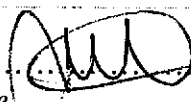
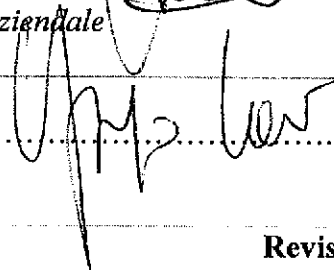

	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronico Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLLT
Revisione : 00 del		Pag01 di 55	


PDTA

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronico Ostruttiva (BPCO)

VERIFICA Data.....	Dr. Giuseppe Visconti..... <i>Direttore Sanitario Aziendale</i> 
APPROVAZIONE Data.....	Dr. Giorgio Casati..... <i>Direttore Generale</i> 
ENTRATA IN VIGORE Data.....	Revisione a tre anni

	ASL LATINA	PDTA	PDTA ASLT
		Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	Pag. 02 di 55

Prima Stesura	Settembre 2018
REDATTO DA:	Dr.ssa Susanna Busco <i>Susanna Busco</i>
Coordinatore Gruppo di Lavoro	<i>UOC Programmazione e Controllo di Gestione</i>
Responsabile Progetto Percorsi	Dr.ssa Assunta Lombardi <i>Assunta Lombardi</i>
	<i>Direttore UOC Formazione/Comunicazione</i>
RESPONSABILI STRUTTURE	
DISTRETTO 1	Dott. Belardino Rossi <i>Direttore Distretto 1- Responsabile Dipartimento Funzionale delle Attività Distrettuali</i>
DISTRETTO 2	Dott.ssa Giuseppina Carreca <i>Direttore Distretto 2</i>
DISTRETTO 3	Dott. Luigi Ardia <i>Direttore Distretto 3</i>
DISTRETTO 4	Dott. Giuseppe Ciarlo <i>Direttore Distretto 4</i>
DISTRETTO 5	Dott. Antonio Graziano <i>Direttore Distretto 5</i>
ASSISTENZA PRIMARIA	Dott. Loreto Bevilacqua <i>Direttore Dipartimento Assistenza Primaria</i>
PROFESSIONI SANITARIE	Dott.ssa Roberta Biaggi <i>Direttore ff UOC Professioni Sanitarie</i>
PNEUMOLOGIA PO Nord	Dott.ssa Antonella Sarni <i>Direttore UOSD Pneumologia Osp S.M.Goretti</i>
MEDICINA GENERALE PO Nord	Dott. Giuseppe Campagna <i>Direttore UOC Medicina Generale Osp S.M.Goretti...</i>
MEDICINA D'URGENZA	Dott. Massimo Aiuti <i>Direttore UOC Medicina D'Urgenza</i>
GERIATRIA	Dott. Renato Masala <i>Direttore UOSD Geriatria</i>
PRONTO SOCCORSO PO Nord	Dott. Mario Mellacina <i>Direttore UOC Pronto Soccorso Osp Latina</i>
MEDICINA GENERALE PO Centro	Dott. Pietro Del Duca <i>Direttore ff UOC Medicina Generale Osp A.Fiorini Terracina</i>

	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronico Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT
			Pag. 03 di 55

**PRONTO SOCCORSO
PO Centro**

*Dott.ssa Chiara Panella.....
Direttore ff UOSD pronto Soccorso OBI Osp Terracina*

**MEDICINA GENERALE
PO Sud**

*Dott.Serenella Gioia Dalmaso.....
Direttore UOC Medicina Generale Osp. Dono Svizzero Formia*

**PRONTO SOCCORSO
PO Sud**

*Dott. Carlo Catenaccio.....
Direttore ff UOC PS OBI Med D'Urgenza – Osp Formia*

DH MULTIFUNZIONALE

*Dott. Amato La Mura.....
Direttore DH Multifunzionale - Osp Formia*

REFERENTI PNEUMOLOGIA CENTRO SUD

**PNEUMOLOGIA
Osp Terracina**

*Dott Alessandro del Bono.....
Medicina Generale Osp Terracina*

**PNEUMOLOGIA
Osp Fondi**

*Dott Vincenzo De Biase.....
Medicina Generale Osp Terracina*

**PNEUMOLOGIA
Osp Formia**

*Dott Ermanno Kugler.....
DH multifunzionale Osp Formia*

MEDICI DI MEDICINA GENERALE


Dott. Giovanni Cirilli

Dott. Claudio Guerra

Dott. Mario D'Uva

Dott. Angelo Mangullo

Dott. Erasmo Di Macco

	<p>ASL LATINA</p>	<p>PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)</p>	<p>PDTA ASLT Pag. 04 di 55</p>
--	-------------------	--	-------------------------------------

GRUPPI DI LAVORO

Gruppo di lavoro Ristretto

Susanna Busco- Medico Coordinatore Gruppo di lavoro UOC Qualità Sperimentazione Innovazione e Ricerca

Antonella Sarni – Medico Direttore UOSD Pneumologia Osp. S.M.Goretti Latrina

Marcello Ciuffreda- Medico Pneumologo Osp. S.M.Goretti Latina

Belardino Rossi – Medico Responsabile attività funzionali distrettuali

Assunta Lombardi – Medico Direttore UOC Formazione

Gruppo di lavoro

Giuseppe Campagna- Medico Direttore UOC Medicina Generale Osp S.M.Goretti

Giuseppina Carreca – Medico Direttore Distretto 2

Ida Ciamarra- Medico Pneumologia Osp S.M.Goretti -Latina

Alessandro Del Bono – Medico pneumologo Medicina Generale Osp A.Fiorini Terracina

Vincenzo De Biase – Medico pneumologo Medicina Generale Osp A.Fiorini Terracina

Ermanno Kugler – Medico pneumologo DH Multifunzionale Osp D.Svizzero Formia

Mario Mellacina – Medico Direttore UOC Pronto Soccorso Osp S.M.Goretti Latina

Paolo Nucera – Medico Direttore UOS OBI Osp S.M.Goretti Latina

Antonella Signore – medico pneumologa Distretto 2 Latina

Raimondo Palombo – Medico pneumologo Osp S.M.Goretti Latina

Chiara Panella – Medico Direttore Pronto Soccorso Ospedale Terracina-Fondi

Giovanni Cirilli - Medico di Medicina Generale

Claudio Guerra - Medico di Medicina Generale

Mario D’Uva – Medico di Medicina Generale

Angelo Mangullo - Medico di Medicina Generale

Erasmus Di Macco – Medico di Medicina Generale

Lorena Di Lenola – Infermiera

Roberto De Lisio – Ingegnere


Annamaria Trani – Medico UOC Programmazione controllo di Gestione

Loredana Arenare – Farmacista- Farmacia Territoriale

Walter Battisti – Ingegnere- Sistemi Informativi

Marco Fiori – Ingegnere – Sistemi Informativi

Lucia Accusani – Farmacista- Farmacia Territoriale

 <p> <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> ASL LATINA REGIONE LAZIO </p>	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT Pag. 05 di 55
---	-------------------	---	--

INDICE

1. Premessa

1.1 Epidemiologia

1.2 Contesto Assistenziale

2. Obiettivo

3. Ambito di applicazione

4. Metodologia di lavoro

5. Ragionamento Clinico

5.1 Diagramma di flusso

5.2 Descrizione

6. Descrizione organizzativa del percorso

6.1 Accesso

6.2 FASE I Gestione del Medico di Medicina Generale

6.3 FASE II Ambulatorio Specialisti Pneumologico

6.4 FASE III Percorso Ospedaliero

6.5 Cure Palliative


7. Approvazione Diffusione Implementazione

8. Monitoraggio

9. Formazione

10. Riferimenti Normativi

11. Abbreviazioni

	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT
			Pag. 06 di 55

1. PREMESSA

1.1 Epidemiologia

La prevalenza delle malattie croniche è in netto aumento. Il loro aumento è strettamente correlato all'aumentare dell'età, in particolar modo sopra i 75 anni.

Sebbene la malattia eserciti il suo peso maggiore, in termini di consumo di risorse, soprattutto nelle fasi avanzate e terminali complicate dall'insufficienza respiratoria (IR), la BPCO è un problema non trascurabile anche in età giovanile. Il 10% di giovani tra i 20 e i 44 anni presenta tosse ed espettorato senza ostruzione bronchiale e il 3,6% presenta sintomi con ostruzione bronchiale

Tra le principali cause vi è il fumo di sigaretta: si stima che il 15-50% dei fumatori sviluppi BPCO nel corso della vita. Altri inquinanti ambientali, domestici, lavorativi possono avere un ruolo importante in singoli casi.

E'una patologia spesso sottostimata che riveste una notevole rilevanza in termini epidemiologici, economici e di impatto sulla qualità della vita ed è una delle principali cause di morbilità e mortalità. Si stimano circa 3 milioni di morti nel mondo a causa di questa patologia nel 2015 (circa il 5% di tutti i decessi)

Anche in Italia, come in Europa, le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano la terza causa di decesso, sia per gli uomini sia per le donne (7% e 6%, rispettivamente). Questi decessi sono destinati ad aumentare qualora non vengano adottate misure preventive per ridurre i fattori di rischio alla base della BPCO, in particolare il fumo di sigaretta. Si stima che nel 2020 la disabilità

BPCO-correlata passerà dal nono al quinto posto in termini di DALYs (*Disability-adjusted life years*).

Alcune evidenze hanno sottolineato come la BPCO sia ampiamente sottostimata e sotto-diagnosticata oscillando con una prevalenza variabile dal 4 al 10% della popolazione adulta

E' stata effettuata una valutazione della prevalenza delle patologie croniche relativamente a BPCO, Diabete, Scemenso Cardiaco e associazione delle patologie, attraverso l'utilizzo dei sistemi informativi correnti aziendali, confrontate con i riferimenti pubblicati

	IGT	Diabete		BPCO			Scemenso	
	20-79a	POP GENERALE	>35 a.	POP GENERALE	>14 anni (pop MMG)	>40 a.	POP GENERALE	>65 a.
Da riferimenti	5.1% ⁽¹⁾	6.2% ⁽²⁾	10.5% ⁽³⁾	6% ⁽⁴⁾	3,5% ⁽⁵⁾	9.4% ⁽³⁾	2% ⁽⁶⁾	7% ⁽⁶⁾
n. persone	23.000	35.640	38000	34000	22302	30000	11.000	8000
Da coorte ASL- LT	NA	6.6	10.2%	-	-	9,2		6,28%
n. persone	-	38035	36850	-	-	29400		6983

Tab 1 Definizione prevalenza Diabete, BPCO e Scemenso cardiaco

Patologia	D1	D2	D3	D4	D5	ASL
BPCO	4.711	6.849	2.660	3.531	4.469	22.220
BPCO-DIABETE	1.173	1.342	615	803	922	4.855
BPCO-DIABETE-SCOMPENSO	175	313	104	147	119	858
BPCO-SCOMPENSO	240	536	210	242	237	1.465
Totale	6299	9040	3589	4723	5747	29398

Tab.2 Distribuzione prevalenza BPCO e associazione con Diabete e Scompensato per distretto

1.2 Contesto Assistenziale

La BPCO è legata ad un significativo costo economico e le riacutizzazioni rappresentano la maggior spesa per il sistema sanitario: esiste infatti una relazione diretta tra il grado di gravità della BPCO ed il costo dell'assistenza, quali ricoveri ospedalieri e ossigeno terapia, oltre ai costi indiretti sia a carico del paziente sia dei suoi familiari e ai costi sociali legati alla disabilità

Esiste una marcata eterogeneità tra le ASL del Lazio nella ospedalizzazione per BPCO nei pazienti affetti da questa patologia. Nella Asl di Latina si evidenzia un tasso di ospedalizzazione inferiore alla media regionale (Fig.3)

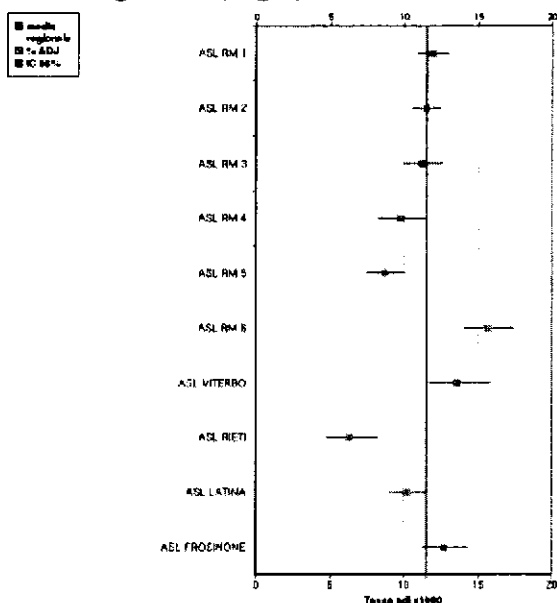



Fig.1 tassi di ospedalizzazione per BPCO in regime ordinario dei pazienti affetti da BPCO – anno 2018
<http://95.110.213.190/prevale2018/territoriale/territoriale.php>

	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronico Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT
			Pag. 08 di 55

Sono stati analizzati gli accessi al Pronto Soccorso (PS) delle strutture dell'Azienda Asl Latina relativi ai codici ICD9 per diagnosi di BPCO nell'anno 2015. La scelta di effettuare l'analisi degli accessi al PS con i codici identificativi di questa patologia, escludendo i codici per dispnea, insufficienza respiratoria ed asma, ha permesso con una buona approssimazione, di identificare una quota di pazienti in cui verosimilmente la patologia è già nota. Nel 2015 sono stati rilevati 742 accessi ai PS delle strutture aziendali, corrispondenti a 624 persone (Presso la struttura ICOT si è registrato un solo accesso al PS)


Si è evidenziata una marcata variabilità dell'esito nelle varie strutture ma mediamente nel 47% dei casi l'esito è stato di invio a domicilio. (Tab 3)

**Tab 3. Accessi al PS Diagnosi 490-492,493.2,494-496 (742 accessi/642 persone)
 Distribuzione per Esito e sede di accesso Anno 2015 (paz > 40 anni) ***

ESITO	S.M.Goretti Latina		A.Fiorini Terracina		S.G.Di Dio Fondi		Dono Svizzero Formia		Cl.Città di Aprilia		Totale	
	N.acc	%	N.ac	%	N.acc	%	N. acc	%	N.acc	%	N.acc	%
Domicilio	94	31%	89	59%	29	33%	81	74%	56	61%	349	47%
Ricovero	125	42%	28	18%	42	47%	22	20%	24	26%	241	32%
Trasf	39	13%	16	11%	1	1%	0	0%	4	4%	60	8%
Rifiuta ric.	39	13%	11	7%	8	9%	1	1%	8	9%	67	9%
si allontana	2	1%	8	5%	6	7%	5	5%	0	0%	21	3%
dim str amb	0	0%	0	0%	3	3%	1	1%	0	0%	4	1%
Totale	299	100%	152	100%	89	100%	110	100%	92	100%	742	100%

* Fonte dati: UOC Tecnologia Informatica e Sistemi Informativi ASL LT

E' ipotizzabile che una maggiore integrazione tra MMG e specialisti pneumologi sul territorio possa portare una riduzione della quota di accessi al PS che esitano in un re- invio al domicilio

	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT
			Pag. 10 di 55

Nella Asl sono presenti 4 stabilimenti Ospedalieri (un DEA di II livello) e tre case di cura convenzionate.

Due stabilimenti Ospedalieri dispongono di una Unità di terapia Intensiva, solo il DEA di II livello dispone anche di una unità di degenza per acuti e sub acuti (Fig.4)

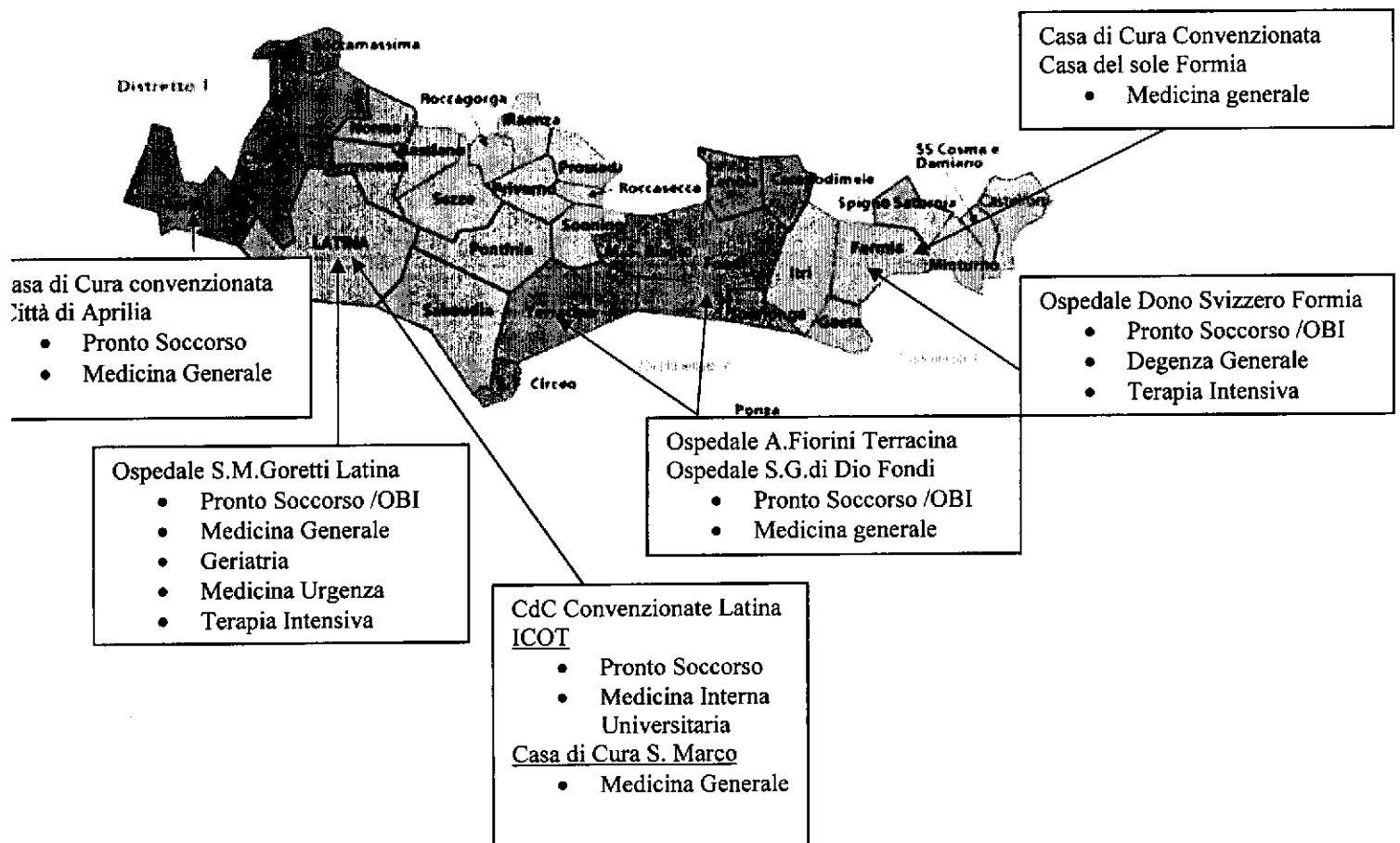



Fig3 Distribuzione geografica Stabilimenti Ospedalieri Asl Latina

	<p style="text-align: center;">ASL LATINA</p>	<p style="text-align: center;">PDTA</p> <p style="text-align: center;">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)</p>	<p style="text-align: center;">PDTA ASLT</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Pag. 11 di 55</p>
--	---	--	--

2. OBIETTIVI

- Precoce identificazione dei pazienti affetti da BPCO
- Instaurare misure atte alla riduzione dei fattori di rischio
- Assicurare la completa presa in carico del paziente con diagnosi di BPCO garantendo continuità assistenziale in tutte le fasi della malattia
- Garantire appropriatezza diagnostico terapeutica e omogeneità delle cure
- Migliorare le condizioni di salute dei pazienti per prevenire le ricadute e la progressione della malattia migliorando la prognosi
- Migliorare la qualità di vita dei pazienti
- Migliorare l'accessibilità alle prestazioni

3. AMBITO DI APPLICAZIONE

Il presente documento si applica a tutti i Servizi dell'Azienda ASL Latina coinvolti nella diagnosi precoce e nella gestione assistenziale dei pazienti con BPCO

4. METODOLOGIA DI LAVORO

Come altre patologie croniche la BPCO è una malattia di lunga durata che necessita di trattamento cronico, è, in rapporto alla sua gravità spesso in ambiti molto diversi e secondo setting pre definiti .

E' necessaria la pianificazione di un sistema assistenziale che metta in campo la ricerca di una diagnosi più possibile precoce di BPCO attraverso il coinvolgimento della Medicina Territoriale.


E' necessaria la creazione di una rete, a valenza prevalentemente in sede territoriale locale (Distretto), tra MMG, Specialista Pneumologo ed Infermiere con la costruzione di percorsi facilitati per pazienti più gravi con possibilità di accesso rapido all'ambulatorio specialistico in caso di acuzie al fine di individuare in corretto setting di cura evitando ricoveri non appropriati

Va realizzato un processo che tenga conto della visione complessiva del problema, volta ad una "presa in carico globale" del malato e riconosca un ruolo cruciale alla collaborazione ed integrazione tra i vari operatori

Diventa cruciale impostare in modo corretto, concreto e condiviso, il percorso che il paziente dovrà affrontare garantendo continuità diagnostico-terapeutica, attraverso una integrazione che veda partecipi il Territorio con tutte le sue componenti, i MMG, i Servizi di pneumologia territoriale (medici ed infermieri) ed ospedaliera fino alle divisioni ospedaliere di pronto Soccorso e di ricovero, nonché, nei casi più sfavorevoli, le cure palliative.

Nell'ambito di questa patologia il ricovero deve essere limitato ai casi più gravi e nelle fasi di acuzie, in quanto la gestione di questa patologia è principalmente presidio del Territorio.

Di fondamentale importanza è il coinvolgimento attivo del paziente per una gestione adeguata e consapevole ella sua malattia

	<p style="text-align: center;">ASL LATINA</p>	<p style="text-align: center;">PDTA</p> <p style="text-align: center;">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)</p>	<p style="text-align: center;">PDTA ASLT</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Pag. 12 di 55</p>
--	---	--	---

La definizione degli interventi assistenziali di comprovata efficacia è stata descritta nell'ambito di un ragionamento clinico condiviso con gli specialisti pneumologi, rappresentato sinteticamente in un diagramma di flusso e descritto negli episodi principali.

Dal punto di vista organizzativo il Profilo Integrato di Cura del paziente affetto da BPCO si articola essenzialmente nelle seguenti fasi principali che rispecchiano la gravità della malattia ed orientano il setting di trattamento

1. Gestione del Medico di Medicina Generale;
2. Gestione Ambulatorio specialistico pneumologico
3. Percorso Ospedaliero: Pronto Soccorso e Degenza

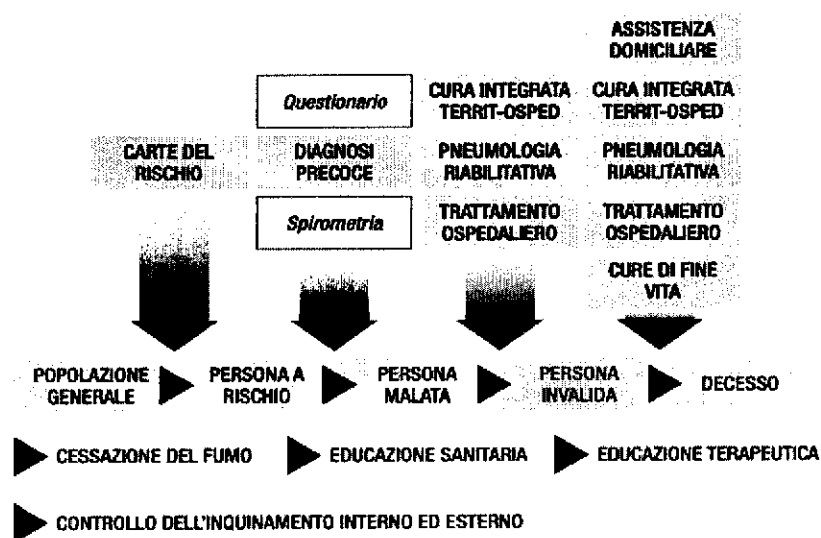
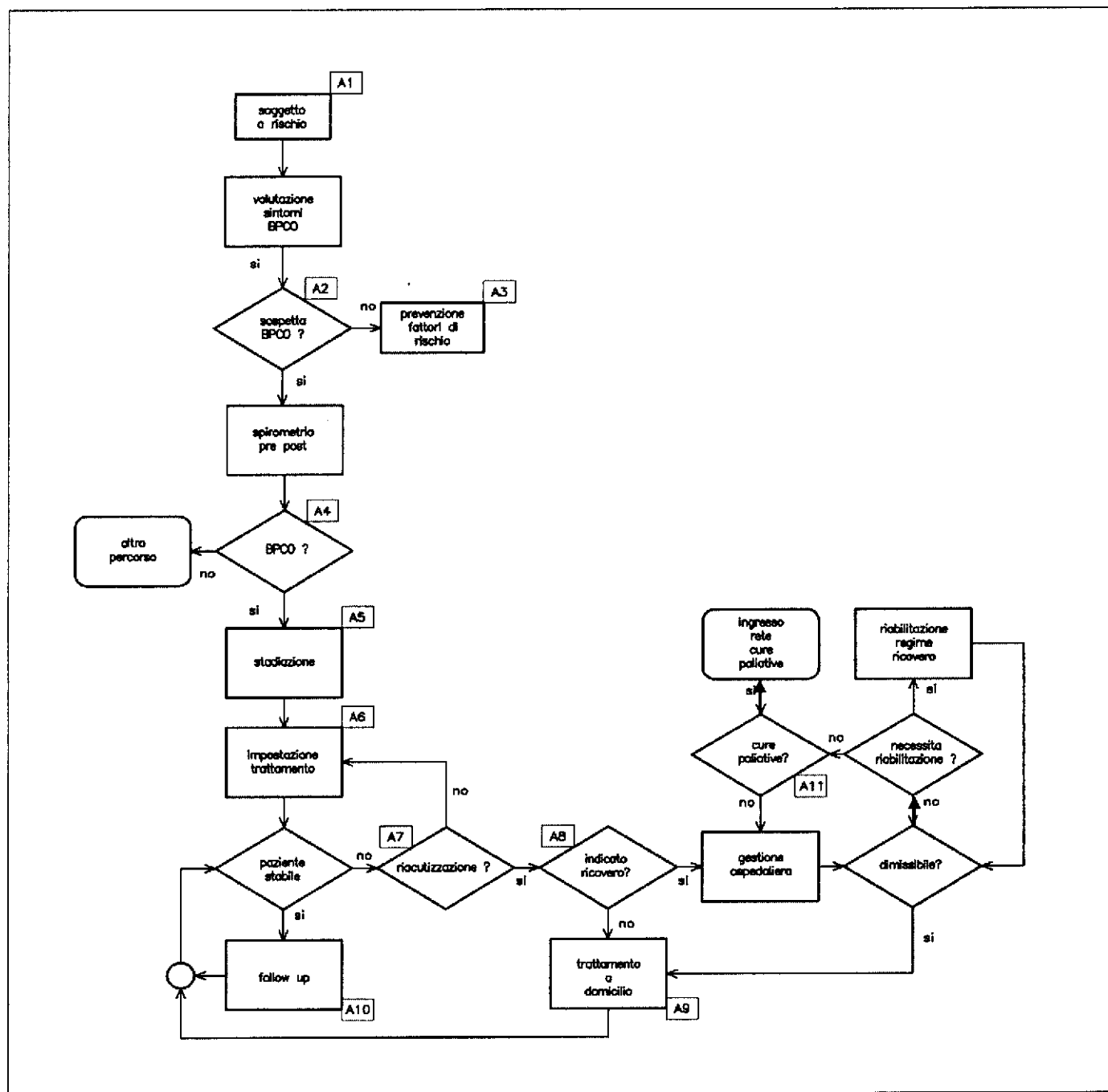



Fig 4 *Suddivisione per setting assistenziale e intervento in base alla gravità di malattia*

Il PIC è stato elaborato sulla base di quanto emerso dai confronti fra la responsabile del progetto percorsi, la coordinatrice del gruppo di lavoro e tutti i professionisti coinvolti nel percorso di cura.

In particolar modo il MMG ha un ruolo fondamentale per la individuazione dei soggetti a rischio nell'ambito della coorte di assistiti. Nell'ambito della medicina di iniziativa con delibera aziendale n. 320/2016 è stata definita la modalità di identificazione dei soggetti a rischio e della diagnosi di BPCO, nonché di stadiazione della malattia. E' stato successivamente definita la modalità di follow up. Per la fase 2 e 3 è stato necessario analizzare le varie realtà assistenziali presenti nella Provincia. Sono stati condivisi i criteri clinici, secondo le linee guida, gli indirizzi terapeutici, le indicazioni al ricovero, le indicazioni al luogo di cura secondo gravità di malattia, analizzando le realtà organizzative e affrontando le criticità organizzative.

5. RAGIONAMENTO CLINICO
5.1 Ragionamento clinico sintetico: **Diagramma di flusso**



	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT
			Pag. 14 di 55

5.2 RAGIONAMENTO CLINICO : descrizione

A1 Criteri per identificazione persone a rischio:

- ✓ Esposizione al fumo: sigarette, pipe, sigari, pipa ad acqua e altri tipi di fumo di tabacco , attivo e passivo
- ✓ Storia familiare di BPCO o di altra patologia cronica respiratoria
- ✓ Esposizione a fattori di rischio occupazionali: le polveri occupazionali e le sostanze chimiche (vapori, irritanti e fumi);
- ✓ Esposizione a fattori di rischio ambientali quali ad esempio gas di scarico e l'inquinamento indoor da Biomassa combustibile
- ✓ Infezioni recidivanti delle basse vie respiratorie durante l'infanzia.

A2 Sospetto di BPCO

Ogni paziente a rischio di malattia deve essere sottoposto alla valutazione tramite questionario GOLD (ALLEGATO 2) , per la valutazione di sintomi e grado di dispnea (ALLEGATO 3) La presenza di dispnea persistenze o progressiva che peggiora con gli sforzi , la presenza di tosse persistente spesso produttiva, in un paziente con fattori di rischio pone il sospetto di BPCO.

A3 Prevenzione

Di fondamentale importanza nei soggetti a rischio dare precise indicazioni per ridurre il rischio di evoluzione della malattia ,pertanto è necessario che vengano intraprese azioni di educazione sanitaria prima fra tutte la cessazione dell'abitudine al fumo.

La farmacoterapia e i sostituti della nicotina (quali la vareniclina e la citisina fascia C) possono aumentare in modo significativo i tassi di astinenza dal fumo a lungo termine.

E' importante adottare strategie di counselling per indirizzare la persona verso l'astensione dal fumo, tenendo conto che l'efficacia e la sicurezza delle sigarette elettroniche, come aiuto per smettere di fumare, sono al momento non comprovate.

- La vaccinazione antinfluenzale riduce le complicanze del virus influenzale
- La vaccinazione antipneumococcica riduce le infezioni del tratto respiratorio inferiore legate allo streptococco pnaeumoniae

A4 Diagnosi di BPCO


Nei soggetti in cui vengano rilevati i seguenti sintomi :

Dispnea

- Evolutiva (peggiora nel tempo)
- Peggioramento dopo sforzo
- Persistente

Tosse cronica

- Può essere intermittente e non produttiva

	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT
			Pag. 15 di 55

Produzione cronica di escreato

- Qualsiasi tipo di espettorazione cronica può indicare la presenza di BPCO

Si pone il sospetto di BPCO e la spirometria è necessaria per fare la diagnosi.

La presenza di un FEV1/FVC <0.70 post-broncodilatatore conferma la presenza di ostruzione bronchiale persistente.

I pazienti diagnosticati con un'età > di 45 anni che presentano enfisema basale o pazienti non fumatori con ostruzione non reversibile devono essere sottoposti a dosaggio sierico dell'antitripsina 1

La principale diagnosi differenziale è con l'asma, ma possono esserci altre condizioni che possono far sospettare altre patologie.

Tab 4 BPCO e diagnosi differenziale

BPCO	Esordio in soggetti di mezza età Sintomi lentamente progressivi Storia di fumo di tabacco oppure esposizione ad altri tipi di fumo
Asma bronchiale	Esordio precoce (spesso nell'infanzia) Sintomatologia variabile a seconda dei giorni Frequenti sintomi notturni o nelle prime ore del mattino Spesso presenti allergia, rinite e/o eczema Storia familiare di asma Coesistenza di obesità test di broncodilatazione farmacologica positivo
Scompenso Cardiaco Congestizio	Dispnea, ortopnea, edemi declivi, rumori umidi all'auscultazione La radiografia del torace mostra aumento dell'ombra cardiaca, versamento pleurico, edema polmonare Le prove di funzionalità respiratoria mostrano una sindrome restrittiva e non ostruttiva
Bronchiectasie	Espettorato abbondante e purulento Comunemente associate a infezioni batteriche Radiografia/TC del torace mostrano dilatazioni bronchiali, ispessimento delle pareti bronchiali
Tubercolosi	Esordio in qualunque età La radiografia del torace ma più spesso la TAC del torace, mostra un infiltrato polmonare Esami microbiologici di conferma Elevata prevalenza locale di tubercolosi
Bronchiolite Obliterante	Esordio in età giovanile, in soggetti non fumatori Può essere presente una storia di artrite reumatoide o esposizione acuta a fumi Osservata dopo trapianto polmonare o di midollo osseo
Pneumopatie infiltrative diffuse	dispnea, tosse secca, crepitii tipo velcro bilateralmente, RX Torace interessamento interstiziale bilaterale mantellare

A5 Stadiazione

La stadiazione della BPCO è fondamentale per la valutazione della gravità della malattia e quindi indirizzare il corretto trattamento

la stadiazione tiene conto:

- Della severità dell'ostruzione (GOLD)
- Della severità dei sintomi
- Della presenza di esacerbazioni
- Della presenza di comorbidità

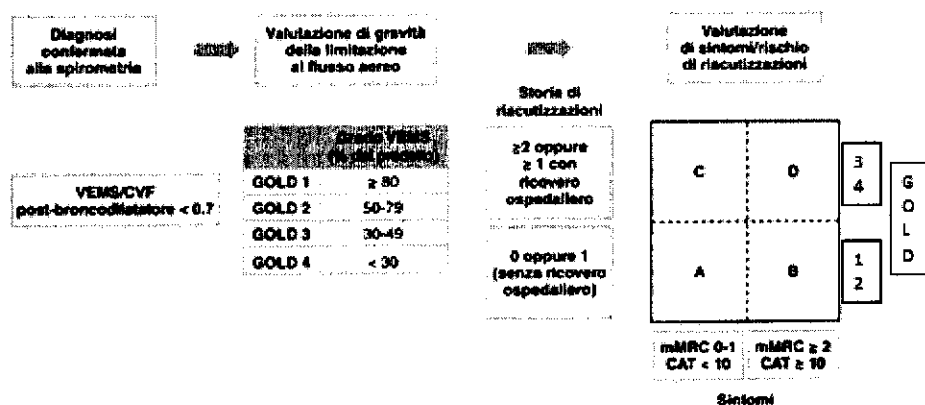
Tab 5 Stadiazione GOLD nei pazienti con VEMS/CVF<0.70


Grado GOLD	VALORE
1 - LIEVE	VEMS \geq 80% del teorico
2 - MODERATA	50% \leq VEMS $<$ 80%
3 - GRAVE	30% \leq VEMS $<$ 50%
4 - MOLTO GRAVE	VEMS $<$ 30% del teorico

Una corretta comprensione dell'impatto della BPCO sul singolo paziente combina la valutazione sintomatica con la classificazione spirometrica e/o il rischio di esacerbazioni.

Nell'aggiornamento 2017 delle LG Gold si è proposto un perfezionamento dello strumento di valutazione ABCD, che escluda la spirometria dalla valutazione dei gruppi ABCD. Nel definitivo schema di valutazione, i pazienti dopo essere stati sottoposti a spirometria per determinare la gravità della limitazione del flusso aereo (cioè lo stadio spirometrico) devono essere sottoposti a valutazione della dispnea utilizzando mMRC (ALLEGATO 3) e dei sintomi usando CAT (ALLEGATO 4). Infine, deve essere registrata la loro storia di riacutizzazioni (tra cui prioritariamente le ospedalizzazioni).

Fig 5 Schema di stadiazione



	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT
			Pag. 17 di 55

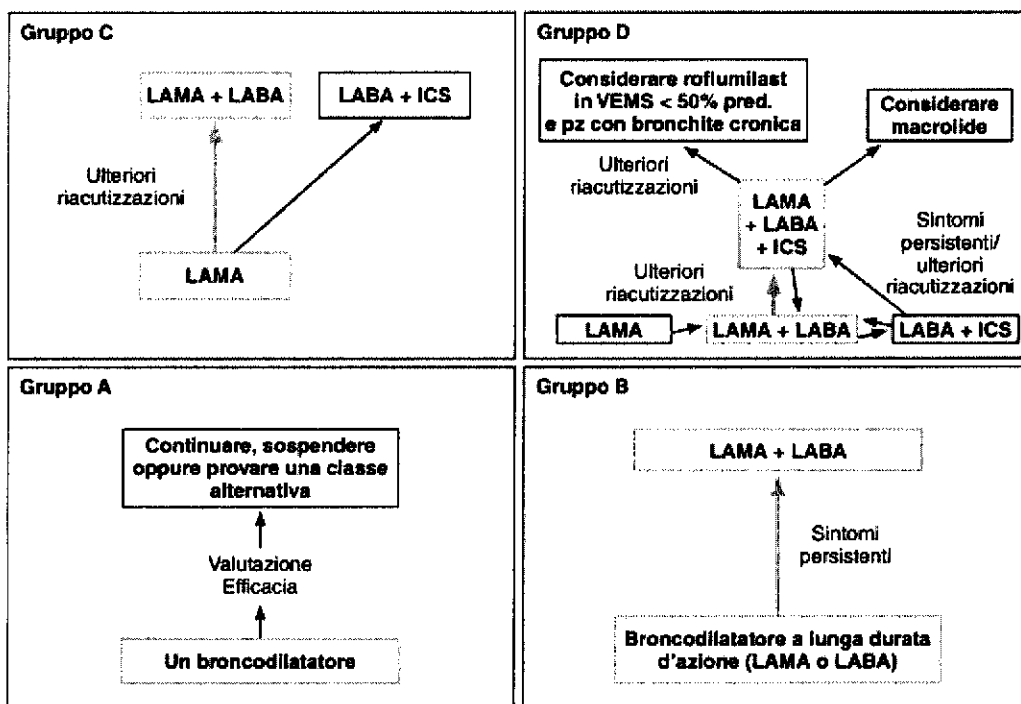
A6 Impostazione trattamento BPCO stabile


- **Sospensione del fumo:** Deve essere effettuato un adeguato counseling che sollecita un fumatore a smettere di fumare, tenendo conto che esiste una relazione tra l'intensità e la durata del counseling ed il successo alla cessazione del fumo
- **Vaccinazione antiinfluenzale annuale**
- **Vaccinazione antipneumococcica**
- **Trattamento farmacologico**

. La terapia farmacologica per la BPCO viene utilizzata per ridurre i sintomi, ridurre la frequenza e la gravità delle riacutizzazioni, migliorare la tolleranza allo sforzo e lo stato di salute.

I broncodilatatori svolgono un ruolo determinante nel trattamento dei sintomi della BPCO mentre i glucocorticoidi orali hanno un ruolo nella gestione acuta delle riacutizzazioni ma non hanno un ruolo nel trattamento di mantenimento nella BPCO cronica per il ridotto beneficio rispetto all'alto tasso di complicanze sistemiche

Algoritmo del trattamento farmacologico secondo lo schema GOLD



 <p> <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> ASL LATINA REGIONE LAZIO </p>	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT Pag. 18 di 55
---	-------------------	---	--


- **Educazione del paziente all'utilizzo dei device-autogestione:** Se una terapia viene prescritta per via inalatoria, è importante porre attenzione sull'educazione e sulla dimostrazione della corretta tecnica inalatoria - Prima di concludere che la terapia in atto non è sufficiente la tecnica inalatoria (e l'aderenza alla terapia) dovrebbe essere verificata
- **Riabilitazione polmonare** presenta notevoli vantaggi per i pazienti con BPCO dimostrato di essere la strategia terapeutica più efficace per migliorare la dispnea, lo stato di salute e la tolleranza all'esercizio fisico. E' indicata nella BPCO di qualunque stadio associato a dispnea da sforzo, ridotta tolleranza all'esercizio fisico e riacutizzazioni frequenti >2/anno (scala MMRC ≥ 2 , CAT >10). In particolare dopo riacutizzazione va iniziata entro le 4 settimane dall'episodio (riduzione degli episodi di ricaduta)
criteri di esclusione: ipossiemia severa PaO₂ <55 mmHg, pH <7.35, aritmia ipercinetica (FC >100), aritmia ipocinetica (FC <50), ipotensione arteriosa sintomatica (PA <90mmHg), iperpiressia

➤ **Ossigeno terapia a lungo termine :**

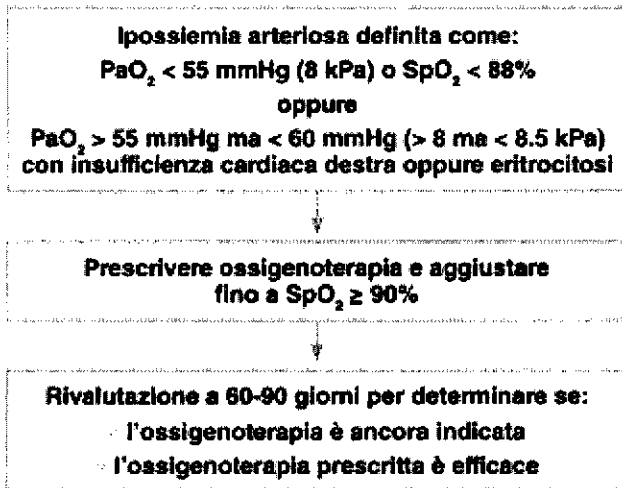
L'ossigenoterapia domiciliare a lungo termine (LTOT) migliora la sopravvivenza nei pazienti con BPCO severa con PaO₂ arteriosa <55 mmHg; non migliora, invece, la sopravvivenza in pazienti con ipossiemia con Pa O₂ > 60 mmHg. Inoltre, LTOT migliora la capacità di esercizio, la qualità del sonno e le capacità cognitive. L'ossigeno è fornito in forma liquida, gassosa o mediante concentratore (concentratore ed ossigeno liquido sono di pari efficacia)

Indicazioni a LTOT:

- Pressione arteriosa parziale di ossigeno (PaO₂) inferiore a 55 mmHg (7.3 kPa) o satO₂ <88% con o senza ipercapnia;
- PaO₂ tra 55 mmHg (7.3 kPa) e 60 mmHg (8 kPa) in presenza di una o più delle seguenti condizioni:
 - 1) policitemia (ematocrito >55%);
 - 2) ipertensione polmonare;
 - 3) scompenso cardiocircolatorio;
 - 4) edemi periferici;
 - 5) Ipossiemia notturna (satO₂ <90% per più del 30% del tempo)- LG NICE- grado A

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA REGIONE LAZIO</p>	<p>ASL LATINA</p>	<p>PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)</p>	<p>PDTA ASLT Pag. 19 di 5</p>
--	-------------------	--	-----------------------------------

Prescrizione Ossigeno terapia nei pazienti con BPCO



La valutazione dei pazienti con LTOT viene effettuata dallo specialista pneumologo mediante periodico EGA.

➤ **Ossigeno Terapia a Breve Termine (STOT) indicazioni:**

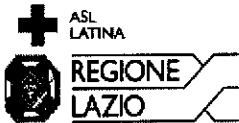
- dimostrata desaturazione in corso di esercizio;
- documentato miglioramento della capacità di esercizio e della dispnea;

Questa forma di terapia deve essere effettuata solo in pazienti affetti da BPCO che presentino episodi di dispnea severa non controllata con altri trattamenti. Solo nel caso in cui sia documentato un miglioramento della dispnea a seguito di tale trattamento la prescrizione può essere mantenuta

- **Terapia chirurgica:** la riduzione del volume polmonare (LVRS) rispetto alla terapia medica è più significativo tra i pazienti con enfisema predominante ai lobi superiori e bassa capacità d'esercizio dopo la riabilitazione;
- **Terapia broncoscopica:** può essere valutata in pazienti selezionati con enfisema avanzato refrattario alla terapia medica in quanto la riduzione del volume polmonare per via broncoscopica può migliorare la tolleranza all'esercizio, lo stato di salute e la funzione polmonare in pazienti selezionati

A7 Riacutizzazione

La riacutizzazione è caratterizzata da un repentino peggioramento dei sintomi che richiede trattamenti aggiuntive generalmente è scatenata da una infezione. Caratteristici sintomi sono: Aumento della dispnea, aumento della produzione di catarro spesso purulento, aumento della tosse, respiro sibilante.

 <p> <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> ASL LATINA REGIONE LAZIO </p>	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT Pag. 20 di 55
---	-------------------	---	---------------------------------------

Poiché le comorbidità sono frequenti nel paziente con BPCO, le riacutizzazioni devono essere differenziate clinicamente da altri eventi come la sindrome coronarica acuta, lo scompenso cardiaco congestizio, la tromboembolia polmonare, la polmonite, il pneumotorace.

Classificazione delle riacutizzazioni:

- lievi (trattate solamente con broncodilatatori ad insorgenza rapida);
- moderate (trattate con broncodilatatori ad insorgenza rapida associati ad antibiotici e/o corticosteroidi orali);
- gravi (i pazienti richiedono ospedalizzazioni o visite al pronto soccorso).

Le riacutizzazioni gravi possono essere associate a insufficienza respiratoria acuta.

Con insufficienza respiratoria senza emergenza respiratoria


- <30 respiri/min
- Non utilizzo della muscolatura accessoria respiratoria
- Ipossiemia migliorata dall'utilizzo dell'ossigeno terapia a basso flusso via maschera venturi ?ventilatoria?
- Non modificazioni del sensorio
- Aumento PaCO₂ rispetto al basale o tra 50 e 60mmHg con pH normale

Insufficienza respiratoria con urgenza/emergenza respiratoria

- >30 respiri/min
- Utilizzo dei muscoli accessori respiratori
- Modificazioni del sensorio
- Ipossiemia non migliorata dall'utilizzo dell'ossigeno terapia via maschera venturi ?ventilatoria?
- Aumento della PaCO₂ ≥ 60mmHg o acidosi (pH<7,25)

A8 Indicazioni al ricovero urgente:

- ✓ Disturbo del sensorio (sonnolenza, confusione mentale, perdita di coscienza)
- ✓ Cianosi, edemi declivi, frequenza respiratoria >30 atti resp/min
- ✓ Saturazione ≤90%
- ✓ Inadeguata risposta clinica dopo 48 ore dall'inizio di terapia domiciliare con persistente dispnea ingravescente
- ✓ Aritmia di nuova insorgenza/dolore toracico
- ✓ Coesistenza di condizioni morbose associate ad alto rischio di compromissione respiratoria(miopatie, diabete scompensato, malnutrizione)
- ✓ Comparsa o peggioramento di segni di cuore polmonare non responsivi a trattamento
- ✓ Incertezza diagnostica

	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT Pag. 21 di 55
--	-------------------	---	---------------------------------------

Quando un paziente con una riacutizzazione di BPCO arriva in pronto soccorso, deve ricevere somministrazione di ossigeno ed eseguire una valutazione per definire se la riacutizzazione è a rischio di vita e se l'aumentato lavoro dei muscoli respiratori o gli scambi respiratori ridotti rendono necessaria una ventilazione non invasiva, al fine di stabilire l'adeguato setting di assistenza.

Gestione della riacutizzazione grave ma senza pericolo di vita

Valutare la severità dei sintomi, effettuare l'emogasanalisi, la radiografia del torace

Trattamento:

- Somministrare ossigenoterapia supplementare, eseguire emogasanalisi seriate e misurazioni al pulsossimetro
- Broncodilatatori: aumentare la dose e/o la frequenza di somministrazione dei farmaci a breve durata d'azione o a lunga durata di azione ma inizio rapido
- Combinare i farmaci b2 -agonisti a breve durata con gli anticolinergici
- Considerare l'uso di broncodilatatori a lunga durata quando il paziente diviene stabile
- Utilizzare nebulizzatori quando appropriato
- Considerare corticosteroidi orali
- Considerare antibiotici (orali) quando vi sono segni di infezione batterica
- Considerare ventilazione meccanica non invasiva (NIV)
- In ogni caso monitorare il bilancio idrico
- Considerare eparina sottocute o eparina a basso peso molecolare per la profilassi degli eventi trombo embolici
- Identificare e trattare comorbidità associate (es. insufficienza cardiaca, aritmie, embolia polmonare)
- NIV

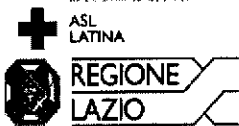
Indicazioni : almeno una delle seguenti

- Acidosi respiratoria (pH arterioso ≤ 7.35 e/o $\text{PaCO}_2 \geq 6.0$ kPa o 45 mmHg)
- Dispnea grave con sintomi clinici indicativi di affaticamento dei muscoli respiratori, difficoltà respiratoria o entrambe, come l'utilizzo di muscoli respiratori accessori, movimento paradossale dell'addome o retrazione degli spazi intercostali
- Ipossiemia persistente nonostante l'ossigenoterapia supplementare

➤ VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA IOT-VM

Indicazioni

- Incapacità a tollerare la NIV o fallimento della NIV
- Stato post-arresto cardiaco o respiratorio
- Riduzione dello stato di coscienza, agitazione psicomotoria non controllata correttamente dalla sedazione
- Aspirazione massiva o vomito persistente

	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT
			Pag. 22 di 55

- Incapacità di rimuovere le secrezioni respiratorie
- Instabilità emodinamica grave senza risposta al riempimento volemico
- Aritmie ventricolari o sopraventricolari gravi
- Ipossiemia a rischio di vita in pazienti incapaci di tollerare la NIV

Indicazioni a Ricovero in terapia Intensiva:

- ✓ Dispnea severa che risponde inadeguatamente alla terapia d'emergenza iniziale
- ✓ Alterazioni dello stato mentale (confusione, letargia, coma)
- ✓ Ipossiemia persistente o in peggioramento ($PaO_2 < 5.3$ kPa o 40 mmHg) e/o acidosi grave o in peggioramento ($pH < 7.25$) nonostante supplementazione con ossigeno e ventilazione non invasiva
- ✓ Necessità di ventilazione meccanica invasiva
- ✓ Instabilità emodinamica o necessità di vasopressori

A 9 Trattamento domiciliare della Riacutizzazione

La storia clinica del paziente, associata alla sintomatologia permette di inquadrare meglio la gravità dell'episodio di riacutizzazione:


Gravità della BPCO basata sulla limitazione del flusso aereo
Durata del peggioramento o nuovi sintomi
Numero di precedenti episodi (ricoveri)
Comorbidità
Regime terapeutico in atto
Precedente uso di ventilazione meccanica

La severità dell'episodio di riacutizzazione e/o la severità della patologia sottostante, indirizza il setting di trattamento.

Generalmente le riacutizzazioni di grado lieve o leve/moderato, possono essere gestite in ambito ambulatoriale

Criteri per il trattamento domiciliare:

- Temperatura inferiore a 38.5° C
- Frequenza respiratoria < a 25 atti al minuto (grado di dispnea lieve)
- Assenza di edemi di recente insorgenza
- Assenza di cianosi

	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT Pag. 23 di 55
--	-------------------	---	---------------------------------------

- Assenza di alterazioni neuropsichiche (livello di coscienza normale)
- Frequenza cardiaca < a 110 pulsazioni/minuto
- Non uso dei muscoli accessori della respirazione
- Non segni di scompenso cardiaco (edemi declivi, ipotensione, aritmie)
- Assenza di comorbidità rilevanti
- Condizioni generali buone (capacità di cooperare e gestire la propria malattia)
- Paziente non in OTLT o ventiloterapia domiciliare
- Presenza di una rete assistenziale familiare

Il trattamento domiciliare prevede:

- ✓ Aggiunta di broncodilatatori a rapida/breve durata di azione (SABA/SAMA)
- ✓ Aggiunta di corticosteroidi (dosaggio max prednisone 40 mg /die per 5-14 gg)
- ✓ Aggiunta di antibiotici nei casi con aumento del volume e della purulenza dell'espettorato

La riabilitazione polmonare è' indicata nei stadi medi di gravità, al termine dell'episodio acuto. In particolar modo è evidente il beneficio la effettuazione precoce (entro 4 settimane) dopo riacutizzazione nel prevenire le riacutizzazioni:

- Allenamento muscolare (arti inferiori e arti superiori)
- Educazione sanitaria (conoscenza della malattia e delle terapie, nozioni prognostiche e self-management)
- Rieducazione" del respiro e muscoli respiratori
- Gestione delle secrezioni bronchiali

Il massimo beneficio si ottiene con una durata di 6-8 settimane


A10 Follow up

Nei pazienti con BPCO, è fondamentale un follow-up periodico. La funzionalità polmonare può peggiorare nel tempo, anche in corso di terapia ottimizzata. I sintomi, le riacutizzazioni e le misure oggettive di ostruzione bronchiale dovrebbero essere monitorate periodicamente per determinare quando il trattamento va modificato e per identificare eventuali complicanze e/o comorbidità

Follow up BPCO stabile:

Pur non esistendo uno schema prefissato per il follow up dei pazienti con diagnosi di BPCO in fase di stabilità clinica è necessario programmare i controlli sulla base dello stadio di gravità della malattia, tenendo conto delle comorbidità presenti nei singoli pazienti, al fine di ridurre la sintomatologia e ridurre il rischio di progressione della malattia valutando periodicamente

- Modificazione degli stili di vita
- Adeguatezza della terapia
- Aderenza alla terapia

 <p>ASL LATINA REGIONE LAZIO</p>	<p>ASL LATINA</p>	<p>PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)</p>	<p>PDTA ASLT Pag. 24 di 55</p>
--	-------------------	--	------------------------------------

- Modificazione/insorgenza di nuovi sintomi
- Evoluzione della malattia
- Effetti collaterali

Il follow up viene modulato sulla base dei livelli di gravità .

Follow up dopo dimissione per riacutizzazione

Controllare nelle 2-4 settimane e dopo 12-16 dopo la dimissione


- Capacità di ri adattamento alla vita domiciliare
- Verificare la comprensione del trattamento prescritto
- Verificare il corretto utilizzo degli inalatori
- Rivalutare la necessità di ossigeno terapia
- Verificare la capacità di eseguire attività fisica o le attività quotidiane
- Rivalutare i sintomi mediante questionario CAT e/o mMRC
- Valutare lo stato delle comorbidità

All Cure Palliative

I criteri di accesso alle cure palliative riguardano quei pazienti la cui patologia acquisisce le caratteristiche di andamento cronico ed evolutivo per la quale non esistono terapie o, se se esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Nell'ambito dei pazienti con BPCO grave quando il livello di gravità rende più rare le remissioni, ne abbrevia la durata e provoca un aumento del numero dei ricoveri e della durata della degenza può essere preso in considerazione un approccio palliativo invece che intensivo. Nel caso dei malati cronicamente critici che presentino un andamento del tipo dell'*insufficienza d'organo (MOF)* l'avvio delle cure di supporto dovrebbe essere preso in considerazione anticipatamente in quanto il momento della morte è imprevedibile, mentre vi è il rischio di una sofferenza protratta nel tempo . Secondo la più moderna ed evoluta visione l'intervento palliativo per questa ultima tipologia di pazienti va integrato nella malattia come un progressivo incremento di assistenza su base individuale che inizia con la insorgenza dei sintomi e prosegue, modulato nell'intensità, fino e oltre l'avvenuto decesso. Ad oggi non esiste alcuna scala, punteggio, misurazione in grado di identificare con certezza la terminalità dei pazienti non oncologici ed il grado di appropriatezza nell'inserirli nella rete di cure palliative. E' necessario valutare lo stadio della malattia e quindi le caratteristiche cliniche del singolo caso. Possono essere dati dei criteri orientativi che necessitano però di approfondimenti mirati a valutare il singolo caso

Criteri specifici di "insufficienza end stage:

- Eta >70 anni
- FEV< 30% del predetto

	<p style="text-align: center;">ASL LATINA</p>	<p style="text-align: center;">PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)</p>	<p style="text-align: center;">PDTA ASLT</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Pag. 25 di 55</p>
--	---	--	---

- Dipendenza dall'ossigeno terapia
- 1 ammissione/anno per BPCO riacutizzata
- Insufficienza cardiaca congestizia e/o altre co morbidity
- Calo ponderale/cachessia
- Ridotta autonomia funzionale
- Aumento dipendenza
- Utilizzo Ventilazione Meccanica domiciliare (NIV)

6. DESCRIZIONE ORGANIZZATIVA

6.1 Accesso e Diagnosi


La diagnosi di BPCO può avvenire o

- 1) **tramite MMG:** il MMG individua tra i propri assistiti coloro che hanno le caratteristiche di arruolamento nel percorso, come descritto nel paragrafo precedente, sottopone al paziente il questionario GOLD (**allegato 1**) per valutare l'opportunità dell'esecuzione di un esame spirometrico se non ancora effettuato.
- 2) **Tramite specialista pneumologo:** individua, tra i pazienti che accedono alla pneumologia i pazienti con BPCO che una volta stabilizzati vengono avviati al MMG per la presa in carico secondo lo stadio di malattia.
- 3) **Per accesso al PS** per un episodio acuto in BPCO misconosciuta o **da Reparto Ospedaliero**, durante ricovero per altra causa. L'accesso al PS può avvenire per riacutizzazione della BPCO in paziente già in carico nel PDTA oppure per una riacutizzazione di paziente non ancora preso in carico. A tutti i pazienti che accedono al PS per BPCO riacutizzata deve essere richiesta la consulenza pneumologica. Lo specialista pneumologo collabora alla impostazione del trattamento ed alla valutazione della necessità di ricovero

6.2.FASE I Gestione del medico di Medicina Generale:

Il MMG individua tra i suoi assistiti i soggetti a rischio di BPCO, effettua un accurato e completo esame obiettivo con rilevazione del BMI, un attenta rilevazione dei sintomi, l'abitudine al fumo e accurata anamnesi lavorativa (**Allegato2 Allegato 3**)

Nei casi in cui venga sospettata la malattia il MMG effettua la spirometria, pre e post broncodilatatore (Il test di reversibilità della ostruzione delle vie aeree viene considerato positivo in presenza di un aumento del VEMS >12% e >200 mL del basale 30 minuti dopo 400 mcg di salbutamolo spray).

	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT
			Pag. 26 di 55

E' opportuno effettuare un'attenta valutazione dei sintomi

In caso di esito della spirometria dubbio ed in presenza di sintomi è opportuno l'invio a visita pneumologica in questo caso non essendo posta diagnosi di BPCO con impegnativa per primo accesso secondo priorità specificando su impegnativa percorso diagnosi BPCO

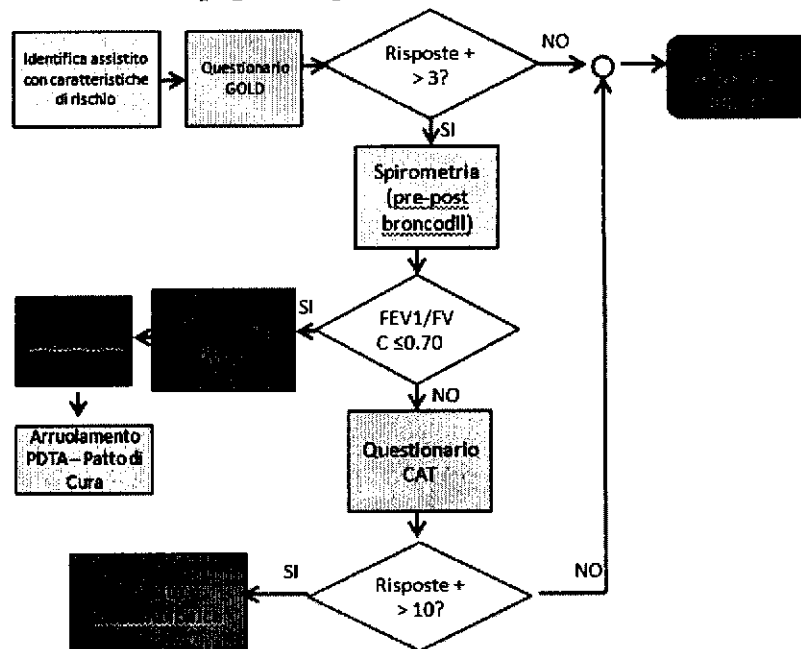



Fig 6 Algoritmo diagnostico

Una volta effettuata la diagnosi di BPCO il MMG effettua la stadiazione della malattia e propone al paziente l'arruolamento nel percorso acquisendone il consenso. E' di fondamentale importanza che al paziente venga adeguatamente spiegata la necessità di cessazione dell'abitudine al fumo, di seguire in modo appropriato trattamento e i controlli periodici. Il consenso informato all'ingresso al Percorso Integrato di Cura deve di fatto rappresentare un **patto di cura** tra il MMG ed il paziente che si impegna a seguire quanto indicato dal MMG o dallo specialista pneumologo

. La gestione del paziente con BPCO stabile dipende dal grado di gravità della patologia, pertanto il Follow Up (FU) nel paziente con BPCO stabile viene impostato secondo la stadio

Pazienti stadio A e B → sono seguiti dal MMG salvo particolari indicazioni che ne richiedano l'intervento dello specialista pneumologo

Pazienti con stadio C e D → sono seguiti dai MMG in collaborazione con lo specialista

	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT Pag. 27 di 55
--	-------------------	---	--

La presa in carico avviene nell'ambito di un modello clinico assistenziale integrato medico ed infermieristico che prevede la presenza di un pool infermieristico adeguatamente formato all'interno di una Unità Funzionale denominata Centrale di Continuità Territoriale presente in tutti i distretti. L'integrazione delle attività assistenziali di pertinenza infermieristica e le attività cliniche di pertinenza del MMG è infatti alla base dello sviluppo del Piano Assistenziale Integrato che rappresenta la presa in carico del paziente con l'obiettivo di assicurare aderenza al percorso programmato ad al trattamento previsto


Al MMG compete la gestione dello stadio A e B in stabilità di malattia , e lo stadio C , che viene gestito in collaborazione con lo specialista pneumologo. I pazienti con BPCO molto grave (stadio D) vengono seguiti principalmente dallo Specialista Pneumologo insieme al MMG

Pur non esistendo uno schema prefissato per il FU dei pazienti con diagnosi di BPCO in fase di stabilità clinica è necessario programmare i controlli sulla base dello stadio di gravità della malattia, tenendo conto anche delle comorbidità presenti nei singoli pazienti, al fine di ridurre la sintomatologia e ridurre il rischio di progressione della malattia

Ad ogni visita verrà valutato:

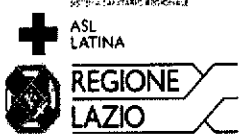
- Modificazione degli stili di vita (abitudine al fumo etc)
- Adeguatezza controllo dei sintomi(dispnea, tolleranza all'esercizio, frequenza esacerbazioni, insorgenza nuovi sintomi)
- Adeguatezza della terapia e valutazione utilizzo device
- Aderenza alla terapia

Il MMG effettua le visite di controllo periodiche e provvede ad effettuare la richiesta e la prenotazione delle prestazioni previste dal PDTA secondo lo stadio di gravità (tab 6) attraverso la piattaforma gestionale (Percorso BPCO)

 SETTE SANITARI REGIONALI ASL LATINA REGIONE LAZIO	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT
			Pag. 28 di 55

Tab 6 indicazioni alla effettuazione delle prestazioni secondo stadio di gravita' BPCO stabile

ATTIVITA'	STADIO A	STADIO B	STADIO C	STADIO D
<i>Visita MMG</i>	<i>Ogni 6/12 mesi</i>	<i>Ogni 3/6 mesi</i>	<i>Ogni 3/6 mesi</i>	<i>Ogni 1/3 mesi</i>
<i>Prenotazione Visita pneumologica</i>	<i>Non indicata di routine(solo urgenze/approfondimenti) considerare solo 1 visita basale in caso di diagnosi di BPCO e patto di cura firmato</i>		<i>semestrale</i>	<i>Semestrale trimestrale SE IN O2 TERAPIA</i>
<i>Spirometria semplice</i>	<i>Annuale</i>	<i>Annuale</i>	<i>(effettua spirometria globale)</i>	<i>(Effettua spirometria globale)</i>
<i>Spirometria globale(PNEUM)</i>		<i>Alla diagnosi su ind. Special.</i>	<i>Basale e annuale</i>	<i>Basale e annuale</i>
<i>Saturimetria</i>	<i>Annuale</i>	<i>Annuale</i>	<i>Annuale</i>	<i>Annuale</i>
<i>EGA arteriosa(PNEUM)</i>	<i>Non indicata</i>	<i>Non indicata</i>	<i>Annuale salvo diversa indicazione specialista</i>	<i>Annuale salvo diversa indicazione specialista</i>
<i>Saturimetria notturna(PNEUM)</i>	<i>Non indicato salvo diversa indicazione specialista</i>	<i>Non indicato salvo diversa indicazione specialista</i>	<i>Secondo indicazioni specialista (ogni tre anni)</i>	<i>Secondo indicazioni specialista (ogni due anni)</i>
<i>Walking test(PNEUM)</i>	<i>Non indicato salvo diversa indicazione specialista</i>	<i>Non indicato salvo diversa indicazione specialista</i>	<i>Secondo indicazioni specialista (ogni due tre anni)</i>	<i>Secondo indicazioni specialista(ogni due/tre anni)</i>
<i>DLCO(PNEUM)</i>	<i>Non indicato salvo diversa indicazione specialista</i>	<i>Non indicato salvo diversa indicazione specialista</i>	<i>Annuale</i>	<i>Annuale</i>
<i>ECG(CARD)</i>	<i>Su indicazione clinica</i>		<i>Annuale</i>	<i>Annuale</i>
<i>Ecocardiogramma (CARD)</i>	<i>Su indicazione clinica</i>		<i>Su indicazione clinica (considerare nel 30% dei pazienti biannuale</i>	<i>Su indicazione clinic Considerare 30% dei pazienti annuale)</i>
<i>Rx Torace(RADIOL)</i>	<i>Su indicazione clinica</i>		<i>Almeno biannuale salvo diversa indicazione specialista</i>	<i>Almeno biannuale salvo diversa indicazione specialista</i>

	<p style="text-align: center;">ASL LATINA</p>	<p style="text-align: center;">PDTA</p> <p style="text-align: center;">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)</p>	<p style="text-align: center;">PDTA ASLT</p> <p style="text-align: center;">Pag. 29 di 55</p>
--	---	--	--

Tab 7. Indicazioni per la effettuazione dell'ecocardiogramma nella BPCO stabile

Sospetta ipertensione polmonare
Per distinguere tra causa cardiaca e non cardiaca di dispnea in casi ambigui
Follow up di ipertensione polmonare
In caso di sospetto cuore polmonare cronico

In caso in cui fosse necessaria un visita pneumologica urgente il MMG provvede a compilare la richiesta di visita pneumologia urgente, specificando il grado di urgenza- percorso BPCO, prenotandola attraverso la piattaforma gestionale nelle agende Percorso BPCO


Criteria per la richiesta di visita pneumologica urgentissima (≤ 3 giorni)

- ✓ Peggioramento della dispnea da più di 12-24 ore resistente a trattamento farmacologica
- ✓ Saturazione $< 92\%$ ma maggiore 90% in aria ambiente
- ✓ Riacutizzazione di insufficienza respiratoria con compromissione emogasanalisi o desaturazione ossiemoglobinica
- ✓ Addensamento polmonare con febbre in BPCO
- ✓ Opacità polmonare in assenza di febbre in BPCO
- ✓ Sospetto cuore polmonare cronico/scompenso cardiaco in BPCO
- ✓ Emofte
- ✓ Riacutizzazione di BPCO in persone con livello di gravità elevato in ossigenoterapia
- ✓ Nei casi con $PACO_2 >$ di 55mmHg all'EGA arteriosa per valutazione ventilazione meccanica non invasiva (NIV)

Criteria per la richiesta di Visita pneumologica Urgente (≤ 10 gg)

- ✓ BPCO riacutizzata senza criteri per il ricovero
- ✓ Valutazione per intervento chirurgico
- ✓ Dolore toracico (escluso quello acuto di pertinenza del PS)

Nei casi in cui si rendesse necessaria una rivalutazione delle situazione clinica oppure nei casi di diagnosi di BPCO in una persona con età $<$ a 40 anni può essere richiesta e prenotata attraverso la piattaforma una visita pneumologica non urgente, Percorso BPCO

	<p style="text-align: center;">ASL LATINA</p>	<p style="text-align: center;">PDTA</p> <p style="text-align: center;">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronico Ostruttiva (BPCO)</p>	<p style="text-align: center;">PDTA ASLT</p> <p style="text-align: center;">Pag. 30 di 55</p>
--	---	---	---

Criteria per la richiesta di visita pneumologica non urgente (≤ 60 gg)


- ✓ Rapido decadimento del FEV1
- ✓ Valutazione indicazione a riabilitazione
- ✓ Diagnosi di BPCO in persona di età inferiore a 40 anni
- ✓ Frequenti infezioni/esacerbazioni respiratorie

Nel caso di richiesta di visita urgentissima (≤ 3 gg) la prenotazione della visita viene effettuata nelle agende dedicate al percorso BPCO presso Ambulatorio pneumologico ospedaliero di pertinenza geografica. In caso di visita urgente (≤ 10 gg) e ordinaria la prenotazione verrà effettuata presso Ambulatorio specialistico pneumologico territoriale.

Nei casi in cui, sia nel paziente neo diagnosticato che nel corso del follow up si prospetti una situazione che pone indicazione al ricovero (A8) il MMG invia il paziente al PS.

Ruolo del Medico di Medicina generale

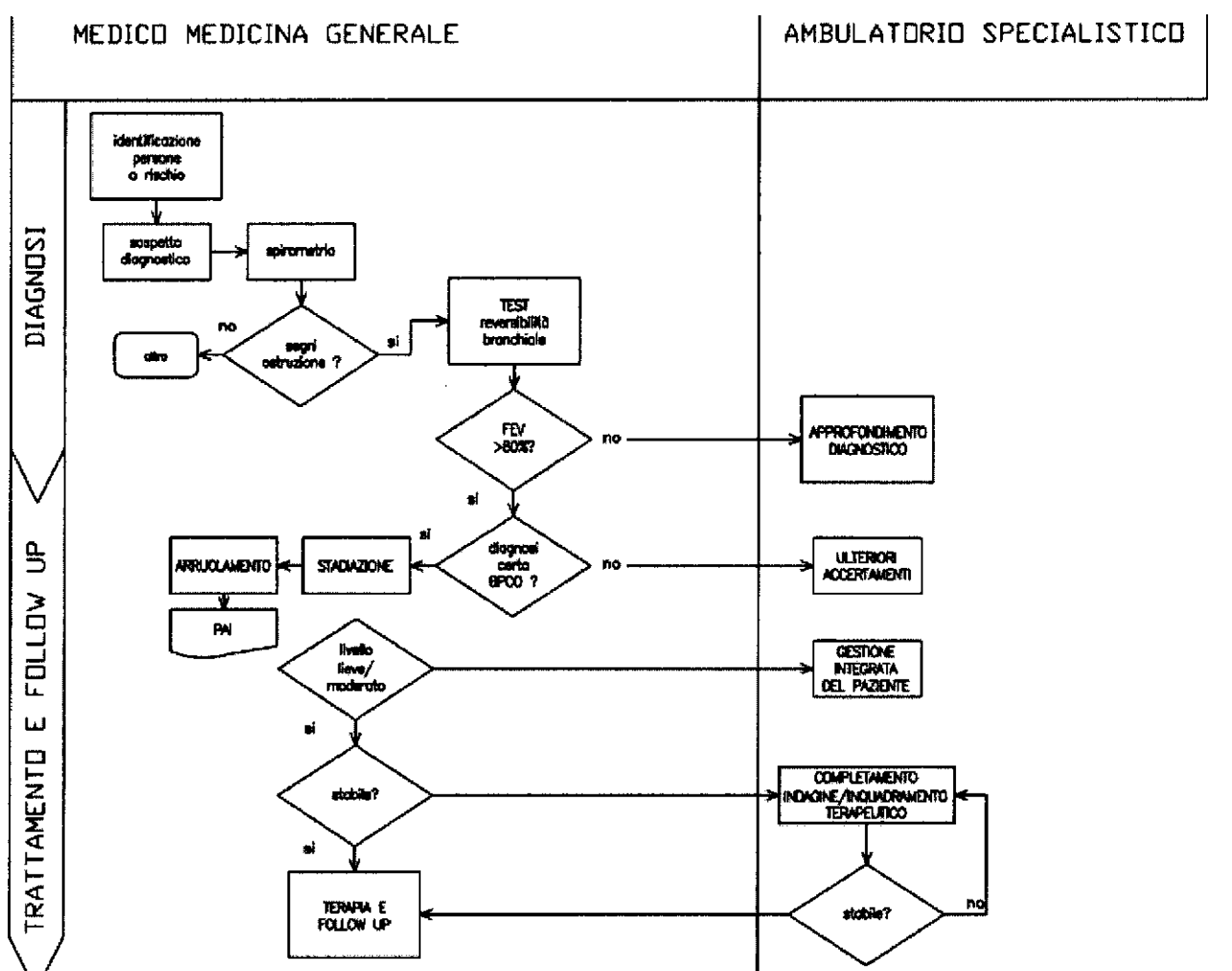
• Identificazione soggetti a rischio
• Visita, raccolta anamnesi (anche lavorativa) e fattori rischio (Fumo, obesità, etc), sintomi
• Somministrazione questionari (GOLD e CAT) Esecuzione Spirometria diagnostica-
• Inquadramento diagnostico (ev consulto specialista pneumologo nei casi dubbi)
• Acquisizione consenso informato – firma patto di cura -arruolamento PDTA
• Indicazioni su stili di vita ed educazione all'autocura, educazione uso dispositivi inalatori
• Stadiazione gravità malattia
• Impostazione trattamento stadi iniziali (casi più gravi gestione condivisa con lo specialista pneumologo)
• Presa in carico e visita secondo quanto indicato nella tabella 6
• Valutazione aderenza terapia ad ogni visita
• Valutazione modifica stili di vita e fattori di rischio ad ogni visita
• Esecuzione Spirometria semplice di follow up nello stadio A e B
• Effettuazione richiesta eventuali esami ematici
• Eventuale Richiesta Rx Torace se indicato
• Eventuale Richiesta/prenotazione ECG /ecocardio se indicati
• Prenotazione visita pneumologica urgente se indicata (sec criteri urgenza sopra elencati)
• Prenotazione prestazioni di Follow up secondo tabella 6
• Vaccinazione (antiinfluenzale e antipneumococcica)
• Indicazione ricovero (A8)



	<p>ASL LATINA</p>	<p>PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)</p>	<p>PDTA ASLT Pag. 31 di 55</p>
--	-------------------	--	-------------------------------------

La gestione delle prenotazioni previste da follow up è a carico del MMG attraverso la piattaforma informatizzata

Ulteriori accertamenti specialistici che si rendessero necessari conseguentemente alla visita pneumologica di controllo verranno prenotati dallo specialista sulle agende di percorso interno dedicate alla BPCO


DIAGRAMMA DI FLUSSO FASE I Gestione del medico di Medicina Generale



 ASL LATINA  REGIONE LAZIO	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT
			Pag. 32 di 55

FASE I Gestione del medico di Medicina Generale MATRICI DI RESPONSABILITA'

PROVENIENZA	ATTIVITA	CHI FA	COME	QUANDO	DOVE	DOCUMENTI
Domicilio	Identificazione soggetti a rischio	MMG	Anamnesi, EO, Questionario GOLD CAT mCRC, abitudine al fumo,	alla prima visita	Amb MMG	Compilazione scheda questionari
	Diagnosi BPCO		spirometria basale e dopo Broncodilatatore	contestualmente all'accesso		Inserimento programma
	Acquisizione consenso		firma patto di cura	alla diagnosi		Patto di cura
	Stadiazione		Sistema stadiazione A,B,C,D	contestuale alla diagnosi		cc MMG/ piattaforma
	Impostazione trattamento		Prescrizione farmaci ed educazione terapeutica	contestuale alla prima visita		cc MMG /piattaforma
	Compilazione PAI		Indicazioni cliniche e assistenziali	Dopo stadiazione		cc MMG/ piattaforma
	Visita		valutazione clinica , rilev abit fumo,counseling	Periodica Secondo stadio gravità e sintomi (vedi tab 7)		cc MMG
	Vaccinazione antiinfluenzale		somministrazione vaccino	annuale		cc MMG
	Vaccinazione antipneumococica		somministrazione vaccino	una volta nella vita		cc MMG
	Spirometria di follow up		spirometria semplice stadio A e B sec tab FU	annuale		cc MMG piattaforma
	Interventi di educazione sanitaria		colloquio con il paziente, rilevazione stili di vita fatt rischio	ogni visita		ccMMG
	Educazione terapeutica		Controllo stili di vita, aderenza terapia, verifica utilizzo device	ogni visita		ccMMG
	Gestione esami specialistici		impegnativa e prenotazione tramite piattaforma	secondo STADIO (tab FU)		impegnativa /piattaforma
	Richiesta visita pneumologica		Compilazione impegnativa/ prenotazione	se indicato secondo criteri clinici e di Follow up		impegnativa /piattaforma
Richiesta ricovero	Invio con richiesta al PS di competenza geografica	se indicato secondo criteri clinici	richiesta cartacea			

	ASL LATINA	PDTA	PDTA ASLT
		Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO	Pag. 32 di 55

6.3 Fase II Ambulatorio Specialistico Pneumologico

L'accesso all'ambulatorio specialistico può avvenire:

In pazienti senza diagnosi certa ma con sospetto di BPCO per primo accesso secondo i criteri di priorità

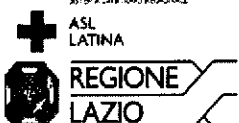
In pazienti con diagnosi di BPCO Tramite prenotazione dal MMG per follow up programmato o per eventuale visita secondo criteri di urgenza

La frequenza dei controlli dipende dallo stadio e dalla stabilità della malattia. Un ruolo determinante in tale percorso viene svolto dallo pneumologo territoriale; tale figura può creare una cerniera efficace tra il MMG e Ospedale, può garantire una efficace riduzione dei ricoveri e rappresentare un interlocutore privilegiato per il MMG.

Nella tabella successiva vengono riportati le possibili indicazioni per la richiesta di visita pneumologica non programmata.

Indicazioni per l'invio presso ambulatorio specialistico pneumologico

MOTIVO PER L'INVIO	OBIETTIVO
Incertezze diagnostiche	Diagnosi e ottimizzazione del trattamento
Sintomi inusuali (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 ad indicazione 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 bronchiectasie
Frequenti esacerbazioni	Ottimizzazione del trattamento

 <p> <small>SISTEMA A CARATTERI PERSONALIZZATI</small> ASL LATINA REGIONE LAZIO </p>	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronico Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT Pag. 34 di 55
--	-------------------	---	--

Per il primo accesso in caso di visita pneumologia urgente (sia priorità U che B) lo specialista pneumologo, effettuato l'inquadramento clinico, definisce la necessità di ulteriori approfondimenti e provvede alla compilazione della richiesta e alla prenotazione della prestazione. Se gli accertamenti necessari non sono effettuabili nella stessa giornata lo specialista pneumologo provvede a compilare la richiesta prenotandola attraverso il sistema gestionale nelle agende dedicate (Percorso BPCO) e a comunicando orario e data al paziente. Nel caso di necessità di effettuazione di più prestazioni , per cui si rende necessario utilizzare il PAC previsto, lo specialista pneumologo, se la prestazione di accesso è stata effettuata presso ambulatorio ospedaliero, provvede ad aprire il PAC e a prenotare le prestazioni necessarie se la prestazione di accesso è stata effettuata presso ambulatorio territoriale, lo specialista provvede alla prenotazione dell' appuntamento presso l'ambulatorio pneumologico ospedaliero di competenza geografica per l'apertura del PAC. In caso di indicazione al ricovero lo specialista pneumologo provvederà ad inviare il paziente presso il PS di competenza geografica


Nel caso di controlli ordinari, il personale infermieristico provvede alla valutazione dei parametri antropometrici, l'abitudine al fumo, effettua counseling ed educazione terapeutica verificando l'appropriato utilizzo dei device

E' competenza del care manager accogliere il paziente e provvedere al disbrigo delle pratiche burocratiche e alla verifica delle prenotazioni degli esami di follow up previsti

E' di competenza dell'ambulatorio specialistico la definizione delle indicazioni e delle modalità per la gestione dell'ossigenoterapia domiciliare (di breve e di lunga durata).

Nel caso sia indicato il trattamento con ossigeno terapia a lungo termine (LOLT) lo specialista pneumologo provvede a formulare la richiesta e pianificare i controlli successivi per l'EGA e per la visita specialistica di controllo compilando la richiesta ed effettuando la prenotazione nelle agende dedicate (percorso interno BPCO)

Di pertinenza dell'ambulatorio specialistico pneumologico è anche l'effettuazione del controllo specialistico post dimissione ospedaliera dopo riacutizzazione (Territoriale o ospedaliero sulla base della complessità/gravità). In questo caso la visita, pianificata al momento della dimissione (vedi gestione ospedaliera) è di fondamentale importanza per la verifica della remissione, della aderenza al trattamento e per il successivo eventuale re inquadramento secondo i criteri di gravità oltre che per l'impostazione del follow up in accordo con il MMG e la valutazione della necessità di riabilitazione respiratoria A conclusione della visita di controllo post dimissione al paziente viene rilasciata dallo

	<p style="text-align: center;">ASL LATINA</p>	<p style="text-align: center;">PDTA</p> <p style="text-align: center;">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)</p>	<p style="text-align: center;">PDTA ASLT</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Pag. 35 di 53</p>
--	---	--	---

specialista pneumologo documentazione relativa alla sua situazione clinica con le indicazioni al trattamento e al successivo follow up, sulla base dello stadio, con eventuali controlli già prenotati se necessari a breve scadenza, che il paziente dovrà consegnare al MMG

In caso di indicazione alla Riabilitazione respiratoria lo specialista pneumologo provvede alla prescrizione e alla prenotazione presso la sede di erogazione di pertinenza geografica

Ruolo dello specialista pneumologo Ambulatorio Specialistico Territoriale

• Visita di controllo, inquadramento diagnostico casi dubbi
• Visita urgente B ≤10, gg e non urgente
• Prove funzionalità respiratoria
• Effettuazione esami specialistici di competenza: Walking test 6 m, EGA, Saturimetria notturna, DCLO etc
• Consulto al MMG (attraverso piattaforma)
• Richiesta ed eventuale effettuazione esami addizionali o di approfondimento di competenza
• Controllo terapia e aggiornamento trattamento.
• Prescrizione O2 liquido
• Controllo dei pazienti in trattamento con LOLT -STOT
• Controllo domiciliare nel paz con disabilità che non può afferire autonomamente alle strutture
• Prescrizione riabilitazione respiratoria

Ruolo dello specialista pneumologo Ambulatorio Specialistico Ospedaliero

• Visita urgente U ≤3 gg vista post dimissione per ricovero BPCO
• Visita per Gestione dei casi complessi o gravi
• Effettuazione di tutte le prestazioni specialistiche pneumologiche
• Consulto al MMG (piattaforma gestionale)
• Prescrizione O2 liquido, Concentratore
• Controllo dei pazienti in trattamento con LOLT -STOT
• Prescrizione riabilitazione respiratoria
• Approfondimenti diagnostici alto livello (TAC, FBS*)
• Consulenze al PS e reparti
• PAC per BPCO
• Gestione dei pazienti con Ventilazione Meccanica domiciliare (NIV)

*In caso di indicazione clinica alla effettuazione della Broncoscopia l'esame verrà prenotato presso la UOSD di pneumologia dell'Ospedale S.M.Goretti


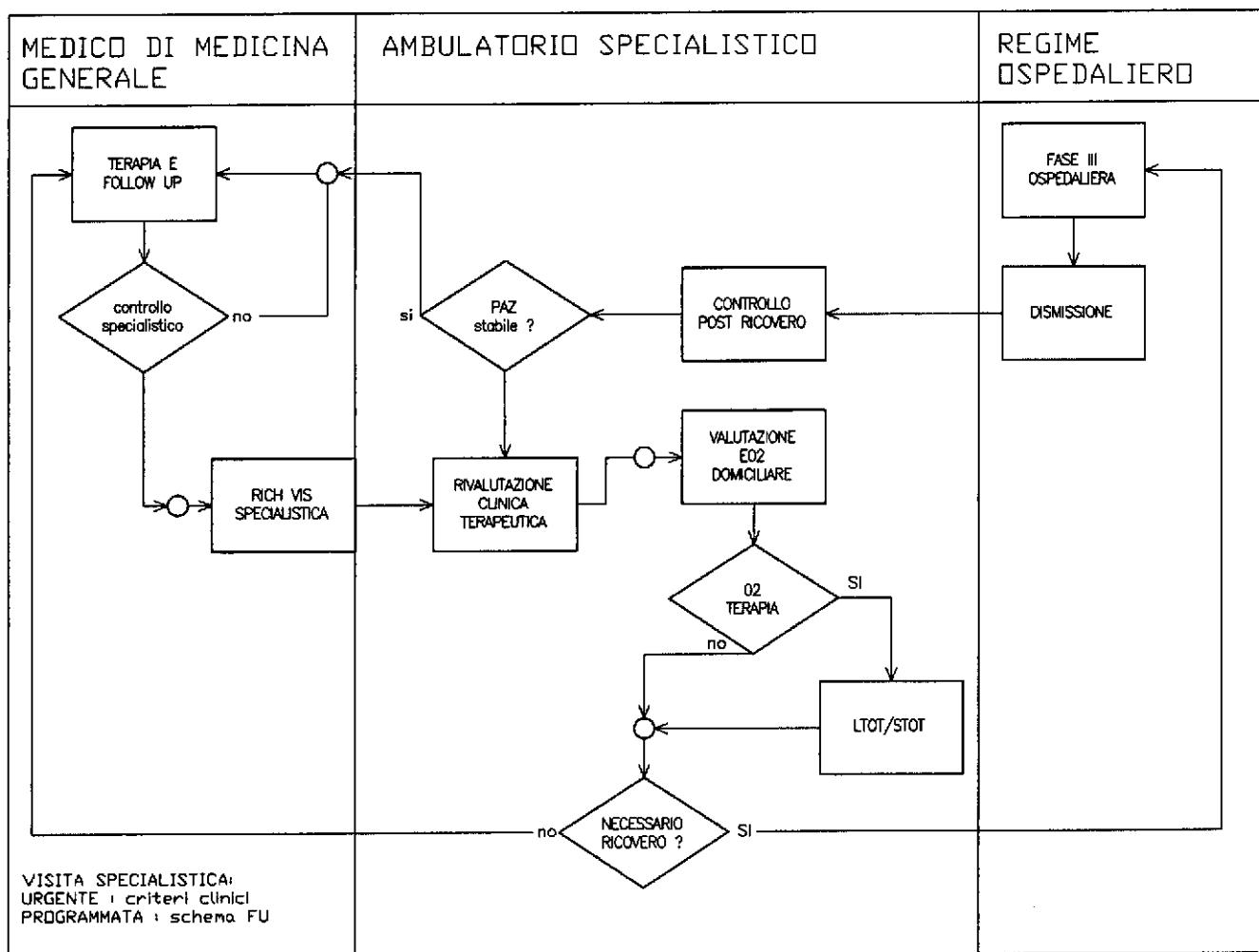

 <p>ISTITUTO SANITARIO REGIONALE ASL LATINA REGIONE LAZIO</p>	<p>ASL LATINA</p>	<p>PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)</p>	<p>PDTA ASLT Pag. 34 di 55</p>
---	-------------------	--	------------------------------------


DIAGRAMMA DI FLUSSO FASE II Gestione Ambulatorio Specialistico pneumologico



 ASL LATINA REGIONE LAZIO	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT
			Pag. 36di 55

FASE II Ambulatorio Specialistico Pneumologico MATRICI DI RESPONSABILITA'

PROVENIENZA	ATTIVITA	CHI FA	COME	QUANDO	DOVE	DOCUMENTI
MMG	Visita pneumologica	specialista /infermiere	Valutazione sintomatologia, Inquadramento diagnostico	secondo tab 6 modulata su stadio gravità	AMB pneumologico territoriale sec pertinenza geografica	Relazione per MMG
	Counseling, educazione terapeutica,	Infermiere	colloquio con il paziente, verifica utilizzo device, valuta param antropom.	durante i controlli ambulatoriali	AMB pneumologico sec pertinenza geografica	cart Amb
	Approfondiment o diagnostico	specialista /infermiere	Tramite richiesta dello specialista e prenotazione agende percorso interno	contestuale o su appuntamento prenotato	AMB pneumologico sec pertinenza geografica	cart Amb
	prestazioni pneumologiche ordinarie	specialista/ infermiere	prenotazione agenda dedicata percorso interno	secondo tab 6 modulata su stadio gravità	AMB pneumologico territoriale sec pertinenza geografica	referto
	consulto pneumologico	specialista pneumologo	piattaforma gestionale	in caso di dubbio diagnostico o altro quesito	AMB pneumologico territoriale sec pertinenza geografica	documento condiviso su piattaforma
	prescrizione ossigeno	specialista pneumologo	piano trattamento	in caso indicazione	AMB pneumologico territorio/osped	richiesta cartacea
	prescrizione riabilitazione polmonare	specialista pneumologo	compilazione Impegnativa e prenotazione prestazione agende percotso interno	in caso di indicazione clinica	AMB pneumologico territorio/osped	Impegnativa
	Visita pneumologica urgente ≤ 3gg	specialista pneumologo ospedaliero	prenotazione con impegnativa MMG Tramite piattaforma gestionale	entro 3 gg	AMB pneumologico Presidi ospedaliari Latina - Terracina Formia	Referto visita
	Visita pneumologia urgente ≤ 10	specialista pneumologo territorio	prenotazione con impegnativa MMG Tramite piattaforma gestionale	entro 10 gg	AMB pneumologico territoriale sec pertinenza geografica	Referto visita
specialista Pneumologo	approfondiment o diagnostico	specialista pneumologo/ radiologo	richiesta dello specialista e prenotazione esame tramite centro Distrettuale	in caso di dubbio diagnostico o caso complesso o grave	AMB pneumologico Presidi ospedaliari Latina - Terracina Formia	referti
	Broncoscopia	specialista pneumologo	richiesta dello specialista e prenotazione esame piattaforma gestionale	in caso di indicazione clinica	AMB pneumologico presidio ospedaliero Latina	referti
PS/ Reparto ospedaliero	Consulenza pneumologica	Specialista pneumologo ospedaliero	In coll con Medico di Reparto-Inquadramento clinico Impostazione trattamento, Valut NIV	Durante ricovero o accesso al PS	presso Reparto degenza Presidi Ospedaliari Latina-Terracina- Formia	cc Reparto
PS/ Reparto ospedaliero	Attivazione Centrale Ospedale Territorio	Medico di PS / Medico di Reparto	E mail/ telefonicamente	Al momento della Dimissione	presso Reaparto degenza Presidi Ospedaliari Latina-Terracina- Formia -	Lettera Dimissione
PS/ Reparto ospedaliero	Consulenza pneumologica Pianificazione dimissione	Specailista pneumologo ospedaliero/ CCOT	prenotazione agenda percorso interno	Al momento della Dimissione	presso Reparto degenza Presidi Ospedaliari Latina-Terracina- Formia	Lettera Dimissione

	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT
			Pag. 36 di 55

6.4 Fase III Percorso Ospedaliero : Pronto Soccorso e Degenza

Le riacutizzazioni nei pazienti con BPCO sono la principale causa di consultazione medica e di ricovero ospedaliero. Non di rado proprio la riacutizzazione, se non l'ospedalizzazione, è il momento diagnostico. Il paziente che accede al PS deve essere inquadrato secondo i criteri di gravità dell'insufficienza respiratoria. L'insufficienza respiratoria (IR) è la complicanza più frequente delle riacutizzazioni di BPCO che necessitano di ricovero ospedaliero e condiziona il setting di trattamento. I momenti fondamentali per la gestione ospedaliera della BPCO riacutizzata sono:


1. **Valutazione della gravità della riacutizzazione;**
2. **Valutazione dei criteri di ospedalizzazione**
3. **Scelta del setting di cura secondo livelli di gravità**
4. **Ricovero: trattamento monitoraggio e rivalutazione**
5. **Dimissione**

1. Valutazione della gravità della riacutizzazione;

La valutazione della severità si basa sulla individuazione di elementi anamnestici, clinici, obiettivi e strumentali (Tab 7)

Tab. 7 Livelli di gravità della riacutizzazione per BPCO

STADIAZIONE GRAVITA' BPCO riacutizzata	LIVELLO I	LIVELLO II	LIVELLO III
STORIA CLINICA Comorbidity' Frequenti riacutizzazioni Severità' BPCO	+ + Lieve/moderata	+++ +++ Moderata/severa	+++ +++ Severa
ESAME OBIETTIVO emodinamica Utilizzo muscolatura accessoria, tachipnea Sintomi persistenti dopo terapia PS	Stabile Non presente No	Stabile ++ ++	Stabile/instabile+ ++ +++
PROCEDURE DIAGNOSTICHE SATURAZIONE O2 EGA RX torace Esami ematici Elettrocardiogramma	SpO2>90% No ipercapnia No routine No routine No routine	SpO2<90% ipercapnia si si si	SpO2<90% ipercapnia si si si

	<p style="text-align: center;">ASL LATINA</p>	<p style="text-align: center;">PDTA</p> <p style="text-align: center;">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronico Ostruttiva (BPCO)</p>	<p style="text-align: center;">PDTA ASLT</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Pag. 39 di 55</p>
--	---	--	---

Dopo accesso al PS il paziente viene inquadrato clinicamente con EO ed anamnesi accurata. In caso di indicazione clinica e quando sia necessario effettuare diagnosi differenziale viene effettuata RX torace.

Altre analisi da effettuare

- ✓ Emogasanalisi arteriosa (con obbligo di segnalare la FiO₂ o il flusso di O₂ eventualmente applicato)
- ✓ ECG in caso di necessità
- ✓ Esami emato-chimici comprensivi di elettroliti e teofillina (se il paziente assume teofillinici a domicilio)
- ✓ Esame colturale dell'espettorato con antibiogramma (se espettorato purulento e/o febbre)
- ✓ Emocultura in caso di febbre
- ✓ Consulenza pneumologia


Il paziente viene monitorato per i parametri vitali ed impostata la terapia in rapporto alla gravità del quadro, valutando la gravità della IR e la necessità di Ventilazione Meccanica Immediata per predisporre eventuale ricovero in Unità di Terapia Intensiva

2. Criteri di ospedalizzazione

Non di rado proprio la riacutizzazione è il primo momento diagnostico, pertanto è possibile che il paziente si rechi al PS poiché non ancora preso in carico per la sua patologia. E' quindi importante valutare se sussistano i criteri per l'ospedalizzazione oppure il paziente possa essere gestito per la fase acuta in PS e rinviato a domicilio per la presa in carico e la gestione territoriale. Alla base della valutazione per l'ospedalizzazione è necessario tenere conto dei seguenti elementi anamnestici e clinici

Elementi anamnestici

- Severità della malattia sottostante in caso di BPCO nota (livello di ostruzione stadio GOLD, utilizzo di OLT o NIV);
- Numero di riacutizzazioni pregresse e gravità delle stesse e pregressi ricoveri;
- Pregressi ricoveri con ventilazione invasiva o non invasiva;
- Rapida insorgenza di nuovi sintomi o peggioramento di quelli esistenti;
- Mancata risposta a terapia già impostata a domicilio (fallimento terapeutico);
- Comorbilità cardiovascolari, metaboliche ecc.;
- Necessità di terapie complesse;
- Insufficiente supporto familiare.
- Età avanzata.

 <p>ASL LATINA</p> <p>REGIONE LAZIO</p>	<p>ASL LATINA</p>	<p>PDTA</p> <p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)</p>	<p>PDTA ASLT</p> <p>Pag. 37 di 55</p>
---	-------------------	--	---------------------------------------

Elementi Clinici ed obiettivi

- Insorgenza di Cianosi centrale;
- Aumento della frequenza respiratoria;
- Utilizzo della muscolatura accessoria e respiro paradossoso;
- Deterioramento dello stato mentale (Scale di Kelly o Glasgow Coma Scale);
- Insorgenza di edemi declivi
- Insuccesso di risposta al primo trattamento medico della riacutizzazione


Il medico di PS insieme al consulente pneumologo valuterà l'indicazione al ricovero.

3. Scelta del setting di cura secondo livelli di gravità

Nel caso il paziente **non presenti criteri tali che indirizzino al ricovero**, se in remissione dalla sintomatologia acuta dopo adeguato trattamento in PS, con $SO_2 \geq 95\%$ e pO_2 e pH normali, verrà pianificato il reintegro a domicilio. La consulenza dello specialista pneumologo in questo caso è molto importante per la pianificazione del controllo specialistico che deve essere effettuato in breve tempo, secondo le indicazioni cliniche. Dal PS il paziente verrà dimesso con indicazione della data, ora e luogo dell'appuntamento pianificato dal consulente pneumologo e prenotato sulle agende dedicate percorso BPCO (AMB ospedaliero) attraverso la Centrale Continuità Ospedale Territorio (CCOT) Dopo la prima valutazione dello specialista pneumologo post accesso al PS:

- in caso di BPCO già nota di paziente in carico all'interno del PIC, il , dopo il controllo ambulatoriale , verrà inserito nuovamente nel percorso territoriale, secondo lo schema di gravità di pertinenza, al paziente viene rilasciata la documentazione necessaria da consegnare al MMG.
- In caso di BPCO di nuova diagnosi il paziente, inquadrato dallo specialista per stadio di gravità e impostato il trattamento, verrà inviato al MMG per la presa in carico secondo quanto definito nella gestione territoriale e per la firma del consenso all'inserimento nel PIC ed il patto di cura.

Se al PS vengono riscontrati criteri clinici che pongono **indicazione al ricovero**, di concerto con lo specialista pneumologo, viene presa la decisione riguardo alla ubicazione del paziente sulla base della severità della insufficienza respiratoria acuta e dalla presenza di acidosi e dal suo grado. La presenza di acidosi respiratoria indica infatti la necessità di un supporto ventilatorio il cui livello di invasività è funzione della gravità dello stesso

	ASL LATINA	PDTA	PDTA ASLT
		Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	Pag. 37 di 55

Tab.8 Collocazione del paziente secondo criteri di gravità


GRAVITA'	LUOGO DI CURA	TRATTAMENTO
pH > 7,35	Degenza Ordinaria	Terapia medica + Ossigenoterapia controllata
pH 7,35-7,30	Degenza con unità di monitoraggio	Terapia medica + Ossigenoterapia controllata/NIV in alcuni casi
pH<7,30	Medicina urgenza	Terapia Medica + NIV, monitoraggio in telemetria
pH<7,30 alteraz stato neurologico, indicazione alla IOT e VM	Unità Terapia Intensiva	IOT+ VM

E' necessario tener conto delle risorse disponibili nell'ambito dei tre presidi ospedalieri al fine di costruire il percorso adeguato a livello aziendale .

Nel presidio Ospedaliero di Latina, DEAll livello, è possibile identificare 4 setting di trattamento

Tab.9 Collocazione del paziente secondo criteri di gravità Osp. S.M.Goretti

GRAVITA'	LUOGO DI CURA	TRATTAMENTO
pH > 7,35	Reparto Geriatria	Terapia medica + Ossigenoterapia controllata
pH 7,35-7,30	Reparto Medicina Generale	Terapia medica + Ossigenoterapia controllata/NIV in alcuni casi
pH<7,30	Reparto Medicina d'Urgenza	Terapia Medica + NIV, monitoraggio in telemetria
pH<7,30 alteraz stato neurologico, indicazione alla IOT e VM	Unità Terapia Intensiva	IOT+ VM

	ASL LATINA	PDTA	PDTA ASLT
		Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	Pag. 42 di 55

Nella tabella sottostante sono indicate le possibili ubicazioni nei Presidi Centro Sud

Tab.10 Collocazione del paziente secondo criteri di gravità Presidio Ospedaliero Formia


GRAVITA'	LUOGO DI CURA	TRATTAMENTO
pH > 7,35	Reparto Medicina Generale	Terapia medica + Ossigenoterapia controllata
pH 7,35-7,30	Reparto Medicina Generale	Terapia medica + Ossigenoterapia controllata/NIV in alcuni casi
pH < 7,30	Stabilizzazione in PS eventuale Ricovero in Unità Terapia Intensiva*	Terapia Medica + NIV, monitoraggio in telemetria
pH < 7,30 alteraz stato neurologico, indicazione alla IOT e VM	Ricovero In Unità Terapia Intensiva*	IOT+ VM

* Al **Presidio Ospedaliero di Terracina** non è disponibile una Unità di Terapia Intensiva pertanto i pazienti più gravi che necessitano di Ricovero in questo setting di cura devono essere trasferiti in altro presidio ospedaliero aziendale. In questi casi il medico di PS provvede a verificare la disponibilità di posto letto presso l'Unità di Terapia Intensiva Ospedale di Formia, in alternativa, presso l'Unità di Terapia Intensiva dell'Ospedale di Latina e a pianificare il trasferimento sotto adeguata assistenza secondo la gravità del caso. Negli altri casi i pazienti vengono ricoverati presso il Reparto di Medicina Generale.

4. Ricovero: trattamento monitoraggio e rivalutazione

Una volta ricoverato presso il reparto, definito secondo il livello di gravità, al paziente viene impostato il trattamento effettuando monitoraggio costante, sia per i parametri clinici che ventilatori, in base alla gravità del quadro clinico e alla presenza di ventilazione assistita.

Nel corso della degenza il supporto dello specialista Pneumologo è indicato in tutte le fasi e in tutti i livelli di gravità allo scopo di collaborare con gli Operatori sanitari delle Strutture che lo hanno in cura per l'ottimizzazione della terapia farmacologica, supporto per diagnosi differenziali, settaggio del ventilatore non invasivo, fibrobroncoscopia se necessaria e, alla risoluzione dell'evento acuto, per la valutazione della eventuale riabilitazione polmonare compatibilmente con la disponibilità di risorse.

	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronico Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT
			Pag. 43 di 55

5. Dimissione

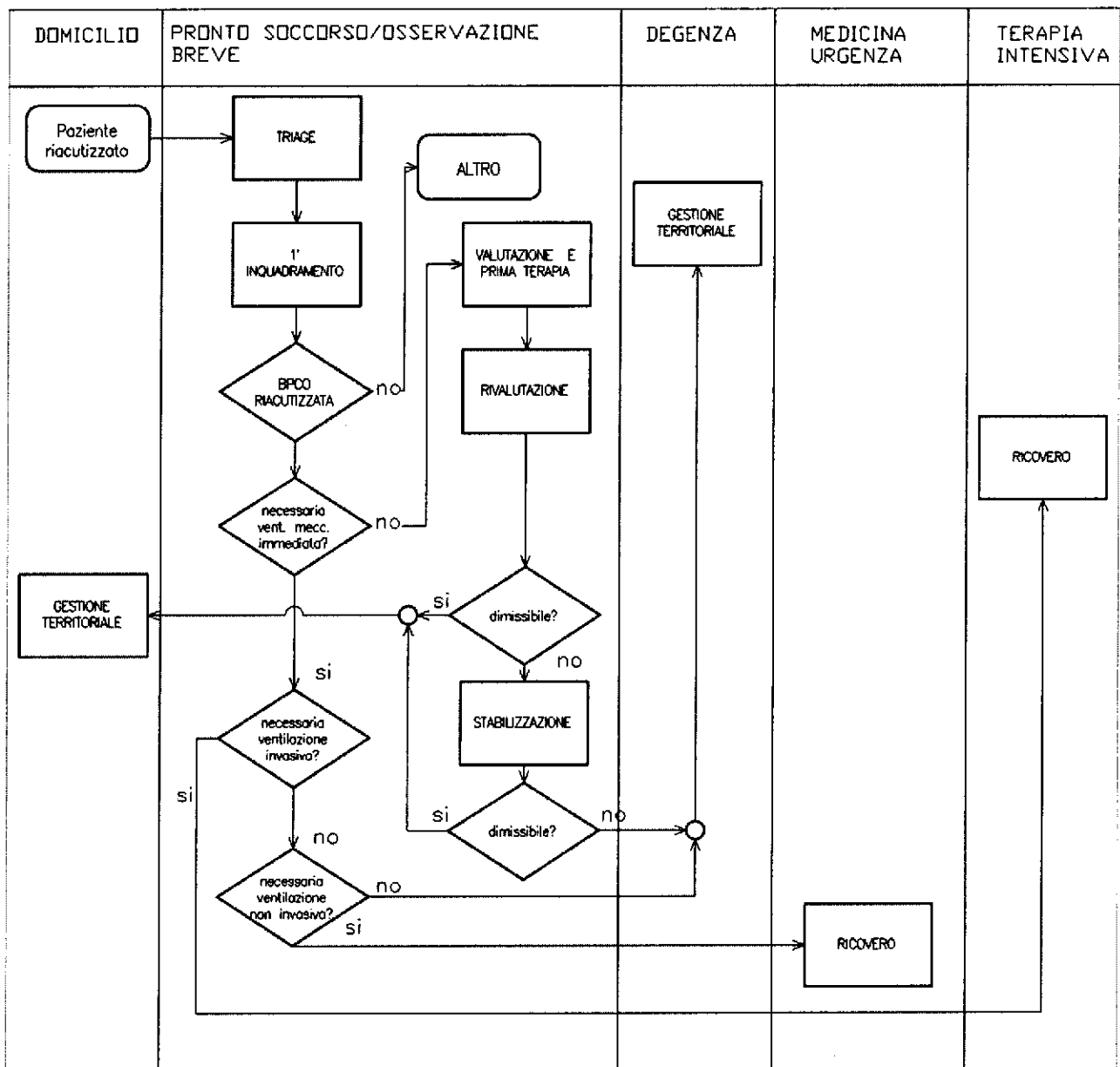
Risolto l'evento acuto, al momento della dimissione è necessario:



- Accertarsi della stabilità della malattia e della regressione dell'episodio acuto rivalutando tutti i dati clinici e laboratoristici
- Controllare la terapia di mantenimento e la comprensione del paziente
- Rivalutare la tecnica inalatoria
- Assicurarsi della comprensione della sospensione delle terapie di fase acuta (steroidi e/o antibiotici)
- Valutare la necessità di continuare l'ossigenoterapia
- Assicurare un piano di gestione delle comorbidità e del follow-up
- Pianificare il primo follow up entro le 4 settimane in quanto si è dimostrato ridurre il tasso di ospedalizzazioni per riacutizzazione per BPCO

Una volta ottenuta la remissione dei sintomi e la stabilizzazione del quadro clinico il paziente viene dimesso, pianificando, di concerto con lo specialista, il successivo controllo da effettuarsi presso l'ambulatorio specialistico pneumologico territoriale o ospedaliero di pertinenza geografica. Il medico di reparto che dimette il paziente provvede ad attivare la CCOT per la valutazione multidimensionale, compilare la richiesta di visita specialistica pneumologica prenotandola sulle agende dedicate presso ambulatorio pneumologico di pertinenza geografica. Nella lettera di dimissione consegnata al paziente viene riportata data, ora e luogo della visita specialistica prenotata. Lo specialista provvede inoltre alla compilazione della richiesta per la somministrazione di Ossigeno, se necessaria.

In caso di necessità di riabilitazione Respiratoria il medico di reparto provvede ad inviare la richiesta presso le strutture accreditate per questa prestazione, utilizzando la prevista modulistica per ogni struttura


DIGRAMMA DI FLUSSO FASE 3 Percorso Ospedaliero : Pronto Soccorso e Degenza



 ASL LATINA  REGIONE LAZIO	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT
			Pag. 45 di 55

FASE III Percorso Ospedaliero MATRICI DI RESPONSABILITA'

PROVENIENZA	ATTIVITA'	CHI FA	COME	QUANDO	DOVE	DOCUMENTI
MMG/Specialist a pneumologo	Ricovero Ospedale	Infermiere triage	Inquadramento gravità trriage	secondo criteri	Pronto Soccorso Presidi Ospedalieri Latina- Terracina- Formia	cartella PS
	Inquadramento livello gravità	medico PS/pneumologo	anamnesi, EO, indagini strumentali	durante gestione PS	Pronto Soccorso Presidi Ospedalieri Latina- Terracina- Formia	cartella PS
	Impostazione Trattamento/Mo nitoraggio parametri	Medico PS/pneumologo /infermiere	Broncodilatatori /corticosteroidi/Ossigeno/ Ventilazione	durante gestione PS	Pronto Soccorso Presidi Ospedalieri Latina- Terracina- Formia	cartella PS
	Definizione luogo di cura	medico/pneumo logo	secondo criteri di gravità	durante gestione PS	Pronto Soccorso Presidi Ospedalieri Latina- Terracina- Formia	cartella PS
	Invio a domicilio	medico/pneumo logo	Pianificazione visita amb pneumologico/ attivazione CCOT	a risoluzione evento acuto	Pronto Soccorso Presidi Ospedalieri Latina- Terracina- Formia	Certificato dimissione
PS	Gestione paziente ricoverato	medico/pneumo logo	Trattamento secondo livello di gravità	durante ricovero	Reparto Presidi ospedalieri Latina- Terracina-Fondi - Formia	Cartella Ricovero
Reparto di ricovero	Dimissione	medico/pneumo logo	Pianificazione visita amb pneumologico/ attivazione CCOT	a risoluzione evento acuto	Reparto Presidi ospedalieri Latina- Terracina-Fondi - Formia	Certificato dimissione

 <p> <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> ASL LATINA REGIONE LAZIO </p>	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT Pag. 46 di 55
---	-------------------	---	--

6.5 Cure palliative

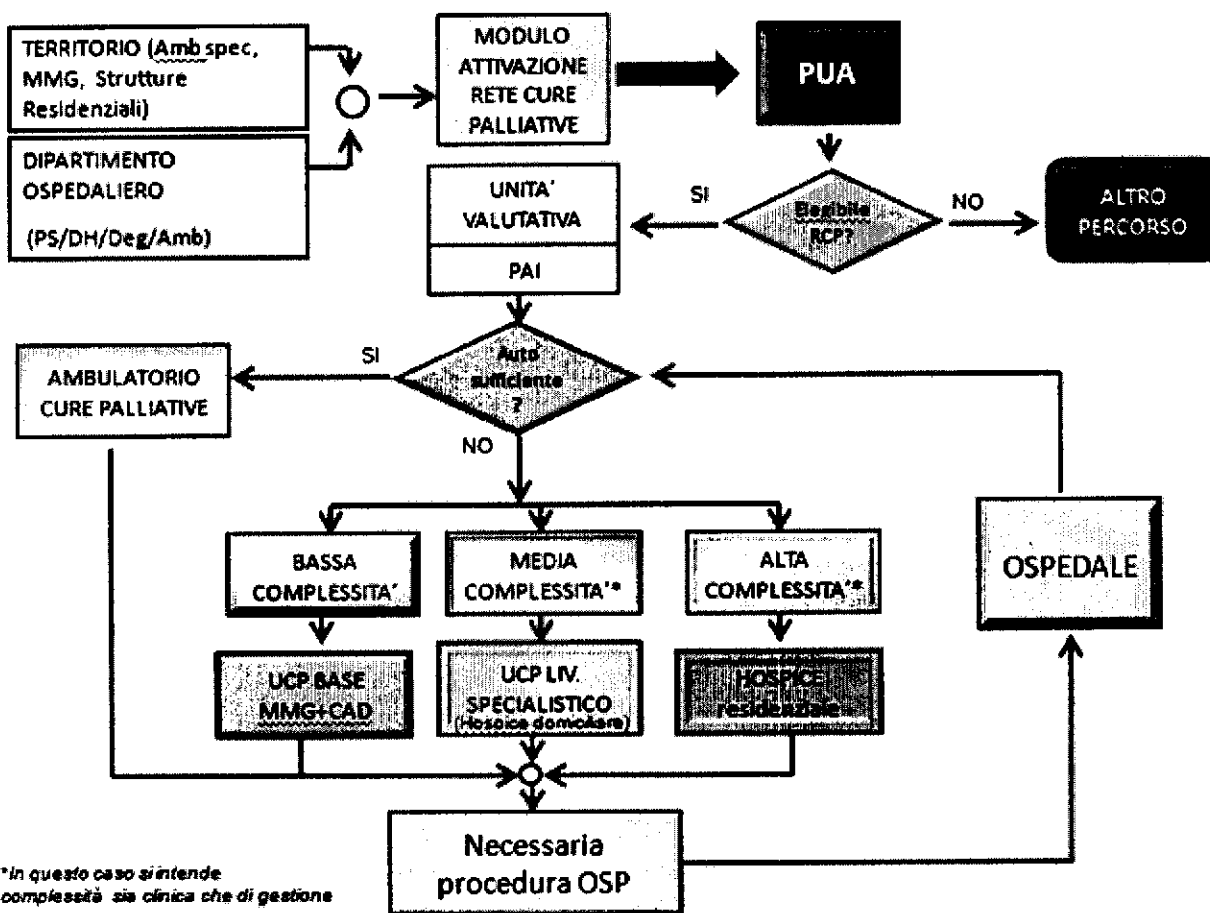
La BPCO presenta un andamento prolungato ed intermittente, contrassegnato da ripetuti ricoveri e dalla progressiva perdita di autonomia funzionale. Il venire progressivamente meno delle possibilità curative e riabilitative fa sì che le Cure Palliative (CP) debbano iniziare prima della fase di terminalità e intensificarsi con la progressione di malattia.


Ai malati portatori di patologia respiratoria cronica non oncologica devono essere garantite cure palliative (CP) congrue con il progredire dell'insufficienza d'organo (singola o multipla) e della perdita di efficacia dei trattamenti farmacologici, supportivi e riabilitativi tradizionali. L'obiettivo delle Cure Palliative (CP) consiste nel garantire al malato la migliore qualità di vita prestando attenzione agli aspetti psico-sociali della sua malattia; questo comporta, tra l'altro, la presa in carico della sua famiglia. Le CP si identificano quindi come "interventi centrati sul paziente e sulla famiglia, diretti ad ottimizzarne la qualità di vita attraverso la prevenzione ed il sollievo della sofferenza facendosi carico in maniera attiva e completa dei pazienti colpiti da una malattia che non risponda più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza sia la morte". Poiché lo scopo dell'intervento palliativo è quello di contrastare tempestivamente la comparsa e l'accentuazione dei sintomi, ne consegue che nel caso dei malati cronicamente critici che presentino un andamento del tipo dell'insufficienza d'organo l'avvio delle cure di supporto dovrebbe essere preso in considerazione anticipatamente in quanto il momento della morte è imprevedibile, mentre vi è il rischio di una sofferenza protratta nel tempo.

Nella Asl di Latina con delibera aziendale n. 288/2017 è stata istituita nella ASL di Latina la Rete delle Cure Palliative che definisce i criteri di accesso e presa in carico nonché le modalità organizzative per l'assistenza di questi pazienti, a cui si rimanda per la consultazione.

DIGRAMMA DI FLUSSO Accesso alla Rete Cure Palliative

Accesso



 <p> <small>SETORE SANITARIO REGIONALE</small> ASL LATINA REGIONE LAZIO </p>	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT Pag. 48 di 55
--	-------------------	---	-----------------------------------

7. APPROVAZIONE DIFFUSIONE IMPLEMENTAZIONE

Dopo verifica del documento il PIC viene trasmesso alla Direzione Generale per la sua approvazione e diffusione.

La DG Stabilisce le modalità per la diffusione in collaborazione con la Struttura Formazione e Comunicazione che pianifica la condivisione ed il coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato. Per favorire l'implementazione del PIC sono previste riunioni di condivisione con tutti gli operatori coinvolti con l'intervento della Direzione Aziendale mirati a conferire importanza e visibilità al processo di cambiamento, che con l'applicazione del percorso si intende perseguire.

Verranno inoltre organizzati in tutti i distretti:


- ✓ Eventi formativi ECM per MMG e per tutte le professioni
- ✓ La diffusione brochure informative
- ✓ La pubblicazione del PIC sul sito aziendale

In considerazione della complessità organizzativa il PIC richiede la verifica delle modalità organizzative adottate e la corretta integrazione tra le varie figure professionali coinvolte e tra le fasi del percorso. E' necessario quindi effettuare una fase pilota di tre mesi in cui verranno monitorate le fasi del percorso attraverso l'osservazione dei processi reali, i punti di forza e di debolezza del percorso elaborato. L'obiettivo principale è valutare eventuali ostacoli alla applicazione di quanto definito verificando se quanto pianificato nella fase di elaborazione del percorso venga effettuato in modo univoco e condiviso da tutti gli attori coinvolti e correggere le azioni che non risultano appropriate per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

8. MONITORAGGIO DEL PERCORSO.


Dopo approvazione è necessario considerare un periodo di sperimentazione di almeno tre mesi. Durante questo periodo è di fondamentale importanza il monitoraggio dei principali snodi di passaggio tra ospedale territorio ma anche nel territorio tra MMG, specialisti pneumologi territoriali ed ospedalieri e infermieri del CCT A tal fine il referente di percorso avrà l'incarico di provvedere alla verifica della effettuazione di quanto stabilito. In caso di eventuali criticità se possibile provvede alla immediata risoluzione oppure alla segnalazione ai responsabili distrettuali per le eventuali azioni di correzione.

Al termine dei tre mesi di sperimentazione si avvia la fase di implementazione. Dopo sei mesi dall'avvio di questa fase è prevista la valutazione degli indicatori e il primo audit con i professionisti coinvolti al fine di valutare le eventuali azioni di miglioramento

	ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT
			Pag. 49 di 53


INDICATORE	TARGET	FONTE DATI
<u>Presa in carico</u> N. di pazienti con diagnosi BPCO arruolati con / N. Assistenti (per MMG) (primo semestre)	50% della prevalenza stimata	Gestionale MMG/ piattaforma gestionale
<u>Prevenzione:</u> N. di persone con BPCO arruolate con vaccinazione influenzale negli ultimi 12 mesi / N. Tot. paz. con BPCO arruolati	≥ 70%	Piattaforma gestionale/ flussi informativi aziendali/ gestionale MMG
<u>Diagnosi precoce</u> N. di persone con diagnosi di BPCO arruolati stadio A o B / N. Tot. paz. con BPCO arruolati	>30%	Gestionale MMG/ piattaforma gestionale
<u>Aderenza alla Terapia</u> N. di persone con diagnosi di BPCO arruolate ed erogazione di almeno 9 confezioni di farmaci per BPCO negli ultimi 12 mesi / N. Tot. paz. con BPCO arruolati	≥ 50%	Flussi informativi aziendali/ piattaforma gestionale
<u>Appropriatezza terapeutica*</u> N. di paz. con BPCO con età ≥ 40 senza riacutizzazione in trattamento con ICS / N. Tot. paz. con BPCO età ≥ 40 senza riacutizzazione	≤ 40%	Flussi informativi aziendali/ piattaforma gestionale/ gestionale MMG
<u>Appropriatezza Follow up</u> Paz. con BPCO stadio A o B arruolati che effettuano visita pneumologica / N. pazienti stadio A o B arruolati	≤ 30%	Piattaforma gestionale/ flussi informativi aziendali
<u>Aderenza percorso</u> N. con BPCO stadio C o D arruolati che effettuano almeno 1 visita pneumologica nell'anno / N. pazienti con BPCO stadio C o D arruolati	≥ 70%	Piattaforma gestionale/ flussi informativi aziendali
<u>Aderenza percorso*</u> N. con BPCO stadio A o B arruolati che effettuano almeno 1 visita di controllo (MMG) nell'anno / N. pazienti con BPCO stadio A o B arruolati	≥ 70%	Piattaforma gestionale/ gestionale MMG

* calcolo subordinato alla disponibilità dell'informazione rilevata dai MMG

	ASL LATINA	PDTA	PDTA ASLT
		Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	Pag. 50 di 55

INDICATORI DI PRESA IN CARICO	TARGET	FONTE DATI
NUMERATORE: n. Pazienti con diagnosi BPCO arruolati accesso e dimissione dal PS DENOMINATORE: tot accessi al PS per BPCO arruolati	Trend in diminuzione	Flussi informativi aziendali/piattaforma gestionale
NUMERATORE: n. Pazienti con diagnosi di BPCO arruolati con ricovero per BPCO DENOMINATORE: tot pazienti con BPCO arruolati	Trend in diminuzione	Flussi informativi aziendali/piattaforma gestionale
NUMERATORE N. Paz et� con diagnosi BPCO arruolati con nuovo ricovero entro 30 gg DENOMINATORE: Tot ricoveri pazienti con BPCO arruolati	<15%	Flussi informativi aziendali
NUMERATORE: N.pazienti et� con diagnosi BPCO arruolati ricoverati per BPCO che effettuano visita pneumologica entro 4 settimane dalla dimissione DENOMINATORE Tot paz et� con diagnosi di BPCO arruolati ricoverati per BPCO	>70%	Flussi informativi aziendali

INDICATORI PReValE	TARGET	FONTE DATI
<u>Tasso di ospedalizzazione</u> NUMERATORE: N.pazienti et� ≥ 40 in Ricovero ordinario per acuti con durata della degenza > 1 giorno DENOMINATORE Tot paz affetti da BPCO et� ≥ 40	Media regionale (Ind PRValE)	Flussi informativi aziendali
<u>Aderenza alle linee guida</u> NUMERATORE: N.pazienti et� ≥ 40 dimessi dopo un ricovero per BPCO in trattamento con broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla dimissione DENOMINATORE: N.pazienti et� ≥ 40 dimessi dopo ricovero per BPCO	Media regionale (Ind PRValE)	Flussi informativi aziendali

	<p style="text-align: center;">ASL LATINA</p>	<p style="text-align: center;">PDTA</p> <p style="text-align: center;">Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)</p>	<p style="text-align: center;">PDTA ASLT</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Pag. 51 di 53</p>
--	---	--	---

9. FORMAZIONE

Armonizzare in un'unica proposta i bisogni formativi dei dipartimenti e servizi aziendali con quelli dei MMG così da effettuare una pianificazione di processi formativi integrati è assolutamente improcastinabile nel caso di malattie croniche come diabete bpcO e scompenso in quanto necessario per :

Supportare lo sviluppo della funzione di prossimità su tutto il territorio aziendale con lo sviluppo di temi quali la medicina d'iniziativa;

Realizzare un 'interfacciarsi tra l'attività clinica svolta dai MMG e quella ospedaliera per la costruzione condivisa di linee guida e percorsi diagnostici e terapeutici su patologie di ampia diffusione,


Sviluppare o un migliore approccio ai problemi di salute della popolazione in quanto agli stessi si offre una risposta in termini di elaborazione di processi organizzativi che coinvolgono tutti gli stakeholder richiesti dalla logica della "presa in carico" superando definitivamente la mera logica prestazionale;

Realizzare un significativo risparmio in termini di budget, sia perché si evita la sovrapposizione di eventi formativi identici organizzati in modo separato in Azienda e sul territorio, sia perché attraverso la costruzione di processi e procedure condivise si superano disfunzioni organizzative che generano diseconomie di scala come il ricorso ad esami strumentali talora non necessari.

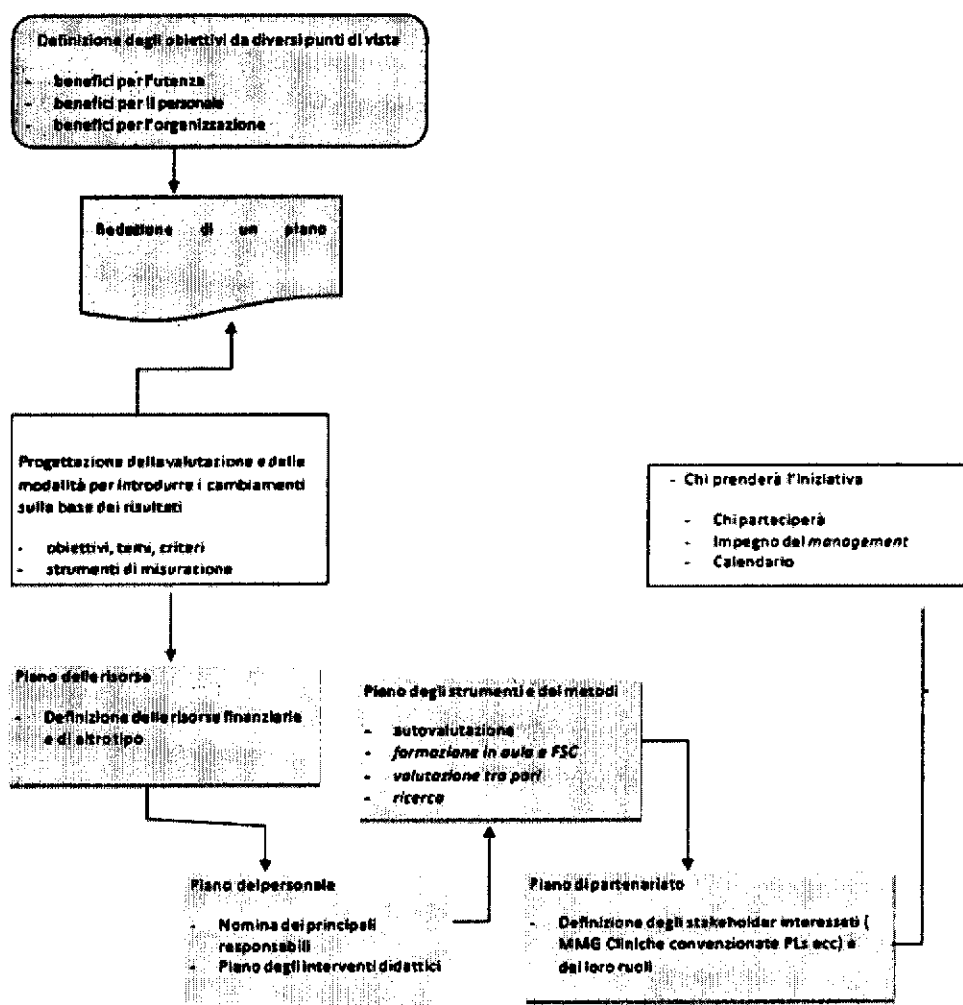
Sul tema della bpcO e poi sul diabete , grazie ad una collaborazione sinergica ed integrata tra l' ASL LT e i MMG del territorio pontino, si è dato l'avvio già dal 2015 alla sperimentazione di un progetto pilota di formazione sul tema dell'appropriatezza prescrittiva.

Per tenere il passo con il cambiamento continuo e fornire servizi di alta qualità, le organizzazioni devono creare le condizioni per trasformarsi in learning organizations. Infatti, in un contesto di rapido cambiamento, soltanto chi è flessibile, adattabile e produttivo riesce ad eccellere. Le organizzazioni che mettono continuamente in gioco la propria capacità di creare il futuro devono indurre un cambiamento di mentalità nei loro membri: devono individuare come sfruttare l'impegno e la capacità di apprendimento degli individui a tutti i livelli. In tale ottica nasce e si concretizza l'esperienza rivolta a oltre 500 MMG della provincia pontina e agli specialisti ospedalieri

La costruzione del percorso il cui schema è riportato in seguito sarà utilizzata come modello per eventi programmati nel 2019 sempre nell'ambito dell'apprendimento organizzativo declinato sull'appropriatezza prescrittiva.

 <p>ASL LATINA REGIONE LAZIO</p>	<p>ASL LATINA</p>	<p>PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronico Ostruttiva (BPCO)</p>	<p>PDTA03 ASLT Pag. 52 di 55</p>
--	-------------------	--	--


GESTIONE DEL CAMBIAMENTO APPRENDIMENTO ORGANIZZATIVO
PERCORSO APPROPRIATEZZA



1 una prima fase è dedicata alla definizione del problema e delle ipotesi di lavoro; in questa fase ha previsto incontri che sono focalizzati sulla definizione dei confini soggettivi ed organizzativi del problema, degli obiettivi, delle risorse “a favore” e degli ostacoli alla realizzazione, dei parametri di misura dei progressi;

2 una seconda fase è dedicata alla messa in pratica delle azioni condivise, alla sperimentazione dei comportamenti; in questa fase gli incontri sono focalizzati sulla razionalizzazione dell’esperienza maturata e all’applicabilità della stessa in contesti simili;


3 una terza fase è dedicata al consolidamento del cambiamento; in questa fase gli incontri sono focalizzati sulla valutazione dei risultati raggiunti e sulla ricerca di ulteriori campi di esperienza con un lavoro di confronto, di scambio, di interazione che

	<p style="text-align: center;">ASL LATINA</p>	<p style="text-align: center;">PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)</p>	<p style="text-align: center;">PDTA03 ASLT</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Pag. 53 di 55</p>
--	---	---	---

ha introdotto necessariamente elementi di dubbio, ricerca, innovazione nati dal rapportarsi a esperienze e visioni diverse

10. Riferimenti Normativi LG e bibliografia

- Deliberazione della Giunta regionale 21 aprile 2006, n. 229 "Atto di recepimento dell'accordo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.
- Determinazione regionale n. G03398 del 19.3.2014 "ACN 23 marzo 2005 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.
- Accordo con le organizzazioni sindacali regionali della medicina convenzionata FIMMG, SMI, SNAMI e INTESA SINDACALE per la Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale e la medicina d'Iniziativa (attuazione del protocollo d'intesa del 23 luglio 2014) siglato nel ottobre 2014.
- Decreto del Commissario ad Acta n. 000247 del 25 luglio 2014.
- Decreto del Commissario ad Acta n. U00376 del 4.11.2014 ..Riorganizzazione dell"Assistenza Territoriale e la medicina d'iniziativa in attuazione del protocollo d'Intesa del 23 luglio 2014.
- Decreto del Commissario ad Acta n. U00474 del 7.11.2015avente per oggetto: Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e relativo percorso attuativo.
- Decreto Commissario ad Acta nU 00211 del 21.06.2016 avente come oggetto :Linee guida per l'attribuzione della classe di priorità nelle prescrizioni di specialistica ambulatoriale
- Piano nazionale per la Prevenzione 2014-2018 (strategie di popolazione e strategie individuali per la gestione di fattori di rischio)
- Decreto del Commissario ad Acta n.565 del 22.12.2017 avente come oggetto "La nuova Sanità nel Lazio: Obiettivi di Salute ne Medicina d'Iniziativa"
- Decreto del Commissario ad Acta n. U0084 del 30 settembre 2010 "La rete assistenziale di cure palliative della Regione Lazio";
- Delibera Azienda Asl Latina n.288 del 18 maggio 2017 'Rete Locale delle Cure Palliative'


 <p>ASL LATINA REGIONE LAZIO</p>	<p>ASL LATINA</p>	<p>PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)</p>	<p>PDTA ASLT Pag. 53 di 55</p>
--	-------------------	--	------------------------------------

Linee Guida e Bibliografia

- GOLD 2018
- USPSTF RECOMMENDATION STATEMENT 4 JAMA April 5, 2016 Volume 315, Number 13
- Position Paper Cure palliative dei pazienti con patologie respiratorie croniche avanzate non oncologiche
<http://www.aiponet.it/images/prodotti-editoriali/documenti-scientifici/allegati/8/1.pdf>
- (De Marco R, Accordini S, Cerveri I et al. An international survey of chronic obstructive pulmonary disease in young adults according to GOLD stages. *Thorax* 2004;59:120-125.)
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/>
- WHO. *World Health Statistics 2008*. Geneva: World Health Organization, 2008).
- <http://95.110.213.190/prevale2018/territoriale/territoriale.php>

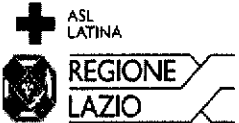
11. Abbreviazioni

- **BMI** Body Mass Index
- **CCT** Centrale Continuità territoriale
- **CCOT** Centrale Continuità Ospedale Territorio
- **CP** Cure Palliative
- **CV** Capacità Vitale
- **DLCO** Diffusion Lung CO (Diffusione alveolo capillare del monossido di carbonio)
- **EGA** Emo Gas Analisi
- **FEV** Forced Espiratory Volume
- **VM** Ventilazione Meccanica
- **FPR** Prove Funzionalità respiratoria
- **FVC** Forced Vital Capacity
- **IOT** Intubazione Oro Tracheale
- **LTOT** Long Term Oxygen Therapy
- **MMG** Medico di Medicina Generale
- **STOT** Short Term Oxygen Therapy

 <p>ISTITUTO CAPITALE REGIONALE ASL LATINA REGIONE LAZIO</p>	<p>ASL LATINA</p>	<p>PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronico Ostruttiva (BPCO)</p>	<p>PDTA ASLT Pag. 55 di 55</p>
--	-------------------	---	--

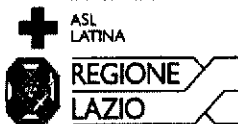
- **MDI** Metered Dose Inhaler
- **MOF** Multi Organ Failure
- **NIV** Non Invasive Ventilation
- **PIC** Percorso Integrato di Cura
- **PS** Pronto Soccorso

- **PSV** Pression Support Ventilation
- **RR** Riabilitazione Respiratoria
- **UTI** Unità terapia Intensiva
- **VEMS** Volume espiratorio Massimo al secondo

 <p>ISTITUTO SANITARIO REGIONALE ASL LATINA REGIONE LAZIO</p>	<p>ASL LATINA ALLEGATI</p>	<p>PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronico Ostruttiva (BPCO)</p>	<p>PDTA ASLT</p>
			<p>ALLEGATO 1</p>

ALLEGATO 1 LUOGHI EROGAZIONE

Ambulatorio	Prestazioni	Dove
Ambulatorio di Pneumologia	Spirometria semplice, EGA, visita pneumologica	Aprilia Polimambulatorio Via Giustiniano, snc
	Spirometria semplice, visita pneumologica	Cisterna Poliambulatorio Via M.Lepini
Ambulatorio Pneumologia	Visita pneumologica, EGA, spirometria semplice	Cori
Ambulatorio di Pneumologia	Visita pneumologica, spirometria semplice, eglobale, saturimetria notturna, EGA, DLCO, test del cammino	Latina poliambulatorio p.zza Celli
	Visita pneumologica	Latina Scalo Poliambulatorio Via della Stazione
	Visita pneumologica	Sabaudia Via Conte Verde
	Visita pneumologica	Pontinia
Ambulatorio Pneumologia	Visita pneumologica, spirometria semplice, eglobale, saturimetria notturna, EGA, DLCO, test del cammino, Broncoscopia	Latina Osp S.M.Goretti Via G.reni
Ambulatorio Pneumologia	Visita pneumologica, Spirometria Semplice, EGA	Sezze Casa Della Salute Via Via San Bartolomeo, snc
Ambulatorio Pneumologia	Visita pneumologica, spirometria semplice e globale, DLCO (Fondi) Test del cammino, EGA	Terracina Ospedale A. Fiorini Via Firenze, 1
		Fondi Ospedale S.Giovanni di Dio Via S.Magno
Ambulatorio Pneumologia	Visita pneumologia, Spirometria Semplice, saturimetria, EGA,	Gaeta Ospedale Via Dei Cappuccini
Ambulatorio Pneumologia	Visita pneumologica	Minturno Via degli Eroi
Ambulatorio Pneumologia	Visita pneumologia, Spirometria Semplice, saturimetria, EGA,	Gaeta , Via dei Cappuccini Formia


	ASL LATINA <u>ALLEGATI</u>	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT
			ALLEGATO 2

ALLEGATO 2 QUESTIONARIO GOLD

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva è una patologia bronco-polmonare molto frequente, anche se molte persone ne sono affette senza saperlo.

Hai tosse e catarro frequentemente?	si	no
Fai fatica a respirare rispetto ai tuoi coetanei?	si	no
Hai limitato l'attività fisica per questo?	si	no
Hai più di 40 anni?	si	no
Sei un fumatore o lo sei stato?	si	no

**Se hai risposto sì a tre o più domande potresti essere affetto da BPCO:
 chiedi al tuo medico se ritiene necessario che tu faccia una spirometria.**

	ASL LATINA ALLEGATI	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con Broncopatia Cronico Ostruttiva (BPCO)	PDTA ASLT
			ALLEGATO 3

ALLEGATO 3 QUESTIONARIO CAT

Come va la Sua BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)? Assessment Test (test di valutazione della BPCO) (CAT)

Questo questionario denominato CAT - COPD Assessment Test (che significa test per la valutazione della (BPCO), aiuterà sia Lei che l'operatore sanitario a misurare l'impatto della BPCO sul Suo benessere e sulla Sua vita quotidiana. Le Sue risposte e punteggi del test possono essere utilizzati sia da Lei che dall'operatore sanitario per migliorare la gestione della Sua BPCO e per ottenere i massimi vantaggi dal trattamento

			Punteggio
Non tossisco mai	0 1 2 3 4 5	Tossisco sempre	
Il mio petto è completamente libero da catarro (muco)	0 1 2 3 4 5	Il mio petto è tutto pieno di catarro (muco)	
Non avverto alcuna costrizione al petto	0 1 2 3 4 5	Avverto una forte costrizione al petto	
Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale non avverto mancanza di fiato	0 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	0 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	0 1 2 3 4 5	Non mi sento affatto tranquillo ad uscire di casa a causa della mia malattia polmonare	
Dormo profondamente	0 1 2 3 4 5	Non riesco a dormire profondamente a causa della mia malattia polmonare	
Ho molta energia	0 1 2 3 4 5	Non ho nessuna energia	