

## L'approccio del medico di medicina generale

**Germano Bettoncelli**

**Medico di Medicina Generale – SIMG (Società Italiana di Medicina Generale)**

La BPCO costituisce una delle principali cause di disabilità nel mondo e gli indici di DALY (Disability Adjusted Life Year) stimano che nel 2020 essa salirà al 5° posto tra le patologie causa di effetti particolarmente invalidanti. Un problema a così vasto impatto socio-sanitario deve necessariamente coinvolgere l'area delle cure primarie, proprio perché si tratta di una patologia prevenibile ed oggi anche curabile, attraverso interventi in buona misura adeguati a questo livello assistenziale. La medicina di famiglia dovrebbe avere un ruolo determinante nell'intervenire sul problema del tabagismo, causa principale della BPCO, specialmente nella fascia di età adolescenziale quando di solito avviene il primo contatto con la sigaretta. La possibilità di mantenere un rapporto col paziente esteso nel tempo consente al medico di reiterare i propri interventi accompagnandoli, col mutare dell'età del paziente, con la valutazione del suo rischio personale, soprattutto relativamente alle malattie cardiovascolari e respiratorie (vedi la Carte del Rischio Cardiovascolare e Respiratorio dell'Istituto Superiore di Sanità). Per una condizione clinica che nell'adulto arriva a colpire il 10% della popolazione, la formulazione della diagnosi di BPCO deve necessariamente partire dalla formulazione di un sospetto clinico che è certamente alla portata anche del medico di medicina generale. Tale sospetto deve essere confermato mediante l'esecuzione di un esame spirometrico. I dati del principale data base della medicina di famiglia italiana, Health Search, curato dalla SIMG (Società Italiana di medicina Generale) ci dicono che attualmente la prevalenza diagnostica su scala nazionale della BPCO arriva al 2,5% circa, con un'evidente sottostima del fenomeno rispetto a quanto atteso. Inoltre solo nel 30% circa dei casi tali diagnosi sono accompagnate dall'esecuzione di un esame spirometrico. Le conseguenze di queste osservazioni sono che nella maggior parte dei casi i medici generali non effettuano la stadiazione di gravità della malattia e quindi, verosimilmente, anche l'approccio terapeutico non avviene secondo la progressione di intensità raccomandata dalle linee guida internazionali. L'evoluzione del paziente verso il progressivo peggioramento delle condizioni respiratorie rischia così di essere percepito ormai in fase già avanzata o a seguito di episodi acuti di insufficienza respiratoria, molto spesso causa di ricovero ospedaliero e di grave rischio per il paziente. Una corretta diagnosi è quindi il presupposto per una buona gestione del paziente BPCO, anche in considerazione del fatto che questi spesso è portatore di patologie concomitanti che ne aumentano la fragilità e l'invalidità. L'aumento della complessità e della gravità della malattia fanno sì che nelle fasi avanzate solo un approccio integrato medico generale-specialista possa garantire al paziente i livelli assistenziali di cui ha bisogno.

Un sistema integrato di servizi medici, infermieristici e socio-assistenziali, capace di operare in rete, che condivide uno stesso modello operativo e che consente l'accesso ai dati del paziente, rappresenta una risposta adeguata alle esigenze del paziente BPCO in rapporto al suo stadio di gravità. I dati di previsione circa la morbilità e mortalità di questa malattia fanno sì che l'obiettivo più realistico per il futuro sia quello di garantire l'assistenza necessaria al paziente mantenendolo il più possibile nel proprio ambiente, circondandolo dei servizi di cui abbisogna: in questa prospettiva il medico di famiglia, opportunamente aggiornato, potrà continuare ad esercitare un ruolo fondamentale.