

La valutazione spirometria dei fumatori nella Medicina Generale. Dove sono le prove?

Spirometric valuation for smokers in the General Medicine. Where is the evidences?

Alberto Donzelli

Riassunto

L'ultima revisione Cochrane non ha evidenziato l'efficacia della spirometria nel favorire la cessazione dal fumo. Un nuovo studio afferma che sarebbe efficace negli ambulatori medici, e propone incentivi contrattuali. Ciò non sembra supportato dai dati.

Infatti lo studio ha effettuato spirometrie a tutti i fumatori partecipanti, chiedendo di smettere; a differenziare il gruppo sperimentale è stata la comunicazione (immediata, verbale, visiva, poi scritta) dell'età polmonare. Il gruppo di controllo non riceveva comunicazione immediata del risultato, presentato un mese dopo con lettera come FEV1, senza spiegazioni.

Non è stata la spirometria, né la prova del danno a fare la differenza, ma la comunicazione con il paziente, con presentazione delle informazioni in modo comprensibile, anche visivo, più messaggi educativi incoraggianti.

L'USPSTF raccomanda di scoraggiare la spirometria ai fumatori, perché occorrerebbe screenarne circa 1000 (esponendone molti, compresi i falsi positivi, agli effetti avversi dei trattamenti farmacologici) per evitare un'esacerbazione.

La spirometria è tecnologia costosa da acquisire, con tariffe a carico di SSN o assistiti, tempi di impiego in competizione con il counseling delle 5A e con la prescrizione/educazione all'uso di farmaci di efficacia dimostrata.

Come "aggancio" meglio le carte del rischio di BPCO, abbinare a quelle del rischio di cancro polmonare e cardiocerebrovascolare, per trasmettere messaggi coinvolgenti sulle conseguenze per la maggior parte dei fumatori che non smettono per tempo.

Meglio riservare incentivi a interventi che documentino cessazioni a lungo termine in assistiti con stato di fumatore certificato, anziché a prestazioni/processi che non garantiscono outcome e si prestano ad abusi tecnologici e comportamenti opportunistici.

Parole chiave: *Spirometria, Smettere di fumare, Medico di medicina generale.*

Abstract

A Cochrane review showed that pulmonary function tests (spirometries) are effective in promoting smoking cessation.

A new study reports that spirometries may be effective in GPs' offices and suggests related contractual incentives. However, the data are not definitive.

In the study, all subjects enrolled were smokers, had a spirometry and then were told to quit smoking; one group also received informations (immediate, verbal, with visual and written aids) about their pulmonary age. The control group instead did not receive an immediate feed-back of the spirometry results, which were sent by mail one month later; but not with further explanation.

The difference has been therefore made neither by spirometry, nor by the evidence of pulmonary damage, but by the information given to patients, that was delivered immediately and in a customer-friendly way. USPSTF (United States Preventive Services Task Force) recommends against spirometry in smokers because the number needed to screen is around 1000 to avoid a COPD exacerbation, therefore exposing many patients to the side effects of pharmacological treatments. Spirometry is a technology expensive to acquire, and the costs are covered by the NHS; it also requires health professionals' extra working time, that could be spent in the application of the "five As" counselling and in the prescription of the existing and effective anti-smoking drugs.

COPD risk visual charts (combined with lung cancer and cardiovascular risk charts), seem better tools to "hook" smokers and to raise their awareness.

Incentives for documented long-term cessations in "certified" smokers are more cost-effective than technologies with no guaranteed health outcome and that may be overused or stimulate opportunistic behaviours.

Keywords: *Spirometry, Smoke cessation, General practitioner.*

INTRODUZIONE

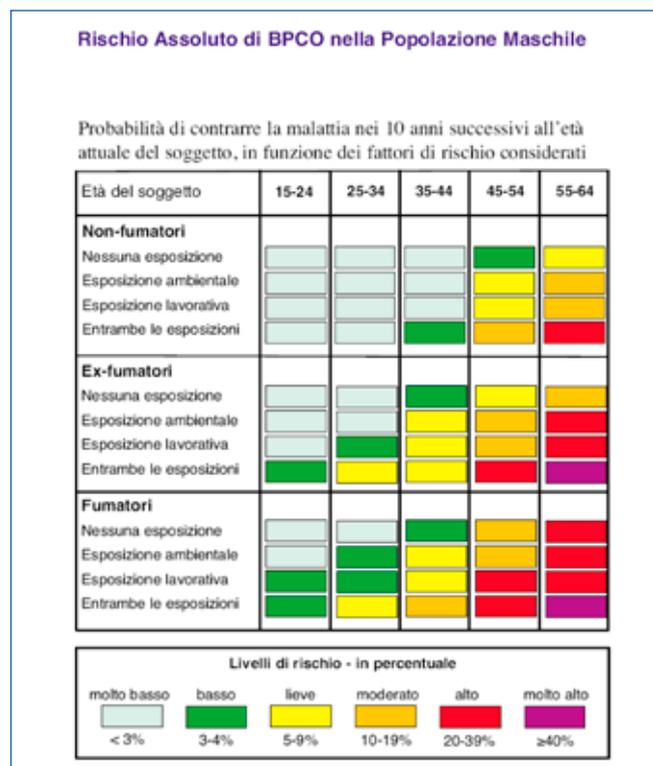
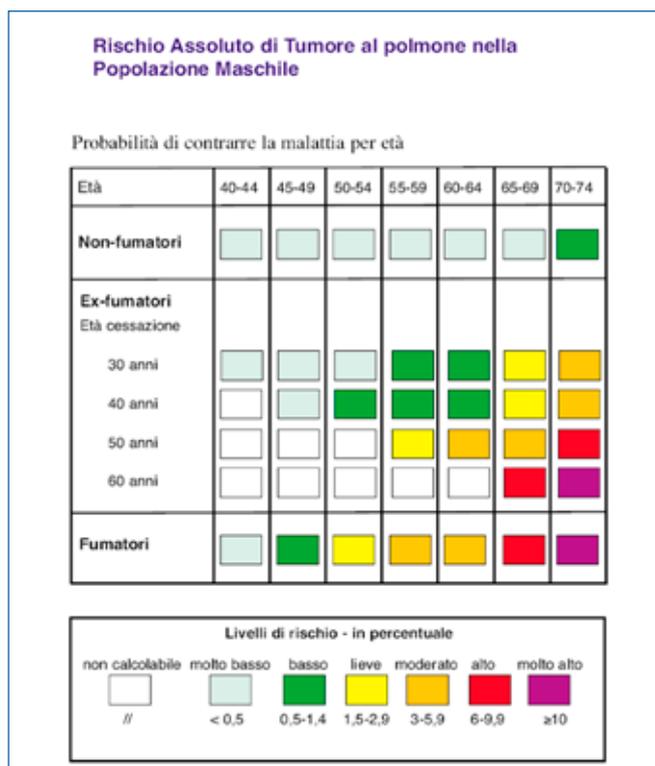
Una revisione sistematica Cochrane del 2005¹ aveva concluso per l'assenza di prove di efficacia di spirometrie + misura del monossido di carbonio (CO) espirato nel favorire la cessazione dal

fumo di tabacco. Nessuno dei tre trials controllati e randomizzati (RCT) che prendevano in considerazione il loro effetto sui tassi di cessazione mostrava differenze significative tra esposti e non esposti, e due su tre mostravano addirittura una tendenza a minori ces-

sazioni (OR 2,45 IC 95% 0,73-8,25 e 3,50 IC 95% 0,88-13,92) nei gruppi sottoposti a spirometrie + misurazioni CO. Un quarto RCT con sole spirometrie ha dato un OR 1,21 IC 95% 0,60-2,42 (e un quinto con ultrasonografia delle arterie carotidi e femorali in fumatori di 10-12

Alberto Donzelli

Direttore Servizio Coordinamento Educazione sanitaria, Promozione della salute e Marketing sociale dell'ASL Città di Milano



sigarette al dì un ha significativamente ridotto le probabilità di cessazione: OR 3,15 IC 95% 1,06-9,31). Il RCT di Parkes² afferma che le linee guida NICE sulla cessazione dal fumo andrebbero ora riviste, incorporando la spirometria tra le prestazioni da prevedere negli ambulatori dei medici di medicina generale, abbinata alla comunicazione dell'età polmonare, e che il nuovo contratto dei Medici Medicina Generale (MMG) con il NHS dovrebbe prevedere incentivi per la valutazione spirometrica, che avrebbe un'efficacia pratica almeno comparabile ad altri trattamenti di provata efficacia per la cessazione dal fumo. Tale conclusione e richiesta non sembra però supportata dai dati. Infatti Parkes et al. hanno effettuato una spirometria a tutti i fumatori partecipanti al RCT, e ciò che ha differenziato il gruppo sperimentale è stata la comunicazione (immediata, verbale e con supporto visivo di due grafici, e in seguito anche scritta) dell'età polmonare. Invece il gruppo di controllo riceveva solo l'invito a una spirometria di controllo dopo un anno, senza comunicazione immediata del risultato, presentato con una lettera dopo 4 settimane sotto forma di semplice FEV1, senza altre spiegazioni. A entrambi i gruppi si raccomandava decisamente di smettere

di fumare, fornendo indicazioni sui centri pubblici per la disassuefazione.

Il RCT non supporta neppure la convinzione che l'essere messi di fronte al danno già arrecato ai propri polmoni favorisca la motivazione a smettere.

Anzi, tendenzialmente si è verificato l'opposto: infatti il deficit medio di età polmonare è risultato di 8,7 anni in chi ha smesso di fumare contro 9,4 anni in chi non ha smesso, e gli autori ipotizzano che la mancanza di significatività nella differenza (che per altro va nella direzione opposta a quanto può sembrare intuitivo) possa essere dovuta a un'insufficiente potenza dello studio, specie nel gruppo di chi ha smesso.

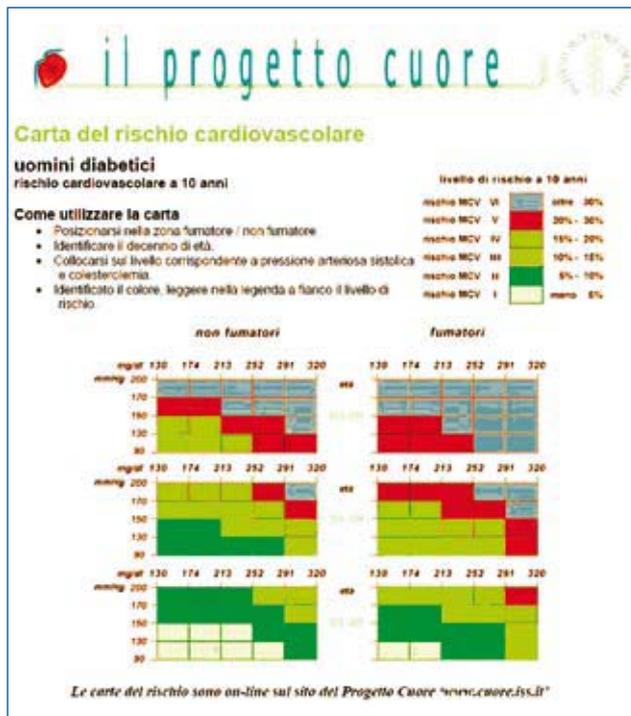
INTERPRETAZIONE DEI DATI

Dunque, in attesa che altri studi chiariscano meglio se esistano esami strumentali che aiutano a smettere, come si possono interpretare i dati? Non è stato l'uso di un supporto tecnologico (identico nei due gruppi), né la prova di un danno a fare la differenza, ma la comunicazione con il paziente, con presentazione delle informazioni in modo comprensibile e anche visivo, abbinata a messaggi educativi incoraggianti. Ciò trova una tempestiva conferma in uno studio³ e in un editoriale⁴ da po-

co pubblicati sul BMJ: pazienti affetti da intestino irritabile sottoposti a falsa agopuntura + farmaci hanno avuto una riduzione del disturbo maggiore del 17% rispetto al gruppo di controllo con soli farmaci.

Ma la riduzione è aumentata del 34% se sottoposti a un falso trattamento con agopuntura, ma in contemporanea seguiti personalmente da un medico o un infermiere che stava con loro tutto il tempo della seduta, intervistandoli sui sintomi, sulla storia familiare e sullo stile di vita.

Il vero effetto placebo (ma sarebbe meglio dire "il maggior effetto curativo") era prodotto dalla relazione tra paziente e operatore sanitario: chi percepisce di essere seguito con attenzione e cura risponde meglio. La comunicazione più efficace ha forse prodotto anche un tendenziale maggior ricorso a supporti clinici o farmacologici efficaci per smettere (7,8% nel gruppo di controllo vs 10,7 nel gruppo di intervento). Tra l'altro i tassi di cessazione a un anno nel gruppo di intervento (13,6%, e 6,4% nei controlli) sono simili a quanto si ottiene esponendo un gruppo di fumatori ai trattamenti brevi + farmaci efficaci disponibili, e inferiori a quanto ottenuto in un RCT italiano nel contesto delle cu-



re primarie, con counseling breve a tutti, e bupropione nel gruppo sperimentale⁵: cessazioni continuative a un anno 25%, vs 14% nel gruppo con placebo.

In base alle prove esistenti quindi non può essere raccomandata di routine ai fumatori una spirometria.

Questa posizione è affermata con decisione anche dall'autorevole Agenzia indipendente US Preventive Services Task Force^{6,7}, che "recommends against screening adults (smokers) for COPD using spirometry (Grade D = moderate certainty that the service has no net benefit or that the harms outweigh the benefits. Suggestion for practice: discourage the use of this service)", anche perché in base ai dati negli USA occorrerebbe scrennare con spirometria circa 1.000 fumatori adulti (esponendone molti, compresi i falsi positivi, agli effetti avversi dei trat-

di efficacia dimostrata. Un esempio di possibili ricadute, considerando solo l'aspetto finanziario, nel 2007 nell'ASL Città di Milano si sono effettuate a carico del SSR 27.020 spirometrie (che ammontano al 41% di tutte quelle effettuate in Lombardia) su 18.754 soggetti. Applicare uno screening spirometrico a tutti i fumatori (identificati come "soggetti >40 anni con più di 10 pacchetti/anno di fumo" in una proposta di PDT regionale formulato da pneumologi) significherebbe fare in un anno una spirometria completa, senza contare altri esami che potrebbero aggiungersi, a circa 180.000 milanesi, al prezzo di circa 9,3 milioni di Euro (7,9 milioni di Euro in più rispetto al 2007).

Se il medico di Medicina Generale (MMG) intende usare un "aggancio" per

tamenti farmacologici oggi disponibili) per evitare un'esacerbazione. In aggiunta, la spirometria è una tecnologia costosa da acquisire (€ 1.000 o più per spirometro), da imparare a usare, con tariffe a carico del SSN (in Italia € 51,65) o pagamenti richiesti all'assistito, e con un tempo di impiego (30' in media² solo per effettuare l'esame) che va inevitabilmente in competizione con prestazioni di provata efficacia come il counseling delle 5A e con la prescrizione/educazione all'uso di farmaci

il counseling, questo potrebbe limitarsi alla presentazione o consegna di materiali dell'Istituto Superiore di Sanità come le carte del rischio di BPCO, anche abbinate a quelle del rischio di cancro polmonare e del rischio cardiocerebrovascolare (figure 1, 2, 3). Non c'è bisogno di spirometrie (meno che meno ripetute tutti gli anni) per trasmettere un messaggio coinvolgente su quali saranno le conseguenze (polmonari, cardiovascolari o tumorali) per la maggior parte dei fumatori che non smettono fino a che sono in tempo.

Per i MMG che volessero comunque usare un aggancio "tecnologico", un misuratore portatile del CO espirato, benché di rapida esecuzione e costo di circa € 500, sembra altrettanto inutile come supporto motivazionale a smettere⁴. Per restare a quanto emerge dal RCT di Parkes, potrebbe bastare un misuratore di FEV1 (costo meno di € 50), che dà l'informazione essenziale da abbinare a grafici con cui mostrare anche l'età polmonare.

Per l'incentivo, infine, meglio riservarlo a MMG il cui intervento documentati cessazioni a lungo termine (outcome di interesse) in assistiti di cui sia stato certificato lo stato di fumatore, piuttosto che a prestazioni e processi che di per se non sono garanzia di outcome e si possono prestare ad abusi tecnologici e comportamenti opportunistici degli erogatori.

Esperienze di incentivi di risultato per cessazioni dal fumo confermate a 1 e a 2 anni dall'esposizione all'intervento medico si sono dimostrate fattibili nel contesto della Medicina Generale, con oneri organizzativi relativamente modesti^{8,9}. ■

Bibliografia

1. Bize R, Burnand B, Mueller Y, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, issue 4. Art. N°: CD004705
2. Parkes G, Greenhalg T, Griffin M, Dent M. Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: the Step2 quit randomised controlled trial. *BMJ* 2008; 336: 598-600
3. Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, Davis RB, Kerr CE, Jacobson EE et al. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ* 2008; 336:999-1003
4. Spiegel D, Harrington A. What is the placebo worth? *BMJ* 2008; 336:967-968
5. Fossati R, Apolone G, Negri Emanuele, Compagnoni A, La Vecchia C, Mangano S et al. A double-blind, placebo controlled, randomized trial of bupropion for smoking cessation in primary care. *Arch Intern Med* 2007; 167:1791-1797
6. US Preventive Services Task Force. Screening for chronic obstructive pulmonary disease using spirometry: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2008; 148:529-534
7. Lin K, Watkins B, Johnson T, Rodriguez JA, Barton MB. Screening for chronic obstructive pulmonary disease using spirometry: summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2008; 148:535-543
8. Donzelli A, Perozziello F, Bettinelli M, Sghedoni D. Progetto aziendale per la disassuefazione dal fumo degli assistiti dei medici di medicina generale. *ASI* 2001; 3: 36-40
9. Donzelli A. Alcune domande e risposte sul progetto aziendale di disassuefazione dal fumo da parte dei MMG. *ASI* 2001; 3: 41-43