

Gestione clinica integrata della BPCO

Il nuovo documento "Gestione clinica integrata della BPCO" disegna un modello di gestione della BPCO basato su un percorso integrato che coinvolge tutte le figure professionali impegnate nel processo di presa in carico dei pazienti, dalla diagnosi al trattamento. L'interdisciplinarietà del documento si traduce in uno strumento di lavoro per il Mmg, con la finalità di rendere omogenei i comportamenti riguardo all'appropriatezza clinica e operativa

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rappresenta oggi la quarta causa di morte in Italia con più di 2.5 milioni di persone affette e un costo sociale di circa 2.100 euro/anno/paziente.

Questo complesso scenario ha contribuito a favorire la creazione di alleanze tra tutti gli attori coinvolti nella cura della BPCO, che hanno permesso di realizzare un documento per la gestione clinica integrata della patologia, frutto della collaborazione tra specialisti, Mmg, società scientifiche e mondo accademico. Oltre alle società scientifiche hanno partecipato attivamente anche il Ministero della Salute e Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali). Il progetto (reso possibile dal contributo non condizionante di Boehringer Ingelheim), è stato elaborato con il comune obiettivo di potere disporre di uno strumento operativo basato su un modello terapeutico integrato, per una diagnosi precoce e una cura adeguata. L'interdisciplinarietà del documento si traduce in uno strumento di lavoro quotidiano per il medico di medicina generale, con la finalità di rendere omogenei i comportamenti riguardo all'appropriatezza clinica e operativa. Di seguito pubblichiamo la sintesi del documento.

1. Definizione e diagnosi

- La BPCO è una condizione patologica dell'apparato respiratorio caratterizzata da ostruzione al flusso aereo, cui contribuiscono alterazioni bronchiali (bronchite cronica) e del parenchima polmonare (enfisema). La malattia è associata all'inalazione di sostanze nocive, soprattutto fumo di

Società scientifiche che hanno partecipato alla realizzazione del documento:

AIMAR (Associazione Scientifica Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie), AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri), SIMER (Società Italiana di Medicina Respiratoria), SIMG (Società Italiana di Medicina Generale).

tabacco, e si manifesta con tosse e catarro cronici e/o dispnea, inizialmente da sforzo e successivamente anche a riposo. Può indurre effetti sistemici ed essere associata a comorbidità.

- La diagnosi si basa sulla presenza di sintomi respiratori e/o esposizione a fattori di rischio e sulla dimostrazione dell'ostruzione mediante spirometria. La spirometria non deve essere l'unico criterio su cui basare la diagnosi e decidere la terapia più appropriata.

La sintomatologia riferita dalla persona con BPCO e la sua qualità di vita, che il medico riporterà allo stile di vita proprio dell'assistito, costituiranno un punto di riferimento diagnostico unitamente ai dati della fisiopatologia respiratoria.

2. Gestione integrata ospedale-territorio della BPCO stabile

La condizione patologica è definita dalla GARD come una "malattia prevenibile e curabile". L'integrazione fra medico di medicina generale, pneumologo e altri specialisti, di volta in volta competenti, assicura una migliore gestione della persona con BPCO, allorché sono ben definiti gli obiettivi che ciascun medico deve perseguire nell'ambito di un percorso diagnostico e terapeutico condiviso e costruito in modo appropriato per i differenti livelli di gravità della malattia.

3. Terapia

> Terapia farmacologica

La BPCO è una condizione patologica cronica che evolve verso stadi di maggiore gravità se non si eliminano i principali fattori di rischio e non si instaura una terapia adeguata e protratta nel tempo, di tipo farmacologico e non, diversificata a seconda dello stadio di gravità della malattia (figura 1).

Il provvedimento prioritario che si deve adottare nella BPCO è la cessazione dell'abitudine al fumo di tabacco nei fumatori.

L'approccio farmacologico è rappresentato dai farmaci broncodilatatori a lunga durata di azione.

In pazienti con FEV1 <60% del valore predetto e che abbiano storia clinica di documentata iperreattività bronchiale o asma, oppure storia clinica di frequenti riacutizzazioni (>3 negli ultimi tre anni), va considerata l'aggiunta di steroide inalatorio alla terapia con broncodilatatori a lunga durata d'azione.

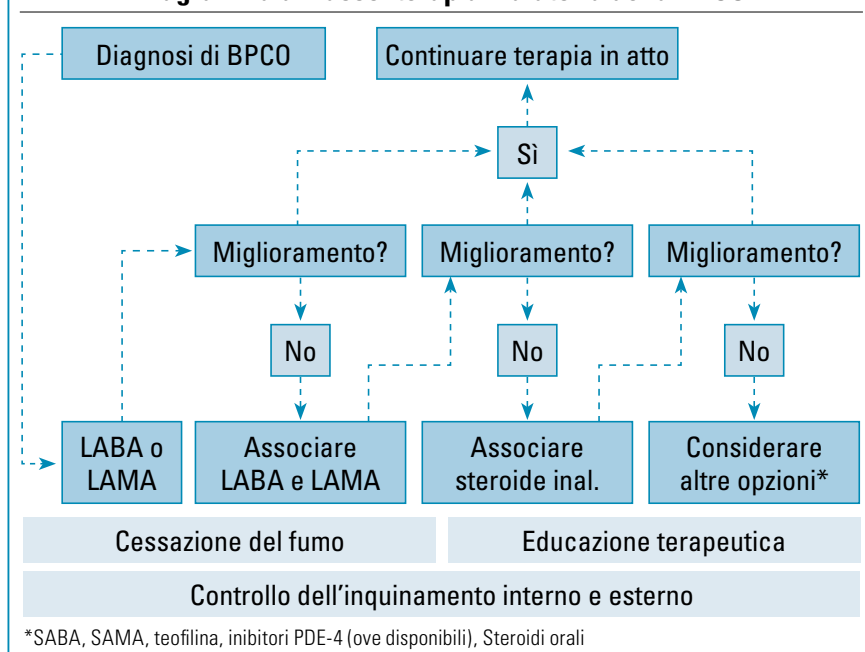
La vaccinazione antinfluenzale si è dimostrata molto utile nei pazienti con BPCO; meno evidente è il beneficio della vaccinazione antipneumococcica con vaccino polisaccaridico.

> Terapia non farmacologica

Vi è indicazione all'ossigenoterapia continua a lungo termine nei pazienti che in fase stabile, a riposo e con il miglior trattamento possibile, in esami emogasometrici ripetuti nel tempo (a distanza di almeno quindici giorni l'uno dall'altro), presentano:

- PaO2 ≤55 mmHg (SO2 <88%);
- PaO2 compresa fra 56 e 59 mmHg (SO2 <89%);
- in presenza di ipertensione arteriosa polmonare, cuore polmonare,

Figura 1

Diagramma di flusso: terapia inalatoria della BPCO

edemi declivi, ematocrito >55%.

Le persone con BPCO che presentino frequenti riacutizzazioni e necessitino di ripetuti ricoveri ospedalieri, o mostrino una chiara tendenza all'ipercapnia, possono beneficiare di un trattamento ventilatorio cronico non invasivo, dopo opportuna valutazione specialistica.

➤ Riabilitazione

È rivolta ai pazienti affetti da malattie respiratorie croniche che sono sintomatici e spesso limitati nelle attività della vita quotidiana, in tutti gli stadi di gravità. Va integrata nel trattamento individuale del paziente poiché migliora la dispnea, la tolleranza allo sforzo e la qualità della vita. Un'attenta selezione del paziente è importante per l'individualizzazione del programma ed è fondamentale per la riuscita del programma stesso.

4. Riacutizzazioni

La riacutizzazione è una modificazione acuta dei sintomi abituali della BPCO (dispnea, tosse ed espettorazione), che va al di là della abituale variabilità giornaliera e che richiede un adeguamento terapeutico. Il primo fondamentale compito del medico di medicina generale è la

differenziazione diagnostica tra la riacutizzazione della malattia e l'aggravamento dei sintomi della stessa.

➤ Terapia

La terapia farmacologica della riacutizzazione, curabile a domicilio, prevede la somministrazione degli stessi farmaci utilizzati per la fase stabile della condizione patologica, modificando i dosaggi, la frequenza delle dosi ed

eventualmente la via di somministrazione ed aggiungendo, se necessario, altri farmaci (antibiotici o steroidi sistemici). Il primo provvedimento da instaurare nella terapia domiciliare è l'aggiunta di broncodilatatori ad azione rapida/breve. Per i pazienti che, a causa della gravità della BPCO e/o della riacutizzazione, non rispondono prontamente al trattamento domiciliare, va considerato il ricovero ospedaliero

5. Gestione ospedale-territorio della BPCO grave

Le persone con BPCO "grave" e "molto grave", in occasione di riacutizzazioni, devono, a seconda della gravità dell'insufficienza respiratoria acuta sviluppata, essere trattati in ambito pneumologico. È auspicabile che la dimissione del paziente venga sempre concordata preliminarmente con il medico curante. È necessario realizzare sul territorio un sistema di cure integrate, con possibilità di erogare cure adeguate anche al di fuori dell'ospedale per acuti e dei reparti di riabilitazione post-acuta.

Modello 4Q

Nell'approccio pratico del Mmg al paziente con BPCO l'applicazione delle evidenze scientifiche può risultare più facile, se rapportata alle situazioni di più frequente riscontro mediante il modello 4Q (figura 2).

Figura 2

Analisi processo assistenziale del paziente con BPCO in medicina generale (modello 4Q)

