

“Pneumo-Boxe” a cura di Donato Lacedonia e Rocco Trisolini

La “office spirometry” in Medicina Generale - PRO

Office spirometry in Primary Care - PRO

Nonostante i dati allarmanti su prevalenza, incidenza, impatto sulla mortalità, nonché esiti invalidanti e costi umani e sanitari indotti, la prevalenza della BPCO nel setting della medicina generale rimane molto inferiore alle attese e le diagnosi riportate, in gran parte, non sono avvalorate da un esame spirometrico¹.

I pazienti con sospetta asma o BPCO devono eseguire una spirometria per avere conferma della diagnosi e fornire al medico informazioni utili a definirne stadio di gravità.

Da ciò deriva la persistenza di un'ampia popolazione di pazienti non diagnosticati, o quanto meno diagnosticati in ritardo, spesso con malattia in già avanzato stadio di gravità. Non si tratta di un problema esclusivamente italiano, anche in UK, dove un terzo dei pazienti BPCO è ad alto rischio (GOLD 2013, categoria C/D) circa un terzo di essi, al momento della prima diagnosi, si trova già in uno stadio evoluto di gravità². La maggior parte dei pazienti BPCO è assistita dal medico generale, a lui quindi spetta farsi carico in buona misura del problema, a partire dalla prevenzione primaria. Come riportato in tutte le linee guida, i pazienti con sospetta asma o BPCO devono eseguire una spirometria per avere conferma della diagnosi e fornire al medico informazioni utili a definirne stadio di gravità e fenotipizzazione, così da poter impostare una terapia razionale. Nei pazienti ad esempio in cui la diagnosi di BPCO è stata posta esclusivamente su dati clinici e non spirometrici si riscontra una percentuale di errore molto elevata, sia come sovra che sottodiagnosi³. La formulazione del sospetto di BPCO a prima vista non comporta grandi difficoltà, essendo basata sulla presenza di sintomi patognomonici e sull'anamnesi di esposizione al fumo e ad altri fattori favorenti. A

quel punto il medico deve prescrivere una spirometria che il paziente eseguirà in un centro dotato di strumentazioni e competenze adeguate, oppure eseguirla lui stesso quando sia in grado di farlo. La scarsa consapevolezza dell'importanza del problema, le lunghe liste d'attesa e il costo dei ticket, sono tra i principali fattori che portano spesso i pazienti a non dar seguito alla prescrizione del medico. È invece molto probabile che il paziente difficilmente si sottrarrebbe all'esame se questo potesse essere effettuato contestualmente nello studio del proprio medico.

Quali sono dunque i fattori che rendono i medici generali poco inclini a dotarsi di uno spirometro e a utilizzarlo regolarmente? Principalmente il timore della difficoltà interpretativa del test (favorito dalla complessità dei referti spirometrici provenienti dai centri specialistici), il costo degli strumenti (e l'impossibilità di ammortamento della spesa), ma soprattutto i tempi di gestione dell'esame in rapporto alla stima della popolazione teorica da esaminare. Il primo problema potrebbe essere superato attraverso l'attuazione di un percorso formativo presso un centro specialistico. A tale proposito andrebbero definiti contenuti e livelli di conoscenze adeguati per l'esecuzione di un test di primo livello nello studio del medico generale. Questo potrebbe essere un compito delle società scientifiche che, a conferma dell'avvenuto percorso formativo, potrebbero rilasciare al discente il relativo attestato. Sarebbe anche auspicabile che nel proprio ambito lavorativo il medico generale creasse e mantenesse un collegamento con lo specialista di riferimento per eventuali necessità di consulenze interpretative sui test eseguiti. La questione del costo degli strumenti potrebbe essere risolta mediante una convenzione con l'istituzione sanitaria che remunererà i test effettuati o, altrimenti, consentendo il pagamento della prestazione direttamente



Germano Bettoncelli

Medico di Medicina Generale
SIMG - Società Italiana di Medicina
Generale



Germano Bettoncelli
Medico di Medicina Generale
SIMG - Società Italiana di Medicina
Generale
via del Pignoncino, 9/11
50142 Firenze
gerbet@alice.it

da parte del paziente. La questione della sottostima diagnostica delle malattie ostruttive respiratorie e in particolare della BPCO, è di tali dimensioni in tutto il mondo da indurre alcuni autori a considerare anche i possibili vantaggi dell'utilizzo in *primary care* di semplici strumenti di misura della funzionalità respiratoria (*pocket spirometry*). In realtà non si tratterebbe di strumenti atti a fare una vera e propria diagnosi, rilevando essi prevalentemente il VEMS, ma di aggiungere un dato al sospetto diagnostico formulato in base all'esposizione al rischio e ai sintomi, così da selezionare meglio i soggetti da inviare poi alla spirometria in un centro specialistico per la definitiva conferma. Con tali procedure, secondo alcuni studi, si otterrebbe tra l'altro una diminuzione dei test spirometrici negativi e quindi una miglior efficienza della diagnostica^{4,5}.

L'impatto del sovraccarico lavorativo indotto dall'esecuzione degli esami spirometrici costituisce il problema di maggior rilevanza.

L'impatto del sovraccarico lavorativo indotto dall'esecuzione degli esami spirometrici su una popolazione di pazienti a così alta prevalenza costituisce certamente il problema di maggior rilevanza. La questione è strettamente connessa al modello organizzativo adottato, o di cui potranno dotarsi, le cure primarie, con particolare riguardo alla presenza o meno di collaboratori, in rapporto alla numerosità dei test da eseguire. La discussione sull'utilità di eseguire screening di popolazione per la diagnosi di patologie respiratorie non è ancora conclusa, ma in prevalenza si ritiene che le risorse necessarie per effettuarla non la giustificano. Il medico di medicina generale può operare effettuando screening opportunistici (*case finding*) basati sulla valutazione dei fattori di rischio per patologie respiratorie nei propri pazienti e la presenza di sintomi compatibili. Questa attività può essere supportata dall'utilizzo di questionari validati e dalle carte del rischio e agevolata da reminders automatici nella sua cartella elettronica. Negli anni l'osservazione costante della popolazione assistita potrebbe fornire dati assimilabili a quelli di uno screening e i costi di questo tipo di intervento potrebbero essere sostenibili.

Secondo quanto previsto dalle leggi nazionali (decreto Balduzzi) e da alcuni piani sanitari regionali (Emilia Romagna, Toscana) i medici di famiglia dovranno costituire forme associative nelle quali o rimanendo nei propri studi saranno collegati in rete (AFT), oppure risiederanno in un'unica sede in cui saranno collocati anche altri servizi (UCCP) sociosanitari. Queste organizzazioni, composte all'incirca da 20-25 medici generali, potranno avere in alcuni casi una gestione istituzionale centralizzata, oppure in altri una delega al medico generale per autogestire budget definiti per patologia. La popolazione afferente a ogni nuova struttura di erogazione delle cure primarie dovrebbe aggirarsi sui 20-30.000 cittadini. Da più parti, in primis in UK, si ritiene

che all'interno di questi modelli organizzativi delle cure primarie potrebbero avere un ruolo medici di medicina generale con particolare preparazione su specifiche aree cliniche (*general practitioner with special interest*), una sorta di figure ponte tra il medico generale e lo specialista. Quelli orientati ad assumere le competenze in area pneumologica potrebbero divenire il punto di riferimento anche per l'esecuzione degli esami spirometrici dei colleghi della loro forma associativa.

È stata considerata la possibilità che figure esperte nell'esecuzione della spirometria possano recarsi presso gli studi di medicina generale per effettuare i test.

È stata anche considerata la possibilità che figure esperte nell'esecuzione della spirometria, provenienti da centri specialistici, possano recarsi presso gli studi di medicina generale per effettuare i test con strumenti portatili. In questo caso il medico generale si occuperebbe della selezione dei pazienti candidabili e provvederebbe alla loro convocazione nel proprio studio o nello studio di riferimento della forma associativa, per eseguire il test. I soggetti con esami patologici di primo accertamento sarebbero poi inviati in un centro attrezzato per una miglior definizione diagnostica e la stadiazione di gravità.

L'effettuazione della spirometria in telemedicina è possibile da alcuni anni.

L'effettuazione della spirometria in telemedicina è possibile da alcuni anni e vi sono studi che ne documentano una buona resa diagnostica^{6,7}.

In questo caso la verifica della corretta esecuzione e l'interpretazione del test è a cura di uno specialista, con il quale il medico generale può anche avere contestualmente un confronto sui dati clinici del paziente. Anche la spirometria in telemedicina naturalmente ha dei costi e richiede tempi di esecuzione che impattano sulla routine lavorativa dei medici generali.

Molte patologie respiratorie non possono essere diagnosticate solo in base ad elementi clinico-anamnestici, ma devono essere asseverate da un esame spirometrico e successivamente inquadrare in base a criteri multidimensionali. Esistono oggi i mezzi per poter promuovere un utilizzo più esteso della spirometria di primo livello nella medicina generale. Vi sono problemi di tipo organizzativo che possono essere risolti con adeguati investimenti (strumentazione, personale) e sulla base di un accordo sulla definizione dei ruoli tra medicina generale e specialistica. Recentemente la realizzazione del documento intersocietario sulla gestione integrata della BPCO va proprio in questa direzione⁸.

Bibliografia

- 1 http://healthsearch.it/documenti/Archivio/Report/VIIIReport_2013-2014/VIII%20Report%20HS.pdf

- 2 Raluy-Callado M, Lambrelli D, MacLachlan S, Khalid JM. *Epidemiology, severity, and treatment of chronic obstructive pulmonary disease in the United Kingdom by GOLD 2013*. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2015;10:925-37.
- 3 Fernández-Villar A, López-Campos JL, Represas C, et al. *Factors associated with inadequate diagnosis of COPD: On-Sint cohort analysis*. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2015;10:961-7.
- 4 Perez-Padilla R, Vollmer WM, Vázquez-García JC, et al; BOLD and PLATINO Study Groups). *Can a normal peak expiratory flow exclude severe chronic obstructive pulmonary disease?* Int J Tuberc Lung Dis 2009;13:387-93.
- 5 Nelson SB, LaVange LM, Nie Y, et al. *Questionnaires and pocket spirometers provide an alternative approach for COPD screening in the general population*. Chest 2012;142:358-66.
- 6 Bonavia M, Averame G, Canonica W, et al. *Feasibility and validation of telespirometry in general practice: the Italian "Alliance" study*. Respir Med 2009;103:1732-7.
- 7 Averame G, Bonavia M, Ferri P, et al.; "Alliance Project" Study Group. *Office spirometry can improve the diagnosis of obstructive airway disease in primary care setting*. Respir Med 2009;103:866-72.
- 8 Bettoncelli G, Blasi F, Brusasco V, et al. *The clinical and integrated management of COPD*. Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis 2014;31 (Suppl 1):3-21.

La "office spirometry" in Medicina Generale - CON

Office spirometry in Primary Care - CON

Si parla ormai da molti anni di "Office Spirometry" intesa come la realizzazione di una curva flusso-volume con strumenti semplici e di pronta disponibilità da eseguirsi direttamente nell'ambulatorio del Medico di famiglia.

"Office Spirometry": realizzazione di una curva flusso-volume con strumenti semplici e di pronta disponibilità da eseguirsi nell'ambulatorio del Medico di famiglia.

Il razionale di una tale pratica sta nel fatto di poter eseguire un numero di indagini superiori a quelle ottenibili presso i laboratori di fisiopatologia respiratoria e quindi la possibilità di uno screening maggiore della patologia ostruttiva, in particolare. Proprio per tale ragione molte società farmaceutiche hanno sovvenzionato negli anni numerosi progetti atti ad una diagnosi precoce della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) ma i risultati sono stati scadenti e molto spesso neanche pubblicati¹. Il problema di eseguire un esame funzionale respiratorio, anche il più semplice, consiste nella natura stessa di tale esame che è caratterizzato da una serie di limitazioni che derivano dall'operatore, dal paziente, dallo strumento e per finire ma non per ultimo dall'interpretazione dell'esame. I criteri ATS/ERS 2005

per l'esecuzione delle manovre spirometriche, l'interpretazione delle stesse e non da ultimo la gestione degli strumenti è il documento ufficiale che da solo spiega il perché una *office spirometry* non possa prendere piede o che comunque non esista ancora una sufficiente confidenza con tale procedura da parte del medico di famiglia².

Negli ultimi dieci anni sono stati pubblicati diversi lavori che avevano l'obiettivo di "validare" ufficialmente l'esecuzione della spirometria negli ambulatori del medico di medicina generale ed anche dei pediatri. Un lavoro interessante è quello di Zanconato ed al.³ che aveva l'obiettivo di verificare la validità di un esame spirometrico svolto nell'ambulatorio dei pediatri di libera scelta italiani. In questo caso i pediatri seguivano un corso di preparazione con il supporto di pneumologi pediatrici circa l'indicazione e l'esecuzione delle prove funzionali ed il grado di apprendimento veniva anche rivalutato a distanza di tempo. Gli autori hanno evidenziato che i risultati ottenuti sono accettabili ma persiste una serie significativa di esami inaccettabili dal punto di vista tecnico (22%) ed un altro 21% con una interpretazione errata.

La conclusione pertanto è stata che in linea generale è possibile e giustificato eseguire un esame spirometrico negli ambulatori dei pediatri ma che è necessario un approccio integrato con un laboratorio di fisiopatologia respiratoria certificato in quanto



Massimiliano Beccaria

Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare
Struttura Complessa di
Pneumologia e UTIR
Azienda Ospedaliera Carlo Poma,
Mantova



Massimiliano Beccaria
Azienda Ospedaliera Carlo Poma
Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare
Struttura Complessa di
Pneumologia e UTIR
via Lago Paiolo, 10
46100 Mantova
massimiliano.beccaria@aopoma.it