

DOCUMENTO FINALE

Il progetto AIMAR – FIMMG per la formazione e l'accreditamento del MMG con particolare interesse nella Pneumologia documento finale per la sessione del sabato mattina

Documenti di riferimento:

Linee Guida AGENAS- 2011

Documento La gestione clinica integrata della BPCO- 2013

Linee Guida Gold- 2014

Raccomandazioni AIMAR per la diagnosi precoce della malattia respiratoria ostruttiva cronica secondo il modello GARD dell'OMS- 2014

Rapporto Federsanita'-ANCI "Broncopneumopatia cronica ostruttiva: modelli organizzativi e gestionali"- 2014

Premesse

La BPCO e più in generale le malattie respiratorie sono tra le prime cause di morte, invalidità e spesa sanitaria.

Considerando come variabili l'età media della popolazione, la prevalenza di fumatori e i criteri spirometrici utilizzati, la prevalenza di BPCO (secondo i criteri delle linee guida GOLD) si può stimare uguale o superiore al 10% nella popolazione sopra i 45 anni, con una incidenza del 5% di nuovi casi in un periodo di sette anni.

Prevalenze un po' inferiori sono state riportate in contesto di "real life" evidenziando una percentuale di soggetti BPCO pari al 4,5% sulla popolazione generale, con punte che vanno ben oltre l'8% nei maschi e il 4% nella femmine oltre i 65 anni.

Di recente, in occasione di Punto Insieme Sanità del Marzo 2015 il "tavolo respiratorio" ha definito che la prevalenza in Italia della BPCO è pari a circa il 4,5%, con una incidenza in continuo aumento (fino al 20% nell'anziano), per lo più nella popolazione di genere maschile

La stima riportata (4,5%) in assenza di dati attendibili, è fatta propria anche dalle linee guida dell'AGENAS e si riferisce ad una diagnosi, nota agli intervistati, di bronchite cronica o enfisema ed è pari a 4,5% per l'intera popolazione. Anche se la stima pone la BPCO al sesto posto fra le malattie croniche presenti in Italia e tradotta in valore assoluto, individua oltre 2.600.000 cittadini italiani ammalati, è quasi certamente una sottostima delle dimensioni reali della prevalenza della malattia. In quanto è noto che la BPCO è ampiamente sotto-diagnosticata, anche in relazione a casi già clinicamente gravi, perché sottostimata rispetto ad altre patologie più note, sottovalutata dal medico in fase di diagnosi con una bassa percentuale di esecuzione di spirometrie: in uno studio "real life" solo nel 30% circa dei casi la diagnosi (registrata) di BPCO si accompagna all'esecuzione di un esame spirometrico. Esiste inoltre ridotta consapevolezza della malattia da parte dei pazienti e spesso sottotrattamento farmacologico. Tutto questo provoca aumento dei costi sia per l'erogazione di una assistenza non programmata sia per la scarsa aderenza.

La letteratura è concorde nel fissare a circa il 50% dei pazienti con BPCO la quota che non si attiene alle prescrizioni mediche, comprendendo in esse non solo le prescrizioni farmacologiche, ma anche le raccomandazioni sugli stili di vita da mantenere (come la astensione dal fumo o una adeguata attività fisica)

I costi della BPCO rappresentano almeno il 6% della spesa sanitaria totale, pari a circa 9.000M€ (2.725€ di costo medio annuo per paziente con un range da 1.000€ a 5.450€ in base alla gravità), e sono prevalentemente dovuti alle ospedalizzazioni (75% dei costi) a causa delle riacutizzazioni

La presenza di BPCO aumenta inoltre l'incidenza degli eventi cardiovascolari: cardiopatia ischemica (+6,7% nei pazienti con BPCO); aritmia cardiaca (+9,3 %); insufficienza cardiaca (+5,9 %); altre malattie cardiache (+12.6%) e diabete mellito (+8.2%)

Aderenza alla terapia ed erogazione integrata delle cure in modalità proattiva sono ritenuti i mezzi migliori per ridurre l'inappropriatezza della assistenza, e i correlati costi per la comunità ed ottenere una miglior qualità delle cure da garantire ai cittadini.

Per raggiungere questi obiettivi è necessaria una riorganizzazione complessiva del processo di cura.

E' ormai universalmente accettato che la sostenibilità per il sistema sarà garantita dalla diversa articolazione della erogazione della assistenza delle patologie croniche, che attualmente è centrata prevalentemente sull'ospedale, e che dovrà invece prevedere una prevalenza degli interventi propri del territorio. Deve allora essere definito un modello di collaborazione del medico di medicina generale con lo specialista per la gestione condivisa della intera filiera (partendo quindi dalla prevenzione primaria- vedi oltre) ma in particolare della fase di diagnosi il più precoce possibile (prevenzione secondaria) e di follow-up organizzato e teso a ridurre la progressione della malattia (prevenzione terziaria) che sposti sulla medicina generale la maggior parte del percorso di cura riservando allo Specialista il ruolo di consulente del MMG e riducendo le situazioni in cui dovrà invece gestire il processo di cura.

Parallelamente la Medicina Generale deve rivedere il proprio modello organizzativo e di erogazione delle prestazioni, adottando come modello organizzativo di lavoro il team di medici di famiglia, preferenzialmente operanti in sedi comuni, dotati di personale appositamente formato e di diagnostica di primo livello svolta direttamente dal team e come modello di erogazione dell'assistenza la medicina di iniziativa che deve anche coinvolgere attivamente il paziente nel percorso di cura mediante informazione e formazione alla autogestione della propria malattia . E' inoltre necessario adottare un sistema ICT che consenta una maggiore e più veloce comunicazione tra medici specialisti e MMG, un utilizzo ragionato della telemedicina e una migliore strutturazione dell'assistenza domiciliare.

L'affidamento alla Medicina Generale, organizzata in team e dotata di personale e di diagnostica, delle attività di diagnosi precoce e di gestione proattiva di primo livello della patologia si colloca tra le attività più proprie della prevenzione primaria da svolgersi da parte di tutti i soggetti coinvolti, compresi i MMG ma più propriamente "mission" del SSN e quindi delle ASL e dei Distretti (che si ottiene con l' educazione alla salute, con l' abbattimento dell' inquinamento outdoor e con l'educazione al controllo dell' inquinamento indoor e con il controllo del fumo) e le attività connesse con il progressivo aggravarsi della malattia che devono invece riguardare un Team multiprofessionale, clinicamente coordinato dal medico di famiglia, ma a cui partecipano altri professionisti oltre allo Specialista, che deve organizzare l'assistenza domiciliare, le cure palliative e le fasi finali di fine vita.

Come affermato nel documento condiviso AGENAS, FIMMG, Federsanità ANCI, presentato e approvato in occasione dell'8° Forum Risk Management in Sanità (Arezzo 26-29 Novembre 2013): *"Ai medici delle AFT, dotati di diagnostica e di proprio personale di studio appositamente formato, anche in un'ottica di sussidiarietà, è affidata la prevenzione e la gestione completa di percorsi relativi a singole patologie croniche o alla complessità che nasce dalla contemporanea presenza di più patologie in soggetti autosufficienti o con non-autosufficienza lieve, definendo obiettivi da garantire, indicatori da verificare e risorse a disposizione per realizzare gli obiettivi"*

(programmazione operativa), creando inoltre la possibilità, tra i medici della AFT, di individuare nuove abilità professionali, nuove "expertise", individuando medici che possano svolgere un ruolo da "first opinion" prima di attivare lo specialista, "second opinion", oppure in grado di effettuare diagnostica di primo livello (ecografia generalista, ecg, spirometria, Holter,...) e riservando inoltre al team multiprofessionale, cioè alla UCCP, proprio in un'ottica di appropriatezza della risposta a differenti livelli di intensità assistenziale, il trattamento di tutti quei pazienti affetti da patologie croniche in cui la presenza di situazioni di comorbidità, fragilità e non-autosufficienza richiede l'adozione di un approccio integrato e multidisciplinare".

E' necessario allora definire il percorso che consenta una diagnosi il più possibile precoce (che va sempre intesa come diagnosi clinica e non solo funzionale), utilizzando strumenti standardizzati, a cui seguano terapie tempestive e appropriate ed un programma di controlli periodici in grado di prevenire o ritardare l'invalidità, trattando i malati cronici il più possibile sul territorio ma con un percorso condiviso tra medico di medicina generale e Pneumologo basato su un approccio proattivo e che preveda la condivisione di strumenti di ICT in grado di mettere a disposizione di entrambi, su un "Cloud computing", un "cruscotto di patologia" alimentato dalle informazioni provenienti sia dalla cartella clinica del medico di medicina generale, sia dalla cartella specialistica dello Pneumologo per un monitoraggio costante e condiviso del processo di cura .

Gli elementi di gestione integrata della BPCO

Prevenzione in medicina di iniziativa

All'interno della popolazione generale è possibile scoprire gli individui predisposti a sviluppare una malattia (medicina cosiddetta predittiva) che consente la massima efficacia degli interventi. Vi è consenso nel raccomandare una diagnosi basata sullo screening dei soggetti a rischio piuttosto che uno screening sulla popolazione generale, che non risponde al criterio costo-beneficio.

Appare quindi opportuno arrivare ad una diagnosi dei casi non noti attraverso la valorizzazione e l'emersione dei sintomi (cioè un maggior sospetto diagnostico) e/o attraverso la valutazione del grado di rischio di aver sviluppato una BPCO nei soggetti in carico ai MMG, che vanno quindi opportunamente selezionati.

Va tenuto presente che il paziente tende a sottovalutare i propri sintomi respiratori e quindi ritenendoli un portato dell'età o della abitudine al fumo - a non riferirli al medico per cui è importante una indagine opportunistica di Medicina di iniziativa.

Per individuare la popolazione "a rischio" si possono usare sia le carte del rischio respiratorio prodotte dal CNR e dall'Istituto Superiore di Sanità ed anche questionari di auto-valutazione, come quelli inseriti nel percorso indicato da AIMAR nel documento sulla diagnosi precoce secondo il modello della GARD dell'OMS.

Le carte o i questionari indagano: età, abitudine al fumo e sua durata (espressa in pack/years - ovvero, numero di sigarette fumate al giorno moltiplicato per gli anni di fumo e diviso per 20) presenza di tosse, rumori respiratori, precedenti diagnosi di asma o BPCO, eventualmente con l'aggiunta di una domanda relativa all'indice di massa corporea e all'uso di farmaci respiratori nei due anni precedenti.

Il modo più semplice e rapido di approcciare il problema è quello raccomandato dalle linee guida AGENAS, con i massimi gradi di evidenza (I-A e II-A) e cioè:

Considerare la possibilità di BPCO in tutti i fumatori ed ex-fumatori di età superiore ai 40 anni

Considerare la possibilità di BPCO in pazienti con malattie extrapolmonari legate al fumo

In modo più strutturato si possono valorizzare, in accordo con le indicazioni delle varie Linee Guida (in particolare GOLD): Familiarità, Presenza di dispnea evolutiva, persistente e che peggiora con lo sforzo; Presenza di tosse cronica, anche intermittente e non produttiva; Presenza di produzione cronica di espettorato; bronchite cronica diagnosticata (presenza di tosse ed espettorazione per almeno tre mesi l'anno per due anni consecutivi); soggetti asmatici diagnosticati; esposizione professionale (prolungata) a polveri e fumi, inquinamento indoor (prolungato) per utilizzo stufe a carbone o legna, inquinamento ambientale (particolato PM10 ed inferiori ecc.); deficit ereditario grave di alfa-1 antitripsina².

Invece che utilizzare domande strutturate da rivolgere da parte del medico o del personale di studio in sede di anamnesi o carte del rischio o questionari auto-compilati, più modernamente si può utilizzare la tecnologia ICT della cartella clinica informatizzata della Medicina Generale che rende possibile estrarre la coorte di pazienti "a rischio" (ovviamente le informazioni da "incrociare" dovranno essere state annotate)

Le persone individuate come soggetti a rischio per BPCO vengono avviate a una procedura di diagnosi precoce che utilizza la spirometria come metodica di elezione.

La spirometria semplice, eseguita nel setting organizzato della Medicina Generale potrà:

1. non indicare la possibile presenza di ostruzione secondo il criterio diagnostico (rapporto VEMS/CVF <0.70¹) ed in questo caso va comunque prevista una rivalutazione periodica ogni 2 – 3 anni
2. indicare una ostruzione ed allora si passa alla successiva fase di Diagnosi di ostruzione non o scarsamente reversibile e valutazione di gravità

Tutti i soggetti diagnosticati per BPCO (rapporto VEMS/CVF <0.70 post-broncodilatatore) e stadiati ma anche soggetti per i quali il MMG considera comunque utile un approfondimento andranno inviati allo Specialista Pneumologo per la esecuzione di una spirometria globale tesa a determinare la eventuale quota di intrappolamento aereo e a definire il fenotipo BPCO

interventi preventivi comunque da mettere in atto su tutta la popolazione "a rischio" :

- iniziative per cessazione fumo
- allontanamento da eventuali fonti inquinanti (lavorative, indoor, ambientali)
- sorveglianza- prevenzione bronchite cronica

Diagnosi e valutazione di gravità

Oltre a accertare la diagnosi va valutata la gravità della malattia e va definita la "classe" di gravità a cui è poi correlato lo schema di terapia

¹ Esistono due criteri per definire la presenza di ostruzione bronchiale. : il cosiddetto "Rapporto fisso" e il "Limite inferiore di normalità" (LIN in Italiano-LLN in inglese). Nel primo caso si giudica presente una ostruzione se il rapporto VEMS/CV è inferiore al 70%. Nel secondo caso invece si diagnostica la presenza di ostruzione se il valore misurato è inferiore al quinto percentile di una popolazione sana, composta di non fumatori, ovvero inferiore all'88% nei maschi e all'89% nelle donne. Il rapporto fisso può generare sottodiagnosi nei giovani (sotto i 40 anni nelle femmine e i 50 nei maschi) e sovradiagnosi negli anziani. Va tuttavia notato che la diagnosi di malattia ostruttiva non è mai solo funzionale. E quindi si può concordare con le linee guida inglesi che il medico "... considererà diagnosi o indagini alternative e complementari (o invierà il paziente alla valutazione specialistica) negli anziani con rapporto fisso inferiore a 70% ma privi di sintomi tipici di BPCO e nei giovani con sintomi tipici ma con rapporto superiore a 70%". Il rapporto fisso è il metodo consigliato dalle linee guida AGENAS, GOLD e NICE. Il LIN da quelle ERS-ATS.

Criterio diagnostico: la presenza di un rapporto VEMS/CVF patologico post-broncodilatatore conferma la presenza di una persistente ostruzione bronchiale equindi- in presenza degli elementi clinic descritti- di BPCO

la valutazione di gravita della BPCO

si deve stadiare e trattare il paziente considerando la gravita della malattia e non della ostruzione bronchiale: infatti e stato dimostrato che l' ostruzione bronchiale non e l' unico indice di gravita' che correla con la sopravvivenza e che a gradi uguali di ostruzione possono corrispondere gradi assai differenti di invalidità e di prognosi

Si devono prima considerare singolarmente i seguenti aspetti della malattia:

- Attuale livello dei sintomi del paziente – grado di dispnea
- Gravita' della alterazione spirometrica
- la resistenza allo sforzo, misurata con il test del cammino dei sei minuti (6MWT)
- l' indice di massa corporea (BMI) e lo stato di nutrizione

Inoltre sono elementi da prendere in considerazione anche:

- Rischio di riacutizzazioni, basati sulla anamnesi
- Valutazione dello stato di ossigenazione, basato sulla emogasanalisi
- Presenza di comorbidita.

E ne va poi fatta una valutazione combinata

Livello dei sintomi:

si usano questionari validati.

lo modo piu' semplice e più usato anche in Italia è la valutazione del grado di dispnea attraverso la scala modificata del Medical Research Council- MRC) che riportiamo di seguito

Grado di dispnea	Sintomi riferiti o riportati
0	presenta affanno dopo un intenso esercizio
1	Avverte il respiro corto quando cammina in fretta o in salita
2	cammina più lentamente di un coetaneo per la dispnea
3	si ferma dopo pochi minuti o 100 metri quando cammina
4	costretto a non muoversi da casa ; dispnea nel vestirsi e nello spogliarsi

In modo piu' strutturato si puo' utilizzare il **COPD Assessment test (CAT)**. Il *COPD Assessment Test* e' una misura unidimensionale composta da 8 parti sul deterioramento dello stato di salute nella BPCO.

E stato sviluppato per essere utilizzato in modo universale ed esistono traduzioni validate in diverse lingue. La scala di punteggio va da 0 a 40; correla molto strettamente con lo stato di salute misurato con l'utilizzo del *St. George Respiratory Questionnaire (SGRQ)* ed e' affidabile e comprensibile

Gravità della alterazione spirometrica

GOLD 1: Lieve VEMS \geq 80% del predetto

Gravita'	VEMS/CVF broncodilatazione	dopo	Percentuale del VEMS misurato sul teorico
LIEVE	< 70%		\geq 80%
MODERATA	< 70%		50-80 %
GRAVE	< 70%		30-50 %
MOLTO GRAVE	< 70%		< 30%

Test del cammino

La ridotta tolleranza all'esercizio fisico misurata oggettivamente, basata sulla riduzione della distanza del cammino percorsa è un potente indicatore di compromissione dello stato di salute e predittore di prognosi. Il test del cammino è utile per valutare il grado di invalidità e l'efficacia della riabilitazione respiratoria

Si fa camminare la persona per sei minuti alla massima velocità possibile per il Paziente e si misura la distanza percorsa. Contemporaneamente viene misurata con un pulsossimetro la saturazione e la frequenza cardiaca. Il Paziente può fermarsi ogni volta che desidera farlo. . Sotto i 70anni 400-700 metri definiscono una buona capacità funzionale, mentre una distanza inferiore ai 400 metri indica una scarsa capacità funzionale. I valori per gli anziani (sopra i 70 anni) sono rispettivamente 300-400 metri (buona capacità funzionale) è inferiore a 300 (scarsa capacità funzionale). Si deve tenere presente che si tratta di un test da sforzo e come tale ha come assolute controindicazioni angina instabile, Scompenso cardiaco, Aritmie ventricolari, Infarto miocardico acuto recente

Indice di massa corporea

L' indice di massa corporea è un fattore prognostico nella BPCO, nel senso che le conseguenze sistemiche della malattia possono ridurlo, tanto più quanto maggiormente la malattia è avanzata e grave. Il valore soglia è ritenuto 21: al di sotto di questo valore la prognosi è peggiore.

Valutazione delle riacutizzazioni

Riacutizzazione: peggioramento dei sintomi respiratori del paziente che va oltre le normali variazioni giornalieri e porta a un cambiamento nel trattamento, con necessità di antibiotici e/o corticosteroidi

Va valutato il numero delle riacutizzazioni nell'ultimo anno

Comorbidità

Le comorbidità si riscontrano con frequenza nei pazienti con BPCO e comprendono principalmente le malattie cardiovascolari, le disfunzioni del muscolo scheletrico, la sindrome metabolica, l'osteoporosi, la depressione e il tumore polmonare.

Poiché le comorbidità possono svilupparsi in pazienti con qualsiasi grado di ostruzione bronchiale e influenzano la mortalità e i ricoveri in modo indipendente, vanno ricercate attentamente e, se presenti, trattate in modo appropriato.

Valutazione stato ossigenazione

La pulsiossimetria può essere utilizzata per valutare la saturazione di ossigeno del paziente e l'eventuale necessità di riferire il Paziente per una emogasanalisi e la eventuale prescrizione di ossigenoterapia.

La pulsiossimetria andrebbe usata per valutare tutti i pazienti stabili con valori di VEMS <35% del

predetto o con segni clinici suggestivi di insufficienza respiratoria o di scompenso cardiaco destro. In ogni caso se la saturazione periferica è inferiore al 92% va obbligatoriamente eseguita un'emogasanalisi arteriosa (ovviamente al di fuori dei casi di urgenza)

Valutazione combinata di gravità (secondo Linee Guida Gold)

Una valutazione che integri le condizioni cliniche con i vari parametri suesposti è indispensabile sia per prescrivere al Paziente la terapia piu' appropriata, sia per soddisfare le condizioni che il SSN pone per la prescrizione di farmaci.

Come detto, il concetto dietro tale integrazione è che la gravità appare determinata non solo dalla compromissione della funzione polmonare ma anche dai sintomi, dalla propensione alle riacutizzazioni, dallo stato di nutrizione e dalla presenza di altre malattie (co-morbilità).

1. La integrazione suggerita dalle linee guida GOLD propone due metodi:

Primo metodo, clinico: valutazione sintomi con scala CAT + valutazione di gravità con numero di riacutizzazioni

Secondo metodo clinico-spirometrico: valutazione sintomi con scala CAT + valutazione gravità con classificazione spirometrica Gold

In entrambi casi si definiscono 4 classi di gravità:

Paziente Gruppo A - Basso Rischio, Sintomi Lievi

Tipicamente GOLD 1 o GOLD 2 (lieve o moderata limitazione del flusso aereo) e/o 0-1 riacutizzazioni per anno e punteggio CAT <10

• Paziente Gruppo B - Basso Rischio, Sintomi Gravi

Tipicamente GOLD 1 o GOLD 2 (lieve o moderata limitazione del flusso aereo) e/o 0-1 riacutizzazioni per anno e punteggio CAT ≥ 10

• Paziente Gruppo C – Rischio Elevato, Sintomi Lievi

Tipicamente GOLD 3 o GOLD 4 (grave e molto grave limitazione del flusso aereo) e/o ≥ 2 riacutizzazioni per anno e punteggio CAT <10

• Paziente Gruppo D – Rischio Elevato, Sintomi Gravi

Tipicamente GOLD 3 o GOLD 4 (grave e molto grave limitazione del flusso aereo) e/o ≥ 2 riacutizzazioni per anno e punteggio CAT ≥ 10

2. Una altra integrazione- piu' semplice- è quella suggerita nell'indice composito BODE.

Questo che correla la scala MRC, insieme all' indice di massa corporea (BMI) alla resistenza allo sforzo (misurata con il test del cammino dei sei minuti: 6MWT) e all'ostruzione bronchiale (misurata col FEV1), fornisce un punteggio numerico che definisce la maggiore o minore gravità e - secondo alcuni- consente di fotografare in maniera più completa la condizione della persona affetta da BPCO. Il metodo per calcolare il punteggio e il relativo significato (punteggio grossolanamente correlato alla sopravvivenza a 4 anni) vengono qui sotto riportati.

I Pazienti con un punteggio piu' alto sono a maggior rischio di morte; il rischio di morte per qualsiasi causa è aumentato (1.34) per ogni aumento di 1 punto.

Punteggio (da Celli, cit.)	0	1	2	3
VEMS (% del teorico)	≥ 65%	50-64%	36-49%	≤ 35%
Distanza percorsa in 6' (in metri)	≥ 350	250-349	150-249	≤ 149 m
Grado di dispnea (MRC)	0-1	2	3	4
Indice di massa corporea (BMI)	≥ 21	≤ 21		

Da sottolineare che il processo di stadiazione, utilizzando uno qualsiasi dei metodi proposti, può essere informatizzato ed inserito nel programma di gestione della cartella clinica del medico di medicina generale ed anche reso disponibile sul Cloud per alimentare il "cruscotto di patologia" condivisibile tra MMG e Pneumologo.

Gestione integrata della patologia nel tempo

Posta la diagnosi di BPCO ed effettuata la stadiazione, il paziente deve essere immesso in un percorso integrato di gestione della patologia che si basa :

- sulla educazione alla conoscenza ed autogestione della malattia che fa del Paziente un partner consapevole e corresponsabile del trattamento, agevolata dalla educazione terapeutica sul corretto utilizzo del device
- sulla terapia farmacologica commisurata alla gravità della malattia e di solito correlata allo stadio di malattia
- su interventi comunque sempre da praticare volti alla cessazione del fumo, perché è noto che solo la cessazione del fumo (e, per gli insufficienti respiratori, la ossigenoterapia) può modificare la storia naturale della BPCO e migliorare la sopravvivenza di coloro che ne sono affetti e sulla riduzione alla esposizione a inquinanti
- sulla riabilitazione respiratoria da praticare anche negli stadi precoci della malattia che consente di ridurre il rischio di riacutizzazioni e di migliorare la qualità di vita
- sulla prevenzione e trattamento delle riacutizzazioni, sia a domicilio sia in ospedale
- sul trattamento delle comorbilità che però sono parte naturale della attività quotidiana del medico di medicina Generale

Il percorso integrato si sviluppa nel tempo in un programma di controlli programmati (medicina proattiva) da parte del medico di medicina generale che deve prevedere la rivalutazione periodica, spirometrica e clinica, dello stadio di gravità, la rivalutazione della terapia, il controllo e rinforzo dell'empowerment del paziente sia da parte del medico che del personale di studio, la integrazione programmata tra ospedale e territorio con invio del paziente allo Pneumologo nei momenti appropriati.

Un primo consenso tra MMG e specialisti sulla frequenza e tipologia di controlli è stato raggiunto nel documento già citato e viene qui riportato. C'è però da aggiungere che alcune regioni e molte ULSS hanno predisposto in piena autonomia propri PDTA che, tra le altre cose, scadevano i controlli citati.

Il documento "La gestione clinica integrata della BPCO" propone:

PRESTAZIONI	MONITORAGGIO DELLA BRONCHITE CRONICA (SENZA OSTRUZIONE) E DELLA BPCO LIEVE (FEV ₁ /VC <95 E FEV ₁ >80%) ASINTOMATICA	MONITORAGGIO DELLA BPCO CON FEV ₁ <80%, DISPNEA DA SFORZO EVENTUALI COMORBILITÀ	MONITORAGGIO DELLA BPCO CON FEV ₁ <60% CON DISPNEA DA SFORZO, FREQUENTI RIACUTIZZAZIONI E COMORBILITÀ	MONITORAGGIO DELLA BPCO CON FEV ₁ <50% CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA E CON COMORBILITÀ***
	Biennale	Annuale	Annuale	Annuale
Disassuefazione tabagica, se fumatore	tutti e/o centro antifumo	tutti e/o centro antifumo	tutti e/o centro antifumo	tutti e/o centro antifumo
Valutazione clinica (incluso indice di massa corporea, BMI, eventuale uso di questionari) e dei fattori di rischio	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista
Pulsossimetria	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista
Spirometria semplice	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista
Consulenza pneumologica	specialista pneumologo in caso di dubbio diagnostico	specialista pneumologo	specialista pneumologo	specialista pneumologo

Il Rapporto Federsanita' _ANCI piu' semplicemente propone un monitoraggio con due sole classi di controlli programmati, basati sulla gravità della malattia (non della ostruzione) e sulle condizioni di stabilità della patologia:

malattia stabile da lieve a moderata, il paziente deve essere esaminato almeno 1 volta all'anno;
malattia stabile e grave, deve essere esaminato almeno 2 volte all'anno;

malattia instabile con ricoveri, la prima valutazione di follow-up deve essere fatta entro 4 settimane dal ricovero

Principi di Terapia

Il trattamento si compone di terapia non farmacologica e terapia farmacologica Tale trattamento globale e in grado di migliorare la funzione polmonare, la qualità di vita e ridurre le riacutizzazioni, a patto che tutte le fasi della assistenza siano gestite in modo coordinato e integrato, e la persona affetta dalla malattia sia un soggetto consapevole della sua malattia e della sua evoluzione naturale e collaborante a prendersi cura e a farsi curare.

- Cessazione dal fumo, anche utilizzando farmaci e terapia sostitutiva con nicotina
- Vaccinazione antinfluenzale stagionale ed antipneumococcica (preventar)
- Terapia specifica per lo stadio di gravità secondo quanto esposto in precedenza
- Riabilitazione respiratoria (attività fisica)
- valutazione dello stato nutrizionale

- cura dei tratti psico-sociali della malattia: la mancanza di respiro induce alla riduzione della attività fisica e della autonomia, con conseguenti ansia e depressione.

- Ossigeno terapia per i casi gravi con riduzione della PO2

Empowerment del paziente

L'educazione del Paziente alla malattia riveste un ruolo cardine nell'agestione delle malattie croniche, allo scopo di fare del Paziente stesso un alleato nel progetto di cura e assistenza, cercando di cambiarne il ruolo da oggetto passivo dell' intervento sanitario a soggetto su cui

quest' ultimo e centrato. Essa comprende diverse componenti, dirette a far conoscere alla persona le informazioni essenziali sulle caratteristiche della malattia, ad aumentare le motivazioni e le conoscenze per modificare i comportamenti, a trasmettere abilità (skills) e fornire supporto per gli aspetti emotivi della sintomatologia. L'auto gestione non è solo di beneficio per il paziente e per i familiari ma sembra anche efficace nel ridurre le ospedalizzazioni, senza che si verifichino effetti collaterali o eventi avversi.

Cessazione del fumo

La cessazione del fumo è una misura terapeutica essenziale per qualsiasi persona affetta da malattia polmonare, anche la BPCO. Essa deve essere il primo provvedimento che viene preso al momento della diagnosi di BPCO in un fumatore attivo. La sola raccomandazione di smettere può non essere sufficiente a far smettere il Paziente. La persona deve essere aiutata in un percorso che può essere lungo e difficile. Concordandola con il Paziente, è pertanto indicata non solo assistenza comportamentale ma anche una terapia farmacologica specifica (Prodotti sostitutivi a base di nicotina (cerotti, gomme da masticare, inalatori), vareniclina, bupropione) che trova la sua giustificazione in una maggiore efficacia espressa come percentuale di astinenza nel lungo periodo e nel fatto che il fumo di sigaretta è in grado di creare una dipendenza fisica e psichica molto forte. Una persona che continui a fumare ad onta della presenza di sintomatologia e nonostante una diagnosi di malattia legata al fumo è da considerare dipendente di grado elevato, per la quale la sola raccomandazione di smettere vale solo a creare ulteriori sensi di colpa.

Aderenza

La aderenza del Paziente a quanto prescritto è di ovvia importanza. Nella BPCO è stato dimostrato che tale aderenza è assai carente per molteplici ragioni legate al Paziente e alle sue motivazioni, al medico che prescrive il trattamento e alla sua capacità di "entrare in sintonia" con la persona e di dare spiegazioni di facile comprensione, alle caratteristiche del trattamento stesso, in particolare il trattamento con farmaci inalatori i cui devices dovrebbero essere il più semplici possibile, alla complessità del trattamento complessivo del paziente in rapporto al fatto che spesso si tratta di pazienti anziani, affetti da co-patologie croniche e destinatari di differenti terapie. A fronte di questa molteplicità di cause vi è una molteplicità di interventi volti alla preparazione dei sanitari anche al rapporto "empatico" all'uso delle tecniche del "colloquio motivazionale breve", all'addestramento del paziente all'uso corretto e costante dei farmaci inalatori e delle tecniche inalatorie da parte del personale ecc.

Stato nutrizionale

Va considerato il ruolo della nutrizione nella popolazione di pazienti affetti da BPCO che arrivano ad avere problemi di malnutrizione in due casi su tre (ed il sottopeso- come detto- e fattore di prognosi negativa nella BPCO). In queste situazioni il supporto nutrizionale è in grado di aumentare il peso, la massa muscolare, la massa grassa nonché migliorare la forza muscolare

Promozione della attività fisica

La riduzione della attività fisica, determinata dalla BPCO attraverso la dispnea da sforzo che provoca, correla direttamente con uno scadimento significativo della qualità di vita. Tale riduzione spesso non viene avvertita in quanto lo scadimento è lentamente progressivo e determina a sua volta un ulteriore decondizionamento allo sforzo, con dispnea che compare per esercizio fisico sempre meno impegnativo. Va combattuta la sedentarietà e le sue conseguenze e ricondizionando l' organismo allo sforzo attraverso l'allenamento.

L'attività fisica va considerata una vera e propria terapia del paziente e quindi "prescritta" fin dai primi stadi della malattia perché più precoce e la ripresa di una ragionevole attività fisica tanto migliori saranno i risultati.

Nelle fasi iniziali della malattia si potrà lasciare al paziente la possibilità di autogestirsi obiettivi e mezzi oppure consigliare una attività di gruppo, come per esempio attraverso i gruppi di cammino. Nelle fasi da moderata a grave sarà necessario inserire il paziente in un programma strutturato di pneumologia riabilitativa che potrà comprendere non solo il riallenamento ma anche l'assistenza per la alimentazione, l'assistenza psicologica, l'educazione alla malattia costituendo un "rinforzo" delle analoghe indicazioni che il paziente riceve durante gli accessi programmati allo studio del medico di famiglia dal medico stesso e dal suo personale di studio.

Telemedicina

Nella gestione della malattia può svolgere un ruolo cruciale anche la disponibilità di telemedicina. Con questo termine si intende l'uso di tecnologie che consentono un accesso in remoto a parametri clinici e/o informazioni.

L'utilizzo della "telemedicina" è reso possibile dalla Piattaforma ICT "cloud computing" in uso alla Medicina Generale e che può essere resa fruibile agli specialisti ma anche ai pazienti.

È possibile ipotizzare un uso di App e Tutorial inseriti nel percorso di Empowerment del paziente. Parimenti si può proporre l'invio della spirometria dal medico di medicina generale "first opinion" allo Specialista "second opinion" evitando di dover spostare il paziente (evidente il risparmio "sociale" ed infine si può ipotizzare anche il telemonitoraggio (che oggi rende possibile il controllo a distanza di spirometria, pulsossimetria, distanza percorsa e sintomatologia)

In ultimo attraverso il teleconsulto tra medico di famiglia e specialista si può realizzare uno scambio di informazioni che trova la sua principale indicazione nelle variazioni della stabilità clinica (come tali percepite dal paziente) e consente di prendere decisioni condivise

La Gestione di primo livello competenza della Medicina generale organizzata

Prerequisiti:

Organizzazione del lavoro in Team mono professionale (AFT)

Adozione della metodica della medicina di iniziativa

Individuazione di sedi comuni di svolgimento delle attività di medicina di iniziativa (strutturazione della AFT)

Acquisizione di personale di studio e sua specifica formazione

Acquisizione di tecnologia diagnostica di primo livello e nella fattispecie:

Spirometro

test diagnostico reversibilità (Broncodilatatore short acting)

pulsi-ossimetro

adozione del sistema informativo di AFT in grado di garantire interoperabilità delle cartelle cliniche ed interoperabilità in modalità di telemedicina con la strumentazione diagnostica rappresentato dal Cloud di Netmedica Italia

Ai medici di medicina generale così organizzati spetta come compito prioritario, ma pur sempre inserito nella gestione condivisa con lo specialista:

Fase di Diagnosi precoce

Definire la coorte dei pazienti a rischio da avviare alla spirometria

Eseguire nel proprio setting una spirometria semplice orientata ad evidenziare una situazione di ostruzione bronchiale

Procedere ad una spirometria diagnostica (con test di reversibilità) per i pazienti che presentano un quadro ostruttivo

Programmare una rivalutazione periodica dei pazienti a rischio che non presentano una ostruzione e che pertanto non possono essere ancora diagnosticati come affetti da BPCO

Fase di stadiazione ed impostazione degli interventi

Procedere alla definizione di gravità – stadio della malattia ed impostare conseguentemente la terapia farmacologica secondo linee guida, avendo cura di armonizzare la terapia specifica per la BPCO con le altre terapie necessarie al paziente nel quadro della gestione complessiva delle comorbilità

Assicurare la prevenzione vaccinale

Mettere in atto, anche con l'ausilio del personale, le misure preventive volte alla diassuefazione dal fumo ed all'allontanamento dagli inquinanti

Valutare lo stato di nutrizione e prendere gli opportuni provvedimenti

Mettere in atto, con l'ausilio del personale appositamente formato, le iniziative volte all'empowerment del paziente

Prescrivere l'attività fisica nelle forme dovute

Inoltre a completamento di queste prime fasi **inviare allo Pneumologo** i pazienti risultati diagnosticati o anche pazienti dubbi per una Spirometria globale

Fase di Follow-up di primo livello

Impostare la frequenza dei controlli successivi da eseguirsi sempre nel setting della Medicina Generale in un'ottica di medicina di iniziativa modulando la frequenza in funzione della gravità della patologia e quindi utilizzando come riferimento le seguenti cadenze:

Valutazione clinica (sintomi, abitudine tabagica) CAT o mMRC + riacutizzazioni ogni 3 -4 mesi

Valutazione clinico spirometrica (CAT o mMRC+ riacutizzazioni + spirometria):

classe A e B GOLD o 0-1 BODE: una volta l'anno

classe C GOLD o 3 BODE: due volte l'anno

classe D GOLD o 4 BODE tre volte l'anno

rivalutazione clinico – spirometrica al bisogno al di fuori delle cadenze se

peggioramento " spontaneo" dei sintomi

riacutizzazione che non risponde a terapia

pulsiossimetria PO2 sotto 90%

N.B. in fase di follow up e con paziente in terapia è sufficiente una spirometria "semplice" in corso di terapia per cui il VEMS/CVF potrebbe, almeno nelle classi spirometriche 1 e 2 non essere <0.70. Per la restadiazione ci si riferisce al VEMS, dando per acquisita la diagnosi di BPCO e quindi la non reversibilità della ostruzione e quindi il VEMS/CVF <0.70 dopo broncodilatazione in condizioni di base (senza terapia)

riclassificazione del paziente nella classe di gravità e riaggiustamento della Terapia se necessario rivalutazione di stato nutrizionale, attività fisica, empowerment e rinforzo delle indicazioni

trattamento delle riacutizzazioni, sia in studio che a domicilio

utilizzo della diagnostica a domicilio in modalità telemedicina

Situazioni di **Invio allo Specialista – secondo livello durante il follow-up**

1. Dopo la diagnosi, nel periodo successivo per spirometria "globale" con pletismografia corporea per la valutazione del grado di iper-insufflazione-enfisema

2. A giudizio del MMG in uno stadio nel quale a ostruzione moderata, si sommino sintomatologia di moderato impatto sulla vita del Paziente, alterazioni della nutrizione, pregresse riacutizzazioni (stadio C GOLD o 3 BODE)
3. Sempre nello stadio D GOLD o 4 BODE
4. Nei pazienti in OTLT
5. Facoltativamente a giudizio del MMG quando il paziente non risponde alle modifiche della terapia di fondo o della terapia per la riacutizzazione
6. Tutte le volte che il MMG lo ritenga utile

Inoltre tutte le volte che il MMG sentirà la necessità di acquisire una seconda opinione specialistica potrà attivare la consulenza in modalità telemedicina od utilizzare la gestione condivisa tramite cruscotto di patologia se attivato.

IL percorso Formativo per il medico "esperto"

Formazione in FAD per BPCO

Nozioni generali sulla malattia

Linee guida : *Linee Guida AGENAS- 2011; Documento: La gestione clinica integrata della BPCO- 2013; Linee Guida Gold- 2014; Raccomandazioni AIMAR per la diagnosi precoce della malattia respiratoria ostruttiva cronica secondo il modello GARD dell'OMS- 2014; Rapporto Federsanita'-ANCI "Broncopneumopatia cronica ostruttiva: modelli organizzativi e gestionali"- 2014*

Identificazione soggetti da sottoporre a prevenzione e valutazione periodica con medicina di iniziativa

Criteri di diagnosi

Criteri di definizione di gravità

Principi di terapia

Classi di farmaci in funzione stadio di gravità (Gold o BODE)

Devices e loro scelta

Educazione del paziente all'Empowerment

Procedura di follow-up (cosa e ogni quanto fare)in medicina di iniziativa

Trattamento delle riacutizzazioni

Corretto invio al secondo livello specialistico

Metodi per favorire l'empowerment e l'aderenza

Formazione Seminariale teorico pratica

Esecuzione e valutazione spirometria

Esecuzione e valutazione Test di reversibilità

Uso del pulsossimetro

Aspetti medico-legali

Giacomo Milillo
FIMMG



Fernando De Benedetto
AIMAR

