



Milano 15/06/2020

Proposta di valorizzazione dell'attività del medico di medicina generale: Parte prima: Diagnostica

RAZIONALE

La medicina generale è una disciplina che ha sempre guardato al paziente nella sua totalità, affrontando non solo patologie, ma anche problemi e circostanze semplici e complesse. Può essere sintetizzata con la triade “relazione, prevenzione, continuità”. In tale contesto, la figura professionale del Medico di Medicina Generale (MMG), pur in continua evoluzione nei decenni, ha da sempre - senza dubbio - rappresentato nell'opinione comune l'interfaccia iniziale tra il paziente e il Sistema Sanitario Nazionale: il primo interlocutore dell'assistito.

Una figura essenziale, seppur spesso criticata e definita “in crisi”. Il MMG rimane ad oggi il riferimento diretto per ogni paziente. Conosce la storia clinica, le abitudini e i fattori di rischio dei propri assistiti, è fondamentale nella gestione delle popolazioni fragili, tra cui gli anziani, i diabetici, in cui la mancanza di aderenza ai trattamenti e alle misure suggerite può superare l'80%, con ripercussioni inevitabili sulla qualità di vita.

Tra le limitazioni legate all'esercizio della professione, i MMG contestano per lo più un iniquo bilanciamento tra l'eccesso di burocrazia (che porta via tempo prezioso da dedicare agli assistiti) e l'assente dotazione di strumentazione clinica, insieme ad uno scarso potere decisionale in molte scelte diagnostiche e terapeutiche. Ciò costringe il MMG, anche il più motivato, a demandare decisioni, sia semplici che complesse, agli specialisti, congestionando le liste d'attesa territoriali e ospedaliere.

La carenza di investimenti in tema di sanità ha portato alla mancanza di risorse economiche e di conseguenza anche fisiche. Negli ultimi anni, tuttavia, sempre maggiore attenzione viene rivolta alla formazione del MMG e, in maniera crescente, questa figura sta diventando parte integrante di un sistema in grado di erogare servizi sanitari di cui ha bisogno il cittadino. A ciò si aggiunge la necessità di rispondere alle richieste del paziente in ambito di e-health,

che vede internet come una fonte di informazione talvolta preliminare a quella del medico di famiglia. Ma la e-health, se usata correttamente, può permettere al medico di essere presente anche a distanza.

Da diverso tempo, si discute in merito alla necessità di dotare i MMG di una strumentazione “base” per poter porre le diagnosi più frequenti nella pratica quotidiana e monitorare le patologie croniche di maggiore interesse, aumentandone l'aderenza terapeutica, con l'obiettivo di migliorare il processo di presa in cura dei pazienti, nonché di ridurre il fenomeno delle liste d'attesa. Si tratterebbe di macchinari finalizzati ad accertamenti diagnostici di primo livello, che consentirebbero un primo approfondimento in studio, senza demandare allo specialista o dover magari richiedere un accertamento più complesso e costoso. Insomma, un investimento sulla qualità della vita delle persone.

Di quali apparecchiature si tratta?

- elettrocardiografo ed eventuale ECG-Holter, al fine di individuare eventuali cardiopatie ischemiche sintomatiche, presenza o assenza di anomalie ECGgrafiche correlabili all'ipertensione arteriosa e aritmie sospette
- spirometro, per monitorare pazienti affetti da broncopneumopatie croniche
- device per dosaggio di glicemia ed emoglobina glicata, per diagnosticare e monitorare la risposta terapeutica nel diabete mellito.

Il tutto accompagnato da servizi di tele-care, tele-health e telemonitoraggio, in grado di concorrere alla sostenibilità del Servizio Sanitario Pubblico, realizzando una più forte presa in carico degli utenti, favorendo un minore ricorso al Pronto Soccorso e garantendo elevati livelli di appropriatezza delle cure. A tal proposito, risulta utile la possibilità di prenotare l'eventuale prestazione dallo specialista, qualora il problema oggetto di studio non sia gestibile soltanto da un'analisi ambulatoriale di primo livello, direttamente dal MMG. Gli strumenti, infatti, non devono risultare fini a se stessi, ma vanno inseriti in una congrua realtà territoriale ricevente, con la creazione di una rete strutturata e una formazione specifica. Occorre realizzare tra i Presidi Territoriali e gli studi dei MMG una sinergia di intenti, coinvolgendo a vario titolo anche la specialistica ambulatoriale dei Presidi Distrettuali, con la creazione di una rete informativo- tecnologica.

LA DIAGNOSTICA

Utilizzo dell'elettrocardiografo



La prevenzione delle malattie cardiovascolari (MCV) costituisce un insieme coordinato di azioni finalizzate ad eliminare o minimizzare l'impatto delle stesse sulla popolazione a rischio e la loro disabilità. Le MCV rimangono la principale causa di morbidità e mortalità, nonostante le stime siano migliorate negli ultimi decenni, soprattutto con l'avvento dell'emodinamica. La prevenzione deve partire dalla promozione, da parte del MMG, di un corretto stile di vita e dalla rimozione, ove possibile, dei fattori di rischio. Pertanto, la valutazione del rischio CV totale impone interventi più o meno rapidi, a seconda della gravità dei fattori favorenti.

Impact of combinations of risk factors on risk

Gender	Age (years)	Cholesterol (mmol/L)	SBP (mmHg)	Smoker	Risk (10 year risk of fatal CVD)
F	60	7	120	No	2%
F	60	7	140	Yes	5%
M	60	6	160	No	9%
M	60	5	180	Yes	21%

CVD = cardiovascular disease; F = female; M = male; SBP = systolic blood pressure

In base alle attuali raccomandazioni in materia di rischio CV, i principali fattori di rischio in base ai quali va effettuato un più attento monitoraggio sono: storia familiare di cardiopatia, ipercolesterolemia familiare o ipertrigliceridemia, fumo, ipertensione arteriosa, diabete mellito o sindrome metabolica. In queste categorie, è auspicabile effettuare un assessment cardiovascolare almeno ogni 5 anni o prima dei 5 anni in presenza di più fattori di rischio (Raccomandazione IC), come pure è raccomandabile un assessment CV a U > 40 aa e D > 50 aa o in menopausa, senza apparenti noti fattori di rischio (Raccomandazione IIC)

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Systematic CV risk assessment is recommended in individuals at increased CV risk, i.e. with family history of premature CVD, familial hyperlipidaemia, major CV risk factors (such as smoking, high BP, DM or raised lipid levels) or comorbidities increasing CV risk.	I	C
It is recommended to repeat CV risk assessment every 5 years, and more often for individuals with risks close to thresholds mandating treatment.	I	C
Systematic CV risk assessment may be considered in men >40 years of age and in women >50 years of age or post-menopausal with no known CV risk factors.	IIb	C
Systematic CV risk assessment in men <40 of age and women <50 years of age with no known CV risk factors is not recommended.	III	C

Quali modalità di screening?

- effettuare un ECG basale, dai 40 anni in su per gli uomini e dai 50 anni in su per le donne, in assenza di fattori di rischio CV, anticipare lo screening in presenza anche di 1 solo fattore di rischio nel momento in cui quest'ultimo si rende manifesto. Qualora negativo, l'ECG basale va ripetuto ogni 5 anni. Se invece emergono alterazioni sospette, queste devono essere evidenziate - fino a un primo livello - dallo stesso MMG opportunamente istruito in fase di formazione specifica; solo quando ciò non è possibile e cioè in caso di alterazioni di livello superiore è indicato il ricorso alla telemedicina. Infine il paziente, nel caso permangano incertezze diagnostiche o venga evidenziata una patologia non completamente affrontabile da parte del MMG, va indirizzato allo specialista, con un grado di priorità legato alla gravità o meno del riscontro clinico-strumentale. Lo screening nella popolazione con meno di 50 anni per le donne e 40 aa per gli uomini senza fattori di rischio non è utile perchè - come è dimostrato - non riduce il rischio CV, pertanto sarebbe un dispendio inutile di energie professionali
- individuare ed affrontare le seguenti condizioni patologiche:
 1. sospetta cardiopatia ischemica in paziente che giunge in ambulatorio sintomatico per angor o dispnea: accertare o escludere ischemia miocardica/infarto miocardico/angina e, qualora si riscontrino anomalie dubbie o comunque persista il



sospetto clinico nonostante la negatività dell'esame, indirizzare il paziente in Pronto Soccorso per il completamento diagnostico

2. aritmie sospette, in particolare extrasistoli e FA, condizioni patologiche di frequente riscontro per il MMG, in paziente che giunge per dispnea, cardiopalmo, astenia o altri sintomi suggestivi per un disturbo del ritmo. Qualora l'ECG fosse negativo per aritmie, si eviterebbe l'accesso in pronto soccorso e si potrebbe indagare, senza regime di urgenza, la condizione clinica in oggetto. Viceversa, in caso di riscontro di un'aritmia, soprattutto databile, il paziente verrebbe indirizzato in Pronto Soccorso per le cure del caso.
3. monitoraggio del Qtc in pazienti in terapia con i seguenti farmaci, al fine di valutarne la riduzione della posologia o la sospensione, in base a sesso ed età

1. Farmaci associati a rischio di TdP	2. Farmaci potenzialmente associati a rischio di TdP	3. Farmaci da evitare in pazienti affetti da LQTS
Farmaci che, di solito, sono riconosciuti capaci, dalle autorità regolatorie, di aumentare il rischio di TdP.	Farmaci che, secondo alcune segnalazioni, sono associati a TdP ma per i quali mancano chiare evidenze di correlazione ad un aumento del rischio di TdP.	Farmaci da evitare nei pazienti con sospetta diagnosi o a cui sia stata diagnosticata LQTS congenita (i farmaci delle liste 1 e 2 sono compresi anche nella lista 3)
Aloperidolo Amiodarone* Arsenico triossido Chinidina* Clorpromazina Claritromicina Disopiramide* Domperidone Droperidolo Eritromicina* Ibutilide* Metadone* Pentamidina* Pimozide* Procainamide Sotalolo* Tioridazina	Amantadina Azitromicina Cloralio idrato Dolasetron Felbamato Flecainide Foscarnet Granisetron Indapamide Isradipina Levofloxacina Litio Moexipril + idroclorotiazide Moxifloxacina Nicarbidina Ocrotide Ondansetron Quetiapina Risperidone Salmeterolo Tacrolimus Tamoxifene Telitromicina Tizanidina Venlafaxina Voriconazolo	Albuterolo Chinidina* Cocaina Dobutamina Dopamina Droperidolo Efedrina Epinefrina Fenilefrina Fenilpropanolamina Midodrina Pseudoefedrina Ritodrina Sibutramina Terbutalina

E' ipotizzabile, e a nostro avviso auspicabile anche in considerazione del suo basso costo economico, l'esecuzione di ECG basale con cadenza decennale a tutti gli assistiti a partire dall'età di ingresso nella Medicina generale dalla Pediatria di Libera Scelta (16 anni) fino all'età di ingresso nelle attività di prevenzione del rischio CV di cui sopra: per un totale di 3

ECG per i maschi (16, 26 e 36 anni) e 4 per le femmine (16, 26, 36, 46 anni). Tali esami potrebbero essere utilizzati, se normali, per la certificazione sportiva non agonistica.

*Utilizzo dello spirometro (tematica che sarà affrontata in un prossimo documento)

*Utilizzo dello strumento di calcolo della glicemia e dell'Hb glicata (tematica che sarà affrontata in un prossimo documento)

L'utilizzo della strumentazione prevederà la frequenza di corsi di formazione specifici per MMG, per un utilizzo appropriato delle risorse. Allo scopo di ottimizzare l'adesione dei MMG e l'omogeneità dei loro comportamenti diagnostici ed organizzativi è indispensabile che tale formazione debba essere affidata esclusivamente a enti formativi gestiti dalla stessa Medicina generale con maturate esperienze didattiche. E' comunque auspicabile la collaborazione con le istituzioni limitatamente alla concessione ed al controllo degli incarichi e delle attività.

La nostra Scuola è pronta per attivare in tempi brevi la relativa attività didattica nell'ambito della nostra Regione ed eventualmente a fornire il supporto organizzativo anche ad entità didattiche della Medicina generale di altre regioni, mediante la realizzazione di incontri formativi gestiti da nostri formatori anche con il supporto di specialisti e rappresentanti istituzionali.

Il Presidente SIFMed
Dott Roberto Palmieri