se si osserva una maggior percentuale di donne con patologia ipertensiva rispetto ai maschi e parallelamente una minor proporzione di donne considerate "a rischio" dal medico. Secondo il medico infatti dovrebbero sottoporsi a controlli periodici il 26,2% dei maschi e il 14,5% delle donne.

La proporzione di soggetti a rischio è più alta nelle classi di età più giovani, con un massimo del 27,4% nella classe di età 35- 44 anni, mentre tende a diminuire nelle età successive, soprattutto sopra i 65 anni (3,7%). La differente proporzione di soggetti a rischio nei due sessi è particolarmente evidente nelle classi di età più giovani: tra i 35 e i 44 anni viene considerato a rischio il 41,94% dei maschi contro il 16,67% delle donne.

I soggetti classificati come normotesi dal medico di base sono proporzionalmente più rappresentati nella prima fascia di età (42,4%), dato che diventa ancora più significativo per il sesso femminile con il 64,2% dei casi.

A commento dei dati qui esposti possiamo affermare che i medici non adottano un approccio terapeutico immediatamente aggressivo in occasione del riscontro di valori pressori modicamente alterati in individui di età compresa tra i 30 e 44 anni di sesso maschile. Il medico in questi casi preferisce attendere, invitando il paziente a sottoporsi a regolari controlli e prescrivendo eventualmente un trattamento non farmacologico. Nelle età successive la tendenza diventa invece quella di intraprendere più facilmente il trattamento farmacologico. Quest'ultimo sembra invece non venir procrastinato per quanto riguarda le donne, più frequentemente classificate come ipertese o come normotesa.

Ipertesi

Dei 157 individui classificati dai medici come ipertesi il 63,6% è di sesso femminile, il 36,31% di sesso maschile.

45 (29,1%) appartengono alla classe d'età tra i 20-44 anni, 87 (56,1%) sono tra i 45-64 anni, e 23 (14,8%) hanno un'età superiore ai 64 anni.

La trascrizione sul questionario dei valori pressori registrati in cartella ha consentito di verificare lo stato di controllo pressorio di questi individui.

Prima però di passare a considerare questi dati, è necessario esporre i criteri stabiliti per definire un soggetto iperteso sotto controllo.

In realtà, da quanto pubblicato dalla letteratura internazionale, si può constatare che i valori soglia per definire un iperteso controllato non sono uniformi nei vari studi.

Il "Munich Blood Pressure Study" (28) ha fissato a 160 mmHg per la pressione sistolica e 95 mmHg per la diastolica i valori sotto i quali un iperteso viene definito controllato.

Gli stessi valori soglia sono stati applicati in numerosi altri studi (63,64,65).

Il "Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure" ritiene che un buon risultato terapeutico sia raggiunto solo quando i valori pressori vengono mantenuti su valori inferiori a 140/90mmHg (48).

Questa raccomandazione trova conferma nei dati pubblicati anche recentemente (1988) dall'Hypertension Detection and Follow-up Program, da cui si può constatare una significativa riduzione della mortalità nei soggetti con valori pressori minori di 90 mmHg.

In considerazione di quanto sopra riportato, i criteri da noi adottati considerano:

- controllati: con P.A. inferiore a 90 e 140 mmHg
- non controllati: con P.A. inferiore o pari a 95 e/o 160 mmHg
- Borderline: con P.A.D. tra 90-94 e P.A.S. tra 140-159 mmHg

Si è considerato come valore di riferimento, l'ultima misurazione registrata in cartella, anche questo in accordo con i criteri desunti dalla letteratura internazionale, secondo cui non ci sono differenze significative nel considerare la media delle tre precedenti in luogo dell'ultima (65).

Degli ipertesi in terapia da noi considerati, 5 persone presentano valori diastolici inferiori a 90 mmHg e sistolici superiori a 160 mmHg; tali soggetti risultano nella nostra classificazione come non controllati, ma rappresentano un problema da un punto di vista clinico, poichè un trattamento farmacologico in grado di abbassare selettivamente la pressione sistolica non è tuttora disponibile.

In base alla classificazione illustrata il 29,3% degli ipertesi presenta valori controllati; il 22,3% valori borderline; il 38,2% non è controllato; il 10,2% non aveva valori pressori registrati in cartella.

Stratificando per classi d'età (tab. 12), il controllo sembra complessivamente meno buono per i soggetti tra i 45-64 anni; di questi infatti solo il 24,1% presenta valori normali, il 26,4% valori borderline, il 37,9% non è controllato e infine l'11,5% non ha nessun dato pressorio in cartella.

Interessante è osservare dalle tab. 13 e 14 che esiste un migliore controllo nei confronti del sesso maschile rispetto a quello femminile: i maschi non controllati sono il 28% contro il 44% nel sesso femminile. Questo dato è in apparente contrasto con quanto si evince da altri studi epidemiologici. Uno screening condotto dal Munich Blood Pressure Study sugli abitanti di Monaco riferisce che il 41,9% delle donne ipertese tra i 30 e 69 anni presentava valori pressori controllati, in opposizione al 21,9% di sesso maschile (52).

L'apparente contraddizione può essere parzialmente spiegata, se si considera che i nostri dati sono riferiti solo a quel gruppo di soggetti che hanno mantenuto i contatti con il medico curante negli ultimi anni.

Possiamo infatti qui ricordare la maggior proporzione di "casi persi" nel sesso maschile ed ipotizzare che il divario tra questi due dati diventerebbe forse meno evidente, se si possedessero informazioni relative allo stato di controllo in questi soggetti.

Dalla analisi della tab. 15 si può osservare come tra quei soggetti ipertesi che sono in terapia per una concomitante patologia cronica la proporzione di casi che presenta valori non controllati sia inferiore a quella degli ipertesi che non soffrono di altra patologia; inoltre nello stesso gruppo sono meno numerosi i casi per cui le cartelle mediche sono incomplete.

Questo dato trova conferma anche in altri studi epidemiologici internazionali. La presenza di qualche patologia cronica concomitante all'ipertensione sembra infatti associarsi ad una maggior

frequenza di contatti con il medico curante, risultando in una miglior "compliance", sebbene tale fattore non si sia dimostrato predittivo (66).

Le patologie croniche che vengono segnalate con maggior frequenza nel nostro studio sono la cardiopatia ischemica, il diabete e le dislipidemie.

Consideriamo ora i casi in cui il medico (n.10) o il paziente (n.48) hanno interrotto la terapia farmacologica (tab. 16-17): in entrambi si osserva una proporzione diminuita di casi (10% e 18% rispettivamente) con valori pressori normali, però, mentre nel caso della sospensione da parte del medico aumenta proporzionalmente la percentuale dei borderline (50%), in seguito all'interruzione farmacologica da parte del paziente aumenta la proporzione di casi non controllati (45,8%).

Lo stato di controllo dei soggetti ipertesi può anche essere messo in relazione alla frequenza con cui le misurazioni pressorie vengono annotate in cartella, anche se non necessariamente i valori vengono annotati ad ogni misurazione.

Infatti per quanto riguarda il follow-up dei pazienti ipertesi, i medici hanno dichiarato di segnalare i valori pressori ad ogni misurazione nel 67,5% dei casi, per il 29,3% dei pazienti i medici registrano i valori delle misurazioni solo quando questi sono alterati o si distaccano significativamente dalla media dei valori di quel paziente; solo nel 3,2% i medici non avrebbero registrato i valori misurati.

Anche quando vengono registrate tutte le misurazioni, non sempre queste vengono riportate in cartella: nell'8,9% il medico rilascia solo un cartellino all'assistito. Su 157 pazienti riconosciuti come ipertesi, solo 141 hanno valori pressori registrati in cartella.

Nel 54,1% dei casi le misurazioni vengono segnate con una frequenza di 3-6 mesi, nel 35,7% dei casi i dati relativi alle misurazioni vengono segnati 1 volta all'anno o anche meno frequentemente. Comunque non si rileva un miglior stato di controllo tra coloro per cui vi sono più dati in cartella, rispetto al gruppo per cui vi sono meno informazioni.

Solo 9 ipertesi su 157 (5,7%) presentano manifeste complicazioni dell'ipertensione. Questa bassa proporzione di complicanze è verosimilmente spiegabile in base al fatto che si tratta di ipertesi individuati da pochi anni e comunque in fase precoce.

A 47 dei 157 soggetti identificati come ipertesi (29,9%) è stata prescritta solo una terapia farmacologica, mentre a 110 (70,1%) oltre al trattamento farmacologico sono stati dati consigli di tipo non farmacologico.

Effettuando una stratificazione in tre classi d'età (Tab. 18), si osserva che, procedendo nell'età, diminuisce il divario tra i due tipi diversi di trattamento: nella prima fascia d'età un trattamento combinato è stato proposto all'80% degli ipertesi e solo al 20% dei pazienti è stato prescritta esclusivamente una terapia farmacologica; sopra i 65 anni queste percentuali sono pari al 56,5% e al 43,4% rispettivamente.

Se confrontiamo questi due gruppi in relazione ai valori pressori che possono definire il loro stato di controllo, possiamo osservare come non esistano differenze significative per quanto riguarda le percentuali di soggetti con valori alterati, mentre si osserva una discreta differenza nella proporzione di casi in cui non si sono trovati valori pressori registrati in cartella: il 17% degli ipertesi sottoposti ad esclusivo trattamento farmacologico appartiene a quest'ultima categoria contro il 7,2% di ipertesi sottoposti ad entrambi i trattamenti.

Inoltre gli ipertesi sottoposti ad entrambi i provvedimenti terapeutici presentano un monitoraggio pressorio più frequente (il 62,7% ogni 3-6 mesi), rispetto al gruppo con esclusivo trattamento farmacologico (34% ogni 3-6 mesi).

A questo proposito va considerato che l'ultimo rapporto (1988) del "Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure" consiglia di intraprendere un trattamento non farmacologico in tutti i soggetti con ipertensione, indipendentemente da quello farmacologico (48).

Riguardo a quest'ultimo aspetto diverse ricerche epidemiologiche condotte negli ultimi anni hanno consolidato l'importanza di questo tipo di approccio al paziente iperteso (67,68,69).

In particolare, uno studio condotto nell'Australia Occidentale (1, 59), dimostra l'efficacia di un programma di educazione alla salute in quei soggetti già in trattamento farmacologico, ma con valori pressori non controllati.

Questo programma consisteva nel proporre un ciclo di incontri guidati a piccoli gruppi di ipertesi su diversi argomenti.

Nel primo incontro si illustravano i vari fattori di rischio associati alla patologia cardiovascolare con particolare riferimento all'ipertensione; nel secondo si poneva l'accento sull'importanza dell'esercizio fisico e su come i pazienti potessero incrementare la loro attività fisica durante la giornata.

Il terzo incontro affrontava il problema della dieta; nel quarto incontro venivano illustrate alcune tra le più semplici tecniche di rilassamento.

I soggetti che si sottoposero a questo tipo di intervento presentarono successivamente uno stato pressorio più controllato rispetto al gruppo di controllo.

Nel nostro studio il consiglio di terapie non farmacologiche non si associa ad un miglior controllo dei valori pressori. Occorre però considerare che non vi è stato nessun intervento specifico di formazione per i medici, che hanno fornito queste raccomandazioni secondo il loro stile usuale.

Affinchè un intervento sullo stile di vita del paziente (nel caso specifico modifica della dieta, esercizio fisico etc...) sia efficace, non è sufficiente limitare l'intervento medico a consigli generici, ma è necessario attivare interventi più incisivi ed articolati, per cui il medico deve ricevere una formazione che fino ad oggi è mancata.

Nel nostro caso comunque l'associazione dei due tipi di provvedimenti terapeutici presuppone un miglior monitoraggio pressorio ed una maggior attenzione da parte del medico.

Il medico di base aveva l'opportunità di segnalare da un minimo di uno ad un massimo di tre provvedimenti non farmacologici per ogni paziente iperteso.

Per 47 pazienti è stato consigliato un solo tipo di trattamento, per 43 due tipi di trattamento, per 30 tre tipi di trattamento.

Tra tutti gli interventi prescritti i più frequentemente segnalati sono la dieta iposodica ed il controllo del peso (86 volte ciascuno).

Anche i controlli dei fattori di rischio cardiovascolare (come la glicemia e la ipercolesterolemia) sono discretamente rappresentati (34 volte); solo l'eliminazione del fumo (8 volte) e l'esercizio fisico (14 volte) sono scarsamente segnalati.

Va invece sottolineata l'importanza dell'eliminazione del fumo.

Sembra infatti da recenti studi che, nonostante la nicotina non sia direttamente correlabile ad un incremento pressorio persistente, tra i fumatori esista una più alta incidenza di ipertensione maligna e di emorragia subaracnoidea (70,71). Inoltre alcuni studi hanno dimostrato che fumatori con ipertensione sottoposti a terapia con idroclortiazide e propranololo, necessitano di posologie superiori per ottenere un calo pressorio analogo a quello dei non fumatori sottoposti ad egual trattamento (72).

Prescrizioni farmacologiche

Complessivamente i medici hanno dichiarato di non aver mai modificato la prescrizione terapeutica nel 29,9% degli ipertesi.

Nel 37,6% degli ipertesi si è verificata la sostituzione di un farmaco con un altro, nel 13,4% è stata attuata una modificazione della posologia, nel 6,4% dei casi il medico ha provveduto alla sospensione farmacologica.

In tre casi il medico ha sospeso la terapia per la comparsa di effetti collaterali.

A questo proposito uno studio condotto nell'ambito dell'Hypertension Detection and Follow-up Program dimostra che durante un periodo di cinque anni solo il 9,3% degli ipertesi trattati con terapia a gradini ha manifestato la comparsa di effetti collaterali tali da motivare una discontinuità nella terapia farmacologica (73).

Il 31,2% dei soggetti ipertesi ha poi sospeso il trattamento di propria iniziativa; secondo il medico i principali motivi di tale comportamento sono da attribuire ad una scarsa "compliance" (nel 56,5% dei casi) e alla comparsa di probabili effetti collaterali (nel 21,7% dei casi).

Considerando la terapia prescritta ai 147 ipertesi per cui il medico non ha sospeso il trattamento farmacologico si rileva che 85 pazienti hanno in prescrizione una monoterapia, a 53 è stata prescritta l'associazione di due farmaci, 3 pazienti hanno in prescrizione tre farmaci; in 6 casi i medici hanno affermato di non conoscere il tipo di trattamento in atto.

I farmaci che comunque vengono prescritti più frequentemente sono: i diuretici (85 volte), i beta-bloccanti (51 volte), i calcio-antagonisti (25 volte), seguono gli ACE-inibitori, i vasodilatatori ad azione centrale etc...

Individui a rischio

Il 37,7% di questi soggetti "a rischio" è stato invitato dal medico a sottoporsi a controlli periodici, il 62,3% oltre ad essere invitato a controlli periodici, ha ricevuto consigli relativi a misure di tipo non farmacologico.

Per una percentuale pari al 11% non risulta segnalata in cartella nessuna misurazione pressoria, per il 27,9% dei casi l'ultimo valore risale a tre-sei mesi prima, mentre nel 60,7% l'ultimo valore registrato è antecedente di un anno o più.

La proporzione di casi con valori anormali è analoga in ambedue i gruppi (26,2%) ed è più bassa rispetto a quella del gruppo degli ipertesi in terapia (36,2%).

Tra quei soggetti a cui il medico ha solo consigliato controlli periodici si nota una maggior proporzione di soggetti con valori pressori borderline.

Esiste invece una proporzione più alta di casi con valori pressori normali nel gruppo di coloro che hanno ricevuto consigli relativi a misure di tipo non farmacologico.

La frequenza del monitoraggio sembra nei soggetti a rischio, essere direttamente proporzionale a un miglior controllo pressorio: infatti nei casi in cui il monitoraggio pressorio avviene ogni 3-6 mesi esiste una proporzione considerevolmente più bassa di soggetti con valori pressori alterati (17,6%) rispetto a quelli in cui le misurazioni pressorie avvengono più raramente (ogni anno o meno 35,1%).

Come si può osservare dalla tab.19, in questo gruppo esiste quindi una maggior proporzione di casi con valori controllati (47%) quando le misurazioni avvengono ogni 3-6 mesi rispetto agli ipertesi controllati con misurazioni ogni anno o meno (32,4%).

La concomitante presenza di patologie croniche sembra associata ad un miglior controllo: come si può osservare nella tab. 20, solo il 15% dei soggetti portatori di patologie croniche non è controllato, contro un 29,3% di soggetti che non soffre di altre patologie. Nei casi in cui il medico non sapeva né escludere né confermare la presenza di altre patologie, i soggetti non controllati sono il 40%.

In generale va considerato però che il 60,6% del gruppo dei soggetti a rischio presenta un follow-up non soddisfacente (valori pressori registrati una volta all'anno o anche meno).

Al termine di questi risultati pare opportuno porre un confronto con alcuni studi riportati dalla letteratura internazionale condotti in modo analogo al nostro.

Per primo consideriamo uno studio condotto su un campione di 18 medici generici che esercitano la loro professione in una zona a nord ovest di Londra (64).

Attraverso la consultazione delle cartelle cliniche a partire da dieci anni prima dell'inizio della ricerca si sono individuati 88 ipertesi.

Il 60% degli ipertesi indetificati aveva almeno un valore registrato in cartella negli ultimi dodici mesi.

Di questi, il 64% presentava valori pressori controllati (inferiore a 160/95 mmHg), il 19% aveva valori fuori dal range ritenuto normale.

Se consideriamo come valori di riferimento 160/95 mmHg, la proporzione di casi controllati sale anche nel nostro studio (51,6%) anche se resta più bassa.

Nello stesso studio si è anche osservato che tra tutti i soggetti con il primo valore pressorio alterato solo per il 40% si è posta diagnosi di ipertensione alla terza rilevazione. Questo dato sembra concordare con i dati da noi rilevati secondo cui per il 49,2% degli individui segnalati con valori pressori alterati allo screening risulta attualmente una diagnosi di ipertensione.

Anche nel nostro studio una proporzione consistente (66,8%) di pazienti ha avuto almeno una modificazione della terapia iniziale.

Se da un lato questo fatto presuppone una discreta attenzione del medico verso il proprio paziente, dall'altra, almeno nel nostro studio, queste modifiche della terapia non sembrano aver favorito una condizione di miglior controllo dato che la percentuale di casi con valori anomali resta analoga sia nei gruppi per cui le modificazioni sono state tentate che tra coloro che hanno continuato la terapia iniziale.

Un altro studio pubblicato recentemente (1988) sul controllo dell'ipertensione in Israele permette il confronto con alcuni dati da noi elaborati (65).

	Nostro studio n. (%)	Negev n. (%)
Cartelle viste	483	5,517
Valori pressori segnati	279 (57,6)	3,382 (57,0)
Ipertensione riconosciuta	157 (56,2)	579 (17,6)
Trattati farmacologicamente (tra gli ipertesi riconosciuti con valori pressori segnati)	133 (84,7)	214 (37,0)

La maggior percentuale di soggetti ipertesi è nel nostro studio da mettere in relazione con il fatto che le interviste al medico riguardavano soggetti che, durante lo screening, erano stati identificati per occasionali o stabili valori pressori alterati, nello studio "Negev" il campione è stato scelto a caso.

Nel nostro studio si può inoltre osservare una maggior percentuale di ipertesi trattati farmacologicamente rispetto allo studio "Negev": questo è verosimilmente dovuto ad un'acquisita sensibilità dei medici in seguito al progetto di prevenzione avviato nella Val Pellice.

Questo aspetto va comunque messo in relazione con un risultato non altrettanto favorevole, infatti lo stato di controllo degli ipertesi diagnosticati non è certo ottimale: solo il 51,6% ha valori pressori inferiori a 160/95 mmHg.

Analisi dei casi persi

Il secondo questionario riguarda quei soggetti classificati durante lo screening come ipertesi sospetti, limite e non noti, che risultano aver perso ogni contatto con il medico di base nel periodo successivo alla loro identificazione.

I soggetti individuati sono stati 165, e di questi, attraverso le strategie attuate, è stato possibile raggiungerne 99.

Di questi:

- 40 si sono presentati personalmente in seguito alla lettera di convocazione,
- 31 sono stati contattati telefonicamente,
- 28 hanno rispedito il questionario inviato per posta.

Va detto inoltre che 3 persone si sono rivolte direttamente al medico curante invece che nel luogo indicato dalla convocazione personale, per cui non è stata possibile la compilazione del questionario.

Su 31 persone individuate attraverso il numero telefonico, una sola si è rifiutata di rispondere alle domande.

Le lettere inviate a casa con il relativo questionario sono state complessivamente 95; ne sono ritornate 28 (29,4%).

Il numero dei questionari analizzati è quindi di 98.

Se confrontiamo il gruppo dei soggetti che hanno risposto al questionario (59,3%) rispetto a quelli che non hanno risposto (40,6%), si può constatare che non esistono differenze statisticamente significative per quanto riguarda l'età, l'area di residenza, il sesso, il tipo di iperteso considerato e il luogo in cui era stato identificato.

Dalla tab. 25 si può comunque ricavare che i soggetti residenti in città hanno aderito alla ricerca in proporzione discretamente superiore (63,1%) a quelli provenienti da aree di montagna

(39,1%). Tra i soggetti residenti in aree di montagna c'è stata inoltre una maggior risposta del sesso femminile rispetto al maschile.

In generale si constata però una maggior proporzione di maschi nel gruppo dei rispondenti (61,7%) rispetto all'altro gruppo (38,2%); questa differenza si mantiene anche nella stratificazione per età, se si esclude la fascia di età 20-44 anni, in cui la proporzione di donne è maggiore nel gruppo dei rispondenti.

La tab. 26 mostra che su 22 soggetti con qualche valore pressorio registrato nella cartella del medico in un periodo precedente a quello dello screening, le persone che hanno risposto al questionario sono state 15 (68,1%). Si è quindi verificata una maggior partecipazione alla nostra indagine da parte di quelle persone che nel passato avevano avuto dei contatti con il proprio medico curante (verosimilmente per problemi pressori), rispetto a quelli per cui questi contatti non si erano verificati.

Analizziamo ora i dati relativi alle 98 persone che hanno risposto al questionario.

La tabella 27 riporta le caratteristiche socio anagrafiche di questi soggetti.

In riferimento al rapporto con il proprio medico curante, è risultato che il 33,6% dei soggetti esaminati si reca dal medico almeno una volta ogni sei mesi, il 17,3% una volta all'anno, il 49% meno di una volta all'anno.

Osserviamo dalla tab. 38 che la frequenza con cui gli intervistati si recano dal proprio medico è inversamente proporzionale all'età: il 66,2% tra i 20-44 anni, il 46,2% tra i 45-64 anni e il 26,3% con 65 anni o più si recano infatti nell'ambulatorio del medico meno di una volta all'anno.

Le difficoltà a recarsi dal medico sono essenzialmente divise in due categorie: da un lato problemi di movimento legati all'età, problemi di ordine familiare o scomodità dei trasporti, indicati complessivamente nel 12,5% dei casi; dall'altro problemi di tempo legati ad attese troppo lunghe nell'ambulatorio medico o ad orari incongrui con i propri impegni, indicati nel 16,7% dei casi.

Il 30,2% dei soggetti ha dichiarato invece di non riscontrare nessuna difficoltà, il 29,2% afferma di non recarsi dal medico perchè si sente bene ed infine l'11,5% lamenta difficoltà di diverso genere (paura, rifiuto del medico etc.).

Se mettiamo in relazione (tab. 29) queste risposte con lo stato sociale dei soggetti intervistati, si può constatare che gli operai e gli artigiani riconoscono nei problemi di tempo la principale difficoltà a recarsi dal medico (33,3%); parallelamente il 40% di questi soggetti riferisce di sentirsi bene e di non aver bisogno di attenzioni mediche.

Il 19,4% dei pensionati lamenta problema legati a difficoltà di movimento, mentre il 38,8% non individua nessuna difficoltà e il 25% riferisce di godere di buona salute.

Le casalinghe possono essere divise in tre gruppi omogenei: il 25% lamenta difficoltà di movimento (problemi familiari, di trasporto, etc.); un altro 25% non incontra nessuna difficoltà; un ulteriore 25% non si reca dal medico perchè si sente soggettivamente bene. Complessivamente la percentuale dei soggetti che si sottopone a controlli pressori ogni tre sei mesi è più bassa (31,6%) rispetto a quella di soggetti che dichiarano una frequenza di una volta all'anno o meno (68,3%).

In base alle dichiarazioni degli stessi individui si può quindi confermare uno scarso follow-up nell'ambito dell'ambulatorio medico, anche se a questo proposito si impongono alcune riflessioni.

Abbiamo visto durante l'analisi dei dati emersi dal questionario 1 che solo nel 3,4% dei casi i medici avevano dichiarato di non annotare mai i valori pressori in cartella; in questa sede vediamo invece che una quota consistente degli assistiti di cui i medici non possiedono informazioni (31,6% degli intervistati) riferisce di sottoporsi a regolari controlli, che non sono però documentati nelle cartelle cliniche dei medici di base.

Alcuni risultati interessanti emergono dall'analisi della tab.30.

Si può infatti constatare che il 58,3% delle persone che lamentano problemi di movimento in realtà dichiarano di recarsi dal proprio medico con una certa frequenza (almeno ogni 6 mesi).

Non è così per coloro i quali hanno indicato come difficoltà la mancanza di tempo: infatti il 50% di questi si reca presso l'ambulatorio del medico non più di una volta l'anno.

Un altro dato, che può apparire scontato riguarda coloro che riferiscono di non avere contatti regolari col medico perchè non ne sentono la necessità, essendo asintomatici, che si recano dal medico solo occasionalmente. Dal momento, però, che l'ipertensione è una patologia per lo più asintomatica, trova ancora una volta conferma il fatto che difficilmente una persona senza disturbi soggettivi si sottopone a regolari controlli.

Ricordando quanto emerso precedentemente in riferimento al fatto che la frequenza con cui gli assistiti si recano dal medico è inversamente proporzionale all'età, si può verosimilmente concludere che esiste a tutt'oggi una scarsa coscienza per quanto riguarda la prevenzione, e che il contatto con il medico è ancora secondario alla presenza di qualche patologia sintomatica (da cui una maggior frequenza di visite nelle età più avanzate).

La scarsa tendenza documentata negli intervistati a far uso dell'ambulatorio medico è, comunque, parzialmente compensata, almeno per quanto riguarda il monitoraggio pressorio, dall'effettuazione di controlli presso altri servizi e/o strutture tra cui la farmacia, l'ambulatorio infermieristico, il medico di fabbrica, l'A.V.I.S., etc..

Il 64% dei soggetti infatti riferisce di ricorrere a queste strutture per i controlli pressori e più precisamente: il 19,4% ricorre alla farmacia, il 6,1% all'ambulatorio infermieristico, il 9,2% all'A.V.I.S., il 22,4% ricorre ad altre fonti (automisurazione, parenti, conoscenti etc.). Va ancora detto a questo proposito che anche la frequenza con cui gli intervistati misurano la pressione è discretamente elevata: il 63,3% riferisce almeno una misurazione ogni 6 mesi, il 7% ogni anno, il 15% meno di una volta all'anno.

Stratificando per classe d'età si osserva una proporzione lievemente più alta tra i 20-64 anni d'età di soggetti che si sottopongono a controlli pressori fuori dall'ambulatorio medico (tab. 31, 32).

Possiamo quindi affermare che nonostante questi soggetti disattendano gli incontri con il proprio medico curante, allo stesso tempo si servono di altre strutture territoriali (soprattutto della farmacia) che ne sostituirebbero il ruolo, almeno per quanto riguarda le misurazioni pressorie. In particolare si può rilevare come nella fascia d'età più giovane (20-44 anni) i servizi utilizzati (medico di fabbrica e A.V.I.S.) permettano un monitoraggio piuttosto frequente (nell'71% e 88% dei casi rispettivamente) in un gruppo in cui la proporzione di casi persi per il medico è elevata.

Se da un lato quest'aspetto può essere considerato favorevolmente, dall'altro non si può trascurare i potenziali inconvenienti che derivano da questa tendenza a sottovalutare l'importanza dei controlli e del rapporto con il medico curante, soprattutto per la decisione di una eventuale terapia e per il suo controllo.

Queste perplessità paiono d'altronde confermate, qualora si consideri che queste misurazioni al di fuori dell'ambulatorio medico non si associano ad una condizione di soddisfacente controllo dei valori pressori (tab. 33). Il 45,7% degli intervistati presenta valori alterati e solo il 16% risulta controllato (valori 140 / 90 mmHg).

Dalla tab. 34 si può inoltre osservare che nella fascia di età di 65 anni e oltre è presente una proporzione più alta (77,7%) di soggetti con valori pressori alterati rispetto alle classi d'età più giovani (38,9% e 39,4% rispettivamente). Occorre considerare a questo proposito che i dati relativi alla pressione arteriosa sono stati rilevati con due modalità differenti: misurando direttamente la pressione a coloro che si sono presentati personalmente per la convocazione; chiedendo agli altri (interviste telefoniche e questionari inviati per lettera) di indicare il più recente valore pressorio di cui si ricordavano. Tra coloro cui la pressione è stata misurata direttamente la percentuale di casi con valori anormali è decisamente più alta (66,7%) rispetto a coloro che hanno soltanto riferito il dato dell'ultima misurazione (30,9%).

Anche se nel gruppo di coloro che si sono presentati personalmente alle convocazioni vi è una quota relativamente maggiore di persone cui era stata prescritta una terapia, non pare probabile che queste differenze possano spiegare il divario evidente tra i valori misurati e quelli riferiti.

I portatori di qualche patologia cronica sono 19 (19,3%); tra le patologie che ricorrono più frequentemente sono da menzionare le malattie dismetaboliche (diabete, dislipidemie), la malattia ischemica miocardica, l'artrosi e le sindromi ansioso-depressive.

Anche in questo gruppo una quota consistente di individui (47,4%) presenta valori pressori alterati.

Alcuni aspetti interessanti emergono dalle domande sulle conoscenze dei rischi della patologia ipertensiva: il 49,5% dei soggetti ha fornito risposte corrette, il 36,1% ha ammesso di non possedere informazioni in proposito, il 14,4% ha fornito risposte inesatte o imprecise.

Una conoscenza più precisa dei possibili rischi dell'ipertensione non risulta però associata ad un miglior controllo: la proporzione dei soggetti con valori alterati è analoga per i tre gruppi.

Un dato di un certo interesse è emerso dalle domande su chi ha fornito le informazioni circa i rischi dell'ipertensione. Ciascun soggetto aveva la possibilità di indicare due fonti.

Il medico di base è stato citato complessivamente 13 volte, mentre più frequentemente chiamati in causa sono stati gli amici e i familiari (per il 57,7%) e i mezzi di comunicazione, quali giornali e radio (14,4% dei casi).

20 dei soggetti intervistati hanno dichiarato che era stata loro prescritta una terapia antipertensiva.

Indipendentemente dal fatto che i pazienti affermino di continuare o meno la terapia, la proporzione di casi non controllati in questo gruppo raggiunge il 77,3%; nessuno di questi individui presenta valori pressori minori di 140/90 mmHg.

I MEDICI E I LORO ASSISTITI

Dei 20 medici di famiglia operanti sul territorio dell'U.S.S.L. 43 che avevano accettato di collaborare alla ricerca, 19 hanno fornito dati attendibili relativi al follow-up dei loro assistiti segnalati dallo screening. Il profilo d'età di questo gruppo fa rilevare una media relativamente giovane: 36,9 anni; la quasi totalità dei medici si colloca nelle due fasce d'età 30-34 e 35-39 anni. Solo un medico ha un'età superiore ai 60 anni.

In base ai dati ricavati dalle cartelle cliniche è possibile trarre indicazioni riguardanti l'organizzazione del follow-up dei pazienti segnalati.

Nelle tabelle segnalate è stata omessa la presentazione dei dati relativi ai pazienti del medico più anziano, che presenta una pratica molto diversa dagli altri (incompletezza delle cartelle ed elevato numero di casi persi).

Inoltre i dati riguardanti la classe d'età 40-44 anni vanno letti tenendo conto che si tratta di un gruppo molto piccolo, in cui peraltro sono riscontrabili metodologie di lavoro molto diverse.

Per questi motivi le conclusioni relative a questo gruppo sono difficilmente generalizzabili.

Si è osservato una maggior proporzione di casi persi tra gli assistiti dei medici delle due fasce estreme, mentre questa proporzione è più bassa in misura statisticamente significativa nella fascia di età intermedia 35-39 anni.

Occorre però considerare che i medici più giovani avevano verosimilmente appena iniziato nel 1984 la loro attività mutualistica, per cui al momento dell'effettuazione dei questionari potevano non aver raccolto informazioni adeguate rispetto ai loro assistiti, anche per il fatto che una quota di questi decorreva probabilmente da poco tempo.

I medici nella fascia di età intermedia dispongono anche di informazioni più dettagliate sui pazienti che hanno mantenuto regolari contatti con il medico: i dati relativi ai valori pressori mancano solo nel 5,1% della cartelle e nel 44,3% dei casi questi dati sono registrati con una frequenza almeno semestrale. In ambedue i casi le differenze con gli altri gruppi sono statisticamente significative (tab. 21, 22). Un' analoga proporzione di cartelle senza registrazioni dei valori pressori (5,7%) è rilevabile per i medici con almeno 40 anni, ma la frequenza con cui vengono segnalati valori è in questo gruppo significativamente più bassa: nell'80% dei casi i dati pressori sono registrati con una frequenza al massimo annuale.

Relativamente alta è la proporzione di casi privi di dati sull'andamento della pressione arteriosa, tra gli assistiti del gruppo dei medici più giovani; va però rilevato che sul totale dei pazienti da loro seguiti (ipertesi in terapia, soggetti a rischio, normotesi) la proporzione di casi con valori non controllati è più bassa rispetto agli altri due gruppi, e, parallelamente, è alta la percentuale degli individui con valori pressori minori di 140/90.

Questa tendenza si mantiene anche restringendo l'analisi ai soli ipertesi in terapia (tab. 23): i medici più giovani hanno una più elevata percentuale di ipertesi con valori pressori al di sotto di 140/90 mmHg, cui però corrisponde un eccesso statisticamente significativo di casi senza dati relativi all'andamento pressorio.

Nel gruppo di età 35-39 anni, a un numero più basso di cartelle di ipertesi in terapia prive di dati pressorio, fa riscontro una proporzione più elevata di pazienti con valori non controllati.

Il riscontro in quest'ultimo gruppo di un maggior numero di ipertesi in terapia con valori pressori intermedi, al di sotto del valore di 160 / 95 mmHg, (superiori a 140/90 mmHg ma entro il limite di 159/94 considerato ancora nel 1986 accettabile per gli ipertesi in terapia) e la tendenza a classificare un maggior numero di pazienti nel gruppo di soggetti a rischio o borderline (tab. 24), sembra indicare un atteggiamento meno "aggressivo" da parte di questi medici verso i pazienti con valori pressori alterati, cui per altro consigliano con maggior frequenza misure non farmacologiche (sia in associazione ai farmaci che indipendentemente da questi).

CONCLUSIONI

Il progetto da noi realizzato e descritto è nato dalla convinzione che un adeguato controllo della pressione arteriosa, realizzato in tutta la popolazione, sarebbe notevolmente efficace nel ridurre la morbilità generale, tenendo conto del rilevante numero di soggetti ipertesi esistente. Come ricordato nelle premesse, il principale ostacolo a perseguire tale obiettivo è la difficoltà a raggiungere le persone ipertese ed a tenerle sotto adeguato controllo nel tempo. La prima difficoltà è di tipo essenzialmente organizzativo. Per realizzare il nostro progetto, oltre ai medici da base, sono stati attivati i luoghi ed i servizi dove, per varie ragioni, si trova ad operare personalmente personale medico, paramedico e socio-assistenziale: ambulatori, consultori, servizio di Igiene pubblica, fabbrica etc.. Si è badato anche periodicamente a pubblicizzare in vari modi l'iniziativa.

La percentuale di popolazione raggiunta è stata del 42,9%. Il risultato non è del tutto confortante, soprattutto se si pensa che la fascia di popolazione meno esaminata è la più giovane e prevalentemente di sesso maschile, e pertanto quella in cui una precoce individuazione dell'ipertensione darebbe migliori risultati.

Nello screening da noi effettuato, comunque, su un totale raggiunto di 7.263 persone, sono stati individuati, oltre 1.456 soggetti ipertesi noti da tempo (20% degli esaminati), 585 soggetti (18%) che saltuariamente o stabilmente avevano una pressione elevata.

Va subito detto che di quest'ultimo gruppo di persone, che in precedenza non sapeva di essere iperteso, il 65,9% ha continuato in seguito a farsi controllare in qualche modo. Del rimanente 34,1%, di cui non si sono più avute notizie, ci si è preoccupati, al termine dell'indagine, di conoscere la situazione pressoria ed i motivi per cui non avevano più fruito di controlli sanitari. Di tali soggetti la metà è risultata stabilmente ipertesa.

I principali motivi addotti, a giustificazione del mancato ricorso al medico, erano la mancanza di tempo ed il fatto di sentirsi bene. Nonostante che il 68,3% degli intervistati abbia dichiarato che la frequenza con cui si reca dal medico è di una volta all'anno o meno, oltre la metà di costoro ha affermato di farsi controllare la pressione in altra sede (farmacia, parenti, automisurazione etc.). E' pertanto probabile che molti di tali soggetti, oltre che autocontrollarsi la pressione, si "autoprescrivano" la terapia, accontentandosi di una riduzione di pressione certamente non sufficiente.

Degno di attenzione è però anche il destino del 70% di soggetti che ha continuato a farsi controllare, dopo essere stato individuato come iperteso. La metà di essi è risultata, a successivi controlli, costituita da ipertesi stabili e pertanto messa dal medico in terapia farmacologica: più di un terzo di essi, però, è risultato avere al termine del periodo di indagine una pressione maggiore o uguale a 160/95 mmHg, e pertanto non controllata in modo adeguato.

Un altro risultato di un certo interesse è costituito dal fatto che analogo controllo della pressione si ha sia nei soggetti che praticano soltanto terapia farmacologica sia in quelli cui, oltre ai farmaci, sono state suggerite norme comportamentali atte a ridurre la presenza di fattori patogenetici importanti, quali eccesso di peso corporeo e di sale nella dieta. Data la dimostrata importanza dell'eliminazione di tali fattori, ai fini della riduzione pressoria, è lecito pensare che tali norme non siano scrupolosamente applicate, vuoi per scarsa convinzione, vuoi per scarsa o non ribadita informazione da parte del medico curante.

Oltre ai problemi organizzativi, importanti, come abbiamo detto, soprattutto per conoscere i valori della pressione nel maggior numero possibile di persone, meritano un cenno i fattori che non consentono nel tempo un adeguato controllo della pressione, anche nei soggetti individuati come ipertesi stabili o saltuari.

Anche questi ultimi andrebbero infatti seguiti, poichè è molto probabile che anch'essi diventino col tempo ipertesi stabili.

Come riferito, il 34,1% dei soggetti individuati per la prima volta come ipertesi stabili o

saltuari, non si è successivamente rivolto ai servizi sanitari: si tratta in questo caso essenzialmente di un problema di informazione e di educazione sanitaria, per cui purtroppo i tempi di crescita sono piuttosto lunghi. Va però detto, a parziale discolta di tali soggetti, che molti di essi si sono successivamente rivolti al medico per vari motivi (altri disturbi, certificazioni etc.). Evidentemente, in tali occasioni, nè gli interessati, ma neppure il medico, si sono "ricordati" di controllare la pressione.

Una proposta, per ovviare a tali "dimenticanze", potrebbe essere quella dell'istituzione da parte del medico di "quaderni di rischio", in cui registrare i soggetti da sottoporre a periodici controlli, per varie patologie, onde poterli controllare in occasione di incontri, anche per altri motivi, oppure richiamare, nel caso non si presentino al controllo periodicamente previsto.

Lascia ancora più perplessi, però, il fatto che ben il 38% dei soggetti ipertesi in terapia abbia valori pressori superiori a 160/95 mmHg, a dimostrare forse una sottovalutazione da parte del medico della necessità di un più adeguato controllo della pressione arteriosa.

E' evidente, comunque, una volta di più, il ruolo fondamentale del medico di base nell'individuazione e nel controllo nel tempo dei soggetti ipertesi. E' altresì evidente, però, l'utilità e la necessità di attivare, da un lato una serie di strumenti di informazione, e dall'altro un coinvolgimento delle strutture mediche e socio-sanitarie, che facilitino al massimo la possibilità di farsi misurare la pressione e, nello stesso tempo, incentivino ad ogni occasione le persone ad eseguire il controllo.

Solo un impegno "comunitario" di questo genere potrà ottenere, dall'individuazione e da un corretto trattamento dei soggetti ipertesi, tutti i vantaggi che la medicina è in grado oggi di offrire.

BIBLIOGRAFIA

- 1) GORDON T.: Blood pressure of adults by age and sex. National Center for Health Statistics, 1964
- 2) AMBROSIO G.B., ZAMBONI S., VANUZZO D., PIGATO R., MATURI P., SANTA-GIULIANA G., SANTONIR., TONELLO P., PASTORE F., D'ESTED., BUGAROL., LUSIANI G.B., PICCOLO E., DAL PALU C.: La prevalenza di ipertensione arteriosa nella Comunita'. Esperienza del Veneto. G ITAL CARDIOL 10:1280-1287, 1980
- 3) WADSWORTH M. et al.: Blood pressure in a national birth cohort at the age of related to social and family factors, smoking, and body mass. BR MED J 291: 1534-1538, 1985
- 4) FINAL REPORT OF THE WORKING GROUP ON RISK AND HIGH BLOOD PRESSURE: An Epidemiological Approach to Describing risk Associated with Blood pressure Levels. HYPERTENSION 7: 641-651, 1985
- 5) PANDOLFO G.: Medicina Cardiovascolare. EDIZIONI MEDICO SCIENTIFICHE, 1982
- 6) KANNEL W.B.: Epidemiologic assesment of the role of blood pressure in stroke: The Frammingham Study. JAMA 214: 301-310, 1970
- 7) KANNEL W. B., CASTELLI W.P., MCNAMARA P.M., MCKEE P.A., FEINLEB M.: Role of blood pressure in the devolopmentof congestive heartfailure: The Frammingham study. NEW ENGL MED 287: 781, 1972
- 8) KANNEL W.B.: The role of blood pressure in cardiovascular morbidity and mortality. PROG CARDIVASC DIS 17:5, 1974
- 9) KANNEL W.B., DANNENBERG A.L., ABBOTT R.D.: Unrecognized Myocardial Infarction and Hypertension. AMERICAN HEART JOURNAL 109: 581-585, 1985
- 10) GORDON T., KANNEL W.B.: Predisposition to atherosclerosis in the head, heart and legs, The Frammingham study. JAMA 221: 661- 666, 1985
- 11) WINICKOFFR. N., MURPHY P. K.:The Persistent Problem of Poor Blood Pressure Control. ARCH INTER MED 147: 1393-1396, 1987
- 12) SUBCOMMITTEE ON DEFINITION AND PREVALENCE OF THE 1984 JOINT NATIONAL COMMITTEE: Hypertension prevalence and the status of awarenness, tratment and control in the U.S.A. HYPERTENSION 7: 457-468, 1985
- 13) TUOMILEHETO J., NISSINEN A., SALONEN J.T., KOTTKE T.:Community Program for control of Hypertension in North Karelia, Finland. LANCET 25: 900-903, 1980
- 14) GARRAWAY M.W.: The Changing Pattern of Hypertension and the Declining Incidence of Stroke. JAMA 258: 214-217, 1987

- 15) HOVELL M. F., BLACK D. R., MEWBORN C. R., GEARY D., STEWART AGRAS W., KAMACHI K., KIRK R., WALTON C., DAWSON S.: Personalized Versus Usual Care of Previously Uncontrolled Hypertension Patients: An Exploratory analysis. PREVENTIVE MEDICINE 15: 675-684, 1986
- 16) BLACKWELL: The Drug Defaulting. CLIN PHARM AND THERAPY 13: 841-848, 1972
- 17) BLACKWELL: Patient Compliance. N ENGL J MED 289: 249-252, 1973
- 18) EVANS E. C. et al.: Does a Mailed Continuing Education Program Improve Physician performance? JAMA 255: 501-504, 1986
- 19) SISCOVICK D. S. et al.: Provider-Oriented Interventions and Management of Hypertension. MEDICAL CARE 25, 1987
- 20) NELSON, STASON, NEUTRA, SOLOMON: Identification of the Noncompliant Hypertensive Patient. PREVENTIVE MEDICINE 9: 504-517, 1980
- 21) O'MALLEY, O'BRIEN: Management of Hypertension in the elderly. NEW ENGL J MED 302: 1397- 1400, 1980
- 22) HYPERTENSION DETECTION AND FOLLOW UP PROGRAM COOPERATIVE GROUP: Educational Level and 5- Year All Cause Mortality in the Hypertension Detection and Follow-up Program. HYPERTENSION 6: 641-646, 1987
- 23) POTTER JF., BEEVERS DG.: Pressor effect of alcohol in Hypertension. LANCET 1: 119-122, 1984
- 24) DAL PALU' C.: Il controllo degli stati ipertensivi. G ITAL CARDIOL 15/2: 842- 845, 1985
- 25) EPIDEMIOLOGICAL COOPERATIVE GROUP: Some data on hypertension control in Italy. G ITAL CARDIOL 15/2: 842-845, 1985
- 26) AMBROSIO G B., DAL PALU' C., ZAMBONI S.: Treatment of hypertension: the community approach. POSTGR MED J 59: 131, 1983
- 27) AMBROSIO G.B. et al.: Il controllo dell'ipertensione arteriosa nella comunita': un problema attuale nell'esperienza del Veneto. EPIDEM e PREVEN 41: 17-18, 1982
- 28) KEIL U. et al.: Screening for Hypertension: Results of the Munich Blood Pressure Program. PREVENTIVE MEDICINE 14: 519-531, 1985
- 29) WAEBER B., SCHERRER U., PETRILLO A., BIDIVILLE J., NUSSBERGER J., WAEBER G., HOFSTETTER J.R., BRUNNER H.R.: Alcuni pazienti ipertesi sono trattati piu' del necessario? LANCET (ed. ital.) 5: 98-101, 1988
- 30) SHEA S., COOK E.F., KANNEL W.B.: Treatment of Hypertension and its effect on cardiovascular risk factors: data from the Frammingham Heart Study. CIRCULATION 71: 22-30, 1985
- 31) VETERANS ADMINISTRATION COOPERATIVE STUDY GROUP on ATIHYPERTENSIVE AGENTS: Effects of treatment on morbidity in hypertension; Results in patients with diastolic blood pressure averaging 115 through 129 mmHg. JAMA 202: 1028-1034, 1967

32) VETERANS ADMINISTRATION COOPERATIVE STUDY GROUP on ANTIHYPERTENSIVE AGENTS: Effects of treatment on morbidity in hypertension; Results in patients with diastolic blood pressure averaging 90 through 114 mmHg. JAMA 213: 1143-52, 1970

33) HYPERTENSION DETECTION and FOLLOW UP PROGRAM COOPERATIVE GROUP: Five years findings of the HDFP: reduction in mortality of persons with high blood pressure, including mild hypertension. JAMA 242: 2562-71, 1979

34) STASON, WEINSTEIN: Public-Health Rounds at the Harvard School of Public-Health . Allocation of Resources to Manage Hypertension. N ANGL J MED 296: 732- 739, 1977

35) GOFIN J., GOFIN R., ABRAMSON J. H., BAN R.: Ten- Year Evaluation of Hypertension, Overweight, Cholesterol, and Smoking Control: The CHAD Program in Jerusalem. PREVENTIVE MEDICINE 15: 304-312, 1986

36) W.H.I.S.H. MILD HYPERTENSION LIAISON COMMITTEE: Trials of the treatment of mild hypertension; an interim analysis. LANCET 16: 149-156, 1982

37) McFATE SMITH W., EDLAVITCH S. A., KRUSHAT W.M.: U.S. Public Health Service Hospitals intervention trial in mild hypertension in: Onesti G. Klimt CR. HYPERTENSION: 381-399, 1979

38) AUSTRALIAN NATIONAL BLOOD PRESSURE STUDY MANAGEMENT COMMITTEE: The Australian therapeutic trial in mild hypertension. LANCET: 1261-67, 1980

39) HELGELAND A.: Treatment of mild hypertension. A five year controlled drug trial: the Oslo study. AM J MED 69: 725-732, 1980

40) M.R.C. WORKING PARTY ON MILD TO MODERATE HYPERTENSION. Randomized controlled trial of treatment for mild hypertension: design and pilot. BR MED J 48, 1977

41) SCHOENBERGER J. A.: Mild Hypertension: The rationale for treatment. AM HEART J 112: 872-876, 1986

42) HYPERTENSION DETECTION AND FOLLOW-UP PROGRAM COOPERATIVE GROUP: The effect of treatment on mortality in "Mild" Hypertension. N ENGL J MED 307: 976-980, 1982

43) Medical Research Council Working Party: MCR trial of treatment of mild hypertension: Principal results. BR MED CLIN RES 291: 97-104, 1985

44) MACMAHON SW., CUTLER JA, FURBERG CD et al.: The effects of drug treatment for hypertension on morbidity and mortality from cardiovascular disease: A review of randomized, controlled trials. PROG CARDIOVASC DIS 29 (suppl) 29: 99-118, 1986

45) KOPELMAN R.I., DZAU J.V.: Trends in the Therapy for mild Hypertension: A Word of caution. ARCH INTERN MED 145, 47-49, 1985

46) STAMLER et al.: Adherence and Blood Pressure. Response to Hypertension treatment. LANCET 20: 1227-1230, 1975

47) WORLD HEALTH ORGANISATION/ International Society of Hypertension, Memorandum: 1986 Guidelines for the treatment of Mild Hypertension. JOURNAL OF HYPERTENSION 4: 383-386, 1986

48) THE 1988 REPORT OF THE JOINT NATIONAL COMMITTEE ON DETECTION,

EVALUATION, AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE, Joint National Committee 1988. ARCH INTERN MED 148: 1023-1038, 1988

49) GIUMETTI D., LIU K., STAMLER R., SCHOENBERGER J.A., SHEKELLE R.B., STAMLER J.: Need to prevent and control High-Normal and High Blood Pressure, Particulary So-Called "Mild" Hypertension: Epidemiological and Clinical Data. PREVENTIVE MEDICINE 14: 396- 412, 1985

50) SHAPIRO S. et al.: Problem in the Control of Hypertension in the Community. CMA JOURNAL 118: 37-40, 1985

51) WILBER J., BARROW J.: Hypertension: a Community Problem. AM J MED 52: 653-663, 1975

52) KEIL U.: Screening for Hypertension. Comunicazione personale

53) MCALISTER N. H., COVVEY H.D., MONKMAN E.J., WIGLE E.D.: Community Hypertension Management Project: A Randomized, controlled Clinical trial to test a Computer-Supported Hypertension Management System in Primary Care, Toronto General Hospital, Toronto, Ontario, 1980

54) HYPERTENSION DETECTION AND FOLLOW-UP PROGRAM COOPERATIVE GROUP: Persistence of reduction in Blood Pressure and Mortality of Participants in the Hypertension Detection and Follow-up program. JAMA 259: 2113-2122, 1988

55) HELLER R.F., ROSE G.: Current Management of Hypertension in General Practice. BR MED J 1: 1442-1444, 1977

56) MODOLO M. G., SEPPILLI T.: Educazione Sanitaria 8, 1981

57) BERT G.: Medicina Sociale. FELTRINELLI, 1981

58) TREVISAN C.: L'integrazione fra i servizi sociali e sanitari. EDIZIONI DELLE AUTONOMIE, 1982

59) PIERCE J.P., WATSON D.S., KNIGHTS S., GLIDDON T., WILLIAMS S., WATSON R.: A Controlled Trial of Health Education in the Physician's Office. PREVENTIVE MEDICINE 13: 185-194, 1984

60) MCCLELLAN W.M., HALL W.D., BROGAN D. MILES C., WILBER A.: Continuity of Care in Hypertension. An important Correlate on Blood Pressure Control Among Aware Hypertensives. ARCH INTERN MED 148: 525- 528, 1988

61) FOOTE A., ERFURT J.C.: Hypertension control at the worksite: Comparison of screening and referral alone, referral and follow-up, and on-site treatment. NEW ENGL J MED 308, 809-813, 1983

62) SEXTON M., YUHAS M. K., GUYTHER J. R.: A Hypertension Treatment Program at the Workplace to Complement Community Care. PREVENTIVE MEDICINE 14: 15-23, 1985

63) FOGERIR., POLETTI L.: Controllo comunitario della pressione arteriosa nell'industria. MED LAV 78, 4: 301-310, 1987

64) KURJI K.H. et al.: Detection and management of hypertension in general practices in north west London. BR MED J 288: 903- 905, 1984

65) PARAN E., FROIMOVICI M., COHEN R., VARDI H., WEITZMANS.: Hypertension Control Program of the Negev: Evaluation after Two Years of Intervention. PREVENTIVE MEDICINE 17: 194- 200, 1988

66) RUDD P., TUL V., BROWN K. et al.: Hypertension continuation adherence: Natural history and role as an indicator condition. ARCH INTERN MED 139: 545-549, 1979

67) Nonpharmacological approaches to the control of high blood pressure: Final report of the Subcommittee on Nonpharmacological Therapy of the 1984 Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of H.B.P. HYPERTENSION 8: 444-467, 1986

68) DANNENBERG A.L. et al.: Remission of Hypertension.

JAMA, 257: 1477-1483, 1987

69) STAMLER R., STAMLER J., GRIMM R., DYER A., GOSCH F.C., BERMAN R., ELMER P., FISHMAN J., VAN HEEL N., CIVINELLI J.: Nonpharmacological Control of Hypertension. PREVENTIVE MEDICINE 14: 336-345, 1985

70) ISLES C., BROWN JJ, CUMMING AMM, et al.: Excess smoking in malignant-phase hypertension. BR MED J CLIN RES: 579-581, 1979

71) BONITER R.: Cigarettes smoking, Hypertension and the risk of subarachnoid hemorrhage: A population-based, case control study. STROKE 16: 831-835, 1986

72) GREENBERG G. et al.: The relationship between smoking and the respons to antihypertensive treatment in mild hypertensives in the Medical Research Council's trial of treatment. INT J EPIDEMIOLOG 16: 25-30, 1987

73) CURB D. J., BORHANI N. O., BLASZKOWSKI T.P., ZIMBALDI N., FOTIU S., WILLIAMS W.: Long- term Surveillance for Adverse Effects of Antihypertensive Drugs. JAMA 253: 3263- 3268, 1985

74) ISTAT - ISS: Mortalita' per causa e unita' sanitaria locale 1980-1982. ISTAT 1986

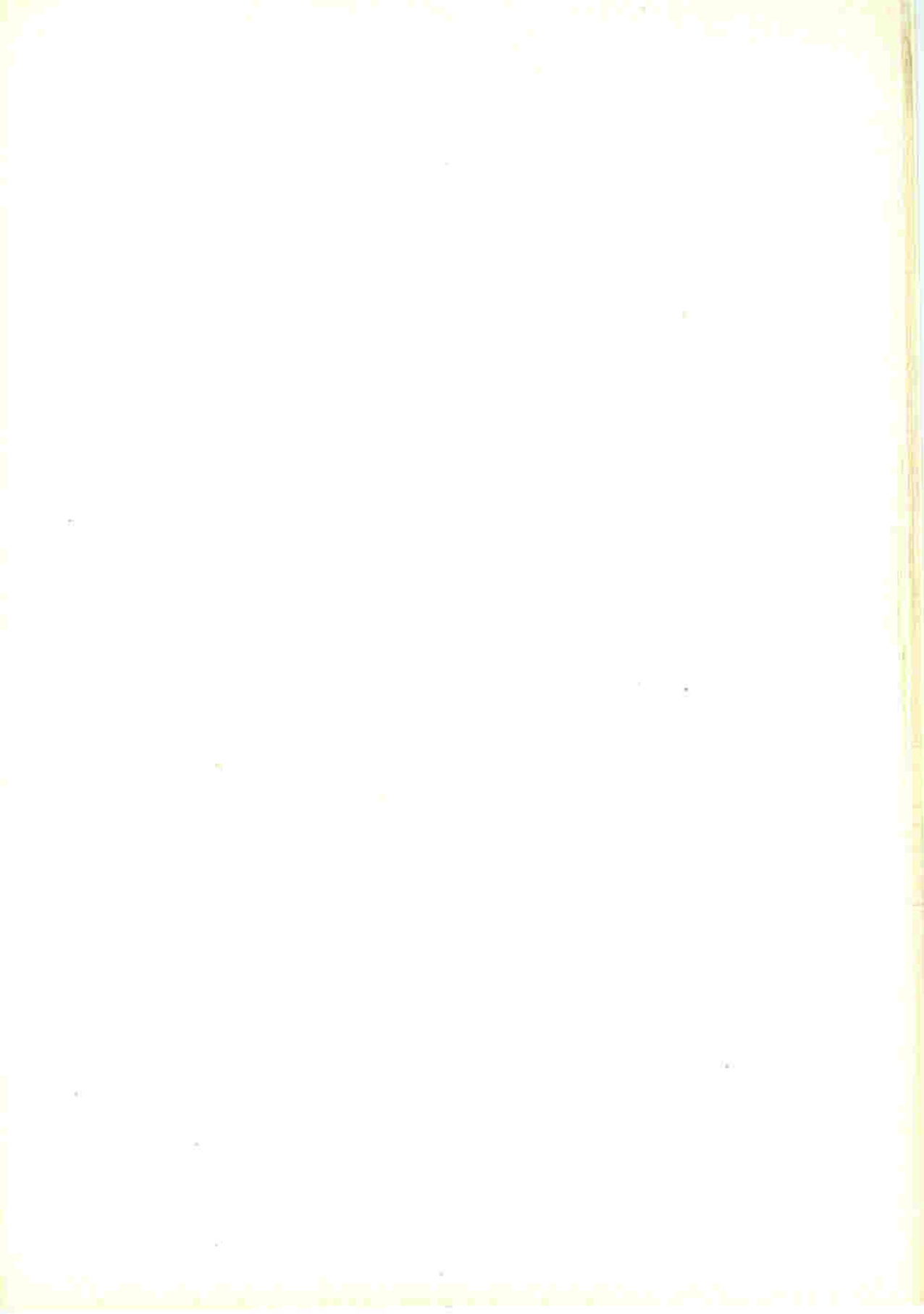


TABELLA 1 CONFRONTO TRA LA POPOLAZIONE RESIDENTE E LA POPOLAZIONE RAGGIUNTA DALLO SCREENING
I dati sono stratificati per sesso e classe di età'

Classi di età	POPOLAZIONE SOTTOPOSTA A SCREENING			POPOLAZIONE GENERALE RESIDENTE		
	Maschi n. (X riga) (X colonna)	Femmine n. (X riga) (X colonna)	Totale n. (X)	Maschi n. (X riga) (X colonna)	Femmine n. (X riga) (X colonna)	Totale n. (X)
20-29	317 (36.2) (11.1)	559 (63.8) (12.7)	876 (12.1)	1289 (50.3) (15.9)	1272 (49.7) (14.3)	2561 (15.1)
30-39	470 (58.8) (16.4)	672 (41.2) (15.3)	1142 (15.7)	1483 (52.5) (18.3)	1344 (47.5) (15.1)	2827 (16.6)
40-49	476 (42.8) (16.6)	636 (57.2) (14.5)	1112 (15.3)	1622 (52.5) (20.0)	1469 (47.5) (16.5)	3091 (18.2)
50-59	547 (41.8) (19.1)	763 (58.2) (17.4)	1310 (18.0)	1448 (46.7) (17.9)	1652 (53.3) (18.5)	3100 (18.2)
60-69	464 (40.0) (16.2)	699 (60.1) (15.9)	1163 (16.0)	1109 (46.3) (13.7)	1285 (53.7) (14.4)	2394 (14.1)
70-79	460 (37.7) (16.1)	760 (62.3) (17.3)	1220 (16.8)	887 (41.2) (11.0)	1264 (58.8) (14.2)	2151 (12.6)
=)80	131 (29.8) (4.6)	309 (70.2) (7.0)	440 (6.1)	254 (28.7) (3.1)	630 (71.3) (7.1)	884 (5.2)
TOTALE	2865 (39.5)	4398 (60.5)	7263	8092 (47.6)	8916 (52.4)	17008

TABELLA 2

ATTIVITA' DELLE DIVERSE FONTI DI RILEVAZIONE
I dati sono stratificati per sesso

FORTE DI RILEVAZIONE	Visitatrice domiciliare n. (%riga) (%colonna)	Ambulatorio infermieristico n. (%riga) (%colonna)	Medico di base n. (%riga) (%colonna)	Igiene pubblica n. (%riga) (%colonna)	Rilevazione Fabbrica n. (%riga) (%colonna)	Ospedale n. (%riga) (%colonna)	Consultorio familiare n. (%)	TOTALE n. (%)
SESSO								
Maschi	191 (6.7) (36.2)	535 (18.7) (35.7)	1651 (57.6) (42.2)	176 (6.1) (47.0)	144 (5.0) (56.3)	168 (5.9) (44.4)	/	2865 (39.5)
Femmine	336 (7.6) (63.8)	965 (21.9) (64.3)	2266 (51.6) (57.9)	198 (4.6) (53.0)	112 (2.6) (43.8)	210 (7.0) (55.6)	311 (4.8) (100)	4398 (60.55)
TOTALE	527 (7.3)	1500 (20.7)	3917 (54.0)	374 (5.2)	256 (3.5)	378 (5.2)	311 (4.3)	7263

TABELLA 3

ATTIVITA' DELLE DIVERSE FONTI DI RILEVAZIONE

I dati sono stratificati per classe di eta'

Fonte di Rilevazione	Medico di base	Ambulatorio infermieristico	Visitatrice domiciliare	Igiene pubblica	Rilevazione Fabbrica	Consulterio familiare	Ospedale	TOTALE
CLASSI DI ETA'	n. (Zriga) (Zcolonna)	n. (Zriga) (Zcolonna)	n. (Zriga) (Zcolonna)	n. (Zriga) (Zcolonna)	n. (Zriga) (Zcolonna)	n. (Zriga) (Zcolonna)	n. (Zriga) (Zcolonna)	n. (Z)
20-29	438 (50.0) (11.8)	80 (9.1) (5.3)	26 (3.0) (4.9)	94 (10.7) (25.1)	79 (9.0) (30.6)	92 (10.5) (29.6)	67 (7.7) (17.7)	876 (12.1)
30-39	616 (54.2) (15.8)	143 (12.5) (9.5)	40 (3.5) (7.6)	107 (9.4) (28.6)	83 (7.3) (32.4)	99 (8.7) (31.8)	51 (4.5) (13.5)	1142 (15.7)
40-49	607 (54.6) (15.5)	187 (16.8) (12.5)	68 (6.1) (12.9)	77 (7.0) (4.0)	61 (5.5) (23.8)	55 (5.0) (17.7)	57 (5.1) (15.1)	1112 (15.3)
50-59	710 (54.2) (18.1)	297 (22.7) (19.8)	90 (6.9) (17.1)	77 (5.9) (20.6)	31 (2.4) (12.1)	49 (3.7) (15.8)	56 (4.3) (14.8)	1310 (18.0)
60-69	610 (52.5) (15.6)	365 (31.4) (24.3)	113 (9.7) (21.4)	14 (1.2) (3.7)	2 (0.2) (0.8)	12 (1.0) (3.9)	47 (4.0) (12.4)	1163 (16.0)
70-79	675 (55.3) (17.2)	326 (26.7) (21.7)	140 (11.5) (26.6)	5 (0.4) (1.3)	/	3 (0.3) (1.0)	71 (5.8) (18.8)	1220 (16.8)
=)80	258 (58.6) (6.6)	102 (23.2) (6.8)	50 (11.4) (9.5)	/	/	1 (0.2) (0.3)	29 (6.6) (7.7)	440 (6.1)
TOTALE	3917 (53.9)	1900 (20.7)	527 (7.3)	374 (5.2)	256 (5.3)	311 (4.3)	378 (5.2)	7263

TABELLA 4

ATTIVITA' DELLE DIVERSE FONTI DI RILEVAZIONE
I dati sono stratificati per area di residenza

FONTE DI RILEVAZIONE	Visitatrice domiciliare n. (Zriga) (Zcolonna)	Ambulatorio infermieristico n. (Zriga) (Zcolonna)	Medico di base n. (Zriga) (Zcolonna)	Igiene pubblica n. (Zriga) (Zcolonna)	Rilevazione fabbrica n. (Zriga) (Zcolonna)	Ospedale n. (Zriga) (Zcolonna)	Consultorio familiare n. (Z) (Z)	TOTALE n. (Z)
Città	136 (2.4) (25.8)	1343 (23.2) (89.5)	3164 (54.6) (80.8)	316 (5.5) (84.5)	200 (3.5) (78.2)	353 (6.1) (93.4)	283 (4.9) (91.0)	5795 (80.1)
Montagna	391 (26.6) (74.2)	157 (10.7) (10.5)	753 (51.3) (19.2)	58 (4.0) (15.5)	56 (3.8) (21.9)	25 (1.7) (6.7)	28 (1.9) (9.0)	1468 (20.2)
TOTALE	527 (7.3)	1481 (20.7)	3917 (54.0)	374 (5.2)	256 (3.5)	378 (5.2)	311 (4.3)	7263

TABELLA 5 CLASSIFICAZIONE DEI SOGGETTI SOTTOPOSTI A SCREENING IN BASE AI VALORI PRESSORI RISCONTRATI
I dati sono stratificati per classe di età'

Classi di età	Morimoto	Ipereso noto	Ipereso limite sospetto non noto	TOTALE
	n. (%riga) (%colonna)	n. (%riga) (%colonna)	n. (%riga) (%colonna)	n. (%)
20-29	837 (95.6) (16.0)	8 (0.9) (0.6)	31 (3.5) (5.3)	876 (12.1)
30-39	990 (86.7) (19.0)	52 (4.6) (3.6)	100 (8.8) (17.1)	1142 (15.7)
40-49	849 (76.4) (16.7)	127 (11.4) (8.7)	136 (12.2) (23.3)	1112 (15.3)
50-59	857 (65.4) (16.4)	282 (21.5) (19.4)	171 (13.1) (29.2)	1310 (18.0)
60-69	700 (60.2) (13.4)	376 (32.3) (25.8)	87 (7.5) (14.9)	1163 (16.0)
70-79	711 (58.3) (13.6)	462 (37.9) (31.7)	47 (3.9) (8.0)	1220 (16.8)
≥80	278 (63.2) (5.3)	149 (33.9) (10.2)	13 (3.0) (2.2)	440 (6.1)
TOTALE	5222 (71.9)	1456 (20.1)	585 (8.1)	7263 (100)

TABELLA 6 ATTIVITA' DELLE DIVERSE FONTI DI RILEVAZIONE NELLA SEGNALAZIONE DI SOGGETTI CON VALORI PRESSORI ALTERATI

I dati sono stratificati per classe di eta'

CLASSI DI ETA'	Medico di base n. (Xriga) (Zcolonna)	Ambulatorio infermieristico n. (Xriga) (Zcolonna)	Visitatrice domiciliare n. (Xriga) (Zcolonna)	Igiene pubblica n. (Xriga) (Zcolonna)	Rilevazione Fabbrica n. (Xriga) (Zcolonna)	Consultorio famigliare n. (Xriga) (Zcolonna)	Ospedale n. (Xriga) (Zcolonna)	TOTALE n. (Z)
20-34	30 (50.0) (10.7)	12 (20.0) (8.5)	0 (0.0) (0.0)	9 (15.0) (17.3)	5 (8.3) (20.0)	1 (1.7) (11.1)	3 (5.0) (5.6)	60 (10.3)
35-44	72 (52.9) (25.6)	26 (19.1) (18.7)	5 (3.7) (17.9)	16 (11.8) (30.8)	10 (7.4) (40.0)	0 (0.0) (13.0)	7 (5.1) (13.5)	136 (23.3)
45-54	86 (52.4) (30.6)	30 (18.3) (12.5)	8 (4.9) (28.6)	12 (7.3) (23.1)	9 (5.5) (36.0)	5 (3.1) (55.6)	14 (8.5) (25.9)	164 (28.0)
55-64	61 (44.5) (21.7)	41 (29.9) (19.8)	7 (5.1) (25.0)	14 (10.2) (26.9)	1 (0.7) (4.0)	3 (2.2) (33.3)	10 (7.3) (18.5)	137 (23.4)
>=65	33 (36.5) (11.4)	24 (27.3) (24.3)	8 (9.1) (28.6)	1 (1.1) (1.9)	0 (0.0) (0.0)	0 (0.0) (0.0)	20 (22.7) (37.0)	88 (15.0)
TOTALE	282 (48.2)	135 (23.1)	28 (4.8)	52 (8.9)	25 (4.3)	9 (1.5)	54 (9.2)	585

TABELLA 7 DISTRIBUZIONE DEI CASI PER CUI IL MEDICO NON PUO' FORNIRE INFORMAZIONI

I dati sono stratificati in base alla classificazione al momento dello screening

	LIMITE n. (Zriga) (Zcolonna)	SOSPETTI n. (Zriga) (Zcolonna)	NON NOTI n. (Zriga) (Zcolonna)	TOTALE n. (Z)
CASI NOTI	49 (15.6) (71.4)	203 (63.7) (64.2)	66 (20.7) (67.3)	318 (66.0)
CASI PERSI	20 (12.1) (28.6)	113 (68.5) (35.8)	32 (19.4) (32.7)	165 (34.1)
TOTALE	69 (14.5)	316 (65.2)	98 (20.3)	483 (100)

TABELLA 8 DISTRIBUZIONE DEI CASI PER CUI IL MEDICO NON PUO' FORNIRE INFORMAZIONI
I dati sono stratificati in base alla fonte di rilevazione

	Medico di base n. (Zriga) (Zcolonna)	Amb..inf. Vis.dom. n. (Zriga) (Zcolonna)	Igiene pubblica n. (Zriga) (Zcolonna)	Rilevazione fabbrica n. (Zriga) (Zcolonna)	Ospedale n. (Zriga) (colonna)	Altro n. (Zriga) (Zcolonna)	TOTALE n. (Z)
Casi noti	181 (56.8) (70.4)	67 (21.3) (58.1)	28 (8.8) (68.2)	11 (3.5) (45.8)	18 (5.6) (64.3)	13 (4.1) (76.5)	318 (66.0)
Casi persi	76 (46.1) (29.6)	49 (29.7) (41.9)	13 (7.9) (31.8)	13 (7.9) (54.2)	10 (6.1) (35.7)	4 (2.4) (23.5)	165 (34.1)
TOTALE	257 (53.1)	116 (24.2)	41 (8.5)	24 (5.0)	28 (5.8)	17 (3.5)	483 (100)

TABELLA 9 DISTRIBUZIONE DEI CASI PER CUI IL MEDICO NON PUO' FORNIRE INFORMAZIONI
I dati sono stratificati in base alla classe di eta' degli assistiti

	20-34	35-44	45-54	55-64	>=65	TOTALE
	n.	n.	n.	n.	n.	n.
	(%riga)	(%riga)	(%riga)	(%riga)	(%riga)	(%)
	(%colonna)	(%colonna)	(%colonna)	(%colonna)	(%colonna)	
Casi noti	27 (8.5) (52.9)	74 (23.3) (63.8)	113 (35.5) (76.4)	78 (24.5) (69.0)	26 (8.2) (47.3)	318 (65.8)
Casi persi	24 (14.6) (47.1)	42 (25.5) (36.2)	35 (21.2) (23.7)	35 (7.9) (30.1)	29 (17.6) (52.7)	165 (34.2)
TOTALE	51 (10.6)	116 (24.0)	148 (30.6)	113 (23.4)	55 (11.4)	483 (100.0)

TABELLA 10 CONDIZIONE ATTUALE DEGLI ASSISTITI CON PROBLEMI PRESSORI
INDIVIDUATI NEL CORSO DELLO SCREENING
I dati sono stratificati in base alla classificazione
al momento dello screening

	Limite	Sospetti	Non Noti	TOTALE
	n.	n.	n.	n.
	(%riga)	(%riga)	(%riga)	(%)
	(%colonna)	(%colonna)	(%colonna)	
Ipertesi	19 (12.1) (38.0)	92 (58.6) (45.5)	46 (29.3) (69.7)	157 (49.4)
Soggetti a rischio	13 (21.3) (26.0)	39 (63.9) (19.3)	9 (14.7) (13.6)	61 (17.3)
Normotesi	18 (18.0) (36.0)	71 (71.0) (35.2)	11 (11.0) (16.7)	100 (31.4)
TOTALE	50 (15.7)	202 (63.5)	66 (20.8)	318

TABELLA 11 CONDIZIONE ATTUALE DEGLI ASSISTITI IN BASE ALLA DIAGNOSI DEL MEDICO
I dati sono stratificati in base alla classe di età' degli assistiti

	20-34 n. (Xriga) (%colonna)	35-44 n. (Xriga) (%colonna)	45-54 n. (Xriga) (%colonna)	55-64 n. (Xriga) (%colonna)	>=65 n. (Xriga) (%colonna)	TOTALE n. (%)
Ipertesi	9 (5.7) (33.3)	31 (19.8) (41.9)	54 (34.4) (47.8)	40 (25.5) (51.3)	23 (14.7) (88.5)	157 (49.4)
Soggetti a rischio	5 (8.2) (18.5)	20 (32.8) (27.0)	24 (39.3) (21.2)	11 (18.0) (14.1)	1 (1.6) (3.9)	61 (19.2)
Normotesi	13 (13.0) (48.2)	23 (23.0) (31.1)	35 (35.0) (30.1)	27 (27.0) (34.6)	2 (2.0) (7.7)	100 (31.5)
TOTALE	27 (8.5)	74 (23.3)	113 (35.5)	78 (24.5)	26 (8.2)	318 (100.0)

TABELLA 12 STATO DI CONTROLLO DEI VALORI PRESSORI NEI
PAZIENTI IPERTESI

I dati sono stratificati per classe di età' degli assistiti

	20-44 anni n. (Xriga) (%colonna)	45-64 anni n. (Xriga) (%colonna)	>= 65 anni n. (Xriga) (%colonna)	TOTALE n. (%)
Controllati	11 (23.9) (27.5)	26 (56.5) (27.7)	9 (19.6) (39.1)	46 (29.3)
Non controllati	17 (26.7) (40.0)	34 (56.7) (36.2)	10 (16.7) (43.5)	60 (38.2)
Borderline	9 (25.7) (22.5)	24 (68.6) (25.5)	2 (5.7) (8.7)	35 (22.3)
Senza dati	4 (25.0) (10.0)	10 (62.5) (10.6)	2 (12.5) (8.7)	16 (10.2)
TOTALE	40 (25.5)	94 (59.9)	23 (14.6)	157

TABELLA 13

STATO DI CONTROLLO DEI VALORI PRESSORI NEGLI ASSISTITI
DI SESSO MASCHILE
I dati sono stratificati in base alla diagnosi del medico

	Ipertesi n. (Xriga) (%colonna)	A rischio n. (Xriga) (%colonna)	Normotesi n. (Xriga) (%colonna)	TOTALE
Controllati	22 (39.3) (38.6)	8 (14.3) (25.0)	26 (46.3) (76.5)	96 (45.5)
Non controllati	16 (64.0) (28.1)	9 (36.0) (28.1)	0 (0.0)	25 (20.3)
Borderline	14 (53.9) (24.6)	10 (38.5) (31.3)	2 (7.7) (5.9)	26 (21.2)
Senza dati	5 (31.3) (8.8)	5 (31.3) (15.7)	6 (37.5) (17.6)	16 (13.0)
TOTALE	57 (64.1)	32 (36.1)	34 (27.6)	123

TABELLA 14

STATO DI CONTROLLO DEI VALORI PRESSORI NEGLI ASSISTITI
DI SESSO FEMMINILE
I dati sono stratificati in base alla diagnosi del medico

	Ipertesi n. (Xriga) (%colonna)	A rischio n. (Xriga) (%colonna)	Normotesi n. (Xriga) (%colonna)	TOTALE
Controllati	24 (28.2) (24.0)	12 (14.1) (41.4)	49 (57.7) (73.1)	85 (43.4)
Non controllati	44 (86.3) (44.0)	7 (13.7) (24.1)	0 (0.0)	51 (26.0)
Borderline	21 (58.3) (21.0)	8 (22.2) (27.6)	7 (19.5) (10.5)	36 (18.4)
Senza dati	11 (45.8) (11.0)	2 (8.3) (7.0)	10 (45.8) (16.4)	23 (12.2)
TOTALE	100 (51.0)	29 (14.8)	66 (34.2)	195

TABELLA 15 STATO DI CONTROLLO DEI VALORI PRESSORI NEI PAZIENTI IPERTESI
I dati sono stratificati per la presenza di patologie croniche
concomitanti note al medico

	SI n. (Zriga) (%colonna)	NO n. (Zriga) (%colonna)	NON 50 n. (Z) (%)	TOTALE n. (%)
Controllati	18 (39.1) (29.0)	26 (56.5) (28.9)	2 (4.4) (66.7)	46 (29.3)
Non controllati	20 (33.3) (32.3)	39 (65.0) (43.3)	/	59 (37.6)
Borderline	20 (57.1) (32.3)	15 (42.9) (16.7)	/	35 (22.3)
Senza dati	4 (25.0) (6.5)	10 (62.5) (11.1)	1 (6.3) (33.3)	15 (9.6)
TOTALE	62 (39.5)	90 (57.3)	3 (2.0)	155

TABELLA 16 STATO DI CONTROLLO DEI VALORI PRESSORI NEI PAZIENTI IPERTESI
CUI IL MEDICO HA CONSIGLIATO DI INTERROMPERE LA TERAPIA

TERAPIA INTERROTTA	SI n. (Zriga) (%colonna)	NO n. (Zriga) (%colonna)	NON 50 n. (Zriga) (%colonna)	TOTALE n. (Z) (%)
CONTROLLATO				
Controllati	1 (2.2) (10.0)	44 (95.7) (31.2)	1 (2.2) (25.0)	46 (29.7)
Non controllati	3 (5.0) (30.0)	56 (93.3) (39.8)	/	59 (38.1)
Borderline	5 (14.3) (50.0)	28 (80.0) (19.9)	2 (5.7) (50.0)	35 (22.6)
Senza dati	1 (6.3) (8.3)	13 (81.3) (9.1)	1 (6.3) (25.0)	15 (9.7)
TOTALE	48 (31.0)	99 (63.9)	8 (5.2)	155

TABELLA 17 STATO DI CONTROLLO DEI VALORI PRESSORI NEI PAZIENTI IPERTESI CHE HANNO INTERROTTO SPONTANEAMENTE LA TERAPIA

TERAPIA INTERROTTA	SI	NO	NON SO	TOTALE
	n. (Zriga) (%colonna)	n. (Zriga) (%colonna)	n. (Zriga) (%colonna)	n. (%)
Controllati	9 (19.6) (18.8)	36 (78.3) (36.4)	1 (2.2) (12.5)	46 (29.7)
Non controllati	22 (36.7) (45.8)	34 (56.7) (34.3)	3 (5.0) (37.5)	59 (38.1)
Borderline	13 (37.1) (27.1)	20 (57.1) (20.2)	2 (5.7) (25.0)	35 (22.6)
Senza dati	4 (25.0) (8.3)	9 (56.3) (9.1)	2 (12.5) (25.0)	15 (9.7)
TOTALE	48 (31.0)	99 (63.9)	8 (5.2)	155

TABELLA 18 TRATTAMENTO ISTITUITO DAL MEDICO PER I PAZIENTI IPERTESI
I dati sono stratificati per classe di età' dei pazienti

	20-44 anni	45-64 anni	>= 65 anni	TOTALE
	n. (Zriga) (%colonna)	n. (Zriga) (%colonna)	n. (Zriga) (%colonna)	n. (%)
Terapia Farmacologica	8 (17.0) (20.0)	29 (61.7) (30.9)	10 (21.3) (43.5)	47 (29.9)
Terapia Farmac. e non Farmac.	32 (29.1) (80.0)	65 (59.1) (69.2)	13 (11.8) (56.5)	110 (70.1)
TOTALE	40 (25.5)	94 (59.9)	23 (14.6)	157

TABELLA 19 STATO DI CONTROLLO DEI VALORI PRESSORI NEI PAZIENTI CLASSIFICATI
 "A RISCHIO" DAL MEDICO
 I dati sono stratificati in base alla frequenza con cui il medico
 registra i dati pressori in cartella

	Senza dati n. (Xriga) (%colonna)	Ogni 3-6 mesi n. (Xriga) (%colonna)	>1anno n. (Xriga) (%colonna)	TOTALE n. (%)
Controllati	/	8 (40.0) (47.1)	12 (60.0) (32.4)	20 (32.8)
Non controllati	/	3 (18.8) (17.7)	13 (81.3) (35.1)	16 (26.2)
Borderline	/	6 (33.3) (35.3)	12 (66.7) (32.4)	18 (29.5)
Senza dati	7 (100) (100)	/	/	7 (11.5)
TOTALE	7 (11.5)	17 (27.9)	37 (60.7)	61

TABELLA 20 STATO DI CONTROLLO DEI VALORI PRESSORI NEI PAZIENTI CLASSIFICATI
 "A RISCHIO" DAL MEDICO
 I dati sono stratificati per la presenza di patologie croniche
 concomitanti note al medico

	SI n. (Xriga) (%colonna)	NO n. (Xriga) (%colonna)	NON SA n. (Xriga) (%colonna)	TOTALE n. (%)
Controllati	9 (45.0) (45.0)	10 (50.0) (32.3)	1 (5.0) (10.0)	20 (32.8)
Non controllati	3 (18.8) (15.0)	9 (56.3) (29.0)	4 (25.0) (40.0)	16 (26.2)
Borderline	7 (38.9) (35.0)	8 (44.4) (25.8)	3 (16.7) (30.0)	18 (29.5)
Senza dati	1 (14.3) (5.0)	4 (57.1) (13.0)	2 (28.6) (20.0)	7 (11.5)
TOTALE	20 (32.8)	31 (50.8)	10 (16.4)	61

TABELLA 21 STATO DI CONTROLLO DEI VALORI PRESSORI NEGLI ASSISTITI CHE HANNO MANTENUTO REGOLARI CONTATTI COL MEDICO
I dati sono stratificati per classe di età' del medico

	30-34 anni n. (Xriga) (%colonna)	35-39 anni n. (Xriga) (%colonna)	40-44 anni n. (Xriga) (%colonna)	TOTALE n. (%)
Controllati	47 (33.3) (51.7)	74 (52.5) (42.1)	20 (14.2) (57.1)	141 (46.7)
Non controllati	14 (18.4) (15.4)	50 (65.8) (28.4)	9 (11.8) (25.7)	73 (24.2)
Borderline	13 (21.0) (14.3)	43 (69.4) (24.4)	4 (6.5) (11.4)	60 (19.9)
Senza dati	17 (43.6) (18.7)	9 (23.1) (5.1)	2 (5.1) (5.7)	28 (9.2)
TOTALE	91 (30.1)	176 (58.3)	35 (11.6)	302

TABELLA 22 FREQUENZA DI REGISTRAZIONE DEI VALORI PRESSORI SULLA CARTELLA
I dati sono stratificati per classe di età' del medico

	30-34 anni n. (Xriga) (%colonna)	35-39 anni n. (Xriga) (%colonna)	40-44 anni n. (Xriga) (%colonna)	TOTALE n. (%)
Nessun valore	17 (43.6) (18.7)	9 (23.1) (5.1)	2 (5.1) (5.7)	28 (9.3)
3-6 Mesi	26 (23.9) (28.6)	78 (71.6) (44.3)	5 (4.6) (14.3)	109 (36.1)
=(1 anno	48 (28.2) (52.8)	89 (52.4) (50.6)	28 (16.5) (80.0)	165 (54.6)
TOTALE	91 (30.1)	176 (58.3)	35 (11.6)	302

TABELLA 23 STATO DI CONTROLLO DEI VALORI PRESSORI NEI PAZIENTI IPERTESI

I dati sono stratificati per classe di et  del medico

	30-34 anni n. (Xriga) (Xcolonna)	35-39 anni n. (Xriga) (Xcolonna)	40-44 anni n. (Xriga) (Xcolonna)	TOTALE n. (%)
Controllati	14 (30.4) (35.0)	28 (60.9) (29.2)	4 (8.7) (26.7)	46 (30.5)
Non controllati	11 (18.3) (27.5)	39 (65.0) (40.6)	8 (13.3) (53.3)	58 (38.4)
Borderline	6 (17.1) (15.0)	25 (71.4) (26.0)	2 (5.7) (13.3)	33 (21.9)
Senza dati	9 (56.3) (22.5)	4 (25.0) (4.2)	1 (6.3) (6.7)	14 (9.2)
TOTALE	40 (26.5)	96 (63.6)	15 (9.9)	151

TABELLA 24 CONDIZIONE ATTUALE DEI SOGGETTI CON PROBLEMI PRESSORI INDIVIDUATI
IN OCCASIONE DELLO SCREENING

I dati sono stratificati per classe di età' del medico

	30-34 anni	35-39 anni	40-44 anni	TOTALE
	n. (Zriga) (%colonna)	n. (Zriga) (%colonna)	n. (Zriga) (%colonna)	n. (%)
Ipertesi (trattam. farmac.)	13 (27.7) (14.3)	22 (46.8) (12.5)	6 (12.8) (17.1)	41 (13.6)
A rischio (controlli)	7 (30.4) (7.7)	13 (56.5) (7.4)	1 (4.4) (2.9)	21 (7.0)
Normotesi	35 (35.0) (38.5)	40 (40.0) (22.7)	17 (17.0) (48.6)	92 (36.4)
Ipertesi (trattam. farmac. + tratt. non farmac.)	27 (24.6) (29.7)	74 (67.3) (42.1)	9 (8.2) (25.7)	110 (36.4)
A rischio (controlli + tratt. non farm.)	9 (23.7) (9.9)	27 (71.1) (15.3)	2 (5.3) (5.7)	38 (12.6)
TOTALE	91 (30.1)	176 (58.3)	35 (11.6)	302

TABELLA 25

RISPONDEZA AL QUESTIONARIO DI FOLLOW-UP

I dati sono stratificati in base alla zona di residenza

	Citta' n. (Zriga) (Zcolonna)	Montagna n. (Zriga) (Zcolonna)	TOTALE n. (%)
Non hanno risposto	52 (78.8) (36.9)	14 (21.2) (60.9)	66 (40.2)
Hanno risposto	89 (90.8) (63.1)	9 (9.2) (39.1)	98 (59.8)
TOTALE	141 (86.0)	23 (14.0)	164

TABELLA 26

RISPONDEZA AL QUESTIONARIO DI FOLLOW-UP

I dati sono stratificati in base al riscontro sulla cartella del medico di valori pressori segnalati in data antecedente la rilevazione allo screening

	valori registrati n. (Zriga) (Zcolonna)	senza dati n. (Zriga) (Zcolonna)	TOTALE n. (%)
Non hanno risposto	7 (10.5) (31.8)	60 (84.7) (42.0)	67 (40.6)
Hanno risposto	15 (15.3) (68.2)	83 (84.7) (58.0)	98 (59.4)
TOTALE	22 (13.3)	143 (86.7)	165

TABELLA 27 CONDIZIONE PROFESSIONALE DEI RISPONDENTI AL QUESTIONARIO DI FOLLOW-UP

Condizione Professionale	n.	%
Operaio	27	27.6
Impiegato	4	4.1
Insegnante	3	3.1
Artigiano	3	3.1
Commerciante	2	2.0
Agricoltore	4	4.1
Pensionato	37	37.8
Casalinga	16	16.3
Non risponde	2	2.0
TOTALE	98	100.00

TABELLA 28 FREQUENZA PRESSO L'AMBULATORIO DEL PROPRIO MEDICO DICHIARATA DAGLI ASSISTITI PER CUI IL MEDICO NON DISPONE DI INFORMAZIONI AGGIORNATE

I dati sono stratificati per classe di età' degli assistiti

	20-44 anni	45-64 anni	>= 65 anni	TOTALE
	n. (%riga) (%colonna)	n. (%riga) (%colonna)	n. (%riga) (%colonna)	n. (%)
1-3-6 MESI	6 (18.2) (15.8)	14 (42.4) (35.9)	13 (39.4) (61.9)	33 (33.7)
1 ANNO	7 (41.2) (18.4)	7 (41.2) (18.0)	3 (13.3) (14.3)	17 (17.3)
> 1 ANNO	25 (52.1) (65.8)	18 (37.5) (46.1)	5 (10.4) (23.8)	48 (49.0)
TOTALE	38 (38.8)	39 (39.8)	21 (21.4)	98

TABELLA 29

OSTACOLI AL MANTENIMENTO DI PIU' REGOLARI CONTATTI CON IL PROPRIO MEDICO

I dati sono stratificati per condizione professionale

	Difficolta' di movimento	Difficolta' di tempo/orario	Nessuna	Sta bene	Altro	TOTALE
	n. (Zriga) (Zcolonna)	n. (Zriga) (Zcolonna)	n. (Zriga) (Zcolonna)	n. (Zriga) (Zcolonna)	n. (Zriga) (Zcolonna)	n. (Z)
Operai+Agricoltori	1 (3.3) (8.3)	10 (33.3) (66.7)	5 (16.7) (17.9)	12 (40.0) (42.9)	2 (6.7) (18.2)	30 (31.9)
Impiegati+Insegnanti	/	1 (14.3) (6.7)	3 (42.9) (10.7)	2 (28.6) (7.1)	1 (14.3) (9.1)	7 (7.5)
Artigiani+Commercianti	/	/	2 (40.0) (7.1)	1 (20.0) (3.6)	2 (40.0) (18.2)	5 (5.3)
Pensionati	7 (19.4) (58.3)	2 (5.6) (13.3)	14 (38.9) (90.0)	9 (25.0) (32.1)	4 (11.1) (36.3)	36 (38.3)
Casalinghe	4 (25.0) (33.3)	2 (12.5) (13.3)	4 (25.0) (14.3)	4 (25.0) (14.3)	2 (12.5) (18.2)	16 (17.0)
TOTALE	12 (12.8)	15 (16.0)	28 (29.8)	28 (29.8)	11 (11.7)	94

TABELLA 30 FREQUENZA DICHIARATA PRESSO L'AMBULATORIO DEL PROPRIO MEDICO
I dati sono stratificati per tipo di ostacolo indicato

	Difficolta' di movimento	Difficolta' di tempo/orario	Messuna	Sta bene	Altro	TOTALE
	n. (%riga) (%colonna)	n. (%riga) (%colonna)	n. (%riga) (%colonna)	n. (%riga) (%colonna)	n. (%riga) (%colonna)	n. (%)
1-3-6 mesi	7 (21.2) (58.3)	5 (15.2) (31.3)	16 (48.5) (55.2)	2 (6.1) (7.1)	3 (9.1) (27.3)	33 (34.4)
1 anno	1 (6.3) (8.3)	3 (18.8) (18.8)	3 (18.8) (10.3)	7 (43.7) (25.0)	2 (12.5) (18.2)	16 (16.7)
>1 anno	4 (8.5) (33.3)	8 (17.0) (50.0)	10 (21.3) (34.5)	19 (40.4) (67.9)	6 (12.8) (54.6)	47 (49.0)
TOTALE	12 (12.5)	16 (16.7)	29 (30.2)	28 (29.2)	11 (11.5)	96

TABELLA 31 UTILIZZAZIONE DI SERVIZI ALTERNATIVI ALL'AMBULATORIO
MEDICO PER I CONTROLLI PRESSORI DICHIARATA DAGLI ASSISTITI
PER CUI IL MEDICO NON DISPONE DI INFORMAZIONI AGGIORNATE
I dati sono stratificati per classe di eta' degli assistiti

	20-44 anni	45-64 anni	>= 65 anni	TOTALE
	n. (%riga) (%colonna)	n. (%riga) (%colonna)	n. (%riga) (%colonna)	n. (%)
SI	26 (41.3) (68.4)	25 (39.7) (67.6)	12 (19.0) (57.1)	63 (65.6)
NO	12 (36.4) (31.6)	12 (36.4) (32.4)	9 (27.3) (42.9)	33 (34.4)
TOTALE	38 (39.6)	37 (38.5)	21 (21.9)	96

TABELLA 32 SERVIZI UTILIZZATI IN ALTERNATIVA ALL'AMBULATORIO MEDICO
PER CONTROLLI PRESSORI

I dati sono stratificati per classe di età degli assistiti
e si riferiscono alle persone per cui il medico non dispone di
informazioni aggiornate

	20-44 anni n. (Zriga) (Zcolonna)	45-64 anni n. (Zriga) (Zcolonna)	>=65 anni n. (Zriga) (Zcolonna)	TOTALE n. (Z)
Farmacia	8 (42.1) (30.8)	6 (31.6) (24.0)	5 (26.3) (41.7)	19 (30.2)
Ambulatorio Infermieristico	1 (16.7) (3.9)	2 (33.3) (8.0)	3 (50.0) (25.0)	6 (9.5)
Medico di Fabbrica	5 (71.4) (19.2)	2 (28.6) (8.0)	/	7 (11.1)
Avis	6 (77.8) (26.9)	2 (28.6) (8.0)	/	8 (14.3)
Altro	5 (22.7) (19.2)	13 (59.1) (52.0)	3 (18.2) (33.3)	21 (34.9)
TOTALE	26 (41.3)	25 (39.7)	12 (19.0)	63

TABELLA 33 STATO DI CONTROLLO DEI VALORI PRESSORI NEGLI ASSISTITI
 CHE HANNO RISPOSTO AL QUESTIONARIO DI FOLLOW-UP
 I dati sono stratificati in base al tipo di servizio utilizzato
 per i controlli pressori

	Altrove n. (%riga) (%colonna)	Medico n. (%riga) (%colonna)	TOTALE n. (%)
Controllati	12 (80.0) (20.0)	3 (20.0) (9.4)	15 (16.3)
Non controllati	29 (67.4) (48.3)	14 (32.6) (43.8)	43 (46.7)
Borderline	18 (60.0) (30.0)	12 (40.0) (37.5)	30 (32.6)
Senza dati	1 (25.0) (1.7)	3 (75.0) (9.4)	4 (4.4)
TOTALE	60 (65.2)	32 (34.8)	92

TABELLA 34 STATO DI CONTROLLO DEI VALORI PRESSORI NEGLI ASSISTITI
 CHE HANNO RISPOSTO AL QUESTIONARIO DI FOLLOW-UP
 I dati sono stratificati per classe di età' degli assistiti

	20-44 anni	45-64 anni	>= 65 anni	TOTALE
	n.	n.	n.	n.
	(Zriga)	(Zriga)	(Zriga)	(Z)
	(Zcolonna)	(Zcolonna)	(Zcolonna)	
Controllati	7 (50.0) (19.4)	6 (42.9) (15.8)	1 (7.1) (5.6)	14 (15.2)
Non controllati	14 (32.5) (38.9)	15 (34.9) (39.5)	14 (32.5) (77.8)	43 (46.7)
Borderline	13 (41.9) (36.1)	16 (51.6) (42.1)	2 (6.4) (11.1)	31 (33.7)
Senza dati	2 (50.0) (5.6)	1 (25.0) (2.6)	1 (25.0) (5.6)	4 (4.4)
TOTALE	36 (39.1)	38 (41.3)	18 (19.6)	92

