

## IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE CON “INTERESSI DISCIPLINARI SPECIALI” E I PDTA DELLA CRONICITÀ

Alla luce di quanto espresso nel Piano Nazionale sulla Cronicità, il ruolo della Medicina Generale sarà centrale, come tradizionalmente ribadito da decenni nei documenti ufficiali, e sarà di coordinamento nella gestione del percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale di ogni singolo cittadino portatore di cronicità.

**Fabio Bono,  
Angelo Campanini,  
Andrea Stimamiglio**

LA FIGURA DI RIFERIMENTO sarà quella di un medico di Medicina Generale, ma potrà essere anche in alcuni casi uno specialista, capace di gestire il lavoro di équipe tra differenti professionalità che operano concordemente a favore del cittadino.

Questo MMG dovrà essere in grado non solo di operare professionalmente al meglio, ma dovrà farlo rispettando ed ottimizzando tutte le risorse, professionali e tecnologiche, avendo cura di evitare sovrapposizioni di interventi, possibili e probabili nel caso di cittadini affetti da polipatologie.

### **Il medico generalista con “interessi disciplinari speciali”**

Il rapporto sempre più stretto tra territorio ed ospedale, tra Medicina Generale e Specialistica, nell’ambito dei nuovi modelli organizzativi (AFT, UCCP), ha fatto sentire da più parti la necessità di una figura di medico generalista con interessi disciplinari speciali che “seppur non così profondi come quelli specialistici” consentano di diminuire la distanza tra territorio ed ospedale, fornendo una gestione avanzata della cronicità.

Medici di Medicina Generale con interessi disciplinari speciali possono, nell’ambito delle AFT e delle UCCP, attra-

verso la contaminazione reciproca dei saperi e la somma delle competenze, migliorare, ampliare e rendere più appropriata la risposta alla domanda di salute. Questa figura professionale possiede ed ha coltivato “sapere e saper fare” specifici, in ben riconoscibili aree della medicina e non va confusa con quella del Coordinatore, Dirigente ecc. delle AFT o UCCP.

Il coordinamento di queste strutture territoriali deve essere sicuramente in carico alla Medicina Generale, ma richiede altre competenze, di tipo organizzativo/gestionale, che possono anche ed eventualmente sommarsi a quelle professionali “speciali”, ma che con queste non vanno confuse.

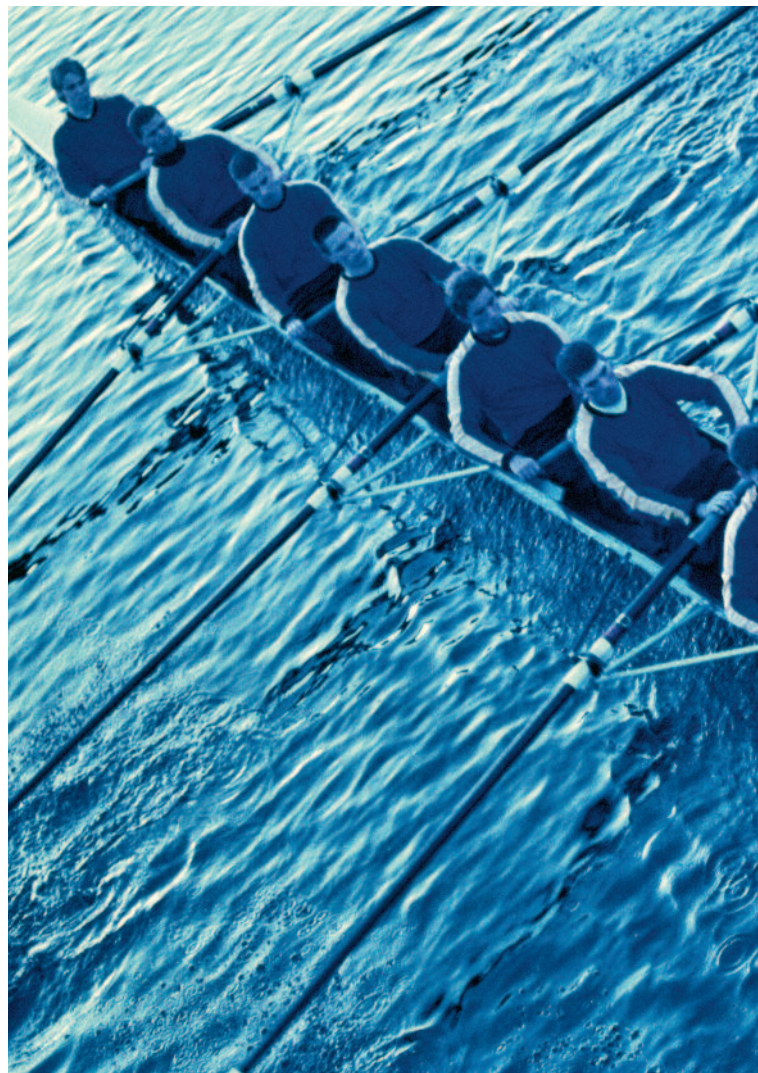
### **In quali settori possono svilupparsi le competenze**

Sono molteplici i settori in cui un aumento di competenze potrebbe contribuire in modo importante a costruire la Medicina Generale del futuro prossimo. Il senso di una esplicitazione e strutturazione di queste competenze ha una logica unica, che porta ad una fusione, dal punto di vista filosofico e metodologico di due approcci complementari al paziente, tra l’anima “generalista” e quella “specialistica delle Cure Primarie”, po-

tendo fornire risposte da parte di professionisti, appunto i medici di Medicina Generale con interessi specifici. Infatti costoro, pur nell’intervento “con competenze specifiche” sono capaci di mantenere una assoluta visione olistica, garantita da un lato dalle competenze comunque possedute nei vari settori della medicina, e dall’altro dall’esercizio quotidiano di una professione che opera secondo un modello bio-psico-sociale. In questa prospettiva non è solo probabile, ma certo, che la Medicina Generale confermerà ed amplierà la capacità di concludere la maggior parte dei problemi di salute al primo livello del sistema sanitario, colmando altresì la distanza che la separa dalle realtà della Medicina Generale del Nord Europa, ove da anni la tecnologia e le competenze speciali sono quotidianamente messe in campo a favore degli assistiti ed organicamente comprese negli Accordi con le Autorità Regolatorie dei diversi Paesi.

### **Il ruolo della tecnologia**

In una visione di questo genere la tecnologia è strategica: è la via attraverso la quale si riduce l’attività di triage avanzato e di *gate keeping* della Medicina Generale attuale per sviluppare ulteriormente, e con strumentazione opportu-





“  
**La figura di riferimento dovrà essere in grado non solo di operare professionalmente al meglio, ma dovrà farlo rispettando ed ottimizzando tutte le risorse, professionali e tecnologiche, avendo cura di evitare sovrapposizioni**

na, le attività dirette di diagnosi e cura. Le competenze necessarie per l'uso della tecnologia vanno viste a loro volta come service per i colleghi, i quali possono così fruire, nell'ambito della AFT o UCCP, di conferme diagnostiche strumentali dirette ed in tempi brevissimi, e prendere di conseguenza decisioni diagnostiche terapeutiche più appropriate. Limitandoci all'impiego delle apparecchiature maggiormente diffuse (elettrocardiografo, ecografo, spirometro, holter ecg, holter pressorio) in una qualunque forma di organizzazione territoriale della MG (AFT, UCCP, medicina di gruppo, medicina in rete) il numero di ipotesi diagnostiche confermabili, o al contrario escludibili, sarebbe molto elevato. Ciò avrebbe, e dove queste strumentazioni vengono utilizzate ha dimostrato di avere, un impatto immediato ed enorme nell'acuzie, ma deve essere molto chiaro che anche la gestione delle patologie croniche ne avrebbe un immenso beneficio.

#### **I vantaggi della gestione dei PDTA nella Medicina Generale**

Il metodo che si va disegnando per la gestione delle patologie croniche è quello dei Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), che vogliono essere, in



**Una scommessa importante nel prossimo futuro sarà l'integrazione dei PDTA nei portatori di polipatologie, per non trasformare la loro vita in un lungo, ripetitivo, inesauribile pellegrinaggio tra indagini e controlli e per non duplicare inutilmente una serie di prestazioni che diverrebbero automaticamente inappropriate.**



estrema sintesi, strumenti di governo clinico che rappresentano ed attuano l'equilibrio possibile nei differenti contesti tra necessità assistenziali, linee guida professionali, disponibilità strutturali e bilanci economici.

Strutturare i PDTA spostando al primo livello di cura, grazie a competenze disciplinari più avanzate ed alla presenza di tecnologia a disposizione della Medicina Generale, una serie di controlli attualmente in carico ad altri livelli di cura ridurrebbe i costi e renderebbe gli stessi più performanti (liste d'attesa più brevi) ed appropriati.

Una scommessa importante nel prossimo futuro sarà l'integrazione dei PDTA nei portatori di polipatologie, per non trasformare la loro vita in un lungo, ripetitivo, inesauribile pellegrinaggio tra indagini e controlli e per non duplicare inutilmente una serie di prestazioni che diverrebbero automaticamente inappropriate.

Un altro tema importante sarà l'identificazione di marcatori dell'evoluzione delle singole patologie sensibili e di basso costo, gestibili in Medicina Generale. Inevitabilmente in PDTA evoluti la tecnologia diagnostica avrà un ruolo chiave.

Pensiamo all'uso dell'elettrocardiografo

o dell'holter ecg non solo per il follow-up dei vasculopatici in qualsiasi percorso essi si trovino inseriti (ipertensione arteriosa con danno d'organo, scompenso cardiaco cronico, insufficienza renale cronica, diabete mellito ecc.), ma anche per percorsi apparentemente lontani da questi come quelli psichiatrici per il follow-up degli effetti avversi cardiologici indotti o aggravati dagli psicofarmaci.

Se del tutto ovvio appare l'uso degli spirometri nei PDTA dei pazienti con BPCO, pensiamo quanto più accurata possa essere la gestione dei percorsi dei pazienti con scompenso cardiaco potendo utilizzare nel follow up misure precise e quantificazioni oggettive consentite dall'esame ecografico.

Non si tratta di sostituire altre figure professionali (specialisti), ma di permettere a loro di lavorare in modo più appropriato avocando alla Medicina Generale una serie di competenze di base che consentano una gestione più evoluta di questi pazienti.

Valutare ecograficamente una frazione d'eiezione visiva<sup>1</sup> o una sindrome interstiziale polmonare<sup>2</sup>, dopo una breve formazione di alcune ore, è sicuramente possibile e permetterebbe al cittadino di avere una gestione di prossimità più efficace ed ottimizzerebbe l'uso delle ri-

sorse specialistiche.

Anche in altri modelli di cronicità l'ecografia si rende estremamente utile come ben segnalano le linee guida nazionali sulla insufficienza renale cronica.

Non un esame di screening, ma un esame da proporre a tutti i cittadini che hanno una micro-macro ematuria persistente o una familiarità per malformazioni renali, sintomi da ostruzione delle vie urinarie o che in stadio 3-4-5 della malattia renale cronica hanno un peggioramento del filtrato glomerulare.

Si tratterebbe comunque di numeri elevati di esami che, se riversati semplicemente sulla specialistica, andrebbero a gravare sui già lunghi tempi d'attesa per questo settore della diagnostica. In alternativa si dovrebbe diminuire il "tempo/esame" con un incremento dell'efficienza del sistema, ma con probabile diminuzione della qualità e dell'accuratezza dell'indagine ecografica.

È evidente che nulla di tutto ciò accadrebbe se riportato al primo livello di cura, accorpando, in uno stesso momento, più funzioni e riducendo il tempo speso dal cittadino in questi controlli.

Diversi PDTA hanno come denominatore comune l'angiosclerosi e l'ecografia fornisce due marcatori facilmente valutabili e misurabili in modo accurato e ripetibile: il calcolo dello spessore medio-intimale/elasticità della parete vascolare (QIMT)<sup>3</sup> e gli indici di resistenza renali<sup>4</sup>.

L'evoluzione dei software per lo studio del QIMT e dei moduli ecocolorDoppler di più facile ed accurato impiego ha in questi anni consentito la pubblicazione di una mole importante di lavori su questi indicatori, consentendoci di comprendere cosa rappresentino realmente. Lo spessore medio intinale e gli indici di resistenza racchiudono in sé non solo un indicatore di danno d'organo, ma anche di danno sistemico vascolare e quindi hanno un valore prognostico generale. Nel prossimo futuro un'altra cronicità, che per motivi di farmaco-economia e di stili di vita ci seguirà ancora per diversi anni, potrà essere indagata negli studi di Medicina Generale ed è l'epatopatia cronica virale o più probabilmente, visto lo sviluppo delle terapie antivirali, metabolica.

Se attualmente solo gli ecografi di alta fascia sono in grado di valutare la durezza di un parenchima in KPa, tra pochi anni sarà possibile farlo con apparecchiature di livello accessibile anche ai nostri studi.

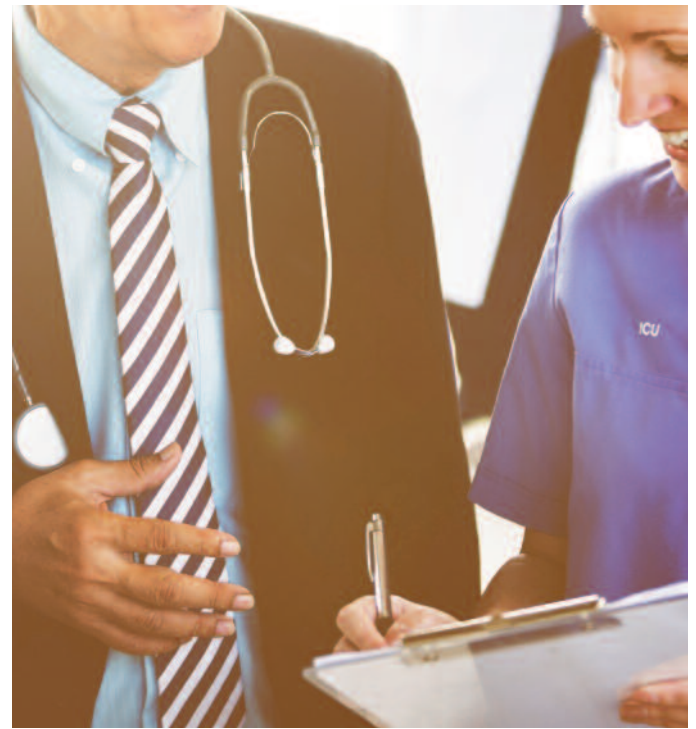
### L'esperienza della Scuola Nazionale di Ecografia Generalista Fimmg-Metis e di SIEMG

Dal 2004, come Scuola Nazionale di Ecografia Generalista Fimmg-Metis e come Società Italiana di Ecografia in Medicina Generale (SIEMG), stiamo formando medici di Medicina Generale con un interesse specifico nel campo della diagnostica ad ultrasuoni, consapevoli e convinti del contributo che questa metodica può dare nella gestione quotidiana della domanda di salute nell'ambito delle AFT e UCCP sia nell'acuzie che nella cronicità.

In questi 12 anni abbiamo svolto più di 600 corsi con oltre 11.000 presenze a dimostrazione dell'interesse dei medici di Medicina Generale ad acquisire competenze che possano migliorare il loro agire professionale.

Quello che allora sembrava un obiettivo impossibile, grazie al lavoro di molti non solo in campo ecografico, è diventato una realtà: la Medicina Generale ha acquisito interessi disciplinari speciali che nel lavoro di equipe territoriale le possono consentire una gestione avanzata della cronicità.

Rivendichiamo orgogliosi la paternità dell'idea, del progetto didattico formativo e della sua applicazione. Ma per essere realmente protagonisti in futuro nei Piani Diagnostici Terapeutici Assistenziali della cronicità c'è anche l'urgenza di un cambio di paradigma operativo del sindacato. È necessario più coraggio nel proporre abilità e capacità professionali cliniche e tecnologiche, da integrare a quelle organizzativo/gestionali, con maggior decisione, negli Accordi Collettivi Nazionali, negli Accordi Regionali e negli Accordi Locali. Questo coraggio e questa determinazione vanno messi in campo con uno sguardo rivolto ad un futuro di medio-lungo periodo, a tutela della professione e di quei giovani colleghi che entreranno con entusiasmo e molte aspettative nella nostra impegnativa e meravigliosa disciplina: la Medicina Generale / Medicina di Famiglia.



### Bibliografia

1. *Visually estimated left ventricular ejection fraction by echocardiography is closely correlated with formal quantitative methods.* Gudmundsson P1, Rydberg E, Winter R, Wilenheimer R. *Int J Cardiol.* 2005 May 25;101(2):209-12.
2. *Ultrasound of extravascular lung water: a new standard for pulmonary congestion.* Eur Heart J. 2016 Jul 14;37(27):2097-104. Picano E1, Pellikka PA2. 1-CNR Institute of Clinical Physiology, Italian National Research Council, Pisa 56124, Italy 2-Department of Cardiovascular Diseases, Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, MN, USA
3. *Carotid Intima-Media Thickness and Plaque in Cardiovascular Risk Assessment.* Tasneem Z. Naqvi, MD, MMM , † , , Ming-Sum Lee, MD, PhD†VALIDHTML Echocardiography Laboratory, Mayo Clinic, Scottsdale, Arizona † Cardiac Noninvasive Laboratories, Keck School of Medicine, University of Southern California, Los Angeles, California *JACC: Cardiovascular Imaging, Volume 7, Issue 10, October 2014, Pages 1054-1056*
4. *Reference Values and Factors Associated With Renal Resistive Index in a Family-Based Population Study.* Ponte BI, Pruijm M, Ackermann D, Vuistiner P, Eisenberger U, Guessous I, Rousson V, Mohaupt MG, Alwan H, Ehret G, Pechere-Bertschi A, Paccaud F, Staessen JA, Vogt B, Burnier M, Martin PY, Bochud M 1- Division of Nephrology, University Hospital of Geneva, Geneva *Hypertension.* 2014;63:136-142.

“**Rivendichiamo orgogliosi la paternità dell'idea, del progetto didattico formativo e della sua applicazione. Ma per essere realmente protagonisti in futuro nei Piani Diagnostici Terapeutici Assistenziali della cronicità c'è anche l'urgenza di un cambio di paradigma operativo del sindacato.**”