

## Malattie digestive nelle cure primarie: rilevanza e impatto nella pratica quotidiana

### Background

Le malattie digestive sono assai diffuse nella popolazione e costituiscono un campo di intervento quasi quotidiano per il medico di medicina generale (MMG)<sup>1-6</sup>. L'eterogeneità e la complessità delle malattie digestive comporta la necessità di diversi gradi di integrazione tra MMG e specialista, tuttavia è possibile che una quota rilevante dei pazienti venga gestita esclusivamente nell'ambito delle cure primarie. In realtà è poco conosciuto quanto il MMG consideri proprio appannaggio la gestione diretta di tali patologie (nel senso di una autonoma programmazione dei percorsi diagnostico-terapeutici) o quanto ricorra alla collaborazione degli specialisti o addirittura all'affidamento diretto del caso ai centri gastroenterologici di riferimento. Abbiamo voluto quindi sondare quale rilevanza abbiano alcune malattie digestive nella percezione soggettiva del MMG, qual è la percezione di incidenza sul lavoro quotidiano, quale impegno professionale esse richiedano e quale è il rapporto di gestione della patologia con gli specialisti.

### Metodi

I MMG iscritti alla SIMG di Bologna sono stati invitati a rispondere ad un questionario on line, in cui si ponevano 6 domande per ciascuna patologia selezionata. Le problematiche gastroenterologiche su cui eseguire l'indagine sono state selezionate sulla

base di differenti epidemiologie e necessità di expertise specifico per la loro gestione. Sono state pertanto selezionate l'infezione da *Helicobacter pylori* (HP), le intolleranze alimentari, la stipsi cronica, la diarrea cronica, l'epatite virale HCV-correlata e l'ascite. Le domande poste per ciascun *item* erano le seguenti: quale impatto sull'attività quotidiana del MMG, quando e come nasce il sospetto diagnostico della patologia, chi gestisce l'iter diagnostico, chi decide e gestisce la terapia, chi si fa carico della gestione del follow-up e, infine, quale rilevanza sanitaria e sociale avrà lo specifico problema nel prossimo futuro (previsione di una espansione o di una regressione del problema).

Hanno partecipato allo studio 55 MMG iscritti alla SIMG di Bologna (71% maschi) con un carico assistenziale totale di oltre 88.000 pazienti e con un'anzianità media di attività convenzionata >25 anni nel 62% dei casi.

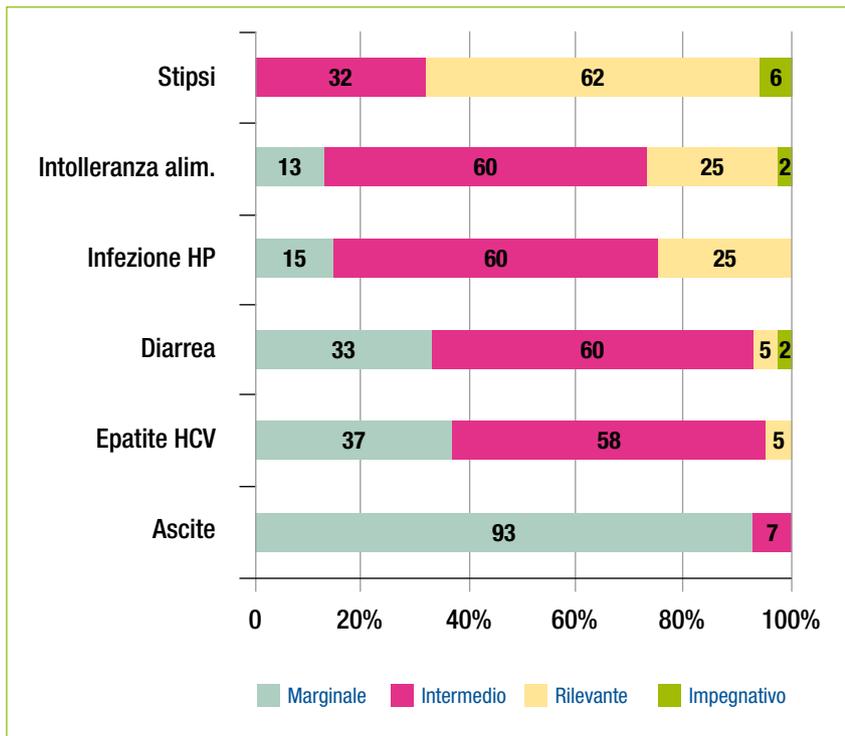
### Risultati

La prima domanda del questionario aveva l'intento di sondare la percezione del MMG di quanta rilevanza abbia lo specifico problema digestivo nel proprio contesto lavorativo (Fig. 1). La stipsi cronica risulta essere per tutti un problema significativo: il 68% lo considera di grande rilevanza e di forte impegno professionale. Questi dati confermano l'impatto epidemiologico della stipsi nella popolazione degli assi-

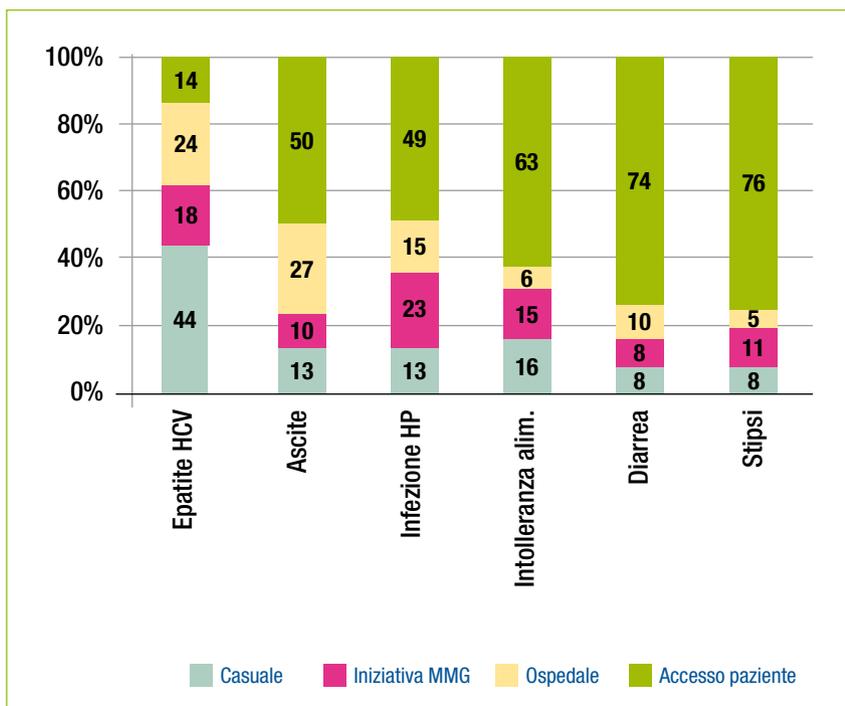
stiti, in particolare in quelli più anziani<sup>6</sup>. Di notevole impatto sulla attività quotidiana del medico di famiglia sono anche le altre patologie ad elevata diffusione nella popolazione: intolleranza alimentari e l'infezione da HP, che risultano essere rilevanti e impegnative per l'85% dei MMG. Di impatto marginale per oltre il 30% degli intervistati sono la diarrea cronica e l'epatite virale HCV correlata; assolutamente marginale, probabilmente in relazione alla sua bassa prevalenza, l'ascite (93% delle risposte).

Il sospetto diagnostico del singolo problema digestivo nasce in genere quando il paziente accede all'ambulatorio del proprio medico curante: come espresso nella Figura 2 ciò avviene in crescendo a partire da un minimo del 14% dei casi (epatite virale HCV-correlata) a un massimo del 76% (la stipsi). La segnalazione da parte dei centri specialistici di riferimento è rilevante (24-27%) solo nei casi di epatite virale e sue complicanze, laddove prevale comunque la rilevazione casuale, che avviene spesso nel corso dell'esecuzione di esami di routine o di altri esami non indirizzati specificatamente alla diagnosi del problema (44%). Interessante, invece, da sottolineare la discreta percentuale di intervento attivo del medico di medicina generale (variabile dall'8 al 23% a seconda della patologia) che ha predisposto dei propri percorsi di medicina di iniziativa per i singoli problemi digestivi.

**FIGURA 1.**  
Rilevanza del problema nel contesto lavorativo del MMG.



**FIGURA 2.**  
Formulazione del sospetto diagnostico della patologia digestiva: A. casualmente (eseguendo esami di routine non indirizzati alla diagnosi del problema); B. all'interno di percorsi di medicina di iniziativa predisposti dal MMG; C. per segnalazione dell'ospedale; D. per accesso diretto del paziente in ambulatorio causa sintomatologia specifica.



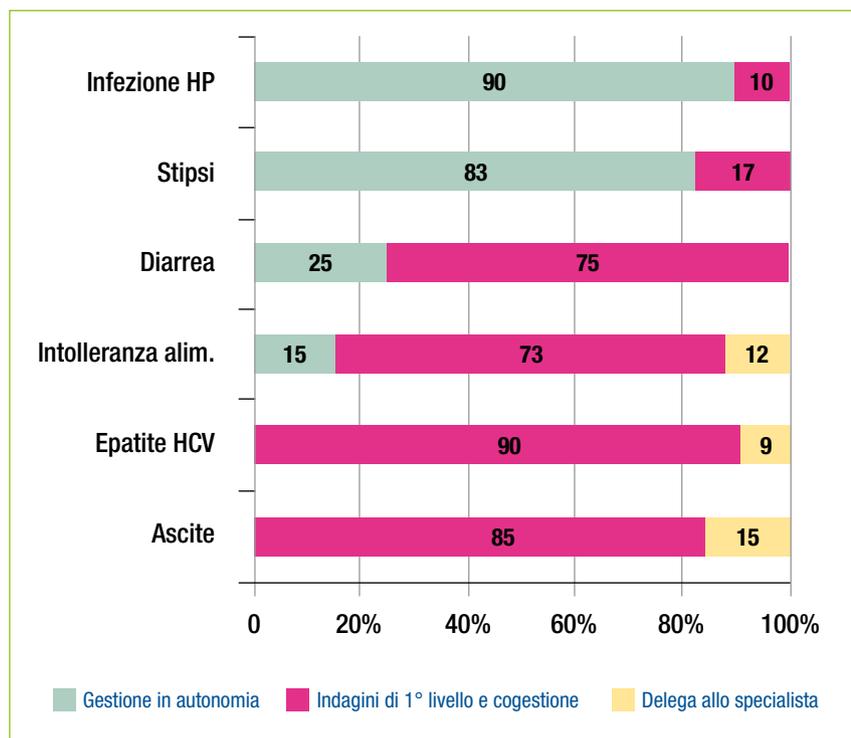
Una volta individuato il problema, è necessario avviare un iter diagnostico specifico: nella maggioranza delle malattie digestive che abbiamo preso in considerazione, la quasi totalità dei MMG prescrive le indagini di primo livello e poi invia il paziente allo specialista per condividere le scelte diagnostico-terapeutiche e per gestire il paziente in collaborazione (Fig. 3). Ci sono però due campi in cui la Medicina Generale rivendica con forza la propria pertinenza e la gestione autonoma del problema: si tratta della stipsi cronica (83%) e dell'infezione da HP (90%). Quest'ultima rappresenta certamente un'area di intervento della MG in funzione della facilità diagnostica e delle terapie disponibili <sup>7</sup>, anche se persistono aree di incertezza legate prevalentemente alle disposizioni normative conflittuali in assenza di linee guida condivise con la Medicina Generale <sup>8</sup>.

La quarta domanda del questionario sonda la disponibilità del MMG a gestire la terapia, una volta definita la diagnosi. Molto spesso la terapia del singolo problema gastroenterologico viene decisa dallo specialista di riferimento e poi seguita nel tempo dal MMG, nell'ambito di una gestione in collaborazione (Fig. 4); solo nel caso dell'epatite virale HCV una discreta percentuale dei casi (33%) viene affidata totalmente al centro specialistico, probabilmente anche in relazione alla complessità degli schemi terapeutici che la patologia comporta. Ancora una volta, stipsi e infezione da HP vengono avocate dal medico di medicina generale, che per il 90% degli intervistati decide in prima persona il trattamento e gestisce la terapia in totale autonomia.

Anche per quanto riguarda il follow-up delle malattie digestive, il MMG opta nella maggioranza dei casi per una piena collaborazione con lo specialista, riservandosi il compito di rilevare gli effetti collaterali dei farmaci, di diagnosticare per tempo le possibili complicanze e di rinviare il paziente allo specialista per i controlli programmati o in caso di necessità (Fig. 5). Ciò non vale per la stipsi e per l'infezione da HP, campi in cui più del 75% degli intervistati afferma di prendere in carico il paziente, impostando personalmente il proseguo delle cure e lo scadenziario dei controlli clinici e strumentali.

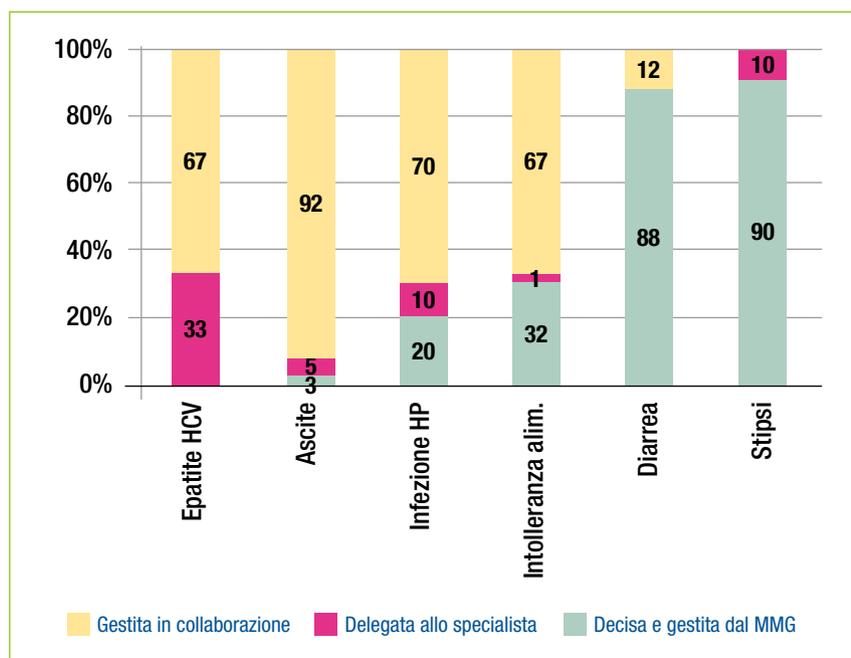
**FIGURA 3.**

*Il comportamento del MMG di fronte al problema digestivo: A. gestione in prima persona del percorso diagnostico e terapeutico; B. avvio delle indagini di primo livello e poi invio del paziente allo specialista per condividere le scelte e gestire il paziente in collaborazione; C. affidamento al centro specialistico di riferimento.*



**FIGURA 4.**

*Gestione della terapia: A. in autonomia dal MMG; B. delegata totalmente al centro specialistico di riferimento; C. decisa dallo specialista e seguita nel tempo dal MMG, nell'ambito di una gestione in collaborazione.*



Con l'ultima domanda del questionario si è richiesto al MMG di cimentarsi in una previsione per il futuro: le patologie digestive sin qui trattate tenderanno a diventare più diffuse, complesse e rilevanti e quindi a coinvolgere e a impegnare più duramente il MMG sul piano professionale? Certamente sì quando si parla di epatite virale HCV (45% degli intervistati), forse in rapporto al crescere degli immigrati provenienti dalle zone endemiche, e quando si parla di stipsi (48%), forse in relazione all'invecchiamento della popolazione e al cambiamento delle abitudini alimentari. Ma il problema più temuto è senz'altro quello delle intolleranze alimentari che per l'87% dei MMG comporterà presto gravi problemi di gestione, sia per una maggiore diffusione nella popolazione sia per le difficoltà di diagnosi e cura che esse comportano<sup>9</sup>.

### Conclusioni

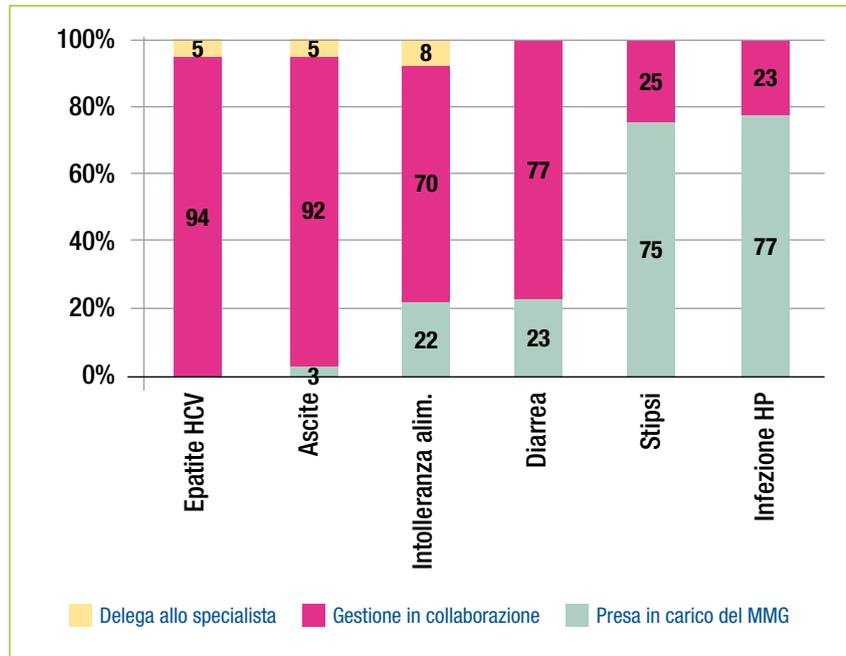
I risultati di questa indagine illustrano come il MMG sia parte attiva di un sistema integrato di gestione delle patologie digestive dove la collaborazione con gli specialisti di riferimento e la condivisione dei percorsi sono gli elementi fondamentali. Risulta essenziale il ruolo del MMG nella intercettazione del caso e nel suo primo inquadramento diagnostico nonché nella facilitazione della compliance terapeutica del paziente e della sua adesione ai controlli clinici e strumentali programmati. Due sono le problematiche gastroenterologiche che vengono prepotentemente avocate dai medici di famiglia per una propria gestione in autonomia: si tratta della stipsi cronica e della infezione da HP, considerate ormai campo specifico di intervento della Medicina Generale.

#### Ringraziamenti

Hanno partecipato allo studio i seguenti MMG della SIMG Bologna: Aldrovandi Emanuela, Amorati Paolo, Amovilli Marco, Bandi Giulio, Baraldini Laura, Benassi Rita, Borghi Paolo, Camanzi Maurizio, Cammarata Antonino, Casadei Massimo, Casadio Roberto, Dalaiti Andrea, Delfini Enrico, Erlich Shirley, Ermini Giuliano, Francia Roberta, Furlò Giancarlo, Grandi Marina, Lalli Antonio Luigi, Livio Franco, Maccaferri Marco, Marzo Carla, Mazzetti Gaito Piero, Nadalini Nino, Oggianu

## FIGURA 5.

Ruolo del MMG nel follow-up del problema gastroenterologico: A. delega completa al centro specialistico di riferimento; B. gestione in collaborazione con lo specialista; C. presa in carico totale da parte del MMG (impostazione personale delle cure e dello scadenziario dei controlli).



Massimo, Ognibene Gianluca, Palasciano Maria, Palestini Saida, Pollini Giovanni, Pretto Paola, Quadrelli Stefano, Rambaldi Francesca, Ramini Giovanni, Rocchi Piergiorgio, Romualdi Anna, Rubini Stefano, Santi Sandra,

Serio Alberto, Severino Anna Maria, Siena Matteo, Simoncini Elisabetta, Speciali Pietro, Tavernelli Stefano, Tovoli Stefano, Vecchiatini Roberto, Verri Andrea, Virgilio Silvana, Zoccoli Giuseppe.

## Bibliografia

- <sup>1</sup> VII Report Health Search 2011-2012. [www.healthsearch.it/documenti/Archivio/Report/VIIReport\\_2011-2012/uniflip\\_publication/index.html](http://www.healthsearch.it/documenti/Archivio/Report/VIIReport_2011-2012/uniflip_publication/index.html).
- <sup>2</sup> Libro Bianco AISF (Associazione Italiana per lo Studio del Fegato) 2011. Proposta per un piano nazionale per il controllo delle malattie epatiche. Definizione ambiti e possibili interventi. [www.webaisf.org/media/13891/libro-bianco-aisf-2011.pdf](http://www.webaisf.org/media/13891/libro-bianco-aisf-2011.pdf).
- <sup>3</sup> Everhart JE, Kruszan.Maran D, Perez-Perez GI, ET AL. Seroprevalence and ethnic differences in *Helicobacter pylori* infection among adults in the United States. *Journal of Infectious Diseases* 2000;181:1359-1363.
- <sup>4</sup> Biselli R, Fortini M, Matricardi PM, et al. Incidence of *Helicobacter pylori* infection in a cohort of Italian military students. *Infection* 1999;27:187-91.
- <sup>5</sup> Capurso L, Ubaldi E. Stipsi cronica e probiotici. *Medicina Generale* 2008;5:32-40.
- <sup>6</sup> Tosetti C, Cottone C, Ubaldi E. La stipsi cronica. Inquadramento clinico. *Medicina Generale* 2011;6:49-54.
- <sup>7</sup> Maconi G, Tosetti C, Miroglio G, et al. Management of *Helicobacter pylori* related gastrointestinal diseases by general practitioners in Italy. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 1999;11:1499-1504.
- <sup>8</sup> Tosetti C. Evolution of the management of *Helicobacter pylori* infection in general practice. *Helicobacter* 2006;12:08-10.
- <sup>9</sup> Bozzani A. Il ruolo della ipersensibilità agli alimenti nella sindrome dell'intestino irritabile. *Medicina Generale* 2006;4:42-43.