

BPCO Nota 99

Hai voluto la spirometria? Ora soffia, soffia, soffia ...

Conversazione tra medici di famiglia e pneumologo sulla Nota 99

a cura di Saffi Ettore Giustini¹, Luigi Santoiemma², Lora Accettura², Giorgio Castellana³, Paola Maria Mandelli⁴, Umberto Alecci⁵

¹ Medico di Medicina Generale, Montale (PT); ² Medico di Medicina Generale, Modugno (BA); ³ Specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio, IRCCS-ICS Maugeri Bari; ⁴ Specialista in Allergologia e Immunologia Clinica, Montale (PT); ⁵ Medico di Medicina Generale, Messina

Il cast

- MMG junior.
- MMG senior.
- Pneumologo.

L'antefatto

MMG junior: "Ci risiamo! Ecco la novità di fine estate dell'AIFA: l'ennesima nota, la n. 99".

MMG senior: "Gli spazi dedicati all'inserimento del numero della

nota sulla ricetta rossa sono tre e pensa che siamo arrivati ad occuparne solo due! Finché arriviamo alla Nota n. 999..."

Comunque, dai, non ci perdiamo d'animo! Io ho già cercato di sintetizzare i punti principali in una tabella. Guarda un po' qui" (Tabella 1).

MMG junior: "In sintesi, quindi, dovremmo metterci subito a fare spirometrie a tutti i pazienti BPCO già in

trattamento, che non l'abbiano fatta già nell'ultimo anno.

Questo già pone diversi punti di riflessione.

Innanzitutto dobbiamo tenere presente che sorgono problemi organizzativi: in epoca COVID, sebbene non siamo in una fase di picco, bisogna seguire procedure per garantire la massima sicurezza, dato che la spirometria produce aerosol. Dovremmo procurarci, quindi, filtri an-

NOTA 99: COSA FARE E QUANDO	
Paziente di nuova diagnosi	Spirometria alla fine della fase acuta Se FEV1 < 50%: invio allo specialista entro 6 mesi
Paziente già in trattamento	Se spirometria < 12 mesi e FEV1 > 50%: prosecuzione della terapia in atto
	Se spirometria < 12 mesi e FEV1 < 50%: invio allo specialista
	Se spirometria > 12 mesi o mai fatta: esecuzione spirometria Se FEV1 < 50% o risposta clinica non ottimale: invio specialista entro 12 mesi
Paziente temporaneamente non in grado di eseguire spirometria¹	Esegue spirometria non appena possibile
Paziente permanentemente non in grado di eseguire spirometria²	Considerare valutazione specialistica
Spirometria di primo livello	Specialista o MMG
Rivalutazione spirometrica	Mediamente ogni 2 anni
Piano terapeutico	Per prescrizione triplice terapia (LABA + LAMA + ICS in unico dosatore). Durata 12 mesi

¹ Controindicazioni temporanee alla spirometria: emottisi recente, pneumotorace, embolia polmonare, aneurisma cerebrale/toracico/addominale, interventi chirurgici recenti torace/addome, intervento di chirurgia oculare nelle 2 settimane precedenti, IMA (entro 3 mesi) recente o angina instabile, nausea in corso, dolore toracico o addominale o facciale o orale; ² Controindicazioni permanenti alla spirometria: disabilità grave e decadimento cognitivo.

Tabella 1.

timicrobici, dedicare una stanza solo all'esecuzione del test, garantire una costante sanificazione degli ambienti e degli strumenti. Tra l'altro, secondo le linee guida dell'ERS (*European Respiratory Society*), riprese dalle principali società scientifiche pneumologiche italiane come AIPO e SIP, ogni paziente, prima di fare la spirometria, dovrebbe eseguire un tampone nasofaringeo, massimo entro 48 ore prima.

Considerando poi che molte visite sono state rinviate e che i piani terapeutici sono stati tutti prorogati nell'ultimo anno e mezzo per via del COVID, avremo un bel po' da fare ..."

MMG senior: "Che ne dici di provare a chiedere al nostro pneumologo di riferimento cosa ne pensa? Magari gli scriviamo...".

MMG senior: "Ciao Giorgio, discutevamo in studio sulla nuova Nota 99 e ci chiedevamo cosa ne pensassero gli pneumologi. Commenti a caldo?".

Pneumologo: "Non vi azzardate a mandarmi i pazienti! Voi avete lo spirometro! Usatelo!!!".

MMG junior: "No, dai, seriamente! Ci sarà pure qualcosa di buono in questa Nota, no? Poi tu sei sempre ottimista!".

Pneumologo: "Sicuramente la Nota ribadisce l'importanza della spirometria nella diagnosi e nel follow-up della BPCO e in più definisce dei tempi precisi entro cui doverla eseguire o richiedere.

Come più volte abbiamo sentito nei congressi e letto nelle linee guida, la

diagnosi di BPCO viene formulata in pazienti con sintomi respiratori cronici e/o fattori di rischio *SOLO DOPO* il riscontro alla spirometria post broncodilatazione (BD) di un deficit ventilatorio non reversibile, ovvero di un rapporto FEV1/FVC post BD < 0,70".

MMG senior: "Certo. La Nota, inoltre, ci aiuta a ricordare che dopo la spirometria, per scegliere la terapia più adatta al paziente, dobbiamo definire la gravità della BPCO, interrogando il paziente sui sintomi, tramite i questionari mMRC e CAT, e sulle riacutizzazioni o ospedalizzazioni".

Pneumologo: "Ovviamente è importante ricordare che la spirometria con broncoreversibilità non andrà ripetuta nel follow-up, fatta eccezione per i pazienti per i quali non si possiede una diagnosi certa o si mette in discussione la diagnosi".

MMG senior: "Per la tua esperienza ti sei trovato spesso a non confermare una diagnosi di BPCO?".

Pneumologo: "Mi è capitato, non spesso per fortuna. Considerate però che, secondo i dati riportati nell'ultimo report OSMED 2020, la richiesta di spirometrie nei pazienti BPCO nell'ultimo anno è stata molto bassa. Vi mando la tabella a cui mi riferisco così potete rendervi conto voi stessi" (Tabella 2).

MMG junior: "E quindi possiamo già capire qual è una criticità di questa Nota".

Pneumologo: "Esattamente, ci saranno molte spirometrie da fare tra

nuove diagnosi e controlli di pazienti BPCO. Il COVID ha contribuito sicuramente a posticipare molte diagnosi".

MMG senior: "See... Darete i numeri, oppure vi stringerete come i cavalletteri del generale Custer a *Little Big Horn*, circondati dagli indiani, alias i pazienti infuriati di ricevere la prenotazione per la spirometria a due anni, se andrà bene!

Prima che li diate voi, ci dai tu un po' di numeri? Come si svolge l'attività in un ambulatorio di Pneumologia? In altre parole, parliamo di sostenibilità della Nota 99...".

Pneumologo: "Sappiamo che la prevalenza di BPCO, sempre secondo il rapporto OSMED, è intorno al 3%. Considerando che la popolazione della mia Provincia, Bari, è di circa 1,2 milioni, ci saranno più o meno 36 mila BPCO, senza considerare tutti i pazienti che fanno impropriamente terapia inalatoria.

In un ambulatorio di Pneumologia possono essere eseguite in media circa 6 spirometrie con reversibilità, considerando anche i tempi di sanificazione e la necessaria presenza di un infermiere o tecnico dedicato all'esecuzione della spirometria. Senza queste figure, naturalmente, i tempi si allungano, così come nel caso in cui siano necessarie indagini di secondo livello (spirometria globale, DLCO ecc). Gli ambulatori di Pneumologia nella mia Provincia, includendo distretti e ospedali, sono circa 20. Facendo una stima, saranno necessari 14 mesi per controllare tutti i pazienti BPCO, se si dedica tutta l'attività ambulatoriale esclusivamente a questo scopo. Ovviamente sappiamo che non è possibile, data la necessità di garan-

	Distribuzione percentuale (%)					
	Asma	In trattamento	Senza trattamento	BPCO	In trattamento	Senza trattamento
Spirometria						
Si	3,9	9,9	1,0	9,6	15,8	1,0
No	96,1	90,1	99,0	90,4	84,2	96,2

Tabella 2.

tire l'assistenza anche ai pazienti con altre patologie e sappiamo che la situazione in altre Province potrebbe essere diversa per una minore presenza di ambulatori pneumologici sul territorio”.

MMG junior: “Ed è per questo che siamo stati ‘arruolati’ anche noi ...”.

MMG senior: “Certo, un medico di famiglia massimalista avrà circa 50 pazienti che fanno uso di terapia inalatoria per BPCO da sottoporre a spirometria. Facendone anche una a settimana, riusciremmo a controllare tutti in meno di un anno.

Ma quanti di noi hanno lo spirometro e lo sanno usare? Quanti di noi hanno gli spazi e il personale dedicato? Dovremo inevitabilmente inviare dallo specialista, ci dispiace, Giorgio ...”.

MMG junior: “Forse sarà sfuggito qualcosa a chi ha scritto la Nota ...”.

Pneumologo: “Sicuramente è sfuggito anche che non tutte le pneumologie dispongono della strumentazione per le indagini di secondo livello e questo allungherà ancora di più le liste di attesa per i casi più complessi”.

MMG junior: “Quanto siamo diventati brontoloni, però”.

Pneumologo: “Ma no, bisogna solo razionalizzare le risorse e chiedere alle Regioni di investire sul potenziamento del territorio, in termini di personale e strumentazione! Un gioco da ragazzi, insomma ...”.

MMG junior: “E in che modo si può fare?”.

Pneumologo: “Bisogna innanzitutto avere un’idea chiara del personale e della strumentazione a disposizione, in modo tale da impiegarli nel migliore dei modi.

In termini di organizzazione inoltre, ad esempio, si potrebbero indirizzare i pazienti ‘semplici’ presso gli ambulatori di Pneumologia territoriale

per eseguire spirometria semplice e test di broncoreversibilità, mentre i pazienti più complessi, per i quali spesso sono necessarie indagini di secondo livello e che possono avere anche necessità di ricovero, presso gli ambulatori ospedalieri opportunamente indentificati. Bisognerebbe avere un aggiornamento periodico dei tempi di attesa per la spirometria presso i vari ambulatori, così da distribuire equamente il carico lavorativo e permettere al MMG di indirizzare al meglio il paziente.

Sicuramente bisogna, al tempo stesso, investire nella formazione dei MMG su diagnosi e terapia della BPCO e bisogna dotarli di uno spirometro: solo così potranno essere determinanti ed eseguire quanto indicato nella Nota.

Non dobbiamo dimenticare che una diagnosi corretta avrà anche ripercussioni positive sull’aderenza terapeutica”.

MMG junior: “Io a questo proposito ho qui da parte sulla mia scrivania una tabella sulle possibilità terapeutiche della BPCO (Figura 1).

La Nota 99 ha anche il merito di aver eliminato il piano terapeutico per la doppia broncodilatazione, avvicinando così questa possibilità terapeutica al paziente”.

Pneumologo: “Sì! Il piano terapeutico è rimasto solo per la prescrizione delle triplici fisse. Indipendentemente dalla terapia scelta, non bisogna mai dimenticare di eseguire l’educazione alla terapia inalatoria in occasione della prima prescrizione e la sua verifica nei controlli successivi”.

MMG senior: “In che modo si può fare? Si fa non procedendo col solito vecchio sistema, ovvero prima fare le norme e poi creare le (infra)strutture necessarie per applicare le norme stesse, che o cadono nel dimenticatoio (tanto non si può applicarle..) oppure diventano un perfido strumento vessatorio per togliere quel poco di tranquillità che resta ai soliti MMG, specialisti assoluti nello sport di farsi spegnere l’ultimo inevitabile cerino tra le dita.

In conclusione: noi non riusciremo (in tempi medio-brevi) a dotarci di stru-

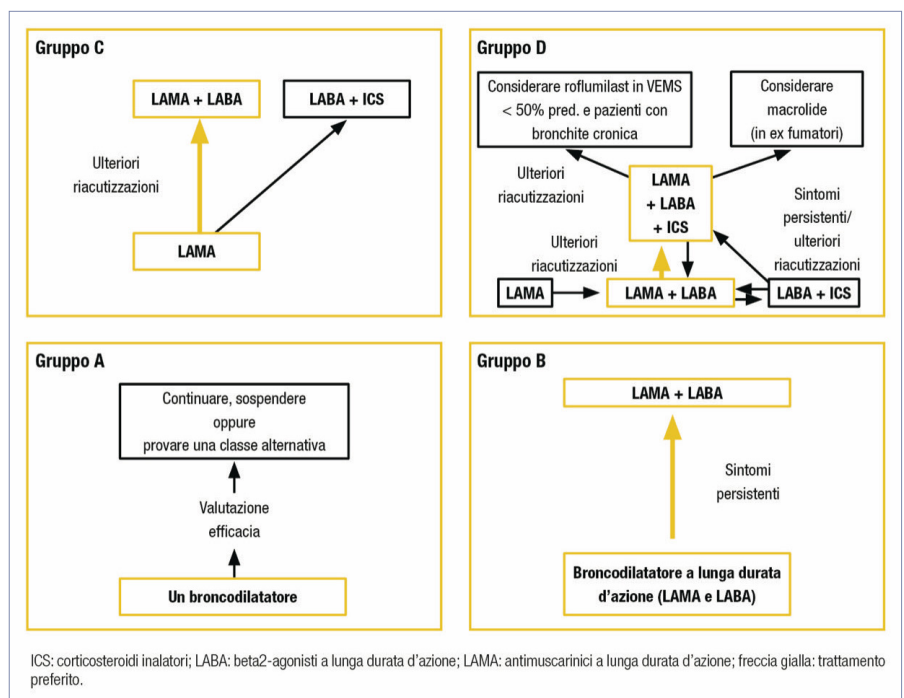


Figura 1. Le opzioni di cura per la BPCO.

menti, organizzazione e conoscenze necessari per una implementazione di routine della spirometria; gli pneumologi faranno quello che possono ma non basterà; i MMG avranno remore a prescrivere i farmaci necessari senza la spirometria e i pazienti si complicheranno ...

E basta così, che già mi sto deprimendo.

Scherzi a parte, il riconoscimento di un esame fatto nei nostri studi quale strumento "ufficiale" per accedere a una terapia percepita come specialistica non è cosa da poco e quindi, PERCHÉ, MA PERCHÉ, non ce lo hanno chiesto prima come vedevamo la sostenibilità di questa iniziativa?

Mah.

Forse per confermare la validità di un detto ben noto in un piccolo paese della Provincia barese: *c vuè sapè l cos, addasci du pateut, non du sapeut!*

Per chi è nato a Nord della Linea Sigfrido: *Se vuoi capire come funzionano le cose, devi chiedere a chi ha esperienza, non solo conoscenza.*

drsaffgiustini@gmail.com

Conflitto di interessi

Gli autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi rispetto agli argomenti trattati nell'articolo.