

GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE IN MEDICINA GENERALE: LA BPCO

Decision making

GERMANO BETTONCELLI

Medico Generale, Referente Area
Pneumologica SIMG

INTRODUZIONE

Una delle principali trasformazioni cui oggi la Medicina Generale deve puntare riguarda la necessità di un radicale cambiamento nel modo di affrontare le patologie croniche. Tradizionalmente, obbedendo ad un modello culturale appreso sui banchi dell'università e per inveterata tradizione della professione, si è finora in larga misura privilegiato un rapporto dualistico, in cui medico e paziente, uniti da un patto reciproco, si alleano per combattere la malattia. Questo modello è corrispondente soprattutto ai desideri del paziente, esso conferisce una personalizzazione all'intervento medico, che così si traduce nelle forme e nei modi più idonei per quel determinato caso e per quello specifico paziente. Sebbene la maggior parte dei medici sia probabilmente convinta che questo tipo di approccio vada mantenuto, si fanno sempre più forti i bisogni e le sollecitazioni per una impostazione che, pur salvaguardando il rapporto col singolo paziente, non trascuri la visione d'insieme dei fenomeni ed il loro impatto sulla popolazione e sulla società in generale. Questo è tanto più necessario se, in modo particolare, si guarda alle patologie croniche, quelle condizioni cioè in cui determinanti sono sì – al pari di tutte le altre malattie – gli interventi di prevenzione, di diagnosi precoce e di terapia razionale, ma le cui ricadute sulla salute generale della popolazione e sul sistema sanitario, finiscono con l'essere alla fine enormemente più rilevanti. È pertanto necessario che la Medicina Generale assuma nuove responsabilità, nuove visioni e si doti di nuovi strumenti, soprattutto nei settori che già oggi appaiono particolarmente critici e che mostrano trends in preoccupante peggioramento per il prossimo futuro.

LA BPCO: UN ESEMPIO TIPICO

Le malattie respiratorie ostruttive croniche costituiscono un capitolo importante nel pianeta della cronicità ed in quest'ambito la BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva) suscita allarme per le proiezioni di morbilità e mortalità attese nei prossimi anni. Si tratta di una patologia stimata in Italia al 4,5% di prevalenza nella popolazione generale, in pratica attribuibile a circa 2,6 milioni di abitanti, con una distribuzione nelle varie

fasce di età non omogenea, in particolare tendente ad aumentare nell'età avanzata, fino a colpire quasi il 20% dei soggetti con più di 65 anni. La mortalità per BPCO è in forte crescita, collocandosi oggi nel nostro Paese al 4° posto tra tutte le cause di morte, ma si prevede che nel giro di circa 15 anni essa arriverà al 3° posto. Questo dato spicca particolarmente se si considera che la mortalità per altre importanti condizioni, quali le malattie cardiovascolari ed i tumori, denota all'opposto segni di deciso rallentamento.

IL PRIMO PASSO: FORMULARE UN SOSPETTO

I dati forniti dal database della Medicina Generale, *Health Search* (2003), mostrano una prevalenza di diagnosi del 2,2% nel campione di popolazione osservata, un dato pari a quasi alla metà rispetto a quello atteso dalla letteratura. È possibile che esista la tendenza da parte del Medico di Medicina Generale a registrare prevalentemente i pazienti con malattia in fase sintomatica, ma proprio per questo quindi già piuttosto evoluta. Com'è noto, non tutti i soggetti fumatori sviluppano col tempo una BPCO, ma i fumatori, rispetto al resto della popolazione, si ammalano in percentuali estremamente più pesanti (Tab. I). Le linee guida GOLD attribuiscono lo stadio 0 della malattia, quello del paziente "a rischio", ai soggetti che non hanno alterazioni spirometriche, ma che presentano tosse e catarro cronici. Si tratta in genere di pazienti ultra quarantenni, fumatori o ex forti fumatori, spesso abituati ormai a convivere con sintomi che spesso l'opinione comune tende a considerare "normali" nei fumatori abituali.

Ma se questa è l'opinione dei non addetti ai lavori, i soggetti a rischio non dovrebbero sfuggire all'attenzione del Medico di Medicina Generale, non tanto perché a questo stadio vi siano sostanziali opportunità di intervento farmacologico, ma perché comunque l'assenza di

TAB. I
Prevalenza di BPCO nei fumatori

Circa il 20% dei fumatori sviluppa una BPCO

Circa il 30% dei fumatori (> 10 pack-year) con più di 40 anni presenta una limitazione al flusso aereo

ostruzione va dimostrata – e perciò l'esame spirometrico va eseguito – e soprattutto perché va messo in atto quell'intervento per la disassuefazione dal fumo, che costituisce – questo sì – un atto terapeutico decisivo. Va ricordato un altro aspetto importante: non sempre esiste diretta correlazione tra la presenza di ostruzione bronchiale cronica e la presenza di una sintomatologia patognomonica, infatti lo Stadio 1-GOLD comprende i soggetti con VEMS/CV < 70%; VEMS \geq 80% del teorico, con o senza sintomi (tosse e catarro) cronici. Vi sono pertanto soggetti sicuramente ostruiti, ma del tutto privi di sintomi: pertanto, ancora una volta, la puntuale e capillare raccolta del semplice dato anamnestico diviene uno strumento importante nelle mani del Medico di famiglia, per far emergere l'ampia popolazione dei soggetti a rischio di BPCO. Giova ricordare, che nessun altro operatore della sanità gode di un osservatorio privilegiato sulla popolazione, paragonabile a quello del Medico di Medicina Generale: l'attenzione ai fenomeni e la loro sistematica registrazione in archivi elettronici, rappresenta la precondizione per interagire in maniera proattiva con la popolazione assistita.

Sarebbe un errore, tuttavia, ritenere che un intervento in sé semplice, possa con altrettanta semplicità essere realizzato nella realtà quotidiana della Medicina Generale. Quando dal singolo "signor Rossi", allargando il nostro osservatorio, passiamo a considerare la popolazione nel suo complesso, ci troviamo al cospetto di una percentuale di fumatori pari al 26% circa. Orbene se un Medico di Medicina Generale con 1.500 pazienti volesse dare ad ognuno di questi suoi assistiti un messaggio minimo standardizzato per la cessazione del fumo (*minimal advice* = 3 min), egli dovrebbe dedicarsi a questo esclusivo lavoro per il tempo corrispondente ad una settimana media del suo lavoro di studio (Tab. II). Difficile a farsi? Oppure possibile in presenza di alcuni pre-requisiti organizzativi?

È molto verosimile che la fascia di pazienti compresa tra lo stadio 0 delle GOLD (a rischio) e lo stadio 1 (pazienti con sintomi ma ancora senza ostruzione dimostrabile) sia quella che più sfugge alla diagnosi. Negli stadi successivi, quando la sintomatologia diviene via via più presente, è molto più probabile che la BPCO affiori e giunga alla percezione del medico. Sono in molti casi le esacerbazioni della malattia a favorire l'incontro tra medico e paziente ed è fondamentale, in tali circostan-

TAB. II
Tempo necessario per un intervento di *minimal advice* sulla popolazione di fumatori in Medicina Generale

Pazienti MG massimalista	1.500
Popolazione Fumatori	390 (26%)
<i>Minimal Advice</i>	3 min
Tempo da dedicare	20 ore circa, ovvero 5 giorni medi (4 ore) di studio

TAB. III
Esempi di calcolo del rischio per BPCO

Maschio di 45 anni, fumatore, esposizione ambientale e lavorativa	Rischio assoluto a 10 anni di sviluppare BPCO: 29-30%
Maschio di 45 anni, fumatore, esposizione ambientale e lavorativa	Rischio relativo a 10 anni rispetto a coetaneo non fumatore senza esposizione: > 5 volte

ze, che l'approccio del Medico di Medicina Generale non riguardi solo l'episodio in questione, ma si estenda al corretto inquadramento dello stesso nell'ambito della malattia cronica. L'esacerbazione della malattia può essere quindi per il Medico di Medicina Generale un'eccellente occasione per sospettare prima ed effettuare la diagnosi poi, di BPCO.

Recentemente una ricerca coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità ha elaborato le *Carte del Rischio Italiane per la BPCO ed il Tumore del polmone*. Si tratta del primo documento a disposizione di tutti i medici per calcolare due tipi di rischio:

1. il rischio assoluto: ovvero la possibilità di ammalarsi nei prossimi 10 anni di vita;
2. il rischio relativo: ovvero quante volte di più ci si può ammalare rispetto alla popolazione normale (Tab. III).

Alla stregua di analoghi documenti relativi al rischio cardiovascolare, da tempo in circolazione ed utilizzati anche in Medicina Generale, anche questo strumento potrà svolgere una funzione utile per l'inquadramento della malattia e per una più chiara relazione col paziente.

LA CONFERMA DIAGNOSTICA

Nonostante opinioni scientifiche largamente condivise e le raccomandazioni delle linee guida più autorevoli, i dati di *Health Search* (2003) mostrano che le diagnosi di BPCO riportate in cartella dai Medici di Medicina Generale, sono correlate di spirometria in poco più del 30% dei casi e che il risultato dell'esame viene registrato in poco più del 60% dei casi. Questo comportamento potrebbe essere attribuito alla non conoscenza delle corrette procedure cliniche, ma in realtà i dati di uno studio che ha coinvolto su un largo numero di Medici di Medicina Generale (CORDIS-B) mostrano, da un lato che secondo il 63,3% dei medici la spirometria non viene eseguita per difficoltà logistiche e dall'altro che nell'opinione del 40,9% del campione per la diagnosi basterebbe al medico esclusivamente la propria valutazione clinica. È possibile che ci sia del vero in entrambe le affermazioni, non a caso nelle linee guida GOLD è contenuta la seguente affermazione: "*gli operatori sanitari che trattano pazienti con BPCO dovrebbero poter eseguire spirometrie senza difficoltà*" a testimonianza, evidentemente, che appunto le difficoltà esistono. Nella BPCO la variabilità dell'ostruzione è meno accen-

tuata che non nell'asma, pertanto, nella BPCO il parametro funzionale di riferimento è il VEMS (Volume Espiratorio Massimo al Secondo o FEV1) e non il PEF (Picco di Flusso Espiratorio), il primo infatti è un indice più sensibile e meno influenzabile da altri fattori, quali la forza muscolare o la collaborazione del paziente. Lo strumento per la misurazione del PEF sarebbe stato certamente più alla portata del Medico di Medicina Generale, per l'utilizzo nella sua routine quotidiana, l'esecuzione della spirometria rappresenta invece ancora una modalità di non facile acquisizione, soprattutto per i tempi che la metodica richiede. In contesti di Medicina Generale dei più evoluti dal punto di vista organizzativo (medicina di gruppo), la spirometria potrebbe trovare probabilmente migliori possibilità di inserimento.

Malgrado queste considerazioni, resta tuttavia da superare un grosso problema: quello della classificazione di gravità della malattia. Le linee guida GOLD stratificano la malattia in 4 stadi di gravità più uno stadio 0 (a rischio) e ad ogni stadio corrisponde un'indicazione di terapia farmacologica. Se in passato gli unici interventi di dimostrata efficacia, in grado cioè di prolungare la vita dei pazienti con BPCO, erano la cessazione del fumo e l'ossigeno terapia a lungo termine, oggi stanno emergendo dati in favore di un approccio anche di tipo farmacologico in grado di influenzare la storia clinica della malattia e la qualità di vita dei pazienti. Malgrado nessun trattamento farmacologico abbia fino ad oggi dimostrato di poter rimuovere l'ostruzione bronchiale in maniera definitiva né di prolungare la durata della vita di questi pazienti, non esistono motivi per rinunciare ad usare quei farmaci che sicuramente sono in grado di migliorare i sintomi e la tolleranza della malattia da parte del paziente. I broncodilatatori, ad esempio, sono certamente in grado di migliorare la dispnea in questi pazienti e secondo alcuni studi, anche la qualità della vita. Nell'ambito di questi farmaci la molecola più recentemente introdotta sul mercato è il tiotropio, un antagonista selettivo dei recettori muscarinici. Questo farmaco, che si assume in monosomministrazione e che non pare presentare particolari problemi di tollerabilità,

sembra essere più efficace, nei pazienti con BPCO in fase stabile, di altre molecole quali l'ipratropio bromuro ed i β_2 agonisti a breve ed a lunga durata d'azione.

In conclusione, nonostante la disponibilità di opzioni terapeutiche sicuramente efficaci, è certamente difficile puntare ad una gestione terapeutica di questi pazienti che non sia fondata sui criteri dell'appropriatezza e che prescindano da una ragionevole certezza diagnostica e da un inquadramento per stadio di gravità. La Medicina Generale, chiamata a giocare un ruolo di primo piano nei confronti di queste patologie, deve possedere gli strumenti culturali ed operativi per affrontarle in modo efficace, garantendo il diritto basilare dei pazienti: quello di ricevere il miglior trattamento oggi possibile per questa malattia.

Bibliografia

- 1 Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS; GOLD Scientific Committee. *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163:1256-76.
- 2 Fabbri LM, Hurd SS, for the GOLD Scientific Committee. *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD: 2003 update*. *Eur Respir J* 2003;22:1-2.
- 3 Caramori G, Bettoncelli G, Carone M, Tosatto R, Di Blasi P, De Marco R, et al. *Degree of control of physician-diagnosed asthma and COPD in Italy*. *Monaldi Archives* (In press).
- 4 Invernizzi G, Nardini S, Bettoncelli G, Codifava A, Corti F, Fossati R, et al. *L'intervento del Medico di Medicina Generale nel controllo del fumo: raccomandazioni per un approccio ottimale al paziente fumatore*. *Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio* 2002;17:55-70.
- 5 US public health service clinical practice guideline. *Treating tobacco use and dependence*. *Respir Care* 2000;45:1200-62.
- 6 Celli BR, MacNee W; ATS/ERS Task Force. *Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper*. *Eur Respir J* 2004;23:932-46.
- 7 Sito Internazionale Linee Guida GOLD: www.goldcopd.org
- 8 Sito Italiano Linee Guida GOLD: www.goldcopd.it
- 9 Sito European Respiratory Society (ERS): <http://www.ersnet.org/ers/>
- 10 Istituto Superiore Sanità: Osservatorio Fumo Alcool Droga Ossfad: <http://www.iss.it/sitp/ofad/>