

PDTA, da opportunità ad ostacolo per i medici di famiglia italiani

La Medicina Generale Italiana non è specialità accademica, non ha un campo di azione definito e pur dovendo farsi carico delle patologie frequenti non può farlo per una serie di impedimenti. Uno di questi è rappresentato proprio dai percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali che sono redatti prevalentemente dagli "specialisti"

Giuseppe Maso - Presidente SIICP

I percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA) sono nati come strumenti di gestione clinica per definire l'insieme ottimale degli interventi nel contesto applicativo locale, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse professionali e tecnologiche a disposizione. Nel nostro Paese le "Area Sanità e

Sociale" delle Regioni producono i vari PDTA elaborati da gruppi di lavoro formati da specialisti di diversi settori. I documenti prodotti hanno come destinatari i Direttori Generali e Sanitari della Ulss, i responsabili di Distretto, i medici di medicina generale, gli specialisti della patologia considerata, gli infermieri, le farmacie e le associazioni dei malati (tabella

1). I PDTA non vanno confusi con le linee guida che sono dei documenti che hanno lo scopo di guidare le decisioni e i criteri relativi alla diagnosi, al trattamento e alla gestione di particolari patologie; queste si basano sulle prove disponibili (*Evidence Based Medicine*) e forniscono delle raccomandazioni pratiche. Le linee guida, a differenza dei PDTA,

non decidono chi fa cosa, ma come le cose vanno fatte.

La Medicina Generale Italiana non è specialità accademica, non ha un campo di azione definito e pur dovendo farsi carico delle patologie frequenti che non richiedono particolari attrezzature o manovre specialistiche di secondo livello non può farlo per una serie di impedimenti. Uno di questi ostacoli professionali è rappresentato proprio dai percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali che sono redatti prevalentemente dagli "specialisti" delle patologie prese in considerazione.

► Un processo produttivo

Il PDTA definisce dei ruoli obbligati e discrimina una categoria di medici a privilegio di altri che possono ostentare superiorità sulla maggioranza. In realtà i percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali indu-

cono dei bisogni e diventano un "processo produttivo". I pazienti diventano consumatori di specialità, il Sistema Sanitario come un'industria in cui le "specialità" acquisiscono un valore di mercato, il paziente diventa cliente e la visita specialistica un atto di consumo che crea altri atti di consumo. Tutto questo con una complicità, forse non intenzionale, dell'Università italiana che non ha fra le sue numerose cattedre quella della Medicina Generale. Le specializzazioni, in alcuni casi, appaiono come una manipolazione istituzionale del mondo medico e della visione dell'uomo. I PDTA sembrano essere un logico prodotto del comportamento burocratico che serve più all'organizzazione del sistema che alle persone; alimentano nell'utenza, se già non ce ne fosse bisogno, il "mito" della "specialità" screditando la Medicina Generale diventata "medicina di base".

Tutto questo con una passiva accettazione da parte dei Mmg italiani sopraffatti da un elefantiaco carico burocratico. A differenza dei colleghi europei i medici di famiglia italiani non crescono, non imparano, stanno fermi e non possono invadere il terreno delle "specialità" che hanno il monopolio dei piani terapeutici, del rilascio delle esenzioni dal ticket sanitario e dell'accesso alla diagnostica di secondo livello. Il medico "patentato" rilascia autorizzazioni ad altri medici. Questa rinuncia alla gestione delle patologie che non richiedono particolari attrezzature diagnostiche è stato un suicidio professionale. L'ingabbiamento in un ruolo ha portato ad una specie di "analfabetismo di ritorno" per cui buona parte dei Mmg disinformati, non è più in grado di farsi carico di patologie la cui cura ha ormai delegato da anni.

► Una disciplina in decomposizione

La MG italiana è una disciplina in decomposizione, il ruolo in cui giocano i medici di famiglia è diventato ormai una parodia della medicina. Si accetta la misurazione della professione con il calcolo delle attività all'interno di un processo "produttivo" ben sapendo che l'esperienza della medicina generale non è misurabile. Eppure basta guardarci attorno per vedere cosa avviene; prendiamo come esempio una patologia come il diabete (ma potremmo considerarne altre): mentre negli USA le autorità governative riconoscono l'efficacia di una applicazione dello *smartphone* per curare il diabete, i Mmg italiani sono obbligati a inviare i loro pazienti in centri "specializzati" (tabella 1). Non solo, le Società dei diabetologi italiani riportano nelle loro linee guida quelli che per loro sono i compiti del medico di medicina generale (tabella 2); in nessun'altra parte del mondo una specialità si permette di decidere quello che un'altra deve fare. L'American College of Physicians le linee guida se le fa da solo, così come lo fanno le altre società scientifiche della Medicina Generale. È ora di una rivoluzione nel sistema formativo della medicina generale italiana, la medicina di famiglia deve essere specialità accademica, deve avere un campo di azione definito, devono essere aboliti i vincoli che le impediscono di farsi carico delle malattie frequenti che non richiedono speciali attrezzature o manovre. Se questa rivoluzione non verrà fatta a breve la Medicina di Famiglia italiana si estinguerà a scapito dell'efficacia di un di un Sistema Sanitario Nazionale sempre più amministrato.

TABELLA 1

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) regionale per la gestione integrata della persona

| Attività | Chi | Come/Azione | Descrizione |
|----------|----------------------|--|--|
| | Infermiere | Accerta e registra lo stile di vita (abitudini alimentari, alcool, fumo, attività fisica, attività lavorativa); misura e registra peso, altezza, BMI, PAO, circonferenza vita; calcola e registra il Rischio C-V (ISS e/o ESC Score) | <ul style="list-style-type: none"> • Profilo di rischio • Educazione sanitaria NB: negli studi privi di infermiere viene eseguito dal MMG |
| | Mmg | Effettua la visita generale; prescrive le indagini per il primo inquadramento diagnostico. Prescrive le prime indicazioni sullo stile di vita (dieta, attività fisica, abolizione fumo, etc.). Valuta l'opportunità d'iniziare una terapia farmacologica (metformina, se non presenti controindicazioni) e di invitare il paziente dal dietista | <ul style="list-style-type: none"> • HbA1c, Colesterolo totale, HDL, LDL (calcolato), Trigliceridi; Creatinemia, AST, ALT, GGT, glicemia, emocromo • microalbuminuria, • esame urine completo • ECG (ed eventuale visita cardiologica a discrezione del MMG) • Fundus oculi |
| | | Invia il paziente al Centro Diabetologico | Per completare l'inquadramento diagnostico |
| | Centro Diabetologico | Inquadramento diagnostico, stadiazione clinica e delle eventuali complicanze; rilascio certificazione per esenzione diabete; compilazione, se necessario del piano terapeutico (anche per ipresidi) presa in carico Infermieristica, accertamento delle criticità assistenziali, pianificazione educazione terapeutica individuale e di gruppo; verifica la necessità di invio alla dietista | A seconda delle condizioni cliniche: <ul style="list-style-type: none"> • Avvia al Follow-up del diabete tipo 2 non complicato • Appronta, in accordo con il MMG, il piano assistenziale per i diabetici in trattamento insulinico e/o con complicanze e/o con controllo inadeguato |

con Diabete Tipo 2 - Regione Veneto

| Quando | Indicatori | Evidenze |
|--|------------------|---|
| Alla prima visita | 3 4 5 | |
| Alla prima diagnosi e poi in base all'esito degli esami di primo inquadramento | 2 8 7 9 | Livello della Prova III Forza della Raccomandazione B |
| Con priorità in base al compenso metabolico e all'esito degli esami di primo inquadramento | | |

TABELLA 2
Standard italiani per la cura del diabete mellito 2018
Compiti del medico di medicina generale

- Identificazione della popolazione a rischio aumentato di malattia diabetica tra i propri assistiti.
- Diagnosi precoce di malattia diabetica tra i propri assistiti.
- Identificazione, tra i propri assistiti, delle donne con diabete gestazionale.
- Presa in carico, in collaborazione con le Strutture diabetologiche (SD) per l'assistenza alle persone con diabete mellito, dei pazienti e condivisione del Piano di Cura personalizzato.
- Valutazione periodica, mediante l'attuazione di una medicina di iniziativa, dei propri pazienti secondo il Piano di Cura adottato, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze.
- Effettuazione, in collaborazione con la SD per l'assistenza alle persone con diabete mellito, di interventi di educazione sanitaria e counseling delle persone con diabete rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia.
- Monitoraggio dei comportamenti alimentari secondo il Piano di Cura personalizzato.
- Organizzazione dello studio (accessi, attrezzature, personale) per una gestione ottimale delle persone con diabete.
- Raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con le Strutture per l'assistenza alle persone con diabete mellito di riferimento mediante cartelle cliniche preferibilmente in formato elettronico.

TABELLA 3
Sintesi delle linee guida dell'American College of Physicians sulla terapia orale per il diabete di tipo 2

| | |
|-----------------------------------|--|
| Destinatari | Internisti, medici di medicina generale, altri specialisti. |
| Target | Pazienti adulti affetti da diabete di tipo 2. |
| Terapia | Metformina, tiazolidinedioni, sulfoniluree, inibitori della dipeptidil peptidasi-4 (DPP-4), inibitori cotransporter-2 sodio-glucosio (SGLT-2). |
| Valutazione degli outcomes | <ul style="list-style-type: none"> • Outcomes clinici: mortalità per tutte le cause; morbidità e mortalità cardio- e cerebrovascolare, retinopatia, nefropatia, neuropatia. • Outcomes intermedi: HbA1C, peso, PAS, ipoglicemia, eventi avversi (effetti collaterali gastrointestinali, infezioni micotiche genitali). |
| Benefici | <ul style="list-style-type: none"> • Outcomes clinici: La monoterapia con metformina è associata a un rischio inferiore di mortalità cardiovascolare rispetto alla monoterapia con sulfonilurea. • HbA1C: La maggior parte dei farmaci riduce l'HbA1C in maniera sovrapponibile. Gli inibitori della dipeptidil peptidasi-4 riducono HbA1C in misura maggiore rispetto a metformina o sulfoniluree. Tutte le terapie di associazione con la metformina sono risultate più efficaci rispetto alla monoterapia con metformina. • Peso: La metformina ha dato risultati migliori rispetto a tiazolidinedioni, sulfoniluree, inibitori della dipeptidil peptidasi-4 (DPP-4). L'associazione di metformina con gli agonisti inibitori SGLT-2 riduce maggiormente il peso rispetto alla monoterapia con metformina. Tiazolidinedioni e sulfoniluree da soli o in terapia combinata sono associati a peggioramenti del peso corporeo. • Pressione arteriosa sistolica: Gli inibitori SGLT-2, in monoterapia o in associazione con metformina, riducono la pressione sistolica rispetto alla monoterapia con metformina. |
| Svantaggi | <ul style="list-style-type: none"> • Metformina: aumentato rischio di eventi avversi gastrointestinali. • Sulfoniluree: aumentato rischio di ipoglicemia rispetto ad altri farmaci. • Tiazolidinedioni: aumentato rischio di scompenso cardiaco. |
| Raccomandazioni | <ul style="list-style-type: none"> • Raccomandazione 1: ACP raccomanda che i medici prescrivano metformina ai pazienti con diabete di tipo 2 quando sia necessaria una terapia farmacologica per migliorare il controllo glicemico (Grado: forte raccomandazione; evidenza di qualità moderata). • Raccomandazione 2: ACP raccomanda che i medici considerino l'aggiunta di una sulfonilurea, un tiazolidinedione, un inibitore cotransporter-2 sodio-glucosio (SGLT-2) o un inibitore DPP-4 alla terapia con metformina per un migliore controllo glicemico quando sia necessaria una seconda terapia orale (Grado: raccomandazione debole; evidenza di qualità moderata). ACP raccomanda che medici e pazienti scelgano la terapia dopo averne discussi benefici, eventi avversi e costi. |