## OGGETTO

PDTA Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO).

## REVISIONI

| Rev. | Data | Descrizione | Redazione | Approvazione | Emissione |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 01/12/2023 | Aggiornamento indicatori | A. Mastinu<br>*Responsabile SSD Pneumologia redattore* | T. Ferraris<br>*Direttore Sanitario Azienda* | Anna Mesto<br>*Resp. SS Qualità e Gestione del Rischo Clinico* |
| 2 | 31/03/2023 | Revisione | A. Mastinu<br>*Responsabile SSD Pneumologia redattore* | M. Occhi<br>*Direttore Sanitario Azienda* | Anna Mesto<br>*Resp. SS Qualità e Gestione del Rischo Clinico* |
| 1 | 15/02/2018 | Modifiche nei paragrafi "Descrizione delle attività" e "Indicatori" Originale firmato presso SS QARM | Piercarlo Giamesio<br>*Responsabile SSD Pneumologia* | Emma Zelaschi<br>*Direttore Sanitario Azienda* | Anna Mesto<br>*Resp. SS QARM* |
| 0 | 13/12/2017 | Copia firmata in originale custodita presso SS QARM | Piercarlo Giamesio<br>*Responsabile SSD Pneumologia* | Emma Zelaschi<br>*Direttore Sanitario Azienda* | Anna Mesto<br>*Resp. SS QARM* |

Referente qualità nei processi sanitari: P. Ghelardi

Referente / supporto indicatori e reportistica: L. Corsello

Referente UNI EN ISO 9001: D. Meschia

## GRUPPO DI LAVORO

| Componente | Ruolo |
|---|---|
| M. Lepratto | Dirigente Medico SC Direzione Sanitaria di Presidio |
| A. Morra | Dirigente Medico Distretto |
| S. Mariotti | Dirigente Medico SC Medicina |
| T. Bruno | RAOT |
| C. P. Nuti | Medico Medicina Generale |
| P. Mero | Direttore SC Farmacia Territoriale |
| C. Boero | CPSE Poliambilatori Ospedalieri Vallebelbo |
| I. Bevilacqua | Dirigente Medico SC SISP |
| R. Ruta | Medico Medicina Generale |
| P. Sandrone | Responsabile SSD SERD |
| R. Liberalato | Psicologa SSD SERD |
| S. Giunipero | Coordinatore SSD SERD |
| M. Aluffi | Educatrice SSD SERD |
| B. Gasparin | IFEC |
| S. Mosca | Specializzando in Igiene |
| A. Tagliabue | Coordinatore Pneumologia |

**INDICE**

1 OBIETTIVO....2
2 GENERALITÀ....2
2.1 Logiche e analisi del contesto....2
2.2 Ambito di applicazione....5
2.3 Abbreviazioni e terminologia....5
3 PROCESSO....5
3.1 Attività del processo e responsabilità....5
3.2 Indicatori di misurazione....14
4 RIFERIMENTI....14
4.1 Processi collegati....14
4.2 Riferimenti bibliografici / normativi....14
5 ALLEGATI....14

# 1 OBIETTIVO

Definire il processo diagnostico e terapeutico della malattia, identificare gli attori responsabili e i rispettivi ruoli all'interno del PSDTA, definire gli indicatori per il monitoraggio dell'applicazione del percorso e sviluppare le azioni di valutazione e di miglioramento dei processi.

# 2 GENERALITÀ

## 2.1 Logiche e analisi del contesto

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una malattia polmonare cronica comune, prevenibile e curabile che colpisce uomini e donne in tutto il mondo, caratterizzata da alterazione delle piccole vie aeree dei polmoni che determinano una limitazione di carattere ostruttivo del flusso aereo.

Essa è al momento la terza causa di morte nel mondo, avendo causato 3,23 milioni di morti nel 2019 (*fig 1*).

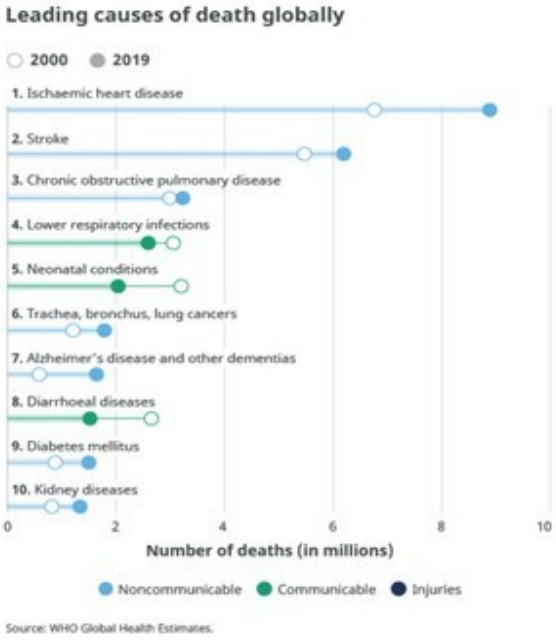



*Fig. 1*

La Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases (GARD) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la BPCO come una "malattia prevenibile e curabile", su cui è possibile intervenire per rallentarne l'evoluzione.

Numerose evidenze hanno sottolineato come la BPCO sia ampiamente sottostimata e sotto-diagnosticata.

- La BPCO riconosce le proprie cause nell'esposizione a lungo termine a gas e particelle nocivi combinati con fattori individuali, inclusi eventi che influenzano la crescita polmonare durante l'infanzia e la genetica.
- L'esposizione ambientale al fumo di tabacco, all'inquinamento dell'aria, alle polveri professionali, ai fumi e ai prodotti chimici costituiscono importanti fattori di rischio per la BPCO.
- Globalmente, si prevede che il costo della BPCO aumenti nei prossimi decenni a causa della continua esposizione ai fattori di rischio e per l'invecchiamento della popolazione.

Nel nostro paese sono 3,5 milioni i soggetti affetti da BPCO. Secondo i dati ISTAT, infatti, in Italia la BPCO colpisce il 5,6% degli adulti (circa 3,5 milioni di persone) ed è responsabile del 55% dei decessi per malattie respiratorie. Tuttavia, la prevalenza della malattia è verosimilmente più elevata perché la BPCO viene spesso diagnosticata nelle fasi avanzate, spesso in occasione del ricovero ospedaliero per riacutizzazione, mentre le forme iniziali e lievi non vengono diagnosticate. Tale patologia interessa prevalentemente il sesso maschile, tuttavia, negli ultimi anni, ne è sempre più colpita la popolazione femminile. Questi dati proiettati sulla popolazione dell'Asl AT determinano una stima di circa 11.500 casi. Solo l'1,8 % della popolazione è trattata con farmaci (a conferma della sottostima del fenomeno); dati confermati dalla sorveglianza PASSI 2016-2019.

Essenziale per attuare una buona gestione è il ruolo del MMG e l'integrazione tra le varie figure professionali specialistiche coinvolte. L'obiettivo è quello d'intercettare le persone a rischio di BPCO, procedere ad una diagnosi più precoce possibile avviando il Paziente ad un corretto trattamento delle fasi stabili e soprattutto delle riacutizzazioni con lo scopo di rallentare la progressione della patologia, ridurre le ospedalizzazioni e quindi migliorare la qualità di vita dei Pazienti limitando i costi, legati in particolare al trattamento delle complicanze nelle fasi avanzate e ai ricoveri ospedalieri.

### 2.1.1 Fumo di sigaretta e BPCO

Il consumo di prodotti del tabacco (da fumo e non da fumo) è la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile in Italia.

Il fumo di tabacco è una causa nota o probabile di almeno 27 malattie, tra cui figurano, oltre alla BPCO, il tumore del polmone e altre forme neoplastiche, le cardiopatie e le vasculopatie. In Italia si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco oltre 93.000 morti.

Il fumo di sigaretta è una delle cause principali di BPCO: si stima che il 15-50% dei fumatori sviluppi questa patologia nel corso della vita. Altri fattori quali l'inquinamento atmosferico, prevalentemente nelle aree urbane e l'esposizione lavorativa a polveri e gas possono avere un ruolo rilevante nello sviluppo della patologia.

**L'abitudine al fumo della popolazione residente in ASL AT**

I dati della sorveglianza PASSI 2016-2019 evidenziano che la prevalenza dei fumatori * tra 18 e 69 anni residenti in ASL AT è del 23%. (25% in Piemonte). Il numero atteso di fumatori nell'ASL AT è pari a 46.000. * Persona che ha fumato 100 o più sigarette nella sua vita e che fuma tuttora (o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi).

L'abitudine al fumo è più diffusa:

- negli uomini rispetto alle donne (27% vs. 19%, differenza statisticamente significativa); nella popolazione straniera (35% vs. 21% differenza statisticamente significativa);
- nella fascia di età 35-49 anni (27% vs. 18% nei 18-24 enni, 22% nei 25-34 enni, 21% 50-69 enni);
- nelle persone che riferiscono molte difficoltà economiche (30%) rispetto a chi ne riferisce qualcuna (26%) o nessuna (19%).

Il numero di sigarette medio di sigarette giornaliere fumate è pari a 13 (vs. 12 dato regionale). Oltre 1 fumatore su 4 (28%) consuma più di un pacchetto di sigarette al giorno (forte fumatore).

Poco più di un fumatore su 3 (36%) ha tentato di smettere. Tra coloro che hanno tentato di smettere, solo il 16% è riuscito a farlo e di questi, la maggior parte lo ha fatto senza alcun ausilio (81%) o utilizzando la sigaretta elettronica (12%).

I dati della sorveglianza evidenziano che solo il 37% degli operatori sanitari chiede ai propri pazienti se è fumatore (44% a livello regionale). Tra coloro che fumano, solo il 43% ha dichiarato che un sanitario ha posto loro questa domanda.

Tra i fumatori, il 58% ha dichiarato di aver ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere (53% a livello regionale): il 23% lo ha ricevuto per motivi di salute, il 13% a scopo preventivo e il 22% per entrambi i motivi.

Gli interventi mirati alla cessazione del fumo sono le strategie con la maggiore possibilità di influenzare la storia naturale della BPCO, considerando che la quota di pazienti con BPCO attribuibile al fumo di sigaretta oscilla tra il 70-80% a seconda degli studi.

GARD raccomanda di perseguire i seguenti obiettivi:

- controllo del fumo di sigaretta e degli altri – anche se meno rilevanti – fattori di rischio;
- educazione sanitaria, attraverso interventi di prevenzione primaria, rivolti alla popolazione generale;
- diagnosi precoce mediante strumenti semplici ed economici;
- formazione professionale del Personale sanitario per favorire l'individuazione dei fattori di rischio (prevenzione primaria), per permettere una diagnosi precoce (anche mediante l'individuazione
- delle persone a rischio di sviluppare la condizione patologica) e per definire una terapia ottimale e sostenibile.

### 2.1.2 Gestione dei soggetti a rischio per sospetto diagnostico

Destinatari: Pazienti con sintomi e storia di esposizione a fumo di sigaretta/polveri/gas o malattie fumo correlate.

Al MMG competono:

- la ricerca attiva di nuovi casi "case finding" attraverso la somministrazione del questionario (**Ida 955 MD** Questionario Case Finding) agli assistiti:
  - fumatori o ex-fumatori di età > 40 anni;
  - sintomatici;
- la prescrizione di spirometria ai Pazienti :
  - di 40 anni o più, fumatori o ex-fumatori, che abbiano risposto affermativamente anche a una sola delle domande del questionario;
  - con rischio assoluto >20% (carte del rischio ISS).

In caso di diagnosi di BPCO: vedere percorso prevenzione terziaria.

Se la spirometria esclude la BPCO: promozione cessazione tabagismo (**Ida 1057 AL** Percorso prevenzione primaria) e spirometria ogni 2 anni.

### 2.2 Ambito di applicazione

2.2.1 Destinatari

Tutti i Pazienti a rischio di BPCO.

2.2.2 Responsabili dell'applicazione

Il Personale Sanitario ASLAT ciascuno per propria competenza.

### 2.3 Abbreviazioni e terminologia

- **BPCO** - Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva.
- **IfeC** - Infermiere di Famiglia e di Comunità.
- **GARD** - Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases.
- **FEV1Cosmed5.**
- **FEV1** - Volume Espiratorio Forzato nel primo secondo.
- **FVC** - Capacità Vitale Forzata.
- **Passi** - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia.
- **AFT** - Aggregazioni Funzionali Territoriali.
- **UCCP** - Unità Complesse di Cure Primarie.
- **DLCO** - Diffusione Alveolo Capillare.
- **GOLD** - Global initiative for the diagnosis, management and prevention of Chronic Obstructive Lung Disease.
- **COT** - Centrale Operativa Territoriale.
- **CPAP** - Continuous Positive Airway Pressure.
- **ADL** - Activities of Daily Lyving.
- **IADL** - Instrumental Activities Daily Living.
- **CTT** - Centro Trattamento Tabagismo.

## 3 PROCESSO

### 3.1 Attività del processo e responsabilità

3.1.1 Diagnosi BPCO

Le principali linee guida internazionali e nazionali (GOLD update 2021, NICE update 2022, la gestione clinica integrata della BPCO 2014) sono concordi nel raccomandare che la diagnosi di BPCO venga presa in considerazione in presenza di **sintomi respiratori e/o storia di esposizione a fattori di rischio** (in particolare l'abitudine al fumo) e **confermata dall'esecuzione di una spirometria** che dimostri l'esistenza di un'ostruzione bronchiale persistente.

La spirometria dovrebbe essere eseguita in assenza di terapia inalatoria e dopo la somministrazione per via inalatoria di una dose adeguata di un broncodilatatore a breve durata d'azione al fine di annullare la presenza di una ostruzione bronchiale reversibile riducendo di conseguenza la variabilità fra diverse determinazioni.

Secondo le raccomandazioni delle linee guida citate: - i sintomi caratteristici sono rappresentati da dispnea cronica ed evolutiva eventualmente associata a tosse ed espettorazione, caratterizzate anche da una possibile variabilità nel corso delle 24 ore; - la diagnosi deve essere confermata dalla spirometria, in particolare il rapporto FEV1/FVC deve essere minore di 0,70 (70%). La conferma mediante spirometria della presenza di una bronco-ostruzione permanente è un presupposto irrinunciabile per una scelta terapeutica

appropriata; - nell'ambito di una diagnosi di BPCO, in base al valore di FEV1, vengono individuati, per convenzione, 4 livelli di gravità dell'ostruzione (v. 3.1.2 Valutazione delle alterazioni spirometriche).

I percorsi del Paziente affetto da BPCO sottolineano la **necessità dell'esecuzione della spirometria per una corretta diagnosi, stadiazione e monitoraggio.**

Riassuntivamente:

- per le nuove diagnosi, una spirometria semplice (indagine di 1° livello) dovrebbe essere eseguita in presenza di un sospetto diagnostico e comunque dopo la risoluzione di una eventuale fase acuta quando il quadro clinico si è stabilizzato. L'esecuzione di una spirometria durante la fase acuta non consente di definire in modo corretto il reale livello di gravità dell'ostruzione. Il Medico di Medicina Generale che prende in carico il Paziente deve valutarlo con una spirometria semplice, eseguita nel setting della Medicina Generale, oppure, quando non disponibile, inviarlo dallo Specialista operante presso strutture identificate dalle Regioni. Attualmente sono in corso progetti sperimentali ed interventi formativi finalizzati all'esecuzione delle spirometrie da parte del Medico di Medicina Generale; l'attivazione delle forme aggregative organizzate (AFT/UCCP) potrà rappresentare l'occasione della implementazione ordinaria di questa attività in alcuni setting selezionati. I soggetti da sottoporre ad indagine sono quelli a rischio (fumatori o con esposizione ambientale) e che presentino dei sintomi suggestivi della patologia (tosse, secrezioni bronchiali, dispnea). Dopo la valutazione della spirometria semplice, integrata dai dati clinici, il medico (MMG o Specialista) avrà gli elementi sufficienti per indirizzare il trattamento secondo le raccomandazioni di seguito riportate. Nel caso la spirometria semplice indirizzi verso un quadro ostruttivo grave o molto grave (FEV1 < 50%; - Pazienti in trattamento con una associazione LABA/LAMA o LABA/ICS e che, a prescindere dal valore di FEV1, presentano una mancata/insufficiente risposta clinica alla terapia in termini di frequenti riacutizzazioni e/o persistenza della dispnea. Per entrambi gli scenari clinici, entro 12 mesi dalla pubblicazione della nota AIFA è opportuno inviare il paziente dallo Specialista per eseguire indagini di 2° livello, come previsto dai LEA.
- per i Pazienti già in trattamento eseguire una spirometria semplice **entro 1 anno** dalla pubblicazione della nota, se non già effettuata nei precedenti 12 mesi; se la spirometria è già stata eseguita, il valore FEV1 è da considerare valido per gli eventuali utilizzi prescrittivi. si raccomanda che la spirometria venga **ripetuta mediamente ogni 2 anni**, salvo esigenze cliniche particolari.

In presenza dei seguenti scenari clinici: - riscontro un FEV1 < 50%; - Pazienti in trattamento con una associazione LABA/LAMA o LABA/ICS e che, a prescindere dal valore di FEV1, presentano una mancata/insufficiente risposta clinica alla terapia in termini di frequenti riacutizzazioni e/o persistenza della dispnea. Per entrambi gli scenari clinici, entro 12 mesi dalla pubblicazione della nota AIFA è opportuno inviare il Paziente dallo Specialista per eseguire indagini di 2° livello, come previsto dai LEA.

Il ruolo dei MMG e del Personale infermieristico territoriale è essenziale nell'individuare le persone a rischio attraverso l'utilizzo di appositi questionari.

Successivamente la raccolta dei dati anamnestici unitamente ai dati obiettivi consentono di porre il sospetto di BPCO la cui diagnosi, tuttavia, necessita di una valutazione funzionale tramite spirometria (eventualmente effettuata nello stesso ambulatorio). Come fin qui precisato la Nota 99 prevede che la diagnosi di BPCO debba essere confermata dall'esame spirometrico. Alcune condizioni cliniche particolari quali pneumotorace o recenti interventi chirurgici addominali, toracici, oculari, possono rappresentare delle controindicazioni all'esecuzione dell'esame spirometrico; tali controindicazioni non sono assolute, ma relative e/o temporanee, e pertanto nella maggioranza dei casi compatibili con la tempistica prevista dalla nota per eseguire la spirometria. In altri casi (ad es. deterioramento cognitivo o gravi disabilità) le condizioni del paziente potrebbero non consentire in modo permanente l'esecuzione dell'esame spirometrico; in molti casi, tali condizioni rendono impossibili anche le manovre associate alla somministrazione per via inalatoria della terapia. In tali circostanze, i pazienti non in grado di effettuare correttamente la terapia inalatoria, qualora se ne ravvisi la necessità, potrebbero essere sottoposti ad una valutazione clinica e strumentale da parte di specialisti operanti presso strutture di secondo livello al fine di individuare una eventuale terapia alternativa.

É implicito che la spirometria deve rispettare criteri di correttezza nell'esecuzione e nell'interpretazione.

L'espirazione forzata deve iniziare senza esitazioni e deve essere molto rapida ("esplosiva") con il picco di flusso di forma appuntita e non arrotondata; tale punto deve essere il più possibile vicino all'asse delle ordinate; l'espirazione deve essere protratta per almeno 6 secondi (ove possibile) come indicato nelle linee guida ATS ERS del 2005.

### 3.1.2 Valutazione delle alterazioni spirometriche

Classificazione della gravità della limitazione del flusso aereo nella BPCO (dopo broncodilatazione).

| **Nei pazienti con FEV / CVF < 0.70** | | |
|---|---|---|
| **GOLD 1** | Lieve | $FEV_1$ >= 80% del prodotto |
| **GOLD 2** | Moderato | 50% <= $FEV_1$ <80% del prodotto |
| **GOLD 3** | Grave | 30% <= $FEV_1$ <50% del prodotto |
| **GOLD 4** | Molto Grave | $FEV_1$ >= 30% del prodotto |

Come indicato nella tabella la diagnosi e la classificazione della ostruzione bronchiale nella BPCO deve essere posta sulla base dei valori spirometrici rilevati dopo broncodilatazione (solitamente dopo 20 min' dalla inalazione di 400 mcg di salbutamolo).

A seguito di diagnosi, lo Specialista Pneumologo rilascia l'Esenzione Ticket 057- ICD-9 n°491.2.

Alla spirometria diagnostica, che può essere effettuata anche dal Medico di Medicina Generale opportunamente attrezzato e formato, potranno eventualmente seguire altri esami ritenuti necessari quali spirometria globale, misurazione dei volumi, DLCO, Rx torace, EGA, saturimetria notturna, Test del cammino, TC Torace, ECG, Ecocardiografia, ecc.

Le possibilità per il Paziente saranno di:

- effettuare la spirometria presso poliambulatorio o case della comunità in telerefertazione;
- effettuare la spirometria dal Medico Pneumologo, con impegnativa del MMG;
- effettuare la spirometria assieme alla visita pneumologica, con impegnativa del MMG;
- effettuare la spirometria dal MMG, addestrato e formato all'esecuzione di tale esame.

Necessario identificare i MMG particolarmente interessati all'esecuzione della spirometria semplice, con validazione di un percorso formativo e certificazione dello stesso, affinché essi possano certificare le spirometrie effettuate come affidabili e riproducibili.

### 3.1.3 NOTA AIFA 9

Dal 1° settembre 2021 è variata la normativa in materia di prescrivibilità dei seguenti farmaci per i pazienti affetti da BPCO (v. 2.3 Diagnosi di BPCO).

**Farmaci inclusi nella Nota 99**

Farmaci senza obbligo di prescrizione specialistica:

- LABA - beta2 -agonista a lunga durata d'azione - formoterolo - indacaterolo - olodaterolo - salmeterolo
- LAMA - anticolinergico a lunga durata d'azione - aclidinio - glicopirronio - tiotropio - umeclidinio
- LABA + ICS (steroide inalatorio) - formoterolo/beclometasone - formoterolo/budesonide - salmeterolo/fluticasone propionato - vilanterolo/fluticasone furoato

- LABA + LAMA - indacaterolo/glicopirronio - vilanterolo/umeclidinio - olodaterolo/tiotropio - formoterolo/aclidinio – formoterolo/glicopirronio.

**Farmaci con obbligo di prescrizione specialistica:**
LAMA + LABA + ICS (unico erogatore)

- Beclometasone dipropionato/ formoterolo fumarato diidrato/ glicopirronio bromuro;
- Fluticasone furoato/ umeclidinio bromuro/ vilanterolo trifenatato;
- Budesonide/glicopirronio bromuro/ formoterolo fumarato diidrato.

Il Medico che effettua la diagnosi di BPCO valuta la stadiazione di gravità della malattia secondo quanto previsto dalle Linee Guida GOLD (presenza di sintomi e/o eventuali riacutizzazioni con o senza ricovero ospedaliero) e prescrive la terapia ritenuta più appropriata per il paziente in esame. È d'obbligo il ricorso allo Specialista per la prescrizione delle associazioni precostituite contenenti tre farmaci.

**Valutazione della dispnea**

| **Per favore barrare la casella che Vi riguarda (una sola casella) (Gradi 0-4)** | | |
|---|---|---|
| **mMRC Grado 0.** | Ho dispnea solo per sforzi intensi. | ☐ |
| **mMRC Grado 1.** | Mi manca il fiato se cammino veloce (o corsa) in piano o in lieve salita. | ☐ |
| **mMRC Grado 2.** | Su percorsi piani cammino più lentamente dei coetanei, oppure ho necessità di fermarmi per respirare quando cammino a passo normale. | ☐ |
| **mMRC Grado 3.** | Ho necessità di fermarmi per respirare dopo aver camminato in piano per circa 100 metri o per pochi minuti. | ☐ |
| **mMRC Grado 4.** | Mi manca il fiato a riposo per uscire di casa o per vestirmi/spogliarmi. | ☐ |
| *Fletcher CM. BMJ 1960; 2: 1662. | | |

**Valutazione dei sintomi**

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

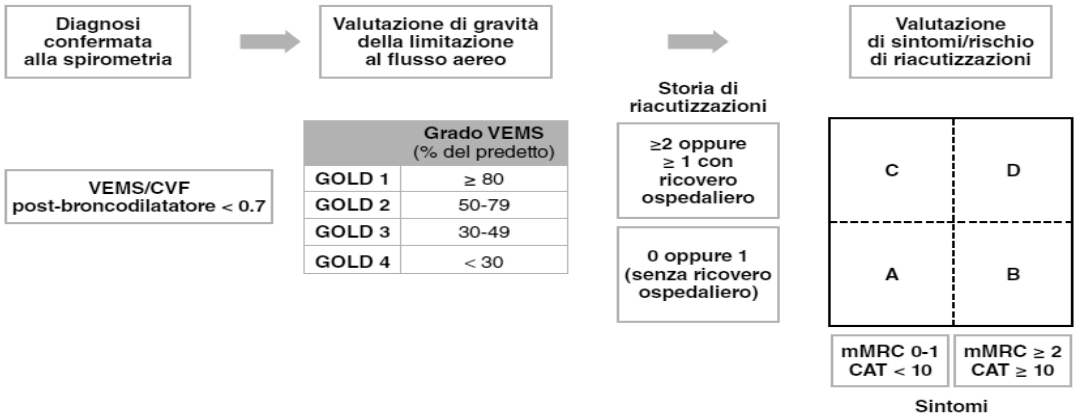
| **Esempio:** | Sono molto contento | 0 X 2 3 4 5 | Sono molto triste | PUNTEGGIO |
|---|---|---|---|---|
| | Non ho mai tosse | 0 1 2 3 4 5 | Tossisco sempre | |
| | Il mio petto è completamente libero da catarro (muco) | 0 1 2 3 4 5 | Il mio petto è tutto pieno di catarro (muco) | |
| | Non avverto alcuna sensazione di costrizione al petto | 0 1 2 3 4 5 | Avverto una forte sensazione di costrizione al petto | |
| | Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale non avverto mancanza di fiato | 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 alcuna energia | |

PUNTEGGIO TOTALE

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

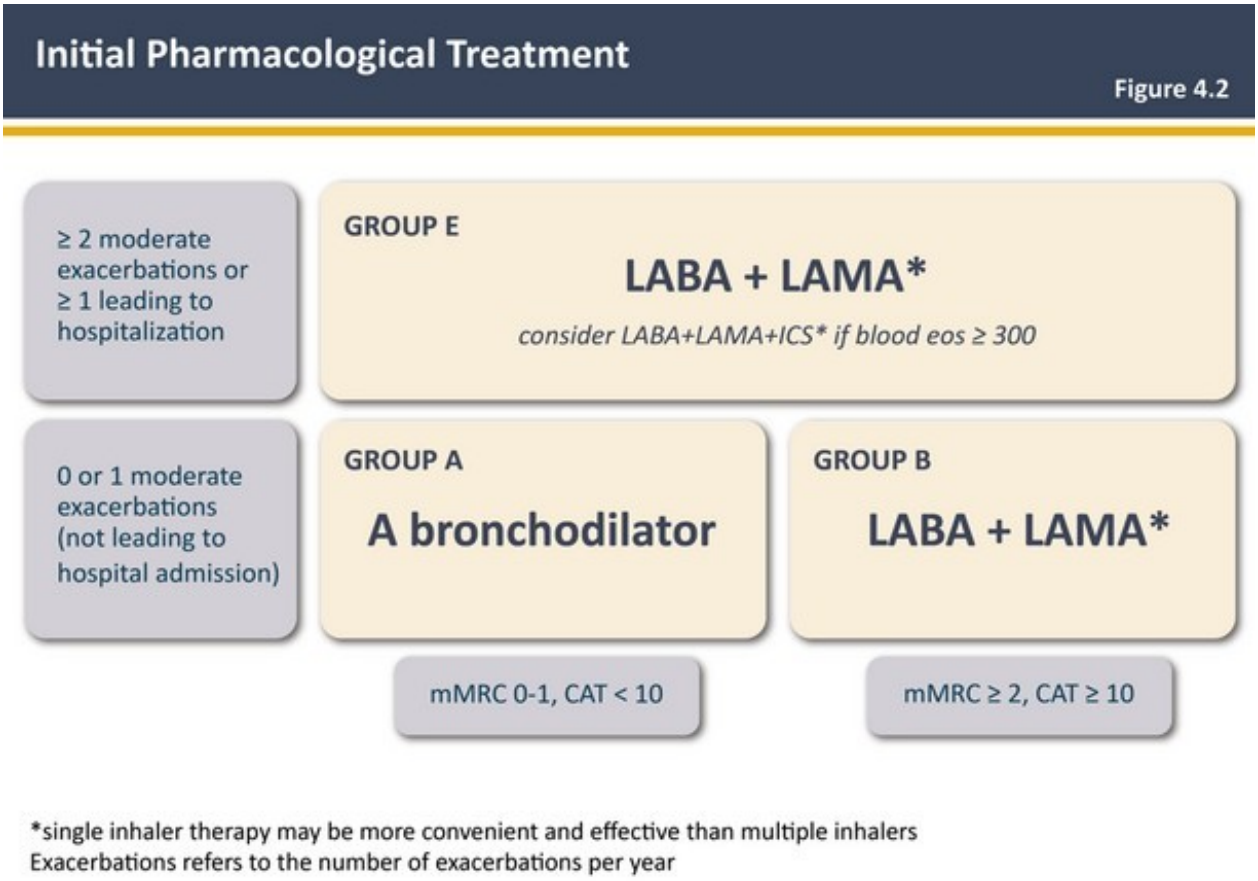
**Valutazione combinata secondo il sistema ABCD**

Fino al 2022 la suddivisione GOLD dei pazienti secondo la gravità dei sintomi e dell'ostruzione prevedeva 4 gruppi:




Tuttavia l'aggiornamento GOLD 2023, modificando l'assetto precedente, accomuna i pazienti dei gruppi C e D in un unico gruppo E ai fini della terapia broncodilatativa.

**Indicazioni terapeutiche secondo il grado GOLD**



**Come proseguire il trattamento**

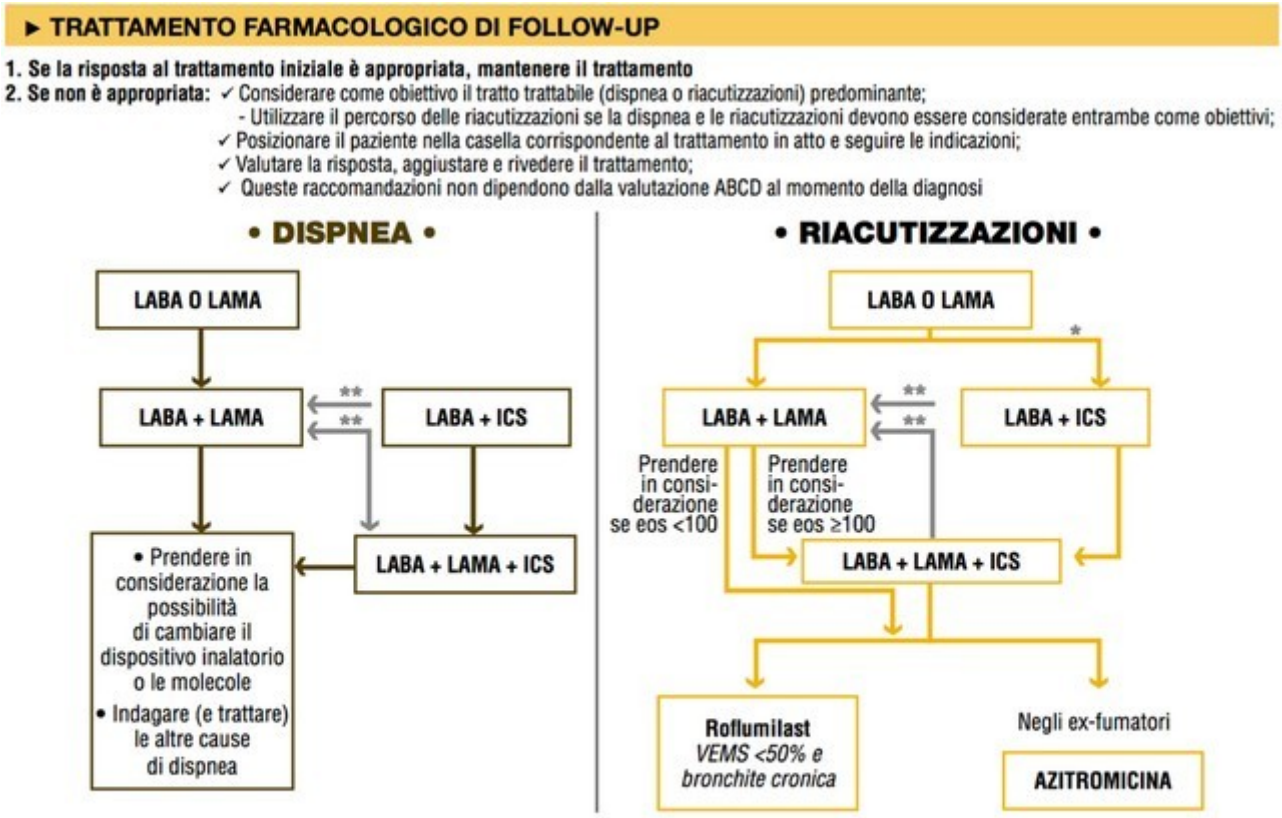



**FIGURA 4.3**

**La riacutizzazione**

- Una riacutizzazione di BPCO è definita come un peggioramento acuto dei sintomi respiratori, che richiede una terapia aggiuntiva.
- Le riacutizzazioni di BPCO possono essere scatenate da vari fattori. I più comuni sono le infezioni delle vie respiratorie.
- Lo scopo del trattamento delle riacutizzazioni di BPCO è minimizzare l'impatto negativo delle riacutizzazioni in corso e prevenire eventi successivi.

**Indicatori di gravità della riacutizzazione**

- Sintomi severi, come il peggioramento acuto della dispnea a riposo, elevata frequenza respiratoria, alterazioni dello stato mentale, insufficienza respiratoria in particolare se refrattaria alla ossigenoterapia a bassi flussi e associata a ipercapnia con acidosi respiratoria;
- comparsa di segni fisici di nuovo riscontro (cianosi, edema periferico);
- assenza di risposta al trattamento medico iniziale;
- presenza di comorbidità severe (polmonite, insufficienza cardiaca, aritmie di nuova insorgenza, diabete, insufficienza renale o epatica);
- l'assenza di care giver deve essere considerata come fattore rilevante nella gestione delle riacutizzazioni.

3.1.4 Ossigenoterapia

L'ossigenoterapia a lungo termine è indicata nei pazienti stabili che hanno:

- PaO2 55 mmHg o SpO2 ≤88%, con o senza ipercapnia confermata due volte in tre settimane oppure
- PaO2 fra 55 mmHg e 60 mmHg se vi è evidenza di ipertensione polmonare, o edema periferico che suggerisce insufficienza cardiaca congestizia o policitemia (ematocrito> 55%).

Dopo la prima prescrizione di ossigeno è necessario rivalutare il Paziente a 30-90 giorni per confermare l'indicazione a proseguire l'ossigenoterapia e verificarne la sua efficacia.

3.1.5 Presa in carico dell'IFeC

L'IFeC di riferimento, in base al territorio di appartenenza del Paziente con BPCO lo prende in carico secondo le modalità seguenti:

- effettua incontri con le persone per migliorare l'aderenza alle terapie ed alle indicazioni igienico-sanitarie atte a mantenere un adeguato stile di vita;
- formula, promuove e attua programmi di educazione terapeutica in collaborazione con tutti i professionisti della salute per migliorare la consapevolezza del Paziente sulla malattia: la sua severità e le sue conseguenze al fine di valorizzarne il ruolo decisionale, l'autocura e l'empowerment;
- sviluppa un percorso di counseling infermieristico presso le Unità Territoriali di riferimento;
- monitora, verifica e valuta i risultati con l'analisi dei dati di attività ottenuti.

Attraverso programmi educativi realizzati in collaborazione con il Servizio di Prevenzione, l'IFeC propone incontri programmati di prevenzione primaria dedicati alla popolazione.

La presa in carico può avvenire:

- dopo un ricovero tramite segnalazione alla COT;
- dopo visita specialistica tramite segnalazione alla COT;
- da parte del MMG tramite segnalazione alla COT;
- a seguito di stratificazione in collaborazione con MMG.

**Modalità operative della presa in carico IFeC**

Una volta individuate, con la collaborazione del MMG e stratificate le persone con BPCO, l'IFeC organizza e pianifica le visite conoscitive tramite contatto telefonico per appuntamento presso l'ambulatorio della cronicità per i Pazienti autonomi o parzialmente autonomi oppure a domicilio per quelli non trasportabili.

Il primo colloquio infermieristico, della durata di circa 45 minuti, prevede le seguenti attività:

- raccolta del consenso informato del Paziente all'arruolamento nella presa in carico;
- raccolta dati anagrafici e socio-demografici (titolo di studio, attività lavorativa, convivenza);
- approfondimento anamnestico (dati delle ultime visite specialistiche effettuate per rilievo comorbidità presenti , visite pneumologiche, esito spirometrie effettuate, RX torace, EGA);
- rilevazione peso, altezza, circonferenza vita, saturazione O2, frequenza cardiaca, quando ritenuto necessario in soggetti a rischio controllo Pressione Arteriosa;
- rilievo dell'effettuazione di vaccinazione raccomandate per il paziente con BPCO;
- rilievo di eventuali fattori di rischio quali: ipercolesterolemia, abitudine al fumo, somministrazione del Test di Fagerstrom, ridotta attività fisica, abitudini alimentari errate;
- rilievo dei possibili fattori favorenti il benessere: disponibilità alla collaborazione, attività fisica costante, no fumo o cessazione, attenzione al peso e all'alimentazione, controllo adeguato della pressione arteriosa, ridotta o nulla assunzione di alcolici;
- rilievo della terapia farmacologica eventualmente assunta;

- rilievo di eventuale ossigenoterapia;
- rilievo di eventuale utilizzo di CPAP;
- compilazione scale ADL e IADL;
- contatto per ulteriori incontri di gruppo per counseling e/ o incontro individuale anche mediante dispositivi per comunicazione da remoto.

I dati vengono raccolti mediante la scheda di presa in carico.

Fin dalla prima visita, l'Infermiere di famiglia progetta l'avvio di attività di counseling individuale e di gruppo, volte a migliorare l'aderenza dell'assistito al percorso terapeutico assistenziale e a diffondere iniziative di promozione della salute che dovranno proseguire durante tutto il percorso della presa in carico.

Nello specifico, dopo il primo colloquio individuale, se l'IFeC ritiene sia stato efficace, si ipotizzano le seguenti attività:

- un counseling di gruppo di approfondimento, in collaborazione con i MMG per dare ulteriore rinforzo rispetto a suggerimenti o consigli utili ad adottare uno stile di vita sano e quanto più possibile in benessere (alimentazione corretta, attività fisica adeguata e costante, socializzazione e condivisione);
- un secondo incontro di gruppo in collaborazione con un MMG e un fisioterapista per fornire indicazioni e consigli ai pazienti per affrontare al meglio la vita quotidiana e sottolineare l'importanza di mantenersi attivi per evitare un progressivo indebolimento che con il tempo rischierebbe di limitarli anche nei più piccoli sforzi quotidiani.

  *Ipotesi di argomenti da trattare:*
  - il ricondizionamento allo sforzo fisico con la presentazione di semplici esercizi che possono essere praticati quotidianamente;
  - l'utilizzo di tecniche per la disostruzione bronchiale, quando necessario, per la presenza di catarro e tosse importanti. Possono essere mostrati semplici esercizi;
  - la consegna di un opuscolo informativo oppure visione di breve filmato con tutte le informazioni utili.

- un terzo incontro dedicato ai soggetti fumatori, per dare l'opportunità di incontrare un medico e un infermiere per fornire indicazioni rispetto ai centri di trattamento tabagismo dell'ASL AT e alle attività specifiche svolte in tali sedi.

Gli incontri di gruppo vengono pianificati per raccogliere circa 7-10 persone alla volta, in modo da non disperdere l'attenzione. L'ipotesi di progetto è raccogliere 7 o 10 prime visite infermieristiche e procedere con il percorso di counseling con i due incontri (il terzo è specifico per i fumatori) a distanza di 15 gg uno dall'altro, in modo da creare cicli di accoglienza con i colloqui infermieristici individuali e a seguire, cicli di counseling con gli incontri di gruppo.

Al termine dei cicli "colloquio e counselling" l'IFeC manterrà i contatti con i pazienti mediante follow up telefonico mensile e visita infermieristica ogni sei mesi ( in caso, per es. di utilizzo di un nuovo device, per rinforzo terapeutico ecc…).

Organizzerà un nuovo colloquio- contatto con MMG o prenotazione di visita specialistica, eventualmente su agende dedicate, in caso di necessità da parte del Paziente.

### 3.1.6 Percorso di prevenzione terziaria e riabilitazione

**Promozione del percorso di cessazione del tabagismo**

Prescrizione di intervento per la cessazione del tabagismo da parte dello Specialista pneumologo su referto della visita ambulatoriale, al pari della prescrizione della terapia farmacologica della BPCO.

IFeC o CTT SSD Pneumologia reclutano i Pazienti, somministrano test di Fagerström, effettuano intervento con minimal advice, e, se necessario, li inviano per supporto psicologico (terapie cognitivo-comportamentale) al personale SerD.

Quando necessaria prescrizione del farmaco, essa viene effettuata da Pneumologo.

**Promozione di stili di vita per il contrasto di sedentarietà, sovrappeso e isolamento sociale**

**IFeC** durante il primo colloquio infermieristico con il Paziente affetto da BPCO:

- rileva la presenza di sedentarietà o inattività. L'OMS considera sedentario ogni comportamento caratterizzato da un dispendio energetico ≤ 1,5 equivalenti metabolici (Metabolic Equivalent of Task, MET), come lo stare seduto, disteso o supino.
- Raccomanda di interrompere spesso, almeno ogni 30 minuti, i periodi trascorsi in posizione seduta o reclinata con pause anche brevi (2-3 minuti) di attività (pause attive).
- Incoraggia la pratica quotidiana di attività fisica, invitandolo a cogliere ogni occasione per svolgere esercizi di lieve intensità (ad esempio camminare lentamente, alzarsi spesso dalla sedia e camminare in casa, fare le scale).
- Consegna i materiali informativi forniti da S.S. Promozione della salute e screening con le informazioni relative alle iniziative di promozione dell'attività fisica attive sul territorio ASL AT
- (Gruppi di cammino e programmi di Esercizio Fisico Strutturato).

L'articolazione delle iniziative e le modalità di iscrizione saranno rese disponibili agli ambulatori ospedalieri e territoriali e ai MMG per l'invio dei pazienti.

**Promozione delle vaccinazioni raccomandate**

**Specialista pneumologo** inserisce la raccomandazione ad effettuare le vaccinazioni consigliate per il paziente con BPCO sulla lettera di dimissione/referto visita.

**IFeC** durante il primo colloquio infermieristico:

- verifica lo stato vaccinale per Pneumococco, Herpes-zoster, influenza stagionale, con invio al MMG dei candidati alle relative vaccinazioni, lo stato vaccinale per Covid 19 con invio, se condiviso dagli interessati, al centro vaccinale Covid territoriale di quanti necessitino di second booster;
- verifica l'eventuale suscettibilità a morbillo, parotite rosolia e varicella e propone l'invio all'Ambulatorio vaccinazioni adulti S.C. SISP dei soggetti ancora suscettibili ad una di queste malattie.

**MMG** propone ed effettua la vaccinazione per:

- **Pneumococco:** con la seguente schedula: una dose di PCV13, seguita dopo almeno 6 mesi da una dose di PSV23.
- **Herpes-zoster:** utilizzo del vaccino ricombinante; ciclo composto da 2 dosi da somministrare a distanza di 2 mesi l'una dall'altra. I vaccini per pneumococco e herpes zoster sono co-somministrabili nella stessa seduta, preferibilmente durante il periodo primaverile/estivo per evitare la sovrapposizione con il periodo dell'antinfluenzale.
- **Antinfluenzale** al Paziente e ai conviventi/caregiver.

**Ambulatorio vaccinazioni adulti S.C. SISP** effettua le vaccinazioni MPRV ai Pazienti ancora suscettibili.

### 3.2 Indicatori di misurazione

| Criterio | Indicatore | Resp. | Tipo | Frequenza | Standard | Fonte |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Presa in carico del paziente | N° Pazienti presi in carico dall'IFEC / Pazienti segnalati dalla COT all'IFEC | COT | % | Annuale | 90 % | |

## 4 RIFERIMENTI

### 4.1 Processi collegati

- Idp 317 PSDTA Tabagismo.

### 4.2 Riferimenti bibliografici / normativi


- UNI EN ISO 9001: 2015 – Gestione dei Sistemi Qualità, requisiti.
- Idp / 5 – Informazioni documentate.
- Linee guida ATS ERS del 2005.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2017.
- Nota AIFA 99.
- Il ruolo del medico di medicina generale nella prevenzione delle patologie fumo correlate". Luciani
- V. Tabaccologia 1 / 2009 Atti Convegno – Benevento.
- Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Guida breve per la realizzazione degli interventi. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Ministero della Salute Istituto Superiore di Sanità. Aggiornamento 2008. www.iss.it/ofad
- La continuità assistenziale: Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO). A cura di Ministero della Salute - GARD Italia, 2013 https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?
- lingua=italiano&id=1893.
- Rapporto 2020 sulla prevenzione e controllo del tabagismo - dati 2019. A cura di Ministero della Salute Anno 2020" https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2916_allegato.pdf
- La gestione clinica integrata della BPCO. A cura di AIMAR, AIPO, SIMeR e SIMG- 2013.
- Progetto "Medici di Medicina Generale e disassuefazione dal Fumo": finalità, metodi, risultati e prospettive di un intervento su vasta scala. Perozziello FE, Sghedoni D, Gini P, Comelli S, Donzelli A,
- Lacaita G, Verga M, Centanni S. Tqabaccologia 2016, 2: 25-34.
- Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO). A cura di Rete clinico - assistenziale Pneumologica. Regione Piemonte. Rev. 2 25/10/2021.


## 5 ALLEGATI

| Codice | Tipo | Titolo |
|---|---|---|
| Ida 955 | MD modello | Questionario per il Case Finding |
| Ida 949 | MD modello | Accordo assistenziale |
| Ida 1006 | FC flowchart | Percorso BPCO presa in carico inferimeristica |
| Ida 1057 | AL allegato | Percorso di prevenzione primaria |
| Ida 1058 | MD modello | Dimissioni ambulatorio BPCO |
| Ida 1059 | MD modello | Monitoraggio BPCO |