

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n. 468

del 18 OTT. 2018

OGGETTO: approvazione percorso diagnostico terapeutico assistenziale BPCO

STRUTTURA PROPONENTE: Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base.
Data di presentazione della proposta 11/10/2018

In data 18 OTT. 2018, nei locali della Sede Legale dell'ASP in via Mario Nicoletta Crotone, il Direttore Generale, Dr Sergio Arena adotta la seguente delibera.

Su conforme proposta del responsabile del procedimento designato nonché della espressa dichiarazione di regolarità e legittimità e di conformità dell'atto alla normativa vigente resa dalla Dr.ssa Maria Pompea Bernardi

VISTO il D.Lgs n.502 del 30/12/1992 e successive modificazioni e integrazioni;

VISTO il DCA-Regione Calabria N.11 del 02/4/2015 "Approvazione Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva;

VISTO il DCA-Regione Calabria n.113 del 03/11/2016 "P.O.2013-2015 Programma 14.8-Riequilibrio ospedale territorio-Approvazione documento di riorganizzazione della Rete Territoriale";

VISTO il DCA-Regione Calabria N.11 del 02/4/2015

VISTO l'Atto Aziendale dell'ASP di Crotone approvato con Delibera del Commissario Straordinario n.253 del 21/7/2016;

TENUTO CONTO che il PDTA – percorso diagnostico terapeutico aziendale rappresenta uno strumento per un razionale utilizzo delle risorse;

CHE il PDTA comprende l'insieme delle azioni da intraprendere al fine di ottimizzare la cura e la prevenzione delle diverse patologie e che si sviluppa

affrontando diverse tematiche;

RITENUTO pertanto necessario, in osservanza alle disposizioni nazionali e regionali, approvare un percorso diagnostico terapeutico aziendale per la gestione integrata dei pazienti affetti da BPCO;

VISTI gli atti di indirizzo in narrativa;

VISTE le leggi vigenti in materia;

PROPONE

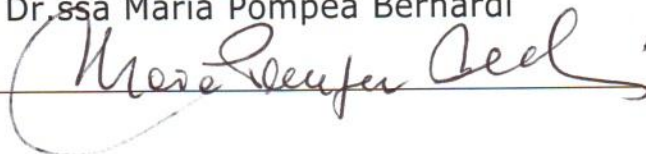
per quanto in narrativa che qui si intende integralmente ripetuto e confermato, di:

APPROVARE l'adozione del PDTA per la gestione integrata dei pazienti affetti da BPCO che allegato alla presente deliberazione ne forma parte integrante e sostanziale;

RECEPIRE le procedure previste nel suddetto PDTA;

TRASMETTERE copia della presente deliberazione, per gli adempimenti di rispettiva competenza, alle strutture di seguito indicate: Ufficio Affari Generali, Direzione Sanitaria P.O., Distretto Sanitario Unico Aziendale.

Il Responsabile del Procedimento
Dr.ssa Maria Pompea Bernardi



Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la proposta di deliberazione che precede e che s'intende qui di seguito integralmente riportata e trascritta.

Visti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

Ritenuto di dividerne il contenuto.

DELIBERA

di approvare la superiore proposta che qui s'intende integralmente riportata e trascritta per come sopra formulata dal Responsabile della struttura proponente.

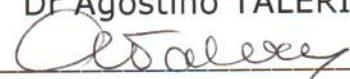
Il Direttore Amministrativo

Dott. Giuseppe FICO



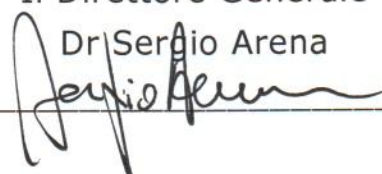
Il Direttore Sanitario

Dr. Agostino TALERICO



Il Direttore Generale

Dr. Sergio Arena



UFFICIO AFFARI GENERALI

SEGRETERIA GENERALE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge all'Albo pretorio dell'Azienda in data 18 OTT. 2018 con protocollo n.

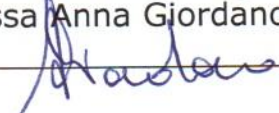
129

Il Responsabile del procedimento

.....



Il Direttore U.O. Ufficio
Affari Generali e Legali
Dr.ssa Anna Giordano





*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

DR. AGOSTINO TALERICO

Percorso Diagnostico-Terapeutico per la gestione integrata dei pazienti affetti da B.P.C.O di Crotone

SOMMARIO

1	PREMESSA.....	3
2	Dati di scenario	5
2.1	Impatto economico della BPCO	6
2.2	Fattori di rischio.....	6
3	Obiettivi del percorso sanitario	8
3.1	Obiettivo di salute	8
3.2	Obiettivo organizzativo	8
4	Il Modello	9
4.1	Il Percorso Diagnostico –Terapeutico Assistenziale	9
4.2	Prima presa in carico del paziente	12
4.3	La gestione integrata Ospedale-territorio: l'ambulatorio specialistico e il MMG	17
4.4	Fase intraospedaliera	20
4.5	Indicatori	27
4.6	Conclusioni	28
5	Azioni da intraprendere e tempistica di attuazione, monitoraggio	29
	Allegato 1 - Carta del rischio	30
	Allegato 2 - Questionario	31

1 PREMESSA

In relazione al Programma Operativo (2013-2015) della Regione Calabria, l'ASP di Crotone ha inteso implementare il modello organizzativo proposto dalla Regione Calabria calandolo nella realtà del territorio Crotonese, affinché possa essere favorita la continuità dell'assistenza con un impiego coordinato ed uniforme delle risorse. Nella consapevolezza dell'importanza che una patologia così incidente può avere per il territorio crotonese.

Gli attori di questo percorso, che hanno formulato la proposta relativa al PDTA della BPCO, sono riportati qui di seguito :

DR. A. Talerico Direttore Sanitario Aziendale

Dr.ssa M.P. Bernardi Staff Dir. San. Aziendale

Dr G. Mauro Direttore U.O. Medicina

Dr. M.Russo Direttore U.O. di Fisiopatologia respiratoria

Dr. A. Attinà Dirigente Medico dell'U.O. di Fisiopatologia respiratoria

Dr. G. Varrina segretario FIMG Regionale

Dr. P. Vasapollo Segretario FIMG Aziendale

Dr. P. Mungari Direttore U.O. Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza

Dr. G. Greco Responsabile dell'ambulatorio di Allergologia

Dott.ssa R. Leotta coord. Inf. ff. U.O. Medicina Interna

Dr. F. Sarcone Pos. Org. Inf. Territoriale

Questa proposta si configura come un insieme di indicazioni operative ed organizzative finalizzate a coordinare e razionalizzare gli interventi sanitari territoriali di base con gli interventi sanitari specialistici ambulatoriali ed ospedalieri nei confronti dei pazienti affetti da BPCO.

Il documento è rivolto prioritariamente a:

- Medici di Medicina Generale (MMG) dell'ASP;
- Specialisti Ospedalieri dei reparti medici;
- Specialisti Ambulatoriali territoriali;
- Specialisti Ambulatoriali convenzionati di specialità mediche del territorio.

La scelta del Percorso Diagnostico Terapeutico del malato con B.P.C.O. scaturisce dall'importanza che tale patologia oggi riveste in termini epidemiologici, economici e di impatto sulla qualità della vita.

Gli obiettivi strategici più importanti sono:

- mantenimento e miglioramento della salute dei pazienti;
- miglioramento della qualità dell'assistenza;
- razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse impiegate.

2 Dati di scenario

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una malattia comune, prevenibile e trattabile caratterizzata da una limitazione persistente al flusso aereo solitamente evolutiva e associata ad aumentata risposta infiammatoria cronica delle vie aeree a inquinanti inalatori, fra cui il fumo è ascrivibile come il principale fattore di rischio.

Si stima che il 4.5% della popolazione generale sia affetta da BPCO. La prevalenza dei sintomi di BPCO aumenta con l'età ed interessa il 50% dei maschi fumatori di età superiore ai 60 anni. Tuttavia il rischio di sviluppare la BPCO cresce progressivamente dopo i 55 anni di età indipendentemente dal sesso (Odd Ratio 6.16 ed 4.07 rispettivamente in maschi e femmine >75 anni).

La BPCO ha importanti ricadute in termini clinici, sociali e di spesa sanitaria. In Italia le malattie respiratorie sono la terza causa di morte e la BPCO rappresenta il 50% di questi decessi; le riacutizzazioni costituiscono la maggiore causa di impatto clinico della BPCO in termini di: visite mediche, ricoveri ospedalieri e mortalità. L'elevato impatto socio-economico della BPCO è aggravato dalle invalidità, dalle disabilità e dalle comorbidità che l'accompagnano per molti anni.

Una fonte di statistiche sanitarie utile per identificare con maggior chiarezza il peso della BPCO nella Regione è rappresentata dalle schede di dimissione ospedaliera. Per aggregati clinici di diagnosi principale, alla dimissione nel 2012 risultano 3.317 ricoveri per malattia cronica ostruttiva (2.031 maschi, 1.286 femmine) con una degenza media di 9 giorni (27.394 giornate totali); il 78% dei ricoveri sono nella fascia di età >65 anni. I ricoveri per malattia cronica ostruttiva sono 1,2% dei ricoveri ospedalieri totali effettuati nella Regione Calabria nell'anno 2012. Nell'anno 2013 si registra una diminuzione dei ricoveri pari al 30%. I ricoveri sono stati infatti 2.293 (maschi 1.426, femmine 867) con una degenza media di 8 giorni (19.511 giornate totali). I ricoveri per malattia cronica ostruttiva sono 1% dei ricoveri ospedalieri totali effettuati nella Regione Calabria nell'anno 2013. D'altra parte, la Calabria è al primo posto in Italia per malattia respiratoria cronica (Sistema PASSI), con una prevalenza del 12%.

Un possibile limite che viene riferito ai dati di dimissione ospedaliera è rappresentato dalla **sottostima**, in quanto molti ricoveri per BPCO possono essere stati classificati sotto altri DRG: ad es. le riacutizzazioni spesso sono state classificate con il DRG che identifica l'insufficienza respiratoria, anche se non sembra del tutto plausibile rivendicare alle BPCO tutti i ricoveri per Insufficienza Respiratoria acuta.

Il valore di prevalenza calcolato dalla Regione Calabria nell'anno 2012 nell'ambito del progetto POAT1 risulta essere del $33,21 * 1.000$ abitanti, per un valore assoluto pari a n. 65.036 (di cui 22.568 con monopatologia e 42.468 con polipatologia).

2.1 IMPATTO ECONOMICO DELLA BPCO

L'onere delle patologie è distinto in costi diretti e costi indiretti. I primi includono le spese per ricoveri ospedalieri, visite mediche, assistenza domiciliare e terapia farmacologica. I secondi sono essenzialmente costituiti dagli effetti disabilitanti provocati dalla malattia, causa della perdita di giorni lavorativi e causa di altri costi non a carico del Servizio Sanitario.

L'onere economico e sociale della BPCO sulla società è previsto in sostanziale aumento nei prossimi 30 anni. Nell'ambito dello studio *Confronting COPD in North America and Europe* (CCNAE) è stata recentemente stimata in Italia, a causa della BPCO, una spesa media annuale di 1.261,25 euro per paziente, attribuibile ai costi diretti. I costi indiretti sono stati stimati in 47,29 euro per paziente. Il rilievo di un costo indiretto per paziente così basso, può essere spiegato dal fatto che il 63% della popolazione studiata ($n = 400$) si trovava già in età della pensione. Tre quarti dei costi diretti per paziente sono addebitabili alle spese per i ricoveri ospedalieri (963,10 euro).

L'onere della BPCO per le società industrializzate è importante, sia in termini di spesa, sia di utilizzo delle risorse. L'onere è proporzionale alla gravità, alle comorbidità ed al mancato controllo della malattia, con conseguenti disabilità del paziente e ricoveri ospedalieri, come dimostrato per altre patologie croniche respiratorie.

2.2 FATTORI DI RISCHIO

I fattori di rischio della BPCO sono:

- **Fumo di tabacco**, inclusi sigarette, pipa, sigaro ed altri tipi di fumo di tabacco comuni in molti Paesi ed il fumo passivo (ETS)
- **Polveri respirate nell'ambiente lavorativo e sostanze chimiche** (vapori, irritanti e fumi) quando le esposizioni siano sufficientemente intense o prolungate.
- **Inquinamento indoor da parte di biomasse** combustibili usate per cucinare e per il riscaldamento in ambienti scarsamente ventilati, tale fattore di rischio riguarda soprattutto le donne che vivono in Paesi in via di sviluppo.
- **Inquinamento outdoor**, che contribuisce alla quantità totale di particelle inalate a livello polmonare, sebbene sembri avere un effetto minore sulla genesi della BPCO.

¹ Progetto Operativo di Assistenza Tecnica Regione Calabria – Linea regionale Trasversale Programmazione



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

- **Il fattore di rischio genetico** meglio documentato come deficit ereditario completo di alfa-1-anti-tripsina. Questa condizione rappresenta un modello per la comprensione dei meccanismi, mediante i quali altri fattori di rischio genetici possono contribuire allo sviluppo della malattia.
- **Qualunque fattore che interferisca con la crescita polmonare durante la vita intrauterina e l'infanzia** (basso peso alla nascita, infezioni respiratorie, etc.) aumenta potenzialmente il rischio individuale di sviluppo di BPCO.

Una attenta valutazione dei fattori di rischio, dà chiaramente l'idea che le cause della BPCO sono prevalentemente infiammatorie a causa delle esposizioni prolungate agli inquinanti. Alcuni autori prospettano anche una **patogenesi autoimmunitaria**, mentre invece le tesi classiche della Letteratura, sostengono la presenza di un danno diretto sul tessuto polmonare, senza compartecipazione del sistema immunitario.

La nuova ipotesi vede come punto di partenza, **un difetto immunitario in alcuni soggetti**, nei quali il fumo di sigaretta induce danno polmonare innescando una risposta infiammatoria che libera frammenti di tessuto e dà il via ad una reazione autoimmunitaria.

Tutto ciò invece non accade in fumatori nei quali le difese immunitarie sono efficienti, capaci quindi di tenere sotto controllo il danno iniziale e di evitare il passaggio ad una patologia autoimmunitaria.

3 Obiettivi del percorso sanitario

3.1 OBIETTIVO DI SALUTE

Promuovere e mantenere le migliori condizioni di salute possibili del malato con BPCO mediante:

1. promozione di interventi e comportamenti individuali e collettivi a valenza preventiva: lotta al fumo, vaccinazioni, sorveglianza degli ambienti di lavoro;
2. trattamento precoce delle riacutizzazioni, ossigenoterapia e educazione sanitaria, anche attraverso una preventiva disposizioni di visite infermieristiche presso i pazienti con fattori di rischio e sintomatologia presenti;
3. incremento del numero di diagnosi precoci corrette e stadiazione di BPCO;
4. trattamento del paziente affetto da B.P.C.O. in modo conforme allo stadio di gravità, con un incremento del trattamento territoriale;
5. utilizzo razionale dei farmaci nella fase cronica e nelle riacutizzazioni.

3.2 OBIETTIVO ORGANIZZATIVO

Adeguate livello di cura per i malati con BPCO mediante:

1. interventi di educazione, formazione e sensibilizzazione degli operatori sanitari mirati alla condivisione del percorso, ad iniziare dai MMG fino ad interessare tutti gli attori del percorso;
2. adeguata disponibilità di servizi diagnostico-terapeutici-riabilitativi e relativa razionalizzazione degli accessi ospedalieri sulla base delle risorse disponibili;
3. garanzia di continuità di cura tra il MMG e lo Specialista, anche mediante efficaci strumenti di comunicazione e adeguati sistemi di raccolta ed archiviazione dei dati;
4. garanzia di continuità di cure attraverso la presa in carico in ADI e quando necessario in Lungodegenza oppure RSA medicalizzata.

4 Il Modello

In seguito all'analisi delle linee guida e della letteratura di riferimento è qui sinteticamente descritta la pianificazione della sequenza logica e cronologica di tutti gli interventi assistenziali riguardanti la presa in cura del paziente affetto da BPCO. Nella pianificazione del percorso si è cercato di ottimizzare i processi, evitando ridondanze e prestazioni inutili e mantenendo l'obiettivo dell'appropriatezza delle prestazioni.

Il percorso integrato di cura del paziente affetto da BPCO si articola essenzialmente nei seguenti tre ambiti principali:

- gestione da parte del MMG;
- gestione in ambito specialistico ambulatoriale territoriale;
- gestione intraospedaliera.

La definizione del percorso inizia dalla fase relativa alla individuazione precoce dei soggetti a rischio e si conclude, da un punto di vista organizzativo, nelle varie modalità di gestione strutturate sul territorio.

In occasione delle valutazioni del rischio di BPCO nei soggetti asintomatici, o alla comparsa della sintomatologia, il paziente viene inizialmente valutato dal suo MMG.

L'attività del MMG sarà orientata da una parte a definire una corretta diagnosi eziologica e dall'altra ad individuare il miglior regime assistenziale per il proprio assistito. Il MMG fornirà al paziente i necessari dati di diagnosi e terapia per la ***eventuale gestione condivisa dei pazienti cui è stata diagnosticata una BPCO.***

Indicativamente, se la eventuale sintomatologia fa ricadere il paziente nelle classi di gravità A oppure B (Classificazione GOLD, vedi oltre), la gestione del paziente nel follow-up dei pazienti stabili e nelle riacutizzazioni avviene a cura del MMG, eventualmente coadiuvato dallo Specialista. In tutti gli altri casi, oppure a giudizio del MMG, lo Specialista effettua la presa in carico del paziente.

Tali situazioni cliniche sono meglio di seguito esploitate.

4.1 IL PERCORSO DIAGNOSTICO –TERAPEUTICO ASSISTENZIALE

Le fasi considerate per l'elaborazione del Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione integrata del paziente affetto da BPCO sono:

- Sospetto diagnostico

- Accertamento diagnostico e stadiazione
- Trattamento
- Follow up e valutazione delle risposte
- Assistenza domiciliare

Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale dovrà tenere in considerazione l'appropriatezza tecnico-clinica delle prestazioni in base alle linee guida condivise nel gruppo regionale e l'appropriatezza organizzativa intesa come migliore opportunità per l'assistito e migliore utilizzo delle risorse disponibili nella ASP.

E' obiettivo di performance dei Direttori Generali e di valutazione dei Direttori delle UOC aziendali, l'aderenza ai percorsi organizzativi condivisi a livello regionale, valutati in rapporto al benchmark.

Le categorie dei soggetti destinati ad entrare nel presente PDTA sono 3:

- **1° gruppo di soggetti/pazienti: i portatori fattori di rischio senza sintomi**
- **2° gruppo di pazienti: i sintomatici di prima insorgenza**
- **3° gruppo di pazienti: i pazienti con BPCO già diagnosticata con riacutizzazioni**

La carta a flussi che indirizza tale gestione è di seguito riportata (PDTA BPCO ASP CZ, modificata):



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE

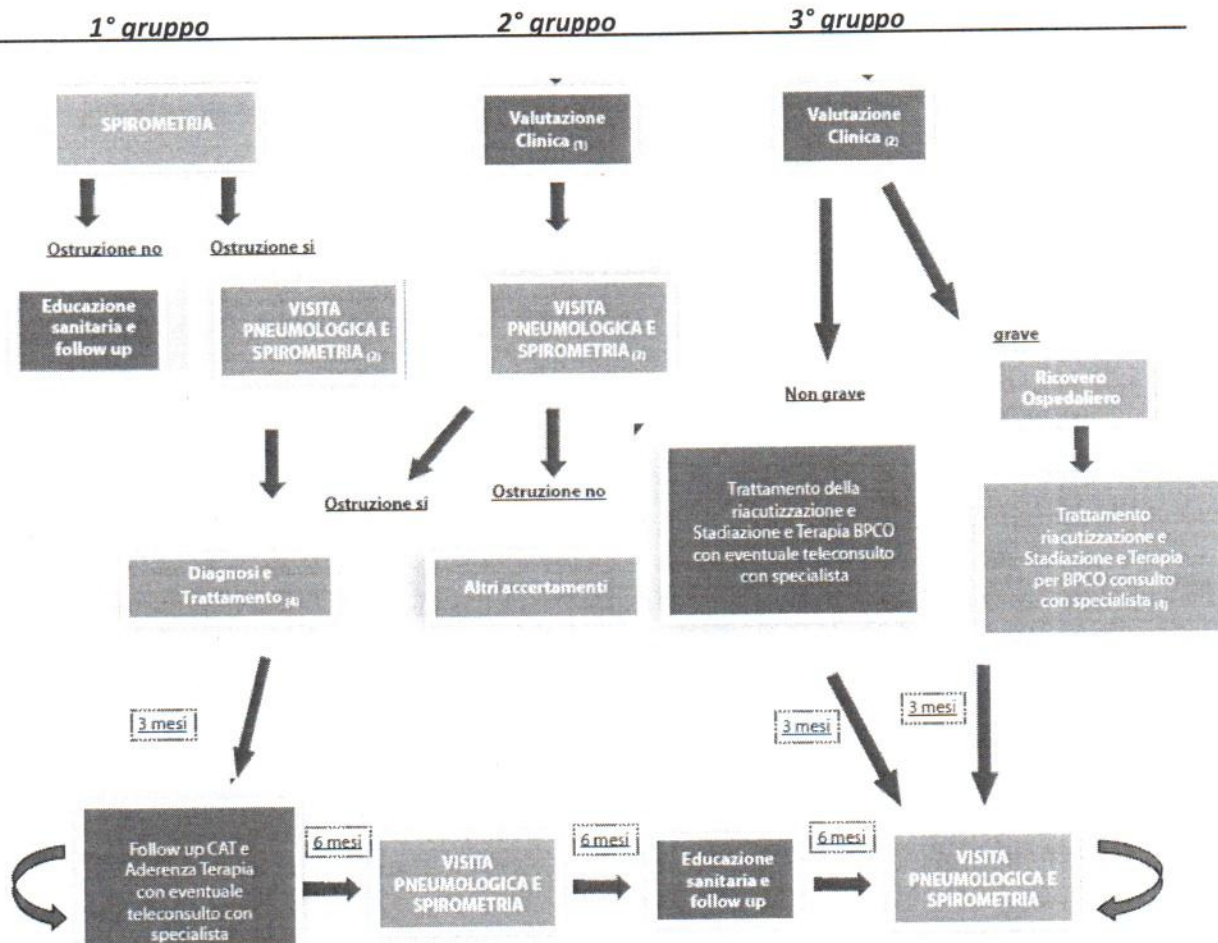


**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE**



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie



LEGENDA

1) Scheda paziente

- Anamnesi
- Esame obiettivo
- Carte del rischio
- Opzionale RX torace

2) Indicatori per ospedalizzazione

- Inadeguata risposta al trattamento domiciliare
- Presenza di gravi comorbidità
- Anamnesi di frequenti riacutizzazioni
- Comparsa di nuovi segni o sintomi (es.edema,cianosi)
- Supporto domiciliare insufficiente
- Stato mentale
- Ossimetria

3) Scheda paziente

- Spirometria
- Altre indagini

4) Scheda paziente

- Piano di trattamento
- Piano di monitoraggio
- Istruzione sul device
- Counselling



MMG



SPECIALISTA

4.2 PRIMA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

La funzione di accoglienza e presa in carico delle persone potenzialmente affette da BPCO o note, in capo al Distretto territoriale di competenza, è centrale per il funzionamento del PDTA. La presa in carico coordinata del paziente deve avvenire attraverso sistemi codificati di corresponsabilità tra le diverse figure di riferimento.

A) La gestione del MMG

➤ Selezione dei pazienti

➤ 1° gruppo: portatori fattori di rischio senza sintomi:

E' noto che la BPCO presenti delle caratteristiche che possono rendere difficile la diagnosi, perché per lungo tempo la malattia rimane asintomatica e, anche quando si presentano i primi sintomi, questi possono facilmente essere ricondotti al più importante fattore di rischio (il fumo di sigaretta) senza compiere l'ulteriore passo che porta all'accertamento della malattia. Appare quindi importante, grazie anche all'aiuto della cartella clinica informatizzata, oramai utilizzata dalla maggior parte dei MMG, applicare **una strategia che possa permettere di estrarre una lista di pazienti che, per una serie di dati (vedi carte del rischio in Allegato 1), possano essere considerati a rischio di BPCO, per permettere una diagnosi precoce, tanto più importante se si considera la storia naturale della malattia.**

Questa fase viene intesa come da effettuarsi **off office**, in modo da non interferire con l'attività ambulatoriale quotidiana, oppure un'ora al giorno della propria attività potrebbe essere dedicata a questi pazienti e, sia in un caso che nell'altro, potrebbe essere effettuata attraverso la somministrazione del **questionario Agenas (Allegato 2)**.

1. Se dalla anamnesi l'esito è negativo ci si limita al counseling da parte del MMG e si avvia ad un centro antifumo con un controllo dopo sei/dodici mesi.
2. Se l'esito è positivo si procede con la spirometria (con test di reversibilità in caso di ostruzione), con la saturimetria nonché con la visita pneumologica, da eseguirsi da parte dello specialista del centro di fisiopatologia respiratoria dell'ospedale, che dedicherà una seduta al giorno a questi pazienti:
 - a) Se non si rileva ostruzione si procede con l'educazione sanitaria e con un follow up programmato;
 - b) Se si rileva ostruzione si fa diagnosi e si valuta la gravità (A,B,C,D) secondo le linee guida GOLD (2018). Di seguito, i due questionari (MRC e CAT) che servono da base all'inquadramento diagnostico (valutazione ABCD) e terapeutico (vedi Fig. 4.3.1) successivi.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Questionario modificato MRC per la dispnea

PER FAVORE BARRARE LA CASELLA CHE VI RIGUARDA (UNA SOLA CASELLA) (Gradi 0-4)		
mMRC Grado 0.	Ho dispnea solo per sforzi intensi.	☐
mMRC Grado 1.	Mi manca il fiato se cammino veloce (o corsa) in piano o in lieve salita.	☐
mMRC Grado 2.	Su percorsi piani cammino più lentamente dei coetanei, oppure ho necessità di fermarmi per respirare quando cammino a passo normale.	☐
mMRC Grado 3.	Ho necessità di fermarmi per respirare dopo aver camminato in piano per circa 100 metri o per pochi minuti.	☐
mMRC Grado 4.	Mi manca il fiato a riposo per uscire di casa o per vestirmi/spogliarmi.	☐

Valutazione CAT

Per ogni voce riportata sotto, barrare (X) la casella corrispondente che meglio descrive al momento le vostre attuali condizioni. Assicurarsi di selezionare solo una risposta per ogni domanda.

Esempio:	Sono molto contento	①	X	②	③	④	⑤	Sono molto triste	PUNTEGGIO
Non ho mai tosse	①	1	2	3	4	5		Tossisco sempre	☐
Il mio petto è completamente libero da catarro (muco)	①	1	2	3	4	5		Il mio petto è tutto pieno di catarro (muco)	☐
Non avverto alcuna sensazione di costrizione al petto	①	1	2	3	4	5		Avverto una forte sensazione di costrizione al petto	☐
Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale non avverto mancanza di fiato	①	1	2	3	4	5		Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale avverto una forte mancanza di fiato	☐
Non avverto limitazioni nello svolgere qualsiasi attività in casa	①	1	2	3	4	5		Avverto gravi limitazioni nello svolgere qualsiasi attività in casa	☐
Mi sento tranquillo ad uscire di casa nonostante la mia malattia polmonare	①	1	2	3	4	5		Non mi sento affatto tranquillo ad uscire di casa a causa della mia malattia polmonare	☐
Dormo profondamente	①	1	2	3	4	5		Non riesco a dormire profondamente a causa della mia malattia polmonare	☐
Ho molta energia	①	1	2	3	4	5		Non ho alcuna energia	☐

PUNTEGGIO
TOTALE ☐

Jones et al. ERJ 2009; 34(3):648-54



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



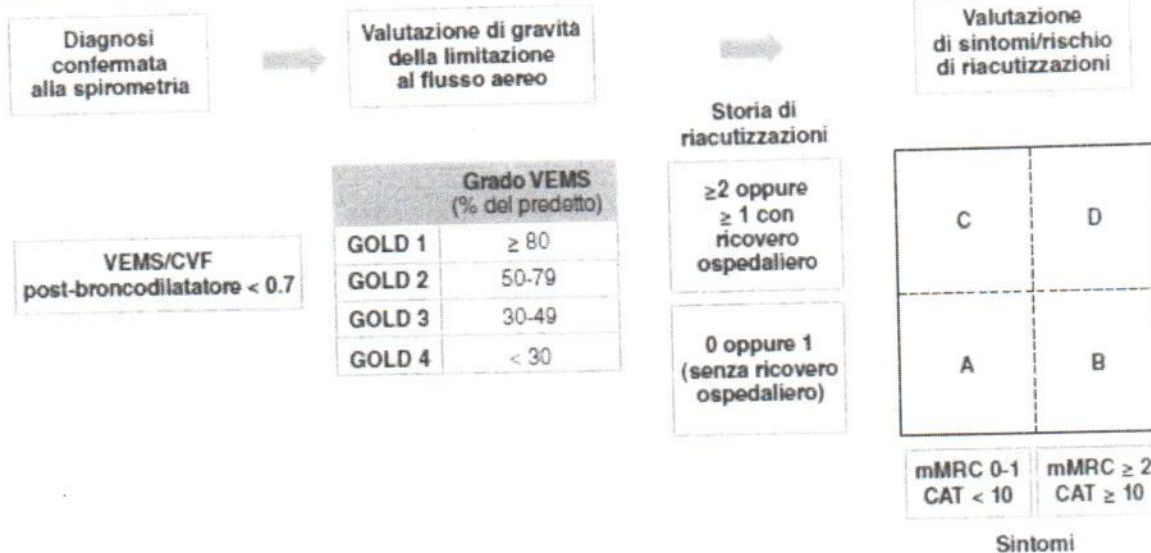
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Lo strumento di valutazione ABCD modificato



➤ 2° gruppo di pazienti: i sintomatici di prima insorgenza

Il MMG effettua la valutazione clinica di dispnea, tosse cronica ed espettorazione, oltre ad eventuali Rx torace e spirometria, eventualmente di concerto con lo Specialista.

1. Se non emerge ostruzione il MMG approfondisce la diagnosi con ulteriori accertamenti e procede con educazione sanitaria.
2. Se è presente ostruzione fa diagnosi e valuta la gravità (A,B,C,D) secondo le linee guida GOLD di cui al paragrafo precedente, e segue la terapia prescritta dallo specialista per come nei paragrafi precedenti.

➤ 3° gruppo di pazienti: BPCO già diagnosticata con riacutizzazioni

Il MMG esegue la valutazione clinica e invia il paziente dallo specialista ambulatoriale per valutare il grado di riacutizzazione e anche per la necessaria compilazione degli eventuali piani terapeutici.

1. Il MMG dispone l'eventuale consulto con lo specialista, inviando allo stesso la scheda del paziente con gli accertamenti effettuati e la terapia in atto. **Se il paziente presenta una situazione di non gravità clinica (Classe GOLD A o B), resta in carico allo stesso MMG** per il trattamento della riacutizzazione con corticosteroidi sistemici per breve ciclo (5-10gg.), broncodilatatori LABA/LAMA o associazione LABA/LAMA/ICS ed eventualmente terapia antibiotica, soprattutto in presenza di espettorato purulento. Il paziente deve essere rivisitato



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

a breve con monitoraggio secondo tempistica opportuna. Dopo tre mesi deve effettuare follow up dallo specialista ambulatoriale;

2. **Se il paziente presenta una situazione di gravità clinica (Classe GOLD C o D o secondo giudizio specialistico), resta in carico allo specialista.** Eventualmente, si procede all'attivazione dell'A.D.I. con indicazione specifica di un P.A.I. e visita specialistica domiciliare. Se non si riesce a controllare la gravità della patologia al domicilio allora **si ospedalizza** il paziente.
3. Le indicazioni all'attivazione dell'A.D.I./ospedalizzazione sono tutte le seguenti o anche solo alcuni di essi:
 - Comorbidità (diabete, nefropatia, insufficienza epatica, etc.)
 - Età avanzata
 - Aumento della dispnea
 - Ipossiemia (< a 92 con saturimetro), cianosi, aritmia, edema
 - Presenza di supporto sociale e familiare
 - Alterazioni dello stato mentale.

B) ESPLETAZIONE DELLE PROCEDURE IN OCCASIONE DELLA PRIMA VISITA (MMG) DEI PZ IN GRUPPO 1 E 2

In occasione della prima visita, appare indispensabile indagare sull'abitudine al fumo, sull'anamnesi lavorativa e familiare, giacché questi sono i principali fattori di rischio per lo sviluppo della malattia; è bene sottolinearli, in quanto il secondo, più del primo, talvolta viene ignorato nell'anamnesi.

Indispensabile anche indagare sulla presenza o meno di dispnea, sulla presenza o meno di tosse, se questa è produttiva e sulle caratteristiche dell'escreato, se il paziente riferisce frequenti episodi di "bronchite", se avverte talora un "respiro sibilante", il numero di riacutizzazioni, tutti dati anamnestici che portano a sospettare una possibile compromissione dell'apparato respiratorio.

Nel caso il paziente si rivelasse un fumatore, sarebbe utile anche solo un minimum ad vice per la disassuefazione al fumo e sarebbe indicato fornire al paziente delle informazioni sulle terapie farmacologiche di supporto e dell'offerta di Centri Antifumo.

Ai pazienti di età superiore ai 35 anni e fumatori, così come ai pazienti individuati dall'analisi delle cartelle informatizzate con il metodo descritto al punto precedente, potrebbe essere poste le domande Agenas (Allegato 2) per selezionare i pazienti da inviare a spirometria.

C) DETTAGLIATURA DEL PRIMO INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO COMPLESSIVO (MMG E SPECIALISTA) DEI PZ IN GRUPPO 1 E 2

La prima procedura da effettuarsi per i pazienti con sospetto anamnestico di BPCO, è un accurato e completo esame obiettivo, volto non tanto alla conferma diagnostica di BPCO, giacché l'esame obiettivo nei pazienti con BPCO può essere completamente muto, ma soprattutto all'esclusione di altre condizioni morbose che possano dare gli stessi sintomi.

La spirometria, rappresenta l'esame fondamentale per la conferma del sospetto diagnostico di BPCO.

Questa non solo individua la presenza di ostruzione ma riesce anche a quantificarla: tale esame che, in caso di ostruzione, deve essere ripetuto anche dopo la somministrazione di un farmaco broncodilatatore, permette di valutare il grado di reversibilità dell'ostruzione (passaggio utile nella diagnosi differenziale con l'asma).

Esami aggiuntivi utili in questa fase di primo accertamento diagnostico sono:

- **il calcolo del BMI, in quanto il valore del BMI influisce sulla prognosi della BPCO;**
- **l'emocromo, per ricercare un'eventuale poliglobulia ed alterazioni della formula;**
- **l'RX torace, quale esame base per escludere la presenza di altre malattie che possono dare sintomi analoghi alla BPCO;**
- **l'ECG, per indagare la presenza di cuore polmonare**

A questi esami comunque vanno aggiunti quelli che il clinico riterrà utili per giungere ad una diagnosi differenziale, in quanto il compito del clinico non può evidentemente limitarsi alla diagnosi di BPCO, ma deve tendere a raggiungere una diagnosi che giustifichi tutti i sintomi del paziente.

Quando poi il paziente porterà in visione l'esito della spirometria al MMG, è importante che il Medico registri nella cartella informatizzata, e nella cartellina da consegnare al paziente, almeno il valore di FEV1 e dell'indice di Tiffenau, oltre che alla stadiazione della patologia.

D) TERAPIA

L'approccio terapeutico si articola in tre componenti, per come più estesamente in seguito riportato:

- educazione terapeutica;
- terapia (farmacologica, ossigenoterapia e ventiloterapia);
- riabilitazione.

E) FOLLOW UP

Nelle visite successive, il MMG e lo specialista lavoreranno di concerto, per come riportato nel paragrafo successivo.

4.3 LA GESTIONE INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO: L'AMBULATORIO SPECIALISTICO E IL MMG

I pazienti affetti da BPCO devono essere seguiti dai Medici di Medicina Generale (MMG), loro aggregazioni (UCCP e AFT) e dagli specialisti presso ambulatori dedicati.

La malattia è definita dalla Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases (GARD) della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come una "malattia prevenibile e curabile": questa definizione impone precise responsabilità agli specialisti, alla medicina del territorio, al programmatore sanitario ed alle società scientifiche. Infatti, un sistema sanitario nazionale dovrebbe concentrarsi:

- sul controllo del fumo di sigaretta nonché sugli altri - meno violenti - fattori di rischio;
- sulla educazione sanitaria della popolazione generale alla prevenzione primaria e secondaria;
- sulla diagnostica precoce mediante semplici ed economici mezzi diagnostici;
- sulla formazione professionale del personale sanitario alla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce (anche mediante l'individuazione delle persone a rischio di sviluppare la malattia) e alla terapia ottimale e sostenibile;
- sull'educazione terapeutica dei pazienti per l'autogestione della malattia;
- sulla messa in rete dei differenti sanitari responsabili della salute dei cittadini, in modo da assicurare alla persona con BPCO una assistenza integrata
- sulla vaccinazione antinfluenzale annuale e la vaccinazione antipneumococcica alle scadenze previste.

L'invio presso l'ambulatorio specialistico può avvenire in base ai seguenti criteri:

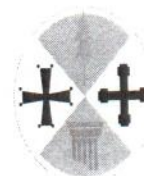
Criteri di invio all'ambulatorio specialistico

Motivo per invio	Obiettivo
Incertezze diagnostiche	Diagnosi e ottimizzazione del trattamento
Sintomi inusuali (come emottisi)	Indagini diagnostiche – esclusione presenza di patologie
Rapido decadimento FEV1	Ottimizzazione del trattamento
Sospetto di grave BPCO	Ottimizzazione del trattamento
Sospetto di cuore polmonare cronico	Conferma diagnostica e ottimizzazione del trattamento
Valutazione per LTOT	Ottimizzazione del trattamento, misura gas ematici e prescrizione LTOT
Valutazione indicazione a riabilitazione	Ottimizzazione del trattamento- eventuale invio presso servizio di riabilitazione
Enfisema bolloso	Conferma diagnostica- eventuale invio a centro chirurgico per valutazione indicazioni a intervento di bullectomia
BPCO di età inferiore a 40 anni	Valutazione diagnostica- esclusione deficit di α 1antitripsina
Valutazioni per intervento di riduzione di volume polmonare o di trapianto polmonare	Verifica criteri- eventuale invio a Centro Trapianti
Frequenti infezioni respiratorie	Esclusione presenza di broncheectasie
Frequenti esacerbazioni	Ottimizzazione del trattamento

La frequenza dei controlli dipende dalla severità della malattia e dal suo grado di stabilità. In linea di massima, **il controllo è annuale presso lo Specialista** (Linee Guida GARD – MinSal) anche per l'eventuale rinnovo dei piani terapeutici. Al sesto mese, **il MMG dovrebbe effettuare un controllo semestrale in itinere** del pz secondo la tabella successiva.

Sintesi delle modalità dei controlli da parte del MMG

Frequenza controlli	Almeno semestrale
Aree di valutazione	Fumo Trattamento sintomi Limitazioni esercizio a causa di dispnea Frequenza delle riacutizzazioni Presenza di cuore polmonare cronico Necessità di scalare il trattamento Necessità di LTOT Necessità di supporto da parte di servizi

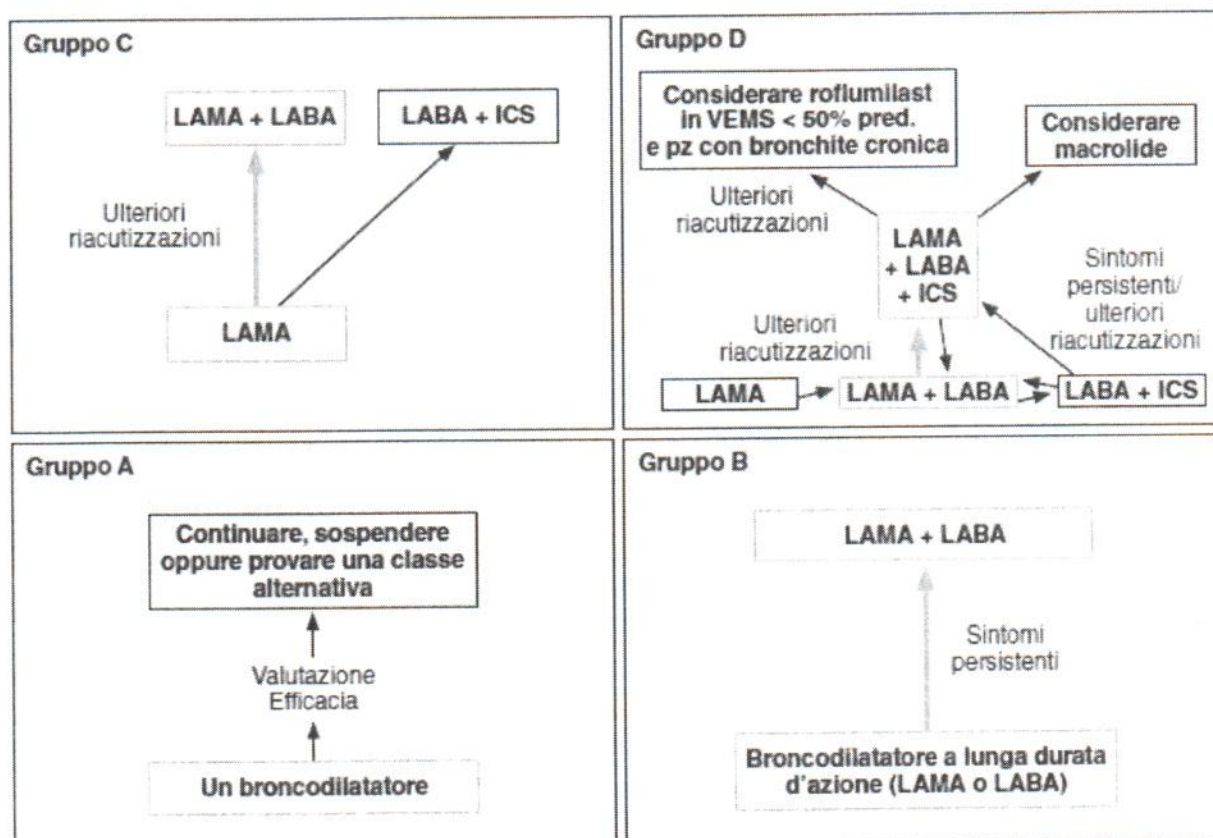


	sociali Controllo nutrizionale Indicazioni a controllo specialistico Indicazioni a riabilitazione
Misure da fare	Calcolo BMI Valutazione grado di dispnea Valutazione satO2 FEV1 – FVC** 6MWT** EGA*

* almeno in pazienti ipercapnici; ** eventualmente, s.p.m.

4.3.1 TERAPIA FARMACOLOGICA

Le linee guida GOLD sulla terapia, ovviamente da interpretare nella singola fattispecie clinica, sono di seguito riportate.



ICS: corticosteroidi inalatori; LABA: β_2 -agonisti a lunga durata d'azione; LAMA: antimuscarinici a lunga durata d'azione; freccia gialla= trattamento preferito. Nei pazienti con una discrepanza maggiore tra il livello di sintomi percepiti e la severità dell'ostruzione bronchiale, sono necessarie ulteriori valutazioni.

4.3.2 OSSIGENOTERAPIA

Le linee guida locali per la prescrizione dell'ossigenoterapia sono state approvate con DPGR 41/2011. Tali linee guida indicano il percorso organizzativo dalla prescrizione all'attivazione del servizio. E' in fase di definizione il documento che aggiorna le linee guida regionali in essere al fine di consentire la tracciabilità dell'ossigeno e il coinvolgimento dei MMG nel percorso prescrittivo.

4.4 FASE INTRAOSPEDALIERA

4.4.1 PRONTO SOCCORSO

Questa sezione riporta le linee guida nel difficile ambito intraospedaliero, ovviamente da individualizzare in ogni singola fattispecie clinica.

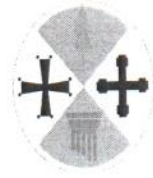
Premesso che prima dell'attivazione dell'ospedalizzazione è necessario attivare le Cure Domiciliari, attraverso le quali si segue al domicilio il paziente riacutizzato, nel caso in cui i sintomi siano talmente gravi da non potersi contenere al domicilio, allora il paziente si presenterà in Pronto Soccorso dove l'Infermiere Professionale addetto al triage espleta la procedura di registrazione del paziente, rileva i sintomi e i parametri vitali (PA, FC, FR, SpO2 annotando sempre la FIO2, stato di coscienza e la temperatura, ed applica algoritmo per attribuire il codice corretto. Tali dati verranno registrati nella scheda di triage. Successivamente, appena il paziente entra nella sala visita, il medico che eventualmente confermerà la diagnosi di riacutizzazione di BPCO, inizierà l'acquisizione dei dati anamnestici salienti correlati alla BPCO: se fumatore attivo, se ha effettuato precedenti spirometrie o EGA, se è disponibile una stadiazione di malattia (in base alle LG GOLD), se il paziente è in ossigenoterapia domiciliare e da quanto tempo, o anche in ventilazione meccanica domiciliare. Importante inoltre la storia delle eventuali recenti riacutizzazioni: quante, a che distanza di tempo, di che gravità, se hanno richiesto il ricovero ospedaliero o addirittura ricovero in terapia intensiva, quali antibiotici sono stati utilizzati e se sono stati isolati dall'espettorato specifici patogeni. Tutti i suddetti elementi permettono anche un primo inquadramento di gravità della BPCO nel paziente in esame. E' fondamentale raccogliere informazioni sull'anamnesi patologica prossima, ricercando notizie sulle caratteristiche della tosse e dell'espettorato, l'accentuazione della dispnea, l'insorgenza dei sintomi. Vengono inoltre raccolte informazioni relative alla presenza di comorbidità e alla terapia farmacologica in corso. Successivamente vengono rilevati i parametri vitali e la saturimetria; nell'ambito dell'esame obiettivo generale si pone particolare attenzione alla rilevazione dei segni clinici di stress respiratorio appena il paziente entra in sala visita. Se la saturimetria è <92% in Aria Ambiente (AA), è indispensabile effettuare una EGA per valutare PaO2, PaCO2 e pH. Se è stato necessario iniziare O2 terapia prima di entrare nella sala visita o prima di effettuare l'EGA è sempre necessario indicare il flusso di ossigeno erogato al momento del prelievo. Completati gli accertamenti con gli esami ematochimici, ECG e RX torace, si procederà, prima della somministrazione della terapia alla



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

richiesta di **consulenza anestesiológica se necessario**, supportati dalla consulenza si inizierà la terapia broncodilatatrice intensiva per via inalatoria, di ossigenoterapia controllata, dell'eventuale antibiotico e del cortisonico sistemico; infine, se indicata, NIV/IOT. Successivamente, sarà necessario valutare la risposta clinica alla terapia somministrata ottimizzandola per arrivare se possibile ad una stabilizzazione e definire la destinazione del paziente. Dopo la fase iniziale di accettazione del paziente, qualora si decida il ricovero ospedaliero, il paziente deve essere allocato nell'appropriato setting assistenziale, che può essere:

- area di degenza ordinaria, sia essa di Medicina Interna, che di Medicina d'Urgenza, che di Geriatria, per il paziente che non necessita di supporto ventilatorio;
- altre unità operative internistiche dotate di supporto ventilatorio non invasivo in caso vi sia necessità di ventilazione meccanica non invasiva o anche invasiva in caso il paziente sia portatore di tracheotomia (dovrebbero essere individuati n. 4 posti letto dedicati, tra quelli esistenti, a più alta assistenza medico-infermieristica e con possibilità di monitoraggio)
- area intensiva, in caso il paziente necessiti di ventilazione meccanica invasiva e non sia già portatore di tracheotomia, oppure di ventilazione meccanica non invasiva ma in condizioni di particolare gravità e complessità clinica.

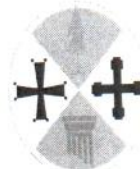
La tabella seguente indica il luogo e il tipo di intervento sulla base della gravità della insufficienza respiratoria.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE

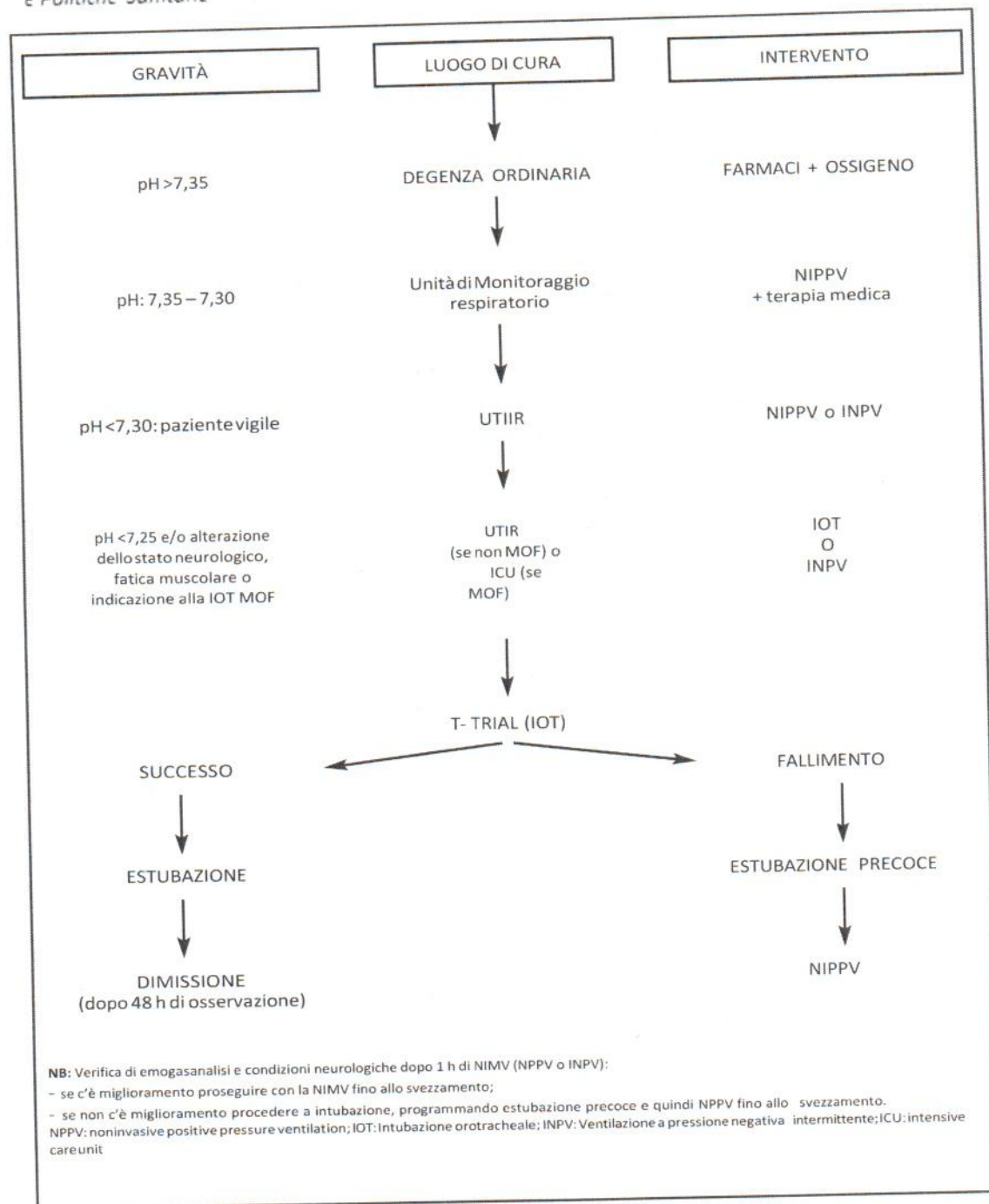


AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

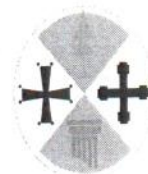




SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

4.4.2 DEGENZA

L'anamnesi e l'inquadramento iniziale devono mirare a valutare la gravità attraverso la rilevazione di:

- Presenza di comorbidità
- Diagnosi differenziale
- Contesto sociale e familiare del paziente.

Gli esami iniziali includono l'Rx torace in due proiezioni, a meno che non siano stati già eseguiti in P.S., l'emogasanalisi arteriosa annotando FiO₂, l'ECG, l'emocromo, la glicemia, creatininemia, elettroliti, la teofillinemia se il paziente è in terapia con aminofillina, l'esame microscopico e batteriologico dell'escreato se l'escreato è francamente purulento e il paziente ha avuto frequenti e recenti riacutizzazioni e trattamenti antibiotici, casi in cui è più probabile l'isolamento di germi multi resistenti. **Non è indicata l'esecuzione di spirometria in acuto**, che è invece essenziale per l'inquadramento del paziente a **situazione clinica stabilizzata**.

4.4.3 TERAPIA ED ASSISTENZA DEL PAZIENTE RICOVERATO PER RIACUTIZZAZIONE

Le componenti principali della terapia e dell'assistenza al paziente con BPCO riacutizzata, solitamente accompagnata da insufficienza respiratoria, in regime di degenza ospedaliera, sono di seguito riportate.

1. La terapia farmacologica che comprende:

terapia corticosteroidea sistemica;

terapia broncodilatatrice intensiva eventualmente associata a terapia steroidea, generalmente per via inalatoria;

terapia antibiotica

2. L'ossigenoterapia in caso di ipossiemia, con target 92-94%, utilizzando gli appositi dispositivi di erogazione (cannule, maschere venturi) secondo il vigente locale DCA (2017).

3. Il supporto ventilatorio (in caso di ipercapnia con acidosi respiratoria acuta):

NIMV;

IMV

4. Il nursing e la fisioterapia che comprendono:

postura del paziente e mobilizzazione precoce;

assistenza alla tosse e al drenaggio delle secrezioni;

nutrizione.

5. Altre componenti della terapia:

profilassi tromboembolica venoso;

terapia delle comorbidità: scompenso cardiaco, diabete e controllo glicemico, insufficienza renale, anemia, osteoporosi complicata.

4.4.4 MONITORAGGIO DELLA RISPOSTA ALLA TERAPIA

La risposta alla terapia deve essere monitorizzata con il regolare esame clinico, in particolare della dispnea e della capacità funzionale. La saturimetria deve essere usata per monitorare i pazienti con insufficienza respiratoria non ipercapnica e non-acidotica. Per monitorare i pazienti con insufficienza respiratoria ipercapnica o acidotica, fino alla loro stabilizzazione devono invece essere effettuati EGA intermittenti.

Altri aspetti rilevanti della gestione del paziente durante la degenza ospedaliera sono:

- esecuzione o programmazione dell'esecuzione di una spirometria in tutti i pazienti in cui non è stata mai eseguita o in cui è opportuno ripeterla (per lungo periodo trascorso dall'ultima eseguita o per peggioramento dei sintomi funzionali);
- passaggio in tutti i casi in cui sia possibile, prima della dimissione, da terapia inalatoria con nebulizzatore a terapia inalatoria con device adatto alla terapia domiciliare, approfittando della degenza per l'istruzione e l'addestramento del paziente;
- mobilitazione intraospedaliera con bombola spallabile di O₂ nei pazienti ipossiemicici;
- educazione terapeutica del paziente per:
 - cessazione del fumo, se il paziente è fumatore attivo;
 - esecuzione corretta della terapia inalatoria, come detto sopra;
 - istruzione ed addestramento all'ossigenoterapia e/o ventiloterapia domiciliare se prescritta;
 - adozione di corretto stile di vita con particolare riguardo all'utilità dell'esercizio fisico e del mantenere la mobilità;
 - riconoscimento delle riacutizzazioni e inizio precoce a domicilio dell'appropriata terapia.

4.4.5 DIMISSIONE E FOLLOW UP

I pazienti ricoverati per insufficienza respiratoria acuta, o acuta su cronica, per esacerbazione di BPCO, dovrebbero avere una **saturimetria o una PaO₂ in EGA soddisfacenti** prima della dimissione.

Prima della dimissione devono essere rivisti con il paziente gli aspetti principali della terapia e in particolare il corretto uso dei device inalatori e dell'ossigenoterapia domiciliare se prescritta. Prima della dimissione è comunque consigliabile attivare l'assistenza infermieristica territoriale occasionale.

I criteri per la deospedalizzazione sono i seguenti:

- a) Paziente in grado di deambulare (se deambulante prima del ricovero)
- b) Condizioni cliniche stabili da 12-24 h accertate con emogasanalisi
- c) Educazione al mantenimento della terapia farmacologica, all'utilizzo dei farmaci e devices
- d) Istruzione alla terapia con corticosteroidi
- e) Utilizzo dei beta2 agonisti non più di 4 volte al giorno.

Il follow-up ambulatoriale è indicato in tutti i pazienti ricoverati per insufficienza respiratoria da riacutizzazione di BPCO ai fini della rivalutazione di gravità in fase di stabilità clinica, della revisione della condotta terapeutica e dell'adesione del paziente alla stessa. A tal fine devono essere indicati in fase di dimissione data, ora e luogo dell'appuntamento ambulatoriale di controllo.

4.4.6 RIABILITAZIONE IN REGIME DI DEGENZA

La riabilitazione è raccomandata e dove possibile effettuata in regime di ricovero ospedaliero in caso di insufficienza respiratoria acuta o cronica riacutizzata ammessi in Ospedale in UTI o Reparti medici.

L'intervento riabilitativo deve prevedere una valutazione collegiale interdisciplinare e multi professionale tra tutti coloro che devono organizzare la precoce presa in carico riabilitativa.

In questa fase, la progettazione degli interventi dovrà tenere conto che le complicanze presenti in area critica sono dovute prevalentemente al decondizionamento muscolare causato dall'allettamento e dai farmaci. Gli obiettivi principali del progetto riabilitativo in questa fase sono costituiti dalla prevenzione delle complicanze infettive e dalla riduzione dei tempi di degenza e i mezzi per raggiungerli sono rappresentati dalla mobilitazione precoce, dalla assunzione di posture corrette, da un graduale riadattamento allo sforzo e, quando presente ingombro di secrezioni bronchiali, dall'addestramento a tecniche di disostruzione bronchiale. La risoluzione dell'evento morboso scatenante può consentire il ripristino dell'autonomia respiratoria del paziente che potrà essere quindi trasferito in un Reparto di area medica dove proseguirà il trattamento già iniziato in area critica.

In caso di comorbidità, il progetto riabilitativo dovrà necessariamente comprendere una valutazione globale del paziente e dovrà essere modificato e reso compatibile con gli obiettivi riabilitativi del singolo paziente. Nel caso in cui, invece, il paziente non raggiunga l'autonomia

respiratoria e debba essere ricoverato in un ambiente idoneo alla gestione della instabilità clinica e/o ventilazione meccanica, questi proseguirà il trattamento riabilitativo descritto in continuità con quanto intrapreso in regime intensivo e/o semi-intensivo.

Il fisiatra concorda con lo specialista che ha in carico il paziente il progetto riabilitativo individualizzato dal quale risulti chiaro l'obiettivo riabilitativo, definisce i programmi specifici con il team multidisciplinare e multiprofessionale di cui il curante è parte integrante.

I possibili programmi specifici sono:

- Programmi di riadattamento fisico: il programma deve prevedere tutti gli interventi necessari a prevenire la sindrome da ipomobilità e allettamento.
- Programmi FKT di disostruzione bronchiale.
- Programmi educazionali.
- Programmi di svezzamento dalla VM.
- Altri programmi individualizzati sulla base della valutazione specialistica.

Il fisiatra compila la scheda del percorso riabilitativo, con il personale medico e infermieristico di reparto integrato con la equipe distrettuale che dovrà prendere in carico il paziente sul territorio, e si avvarrà anche di una serie di dati relativi ai bisogni clinico-assistenziali relativi al grado di autonomia del paziente, al suo bisogno di supporto sociale e ai suoi bisogni riabilitativi per programmare le fasi successive del percorso riabilitativo e individuare il setting di continuità più idoneo per lo stesso paziente e che potrà essere :

- domicilio con indicazione del solo follow up clinico
- domicilio con indicazione del regime ambulatoriale di riabilitazione
- struttura Riabilitativa (cod. 56), se prevalgono i bisogni riabilitativi ed è necessario un periodo di ricovero in reparto di post-acuzie
- Struttura di lungodegenza o di RSA medicalizzata se prevalgono i bisogni clinico-internistici ed è necessario una fase di ricovero prima del rientro al domicilio
- una R.S.A., se prevalgono le problematiche socio-familiari
- regime domiciliare con riabilitazione al domicilio.

La presa in carico territoriale seguirà i protocolli contenuti nel modello della continuità assistenziale, in via di definizione.

4.4.7 DIMISSIONE



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Sulla lettera di dimissioni si raccomanda di riportare, oltre ai dati di interesse di tipo clinico-medico, i seguenti campi:

1. valutazione iniziale:

- elenco problemi iniziali del paziente;
- eventuale programma riabilitativo effettuato;
- risultati ottenuti;

2. valutazione finale

- elenco problemi residui del paziente
- programma domiciliare con relative istruzioni e ogni altra informazione rilevante
- Prescrizione eventuali variazioni terapia (I ciclo)
- Prescrizione eventuali accertamenti.

4.5 INDICATORI (FLUSSI)

- Percentuale di ricoveri ospedalieri per BPCO rispetto all'anno precedente all'applicazione del PTDA (< 20%)
- Incremento utilizzo spirometria da parte degli MMG nelle UCCP in fase diagnostica
- Registrazione dato fumo da parte dei MMG (40% I anno, 60% II anno, 80% III anno)
- Monitoraggio utilizzo farmaci secondo linee guida e schede tecniche
- Aderenza alla terapia: Prescrizioni ripetute di farmaci per BPCO: n. pz aderenti (DDD/utilizzatore > 290/anno, 168/anno per gli ICS) al trattamento con farmaci per BPCO (numeratori), sul totale dei pz in trattamento con farmaci per BPCO con diagnosi di BPCO (denominatore)
- Percentuale di pazienti con ricovero per BPCO in trattamento con ICS / LABA;
- Percentuale di pazienti con ricovero per BPCO in trattamento con LABA e/o LAMA
- Percentuale di pazienti in trattamento con ICS senza esacerbazioni;
- Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie aderenti al trattamento;
- Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie occasionali al trattamento

4.6 CONCLUSIONI

In questa Azienda si è costituito un gruppo multidisciplinare, sia sul piano clinico che su quello organizzativo, la cui finalità sarà il monitoraggio del PDTA della BPCO e il controllo degli indicatori.

Le raccomandazioni del Dipartimento regionale relative alla costruzione di PDTA e Percorso integrato di cura hanno fornito indicazioni esaurienti sulle modalità di implementazione aziendale.

5 Azioni da intraprendere e tempistica di attuazione, monitoraggio

- Deliberazione del PDTA, nella quale si costituisce anche il gruppo di progetto per l'applicazione del PDTA stesso, che comprende i professionisti già indicati nel documento;
- L'attività di coordinamento del gruppo è in capo al Direttore del distretto o a persona da lui indicata.
- Avvio attività informazione/formazione ai fini della conoscenza diffusa fra tutti MMG.
- Avvio attività informazione/formazione ai fini della conoscenza diffusa fra tutti gli specialisti interessati al PDTA

L'ASP invierà semestralmente la valutazione degli indicatori alla Regione e alla struttura Commissariale

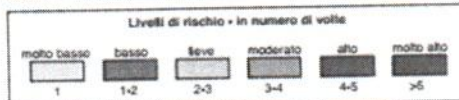
Allegato 1 - Carta del rischio

Carta del rischio di Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva

RISCHIO RELATIVO DI BPCO NELLA POPOLAZIONE MASCHILE

Numero di volte in più che il soggetto rischia di ammalarsi nei 10 anni consecutivi all'età attuale, rispetto ai non fumatori esposti

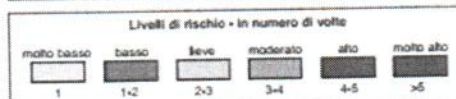
Età del soggetto	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Non-fumatori					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
Ex-fumatori					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
Fumatori					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					



RISCHIO ASSOLUTO DI BPCO NELLA POPOLAZIONE MASCHILE

Probabilità di contrarre la malattia nei 10 anni successivi all'età attuale del soggetto, in funzione dei fattori di rischio considerati

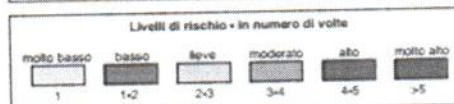
Età del soggetto	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Non-fumatori					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
Ex-fumatori					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
Fumatori					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					



RISCHIO RELATIVO DI BPCO NELLA POPOLAZIONE FEMMINILE

Numero di volte in più che il soggetto rischia di ammalarsi nei 10 anni consecutivi all'età attuale, rispetto ai non fumatori esposti

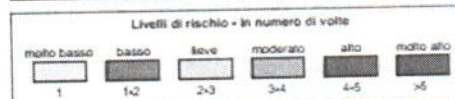
Età del soggetto	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Non-fumatori					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
Ex-fumatori					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
Fumatori					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					



RISCHIO ASSOLUTO DI BPCO NELLA POPOLAZIONE FEMMINILE

Probabilità di contrarre la malattia nei 10 anni successivi all'età attuale del soggetto, in funzione dei fattori di rischio considerati

Età del soggetto	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Non-fumatori					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
Ex-fumatori					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
Fumatori					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					





SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Allegato 2 - Questionario

Questionario per la selezione dei pazienti da inviare a spirometria (le Linee Guida AGENAS sconsigliano la spirometria se non sono presenti catarro in tosse cronica, e/o se non è presente dispnea)

Identificazione di pazienti con sospetta BPCO

A fumatori o ex fumatori di 40 anni e oltre che **hanno risposto "SI" a una delle seguenti domande:**

- Tossisce regolarmente?
- Ha regolarmente presenza di espettorato? (cough up phlegm)
- Le attività quotidiane le provocano spesso affanno?
- Ha facilmente affanno quando fa attività fisica o durante la notte?
- Ha frequentemente raffreddori che persistono più a lungo rispetto alle persone che conosce?

è consigliabile una spirometria

