

28 APR. 2017,

## **Sperimentazione percorso diagnostico-strumentale** **in Medicina Generale**

Il presente progetto – a valenza sperimentale – si propone di migliorare la qualità dell'assistenza erogata agli assistiti, incentivando l'utilizzo di indagini diagnostiche strumentali, allo scopo di:

1. ampliare, su base rigorosamente volontaria, le prestazioni dei medici del territorio;
2. ricondurre nella Medicina Generale prestazioni che vi possono essere effettuate, da parte di medici disponibili con un possibile impatto sulle liste di attesa e sulla spesa farmaceutica;
3. aumentare la soddisfazione dei pazienti;
4. individuare un nuovo ambito di formazione continua legato alla pratica.

L'effettuazione di alcune prestazioni di diagnostica strumentale, di primo livello e basate su apparecchi di costo contenuto, è prassi comune nella medicina generale in molti paesi e anche in Italia. Diversi MMG hanno segnalato la disponibilità nel loro studio di apparecchi idonei ad effettuare alcune prestazioni di questo tipo, che vengono eseguite attualmente a titolo gratuito o, in libera professione, con oneri a carico dei pazienti. Anche nelle sedi istituzionali, è stata ripetutamente sottolineata l'opportunità di favorire una dotazione strumentale più adeguata negli studi dei medici di medicina generale, con l'obiettivo prioritario di ridurre gli accessi al Pronto Soccorso.

La dotazione strumentale in questione, e il suo utilizzo nella pratica clinica, riguardano prestazioni che fanno parte in molti casi della routine clinica indispensabile per la individuazione, il monitoraggio e la stadiazione di patologie o condizioni cliniche ad elevata prevalenza nella popolazione, e sono necessari per la correttezza del trattamento. Inoltre si deve trattare di indagini:

- a) utilizzate da parte di MMG, anche in base ad esperienze e raccomandazioni in tal senso da parte di linee guida ed organismi scientifici;
- b) che non richiedono particolari competenze specialistiche per l'esecuzione e l'interpretazione;
- c) il medico di medicina generale ricorrerà alle consulenze necessarie nei casi in cui la valutazione dei risultati di tali esami gli risulti difficile o incerta, o quando sia comunque opportuno nell'interesse del paziente.

Va anche ricordato che molti esami effettuati nell'ambito della Medicina Generale, quindi su pazienti non selezionati, spesso non evidenziano risultati patologici. Per tale motivo, anche la sola possibilità per il MMG di riconoscere un esito sicuramente normale è già particolarmente utile e discriminativa nell'individuare quella minoranza di pazienti che necessitano di indagini di secondo livello.

Il progetto riguarda i seguenti esami che si avvalgono di apparecchiature diagnostiche:

- elettrocardiogramma (anche mediante telecomunicazione)
- monitoraggio dinamico ambulatoriale della pressione arteriosa (Holter pressorio)
- spirometria con eventuale test di broncodilatazione
- mini-Doppler arterioso per la rilevazione dell'indice ABI

Questa selezione non è esaustiva, perché ulteriori indagini strumentali potranno essere effettuate, previo accordo con la Direzione di Zona, qualora la sperimentazione abbia esito positivo. Si ritiene quindi necessario lasciare aperta la possibilità di includere ulteriori prestazioni, quali in primis il dosaggio dell'INR per pazienti in terapia anticoagulante orale mediante coagulometro, la biotesiometria per la diagnostica precoce della neuropatia diabetica, lo screening delle ipoacusie in soggetti sintomatici mediante audiometro e l'ecografia di primo livello come supporto alla visita medica (mirata). In alcuni casi l'utilità di questi strumenti è avvalorata dall'opportunità di evitare disagi e spostamenti di soggetti anziani in realtà territoriali distanti da presidi che sono in grado

di fornirle (ospedale o ambulatori del distretto), oppure in pazienti confinati a domicilio per invalidità (inclusi pazienti in ADI o ADP).

Le suddette prestazioni vanno inserite in un progetto di miglioramento dell'assistenza che tenga conto della prevalenza delle patologie e delle effettive necessità cliniche dei pazienti. Vanno quindi effettuati preliminarmente una valutazione e in seguito un monitoraggio della rispondenza – in termini qualitativi e quantitativi - a tali requisiti, per evitare di incentivare prestazioni di fatto non necessarie.

### **Elettrocardiogramma (anche con telecardiografia)**

Le indicazioni principali nella MG sono:

- ipertensione arteriosa, per la stadiazione alla prima diagnosi, la revisione periodica (ogni 2-3 anni nei soggetti ipertesi in trattamento, o più spesso in presenza di complicanze);
- rilievo e documentazione di aritmie (in particolare sospetta fibrillazione atriale) neo-insorte o che richiedano un controllo;
- diabete mellito alla diagnosi e ogni 1-3 anni;
- scompenso cardiaco, quale dato di supporto alla diagnosi o per la documentazione di patologie causali o concomitanti;
- in casi particolari, nel dolore toracico di sospetta origine stenocardica.

Considerando la prevalenza dell'ipertensione arteriosa attorno al 20% della popolazione adulta, e un fabbisogno di ECG alla prima diagnosi, con monitoraggio ogni 2-3 anni nei casi non complicati, l'attesa può essere di circa 50-70 ECG all'anno per un medico con 1.000 assistibili. Aritmie, scompenso cardiaco e dolore toracico che non richieda l'immediato invio al P.S. incidono in misura minima e in parte nei medesimi soggetti ipertesi; la maggioranza dei diabetici di tipo 2 sono anche ipertesi. Queste indicazioni non aumentano perciò verosimilmente di molto, rispetto a quanto detto, il fabbisogno di ECG nella popolazione assistita del MMG, che va anche depurato dei casi in cui è indicata o è stata effettuata di recente una consulenza cardiologica.

### **Monitoraggio dinamico ambulatoriale della pressione arteriosa (Holter pressorio)**

Le indicazioni nella MG coincidono con le indicazioni generali all'esame:

- ipertensione arteriosa sospetta, in casi selezionati quando esista una variabilità pressoria (anche in contesti di misurazione diversi) che lasciano dubbi sulla diagnosi;
- valutazione della terapia quando si rilevi una importante variabilità pressoria o vi sia il sospetto di un sovratattamento (diagnostica delle ipotensioni in particolare ipotensione notturna) o persistano incertezze sul controllo raggiunto (ipertensione "da camice bianco", "ipertensione resistente");
- ipertensione gestazionale.

L'Holter pressorio è un esame tipicamente pertinente alla Medicina Generale. La semplicità di esecuzione e la relativa facilità di interpretazione dei risultati lo fanno ritenere un esame maggiormente appropriato nella Medicina Generale che non in un contesto specialistico<sup>1 2 3</sup>.

Non esistono dati affidabili su cui basare una stima del fabbisogno. Sulla base di diverse esperienze, si ritiene che il fabbisogno possa essere attorno a 20-30 monitoraggi per anno ogni 1.000 assistibili, e che in nessun caso si renda necessario l'invio allo specialista soltanto per tale motivo, se l'esame è disponibile presso il MMG. Il ricorso all'Holter pressorio, oltre a correlarsi meglio con le patologie vascolari rispetto alla misurazione casuale<sup>4</sup>, riduce le diagnosi di ipertensione arteriosa dal 15 al 25%, con i conseguenti risparmi sulla spesa sanitaria<sup>5 6</sup>.

## **Spirometria (con eventuale test di broncodilatazione)**

Le indicazioni principali nella MG sono:

- workup diagnostico delle dispnee o tosse cronica, secondo le raccomandazioni scientifiche, che escludono l'effettuazione di spirometrie di "screening" in soggetti asintomatici<sup>7</sup>;
- diagnosi e monitoraggio dell'asma bronchiale, con test di broncodilatazione;
- diagnosi e monitoraggio della BPCO, con eventuale test di broncodilatazione.

Le linee guida GOLD<sup>8</sup> per la BPCO sottolineano l'importanza della spirometria nelle cure primarie, dato che si tratta di patologie nel contempo sovra o sottodiagnosticate, e il cui trattamento può richiedere un approccio step-up e step-down basato su una valutazione che include i dati spirometrici accanto a quelli clinici.

Una stima del fabbisogno di spirometrie nella MG è difficile per l'incertezza dei dati di prevalenza e incidenza delle principali patologie che ne sono oggetto. Dai dati epidemiologici disponibili, si può considerare prudenzialmente una prevalenza dell'asma attorno al 3-5% della popolazione assistita da un MMG, e almeno doppia della BPCO. Ciò si traduce in un fabbisogno stimabile in circa 50 spirometrie all'anno ogni 1.000 assistibili per diagnosi e monitoraggio dell'asma, e altrettante per la BPCO, che non richiede solitamente un monitoraggio spirometrico frequente.

Eliminando i pazienti che hanno comunque bisogno, per gravità o complessità delle condizioni cliniche, di una consulenza specialistica, e considerando che l'onere non è completamente gestibile da parte del MMG per i tempi richiesti da un esame spirometrico inclusivo di test di broncodilatazione (che richiede spazi dedicati di attività), l'attesa di spirometrie annue nelle popolazioni assistite dai MMG si può stimare attorno alle 40-50 ogni 1.000 assistibili.

## **Mini-Doppler arterioso per la rilevazione dell'indice ABI**

Le indicazioni principali nella MG sono:

- sospetto di arteriopatia periferica per la presenza di sintomi suggestivi in soggetti di >40/50 anni (in dipendenza del fumo o di concomitanti patologie vascolari);
- monitoraggio periodico dell'evoluzione di arteriopatia periferica documentata (orientativamente annuale) o in caso di aggravamento dei sintomi, nel sospetto di ischemia critica;
- monitoraggio di soggetti diabetici > 40/50 anni, specie se fumatori (orientativamente ogni 2-3 anni)
- screening in soggetti asintomatici con fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione, ipercolesterolemia) fumatori >50 anni, come parte della valutazione del rischio vascolare globale

L'esame è molto semplice, perfettamente fattibile nella MG<sup>9 10</sup> e richiede un training estremamente limitato per essere appreso. Il fabbisogno dipende principalmente dall'opportunità di effettuare un mini-Doppler ogni 2-3 anni a soggetti diabetici di >40/50 anni, mentre i soggetti sintomatici sono un numero certamente molto minore. Può ritenersi appropriata l'effettuazione di 30-40 mini-Doppler per l'AB-index ogni 1.000 assistibili all'anno.

## **Altri test diagnostici**

E' opportuno lasciare aperta la lista in vista di successive implementazioni che possano essere proposte con lo scopo di migliorare l'assistenza territoriale e sgravare i servizi ospedalieri o distrettuali di compiti impropri, restituendo alla MG il suo ruolo. Per alcuni di questi test la ZT 9 può contribuire fornendo un supporto di materiali (ad esempio strisce reattive per i glucometri) o con un riconoscimento economico per l'effettuazione di test non a rischio di abuso (biotesiometria nei diabetici), e che fanno parte integrante del monitoraggio di importanti patologie croniche e che possono essere effettuati secondo termini quantitativi di precise linee guida.

## Compenso

Il compenso verrà calcolato in funzione del numero di assistiti in carico con i criteri esplicitati in seguito (tab. 1).

In base a criteri epidemiologici di prevalenza delle patologie e alla conseguente necessità di follow-up diagnostico strumentale viene determinato il numero minimo di prestazioni (soglia) che ogni medico dovrà effettuare in un periodo di tempo standard (1 anno), affinché il servizio possa venire considerato come effettivamente prestato. Questa soglia dovrà essere garantita per vedere riconosciuto il compenso forfettario annuo stabilito per il servizio prestato.

La valutazione sulle prestazioni eseguite dai medici partecipanti verrà effettuata in due step, rispettivamente al 30 giugno ed al 31 dicembre di ogni anno.

I riepiloghi saranno consegnati entro il 10 luglio ed il 10 gennaio dell'anno successivo.

Le prestazioni previste in tab. 1 potranno essere ampliate, con successivo accordo dei MMG partecipanti.

Il progetto viene rinnovato alla scadenza di ogni annualità, salvo esplicita rinuncia dei partecipanti, da formulare entro il 31 dicembre, e previa verifica della disponibilità economica.

I MMG verranno suddivisi in base a 5 classi di assistiti in carico al fine di omogeneizzare il meccanismo di compenso e la determinazione della soglia minima di prestazioni e con l'obiettivo di non penalizzare i colleghi con pochi assistiti.

Le prestazioni potranno essere erogate anche in favore degli assistiti in carico ai medici facenti parte della propria associazione o gruppo, ma saranno liquidate al medico titolare delle scelte.

(tab 1)

| N° assistiti        | ECG e valutazione rischio CVS*<br>(1,2 €) | Holter pressorio<br>(0.40 €) | Spirometria<br>(0.40 €) | Minidoppler IW<br>(0.40 €) |
|---------------------|-------------------------------------------|------------------------------|-------------------------|----------------------------|
| fino a 300          | 10                                        | 4                            | 4                       | 4                          |
| fino a 600          | 20                                        | 8                            | 8                       | 8                          |
| fino a 900          | 30                                        | 12                           | 12                      | 12                         |
| fino a 1200         | 40                                        | 16                           | 16                      | 16                         |
| fino a 1500 e oltre | 50                                        | 20                           | 20                      | 20                         |

\* costruzione ed aggiornamento dei registri per patologia relativi a diabete, ipertensione, cardiopatia ischemica

## Reportistica

E' previsto che ogni MMG che partecipa al progetto invii un report semestrale ai Direttori dei distretti di Macerata e Tolentino nonché al dirigente amministrativo dei dipartimenti territoriali.

Nel report si indicherà: nome assistito, codice fiscale, data prestazione, tipo di prestazione, firma dell'assistito.

La documentazione, cartacea o informatica della prestazione (tracciati, referto ecc..) sarà inserita nella scheda sanitaria del paziente o comunque conservata nello studio del MMG.

Le quote spettanti al medico verranno liquidate ogni anno a condizione che siano pervenuti i relativi report semestrali. Il raggiungimento del numero minimo previsto di prestazioni verrà valutato al 31 dicembre di ogni anno.



## **Prestazioni eseguite in medicina di gruppo o in associazione**

Per quanto riguarda i MMG che hanno aderito a forme associative ( associazionismo, gruppo, rete ), gli esami di diagnostica sopraindicati potranno essere eseguiti anche in favore di pazienti in carico ai colleghi; la relativa rendicontazione e liquidazione spetterà al titolare della scelta.

Ciò per consentire di ottimizzare l'acquisto di strumentazione nell'ambito del gruppo e di poter eseguire gli esami per i quali i medici hanno maturato esperienza ed accuratezza.

La competenza del medico nell'effettuazione dell'esame è responsabilità professionale che si deduce dalla disponibilità ad effettuarli, tuttavia è ovvio prevedere momenti formativi, di revisione della qualità delle prestazioni e di audit sull'intero progetto.

Per ECG, Holter pressorio e spirometria, il MMG conserva una copia del risultato dell'esame e del referto, mentre per il mini-Doppler, il MMG annota e conserva il risultato dell'esame nella cartella clinica del paziente. Deve essere previsto un report annuale redatto dai MMG (singoli o in forma associativa) che illustri i risultati del progetto in termini quantitativi e di portato assistenziale, con la segnalazione di eventuali problemi, proposte di ulteriori sviluppi ed eventuale aggiornamento delle tariffe anche in base all'evoluzione dei costi e ai risultati ottenuti.

Macerata 15/01/2011

## **Referenze**

<sup>1</sup> White WB. Ambulatory blood pressure monitoring in clinical practice. *N Engl J Med.* 2003; 348: 2377-2378.

<sup>2</sup> Di Guardo A, et al. Il monitoraggio 24 ore della pressione arteriosa in medicina generale. *Rivista SIMG* 2006;2:35-40.

<sup>3</sup> O'Brien E. Ambulatory Blood Pressure Measurement: The Case for Implementation in Primary Care. *Hypertension.* 2008; 51: 1435 - 1441.

<sup>4</sup> Clement DL, et al. Office versus Ambulatory Pressure Study Investigators. Prognostic value of ambulatory blood pressure recordings in patients with treated hypertension. *N Engl J Med.* 2003; 348: 207-215.

<sup>5</sup> Krakoff LR. Cost-effectiveness of ambulatory blood pressure: a re-analysis. *Hypertension.* 2006; 47; 29-34.

<sup>6</sup> White WB. Expanding the Use of Ambulatory Blood Pressure Monitoring for the Diagnosis and Management of Patients With Hypertension. *Hypertension.* 2006;47;14-15.

<sup>7</sup> Kenneth Lin, Bradley Watkins, Tamara Johnson, Joy Anne Rodriguez, AND Mary B. Barton. Screening for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Using Spirometry: Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2008 148: 535-543.

<sup>8</sup> Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Progetto mondiale BPCO per la diagnosi, il trattamento e la prevenzione della broncopneumopatia cronica ostruttiva. Aggiornamento 2008. [www.goldcopd.org/](http://www.goldcopd.org/)

<sup>9</sup> Hirsch AT, et al. Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. *JAMA.* 2001;286: 1317-24.

<sup>10</sup> Sprynger M, et al. The ankle-brachial pressure index and a standardized questionnaire are easy and useful tools to detect peripheral arterial disease in non-claudicating patients at high risk. *Int Angiol.* 2007;26:239-44.