

REGIONE CALABRIA

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 30 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

DCA n. 11 del 2 Aprile 2015

OGGETTO: Approvazione Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva.

**Publicato sul Bollettino Ufficiale
della Regione Calabria n. _____ del _____**

REGIONE CALABRIA
IL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 30 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

VISTO l'articolo 120 della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 Giugno 2003, n.131;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1° Ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 Novembre 2007, n. 222;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, firmato tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle finanze e il Presidente *pro tempore* della regione in data 17 dicembre 2009, poi recepito con DGR N. 97 del 12 febbraio 2010;

RICHIAMATA la Deliberazione del 30 Luglio 2010, con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Presidente *pro tempore* della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario *ad acta* per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario di detta Regione e sono stati contestualmente indicati gli interventi prioritari da realizzare;

RILEVATO che il sopra citato articolo 4, comma 2, del decreto legge n. 159/2007, al fine di assicurare la puntuale attuazione del Piano di rientro, attribuisce al Consiglio dei Ministri – su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni - la facoltà di nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più sub commissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

VISTO l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, il quale dispone che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della predetta legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale.

VISTI gli esiti delle riunioni di verifica dell'attuazione del Piano di rientro, da ultimo della riunione del 28 ottobre e del 12 novembre 2014 con particolare riferimento all'adozione dei Programmi operativi 2013-2015;

VISTO il Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) ed, in particolare l'articolo 12 di detta Intesa;

VISTA la legge 23 dicembre 2014, n. 190 (in particolare, l'articolo 1, commi da 569 a 572) che recepisce quanto disposto dal Patto per la salute 2014-2015 di cui alla citata Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) statuendo che la nomina a Commissario *ad acta* per cui è deliberazione è incompatibile con qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento;

VISTA la nota prot. n.298/UCL397 del 20 marzo 2015 con la quale il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha trasmesso alla Regione Calabria la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12.3.2015 con la quale è stato nominato l'Ing. Massimo Scura quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;

VISTA la medesima Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015 con la quale è stato

nominato il Dott. Andrea Urbani *sub* Commissario unico nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della regione Calabria con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

RILEVATO che con la anzidetta Deliberazione è stato assegnato al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di adottare e ed attuare i Programmi operativi e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:

- 1) adozione del provvedimento di riassetto della rete ospedaliera, coerentemente con il Regolamento sugli standard ospedalieri di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 e con i pareri resi dai Ministeri affiancanti, nonché con le indicazioni formulate dai Tavoli tecnici di verifica;
- 2) monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
- 3) adozione del provvedimento di riassetto della rete dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
- 4) adozione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto specificatamente previsto dal Patto per la salute 2014-2016;
- 5) razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;
- 6) razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi;
- 7) interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
- 8) definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipulazione del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-*quinquies* comma 2-*quinquies*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 15, comma 17, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012;
- 9) completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- 10) attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
- 11) interventi sulla spesa relativa alla medicina di base;
- 12) adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
- 13) rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
- 14) tempestivo trasferimento delle risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale;
- 15) conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria;
- 16) puntuale riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192 del 2012;

PREMESSO CHE la Regione Calabria nella formulazione del programma operativo 2013-2015 (ai sensi dell'art. 15, comma 20, DL 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni nella L. 7 agosto 2012, n. 135), ha previsto nel programma 13 "Reti assistenziali per intensità di cure", la definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in

aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano l'integrazione ospedale/territorio. Tra le azioni del predetto punto è previsto che i primi PDTA da definire entro il mese di dicembre 2014 riguardano le seguenti patologie: BPCO e Diabete;

CONSIDERATO CHE nello stesso Programma Operativo 2013-2015, al punto 17, "Assistenza Farmaceutica" è prevista, tra le azioni, la definizione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva;

TENUTO CONTO che con DPGR-CA n. 42 del 21 marzo 2014, è stato istituito il gruppo tecnico di lavoro, costituito dai professionisti delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere;

CONSIDERATO che l'attività svolta dal gruppo di lavoro ha prodotto il documento "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva, inviato in preventiva valutazione ai Ministeri competenti;

PRESO ATTO delle osservazioni espresse dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze con parere n. 258-P del 14 ottobre 2014, che, sono state recepite apportando al PDTA le opportune modifiche;

RITENUTO, pertanto di dover procedere all'approvazione del PDTA per la gestione integrata della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva, al fine di uniformare i percorsi di cura su tutto il territorio regionale;

DATO ATTO che il presente provvedimento è stato redatto materialmente dal Dirigente di Settore;

D E C R E T A

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

DI APPROVARE il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva, che fa parte integrante del presente atto (all. 1);

DI FARE OBBLIGO ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali e Ospedaliere di dare la massima diffusione al predetto documento, di organizzare con i professionisti pneumologi facenti parte del gruppo di lavoro le attività di informazione e formazione, sul PDTA stesso, necessarie per l'attuazione del percorso e di effettuare il relativo monitoraggio;

DI TRASMETTERE il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto al Dirigente generale del Dipartimento Tutela della Salute ed agli interessati;

DI DARE MANDATO al Dirigente generale per la pubblicazione sul BURC telematico e sul sito web del Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria.

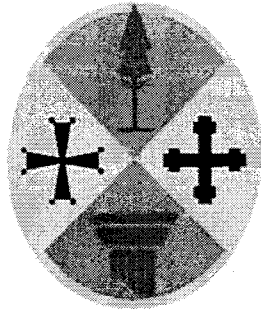
Il Dirigente di Settore
Dott.ssa Rosalba Barone

Il Dirigente Generale
Dott. Bruno Zito

Il sub Commissario
Dott. Andrea Urbani

Il Commissario ad acta
Ing. Massimo Scura

Massimo Scura



REGIONE CALABRIA

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



Sommario

1	PREMESSA	3
2	Dati di scenario	3
2.1	Impatto economico della BPCO	4
2.2	Fattori di rischio	4
3	Obiettivi del percorso sanitario	5
3.1	Obiettivo di salute	5
3.2	Obiettivo organizzativo	5
4	Il Modello	5
4.1	Il Percorso Diagnostico –Terapeutico Assistenziale	6
4.2	Presa in carico del paziente	7
4.3	La gestione territoriale: l'ambulatorio specialistico	10
4.4	Fase intraospedaliera	11
4.5	Indicatori	17
4.6	Conclusioni	17
5	Azioni da intraprendere e tempistica di attuazione	18
6	Monitoraggio	18
	Allegato 1 - Carta del rischio	19
	Allegato 2 - Questionario	20



1 PREMESSA

Il Programma Operativo (2013-2015) della Regione Calabria, nell'ottica di una gestione integrata del paziente all'interno delle reti assistenziali, raccomanda l'implementazione di modelli organizzativi che favoriscano la continuità dell'assistenza con un impiego coordinato ed uniforme delle risorse e prevede tra gli obiettivi prioritari la definizione del PDTA dei pazienti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva.

Il presente documento è stato prodotto dal Dipartimento Tutela della Salute attraverso il gruppo di lavoro (istituito con DPGR n. 42 del 21 marzo 2014) che ha visto la partecipazione di Specialisti ospedalieri, territoriali e rappresentanti dei Medici di Medicina Generale, sulla base delle linee di indirizzo Nazionali e Internazionali.

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

Il documento è rivolto prioritariamente a:

- Medici di Medicina Generale della Regione;
- Specialisti Ospedalieri dei reparti medici delle Aziende Ospedaliere;
- 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. Infatti è previsto che nei prossimi anni essa eserciterà su tutti i sistemi sanitari del mondo occidentale una pressione notevolissima ed in progressivo aumento.

Sulla base di queste premesse è scaturita l'esigenza di delineare il Percorso Diagnostico Terapeutico dei pazienti affetti da BPCO per perseguire i seguenti obiettivi strategici:

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

Per la individuazione del percorso sanitario e degli strumenti di lavoro si è fatto riferimento principalmente ai seguenti documenti bibliografici:

- *Percorsi Diagnostico-Terapeutici AIPO 2000 (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri);*
- *GOLD 2011 (Global Initiative for Obstructive Lung Disease), adattamento italiano alle linee-guida, Dicembre 2011 e successivi aggiornamenti (revisione 2014);*
- *Age.na.s: Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva: Linee guida nazionali di riferimento per la prevenzione e la terapia.*
- *Age.na.s: la gestione clinica integrata della BPCO (settembre 2011);*
- *PTDA per BPCO ASP di Catanzaro.*

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 questi il fumo è 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 la 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.

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 monopatia e 42.468 con polipatia).

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

La BPCO, come altre condizioni morbose ad eziologia multifattoriale, deriva dall'interazione tra fattori di tipo ambientale ed i cosiddetti fattori dell'ospite.

I fattori di rischio favorevoli allo sviluppo di BPCO sono tradizionalmente suddivisi in fattori di rischio esogeni e fattori di rischio endogeni, che, singolarmente o in sinergia, determinano il grado di suscettibilità del soggetto allo sviluppo della malattia. I fattori esogeni per cui esiste maggiore evidenza sono, oltre all'esposizione attiva e passiva al fumo di tabacco, che causerebbe tra 50 e il 75% delle BPCO nel mondo, l'esposizione lavorativa, l'inquinamento, le infezioni respiratorie e la tubercolosi. Altri fattori quali l'abuso di alcool, la dieta ed il livello di stato socio-economico sono chiamati in causa.

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;
3. incremento del numero di diagnosi precoci corrette e stadiazione di Bronco Pneumopatia Cronico Ostruttiva;
4. trattamento del paziente affetto da B.P.C.O. in modo conforme allo stadio di gravità;
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 dei percorsi (a cura dell'AO e dell'ASP tramite formazione e aggiornamento);
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 Medico di Medicina Generale e lo Specialista, anche mediante efficaci strumenti di comunicazione e adeguati sistemi di raccolta ed archiviazione dei dati.

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 nelle seguenti fasi principali:

- gestione da parte del Medico di Medicina Generale;
- gestione in ambito specialistico ambulatoriale;
- 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.

Alla comparsa della sintomatologia, il paziente deve rivolgersi al 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.

Se la sintomatologia non è grave la gestione del paziente avviene a cura del MMG. Le opzioni di regime assistenziale sulle quali il MMG può far conto sono fondamentalmente, in base ai livelli di gravità clinica e a parametri di appropriatezza socio-organizzativa, il ricovero ospedaliero, l'ambulatorio specialistico, l'assistenza territoriale strutturata.



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 state:

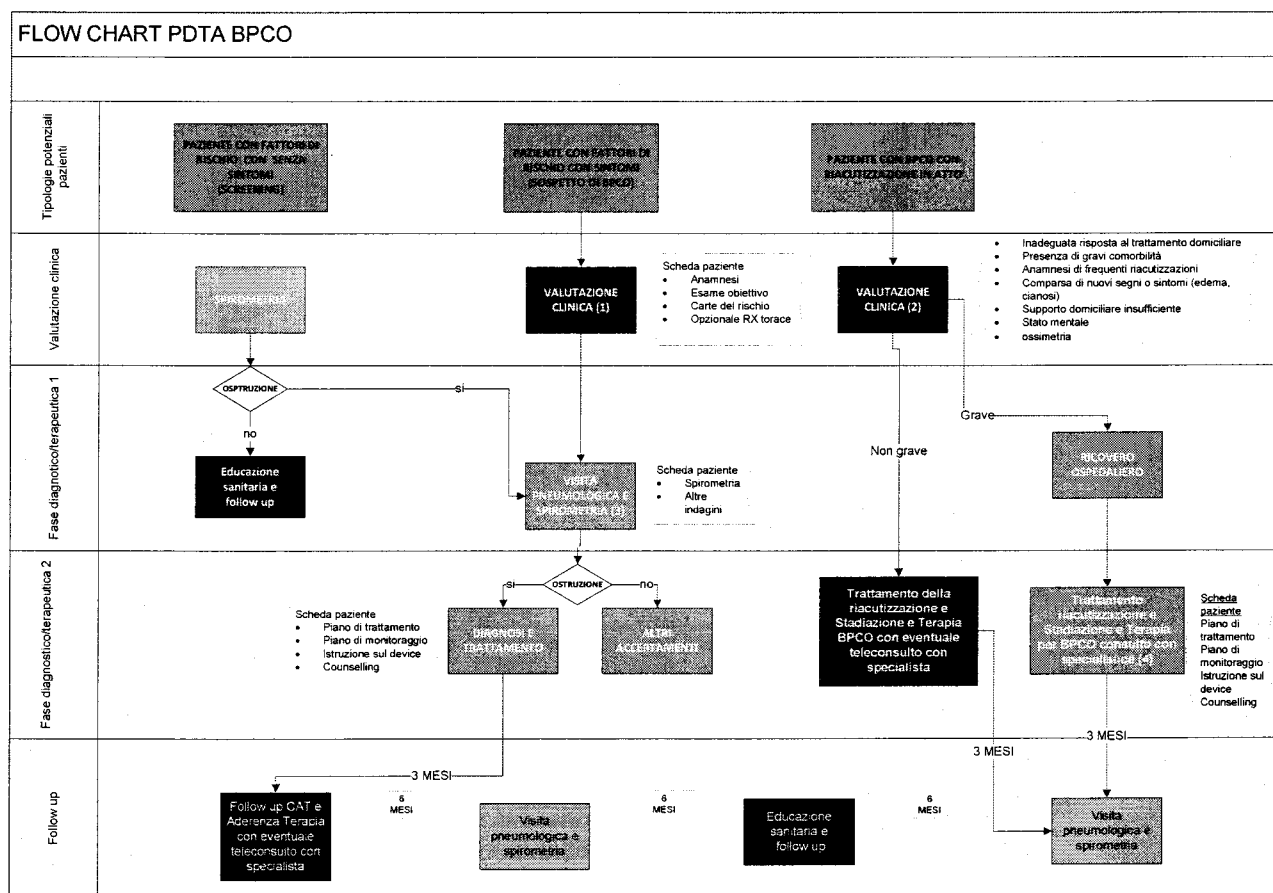
- Sospetto diagnostico
- Accertamento diagnostico e stadiazione
- Trattamento
- Follow up e valutazione delle risposte
- Assistenza Domiciliare

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 tipologie di pazienti destinatari del presente PDTA sono tre:

- Con fattori di rischio senza sintomi
- Con fattori di rischio e sintomi
- Con BPCO già diagnosticata e riacutizzazioni.



4.2 PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

La funzione di accoglienza e presa in carico delle persone affette da BPCO, 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 e figure di riferimento.

4.2.1.1 LA GESTIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

- Selezione dei pazienti

o I gruppo di pazienti: Soggetti con fattori di rischio senza sintomi:

E' noto che la BPCO presenti delle caratteristiche che possono rendere difficile la diagnosi. Questo 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, una strategia che possa permettere di estrarre una lista di pazienti che, per una serie di motivi, 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, e potrebbe essere effettuata attraverso la somministrazione del questionario Agenas.

- 1) Se dall'analisi del questionario l'esito è negativo ci si limita al counselling da parte del MMG o si avvia ad un centro antifumo con un controllo dopo sei/dodici mesi.
- 2) Se dall'analisi del questionario l'esito è positivo si procede con la spirometria (con test di reversibilità in caso di ostruzione), da eseguire da parte dello specialista:
 - a) Se non si rileva ostruzione si procede con l'educazione sanitaria
 - b) Se si rileva ostruzione si fa diagnosi e si valuta la gravità (A,B,C,D) secondo le linee guida GOLD 2014.

Tabella 1: Valutazione combinata di gravità della BPCO

Rischio (Classificazione GOLD di gravità della ostruzione bronchiale)	4	(C)	(D)	≥ 2 riacutizzazioni o ≥ 1 con ospedalizzazione
	3			
2	(A)	(B)	1 riacutizzazione senza ospedalizzazione	
1			0	
		CAT < 10	CAT ≥ 10	
		Sintomi		
		mMRC 0-1	mMRC ≥ 2	
		Dispnea		

©2014 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

Per i pazienti con gravità A si prescrive un broncodilatatore, in alternativa LAMA o LABA, l'abolizione del fumo e si rivaluta con spirometria ogni 12 mesi.

Per i pazienti con gravità B si prescrivono farmaci LAMA o LABA (v. tab.2).

Per i pazienti con gravità C e D deve essere eseguita una visita pneumologica e spirometria per razionalizzare percorso e trattamento al fine di ottenere un ottimale raggiungimento dell'equilibrio con controlli alternati ogni 6 mesi tra Specialista e MMG e l'esecuzione della spirometria deve essere effettuata ogni 12 mesi.

Gli esami che il paziente deve eseguire sono:

- Rx torace
- Spirometria globale
- Saturimetria ed eventuale emogasanalisi
- DLCO (diffusione alveolo-capillare),

oltre quelli che lo specialista ritiene indispensabili.

○ **Il gruppo di pazienti: Soggetti con fattori di rischio e sintomi:**

Il MMG effettua la valutazione clinica attraverso la carta rischio (allegato 1), Rx torace e spirometria.

- 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 2014.

Il successivo percorso è quello già su descritto per il I gruppo di pazienti.

○ **III gruppo di pazienti: BPCO già diagnosticata con riacutizzazioni (v. Linee guida GOLD):**

Il MMG esegue la valutazione clinica.

- 1) Se il paziente presenta una situazione di non gravità clinica, resta in carico allo stesso medico per il trattamento della riacutizzazione con corticosteroidi sistemici per breve ciclo (5-10gg.), broncodilatatore LABA o LAMA e/o associazione LABA/ICS ed eventualmente terapia antibiotica, soprattutto in presenza di espettorato purulento. Il MMG, se lo ritiene, dispone l'eventuale consulto con lo specialista, inviando allo stesso la scheda del paziente con gli accertamenti effettuati e la terapia in atto. Il paziente deve essere rivisitato 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 si procede all'ospedalizzazione. Le indicazioni all'ospedalizzazione sono le seguenti.
 - Comorbidità (diabete, nefropatia, insufficienza epatica, etc.)
 - Età avanzata
 - Aumento della dispnea
 - Ipossiemia (< a 92 con saturimetro), cianosi, aritmia, edema
 - Carenza di supporto sociale e familiare
 - Incertezza della diagnosi
 - Alterazioni dello stato mentale.

- **Prima visita**

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 advice 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 somministrato il Questionario Agenas (Allegato 2) per selezionare i pazienti da inviare a spirometria.



- **Primo inquadramento diagnostico**

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, permettendo quindi la stadiazione della BPCO; 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 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 almeno il valore di FEV1 e dell'indice di Tiffenau, e che la registrazione del problema BPCO sia accompagnato dalla sua stadiazione.

- **Terapia**

L'approccio terapeutico si articola in tre componenti:

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

- **Follow up**

Nelle visite successive, si raccomanda al MMG di indagare e registrare ogni volta l'abitudine al fumo e l'anamnesi lavorativa e, se il paziente è ancora fumatore, somministrare almeno un minimum advice e dare informazioni sulle possibili terapie farmacologiche e sull'offerta di Centri Antifumo presenti sul territorio, sulla falsariga della prima visita, e questo non solo ai pazienti affetti da BPCO, ma anche quelli a cui non è stata diagnosticata. Nei pazienti affetti da BPCO, inoltre, andrebbe indagata e verificata la manualità nell'uso dei devices e la corretta assunzione della terapia.

Annualmente si consiglia di riproporre l'effettuazione della spirometria.

In caso di significativo peggioramento delle condizioni cliniche del paziente, quest'ultimo potrà essere inviato a consulto specialistico anche al di fuori della periodicità programmata.



4.3 LA GESTIONE TERRITORIALE: L'AMBULATORIO SPECIALISTICO

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

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

Tabella 2 *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 bronchectasie
Frequenti esacerbazioni	Ottimizzazione del trattamento

La frequenza dei controlli dipende dalla severità della malattia e dal suo grado di stabilità.

In sintesi, la tabella successiva riassume le modalità dei controlli.

Tabella 3 *Sintesi modalità dei controlli.*

Frequenza controlli	Almeno annuale	Almeno semestrale
Aree di valutazione	Fumo Trattamento sintomi Limitazioni esercizio a causa di dispnea Frequenza delle acutizzazioni Efficacia dei farmaci Tecnica di uso degli inalatori Indicazioni a controllo specialistico Indicazioni a riabilitazione	Fumo Trattamento sintomi Limitazioni esercizio a causa di dispnea Frequenza delle acutizzazioni Presenza di cuore polmonare cronico Necessità di scalare trattamento Necessità di LTOT Necessità di supporto da parte di servizi sociali Controllo nutrizionale Indicazioni a controllo specialistico Indicazioni a riabilitazione
Misure da fare	FEV1- FVC Calcolo BMI Valutazione grado di dispnea Valutazione satO2	FEV1 - FVC Calcolo BMI Valutazione grado di dispnea Valutazione satO2 EGA* 6MWT**

* in pazienti ipercapnici almeno; ** almeno una volta all'anno.

Si raccomanda la vaccinazione antinfluenzale annuale e la vaccinazione antipneumococcica alle scadenze previste.



4.3.1.1 TERAPIA FARMACOLOGICA

LINEE GUIDA GOLD: TERAPIA FARMACOLOGICA DELLA BPCO STABILE			
Gruppi pazienti	1° scelta terapeutica	Sceita terapeutica alternativa	Altre possibili scelte
A	SAMA o SABA	LAMA o LABA o SAMA+SABA	TEOFILLINA
B	LAMA o LABA	LAMA + LABA	SABA e/o SAMA SAMA TEOFILLINA
C	LABA + ICS o LAMA	LAMA + LABA o LAMA+PDE-4INHIBITOR o LAMA+PDTE-4INHIBITOR	SABA e/o SAMA SAMA TEOFILLINA
D	LABA + ICS e/o LAMA	ICS+LABA+LAMA o LABA+LABA+PDE-4INHIBITOR o LAMA+PDE+4INHIBITOR	CARBOCISTEINA SABA e/o SAMA TEOFILLINA

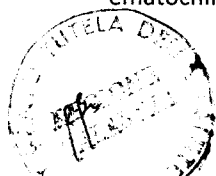
4.3.1.2 OSSIGENOTERAPIA

Le linee guida 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

4.4.1.1 PRONTO SOCCORSO

Il paziente si presenta 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, 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 conferma la diagnosi di riacutizzazione di BPCO e inizia 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 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 alla somministrazione di 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 Pneumologia, che di Geriatria per acuti, per il paziente che non necessita di supporto ventilatorio;
- unità operativa di pneumologia e, ove non presenti, 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 (devono essere presenti 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.

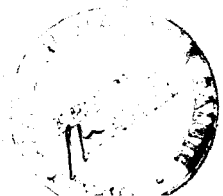
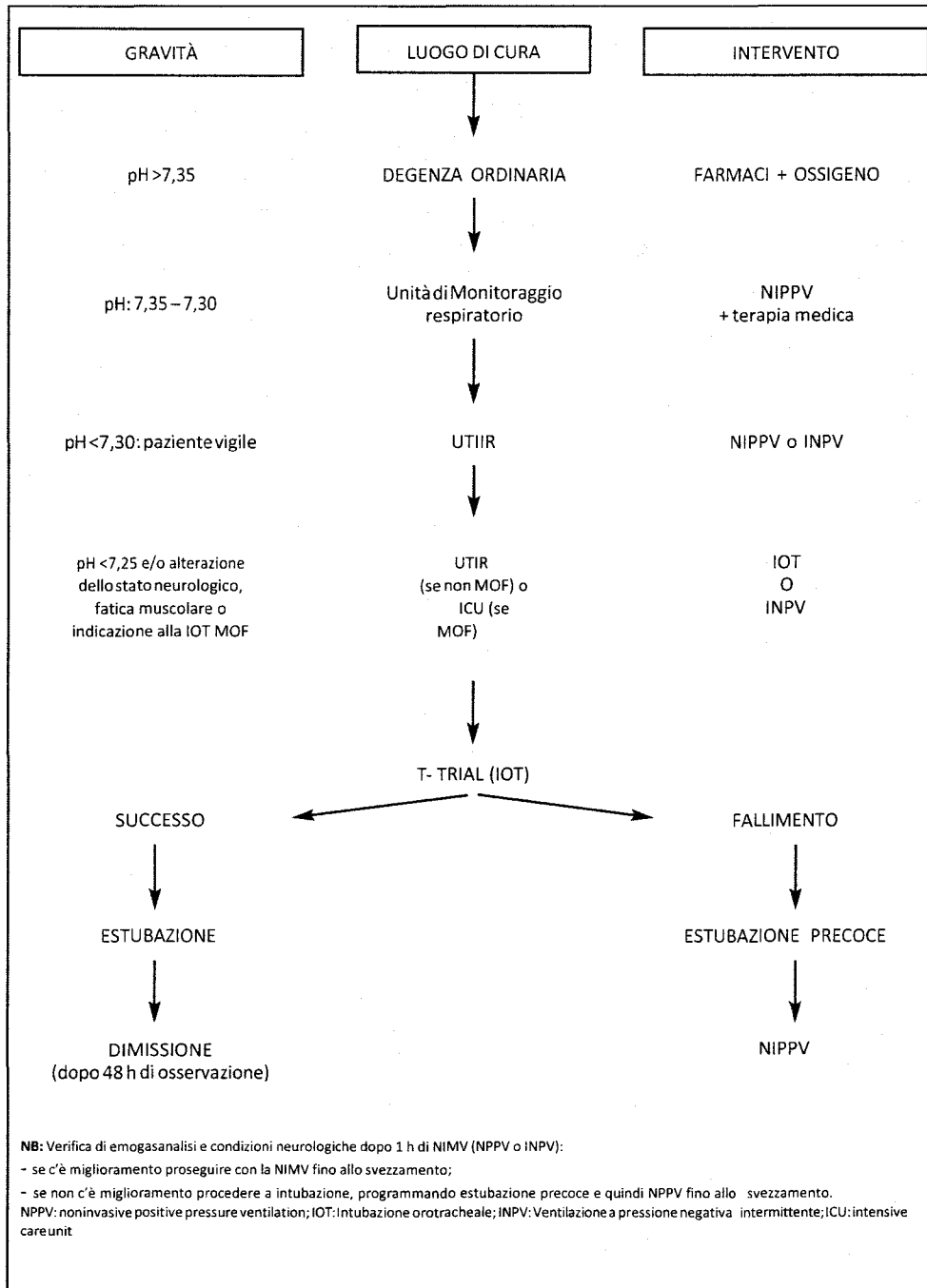


Tabella 4



4.4.1.2 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, l'emogasanalisi arteriosa annotando FIO₂, l'ECG, l'emocromo, la glicemia, creatinemia, 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 recenti riacutizzazioni e recenti trattamenti antibiotici, casi in cui è più probabile l'isolamento di germi multiresistenti. Non è indicata l'esecuzione di spirometria in acuto, che è invece essenziale per l'inquadramento del paziente a situazione clinica stabilizzata.

4.4.1.3 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:

- a) terapia corticosteroidea sistemica;
- b) terapia broncodilatatrice intensiva, generalmente per via inalatoria;
- c) terapia antibiotica

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

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

- a) NIMV;
- b) IMV.

4. Il nursing e la fisioterapia che comprendono:

- a) postura del paziente e mobilizzazione precoce;
- b) assistenza alla tosse e al drenaggio delle secrezioni;
- c) nutrizione.

5. Altre componenti della terapia:

- a) profilassi tromboembolismo venoso;
- b) terapia delle comorbidità: scompenso cardiaco, diabete e controllo glicemico, insufficienza renale, anemia, osteoporosi complicata.



4.4.1.4 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;
- mobilizzazione intraospedaliera con bombola spallabile di O₂ nei pazienti ipossiemicici;
- educazione terapeutica del paziente per:
 - a) cessazione del fumo, se il paziente è fumatore attivo;
 - b) esecuzione corretta della terapia inalatoria, come detto sopra;
 - c) istruzione ed addestramento all'ossigenoterapia e/o ventiloterapia domiciliare se prescritta;
 - d) adozione di corretto stile di vita con particolare riguardo all'utilità dell'esercizio fisico e del mantenere la mobilità;
 - e) riconoscimento delle riacutizzazioni e inizio precoce a domicilio dell'appropriata terapia.

4.4.1.5 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 devices inalatori e dell'ossigenoterapia domiciliare se prescritta.

I criteri per la deospedalizzazione sono i seguenti:

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

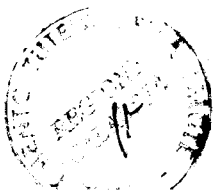
Il follow-up ambulatoriale è indicato in tutti i pazienti ricoverati per insufficienza respiratoria da riacutizzazione di BPCO ai fini della rivalutazione di gravità in fase di stabilità clinica, della revisione della condotta terapeutica e dell'adesione del paziente alla stessa. A tal fine devono essere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

4.4.1.6 RIABILITAZIONE IN REGIME DI DEGENZA

La riabilitazione è raccomandata e dove possibile effettuata in regime di ricovero ospedaliero in caso di:

- a) Insufficienza Respiratoria Acuta o Cronica Riacutizzata in UTI –UTIR.
- b) Insufficienza Respiratoria Acuta o Cronica Riacutizzata in reparto (pneumologico-internistico).
- c) Paziente senza Insufficienza Respiratoria.

L'intervento riabilitativo deve prevedere una valutazione collegiale interdisciplinare e multiprofessionale tra tutti coloro che hanno in carico il paziente per 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 comorbilità, 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 svezamento dalla VM.
- Altri programmi individualizzati sulla base della valutazione specialistica.

Il fisiatra compila la scheda di percorso riabilitativo che consentirà di rilevare una serie di dati relativi ai bisogni clinico-assistenziali (con il personale medico e infermieristico di reparto integrato con la equipe distrettuale che dovrà riprendere in carico il paziente) sul grado di autonomia del paziente, sul suo bisogno di supporto sociale e sui bisogni riabilitativi per programmare le fasi successive del percorso riabilitativo e individuare il setting di continuità più appropriato per il paziente, che potrà essere :

- domicilio con indicazione a solo follow up clinico
- domicilio con indicazione a regime ambulatoriale di riabilitazione
- reparto di Riabilitazione (cod. 56), se prevalgono i bisogni riabilitativi ed è necessario un periodo di ricovero in reparto di post-acuzie (cod. 60) 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.

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

4.4.1.7 DIMISSIONE

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

- valutazione iniziale:
- elenco problemi iniziali del paziente
- eventuale programma riabilitativo effettuato:
- risultati ottenuti



- 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

- Percentuale di ricoveri ospedalieri per BPCO rispetto all'anno precedente all'applicazione del PTDA (< 20%)
- Incremento utilizzo spirometria da parte degli MMG nelle UCCP
- 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;
- 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

Il processo di implementazione dei percorsi assistenziali non può avvenire indipendentemente dal contesto aziendale e trova il suo elemento cardine nell'azione di gruppi di lavoro aziendali multiprofessionali e multidisciplinari.

Le raccomandazioni del Dipartimento regionale relative alla costruzione di PDTA e Percorso integrato di cura forniscono indicazioni esaurienti sulle modalità di implementazione aziendale; tuttavia si ritiene opportuno mettere in evidenza alcuni aspetti.

All'interno delle Aziende Sanitarie Regionali (ASP e AO) occorrerà presidiare con particolare attenzione la fase di costituzione del gruppo di progetto impegnato nell'applicazione del percorso di riferimento regionale all'interno della propria realtà. Esso potrà avvalersi delle competenze di professionisti coinvolti a vario titolo (sia sul piano clinico che su quello organizzativo) nella cura dei pazienti affetti da BPCO; questo anche quale garanzia che la descrizione del percorso attuale e l'identificazione delle criticità sia quanto più possibile completa.

Analoga attenzione dovrà essere posta all'identificazione degli indicatori, e perciò, oltre a quelli proposti nel presente documento, potranno essere individuati elementi specifici di monitoraggio. Si suggerisce a tal fine di avvalersi, per la costruzione degli indicatori stessi, delle matrici di analisi delle varie fasi presentate nel documento. Infine, si richiama l'importanza delle attività formative che dovranno essere attivate non solo per garantire la conoscenza diffusa fra tutti i professionisti interessati del contenuto del PDTA, ma anche per supportare l'indispensabile fase di sperimentazione/applicazione.



5 Azioni da intraprendere e tempistica di attuazione

- Entro 30 giorni dall'approvazione del PDTA, costituzione del Coordinamento regionale del PDTA composto: Dirigente del settore competente del Dipartimento, dal gruppo tecnico già istituito e integrato da ulteriori figure professionali.
- Entro 60 giorni dall'approvazione del PDTA, costituzione in ogni Azienda Sanitaria Provinciale del gruppo di progetto per l'applicazione del PDTA, che deve comprendere i professionisti di tutte le strutture interessate ricadenti nell'ambito territoriale. L'attività di coordinamento del gruppo è in capo al Coordinatore del distretto, ove presente o al Direttore di uno dei distretti.
- Avvio attività informazione/formazione ai fini della conoscenza diffusa fra tutti MMG (n. 5 incontri per provincia con un numero di circa 50 MMG ad incontro), entro dicembre 2015.
- Avvio attività informazione/formazione ai fini della conoscenza diffusa fra tutti gli specialisti interessati al PDTA (n. 5 incontri: n. 1 incontro per Provincia), entro dicembre 2015.
- Sviluppo di una piattaforma informatica condivisa tra i MMG, specialisti ambulatoriali e specialisti ospedalieri, per garantire la comunicazione tra i soggetti coinvolti e il monitoraggio dell'applicazione del PDTA.

6 Monitoraggio

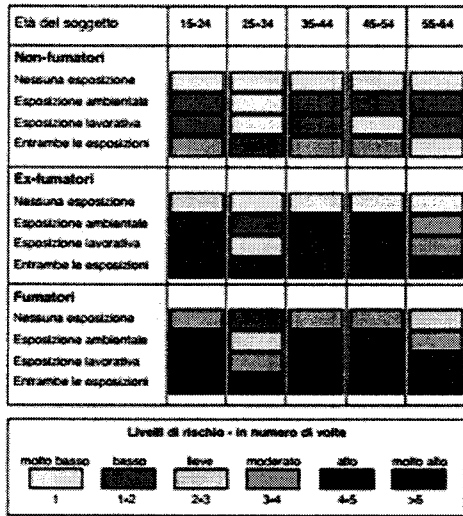
Il Dipartimento Tutela della Salute effettuerà semestralmente il monitoraggio dello stato di attuazione della rete, attraverso la valutazione degli indicatori e con il supporto del gruppo regionale di coordinamento del progetto e predisporrà la relazione per la Struttura Commissariale.



Carta del rischio di Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva

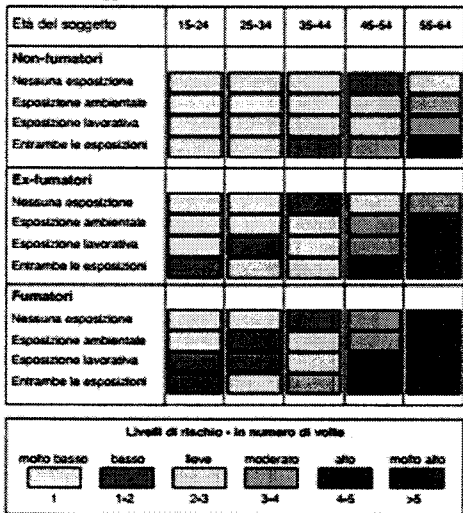
RISCHIO RELATIVO DI BPCO
NELLA POPOLAZIONE MASCHILE

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



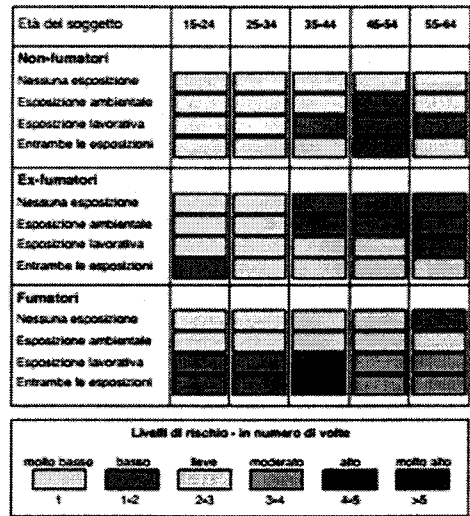
RISCHIO ASSOLUTO DI BPCO
NELLA POPOLAZIONE MASCHILE

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



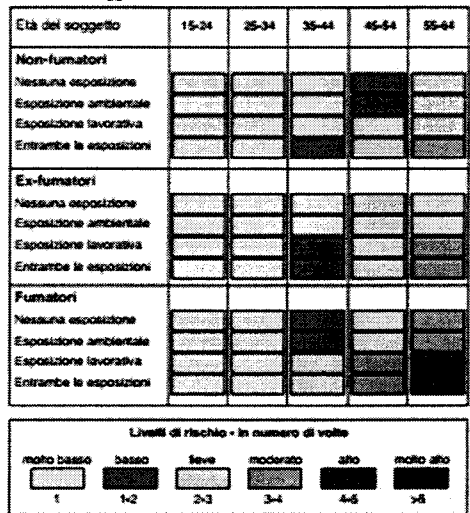
RISCHIO RELATIVO DI BPCO
NELLA POPOLAZIONE FEMMINILE

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



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



Allegato 2 - Questionario

Questionario per la selezione dei pazienti da inviare a spirometria

- 1) Tossisce di frequente?
.....
- 2) Le capita di avere spesso del catarro che viene su con la tosse?
.....
- 3) Le capita di avere mancanza di fiato se fa anche semplici attività?
.....
- 4) Facendo attività fisica Le è capitato di avere più mancanza di respiro dei suoi compagni coetanei?
.....
- 5) Avverte rumori quando respira sotto sforzo o di notte?
.....
- 6) Le capita frequentemente di prendere raffreddori che durano di più di quelli di altre persone che Lei conosce?
.....

Se un paziente di 40 anni o più, fumatore o ex-fumatore, risponde di "sì" anche a una sola di queste domande, allora è indicato prescrivere l'esecuzione di un esame spirometrico.

