



GESTIONE INTEGRATA OSPEDALE – TERRITORIO DEL PAZIENTE CON BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)

DEFINIZIONE

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una malattia respiratoria cronica prevenibile e trattabile associata a significativi effetti e comorbidità extrapolmonari che possono contribuire alla sua gravità. Le alterazioni broncopolmonari sono costituite da una ostruzione al flusso persistente ed evolutiva legata a rimodellamento delle vie aeree periferiche ed enfisema (LG internazionali GOLD 2009). La bronchite cronica, l'enfisema polmonare e l'asma cronico costituiscono in maniera determinante e non proporzionale la BPCO. Il progressivo declino della funzione respiratoria è causato da una infiammazione cronica delle vie aeree indotta soprattutto dal fumo di sigaretta che rappresenta il principale fattore di rischio di BPCO. Il ruolo svolto dall'inquinamento domestico, ambientale e lavorativo nello sviluppo della malattia è meno noto ma sempre più numerose sono le segnalazioni di un rapporto esistente fra questi agenti e l'insorgenza di BPCO. Esiste comunque, indipendentemente dal fattore di rischio, una variabilità individuale nei confronti dello sviluppo della malattia. L'evidenza che i fattori genetici sono importanti nel determinismo della BPCO, deriva dall'osservazione di soggetti con deficit di alfa1-antitripsina che presentano un rischio elevato di sviluppare BPCO, soprattutto se fumatori abituali. Tipici sintomi sono la tosse produttiva cronica (o ricorrente per un minimo di 3 mesi/anno per almeno 2 anni consecutivi), la difficoltà di respiro, la dispnea associata ad una minore tolleranza allo sforzo.

EPIDEMIOLOGIA

La BPCO rappresenta una delle cause più importanti di mortalità e morbosità nei paesi industrializzati. Il 4-6% degli adulti europei soffre di BPCO clinicamente rilevante. La “pooled” prevalenza di BPCO, sulla base dei valori spirometrici è del 8.9%. La prevalenza dei sintomi aumenta con l'età ed interessa più del 50% di maschi fumatori di età superiore ai 60 anni, con un valore quasi doppio rispetto alle femmine (4,1% vs 2,7%) ed appare un rilevante problema perfino tra i giovani adulti. Studi epidemiologici hanno infatti evidenziato che, nei soggetti tra 20 e 44 anni, il 10% presenta tosse ed espettorato senza segni di ostruzione bronchiale ed il 3.6% sintomi di ostruzione bronchiale (Stadi I – III). La morbidità è prevista in notevole aumento nel mondo con uno spostamento dal 12° al 6° posto mentre in termini di ricoveri ospedalieri in Italia i casi di BPCO risultano al 7° posto (fonte ISTAT 2003) con una degenza media di 9,4 giorni. Nel 1990 la BPCO era la 12° causa di DALYs (*disability-adjusted life years*) persi al mondo, responsabile per il 2.1% del totale. Secondo le previsioni, nel 2020, la BPCO occuperà il 3° posto, preceduta soltanto da cardiopatia ischemica, depressione grave e prima di incidenti stradali e vasculopatie cerebrali. Questo sostanziale aumento nell'impatto globale della BPCO proiettato nei prossimi 20 anni riflette, in gran parte, l'aumentato uso di tabacco in molti Paesi e le variazioni nell'età delle popolazioni nei Paesi in via di sviluppo. Per quel che riguarda i dati di mortalità la BPCO è la 4a causa di morte negli Stati Uniti (dopo cardiopatie, neoplasie e malattie cerebrovascolari) e la 5a nel mondo. Nel 2000 l'OMS ha stimato che ci siano state 2.8 milioni di morti per BPCO. In Italia le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano la 3a causa di morte (dopo malattie cardiovascolari e neoplasie) e circa il 50% di questi decessi sono dovuti a BPCO.

CARICO ASSISTENZIALE: IL CCM

La BPCO è una patologia cronica capace di condizionare in maniera significativa la qualità di vita dei pazienti e risulta ad oggi sotto-diagnosticata e spesso, trattata solo nelle fasi avanzate. Lo spettro di gravità è estremamente ampio e può variare dal lieve e transitorio incremento dei sintomi gestibili autonomamente da parte del paziente, fino a condizioni di estrema gravità per le quali è necessario il ricovero in terapia intensiva o l'attivazione di un piano di ossigenoterapia o di ventilazione meccanica. Le riacutizzazioni hanno un notevole impatto sulla evoluzione della patologia e sono frequentemente determinate da infezioni respiratorie. L'elevata prevalenza di fumatori al di sotto dei 45 anni di età, registrata a livello mondiale, sottolinea la necessità di migliorare la qualità della prevenzione. Per modificare la storia naturale dell'epidemia di questa malattia non trasmissibile, è fondamentale, quindi, spostare l'accento politico, economico e sociale da una medicina sostanzialmente diagnostico-terapeutica ad una medicina preventiva, che deve vedere l'impegno dei Medici di Medicina Generale unito a quello degli Specialisti di pneumologia e di Sanità pubblica, nella logica proattiva della medicina d'iniziativa propria del Chronic Care Model, esplicitato nei suoi obiettivi nel PSR 2008-2010. Il CCM si configura infatti come un nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia e che organizza un sistema che accompagna il cittadino, favorendo lo sviluppo di condizioni che permettono di mantenere il livello di salute il più alto possibile. Risulta determinante pertanto ripensare i modelli organizzativi puntando a definire contenuti assistenziali integrati in un contesto organico di ruoli e funzioni e rimuovendo gli ostacoli all'integrazione dei professionisti.

SCOPO

L'intervento proattivo indispensabile di un team multidisciplinare è quello educativo sul cittadino a rischio e sul paziente affetto da BPCO nei confronti di una patologia subdola che si manifesta clinicamente quando le lesioni anatomo/funzionali sono ormai solo parzialmente reversibili. Occorre pertanto:

- a. Rilevare e ridurre i fattori di rischio per BPCO.
- b. Gestire la BPCO in atto e ridurre i rischi di aggravamento.
- c. Ridurre e/o gestire l'evoluzione della BPCO in IR.
- d. Gestire l'IR.

OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

1. Promuovere l'autonomia decisionale e l'autocura attraverso l'addestramento del paziente da parte di personale sanitario adeguatamente formato.
2. Standardizzare i percorsi di presa in carico e l'erogazione dell'offerta assistenziale attraverso l'istituzione di ambulatori dedicati e la strutturazione di classi di pazienti omogenee per rischio, grado di patologia e necessità assistenziali.
3. Individuare l'approccio organizzativo-assistenziale ed i criteri di gestione integrata attraverso la definizione del percorso diagnostico, dei livelli di intervento e delle modalità di follow-up
4. Ridurre la eventualità di recidiva e prevenire l'evoluzione della malattia tramite l'intervento sui fattori di rischio, in particolare il fumo di sigaretta.
5. Promuovere un approccio integrato nella gestione del paziente con BPCO attraverso la condivisione dei percorsi e protocolli nell'ambito del team multiprofessionale destinato alla presa in carico del paziente.
6. Ottimizzare la cura attraverso l'applicazione di linee guida e approccio assistenziale evidence- based.
7. Adeguare i programmi di gestione informatizzata e la condivisione dei dati registrati su apposita scheda.

APPLICABILITA'

Da parte del personale medico ed infermieristico delle UOC Ospedaliere coinvolte e del personale medico e infermieristico del territorio

IL PERCORSO

Il percorso è articolato nelle seguenti 5 fasi, successivamente riassunte nello schema.

FASE 1: IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI

FASE 2: ARRUOLAMENTO

FASE 3: COUNSELING DEI PAZIENTI

FASE 4: FOLLOW UP DEI PAZIENTI STABILIZZATI

FASE 5: GESTIONE DEI PAZIENTI INSTABILI

FASE 1: IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI

La fase 1 del percorso prevede l'individuazione dei pazienti a rischio di BPCO e con BPCO diagnosticata e la realizzazione di un registro di pazienti divisi secondo la classificazione di gravità delle Linee guida internazionali GOLD (Global Initiative for chronic Obstructive Lung Disease). Ciò sarà realizzato attraverso l'integrazione dei dati contenuti negli archivi dei MMG con i dati del Sistema Informativo Aziendale: esenzioni per patologia, elenco SDO

FASE 1

Procedure	Professioni: ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Indicatori
Identificazione pazienti a rischio (stadio 0) : - fumatori abituali - rischio occupazionale per inalazione di sostanze/polveri	MMG (propri archivi)	Ambulatorio MMG	1 mese dall'inizio della fase di estensione	Messa a disposizione elenco pazienti: elenco aperto con arruolamento progressivo
Identificazione pazienti con BPCO lieve (stadio I) : - FEV1/CVF < 70 % - FEV1 > 80% del teorico - con o senza sintomi cronici (tosse, espettorato)	1. MMG (propri archivi) 2. ASL (elenco SDO, esenzioni ticket per verifica e confronto)	1. Ambulatorio MMG 2. Direzione Sanitaria ASL; U.O.S.I. ASL	1 mese dall'inizio della fase di estensione	Messa a disposizione elenco pazienti
Identificazione pazienti con BPCO moderata e grave (stadio II e III) : - FEV1/CVF < 70 % - 30 %= \leq FEV1 <80% del teorico - con o senza sintomi cronici (tosse, espettorato)	1. MMG (propri archivi) 2. ASL (elenco SDO, esenzioni ticket per verifica e confronto)	1. Ambulatorio MMG 2. Direzione Sanitaria ASL; U.O.S.I. ASL	1 mese dall'inizio della fase di estensione	Messa a disposizione elenco pazienti

Identificazione pazienti con BPCO molto grave (stadio IV): - FEV1/CVF < 70 % - FEV1 < 30 % del teorico - con o senza sintomi cronici (tosse, espettorato)	1. MMG (propri archivi) 2. ASL (elenco SDO, esenzioni ticket per verifica e confronto)	1. Ambulatorio MMG 2. Direzione Sanitaria ASL; U.O.S.I. ASL	1 mese dall'inizio della fase di estensione	Messa a disposizione elenco pazienti
Verifica ed integrazione/incrocio dati	Medico di Comunità		Entro 15 gg dal ricevimento delle liste	Lista unica pazienti eleggibili a PDT
Realizzazione Registro di Patologia	1. MMG 2. Operatore Informatico	1. Ambulatorio MMG 2. Direzione Sanitaria ASL; U.O. S.I. ASL	1 mese dall'inizio della fase di estensione	Messa a disposizione registro di patologia

FASE 2: ARRUOLAMENTO DEI PAZIENTI

La fase 2 del percorso prevede l'arruolamento dei pazienti individuati nella prima fase attraverso l'invito di una lettera informativa nella quale verranno espone le finalità, le fasi, i tempi e le modalità di adesione al progetto e successivo contatto telefonico, ad un incontro che prevede l'acquisizione di un consenso informato scritto presso l'ambulatorio del MMG.

Procedure	Professioni:ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Indicatori
Predisposizione e invio lettera informativa ai pazienti	1. Collaboratore di studio/Infermiere	Ambulatorio MMG	Invio lettera informativa entro 1 mese dalla predisposizione degli elenchi	Invio informativa 100% pazienti in lista
Invito per contatto telefonico e predisposizione agenda appuntamenti	1. Collaboratore di studio/Infermiere	Ambulatorio MMG	Inizio contatti telefonici entro una settimana dall'invio delle lettere	Contatto 100% pazienti in lista
Acquisizione consenso informato	1. MMG	Ambulatorio MMG	Entro 3 mesi dalla ricezione informativa/telefonata	% adesione (da definire)

FASE 3: COUNSELING DEI PAZIENTI

Sono strutturati incontri rivolti a classi di pazienti omogenee per patologia secondo metodiche scientificamente validate. Finalità perseguite attraverso le abilità e le attività di counseling sono: 1) educazione a idonei stili di vita che possano prevenire nei pazienti a rischio la comparsa di sintomi e, nei soggetti con BPCO conclamata, la progressione della patologia (complicanze e disabilità); 2) empowerment del paziente; 3) acquisizione di sicurezza e autonomia nella gestione degli aspetti pratici, sociali e psico-emozionali connessi alla propria condizione.

Procedure	Professioni: ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Indicatori	Note
Invito Counseling di gruppo od individuale	Collaboratore di studio/Infermiere	Ambulatorio Modulo	Almeno 7 gg prima dell'incontro	Indicatori regionali	Contatto telefonico
Counseling di gruppo: accoglienza; ascolto attivo dei bisogni; supporto Informativo e/o Educativo su stili di vita e aspetti assistenziali; promozione di atteggiamenti attivi; educazione al self management; orientamento alla rete e servizi; Family coach	1. MMG 2. I 3. Fisiatra 4. FSK	Sede dedicata		Indicatori regionali	
Inserimento percorso Centro antifumo	1. Operatori Centro	Sede dedicata		Indicatori regionali	

FASE 4: FOLLOW UP DEI PAZIENTI

Il follow-up garantisce la presa in carico costante e personalizzata del paziente, attraverso un percorso standardizzato che prevede controlli a cadenza prefissata sia presso l'ambulatorio del MMG che presso l'ambulatorio specialistico per la BPCO di riferimento; ai fini di un'ottimizzazione del monitoraggio, il MMG o lo specialista potranno ovviamente introdurre in itinere eventuali correzioni dello schema terapeutico o della tempistica degli esami di controllo/approfondimento, qualora queste siano ritenute necessarie sulla base delle condizioni cliniche del paziente.

	Procedure	Professioni: ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Indicatori
Pazienti a rischio (stadio 0)	Valutazione clinica; prescrizioni indagini specifiche ove ritenute necessarie	MMG	Ambulatorio MMG	12 mesi	Indicatori regionali
	Valutazione dei comportamenti (stili di vita: fumo, attività fisica, alimentazione)	MMG Infermiere	Ambulatorio MMG	12 mesi	Indicatori regionali
	Peso corporeo con calcolo BMI, circonferenza vita, PA	Infermiere	Ambulatorio MMG	12 mesi	Indicatori regionali
	Counseling del paziente sulla cessazione della abitudine tabagica	Centro Antifumo/M MG	In sede dedicata	Secondo programma personalizzato	Indicatori regionali

Pazienti con BPCO lieve (stadio I)	Valutazione clinica; prescrizioni indagini specifiche ed invio allo specialista laddove ritenuto necessario	MMG	Ambulatorio MMG	6 mesi	Indicatori regionali
	Spirometria	MMG, I	Ambulatorio MMG	12 mesi	Indicatori regionali
	RX del torace	MMG	Radiologia	Facoltativo in caso di dubbio diagnostico	Indicatori regionali
	Esame ematico (emocromo, PCR, altre indagini ematochimiche a giudizio del MMG)	MMG	Sede dedicata	12 mesi	Indicatori regionali
	Counseling del paziente sulla cessazione della abitudine tabagica	Centro Antifumo/MMG	Sede dedicata	Secondo programma personalizzato	Indicatori regionali
	Valutazione comorbilità e rischio globale	MMG	Ambulatorio MMG	12 mesi	Indicatori regionali
	Peso corporeo con calcolo BMI, circonferenza vita, PA	I	Ambulatorio MMG	12 mesi	Indicatori regionali
	Vaccinazione anti influenzale	MMG I	Ambulatorio MMG	12 mesi	Indicatori regionali
	Vaccinazione anti pneumococcica	MMG I	Ambulatorio MMG	5 anni	Indicatori regionali
	Valutazione dei comportamenti (stili di vita: fumo, attività fisica, alimentazione)	MMG I	Ambulatorio MMG	6 mesi	Indicatori regionali

Pazienti con BPCO moderata e grave (stadio II e III)	Valutazione clinica; prescrizioni indagini specifiche ed invio allo specialista laddove ritenuto necessario	MMG	Ambulatorio MMG	3-4 mesi	Indicatori regionali
	Spirometria globale Emogasanalisi, pulsossimetria, Walking test	PN	Ambulatorio specialistico	12 mesi	Indicatori regionali
	Prenotazione della visita successiva per i pazienti che necessitano di un ulteriore controllo, con richiesta, su ricettario regionale, degli accertamenti ritenuti opportuni.	PN	Ambulatorio specialistico	3-4 mesi	Indicatori regionali
	Vaccinazione anti influenzale	MMG I	Ambulatorio MMG	12 mesi	Indicatori regionali
	Vaccinazione anti pneumococcica	MMG I	Ambulatorio MMG	5 anni	Indicatori regionali
	Valutazione dei comportamenti (stili di vita: fumo, attività fisica, alimentazione) con counseling sulla cessazione della abitudine tabagica	I FSK	Ambulatorio MMG/ sede dedicata/ domicilio per pazienti non deambulanti	6 mesi	Indicatori regionali
	Peso corporeo con calcolo BMI, circonferenza vita, PA	I	Ambulatorio MMG	6 mesi	Indicatori regionali
	Stima della frequenza delle riacutizzazioni e della dispnea secondo MRC	MMG I	Ambulatorio MMG	6 mesi	Indicatori regionali
	Valutazione comorbilità e rischio globale, compliance e aderenza alla terapia	MMG	Ambulatorio MMG	6 mesi	Indicatori regionali
	Riabilitazione respiratoria	PN FSK	Ambulatorio MMG/ sede dedicata/ domicilio per pazienti non deambulanti	secondo cicli e follow up programmati	Indicatori regionali

Pazienti con BPCO molto grave (stadio IV)	Valutazione clinica; prescrizioni indagini specifiche ed invio allo specialista laddove ritenuto necessario	MMG	Ambulatorio MMG	3 mesi o più frequente secondo valutazione clinica	Indicatori regionali
	Spirometria, Emogasanalisi, Pulsossimetria	PN	Ambulatorio specialistico	2 mesi e più spesso se necessario	Indicatori regionali
	Valutazione clinico-funzionale globale di base (curva flusso/ volume e spirometria con test di reversibilità, saturazione di O2, walking test, EGA) e DLCO	PN	Ambulatorio specialistico	2 mesi e più spesso se necessario	Indicatori regionali
	Valutazione e ottimizzazione terapia con eventuale prescrizione di OTLT o VMD	PN MMG I	Ambulatorio specialistico	1-2 mesi e più spesso se necessario	Indicatori regionali
	Monitoraggio di OTLT o VMD	PN I	domiciliare	3- 4 settimane	Indicatori regionali
	Stima della frequenza delle riacutizzazioni e della dispnea secondo MRC	MMG I	Ambulatorio MMG	3 mesi	Indicatori regionali
	Vaccinazione anti influenzale	MMG I	Ambulatorio MMG	12 mesi	Indicatori regionali
	Vaccinazione anti pneumococcica	MMG I	Ambulatorio MMG	5 anni	Indicatori regionali
	Riabilitazione respiratoria	PN FSK	Ambulatorio MMG/ sede dedicata/ domicilio per pazienti non deambulanti	secondo cicli e follow up programmati	Indicatori regionali

FASE 5: PAZIENTI NON STABILIZZATI

Per i pazienti non stabilizzati, o in fase molto avanzata di malattia vengono attivate tutte le risorse territoriali di presa in carico a domicilio (ADP, ADI). Sono predisposti inoltre specifici canali di accesso in ospedale per consulenza immediata o programmata.

Procedure	Professioni: ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Indicatori
<p>Identificazione dei pz instabili o a rischio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Significativo incremento della gravità dei sintomi, quale l'improvvisa insorgenza di dispnea a riposo. - Alterazioni neuro-psichiche (sonnolenza, agitazione, perdita di coscienza), Frequenza respiratoria > 35 atti/min., Frequenza cardiaca > 110 battiti/min. - Insorgenza di nuovi segni fisici, quali la cianosi, gli edemi periferici, non suscettibili di trattamento a domicilio. - Importanti patologie associate (polmonite...ecc), non suscettibili di trattamento. - Comparsa o peggioramento di segni di cuore polmonare. <p>Ipossiemia: PaO₂ < 60 con PaCO₂ >45 ,PaO₂ ridotto del 20% rispetto al valore conosciuto, pH <7,35.</p>	MMG	Ambulatorio MMG e Ambulatorio Pneumologo con invio diretto	Al bisogno	Indicatori regionali
Accesso al PS di pz con episodio di IRA	PN			% pazienti presi in carico
Gestione di pz con complicanze croniche in fase evolutiva	PN			% pazienti presi in carico

INDICATORI: SECONDO INDICATORI REGIONALI

Nota: viene identificata dal tavolo di lavoro la necessità dell'acquisizione di almeno uno spirometro per modulo.

Viene altresì identificata la necessità della formulazione della scheda di rilevazione possibilmente univoca a livello regionale.

Legenda:

MMG= Medico di Medicina Generale

I= Infermiere

PN= Pneumologo

FSK= fisioterapista