

## Effetti a lungo termine della gestione ambulatoriale ottimale sul territorio di pazienti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva: risultati di un follow-up a 36 mesi

### Long-term effects of optimal management of outpatients affected with chronic obstructive pulmonary disease: results of a 36-month follow-up

#### Summary

**Objective:** the primary aim of this observational study was to assess whether appropriate management of outpatients with moderate-severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) could reduce the number of exacerbations, hospitalizations and emergency room admissions related to the disease. A total of 100 patients were included, and the study was carried out in 2001, 2002, 2003 and 2004. Seven patients dropped out at the end of 2001. The secondary aim was to assess the improvement in Quality of Life (QoL), measured using the St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ). The study took place in RM/B local health district area No. 4, with a population of about 180,000 people and no pneumology healthcare departments before 2001. **Results:** there was a decrease in hospitalized patients, hospital admissions, days in hospital, exacerbations and emergency room admissions at T1, T2 and T3. Furthermore the patients' QoL improved (SGRQ: symptoms and total score  $p \leq 0.001$ ). **Conclusions:** the result of the study was that assigning COPD patients to appropriate outpatients care, with a second level service, is a decisive factor in reducing both relapses/hospitalizations and direct and indirect costs.

Marino M. Long-term effects of optimal management of outpatients affected with chronic obstructive pulmonary disease: results of a 36-month follow-up. *Trends Med* 2010; 10(2):121-128.

©2010 Pharma Project Group srl. ISSN: 1594-2848

Key words:

**chronic obstructive pulmonary disease  
COPD exacerbation  
management of COPD**

Le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano a tutt'oggi la terza causa di morte in Italia, dopo le malattie cardiovascolari ed i tumori. Il pattern della loro distribuzione è cambiato significativamente nell'ultimo secolo per la netta riduzione della mortalità per tubercolosi e polmoniti a fronte di un aumento dei tumori polmonari e delle patologie cronic-degenerative che colpiscono in particolare la fascia di popolazione di età anziana, con una mortalità in costante aumento in Italia ed in tutto il mondo e con condizioni di grave o totale disabilità<sup>1</sup>. Tra queste, la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una condizione patologica che si caratterizza per l'infiammazione e l'ostruzione delle vie aeree dovuta alla bronchite cronica ed all'enfisema; l'ostruzione al flusso aereo è generalmente progressiva e può essere accompagnata da iper-reattività ed essere parzialmente reversibile<sup>2</sup>. I pazienti con BPCO vanno incontro a dispnea da sforzo causata dalla secrezione mu-



**Mario Marino**

U.O.S. di Broncopneumologia Interdistrettuale,  
Poliambulatorio Don Bosco, ASL RM/B  
via Antistio 15  
00174 Roma

cosa, dall'edema della parete delle vie aeree e dalla broncocostrizione, per progredire fino al quadro di Insufficienza Respiratoria Cronica (IRC).

Dal momento che solo la sospensione del fumo ha dimostrato in questi pazienti di essere in grado di modificare il deterioramento progressivo della funzione polmonare, per migliorare la sintomatologia, principalmente dispnoica, così come lo stato di salute generale, la terapia farmacologica si è focalizzata sul trattamento dell'ostruzione delle vie aeree con risultati positivi sulla qualità della vita.

Negli ultimi 30 anni in Italia la prevalenza della BPCO è aumentata progressivamente in relazione al graduale invecchiamento della popolazione generale e all'incremento dell'inquinamento atmosferico. Tuttavia in relazione alla riduzione della mortalità legata a tale patologia, la sopravvivenza dei pazienti si è notevolmente prolungata, con una qualità di vita non sempre soddisfacente. Malgrado le stime dell'OMS e della Banca Mondiale - un loro studio sostiene che la BPCO diventerà la terza causa di morte a livello mondiale entro il 2020 - la prevalenza della BPCO continua ad essere sottostimata, soprattutto perché non riconosciuta e diagnosticata solo quando diventa clinicamente evidente e moderatamente avanzata. Essa infatti è una patologia in continua espansione sia nei paesi industrializzati che in via di sviluppo, con prevalenza di circa il 5% sulla popolazione generale, ma concentrata nell'adulto-anziano dove può raggiungere una prevalenza del 20%<sup>3</sup>.

In quanto patologia ad andamento cronico, la BPCO presenta elevati costi diretti ed indiretti. I costi indiretti riflettono gli effetti economici della malattia in termini di invalidità e perdita della produttività, anche se la maggioranza dei pazienti è pensionata. I costi diretti includono le spese per i ricoveri ospedalieri, le visite a domicilio, l'assistenza domiciliare, la terapia farmacologica e la diagnostica. Oggi è possibile stimare attraverso i dati ISTAT il numero dei ricoveri per BPCO, mentre è difficile avere un quadro complessivo degli accessi al P.S. e delle riacutizzazioni. I dati ISTAT 1998 relativi alle cause di morte pongono la BPCO al 6° posto come causa di morte nella

**Tabella 1.** Oneri economici associati alla sola gestione ospedaliera dei pazienti con BPCO relativi all'anno solare 2000. (Dati Min. Salute).

Diagnosi (n°)	119.021
Valore (%) rispetto a ricoveri totali	1,4
Degenza (giorni/anno)	1.186.911
Degenza (durata media giorni)	10,7
Costo totale per ospedale (€)	360.919.800,00
Costo medio per ospedale (€)	3.032,00
Valore (%) rispetto a totale ricoveri	1,45

**Tabella 2.** Costo medio delle prestazioni ospedaliere per paziente con BPCO.

Gravità BPCO	Euro
Lieve >50%	1500,80
Moderata 30-50%	3001,10
Grave <30%	3911,70

popolazione con età  $\geq 65$  anni. In Italia, dei 34.236 decessi registrati per patologie respiratorie nel 2002, circa 15.000 sono stati causati dalla BPCO (codici 490 - 493 ICD IX)<sup>4</sup>.

I dati del Ministero della Salute per l'anno 2000, relativi alle schede di Dimissioni Ospedaliera, mostrano che il 20,6% delle dimissioni per patologie respiratorie, vale a dire 126.927 casi, è stato codificato con il DRG 88, corrispondente alla BPCO<sup>5</sup>. In realtà questo dato può essere sottostimato, in quanto molti ricoveri per BPCO potrebbero essere stati classificati sotto altri DRG<sup>1</sup>.

Riguardo alla voce di spesa più elevata (i ricoveri), la fonte delle informazioni utilizzate è la pubblicazione dei dati relativi alle schede di dimissioni ospedaliera dal Dipartimento della Programmazione del Ministero della Salute nell'anno 2000 (tabella 1).

In tabella 2 sono riportati i costi medi per paziente dopo stratificazione della BPCO per stadio clinico

Dai dati regionali dell'A.S.P.R. Lazio, aggiornati al 2006, relativi ai ricoveri ospedalieri per acuti si evidenziano n. 769.964 ricoveri pari al 62% delle schede di dimissioni elaborate. Di questi 12.167 sono stati ricoveri per patologia respiratoria. Al DRG 88 corrispondono 6.296 ricoveri con una degenza media di 9,0 giorni pari al 40,45% delle patologie polmonari e allo 0,82% dei ricoveri ospedalieri globali. I rico-

veri in D.H. sono stati invece 2.987 pari allo 0,68% dei ricoveri globali.

Risulta ben evidente, quindi, quanto importanti debbano essere gli sforzi per la prevenzione della patologia ed il conseguente abbattimento dei costi socio-sanitari. Una gestione più efficace ed efficiente dell'attività ambulatoriale sul territorio può evitare i ripetuti ricoveri e le continue riacutizzazioni che, conducono progressivamente ad un quadro irreversibile di insufficienza respiratoria ipossiemicapercapnica, provocando un aumento della spesa sanitaria globale, ma soprattutto peggiorando nettamente la qualità della vita dei pazienti.

## Obiettivi

Lo studio aveva l'obiettivo primario di valutare se un'adeguata gestione ambulatoriale sul territorio di pazienti affetti da BPCO riducesse le riacutizzazioni, gli accessi al Pronto Soccorso e i ricoveri correlati alla patologia stessa. Obiettivo secondario dello studio era valutare se un'adeguata gestione ambulatoriale sul territorio di pazienti affetti da BPCO fosse in grado di migliorare la Qualità di Vita (QoL) dei pazienti stessi.

## Endpoint primario

La valutazione di efficacia dell'intervento sanitario è stata effettuata confrontando i dati ottenuti nei 12 mesi di osservazione (periodo 2) con i dati relativi ai 12 mesi precedenti l'arruolamento (periodo 1) in termini di numero di riacutizzazioni, di accessi al Pronto Soccorso, di ricoveri ospedalieri e loro durata (giorni). L'osservazione è stata poi estesa sia a 24 che a 36 mesi dall'inizio dello studio.

## Endpoint secondario

È stato misurato l'andamento della QoL dei pazienti arruolati effettuando un confronto tra i dati al basale e quelli al termine dello studio, ottenuti mediante l'autosomministrazione da parte dei pazienti del questionario St. George Respiratory Questionnaire (SGRQ).

## Popolazione studiata

Nello studio sono stati arruolati 100 pazienti di entrambi i sessi, di età media di 74 anni, con un range compreso tra 56 ed 86 anni. I pazienti eleggibili erano affetti da BPCO moderata/grave se-

condo la classificazione ERS; inoltre, per l'inclusione nello studio per ognuno di essi dovevano essere disponibili dati relativi al numero di riacutizzazioni, di accessi al Pronto Soccorso e di ricoveri ospedalieri nei 12 mesi precedenti l'arruolamento. Per riacutizzazione si intendeva esclusivamente una riacutizzazione di tipo infettivo, con necessità di potenziare la terapia di supporto con ricorso ad antibioticoterapia. Sono stati esclusi i pazienti che nell'anno precedente non avevano avuto alcuna riacutizzazione e/o alcun ricovero ospedaliero.

## Materiali e metodi

Lo studio di tipo osservazionale, prospettico, si è svolto da Gennaio 2001 a Marzo 2002, con estensione fino a Dicembre 2004, presso il Poliambulatorio "Don Bosco" della ASL Rm B di Roma, IV distretto, U.O.S. interdistrettuale di Fisiopatologia Respiratoria. I dati sono stati raccolti in una scheda computerizzata, elaborata dal Centro di Fisiopatologia Respiratoria, divisa in quattro sezioni (anagrafica, dati generali, diagnostica e terapia). Tutti i dati sono stati raccolti in forma anonima, con il consenso dei pazienti. La selezione dei pazienti è avvenuta da Gennaio a Marzo 2001 ed è stata effettuata su 524 pazienti che sono afferiti spontaneamente all'ambulatorio: di questi, 200 erano affetti da BPCO (tutti i livelli di gravità secondo la classificazione ERS). I pazienti arruolati sono stati seguiti per i primi 12 mesi effettuando, per singolo paziente, 5 visite programmate al basale, a 3, 6, 9 ed a 12 mesi dall'arruolamento, ed in seguito rivalutati a 24 e 36 mesi. Al basale, a 12, 24 e 36 mesi erano previsti: visita medica, valutazione della funzionalità respiratoria (FV1, FVC, VR, TLC) mediante esame spirometrico, esame radiografico del torace, emogasanalisi, valutazione della dispnea alla scala di Borg ed alla scala di gravità (MCR) e test del cammino (Walking test). Nel corso della visita basale è stata effettuata una revisione della terapia in essere relativa alla cura dell'ostruzione bronchiale, con prescrizioni basate sulle indicazioni delle Linee Guida GOLD, con conferma o modifica della stessa qualora se ne fosse ravvisato il bisogno. È stato infine consegnato al paziente il questionario SGRQ sulla QoL, che il paziente ha compilato in ambulatorio.

Dopo la revisione della terapia e l'autosomministrazione del questionario, il paziente è stato sottoposto a terapia educativa sulla patologia da cui è affetto, sul modo corretto di autosommi-

nistrare i farmaci per la terapia dell'ostruzione bronchiale e sull'importanza di effettuare in maniera corretta tale terapia, in modo da ottimizzare la compliance. Nei controlli a 3, 6 e 9 mesi, è stata effettuata una ulteriore revisione della terapia rivolta alla cura dell'ostruzione bronchiale, con conferma o modifica della stessa sulla base dei sintomi e/o di eventuali riacutizzazioni. Dopo la revisione della terapia il paziente è stato sottoposto nuovamente a terapia educativa. Inoltre nella visita a 6 mesi è stata nuovamente controllata la funzionalità respiratoria mediante esame spirometrico.

In tutte le visite è stato comunicato al paziente la necessità di informare sia il medico di MMG che lo specialista ogni qualvolta vi fosse stata una riacutizzazione della patologia, un accesso al Pronto Soccorso o un ricovero ospedaliero correlati alla patologia ostruttiva bronchiale. Alle visite a 3, 6, 9, 12, 24 e 36 mesi sono stati registrati in cartella clinica le eventuali riacutizzazioni, gli accessi al Pronto Soccorso o i ricoveri ospedalieri (durata della degenza) correlati alla patologia ostruttiva bronchiale ed occorsi nel periodo fra le due visite. L'analisi statistica rispetto ai valori basali di Walking-test, SGRQ, valori spirometrici e di emogasanalisi è stata effettuata mediante il test di Wilcoxon.

## Risultati

Nello studio sono stati arruolati 100 pazienti di entrambi i sessi, di cui 93 sono giunti alla conclusione dell'osservazione clinica (67 M e 26 F, età media 74aa, range età 56-86 anni). Durante lo studio, 1 paziente è deceduto e altri 6 non hanno effettuato i controlli con la frequenza richiesta. Sono quindi risultati valutabili 93 pazienti. I risultati hanno evidenziato una notevole riduzione dei ricoveri ospedalieri, passando da 66 ricoveri effettuati nell'anno precedente la presa in carico, a 17 ricoveri nell'anno di osservazione; si è registrata inoltre una riduzione delle riacutizzazioni da 218 a 82 e degli accessi al P.S. passati da 15 a 2 (tabella 3). Le indagini strumentali hanno evidenziato una significatività statistica riguardo al Walking-test ( $p < 0.001$  per metri, Sat, Borg I, Borg P) passando dalla percorrenza iniziale di metri 325.4 a 358.8 a 12 mesi con una riduzione significativa della dispnea (valutata in base alla scala di Borg) (tabella 4).

Non ci sono state variazioni significative riguardo l'esame spirometrico (tabella 6) mentre è emerso un miglioramento della qualità di vita dei pazienti evidenziato dall'elaborazione del SGRQ relativo al dominio "sintomi"

**Tabella 3.** Dati anamnestici ed al follow-up. ( $T_0=100$  paz, $T_1,T_2,T_3=93$  paz).

	$T_0$ (basale)	$T_1$ (0-12 mesi)	$T_2$ (12-24 mesi)	$T_3$ (24-36 mesi)
Pazienti ricoverati (%)	49 (49%)	14 (15.1%)	16 (17.2%)	12 (12.9%)
N. ricoveri	66	17	19	9
Giorni di degenza	950	118	134	96
Pazienti con riacutizzazione (%)	96 (96%)	59 (63.4%)	57 (61.3%)	54 (58.1%)
Riacutizzazioni	218	82	71	68
Pazienti al Pronto Soccorso (%)	12 (12%)	1 (1.1%)	1 (1.1%)	1 (1.1%)
Accessi al Pronto Soccorso	15	2	3	1

**Tabella 4.** Valutazione al walking test. ( $T_0=100$  paz, $T_1,T_2,T_3=93$  paz).

Item	Basale ( $T_0$ )		$T_1$		Differenza $T_1-T_0$			$T_2$		$T_3$	
	Media	Ds	Media	Ds	Media	Ds	p	Media	DS	Media	DS
Metri	325.4	109.3	358.8	108.2	33.4	52.68	<0.001	360,1	109.1	358.9	107.2
Sat	91.4	3.7	92.5	3.4	1.09	2.17	<0.001	92.1	3.2	91.9	3.4
Borg I	1.0	0.8	0.5	0.7	-0.53	0.86	<0.001	0.5	0.6	0.6	0.4
Borg P	2.8	1.2	2.3	1.0	0.52	1.00	<0.001	2.2	1.1	2.3	1.1

**Tabella 5.** SGRQ. ( $T_0=100$  paz, $T_1,T_2,T_3=93$  paz).

Item	Basale ( $T_0$ )		$T_1$		Differenza $T_1-T_0$			$T_2$		$T_3$	
	Media	Ds	Media	Ds	Media	Ds	p	Media	DS	Media	DS
Impatto	667.1	426.1	549.8	351.6	-117.3	540.1	0.005	560.1	71.4	545.7	360.4
Attività	719.0	276.2	663.9	253.1	-55.1	281.0	0.006	660.2	248.9	661.4	252.5
Sintomi	431.7	156.9	325.8	183.2	-105.8	201.5	<0.001	340.1	184.2	331.7	181.0
Totale	44.7	14.2	33.4	13.5	-11.3	13.0	<0.001	33.5	12.1	33.3	12.4

**Tabella 6.** Valutazione della funzionalità respiratoria. ( $T_0=100$  paz, $T_1,T_2,T_3=93$  paz).

	Basale ( $T_0$ )		$T_1$		Differenza $T_1-T_0$			$T_2$		$T_3$	
	Media	Ds	Media	Ds	Media	Ds	p	Media	DS	Media	DS
FEV <sub>1</sub>	48.0	14.2	52.5	17.2	4.54	20.70	0.66	52.87	16.96	51.45	19.40
FVC	65.2	18.1	65.6	18.3	0.43	25.03	0.990	66.19	18.22	61.13	19.28
VR	105.8	31.2	109.8	31.4	3.95	36.96	0.190	111.35	29.79	108.45	42.04
TLC	80.9	17.0	85.5	16.9	4.62	21.74	0.034	86.11	16.45	81.26	18.66

**Tabella 7.** Emogasanalisi. ( $T_0=100$  paz, $T_1,T_2,T_3=93$  paz).

	Basale ( $T_0$ )		$T_1$		Differenza $T_1-T_2$			$T_2$		$T_3$	
	Media	Ds	Media	Ds	Media	Ds	p	Media	Ds	Media	Ds
PAO <sub>2</sub>	71.3	10.6	73.3	12.7	2.06	14.14	0.036	69.9	11.91	70.1	9.8
PCO <sub>2</sub>	41.5	6.4	42.1	6.1	0.62	7.46	0.447	43.5	6.92	42.2	6.3
SAT	95.0	2.9	95.9	2.3	0.91	3.33	0.004	95.6	1.83	95.2	2.1
PH	7.4	0.1	7.4	0.0	0.00	0.06	0.114	7.3	0.0	7.3	0.0

Ds = deviazione standard; p = valore di p dal test di Wilcoxon

( $p \leq 0.001$ ) ed al total-score ( $p \leq 0.001$ ) (tabella 5), si è osservato inoltre il miglioramento di alcuni parametri di emogasanalisi rispetto ai valori basali (PAO<sub>2</sub>  $p \leq 0.036$  e SAT  $p \leq 0.004$ ) (tabella 7).

## Conclusioni

Lo studio è stato realizzato dal Servizio di Fisiopatologia Respiratoria in un territorio della ASL RM/B - IV distretto - con una popolazione media di circa 180.000 abitanti, sprovvisto di strutture Ospedaliere ed attività ambulatoriali specialistiche di II livello fino all'anno 2000. Il Servizio di Fisiopatologia Respiratoria ha incrementato ogni anno il numero di prestazioni globali da 1.916 dell'anno 2001 a 5.545 nel 2004. La creazione di un Servizio di Fisiopatologia Respiratoria di II livello in que-

sto territorio, avvenuta nel secondo semestre dell'anno 2000 ha contribuito: sia a sensibilizzare i Medici di Medicina Generale del relativo territorio verso questa patologia, che sappiamo essere sottostimata, sottodiagnosticata e sottotrattata, sia a dare delle risposte qualitative in termini assistenziali attraverso la presa in carico dei pazienti, determinando così una collaborazione significativa tra Specialista e Medici di Medicina Generale, come auspicato dalle principali Linee Guida internazionali. Inoltre la presenza sul territorio di una struttura di II livello ha garantito una continuità terapeutica ed assistenziale sempre con la stessa equipe, sviluppando una maggiore fiducia del paziente, ben consapevole di ritrovare alle visite sempre lo stesso specialista. Uno dei punti di scarsa efficacia dell'attività ambulatoriale, anche ospedaliera, infatti è la discontinuità te-

rapeutica con lo stesso specialista; la BPCO, infatti, è una patologia cronica che colpisce la popolazione anziana ed alla quale non è sufficiente dare soltanto risposte, per quanto efficaci possano essere, con la tradizionale valutazione biomedica basata esclusivamente sulla nosologia e sulla fisiopatologia di singoli quadri clinici<sup>6</sup>. Il paziente ha necessità infatti di seguire un percorso assistenziale ben definito che si articoli non solo con le indagini strumentali ma che tenga conto anche di supporti educazionali e di sostegno psicologico. Come evidenziato da numerosi studi, è necessario un approccio multidimensionale che tenga conto anche del soggetto, che la malattia influenza quasi sempre in senso negativo, con frequenti comorbidità psichiatriche (ansia e depressione). Un gran numero dei pazienti broncopneuropatici cronici (74% secondo alcune casistiche) mostra infatti i segni della depressione<sup>7</sup>.

Il paziente va quindi incoraggiato durante gli episodi di riacutizzazione, che gli scatenano paure di morte immediata, aggravandone lo stato depressivo. E' infatti probabile che una scarsa comunicazione medico-paziente possa determinare ricoveri impropri, spesso evitabili, con costi sanitari aggiuntivi. Pertanto l'ospedalizzazione di questi pazienti dovrebbe avvenire solo nei casi di riacutizzazione grave, dato purtroppo non sempre vero. L'utilità dell'approccio globale alle complesse esigenze dell'anziano con patologia cronica è testimoniata da numerosi studi ed una valutazione multidimensionale con interventi strutturati è in grado di ridurre significativamente la mortalità, di limitare le ospedalizzazioni e di migliorare la performance fisica<sup>8</sup>.

In Italia l'analisi economica dei dati di survey mostra che il costo annuale medio sostenuto dal SSN per la BPCO è di € 1.261,25 per paziente. I costi indiretti sono stimati pari a € 47,29/paziente, portando i costi sociali della patologia a € 1.308,54 per paziente. Tre quarti dei costi diretti della BPCO per paziente in Italia sono dovuti alle ospedalizzazioni (€ 963,10/paziente) e suggeriscono che interventi precoci ed una più efficace prevenzione delle riacutizzazioni potrebbero alleviare il fardello economico della BPCO in Italia<sup>9</sup>.

A tal proposito i dati ottenuti hanno confermato che un'adeguata gestione ambulatoriale di pazienti affetti da BPCO, costituita da visite programmate ed interventi di tipo farmaco-

logico secondo le Linee Guida GOLD, associata a congrue misure educazionali, può portare ad una riduzione del consumo di risorse sanitarie, al miglioramento clinico e funzionale di questi pazienti e ad una migliore qualità di vita.

Lo studio da noi condotto ha raggiunto gli obiettivi prestabiliti soddisfacendo sia l'endpoint primario che il secondario. Per quanto riguarda l'endpoint primario si evidenzia che nei 100 pazienti monitorati è diminuito il numero dei pazienti ricoverati (15,1% vs. 49% dell'anno precedente), il numero dei ricoveri ospedalieri (17 vs. 66 dell'anno precedente) ed i giorni di degenza (118 vs. 950 dell'anno precedente). A ciò si aggiunge una diminuzione delle riacutizzazioni (82 vs. 218 dell'anno precedente) e degli accessi al Pronto Soccorso (2 vs. 15 dell'anno precedente). Per quanto riguarda l'endpoint secondario è emerso un miglioramento della qualità di vita dei pazienti (SGRQ: sintomi e total-score  $p < 0.001$ ). E' importante sottolineare il fatto che, se al tempo T1, cioè dopo 12 mesi di presa in carico del paziente, i risultati sulla qualità dell'assistenza prestata sono assai ben evidenti, le rilevazioni a T2 e T3 mantengono di fatto lo stato qualitativo clinico raggiunto nel primo periodo. Questo suggerisce che la presa in carico di un paziente BPCO ed il suo corretto inquadramento e trattamento cronico possono realmente modificare la qualità e la durata della vita di questi pazienti, in linea con quanto espresso dalle Linee Guida GOLD 2007, secondo le quali la BPCO è una malattia che si può prevenire e trattare.

Secondo l'opinione di molti autorevoli esperti, il raggiungimento del controllo della patologia cronica è legato al fatto che essa deve essere considerata nella sua totalità, intervenendo sul processo diagnostico, terapeutico ed assistenziale complessivo, piuttosto che sulle singole componenti dell'assistenza.

Quest'ultima visione sottintende una cultura medica orientata al fenomeno malattia più che al malato come persona, operante attraverso lo studio e la frammentazione, la più analitica possibile, degli eventi biologici, tendente a segmentare ed isolare in maniera sempre più specializzata, gli interventi diagnostico-terapeutici e incapace poi di riportare ad una interpretazione unitaria la sequenza degli interventi, ricollocandoli in modo naturale ed accettabile nel vissuto del paziente. Ne deriva è un ap-

proccio alle patologie croniche che si svolge per la maggior parte attraverso interventi mirati sull'evento acuto e sull'attesa di questo piuttosto che sulla sua anticipazione.

Il risultato di questo modo di operare nella gestione in particolare delle patologie croniche genera una serie di eventi negativi:

- 1) la tendenza di nessun operatore o servizio a farsi carico dell'intero processo terapeutico e assistenziale del paziente;
- 2) l'assenza di continuità delle cure, che finiscono con l'esprimersi in una serie di interventi frammentati e non coordinati;
- 3) la tendenza a privilegiare il finanziamento di attività di cura rivolte prevalentemente alle fasi acute della malattia;
- 4) l'inadeguatezza dei finanziamenti sui momenti non acuti della malattia, che si traduce successivamente in un aumento di frequenza degli stessi ed in una loro maggior complessità e difficoltà gestionale;
- 5) la concentrazione del maggior assorbimento di risorse nelle fasi avanzate e più gravi della malattia, per l'assistenza di un numero relativamente piccolo di malati;
- 6) l'impossibilità di governare, attraverso una programmazione razionale, la spesa che l'assistenza complessiva ad una determinata patologia cronica genera.

A questo si aggiunge la persistente mancanza di dati, in particolare per quanto attiene alla gestione extra-ospedaliera delle patologie croniche, dati che dovrebbero costituire il presupposto basilare di qualsiasi programmazione sanitaria.

Una gestione moderna degli eventi-malattia nel Sistema Sanitario Nazionale, in particolare delle patologie croniche, deve prevedere una presa in carico globale delle stesse, indipendentemente dalle diverse componenti di cui la cura viene ad essere costituita. Questo modello va sotto il nome di *disease management*: esso ini-

zia con l'esordio della malattia e termina, nelle forme croniche, con la guarigione o il decesso del paziente, avendo nell'integrazione tra le varie componenti dell'assistenza uno dei propri requisiti fondamentali. In particolare per *disease management della BPCO* si intende un modello di erogazione delle cure che miri ad ottimizzare l'utilizzo complessivo delle risorse destinate alla malattia, comprensivo degli strumenti necessari alla valutazione dei risultati. Nel modello del *disease management* la gestione dei risultati (esiti) viene integrata nella pratica clinica attraverso l'applicazione dei principi del miglioramento continuo della qualità.

Il presupposto più importante per la riuscita dell'applicazione di un programma di *disease management* è legato al grado di collaborazione ed integrazione tra i diversi operatori (clinici, infermieri, farmacisti, operatori socio-assistenziali, tecnici, ecc.) che interagiscono nell'erogazione dell'assistenza per quella determinata patologia cronica e per quello specifico paziente. Per realizzarsi nel modo migliore questa integrazione presuppone la condivisione tra tutti gli operatori del percorso clinico, dell'evoluzione naturale della malattia e la considerazione in termini globali del processo diagnostico, terapeutico ed assistenziale, osservato lungo tutto l'arco di sviluppo della stessa. Infine, questo modello di gestione si caratterizza per la precoce attivazione di un processo continuo di educazione del paziente, mirato al suo coinvolgimento in una gestione corretta e consapevole della patologia.

Pertanto una reale presa in carico di questi pazienti determina, a fronte di un aumento della spesa farmaceutica, una maggiore appropriatezza terapeutica (broncodilatatori, corticosteroidi per via inalatoria ed antibiotici), con conseguente abbattimento dei costi relativi ai ricoveri, agli accessi al P.S. ed alle riacutizzazioni, che rappresentano il 75% della spesa sanitaria globale relativa alla BPCO<sup>9</sup>. **TiM**

## Bibliografia

1. Scognamiglio A, Mattelli G, Pistelli F, et al. L'epidemiologia della broncopneumopatia cronica ostruttiva. *Ann Ist Super Sanità* 2003; 39:467-484.
2. American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 1995; 152:s77-s120.
3. ISTAT. 1994 - Roma; Indagine multiscopo sulle famiglie.
4. Istituto Superiore di Sanità. La mortalità per causa in Italia: 1980-1998. Disponibile all'indirizzo [www.mortalita.iss.it](http://www.mortalita.iss.it)
5. Ministero della Salute. Ricoveri Ospedalieri-anno 2000. Disponibile all'indirizzo: [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)
6. Trabucchi M. Invecchiamento della specie e vecchia

della persona. Dal pessimismo all'ottimismo, Franco Angeli, Milano 1992.

7. **McSweeney A.** Quality of life in relation to COPD. In McSweeney A, Grant I (eds): COPD. A behavioural perspective, M. Dekker, New York, 1998, pp 59-84.
8. **Stuck A, Siu A, Wieland G, et al.** Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342:1032-1036,
9. **Dal Negro R, Rossi A, Cerveri I.** The burden of COPD in Italy: results from the Confronting COPD survey. *Respir Med* 2003; 97 (Suppl C):S43-S50.