

Il ruolo del medico di medicina generale nell'applicazione del PDTA sulle patologie bronco-ostruttive

Il recente documento della regione Puglia relativo ai percorsi assistenziali delle patologie bronco-ostruttive attribuisce un ruolo rilevante al Medico di Medicina Generale (MMG). Questa figura professionale, infatti, opera in un contesto ideale per poter identificare e valutare i soggetti a rischio ed i soggetti sintomatici con malattia in fase iniziale. Inoltre, grazie ai frequenti contatti diretti o indiretti, è nelle migliori condizioni per seguire il paziente già inquadrato sostenendone l'aderenza ai controlli e alla terapia e verificando periodicamente l'appropriatezza degli interventi. Infine, se inserito in un contesto organizzativo adeguato, il MMG può attuare interventi di medicina di iniziativa che consentano di implementare efficacemente i percorsi di cura.

Diverse esperienze hanno documentato come la gestione della BPCO, anche in Puglia, sia gravata da una sotto-diagnosi e da un difetto di appropriatezza degli interventi non trascurabili, circostanze che rendono l'impegno del MMG ancora più indispensabile.

Prevenzione primaria e secondaria

Verificare periodicamente l'abitudine al fumo di tutti gli assistiti e fornire ai fumatori il semplice consiglio di non fumare fa parte delle competenze di base del MMG. Un intervento più strutturato è possibile in funzione delle attitudini del singolo medico, del contesto organizzativo in cui opera, della disponibilità di strutture di secondo livello.

Allo stesso modo rientra nella gestione routinaria di tutti gli assistiti la valutazione dei fattori di rischio non solo in ambito cardiovascolare ma anche nei confronti delle patologie respiratorie, rilevando l'esposizione a fattori inquinanti legati all'ambiente di vita o di lavoro.

Un altro campo di grande interesse per la Medicina Generale (MG) è la valutazione dei soggetti sintomatici per tosse, dispnea, espettorazione persistenti. L'anamnesi, soprattutto se guidata con i questionari sintomatologici, è spesso sufficiente per un inquadramento diagnostico iniziale che conduca, nel caso in cui si sospetti una patologia bronco-ostruttiva, alla necessaria valutazione funzionale.

In questa valutazione iniziale, può essere di grande aiuto la possibilità di eseguire, direttamente nello studio del MMG, una spirometria di base che consenta di escludere o di sospettare un'anomalia ventilatoria la cui ulteriore precisazione diagnostica sarà demandata allo specialista.

***Follow-up* del paziente con diagnosi di BPCO**

Il MMG ha frequentissime occasioni di contatto, diretto o indiretto, con i pazienti affetti da patologie croniche e ciò gli consente di mettere in atto strategie di intervento di tipo opportunistico. Come per le altre patologie croniche, i momenti fondamentali del *follow-up* sono: la valutazione ed il sostegno alla aderenza del paziente ai piani di cura, anche mediante interventi di educazione terapeutica; la verifica della appropriatezza dei controlli periodici e delle terapie farmacologiche; la gestione delle fasi di scompenso/riacutizzazione.

Quest'ultimo punto appare di particolare importanza nella gestione dei pazienti con BPCO alla luce delle più recenti indicazioni delle linee guida che identificano nel paziente "frequente riacutizzatore" un fenotipo ad alto rischio che necessita di un approccio terapeutico di particolare intensità. In presenza di un peggioramento dei sintomi il paziente generalmente si rivolge al MMG il quale, pertanto, ha la possibilità di osservare direttamente e non solo di valutare anamnesticamente le fasi di riacutizzazione della malattia. È importante che il medico di famiglia sia in grado di valutare la severità della riacutizzazione e poi di trattarla in modo appropriato ricorrendo, quando opportuno, allo specialista o al ricovero ospedaliero.

Gestione domiciliare del paziente con BPCO grave

I pazienti con patologia di grado severo e con insufficienza respiratoria cronica subiscono frequenti ricoveri in ospedali per acuti o in strutture riabilitative. Un eccessivo ricorso alle cure ospedaliere può essere evitato da una adeguata gestione domiciliare. Questa è caratterizzata da un approccio multidisciplinare, che comprende necessariamente lo specialista pneumologo e il MMG, e si avvale di una rete assistenziale uniformemente distribuita sul territorio, di strumenti di telemedicina e di tele-assistenza, della disponibilità degli operatori, compreso il MMG, ad erogare cure di tipo palliativo e a farsi carico degli interventi a sostegno dei pazienti nelle ultime fasi della vita.

Utilizzo della cartella clinica informatizzata

Un'accurata registrazione in cartella dei dati clinici è presupposto imprescindibile per la gestione dei pazienti con patologie croniche e per l'*audit* clinico in MG.

Particolarmente importante è la registrazione della diagnosi nella lista dei problemi attivi, distinguendo chiaramente la BPCO dall'asma bronchiale e dalle altre patologie polmonari croniche. Altrettanto importante è la registrazione dei singoli episodi di riacutizzazione, soprattutto quelli di gravità moderata e severa che contribuiscono a definire il fenotipo di frequente riacutizzatore.

L'esito della spirometria va registrato in cartella riportando solo i pochi, semplici parametri (VEMS, CVF, Tiffenau) che consentono di definire il *deficit* ventilatorio ostruttivo e di quantificarne la severità.

Devono, inoltre, essere registrati, la severità della sintomatologia, valutata con i questionari (mMRC o CAT), l'abitudine al fumo, la saturazione di O₂ determinata mediante pulsossimetro, le terapie somministrate, gli interventi educazionali attuati.

***Audit* clinico**

È opportuno che il MMG rivaluti periodicamente la propria pratica professionale al fine di migliorare l'appropriatezza degli interventi. Le

esperienze già svolte, anche in ambito regionale, da gruppi di medici su base volontaristica, hanno dimostrato la possibilità di migliorare significativamente i processi di cura erogati nei confronti dei pazienti con patologia bronco-ostruttiva mediante interventi di *audit e feed-back*.

A giudizio di chi scrive, sarebbe molto utile attuare, su scala regionale e con il pieno coinvolgimento delle istituzioni sanitarie, progetti di miglioramento della qualità dell'assistenza ai pazienti con patologia respiratoria ostruttiva in analogia a quanto già fatto nel campo del diabete mellito, dell'ipertensione arteriosa, dell'insufficienza renale cronica, della sindrome metabolica e del rischio cardiovascolare.

Complessità organizzativa

La gestione territoriale delle patologie croniche rappresenta una sfida per tutti i sistemi sanitari. La necessità di conseguire obiettivi di efficacia, equità e compatibilità economica in un contesto demografico e tecnologico in continua evoluzione rende necessario trasferire quanto più è possibile i processi di cura verso la base della piramide assistenziale e rendere finalmente operativo un sistema organico di cure primarie che si faccia totalmente carico della gestione delle patologie croniche in fase di stabilità. In questa ottica una MG di basso profilo, fondata esclusivamente sull'azione, seppure qualitativamente elevata, di singoli professionisti isolati, appare del tutto inadeguata. È quanto mai attuale il dibattito sulla riorganizzazione della MG e dell'area delle Cure Primarie ma non è questa la sede per svilupparlo. Tuttavia la gestione delle patologie bronco-ostruttive rappresenta un paradigma sul quale è possibile costruire modelli trasferibili ad altre patologie. Tra gli elementi più innovativi si possono citare il MMG con "speciale interesse" in ambito pneumologico e l'infermiere "case-manager".

In un'aggregazione funzionale territoriale o in un'unità complessa di cure primarie può essere molto utile la presenza di medici che, senza la pretesa di sostituirsi allo specialista, acquisiscano maggiori competenze nell'ambito delle patologie respiratorie croniche e siano di supporto agli altri colleghi nella gestione quotidiana dei pazienti.

Ancora più interessante è la figura dell'infermiere delle cure primarie che può farsi carico di molti processi di cura attribuibili alla MG: l'educazione terapeutica, l'esecuzione delle spirometrie di *screening* e di

controllo, il richiamo periodico dei pazienti in *follow-up* e la verifica della stabilità clinica, dell'aderenza alla terapia e del corretto uso dei dispositivi per l'erogazione dei farmaci per via inalatoria.

Sollevato da questi compiti il MMG avrebbe più tempo per la gestione clinica e si realizzerebbero le condizioni per un'effettiva presa in carico del paziente con BPCO. Dall'esperienza e nell'opinione di chi scrive, perché ciò sia possibile, è necessario però che il personale infermieristico sia totalmente integrato nella *équipe* della MG e non sia semplicemente "prestato" da altre strutture per interventi occasionali.

In conclusione la disponibilità di un PDTA aggiornato e condiviso rappresenta un requisito indispensabile per affrontare l'ingente carico assistenziale determinato dalle patologie polmonari croniche. Per far sì che il documento sia realmente implementato e si raggiungano gli obiettivi di salute previsti è però necessario rendere attiva ed efficiente una rete assistenziale territoriale fondata sulla MG.