

# Ruolo del medico di medicina generale nella prevenzione dell'ictus in Italia

Editoriale

Linda Iurato<sup>1</sup>

*Stroke prevention in Italy: the role of general practitioners*  
CMI 2014; 8(4): 93-95  
<http://dx.doi.org/10.7175/cmi.v8i4.962>

<sup>1</sup> Neurologo, Palermo

## INTRODUZIONE

Nei Paesi industrializzati l'ictus cerebrale rappresenta la terza causa di morte, la seconda causa di demenza e la prima causa di grave disabilità. In Italia l'incidenza è di circa 196.000 nuovi casi per anno e i dati di prevalenza indicano che 913.000 persone vivono con gravi esiti neurologici.

Dai dati epidemiologici sopra citati emerge con evidenza l'impatto sul piano sociale delle conseguenze ascrivibili alla patologia cerebrovascolare, così come su quello economico per la Sanità Pubblica [1]. Uno degli interventi più efficaci per affrontare questa patologia è rappresentato dalle strategie di prevenzione.

## PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA DELL'ICTUS

La prevenzione è considerata la misura più importante per ridurre il peso bio-psico-sociale dell'ictus. Tradizionalmente si distinguono una prevenzione primaria [2], riferibile a quei soggetti che non hanno ancora manifestato alcun sintomo cerebrovascolare, e una prevenzione secondaria, per coloro che hanno già presentato almeno un evento cerebrovascolare (TIA o ictus) [3].

Gli studi epidemiologici hanno individuato, seppur in termini puramente statistici, molteplici fattori che possono contribuire

ad aumentare il rischio di ictus [4], in particolare:

- fattori demografici (es. età, sesso);
- caratteristiche fisiologiche (es. pressione arteriosa, colesterolemia, glicemia);
- abitudini comportamentali (es. fumo, consumo di alcol, dieta, esercizio fisico).

Mentre i fattori del primo gruppo non sono modificabili, quelli del secondo gruppo possono essere modificati attraverso un adeguato trattamento farmacologico, contestualmente alla correzione dello stile di vita secondo quanto riportato nel terzo gruppo [5].

È comprovata la modificabilità dei seguenti fattori di rischio:

- ipertensione arteriosa;
- alcune cardiopatie (in particolare, fibrillazione atriale);
- diabete mellito;
- iperomocisteinemia;
- ipertrofia ventricolare sinistra;
- stenosi carotidee;
- fumo di sigaretta;
- eccessivo consumo di alcol;
- ridotta attività fisica;
- dieta.

Benché siano stati individuati anche altri fattori correlati all'aumento del rischio di ictus, al momento gli studi condotti non si possono considerare né esaustivi né definitivi

### Corresponding author

Dott.ssa Linda Iurato  
via Vincenzo Di  
Marco 1/E  
90143 Palermo  
Tel: 091300826  
Cell: 3318474301  
lindaiurato@yahoo.it

### Disclosure

L'autore nega qualunque tipo di conflitto di interesse

per poterli classificare come fattori indipendenti di rischio. A titolo esemplificativo si possono annoverare fra questi:

- dislipidemia;
- obesità;
- sindrome metabolica;
- alcune cardiopatie (forame ovale pervio, aneurisma settale);
- placche dell'arco aortico;
- uso di contraccettivi orali;
- terapia ormonale sostitutiva;
- emicrania;
- anticorpi antifosfolipidi;
- fattori dell'emostasi;
- infezioni;
- uso di droghe;
- inquinamento atmosferico.

È possibile che venga ereditata una predisposizione a essere colpiti da ictus. Il ruolo dei fattori genetici nella determinazione del rischio di ictus non è tuttora definito.

I fattori di rischio interagiscono in modo addizionale: infatti il rischio di ictus aumenta più che proporzionalmente al numero dei fattori presenti, anche quando il rischio attribuibile a ciascuno di essi sia limitato (purché statisticamente significativo). Non vi sono studi adeguati sull'interazione tra i fattori di rischio vascolare.

## QUALE RUOLO PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE?

Tutti gli operatori sanitari sono chiamati all'impegno di prevenire l'ictus e le conseguenze inabilitanti dello stesso [6,7]. Il ruolo più importante in questo compito è svolto dai medici di medicina generale (MMG), che per evidenti ragioni di conoscenza e di contatto continuo con i pazienti hanno le maggiori potenzialità per svolgere un'efficace azione preventiva sulla popolazione nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

Il medico di medicina generale svolge un ruolo centrale nella gestione della salute: egli è, infatti, profondamente radicato nel territorio di competenza, ha una conoscenza personale delle caratteristiche individuali dei propri pazienti e delle loro famiglie, ed è la figura sanitaria più idonea a motivare il paziente a operare un cambiamento radicale del proprio stile di vita, ponendosi come intermediario tra l'habitat naturale e sociale

dei pazienti e la medicina tecnologica e sofisticata dei luoghi di cura specialistici.

È pertanto fondamentale il ruolo del MMG in programmi, progetti e protocolli di prevenzione sanitaria e di promozione della salute.

In Italia oggi i MMG lavorano soprattutto in termini di "medicina di attesa", cioè vengono chiamati a rispondere al bisogno percepito espresso dal paziente.

È necessario, al fine di attuare un'efficace azione preventiva, che i medici di medicina generale operino attraverso una medicina declinata in termini di iniziativa e di opportunità.

Con un maggiore sforzo esplicativo, si intende per "medicina di iniziativa" l'attività sanitaria rivolta alle persone sane. Si realizza essenzialmente nell'ambito di programmi di screening di popolazione, basandosi su manovre di prevenzione e diagnosi precoce e sulla promozione di stili di vita adeguati al mantenimento di un livello accettabile di benessere psico-fisico.

La "medicina di opportunità" è finalizzata alla promozione di strategie preventive mirate nei riguardi di un singolo paziente che si rivolge al medico indipendentemente da motivi specifici o attinenti alla patologia cerebrovascolare [8].

Sulla scorta delle accennate coordinate, emerge con evidenza come per la prevenzione dell'ictus, per il controllo e il trattamento dei fattori di rischio, sia fondamentale la figura del MMG ma soprattutto la collaborazione e la coordinazione tra medici di medicina generale e neurologi ospedalieri.

Un metodo efficace potrebbe essere la condivisione, tra queste due figure professionali, di una banca dati dei singoli pazienti, utile sia per la prevenzione primaria sia per quella secondaria, con l'obiettivo di stratificare il rischio cerebrovascolare sul singolo paziente e decidere un algoritmo clinico e strumentale condiviso e un corretto controllo farmacologico dei fattori di rischio, basato sulle attuali linee guida. A tal fine è auspicabile la creazione di un registro ospedaliero sugli eventi cerebrovascolari.

Lo strumento più opportuno è la cartella clinica elettronica [9], condivisa tra medico di medicina generale e neurologo ospedaliero. Per il medico l'uso della cartella clinica elettronica ospedaliera è fondamentale per l'applicazione delle linee guida sulla prevenzione e il mantenimento dello stato di salute, per la descrizione delle malattie e delle sue cause, per documentare le terapie

in atto e i fattori di rischio preesistenti nel paziente, per stabilire i contenuti della lettera di dimissione e pianificare i controlli ambulatoriali, per raccordare la terapia ospedaliera con quella stabilita dal medico curante, per definire i sistemi di supporto alla decisione per la diagnosi e la terapia dei pazienti, per valutare e gestire il rischio per ogni paziente, per valutare le tecnologie impiegate.

Pertanto la cartella clinica elettronica è uno strumento indispensabile per una corretta politica sanitaria (assegnazione delle risorse, controllo della salute pubblica, pianificazione sanitaria), per un'adeguata educazione del personale sanitario (documentazione dell'esperienza degli operatori sanitari, formazione e aggiornamento professionale del personale medico e paramedico, preparazione di articoli e conferenze), per la ricerca clinica (identificazione di popolazioni a rischio, sviluppo di registri e database, valutazione del rapporto costi/benefici dei sistemi di registrazione, valutazione dell'impiego di una tecnologia o di uno strumento in sanità – *Health Technology Assessment*).

In conclusione, il contributo della cartella clinica elettronica risulta importante per le strategie preventive, che sono essenzialmente di due tipi:

- “strategia di massa nella popolazione”, volta a promuovere nell'intera popolazione stili di vita adeguati a vivere in salute al fine di diminuire il livello di incidenza dei vari fattori di rischio;
- “strategia individuale su rischio elevato”, finalizzata a identificare i fattori di rischio che agiscono nel singolo paziente e a correggerli sia farmacologicamente sia con modifiche dello stile di vita.

In conclusione, è fondamentale per le strategie preventive la creazione di una banca dati o registro dell'ictus ospedaliero con il contributo del medico di medicina generale per una prevenzione secondaria più incisiva e una banca dati o registro del rischio di ictus a cura del medico di famiglia per una prevenzione primaria più accurata della popolazione a rischio.

Questa impostazione rende il medico di famiglia sempre più impegnato in prima linea nelle strategie preventive della malattia cerebrovascolare acuta.

## BIBLIOGRAFIA

1. Gensini GF, Zaninelli A, Ricci S, et al. SPREAD, Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion, VII Edizione, Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento, stesura del 14 Marzo 2012. Disponibile all'indirizzo: <http://www.siapav.it/pdf/SPREAD%202012.pdf> (ultimo accesso novembre 2014)
2. Meschia JF, Bushnell C, Boden-Albala B, et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014 Oct 28. pii: STR.0000000000000046. [Epub ahead of print]
3. Lindsay P, Fuiè KL, Davis SM, et al. World stroke organization global stroke services guidelines and action plan. *Int J Stroke* 2014; 9 Suppl A 100: 4-13
4. Stroebel N, Muller-Riemenschneider F, Nolte CH, et al. Knowledge of risk factors, and warning signs of stroke: a systematic review from a gender perspective. *Int J Stroke* 2011; 6: 60-6; <http://dx.doi.org/10.1111/j.1747-4949.2010.00540.x>
5. Wu Y, Zhang L, Yuan X, et al. Quantifying links between stroke and risk factors: a study on individual health risk appraisal of stroke in a community of Chongqing. *Neurol Sci* 2011; 32: 211-9; <http://dx.doi.org/10.1007/s10072-010-0333-2>
6. Al-Salti A, Viera L, Cotè R. Adherence to guidelines: experience of a Canadian stroke prevention clinic. *Can J Neurol Sci* 2014; 41: 562-7; <http://dx.doi.org/10.1017/cjn.2014.20>
7. Gaciong Z, Sinski M, Lewanowski J. Blood pressure control and primary prevention of stroke: summary of the recent clinical trial data and meta-analyses. *Curr Hypertens Rep* 2013; 55: 559-74; <http://dx.doi.org/10.1007/s11906-013-0401-0>
8. Health Search. Istituto di ricerca della Società Italiana di Medicina Generale. Report 2001. Firenze, Gennaio 2002. Disponibile all'indirizzo <http://www.healthsearch.it/archivio> (ultimo accesso novembre 2014)
9. Rossi Mori A, Consorti F. Structures of clinical information in patient records. Proc AMIA'99 Annual Symposium, Washington, 6-10 Nov 1999