LA GESTIONE PROATTIVA DELLA BPCO NELL'AMBULATORIO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Dott. Freddo Francesco, Continuità Assistenziale – Regione Marche (Primo Autore)
Dott. Marco Cavina, Corso di formazione Specifico in Medicina Generale – Regione Marche
Dott. Sergio Cascia, Dott. Massimo Magi, Assistenza Primaria – Regione Marche

OBIETTIVI

Lo scopo di questo progetto è di applicare un nuovo modello assistenziale di tipo proattivo ai pazienti affetti da BPCO che possa essere svolto a livello territoriale effettuando una ricerca attiva dei pazienti potenzialmente a rischio sulla base dei dati clinici presenti in cartella, sfruttando software dedicati in grado di stratificare rapidamente la popolazione e concludendo la diagnosi mediante esecuzione della spirometria.

RISULTATI E DISCUSSIONE

La popolazione iniziale era composta da 1507 soggetti con una prevalenza della BPCO di 6,7%. Abbiamo individuato una popolazione di soggetti potenzialmente a rischio pari a 347 soggetti e tra questi individuato 80 che presentavano indicazione all'esame spirometrico. Nei 13 pazienti con evidenza di ostruzione, è stata completata la stadiazione secondo le linee guida GOLD. 12 pazienti sono risultati di stadio GOLD A, mentre 1 paziente GOLD B

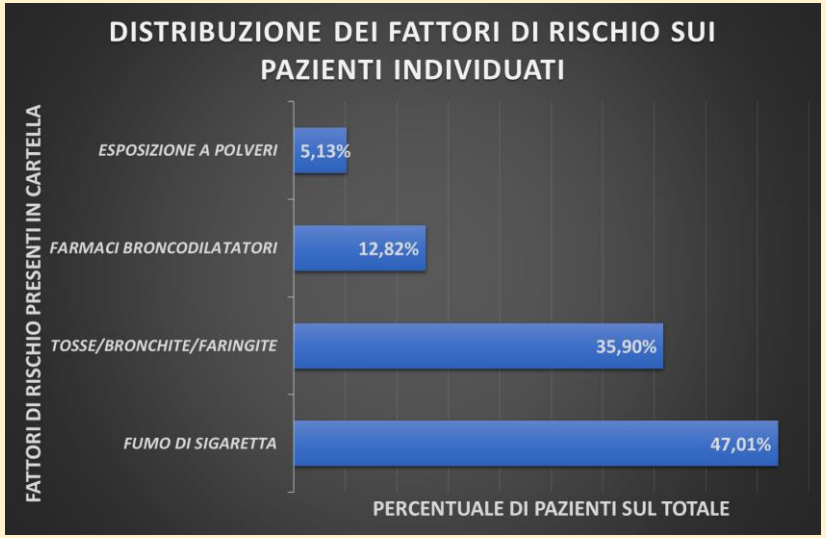
1507 Totale pazienti

347 Pazienti a rischio

80 Indicazione spirometria

13 **Ostruzione**

Il fumo di sigaretta si è mostrato il fattore di rischio principalmente coinvolto.



Al termine dello studio la prevalenza della BPCO nella popolazione del Medico di Medicina Generale in questione è passata dal 6.77% Al 7,58%. Questo dato è più alto del valore medio atteso in Italia.

CONCLUSIONI

I dati ottenuti hanno mostrato che la ricerca attiva dei soggetti potenzialmente a rischio mediante l'analisi del database e l'applicazione di un protocollo diagnostico rigoroso ed omogeneo sono alla base per ottenere risultati ottimali. L'individuazione di soggetti con forme lievi è fondamentale per poter iniziare precocemente le misure preventive, prime fra tutti il counseling per la cessazione dell'abitudine tabagica e l'indicazione alla vaccinazione antinfluenzale.

FIMMG Marche – sezione provinciale Ancona – dott. Freddo Francesco – dott.freddo@gmail.com

Bibliografia

1. **Mathers CD, Loncar D.** Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med 2006; 3(11): e442.* 2006, Vol. PLoS Med 2006; 3(11): e442, p. 3(11).
2. **Quach A, Giovannelli J, Cherot-Kornobis N, et al.** Prevalence and underdiagnosis of airway obstruction among middle-aged adults in northern France: The ELISABET study. *Respir Med;.* 2015, p. 109(12): 1553-61.
3. ***http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/.***
4. *Guida pratica sulla BPCO .* ***SIMG - Società Italiana di Medicina Generale.*** *2005.*
5. *ARCTIC study.* ***Nordic Lung Congress.*** *Visby : s.n., 2017.*
6. ***Spandonaro, Federico et al.*** *12° Rapporto Sanità. s.l. : C.R.E.A. Sanità, 2016.*
7. ***Jansson SA, Andersson F, Borg S, Ericsson A, Jönsson E, Lundbäck B.*** *Costs of COPD in Sweden according to disease severity. Chest. 2002, Vol. 122, 6.*
8. *Economics of chronic diseases protocol: cost-effectiveness modelling and the future burden of non-communicable disease in Europe.* ***Divajeva D, Marsh T, Logstrup S, Kestens M, Vemer P, Kriaucioniene V, Peresson S, O'Kelly S, Rito A, Webber L1.*** *May 2014, BMC Public Health.*
9. ***EUROPEAN LUNG white book. [Online] https://www.erswhitebook.org/.***
10. ***Long-term particulate and other air pollutants and lung function in nonsmokers. Abbey DE, Burchette RJ, Knutsen SF, McDonnell WF, Lebowitz MD, Enright PL. 1998, Am J Respir Crit Care Med, Vol. 158, p. 289-298.***
11. ***Indoor air pollution and health in developing countries. Ezzati M. 2005, Lancet, Vol. 366, p. 104-106.***
12. ***A case-control study on the effect of exposure to different substances on the development of COPD. Sezer H, Akkurt I, Guler N, Marakoglu K, Berk S. 2006, Ann Epidemiol , Vol. 16, p. 59-62.***
13. ***Association between chronic obstructive pulmonary disease and employment by industry and occupation in the US population: a study of data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. Hnizdo E, Sullivan PA, Bang KM, Wagner G. 2002, Am j Epidemiol, Vol. 156, p. 738-746.***
14. ***Oxidative stress in pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease: cellular and molecular mechanisms. Rahman I. 2005, Cell Biochem Biophys, Vol. 43, p. 167-188.***
15. ***Chronic obstructive pulmonary disease: molecular and cellular mechanisms. Barnes PJ, Shapiro SD, Pauwels RA. 2003, Eur Respir J , Vol. 22, p. 672-688.***
16. ***The nature of small-airway obstruction in chronic obstructive pulmonary disease. Hogg JC, Chu F, Utokaparch S, et al. 2004, N Engl J Med, Vol. 350, p. 2645-2653.***
17. ***—.Hogg JC, Chu F, Utokaparch S, et al. 2004, N Engl J Med, Vol. 350, p. 2645-2653.***
18. ***Pulmonary vascular involvement in COPD. Peinado VI, Pizarro S, Barbera JA. 2008, Chest, Vol. 134, p. 808-814.***
19. ***GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS,MANAGEMENT, AND PREVENTION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE - GOLD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc. 2016.***
20. ***The COPD assessment test (CAT): response to pulmonary rehabilitation. A multicentre, prospective study. Dodd JW, Hogg L, Nolan J, et al. 2011, Thorax, Vol. 66, p. 425-429.***
21. ***Increasing the efficacy of physician-delivered smoking interventions: a randomized clinical trial. Ockene JK, Kristeller J, Goldberg R, et al. 1991, J Gen Intern Med, Vol. 6, p. 1-8.***
22. ***Randomised, double blind, placebo controlled study of fluticasone propionate in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease: the ISOLDE trial. Burge PS, Calverley PM, Jones PW, Spencer S, Anderson JA, Maslen TK. 2000, BMJ, Vol. 320, p. 1297-1303.***

a