

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PER LA BPCO: BILANCIO DI UN'ESPERIENZA 2002-2005

MARIO BARONCHELLI*, LUIGI BONVINI*, ERICA MUTTI*, FRANCESCA ROMANA TERRANOVA*, GIUSEPPE BELLERI**, BARTOLOMEA BERTOLOTTI**, ALESSANDRO CHIAPPI**, ALBAROSA FERRARI***, MARIO MULTINEDDU***, ANNA PASCARELLA***

*Medico di Medicina Generale, Associazione S. Zeno, Borgosatollo, Montirone; **Medicina di gruppo, Flero;

***Medicina di gruppo, Borgosatollo, ASL di Brescia, Distretto di Rezzato

All'inizio del 2001 l'ASL di Brescia nell'ambito della promozione della collaborazione tra cure primarie e strutture specialistiche, ha promosso, d'intesa con le organizzazioni sindacali e professionali della Medicina Generale, l'elaborazione e l'applicazione pratica di tre Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) finalizzati a migliorare la gestione integrata di alcune delle principali affezioni croniche (ipertensione, diabete mellito, BPCO) ed i cui contenuti sono stati elaborati da appositi gruppi di lavoro interdisciplinari con riferimento alla letteratura internazionale. Il documento finale è stato inviato alle direzioni generali degli ospedali locali che nella maggior parte dei casi l'hanno adottato. I Medici di Medicina Generale (MMG) potevano aderire al PDT sia singolarmente sia in gruppo.

Tra i numerosi team sorti per iniziativa dell'ASL di Brescia, uno, composto da 10 MMG operanti nei comuni del distretto di Brescia Est Rezzato, tutti dotati del software Millewin®, ha adottato ed applicato il PDT della BPCO nel periodo 2002-2005. La popolazione target cui era rivolto il PDT era costituita dai soggetti ultraquarantenni, età di solito considerata come soglia per la comparsa della malattia. Nel corso del triennio il numero dei medici in team che hanno applicato il Percorso non è variato. L'avvicendamento di un singolo componente, tra il 2003 e il 2004, ha determinato un modesto incremento degli assistiti in carico, senza significative variazioni della quota di assistiti ultraquarantenni. I principali documenti di riferimento sono state le Linee Guida GOLD 2001 ed i Percorsi Diagnostico-Terapeutici AIPO 2000.

GESTIONE DEI PAZIENTI CON BPCO SECONDO PDT

PDT: obiettivo di salute

Promuovere e mantenere le migliori condizioni di salute possibili del malato con ostruzione bronchiale cronica mediante:

1. promozione di interventi e comportamenti individuali e collettivi a valenza preventiva: lotta al fumo, vaccinazioni, sorveglianza degli ambienti di lavoro, trattamento precoce delle riacutizzazioni, ossigenoterapia ed educazione sanitaria;
2. incremento del numero di diagnosi precoci corrette e stadiazione della BPCO;
3. trattamento del paziente affetto da ostruzione bronchiale in modo conforme allo stadio di gravità.

PDT: obiettivo organizzativo

Mettere a disposizione un adeguato ed efficace standard di cura per i malati con BPCO in rapporto allo stadio di gravità, mediante:

1. interventi di educazione, formazione e sensibilizzazione degli operatori sanitari mirati alla condivisione dei percorsi;
2. adeguata disponibilità di servizi diagnostico-terapeutico-riabilitativi e relativa razionalizzazione degli accessi;
3. garanzia di continuità di cura tra il MMG e lo Specialista, anche mediante efficaci strumenti di comunicazione cartacei e/o telematici e adeguati sistemi di raccolta ed archiviazione dei dati.

Il PDT adottato suddivideva i compiti delle varie figure professionali coinvolte nell'assistenza del paziente, secondo la Tabella I (stadi di gravità sec. Linee Guida GOLD, Figura 1).

RISULTATI

La Tabella II evidenzia gli assistiti in carico al gruppo di Medici di famiglia del Distretto Sanitario di Brescia EST Rezzato aderenti al progetto. La Tabella III illustra la situazione dei fumatori nonché la costanza di registrazione di questo dato nelle cartelle coniche dei MMG. La prevalenza di pazienti con diagnosi di BPCO nel campione osservato nel triennio 2002-2005 sul totale

CLASSIFICAZIONE DI GRAVITA' DELLA BPCO	
STADIO	CARATTERISTICHE
0 A RISCHIO	Spirometria normale sintomi cronici (tosse, escreato)
I LIEVE	VEMS/CVF < 70%; VEMS > 80% del teorico con o senza sintomi cronici (tosse, escreato)
II MODERATA	VEMS/CVF < 70%; 50% ≤ VEMS < 80% del teorico con o senza sintomi cronici (tosse, escreato, dispnea)
III GRAVE	VEMS/CVF < 70%; 30% ≤ VEMS < 50% del teorico con o senza sintomi cronici (tosse, escreato, dispnea)
IV MOLTO GRAVE	VEMS/CV < 70%; VEMS < 30% del teorico o VEMS < 50% del teorico in presenza di insufficienza respiratoria o di segni clinici di scompenso cardiaco destro

Progetto Mondiale BPCO

Figura 1
BPCO: stadi di gravità sec. GOLD.

TABELLA I
Compiti delle varie figure professionali coinvolte nell'assistenza del paziente, sec. PDT.

	STADIO 0 PAZIENTE A RISCHIO	STADIO I BPCO LIEVE	STADIO II BPCO MODERATA	STADIO III BPCO SEVERA
MMG	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lotta al fumo 2. Sorveglianza pazienti a rischio 3. Prevenzione attiva 4. Educazione sanitaria su singolo e gruppi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lotta al fumo ed educazione sanitaria 2. Diagnosi, classificazione clinica e spirometrica, Rx torace se dubbio diagnostico in diagnosi differenziale 3. Terapia sintomatica 4. Prevenzione e immediato trattamento delle riacutizzazioni 5. Monitoraggio terapia e corretta assunzione 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lotta al fumo ed educazione sanitaria 2. Diagnosi, classificazione clinica e spirometrica 3. Terapia sintomatica 4. Prevenzione e immediato trattamento delle riacutizzazioni 5. Monitoraggio clinico e funzionale come attività programmata 6. Attivazione ADI se necessario e collaborazione con operatori ADI attivati sul caso 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lotta al fumo ed educazione sanitaria 2. Terapia continuativa 3. Prevenzione e immediato trattamento delle riacutizzazioni 4. Attivazione ricovero quando necessario 5. Attivazione ADI se necessaria e collaborazione con operatori ADI attivati sul caso
Guardia Medica/ Pronto Soccorso		Gestione riacutizzazioni lievi	Urgenze in pazienti riacutizzati	Urgenze in pazienti riacutizzati
Specialista Pneumologo	Spirometria nei pazienti con sintomi e/o esposti a fattori di rischio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interventi educazionali 2. Impostazione diagnosi e terapia casi complessi 3. Valutazione funzionale respiratoria 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interventi educazionali 2. Diagnosi e classificazione stadio clinico 3. Monitoraggio programmato 4. Valutazione funzionalità respiratoria (spirometria + BD)+ volumi statici + eventuale DLCO, EGA 5. Riabilitazione 6. Collaborazione con MMG per trattamento riacutizzazioni 7. Triage pazienti per ricovero in regime ordinario o intensivo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interventi educazionali 2. Monitoraggio clinico, EGA spirometrico 3. Prescrizione O₂ secondo linee guida 4. Riabilitazione 5. Collaborazione con MMG per trattamento riacutizzazioni 6. Triage pazienti per ricovero in regime ordinario o intensivo
Ricovero ospedaliero		Solo riacutizzazioni con insufficienza respiratoria (su base EGA)	Come sopra + Monitoraggio e trattamento ventilatorio non invasivo in caso di riacutizzazione grave	Come sopra + Monitoraggio e trattamento ventilatorio non invasivo in caso di riacutizzazione grave
Unità di Terapia Intensiva			Monitoraggio e trattamento ventilatorio invasivo in caso di riacutizzazione grave, insufficienza multiorgano, controindicazioni o fallimento NIV	Monitoraggio e trattamento ventilatorio invasivo in caso di riacutizzazione grave, insufficienza multiorgano, controindicazioni o fallimento NIV

degli assistiti è passata dal 1,6% (2002) al 2,04% del 2005 (> 75enni: dal 41,3 al 32,6%).

Le *spirometrie richieste* nel triennio (pazienti di età > 40 anni, sospetti, sintomatici o già diagnosticati) sono passate dal 3,6% dei pazienti > 40 anni in carico (2002) al 2,2% del 2005, eseguite però solo in 3 casi su 4. Le spirometrie (diagnostiche o di follow-up) "normali" sono passate nel triennio dal 35 al 54%, quelle con deficit ostruttivo dal 59 al 35%, con "altro deficit" dal 5,2 al 10%.

I pazienti in *O₂ terapia a lungo termine*, espressione dello stato più avanzato della patologia, sono passati dal 3% del 2002 al 4% del 2005. I *decessi/anno*: 17 (7,7%) nel 2003, 6 (2,2%) nel 2004 e 10 (3,7%) nel 2005.

La *copertura vaccinale* antinfluenzale è passata dal 73,8% al 77% ed al 86,8%; quella antipneumococcica dal 48 del 2003 al 72% del 2005.

Le *riacutizzazioni* di BPCO nel solo biennio 2004-5 sono rimaste praticamente stabili (0,86%). I *ricoveri*: 10 nel 2004 e 25 nel 2005.

COMMENTO

A fronte di un lieve incremento degli ultrasessantacinquenni la prevalenza della BPCO è passata nel periodo 2002-2005 dal 1,6% al 2,04%, con un aumento dello 0,44% rispetto al 2002, vale dire di quasi un terzo dei casi (da 196 a 273). Questo dato si discosta sia da quello della Banca Dati Assistiti dell'ASL di Brescia (2,8% per tutte le bronconeumopatie) sia dalle percentuali della letteratura, circa doppie, verosimilmente per le difficoltà incontrate dal gruppo nell'individuazione dei soggetti a rischio, da classificare nello stadio 0. Questo gruppo di assistiti infatti rappresenta nelle casistiche la parte più consistente della prevalenza, che tuttavia risulta difficile da quantificare per la poca specificità dei criteri anamnestici (tosse e catarro cronici).

Il numero delle spirometrie richieste, ma non eseguite dal paziente, è risultato stabile e sempre elevato (oltre 1/3 del totale). Si segnala un ulteriore incremento (circa 15% rispetto al 2003) delle spirometrie eseguite con

TABELLA II
Assistiti in carico ai medici aderenti al PDT nel triennio 2002-2005.

	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005
Totale assistiti	11.830	12.173	12.870	13.349
Di cui > 40 anni	6807 pari al 57,5%	6833 pari al 56,1%	7244 pari al 56,2%	7467 pari al 55,9%

TABELLA III
Pazienti fumatori nella popolazione osservata nel biennio 2004-2005.

	ANNO 2004	ANNO 2005
Assistiti di età > 40 anni	12.693 di cui 48,2% maschi e 51,8% femmine	13.073 di cui 48,3% maschi e 51,7% femmine
Registrazione dato fumo	4762 pari al 37,5% del totale	7766 pari al 59,4% del totale
N. di assistiti fumatori sul totale assistiti > 40 anni	1492 pari al 31,3% di cui maschi 799 (53,5%) e femmine 693 (46,5%)	2411 pari al 31% di cui maschi 1223 (54,9%) e femmine 1088 (45,1%)
Fumatori > 20 sigarette al dì	224 pari al 15% dei fumatori di cui 165 (73,6%) maschi e 59 (26,4%) femmine	328 pari al 13,6% dei fumatori di cui 239 (72,9%) maschi e 89 (27,1%) femmine

esito "normale", probabilmente dovuto ad una maggiore attenzione da parte dei medici nei confronti dei pz. con "fattori di rischio" ma senza patologia evidente. Le spirometrie patologiche hanno dato come esito, nella stragrande maggioranza dei casi, un deficit di tipo ostruttivo a cui però non ha corrisposto una precisa stadiazione del danno funzionale in linea con la classificazione GOLD, adottata dal PDT.

La copertura vaccinale del campione, peraltro riferita al solo triennio 2003-2005 è buona per la vaccinazione antinfluenzale e così pure per quella pneumococcica, che si attestano attorno all'80%. Nel biennio 2004-2005 sono risultate stabili le riacutizzazioni mentre si registra un aumento considerevole dei decessi, tutti dovuti però a patologie non-respiratorie. Infine si segnala un considerevole incremento della rilevazione anamnestica del dato fumo nella popolazione generale, che passa dal 37,5 al 59,4% degli assistiti superiori a 14 anni, mentre restano stabili sia le percentuali dei fumatori sul totale (31% circa) sia dei grandi fumatori, che rappresentano il 15% circa, 3/4 dei quali maschi.

CONCLUSIONI, BILANCIO E PROSPETTIVE

L'applicazione del PDT per il quarto anno ha consentito di cogliere alcuni elementi significativi in merito alla gestione clinica della patologia e agli aspetti organizzativi del percorso stesso. L'applicazione del protocollo, la rilevazione dei dati e degli indicatori ad esso connessi, hanno focalizzato l'attenzione dei partecipanti sull'ostruzione bronchiale, migliorando indirettamente la gestione diagnostico/terapeutica degli assistiti affetti da BPCO. Nel corso degli anni abbiamo via via omogeneizzato i criteri diagnostici, le codifiche informatiche e la registrazione dei referti. Questo apprendimento sul campo è scaturito dal confronto tra i medici associati sui parametri di valutazione clinico-diagnostica e sulle metodiche di classificazione e gestione dei dati.

Tuttavia non si possono nascondere alcune difficoltà incontrate, in particolare la scarsa collaborazione delle strutture di II livello rispetto ai compiti affidati loro dal PDT. Nel corso degli anni si è prodotto un naturale ampliamento della raccolta dati, che si è estesa dalla semplice diagnosi ad altri parametri, tra cui:

1. compliance nell'esecuzione delle spirometrie: un elevato numero di pazienti BPCO anziani non possono essere classificati e secondo lo schema del protocollo per difficoltà logistiche e di spostamento;
2. qualità della refertazione delle spirometrie: la mancata stadiazione, dovuta ad una carente collaborazione di alcune strutture specialistiche, ha impedito di raccogliere dati affidabili ed omogenei sullo stadio clinico di molti pazienti.

La raccolta dei dati si è svolta grazie alla informatizzazione dei nostri studi, che risulta tanto più efficace quanto più sono soddisfatte due condizioni:

- classificazione standardizzata e concordata dal gruppo, per un inserimento appropriato dei dati nella cartella informatizzata;
- software confrontabili tra loro per "estrarre" dai data base dati omogenei e significativi.

Questi obiettivi sono stati conseguiti nel primo triennio di applicazione del PDT anche se restano da superare le difficoltà sopra elencate. Di particolare rilievo pratico, in tal senso, appare l'obiettivo di addestrare i medici aderenti al PDT all'uso del "minispirometro" per poter effettuare la stadiazione dell'ostruzione bronchiale, con la consulenza dei colleghi pneumologi.

Grazie all'utilizzo di tale strumento sarà possibile sia il miglioramento della compliance strumentale dei pz. anziani, allettati o pluripatologici, sia la stadiazione e il monitoraggio dell'ostruzione bronchiale cronica nelle fasi meno avanzate della malattia.

Bibliografia a richiesta