

## **Patologie croniche in Regione Campania con particolare riferimento alla BPCO: impatto socio-economico**

La BPCO, broncopneumopatia cronica ostruttiva, è una condizione patologica dell'apparato respiratorio che per la sua diffusione sta diventando una patologia di carattere sociale.

Si stima, tra l'altro, che sia per l'invecchiamento della popolazione sia per la diffusione del vizio del fumo, che per l'inquinamento ambientale rappresenterà nel 2020, da sola, la terza causa di morte nel mondo.

Già oggi, le stime di prevalenza della BPCO nella popolazione europea sono di circa il 4-6% degli adulti europei e di circa il 3-5% degli italiani, pari a 2.5-3 milioni di malati. Dati approssimativi per difetto, considerato che le malattie respiratorie e, in particolare, la BPCO, sono spesso sottodiagnosticate e sottostimate e che la loro identificazione corretta avviene in meno del 25% dei casi.

A causa della sottovalutazione dei sintomi (tosse, catarro, dispnea) e della mancata diagnosi, essa è, infatti, spesso diagnosticata soltanto in fase avanzata di malattia e di vita, quando la funzione respiratoria è già significativamente compromessa. In altri casi, la prima diagnosi viene addirittura fatta nel corso di una riacutizzazione che abbia richiesto l'ospedalizzazione.

Pur rifiutando una concezione contabile della gestione della presa in carico e della cura dei pazienti, considerata l'attuale riduzione di risorse destinate alla salute, non si può prescindere da un'analisi dei costi delle patologie respiratorie che - si stima - assorbono il 6% del bilancio sanitario totale dell'Unione Europea. In particolare, il costo medio annuo di un soggetto affetto da BPCO varia per entità a seconda della gravità clinica, ed è evidentemente più basso nelle forme lievi (euro 854), ma cresce progressivamente con l'aumentare delle gravità clinica, fino a subire

una significativa impennata a partire dalle forme di gravità moderata (euro 2310), per poi aumentare ulteriormente nelle forme gravi (euro 3.750) e ancora più in quelle delle forme molto gravi (euro 4.676).

Costi che gravano sul servizio sanitario nazionale a causa di *standard* di diagnosi e cura spesso inadeguati in tutti gli stadi della condizione patologica, dalla fase della prevenzione fino alla gestione a lungo termine delle fasi avanzate della malattia. Gli ultimi dati rilevati relativi al quinquennio 2002-2007 hanno, infatti, evidenziato un esponenziale incremento dei costi, dovuto a mancato controllo clinico, sottovalutazione dei fattori di rischio e dei primi sintomi, con conseguenti inappropriato ricorso alla terapia (sia nella scelta del farmaco che nella durata del trattamento) ed elevata percentuale di ricoveri inappropriati.

Riassumendo, mancata aderenza a linee guida validate; assenza di protocolli diagnostico-terapeutici e ricorso inappropriato al ricovero per riacutizzazioni costituiscono i tre mali da sconfiggere, sia per giungere ad una diagnosi precoce e migliorare la qualità di vita del paziente affetto da BPCO, sia per una deflazione dei costi legati alla gestione della patologia.

Occorre, innanzitutto, lavorare a livello di prevenzione per l'abolizione dei fattori di rischio: in particolare risulta di fondamentale importanza la cessazione dell'abitudine al tabagismo. Mentre per quel che riguarda la terapia farmacologica, deve mirare al controllo dei sintomi (soprattutto della dispnea), alla riduzione della frequenza e della gravità delle riacutizzazioni, al miglioramento della funzione polmonare, della tolleranza allo sforzo e della qualità di vita.

La scelta terapeutica deve, comunque, essere personalizzata a seconda della gravità della patologia, considerata nel suo complesso di sintomi, funzione respiratoria, complicanze, comorbilità e caratteristiche individuali.

Come per ogni altra patologia cronica, occorre ottimizzare un percorso diagnostico di trattamento appropriato che richiede una sempre più proficua collaborazione tra territorio ed ospedale: la migliore gestione della BPCO può essere raggiunta, infatti, con l'integrazione fra specialista pneumologo, medico di medicina generale ed altri specialisti, di volta in volta competenti per un efficientamento degli *standard* di diagnosi e cura che si sono finora rivelati in molti casi inadeguati in tutti gli stadi della condizione patologica, costituendo un problema generale a tutti i livelli di intervento, dalla prevenzione fino alla gestione a lungo termine delle fasi avanzate della malattia.

Infatti, la BPCO, definita dalla *Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases* (GARD) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

come una malattia prevenibile e curabile, impone precise responsabilità agli specialisti, alla medicina del territorio, al programmatore sanitario ed alle società scientifiche. Inoltre, secondo le raccomandazioni della GARD, un sistema sanitario dovrebbe puntare:

- al controllo del tabagismo e degli altri fattori di rischio
- alla diagnostica precoce mediante mezzi semplici ed economici
- alla formazione professionale del personale sanitario
- all'educazione terapeutica dei pazienti per l'autogestione della malattia
- alla messa in rete dei vari soggetti responsabili della salute dei cittadini, in modo da assicurare al paziente un'assistenza integrata.

Un'appropriata gestione della patologia richiama quindi in causa diversi attori, a partire dal MMG, al quale spetta l'identificazione dei casi (*case finding*), come primo livello di interazione con il sistema dei servizi. La diagnosi di BPCO si basa, sostanzialmente, come già accennato, su una storia di fumo di sigarette o di inalazione cronica di polveri, gas o vapori tossici e viene confermata da specifici indici di funzionalità respiratoria. Essa va ipotizzata in tutti i fumatori ed ex-fumatori di età superiore ai 40 anni e/o in pazienti con malattie extrapolmonari legate al fumo. Il MMG deve quindi sapere inquadrare i sintomi respiratori e disporre, ogni volta che lo ritenga necessario, l'esecuzione degli opportuni approfondimenti diagnostici, in particolare della spirometria e della visita specialistica. L'utilizzo, poi, di una cartella clinica elettronica, periodicamente aggiornata, consente al personale sanitario di monitorare l'andamento della malattia del singolo paziente e della popolazione assistita.

La gestione della BPCO stabilizzata è affidata, quindi, all'attività integrata del Medico di Medicina Generale e dello Specialista Pneumologo con specifici obiettivi:

- monitoraggio periodico, clinico e funzionale, della malattia nei vari stadi, da effettuarsi mediante visite di controllo programmate (in media con frequenza semestrale/annuale);
- accertamento nel corso di tali visite della gravità della malattia su base individuale tenendo conto della sintomatologia del paziente, della limitazione del flusso, della frequenza e della gravità delle riacutizzazioni, delle complicanze, dell'insorgere o del grado dell'insufficienza respiratoria, delle comorbilità e del-

lo stato generale di salute, provvedendo ad eventuali adeguamenti terapeutici;

- scelta di trattamenti rispondenti a necessità pratiche del paziente e disponibilità dei farmaci.

Anche il Distretto Sanitario ha compiti ben definiti nel campo della prevenzione e della gestione della terapia domiciliare.

L'adozione di cure domiciliari è, infatti, una scelta obbligata nella gestione a lungo termine delle fasi avanzate della malattia, sia per ridurre i costi sociali che per offrire al paziente la possibilità di continuare a curarsi, con l'aiuto di congiunti o altre persone all'uopo formate (*care givers*), in un ambiente di assistenza familiare quotidiano e confortevole.

Per fortuna, anche le istituzioni sembrano avere preso consapevolezza della diffusione, dei costi e dell'impatto che la patologia ha sulla vita del paziente. Un esempio per tutti è l'interrogazione parlamentare al Ministro della Salute presentata nel corso della XVII Legislatura in Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati per l'inserimento della BPCO nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) erogati dal Servizio sanitario nazionale.

Tra l'altro, si sottolinea che le proposte di aggiornamento del decreto ministeriale n. 329/1999 e successive modifiche che si sono susseguite negli ultimi anni, sia nell'ambito di un complessivo aggiornamento dei LEA (2006-2010), che in esecuzione di quanto previsto dall'articolo 5 del cosiddetto decreto-legge «Balduzzi» (decreto-legge n. 158/2012, convertito in legge n. 189/2012), hanno previsto l'inserimento di patologie croniche di interesse pneumologico, quali la broncopneumopatia cronica ostruttiva e la sarcoidosi, tenuto conto delle richieste formulate dagli Assessorati alla sanità delle Regioni e da Associazioni di malati, Società Scientifiche, Aziende sanitarie e cittadini.

Una questione che è attualmente all'attenzione del Ministero della salute e della Conferenza Stato-Regioni e che troverà - è l'auspicio di tutti gli attori coinvolti nella cura della malattia - una soluzione nell'ambito del prossimo e ormai vicino Patto per la Salute.