

Introduzione*Punti chiave*

- **I medici di base sono la pietra miliare di ogni sistema sanitario. Essi hanno un ruolo in prevenzione, diagnosi, reclutamento e supporto dell'autogestione, trattamento e palliazione.**
- **Vi è un livello di variabilità inaccettabile nell'accesso all'assistenza primaria tra le nazioni europee. Le priorità dovrebbero comprendere un supporto adeguato e un rapido accesso ai medici di base, che diagnosticano e trattano precocemente le malattie e fanno riferimento appropriatamente agli specialisti.**
- **I medici di base possono giocare un ruolo importante nelle strategie di cessazione dal fumo, riducendo l'esposizione al tabacco e al fumo negli ambienti interni durante la gravidanza e nei neonati, migliorando la salute dei bambini, riducendo le riacutizzazioni asmatiche negli adulti e fornendo cure esaustive ai pazienti con BPCO.**
- **L'assistenza primaria offre una modalità conveniente dal punto di vista costo - beneficio ed appropriata per affrontare l'impatto della patologia respiratoria cronica. Il suo potenziale è limitato, tuttavia, dalle politiche sanitarie nazionali, che non riconoscono i suoi potenziali.**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) stabilisce che il solo modo di far fronte all'impatto globale delle malattie si ottiene attraverso un migliore accesso e una migliore applicazione nei confronti dei principi e degli approcci dell'assistenza sanitaria primaria.

Questo capitolo riassume l'impatto potenzialmente positivo dei medici di base sulla patologia respiratoria in Europa e descrive come possono migliorare l'accesso all'assistenza e gli esiti sanitari.

In particolare dovremmo supportare i richiami della WHO e della Non-Communicable Disease (NCD) Alliance di cominciare ora una forte azione contro le malattie croniche. L'assistenza di base deve essere rafforzata, con meno variazioni di investimenti tra le diverse nazioni e progressi più rapidi verso gli obiettivi della risoluzione della 62^a World Health Assembly.

In un'indagine realizzata in nove Paesi la WHO Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases (GARD) ha rilevato che, lungo un periodo di 5 anni, la quota di pazienti con sintomi respiratori rivoltisi ai medici di base per un motivo qualsiasi variava tra l'8.4% e il 37%.

Questo riflette l'alta prevalenza e variabilità della patologia respiratoria, sottolinea il bisogno dell'assistenza primaria di essere adeguatamente equipaggiata per potervi far fronte e anche il fatto che alcuni servizi primari potrebbero fare di più, con il supporto adeguato.

“

L'unico modo per far fronte all'impatto globale delle malattie è migliorare l'accesso e l'applicazione dei principi e degli interventi dell'assistenza primaria

”

Medici di base

I medici di base sono la pietra miliare di ogni sistema sanitario. Essi hanno un ruolo nella prevenzione, diagnosi, reclutamento dei pazienti e autogestione supportata, trattamento e palliazione. Possono lavorare con popolazioni e singoli individui. I principi, i valori e i dati di economia sanitaria dell'assistenza sanitaria primaria sono stati pienamente descritti dalla WHO (vedi la sezione Letture Ulteriori). È inaccettabile che vi sia l'attuale variabilità di accesso all'assistenza primaria e che aumenti il divario tra l'aumento dei medici di famiglia e gli specialisti. Secondo una relazione prodotta dall'Office for Economic Cooperation and Development (OECD), ci sono più medici specialisti che generici nella maggior parte delle nazioni europee, con l'eccezione di Romania e Portogallo. Inoltre l'esistenza di un'assistenza primaria incentrata sulla persona e facilmente accessibile è associata con una migliore distribuzione della salute nella popolazione, in termini di equità, che non si giova necessariamente dell'eccesso di specialisti. Nei sistemi sanitari limitati dalle possibilità economiche, la priorità dovrebbe essere il supporto adeguato dei medici di base che diagnosticano e trattano le malattie e fanno opportunamente riferimento agli specialisti appropriati. Revisioni della letteratura hanno mostrato che il consulto inappropriato degli specialisti conduce a più esami, aumenta i risultati falsi – positivi e produce esiti peggiori rispetto al comportamento corretto. Mentre in molte nazioni europee il modello di assistenza primaria è incentrato sul medico di base, questo non è il caso di molte altre, dove infermieri, fisioterapisti e altri operatori sanitari esercitano un'azione – guida. Il modello scelto è meno importante della qualifica dell'intervento e dell'intento che lo guida. Il valore del consulto deve essere quello di rendere pazienti e familiari in grado di partecipare attivamente alla loro assistenza e di riconoscere l'esistenza di comorbidità multiple, soprattutto nei più anziani. In alcune nazioni un gruppo sanitario di assistenza primaria condivide le competenze necessarie; in altri sono i medici di base che devono disporre di un ampio raggio di competenze diagnostiche e abilitanti

Assistenza primaria e malattie croniche

È dato per assodato a livello internazionale che per migliorare la gestione dell'impatto economico costituito dall'onere crescente delle malattie respiratorie croniche, devono essere ridefinite le strategie di prevenzione, educazione e gestione. L'assistenza primaria

Siti web utili

- World Health Organization – What we do: data and evidence, health topics, events
www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/primary-health-care/policy
Questo sito traccia insieme con la WHO la politica di assistenza primaria e le relazioni che valutano l'assistenza primaria in molte nazioni europee, utilizzando la WHO Primary Care Evaluation Tool.
- The Lancet – Health policy and papers for chronic diseases and development, launched in November 2010
www.thelancet.com/series/chronic-diseases-and-development
The Lancet's series of papers sono un contributo importante per gli incontri di alto livello delle Nazioni Unite sulle malattie croniche non trasmissibili. I testi coprono a una serie di malattie, come la broncopneumopatia cronica ostruttiva e presentano strategie per migliorare in modo sostanziale la salute, per monitorizzare e accrescere gli interventi
- International Primary Care Research Group – tobacco dependence resources
www.theipcr.org/display/RESTOB/Home
Sito libero, che offre strumenti pratici ed evidenza per migliorare il successo degli operatori sanitari nell'aiutare i pazienti a smettere di fumare



è fondamentale, ma, per svolgere con competenza il ruolo che le è proprio, necessita di standard, linee guida ed educazione specificatamente elaborati; inoltre deve prendere atto delle limitazioni relative alle risorse in molti Paesi e dare risposte alle domande di rilievo che le sono poste, utilizzando l'evidenza che deriva da studi pragmatici e a lungo termine, che considerino temi di vita reale, su popolazioni che rientrino nei suoi canoni, di medicina primaria appunto.

Un ruolo per i medici di base

Fumo

L'International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) considera il fumo come dipendenza da tabacco e ne sostiene l'interruzione, giudicata sia un trattamento efficace che un trattamento preventivo. Questo tipo di politica dovrebbe incoraggiare i clinici a considerare più seriamente il problema, come elemento centrale del proprio lavoro. Dato che i medici di famiglia vedono molti pazienti, anche risultati percentuali relativamente scarsi, in termine di interruzione dell'abitudine al fumo, ottenuti con un intervento breve, possono avere un impatto enorme in termini di numeri assoluti. Quindi l'IPCRG invita i medici di base a sviluppare una strategia di intervento della durata di un minuto, che potrebbe essere utilizzata verso tutti i pazienti che fumano. Per fumo si intende anche l'uso del narghilè, che, pur essendo considerato a volte meno pericoloso, costituisce nei fatti una forma di dipendenza da tabacco con effetti avversi associati. Anche il fumo di cannabis ha effetti negativi sull'apparato respiratorio, simili a quelli del tabacco. In una recente relazione proveniente dal Regno Unito si rileva che per ogni aumento del numero di fumatori pari all'1% in gruppi di pazienti asmatici o con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è corrisposto un aumento dei ricoveri ospedalieri di simili

proporzioni; il supporto alla cessazione del fumo è un trattamento importante.

Maternità e assistenza dei neonati

Il fumo di tabacco compromette la crescita e lo sviluppo dei polmoni e predispone i neonati a sviluppare disturbi respiratori precocemente durante la vita. L'asma controllato male si associa a esiti negativi in gravidanza sia per la madre che per il feto; vi è inoltre evidenza che l'asma in gravidanza viene curato in modo insufficiente, anche nei Paesi a reddito elevato. L'esperienza dei Paesi a basso reddito suggerisce che la consapevolezza relativa a malattie croniche quali asma e BPCO è estremamente scarsa o assente nelle comunità locali. Gruppi di lavoro nell'ambito dell'assistenza primaria che si interessino di problemi respiratori possono costituire un richiamo potente alla cessazione del fumo e possono essere i rappresentanti di strategie basate sull'evidenza, ritagliate sulle caratteristiche locali, per ridurre la dipendenza da tabacco e il fumo negli ambienti interni, specialmente quello causato dal consumo di carburante da biomasse.

Salute dei bambini

Asma e rinite (spesso coesistenti) rappresentano le malattie non trasmissibili (NCDs) più comuni nei bambini. Secondo lo studio ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) il trattamento tempestivo della rinite (allergica) può influenzare positivamente lo sviluppo dell'asma. Nonostante i progressi fatti negli ultimi decenni in molti Paesi, i bambini non sono ancora curati in modo ottimale, con ripercussioni negative sul rendimento scolastico e sugli esami. Tuttavia esistono interventi efficaci che possono essere effettuati con sicurezza in ambito di assistenza primaria. La mortalità per asma è elevata nelle nazioni ove vi sia una scarsa possibilità di utilizzo dei farmaci "controllori". La NCD Alliance richiede con forza la possibilità universale di accedere a inalatori di buona qualità e convenienti; le nazioni con i requisiti adatti dovrebbero essere spinte ad avvalersi dell'Asthma Drug Facility of the International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases (the Union). Le tavole attuali della WHO sui rapporti costo - beneficio potrebbero essere utilmente revisionate per indicare quali farmaci siano i "migliori acquisti" piuttosto che semplici "buoni acquisti". I decessi di bambini e giovani adulti raggiungono il loro picco quando i livelli degli allergeni sono elevati; i sistemi di assistenza sanitaria dovrebbero realizzare calendari dei pollini e altre informative stagionali per prevedere e mitigare alcuni di questi rischi.

Asma negli adulti e cura costo - efficace

In nazioni con servizi di assistenza primaria più avanzata, il trattamento preventivo dell'asma effettuato grazie a questo tipo di organizzazione (cioè il trattamento con i farmaci antiinfiammatori e broncodilatatori disponibili) può impedire lo sviluppo della maggior parte delle riacutizzazioni. Se queste si verificano, la maggior parte può essere gestita in ambito di assistenza primaria senza necessità di ospedalizzazione. L'OECD suggerisce quindi che un numero elevato di ricoveri ospedalieri possa essere un indicatore di cattiva qualità dell'assistenza o del mancato accesso all'assistenza primaria, opportunamente finanziata e supportata. Vi è una considerevole variabilità di assistenza tra le diverse nazioni e vi sono sostanziali possibilità di miglioramento. Un tipo di assistenza più continuativa da parte del medico di famiglia può essere associato con il rischio minore di ricovero nei casi di "condizioni sensibili all'assistenza ambulatoriale" – condizioni che in assenza di complicazioni possono essere gestite in comunità piuttosto che in ospedale, tipo asma e BPCO. Quando sia richiesto il ricovero, l'integrazione e un miglior coordinamento con l'assistenza primaria possono essere efficaci nel ridurre le (ri)ammissioni ospedaliere. Un esempio dei benefici offerti dal miglioramento dell'assistenza primaria si è visto in Finlandia, dove, nonostante l'incidenza dell'asma sia aumentata, un programma sistematico della durata di 10 anni, basato sull'assistenza primaria, ha provocato la riduzione delle degenze ospedaliere e delle spese per la disabilità, così come dei costi associati.

Broncopneumopatia cronica ostruttiva

Una forte assistenza primaria è fondamentale per la prevenzione della BPCO, dato che fornisce il supporto per la riduzione all'esposizione al fumo di tabacco, riconosce e conferma puntualmente la diagnosi, arruola i pazienti riacutizzati, gestisce e provvede all'assistenza continuativa dei pazienti con malattie consolidate, durante e fino alla fine della loro vita. Le prove spirometriche dovrebbero essere sviluppate nell'assistenza primaria, insieme con l'accesso a programmi di esercizio, collaborazioni multidisciplinari e una comunicazione efficace per coloro che necessitano di ricovero ospedaliero. È molto importante rilevare che i medici di base sono idealmente nella posizione di affrontare in modo esaustivo i bisogni dei pazienti con BPCO (fisici, psicologici, sociali e spirituali) mentre la malattia progredisce verso la fine della vita. Il miglioramento dell'accesso alle cure riduce i ricoveri ospedalieri nei pazienti con BPCO, in rapporto al tentativo di ridurre la propensione del paziente a richiedere assistenza o di eliminare la variabilità nella pratica medica. È probabile che il miglioramento del finanziamento pubblico all'assistenza primaria ne migliori l'accesso. La vaccinazione contro l'influenza ha il suo ruolo nella riduzione delle riacutizzazioni di BPCO e asma. Tuttavia, vi è una sostanziale variabilità internazionale nella sua effettuazione; per esempio nel 2008 l'adesione nella Repubblica Ceca è stata del 21.2% per coloro che avevano oltre 65 anni, contro il 77% nei Paesi Bassi, con una copertura di solo il 54.2% in 18 nazioni dell'Unione Europea. Dove le infrastrutture lo permettano si dovrebbe stabilire un registro o un sistema di raccolta dati per pazienti asmatici e BPCO, per eseguire revisioni a lungo termine. Inoltre, vista l'incertezza riguardo agli interventi di miglior validità per la BPCO, un sistema di raccolta dati dinamico, realizzato grazie a registri internazionali di assistenza primaria, sarebbe di aiuto per rispondere a interrogativi della ricerca pertinenti alla via reale.

Conclusioni

L'onere globale della patologia respiratoria cronica avrà un impatto crescente su economia e salute, che interessa la pratica della medicina respiratoria in Europa. L'assistenza primaria offre una modalità di approccio al problema valida, dal punto di vista del rapporto costo - beneficio e appropriata. Tuttavia il suo potenziale è in parte compresso dalle politiche sanitarie nazionali, che non riconoscono i suoi potenziali e non investono in rimborsi, educazione, strategie di reclutamento e di approvvigionamento, che rinforzino e sostengano il suo ruolo e il suo contributo.



Impatto della patologia respiratoria cronica

- Bousquet J, Khaltaev N, eds. Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach. World Health Organization, Geneva, 2007. www.who.int/gard/publications/GARD_Manual/en/index.html
- Office for Economic Cooperation and Development. Health at a glance: Europe 2010. Paris, OECD Publishing, 2010. www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2010_health_glance-2010-en
- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization, 2011. www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
- World Health Organization. Sixty-second World Health Assembly. Geneva, World Health Organization, 2009. apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en.pdf

Medici di base

- 2nd IPCRG International Scientific Meeting, "Primary Care at the leading edge", Thursday 26th May (Evening)–Friday 27th May 2011, Amsterdam. Abstracts selected for publication in the Primary Care Respiratory Journal. Prim Care Respir J 2011; 20: A1-A13.
- Pinnock H, Østrem A, Rodriguez MR, et al. Prioritising the respiratory research needs of primary care: the International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) e-Delphi exercise. Prim Care Respir J 2012; 21: 19–27.
- Pinnock H, Thomas M, Tsigliani I, et al. The International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) Research Needs Statement 2010. Prim Care Respir J 2010; 19: Suppl. 1, S1–S20.
- Purdy S, Griffin T, Salisbury C, et al. Emergency respiratory admissions: influence of practice, population and hospital factors. J Health Serv Res Policy 2011; 16: 133–140.
- Starfield B, Gervas J. Family medicine should encourage its clinicians to subspecialize: negative. In: Kennealy T, Buetow S, eds. Ideological Debates in Family Medicine. Hauppauge, Nova Publishing, 2007; pp. 107–119.
- Starfield BSL, Grover A, Macinko J. The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. Health Affairs 2005; DOI: 10.1377/hlthaff.w5.97.
- Starfield BSL, Macinko J. Primary care impact on health outcomes: a literature review. Milbank Quarterly 2005; 83: 457–502.
- van Schayk CPO, Pinnock H, Ostrem A, et al. IPCRG Consensus Statement: Tackling the smoking epidemic – practical guidance for primary care. Prim Care Respir J 2008; 17: 185–193.
- World Health Organization. The world health report 2008 – primary health care (now more than ever). Geneva, World Health Organization, 2008. www.who.int/whr/2008/en/index.html
- World Health Organization. Primary health care. www.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/primary-health-care/policy

Assistenza primaria e malattie respiratorie croniche

- Bousquet J, Cauwenberge P, Cruz AA, et al. ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) 2008 Update. Allergy 2008; 63: Suppl. 86, 1–160.
- Chavannes N, Ställberg B, Lisspers K, et al. UNLOCK: Uncovering and Noting Long-term Outcomes in COPD to enhance Knowledge. Prim Care Respir J 2010; 19: 408.
- Hahtela T, Tuomisto LE, Pietinalho A, et al. A 10 year asthma programme in Finland: major change for the better. Thorax 2006; 61: 663–670.
- Hakim F, Hellou E, Goldbart A, et al. The acute effects of water-pipe smoking on the cardiorespiratory system. Chest 2011; 139: 775–781.
- Haughney J. Who should look after children with asthma. Prim Care Respir J 2011; 20: 9–10.
- Ong BA, Forester J, Fallot A. Does influenza vaccination improve pediatric asthma outcomes? J Asthma 2009; 46: 477–480.
- Schermer T, van Weel C, Barten F, et al. Prevention and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in primary care: position paper of the European Forum for Primary Care. Qual Prim Care 2008; 16: 363–377.
- Ryan D, Van Weel C, Bousquet J, et al., Primary care: the cornerstone of diagnosis of allergic rhinitis. Allergy 2008; 63: 981–989.
- Taylor DR, Hall W. Respiratory health effects of cannabis: Position Statement of the Thoracic Society of Australia and New Zealand. Intern Med J 2003; 33: 310–313.
- Yusuf OM. Management of co-morbid allergic rhinitis and asthma in a low and middle income healthcare setting. Prim Care Respir J 2012; 21: 228–230.