

BPCO a 270°

Nel novembre 2009 ha preso corpo un progetto della nostra medicina di gruppo per la medicina di famiglia per l'approccio alla diagnosi di BPCO nei pazienti di età compresa tra 35 e 65 anni, a rischio per esposizione tabagica, denominato BPCO a 270°. Il nome voleva indicare la volontà di riappropriarsi della gestione del malato di BPCO per la parte di nostra competenza ristabilendo un giusto rapporto di collaborazione con gli specialisti.

Con il patrocinio di AIPO ricerche, il progetto è stato realizzato dal team della medicina di gruppo "Ambulatorio San Luca s.r.l." di Villanuova sul Clisi in provincia di Brescia. Il gruppo era (ed è) costituito da 8 medici di famiglia, una infermiera professionale, 3 segretarie e 2 specializzandi in medicina di famiglia che, avvicinandosi nei 12 mesi di lavoro, hanno collaborato al progetto dal 1 novembre 2010 al 31 ottobre 2011.

Partendo dalle premesse, note a tutti, circa le criticità evidenziate (Tab. I) nell'approccio alla diagnosi della BPCO, abbiamo cercato di proporre un modello adatto al setting della medicina generale, con strumenti facilmente reperibili, di pronto e rapido utilizzo e di basso costo (Tab. II).

Il progetto si proponeva di raggiungere i seguenti obiettivi:

- raccogliere il dato fumo in tutti i pazienti afferenti all'ambulatorio nell'ambito di un intervento opportunistico;
- selezionare in base al dato anamnestico la popolazione a rischio;

- individuare in questo gruppo mediante un pratico test di screening una sottopopolazione di pazienti ad alta probabilità di danno tabagico da sottoporre a esame spirometrico per diagnosi di BPCO;
- elargire a tutti i pazienti fumatori un minimal advice;
- intercettare i pazienti BPCO dei primi stadi mediante diagnosi spirometrica;
- implementare un modello di collaborazione con gli specialisti secondo il PDT per la BPCO rilasciato dall'ASL di Brescia.

Il Progetto

Il progetto era basato su interventi da effettuarsi in regime di medicina opportunistica durante la normale attività lavorativa. La Figura 1 mostra il disegno del progetto.

Il progetto è iniziato nell'aprile del 2010 con la fase preparatoria, con incontri tra pari su temi di audit e, successivamente, in collaborazione con il servizio di pneumologia dell'Ospedale locale, con gli specialisti su temi di aggiornamento specifico.

I dati iniziali del gruppo (Fig. 2) mostravano una prevalenza di BPCO del 5,1% (media 3,94) con notevole variabilità nel gruppo anche quando si confronta la prevalenza con la presenza del dato spirometrico a conferma della diagnosi (Fig. 3). Da notare il dato di un Collega con abnorme prevalenza associata al valore più basso di conferma spirometrica, emblematico di certe situazio-

TABELLA I.

Le criticità note.

• Dato fumo incompletamente indagato
• Diagnosi tardiva e negli stadi più avanzati e sintomatici
• Prevalenza bassa negli stadi iniziali
• Imprecisione nella stadiazione e nella classificazione per carenze metodologiche diagnostiche
• La maggior parte dei pazienti hanno diagnosi senza esame spirometrico
• Incompletezza e inaffidabilità dei dati diagnostici essenziali (spiro senza FEV1)
• Terapia spesso sproporzionata alla gravità della malattia o non commisurabile alla stessa
• Scarsa compliance alla terapia continuativa

TABELLA II.

Gli strumenti.

• L'audit
• L'anamnesi
• Lo "screening"
• Il minimal advice
• La collaborazione

FIGURA 1.
Disegno dello studio.

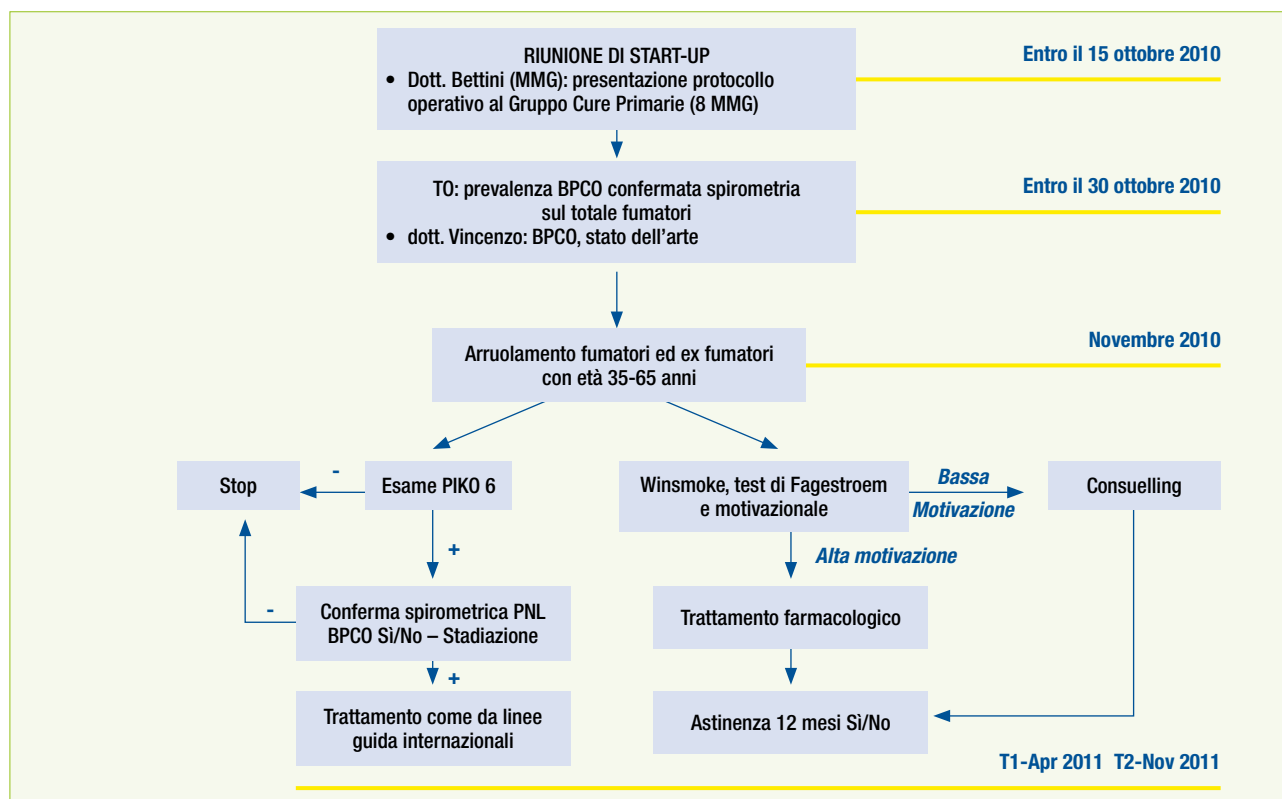
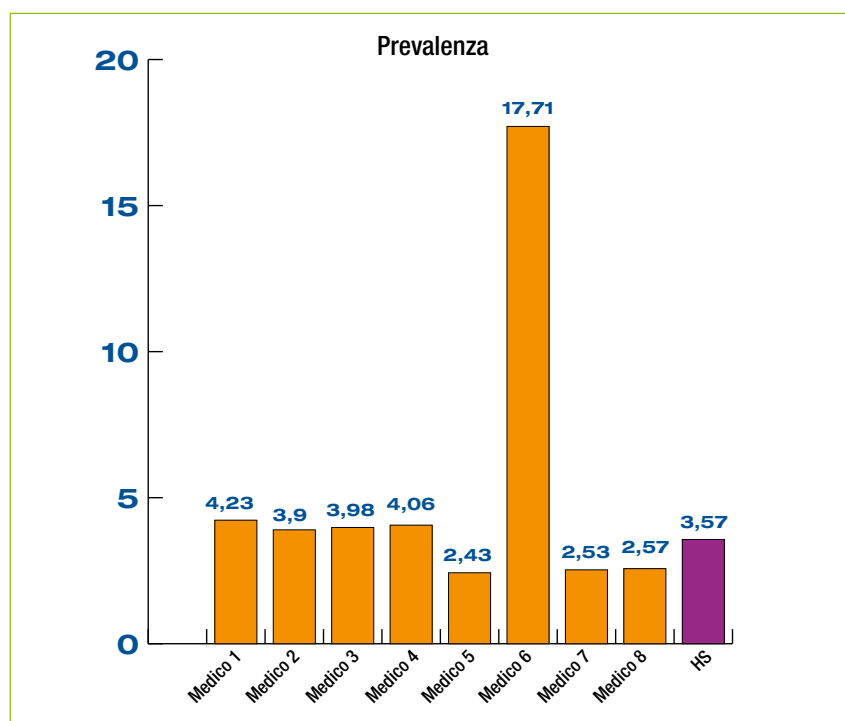


FIGURA 2.
Ambulatorio San Luca.



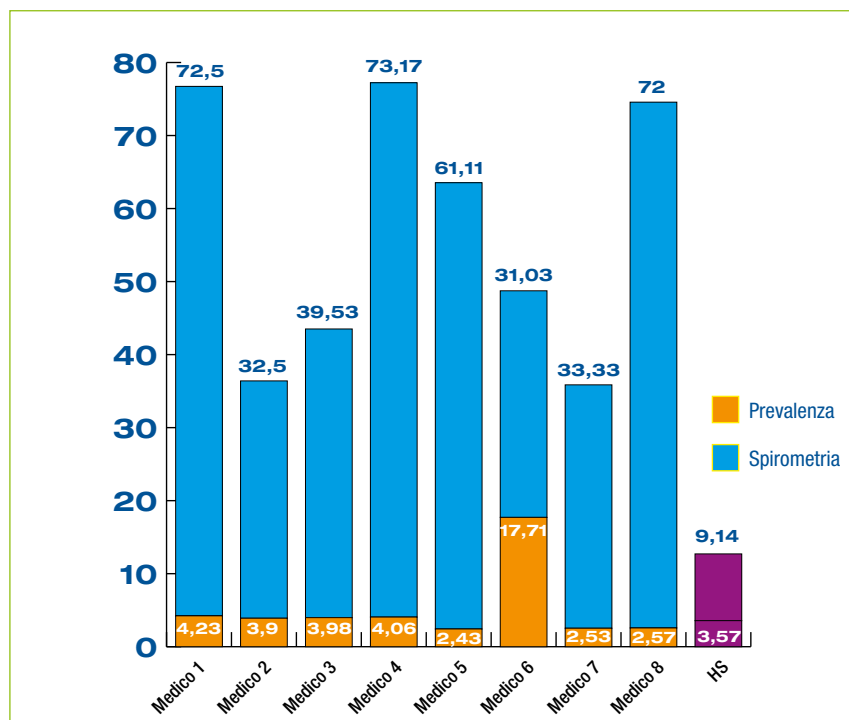
ni note in medicina generale in cui prevale la diagnosi clinica su quella spirometrica. L'osservazione dei dati nei 2 anni precedenti evidenzia come l'esame spirometrico (la rilevazione è riferita a tutte le spirometrie registrate ed eseguite per malattie ostruttive o per altri motivi come tutela della salute nei luoghi di lavoro) sia utilizzato marginalmente con una media di poco più di una spirometria per medico al mese (103 e 119 nei 2 anni precedenti lo studio).

Il progetto prevedeva che tutti i pazienti, di età compresa tra 35 e 65 anni che fossero afferiti all'ambulatorio per qualunque causa, dovessero essere indagati circa l'abitudine tabagica. Un "warning" inserito nella cartella ricordava al medico che quel paziente era arruolabile nel progetto.

I casi possibili erano 4:

1. paziente che non ha mai fumato. Si cancellava l'avviso e si registrava il dato fumo. In questo caso l'iter finiva qui;
2. paziente ex fumatore: se non già fatto, si inseriva il problema "Anamnesi personale uso tabacco" con la data di

FIGURA 3.
Prevalenza/% spirometrie.



inizio, quindi si valutava il consumo tabagico pregresso inteso come pack-year (n. sigarette medio x n. anni di fumo/20). Cut off posto a 10 Py. Nel caso fosse superiore a 10 si proponeva l'esecuzione di test di screening "PIKO 6". Il valore di questo determinava il successivo iter, come vedremo poi;

3. paziente fumatore: inserimento del problema "Anamnesi personale uso tabacco" secondo quanto già detto, counseling breve e test di Fagestroem/Mondor a discrezione del medico nei casi idonei, valutazione consumo tabagico in pack/year ed esecuzione del test di screening "Piko 6". Se il valore era inferiore a 70 (come per il Tiffeneau nella BPCO) si richiedeva spirometria con eventuale test di broncodilatazione per sospetta BPCO. Se il valore era superiore a 80 non si dava indicazione ad esame spirometrico. Nel caso di risultato tra 70 e 79, si lasciava alla valutazione clinica del medico curante la opportunità di esecuzione di spirometria secondo i criteri codificati. In ogni caso il giudizio clinico del curante poteva condurre alla

necessità di approfondimento spirometrico a prescindere dal risultato del test di screening;

4. paziente noto per precedente diagnosi di BPCO o Asma: valutazione clinica e anamnestica della necessità di valutazione spirometrica.

Risultati

Le Tabelle III e IV illustrano alcuni dati iniziali del nostro lavoro. I pazienti da esaminare rappresentavano circa il 50% del totale (6.144 su 12.275). Alla fine dell'anno sono stati valutati 3.751 pazienti, cioè il 61,5% (mediana 65,9) con una grossa variabilità nelle performance dei membri del gruppo. I fumatori attivi erano 724, cioè il 19,3% (la DOXA nel 2010 aveva calcolato la prevalenza dei fumatori al 21,7% in Italia) mentre i fumatori che avevano superato il cut off dei 10 pack year erano 657, il 17,5%. Abbiamo eseguito e registrato 657 esami con "Piko 6". Un quarto circa di questi avevano un valore borderline (tra 70 e 79) e 1 su 10 circa, francamente patologico. Sulla base di questi dati abbiamo richiesto 206 spirome-

TABELLA III.
Progetto BPCO 270° - Dati iniziali.

Pazienti totali	12.275
Età 35-65	6.144 (50,05%)
Spirometrie eseguite periodo 2008-09	103
Spirometrie eseguite periodo 2009-10	119
Tempo d'attesa	20 giorni
Pazienti con diagnosi BPCO	624 (5,08%)

TABELLA IV.
Progetto BPCO 270° - I risultati.

Pazienti da esaminare	6.144
Pazienti valutati abitudine tabagica	3.751
Percentuale sul totale	61,5% (88,7% - 26,3% - Mediana 65,9)
Fumatori attivi	724 (19,3%)
Fumatori > 10 PY	657 (17,51%)

trie, cioè poco meno di un terzo dei pazienti che avevano mostrato un consumo tabagico oltre i valori limite dei 10 P.Y. (Tab. V). Come si vede dalla Tabella VI le spirometrie effettivamente eseguite sono state 164; cioè ben 42 esami, 1 su 4, prescritti dal medico non sono stati eseguiti dal pazien-

TABELLA V.
Progetto BPCO 270° - I risultati.

Pazienti da esaminare	6.144
Pazienti valutati	3.751 - 61%
Fumatori	724 - 19,3%
Pazienti > 10 PY = piko eseguiti	657
Piko borderline 70/79	170 - 25,9
Piko > 70	72 - 10,9
Spirometrie richieste	206 - 31%

TABELLA VI.

Progetto BPCO 270° - I risultati.

Pazienti totali	6.144
Pazienti valutati	3.751 - 61%
Fumatori	724 - 19,3%
Pazienti > 10 PY = piko eseguiti	657
Piko border line 70/79	170 - 25,9
Piko > 70	72 - 10,9
Spirometrie realmente eseguite	164 - 25%
Minimal advice registrato	412
Spirometrie non eseguite	42

te. Ricordiamo che la fascia dei pazienti era sotto i 65 anni e che la BPCO è l'unica importante malattia cronica priva di esenzione e che il costo di una spirometria va da una trentina di euro (spirometria semplice) a circa un centinaio di euro (spirometria globale con test di broncodilatazione).

Il minimal advice è stato elargito e registrato in 412 pazienti. Come sempre accade, una buona parte di noi ha effettuato, in alcuni casi, il minimal advice senza registrarlo ...

Il lavoro ha prodotto questi risultati in termini di nuove diagnosi (Tabb. VII, VIII): le nuove diagnosi hanno interessato quasi esclusivamente (88%) il primo stadio della BPCO, come ci si aspettava trattandosi di pazienti asintomatici o paucisintomatici. I 2 pazienti al 3° stadio erano asmatici riclassificati in BPCO probabilmente per evoluzione del quadro clinico.

Alla fine dell'anno di lavoro i dati complessivi

TABELLA VII.

Le nuove diagnosi.

Pazienti > 10 pack/year 657	↓
Piko anormale 242	↓
Spirometrie eseguite 164	↓
Spirometrie patologiche 52	↓

TABELLA VIII.

Progetto BPCO 270° - I risultati.

Nuove diagnosi – stadiazione	
• Stadio 1°	46 (88,3%)
• Stadio 2°	4 (7,8%)
• Stadio 3°	2 (3,9%)
• Stadio 4°	0

TABELLA IX.

Progetto BPCO 270° - Riepilogo.

• 689 pazienti con diagnosi di BPCO (vs. 624; +65)
• 5,63% prevalenza finale (vs. 5,08; +0,55)
• 88,7% con dato fumo registrati (vs. 71,5%)
• 32,5% dei BPCO sono fumatori (vs. 27,2%)
• 42% hanno una spirometria prescritta (vs. 29,6%)
• 32,8% con FEV1 registrato (vs. 17,1%) (cioè oltre il 75% delle spirometrie hanno il FEV1 registrato!)
• 55,51 età media alla diagnosi

TABELLA X.

BPCO 270° - Fumo

	Pz tot	% valut	% fumat	Piko	Piko bord	Piko patol	Spiro	Con
MMG 1	777	88,7% 689	21,2% 146	148	43	10	32	122
MMG 2	772	64,4% 487	21,2% 113	46	6	12	23	6
MMG 3	802	26,3% 39	18,5%	24	6	6	14	1
MMG 4	766	67,4 516	17,4 90	79	6	6	13	95
MMG 5	673	73,6% 495	10,9% 54	83	13	11	35	55
MMG 6	745	50,1% 373	25,2% 94	85	13	1	32	43
MMG 7	827	39,5% 327	15,9% 62	9	2	4	10	11
MMG 8	782	82,2% 643	19,6% 126	183	81	22	55	79

vi dimostrano (Tab. IX) un significativo incremento delle nuove diagnosi di BPCO (+65 contando anche altre diagnosi nei pazienti over 65 anni) con buona efficienza nella registrazione del dato fumo (88,7% contro il 71,5% iniziale), con diagnosi spirometrica quasi raddoppiata e il dato registrato di Fev1 (stadiazione possibile!) nel 75% dei casi. Altro dato importante è l'età media alla diagnosi nei pazienti dello studio: 55,51 anni.

Il BMI è stato registrato nel 76% dei pazienti BPCO. Il lavoro è stato effettuato dagli otto medici con percentuali di efficienza assai diverse, legate a fattori di diversa origine, che vanno da una differente adesione al progetto, da differente efficacia personale sino a problemi personali incidentali che hanno influenzato la partecipazione. Nella Tabella X potete vedere il quadro riassuntivo relativo al lavoro dei medici.

Questa variabilità era forse legata a una inconciliabilità o impraticabilità, almeno secondo alcuni, di questo lavoro con la pratica clinica quotidiana? Lo abbiamo chiesto ai medici e la Figura 4 evidenzia come quasi tutti, ma non tutti, i Colleghi abbiano giudicato che il carico lavorativo aggiuntivo sia compatibile con il pur pesante carico lavorativo quotidiano del medico di famiglia.

Cosa ha prodotto, ed è rimasto, di questo

FIGURA 4.
Questionario.

L'impegno richiesto è compatibile con il lavoro routin.?	
• Sì	7
• No	1
L'entità dell'impegno è comunque stato:	
• Poco impegnativo	3
• Impegnativo	5
• Molto impegnativo	0

lavoro, come traccia di modificazione permanente o persistente, mutuando i termini applicati per la fibrillazione atriale, nella pratica quotidiana dei medici che vi hanno partecipato? Il dato soggettivo è illustrato nella Figura 5 dove si vede come questa esperienza abbia indotto un cambiamento rispetto agli atteggiamenti iniziali della quasi totalità dei Colleghi nei confronti del problema fumo e della totalità nei confronti dell'approccio alla BPCO. Mentre la Tabella XI propone un significativo confronto dei dati raggiunti con realtà professionali significative a livello locale (Governo Clinico Asl Brescia) e a livello nazionale (Health Search).

Ma il dato soggettivo non basta e quindi siamo andati a vedere cosa è cambiato dal punto di vista pratico nel comportamento dei medici nell'anno successivo al termine del progetto in assenza di input alla prosecuzione di attività che non fossero l'autoconvincimento della pratica utilità delle stesse.

Le spirometrie eseguite nel periodo succes-

FIGURA 5.
Questionario.

L'approccio al problema fumo è:	
• Immodificato	1
• Poco modificato	3
• Molto modificato	3
L'approccio al problema BPCO è:	
• Immodificato	0
• Poco modificato	1
• Molto modificato	6

TABELLA XI.
Dati BPCO 2011.

	Prevalenza	Registrazione fumo	Spirometria	Spirometria con dato
Governo clinico ASL 2011	3,2	69,4	35,6	42,3
Health Search 2012	3,57	79,5	61	-
S. Luca	5,63	97,2	72,4	75,2

sivo (01/11/2011-31/10/2012) sono state 280 e gli esami piko 6 eseguiti, 100. Se confrontiamo il dato spirometrico con quello prima dell'intervento (Tab. III), si può ben vedere come la richiesta sia incrementata di oltre il 150% e per quanto riguarda il test di screening vi sia stato un utilizzo pratico al di là della necessità legata al progetto.

L'ultimo dato significativo di questo lavoro, illustrato nella Figura 6, riguardante l'intervento sul fumo mostra come, a distanza di oltre un anno, la metà dei pazienti con nuova diagnosi (BPCO stadio 1°) persista nella cessazione dell'abitudine tabagica. Tale dato non può non essere significativamente legato alla persistenza nel tempo del rapporto medico-paziente che lega spesso per decenni il paziente al proprio medico e ne impronta il rapporto, rendendone significativamente più efficaci gli interventi reiterati nel tempo.

Conclusioni

Il lavoro che abbiamo concluso temporalmente il 30 ottobre 2011 in realtà prosegue e, nell'esperienza quotidiana, continua ad essere implementato e corretto. In via di realizzazione, con la partecipazione dei nuovi giovani medici specializzandi, la ricerca nella fascia 65-70 che ci pare quella in cui si possa programmare un intervento

preventivo sui pazienti senza diagnosi ma con abitudine tabagica corrente o pregressa significativa. Il "BPCO a 270°" a nostro avviso dimostra che le principali criticità riscontrate nell'approccio alla diagnosi della BPCO siano risolvibili nell'ambito della Medicina di Famiglia con interventi di medicina opportunistica a costi assai contenuti. La nostra esperienza, non si tratta di uno studio con i sacri crismi scientifici, necessità di conferme e di studi costruiti ad hoc per eliminare bias ma per ora sembra concretamente evidenziare le immense potenzialità della medicina generale nella capacità di dare risposta a problemi concreti, purché ci si creda.

"Tutti sanno che una cosa è impossibile da realizzare, finché arriva uno sprovveduto che non lo sa e la inventa"

Einstein

Ringraziamenti

Un particolare ringraziamento a chi ha sostenuto attivamente la realizzazione del progetto: AIPO ricerche e G. Parlato.

Un ringraziamento per l'aiuto concreto ai medici specializzandi: A. Avanzi, C. Provaroni.

Infine un grazie allo staff dello studio per la preziosa collaborazione: la nostra I.P. M. Tiboni e lo staff di segreteria coordinato da L. Arbini: C. Cocca e M. Baccinelli.

FIGURA 6.
Problema fumo.

Interventi sui nuovi pz BPCO	Interventi di smoke cessation
Metà dei pazienti di nuova diagnosi hanno cessato il fumo di sigaretta a distanza di 1 anno dalla fine del progetto strutturato (dati personali)	412 consigli 65 pz eleggibili a terapia farmacologica