

Il ruolo della telemedicina nello screening e nel monitoraggio di BPCO ed asma bronchiale

di Attilio Pietra

Il recente Congresso Nazionale di Napoli ha ospitato una sessione dedicata alla Telepneumologia, in cui sono state discusse le esperienze di alcuni gruppi del Nord Italia e le prospettive offerte da questo strumento.

La telemedicina è “l’uso delle telecomunicazioni per la diagnosi e la cura dei pazienti. Si utilizzano le tecnologie delle telecomunicazioni come mezzo per trasferire le competenze cliniche da dove sono disponibili a dove sono necessarie...” (National Library of Medicine, 1996). Anche nel nostro paese sono attivi servizi di telemedicina, in particolare di telecardiologia e telepneumologia, che sono in grado di fornire al medico non specialista la possibilità di utilizzare, in tempo reale, competenze specialistiche a distanza.

Gli strumenti disponibili in commercio consentono la registrazione di numerosi parametri respiratori ed emodinamici, che vengono inviati per via trans-telefonica ad una “centrale di ascolto”, operativa 24 ore su 24, dove vengono reperiti da uno specialista. I tracciati spirometrici registrati con telespirometro comprendono i parametri più importanti, quali: FVC, FEV₁, PEF, FEF 25-75, curva flusso/volume. I modelli più recenti selezionano automaticamente la migliore curva.

Particolarmente interessanti le recenti apparecchiature complesse, integrate con più sensori periferici, che consentono monitoraggi più complessi e precisi: possono registrare l’ossimetria, la capnometria, la pressione arteriosa, l’elettrocardiogramma, il consumo di ossigeno (nei pazienti in

ossigenoterapia domiciliare) ed infine i parametri di funzionamento di un ventilatore (nei pazienti in ventiloterapia domiciliare).

Nelle patologie in cui la misurazione della funzione respiratoria è importante per la diagnosi ed il monitoraggio (p.e. asma bronchiale e BPCO) la telespirometria si propone come strumento di screening nelle strutture di cura di primo livello.

Accanto a questo ruolo di “supporto diagnostico” al medico non specialista si sta affermando un suo utilizzo anche nel monitoraggio domiciliare di pazienti con patologie gravi (insufficienza respiratoria severa in ossigenoterapia domiciliare e/o ventiloterapia domiciliare, difficult asthma) in cui la trasmissione a distanza dei parametri del paziente consente una regolare supervisione dello Specialista Pneumologo. Rimando all’articolo di E. Guffanti per le problematiche della gestione telematica del paziente con insufficienza respiratoria avanzata, presentando invece alcune esperienze sull’uso della telemedicina nella gestione della BPCO e dell’asma bronchiale.

a) screening spirometrico della BPCO in popolazione a rischio: due studi (Ospedale di Arenzano ed Ospedale San Carlo Borromeo di Milano) evidenziano come la esecuzione della spirometria nello studio del M.M.G. consenta di identificare, in una popolazione di fumatori, una percentuale significativa di pazienti con BPCO di stadio dal I° al III° (44% e 26% nei due studi rispettivamente).

b) screening e monitoraggio domiciliare del paziente asmatico. Il primo studio (Ospedale di Arenzano) è uno screening dell’asma bronchiale, presso lo studio del MMG, in pazienti che lamentano almeno un sintomo asma correlabile. Il M.M.G. somministra un questionario sui sintomi

respiratori ed esegue la spirometria: 41 (26%) dei 191 pazienti risultati valutabili, presentavano ostruzione bronchiale ($FEV_1 < 70\%$).

Il secondo studio (Ospedale San Carlo Borromeo di Milano) è un programma di monitoraggio domiciliare, della durata di sei mesi, di un gruppo di 9 pazienti con “difficult asthma”. È previsto un monitoraggio quotidiano con telespirometria. In caso di peggioramento dell'ostruzione bronchiale è previsto un contatto immediato tra lo Pneumologo reperibile ed il paziente, per valutare la sintomatologia e modificare opportunamente la terapia. Durante il periodo di osservazione non vi è stato nessun accesso al P.S. e nessun ricovero.

Questi studi evidenziano che una valutazione clinica “esperta” associata alla misurazione della funzione respiratoria consente di migliorare la accuratezza diagnostica nell'asma bronchiale e la efficacia del trattamento in pazienti con “difficult asthma”. Vi è un generale consenso sulla necessità di sottoporre sistematicamente il paziente con malattia polmonare ostruttiva ad una misurazione della funzione respiratoria. Le linee guida GOLD non solo identificano nel FEV_1 l'elemento essenziale per una corretta stadiazione della BPCO, ma sottolineano che tutti i soggetti con tosse cronica, escreato o storia di esposizione a fattori di rischio, anche in assenza di dispnea, devono essere sottoposti a spirometria, per identificare precocemente i pazienti BPCO. Le Linee Guida GINA affermano che “le misure della funzionalità respiratoria dovrebbero essere usate per monitorare il decorso dell'asma e la risposta del paziente alle terapie”: ogni paziente asmatico deve essere sottoposto a spirometria almeno al momento della diagnosi, ed ogni volta che venga instaurata una nuova terapia. La spirometria deve essere ripetuta almeno ogni 1-2 anni, per valutare la stabilità della funzione respiratoria.

Indicazioni molto autorevoli che hanno però scarso riscontro nella pratica clinica: la BPCO è tuttora una patologia diagno-

sticata in fase iniziale solo nel 25% dei casi. Anamnesi ed esame clinico non sono sufficienti: è necessario misurare la funzione respiratoria. Non solo: molti pazienti diagnosticati come BPCO non hanno mai fatto una spirometria. Un dato per tutti: Dal Negro (Monaldi Arch Chest Dis, 2002), in un gruppo di pazienti BPCO del Nord-Est, evidenzia che sono trascorsi in media sei anni tra il momento della diagnosi e la esecuzione della prima spirometria. Analogamente il discorso per l'asma bronchiale: si stima che solo il 30% dei pazienti in trattamento farmacologico quotidiano abbia eseguito una spirometria nell'anno precedente. Le conseguenze sono: diagnosi tardiva e ritardo nella messa in atto dei provvedimenti (p.e. cessazione del fumo) che sono in grado di modificare prognosi della BPCO, non adeguato trattamento di asma bronchiale e BPCO.

È probabile che il soggetto fumatore in cui si evidenzia un danno polmonare in atto sia più motivato a smettere di fumare, come indica un recente studio di Gorecka (Chest, 2003) in cui, in un gruppo di fumatori, la dimostrazione di ostruzione bronchiale accompagnata dall'invito alla cessazione del fumo si associa ad una maggiore percentuale di soggetti che, ad un anno, hanno smesso di fumare rispetto al gruppo di fumatori con vie aeree normali (15% verso 4,5%).

Come è possibile aumentare il numero di spirometrie? Ferguson (Chest, 1999) ha pubblicato i risultati del Consensus statement sull'“*office spirometry for lung health assessment in adults*”. Con “office spirometry” si intende l'esame spirometrico eseguito con apparecchi portatili, di semplice uso, ed eseguito da personale non specializzato (M.M.G., infermiera professionale) nello studio del medico.

Il razionale è dato dalla assoluta necessità di sottoporre tempestivamente, in strutture di cura primaria, pazienti a rischio e pazienti sintomatici ad una misurazione della spirometria.

Il dibattito è aperto e verte soprattutto sulla possibilità che la “office spirometry” sia eseguita in modo corretto e ripetibile e che l’esame venga interpretato correttamente dal medico non specialista in malattie respiratorie. Asma e BPCO sono patologie con prevalenza elevata e molti pazienti non vengono curati dallo specialista Pneumologo, ma dal M.M.G., dall’Internista e, per l’asma bronchiale, dall’Allergologo, dal Pediatra. O’Dowd (Am J Med, 2003) in uno studio sull’asma bronchiale dimostra che i “general practitioner” tendono ad usare poco lo spirometro, mentre solo il 2% degli “specialisti dell’asma” non lo utilizza. Da questo studio emerge che il livello di training, l’abitudine ad eseguire l’esame ed infine la sicurezza nella interpretazione dei risultati, sono importanti fattori predittivi sul sotto-utilizzo dello spirometro da parte dei medici generici.

14

Quale vantaggio offre la telespirometria rispetto alla “office spirometry”? Entrambe rappresentano una reale possibilità di implementare il numero di indagini spirometriche e di migliorare la accuratezza diagnostica e la qualità del trattamento dei pazienti asmatici e BPCO.

La filosofia della “office spirometry” è misurare la funzione respiratoria lì dove sono i pazienti, la filosofia della telemedicina è misurare la funzione respiratoria lì dove sono i pazienti, portando, nel contempo, la competenza medica specialistica nella struttura primaria di cura.

La telepneumologia consente: il controllo della qualità degli esami eseguiti in periferia, la interpretazione degli esami da parte di un esperto, la interazione tra Specialista Pneumologo e M.M.G. (o paziente in automonitoraggio) che integri il dato funzionale con i dati clinici, nell’ottica di un supporto decisionale alla gestione domiciliare.