

Nuovi modelli gestionali in pneumologia

Franco Carnesalli

Medico di medicina generale
Milano
Dipartimento di Pneumologia
AIMEF

L'annuale incontro di discussione e aggiornamento delle linee guida su asma, BPCO e rinite allergica ha visto una attiva partecipazione dei medici di famiglia. Ampio spazio è stato dedicato all'esigenza di adattare le linee guida alla pratica clinica quotidiana e alla gestione territoriale del paziente cronico e fragile

Da alcuni anni l'eccellenza della pneumologia si incontra per l'iniziativa "International Guidelines on Rhinitis, Asthma and COPD - Global Initiatives ARIA, GINA and GOLD/ATS/ERS", che anche per quest'anno si è svolta a Modena (4-7 marzo). Si tratta di un importante appuntamento per discutere se le linee guida pneumologiche possano essere aggiornate in base a nuove opzioni terapeutiche e a nuovi criteri diagnostici o gestionali. Talvolta le modificazioni sono importanti, talora limitate, segno evidente che l'obiettivo non è un incontro pretestuoso e abitudinario, ma è aderente alle reali novità che la ricerca offre alla comunità medica.

Tradizionalmente anche la medicina di famiglia partecipa attivamente ai lavori di revisione, sia degli aspetti terapeutici sia (e soprattutto) per ciò che attiene agli aspetti diagnostici e gestionali, dove il Mmg può e deve ricoprire un ruolo importante. Anche per il 2010 il Dipartimento di Pneumologia di AIMEF è stato presente con propri rappresentanti distribuiti nelle varie sedi di discussione.

■ Nuove molecole in studio

Nel corso dell'incontro sono stati illustrati studi che sembrano prospettare nuovi orizzonti terapeutici, ma che allo stato dell'arte non sono ancora sufficienti all'inserimento delle molecole nelle linee guida definitive. La decisione è stata rimandata al momento in cui saranno disponibili ulteriori evidenze. Particolare attenzione è stata posta alla terapia dell'asma bronchiale e alla disponibilità di ciclesonide, uno steroide inalatorio la cui efficacia sembra buona e che presenta il vantaggio

della monosomministrazione giornaliera, della posologia adattabile ai livelli di gravità e che possiede un ottimo profilo di sicurezza.

Altre molecole apparse interessanti sono l'indacaterolo e il carmoterolo per la BPCO. In particolare l'indacaterolo, un ultra-LABA (long acting beta agonist) approvato dall'EMA nel 2009, è indicato come terapia broncodilatatrice di mantenimento nell'ostruzione del flusso aereo in pazienti adulti. Somministrato una volta/die (150 e 300 mcg), il farmaco ha costantemente prodotto un miglioramento significativo della funzione polmonare nelle 24 ore con un rapido inizio d'azione (entro 5 minuti dall'inalazione). Sono disponibili alcuni studi che dimostrano una effettiva efficacia e superiorità per numerosi aspetti rispetto alle molecole tradizionali.

Un altro farmaco oggetto di studio è l'acilidinio bromuro, un inibitore della acetilcolinesterasi a lunga durata d'azione da affiancare al tiotropio.

Inoltre, gli inibitori delle fosfodiesterasi 4 (PDE4), una nuova classe di antinfiammatori, hanno dimostrato un'efficacia e una tollerabilità accettabile in studi preclinici e clinici nei pazienti con BPCO. In particolare, roflumilast ha dimostrato di fornire un'effettiva inibizione della chemiotassi, l'attivazione dei leucociti e produzione di citochine in vitro e in modelli animali e di ridurre il numero dei neutrofili ed eosinofili nell'escreato.

Una molecola sofisticata e potenzialmente promettente, ma da valutare nel tempo è infliximab, noto farmaco biologico impiegato in diverse patologie, che al di là dell'effetto terapeutico deve però dimostrare di non avere un effetto di stimolazione all'insorgenza di neoplasie e di polmoniti.

■ Modelli gestionali in medicina generale

Durante l'incontro un'apposita sessione è stata riservata alla Medicina di Famiglia, dove sono intervenuti rappresentanti delle principali realtà. Si è discusso soprattutto dell'esigenza di adattare le linee guida (spesso teoriche e basate su trial clinici avulsi dalla *real life*) alla pratica quotidiana del Mmg e della gestione territoriale del paziente cronico e fragile, con particolare riguardo al soggetto con BPCO.

L'ampia offerta di linee guida e documenti di consenso ha sempre trovato storicamente un'oggettiva resistenza all'implementazione nel setting della medicina generale. Alcune delle cause della loro scarsa fortuna sono l'abitudine a costruire questi strumenti attorno alla malattia piuttosto che al malato, la loro scarsa adattabilità alla variabilità e mutevolezza dei fenomeni della vita reale, la non previsione dei mezzi di implementazione e di verifica degli esiti prodotti.

È stata proposta una nuova metodologia, definita "Analisi diagnostica a quattro quadranti" (4Q). Il modello potrebbe consentire al Mmg di analizzare la propria attività e di identificare i bisogni assistenziali dei pazienti affetti da una determinata patologia.

Utilizzando il modello (in figura 1 è applicato alla BPCO) è possibile identificare e raggruppare i pazienti in quattro aree specifiche. La "4Q" utilizza uno schema, suddiviso in quattro quadranti: nella dimensione orizzontale si misura la presenza di sintomi o procedure correlati alla patologia, la dimensione verticale evidenzia la presenza o meno di diagnosi. La loro combinazione porta all'identificazione di quattro aree:

- “nascosta”: esiste una diagnosi, ma senza correlazioni sintomatiche o terapeutiche;
- “nota”: esiste una diagnosi ed esistono sintomatologie e terapie correlate;
- “ignota”: non esiste diagnosi né traccia di sintomi che possano fare pensare alla malattia;
- “cieca”, non esiste diagnosi, ma presenza di sintomatologia o procedure correlate.

Per ogni area andrà successivamente definita un strategia investigativa che, in base a quanto definito dalle linee guida e dall’EBM, consentirà di:

- confermare la diagnosi per mezzo degli strumenti diagnostici previsti;
- identificare i pazienti affetti da malattia utilizzando le procedure diagnostiche previste e non effettuate;
- approfondire la diagnosi in soggetti sintomatici;
- identificare i pazienti a rischio di malattia.

Il medico potrà così implementare un’azione correttiva, consapevolmente scelta tra più alternative, valutandone le motivazioni, i pro i contro, la reale fattibilità.

Con questo strumento le linee guida non saranno più uno strumento rigido basato su diagnosi e su livelli di gravità definiti, ma indicazioni da utilizzare in base a uno schema di applicabilità clinica pratica, schematizzata in una variabilità clinico-diagnostica spesso originale.

► Chronic Care Model

La medicina generale si sta dotando di strumenti finalizzati a una mi-

gliore gestione delle cronicità, ma questo percorso richiede alcuni elementi “esterni” alla dinamica professionale. Tra questi, la condivisione dei livelli assistenziali, delle necessità di modelli di interazione tra cure primarie e cure specialistiche e l’implementazione di questi modelli nelle realtà distrettuali con progetti specifici.

A questo proposito è stato illustrato un progetto sperimentato nell’Asl di Lecce dal 2006 al 2008 nell’ambito della patologia cronica cardiovascolare. In tale studio di fattibilità si è valutato l’impatto di un modello di “disease e care management” e dell’inserimento del “care manager”, un infermiere con formazione specifica, nel sistema dell’assistenza sanitaria primaria.

Il programma mirava a creare un team assistenziale composto da Mmg, care manager, specialisti e paziente, improntato a una intensa collaborazione e con un forte spirito di cooperazione. L’obiettivo del team è stato quello di favorire l’empowerment dei pazienti, portandoli a un ruolo più attivo nella gestione della propria salute, sensibilizzandoli in particolare a un cambiamento positivo degli stili di vita. In questa attività il care manager era supportato da un software per la raccolta dati e per il supporto decisionale necessario.

► Mmg con interessi speciali

AIMEF ha riproposto il concetto del General Practitioner with Special Interests (GPwSI, “medico di fami-

glia con interessi speciali”), come possibile profilo clinico-professionale per il Mmg. Come abbiamo già affermato le cure primarie necessitano di un livello intermedio di assistenza al confine fra medicina di famiglia tradizionale e ospedale.

La cura delle condizioni di media complessità, spesso legate alla cronicità, non è sempre adeguata sia per i limiti oggettivi della medicina di famiglia, oberata da un eccessivo carico burocratico e dalla sempre maggiore necessità di cultura e competenze distribuite su tutto l’arco del sapere medico, sia per i limiti dell’assistenza ospedaliera (liste d’attesa, ricoveri impropri, complessità crescente delle prestazioni, carenza di personale), che rende difficili i progetti di “home care”.

Inoltre, l’ultraspecializzazione della medicina ospedaliera sta lasciando dietro di sé diversi spazi di cura di minore complessità per questo ambito, ma di maggiore complessità per gli standard della medicina di famiglia, che però possono essere occupati dai quei Mmg che sono particolarmente competenti nelle diverse discipline.

D’altra parte, questo “avanzamento” della medicina di famiglia può consentire al Mmg di delegare le competenze più semplici ad altre professionalità.

La possibilità di implementare il “modello GPwSI” può essere un obiettivo realizzabile, grazie allo sforzo congiunto di società scientifiche, università, sindacati e istituzioni, partendo dagli interessanti risultati di alcune esperienze spontanee italiane.

■ Conclusioni

Con queste proposte operative ci si è lasciati con l’intento di proseguire il discorso di integrazione e di studiare nuovi metodi per integrare l’attività sul territorio del Mmg e quella specialista dei centri ospedalieri e specificatamente pneumologici.

L’aspetto importante è stato il riconoscimento delle reciproche specificità professionali, di capacità operative, che, se ben integrate, possono aggiungere un plus al corretto trattamento del paziente con BPCO.

Figura 1

Modello di “Analisi diagnostica a quattro quadranti” (4Q) applicato alla BPCO

		BPCO nota			
		Scenario n. 1 Area nascosta: pazienti con diagnosi nota di BPCO asintomatici	Scenario n. 2 Area nota: pazienti con diagnosi nota di BPCO sintomatici		
Sintomi No				Sintomi Sì	
		Scenario n. 3 Area ignota: pazienti senza diagnosi nota di BPCO asintomatici	Scenario n. 4 Area cieca: pazienti senza diagnosi nota di BPCO con sintomi compatibili		
		BPCO non nota			