

Percorso di gestione primo - secondo livello della BPCO

Tratto dalle conclusioni del Dipartimento Respiratorio, IV Congresso della Corte di giustizia Popolare per il Diritto alla Salute (Rimini, 20-22 Novembre 2015), e condiviso da FIMMG, Senior Italia e le società scientifiche

Componenti Fimmg Dipartimento Respiratorio:

**CARLA BRUSCHELLI
ROBERTO MARASSO
ALESSANDRO PRESTIFILIPPO**

Coordinatore Scientifico: DARIO GRISILLO

LA GESTIONE DI PRIMO LIVELLO:

COMPETENZA DELLA MEDICINA GENERALE ORGANIZZATA

PREREQUISITI

- Organizzazione del lavoro in Team mono professionale (AFT)
- Adozione della metodica della medicina di iniziativa
- Individuazione di sedi comuni di svolgimento delle attività di medicina di iniziativa (strutturazione della AFT)
- Acquisizione di personale di studio e sua specifica formazione
- Acquisizione di tecnologia diagnostica di primo livello e nella fattispecie:
 - Spirometro
 - Test diagnostico reversibilità (Broncodilatatore short acting)
 - Pulsì – ossimetro
- Adozione del sistema informativo di AFT in grado di garantire interoperabilità delle cartelle cliniche ed interoperabilità in modalità di telemedicina con la strumentazione diagnostica rappresentato dal Cloud di Netmedica Italia

Diagnosi precoce

- Definire la coorte dei pazienti a rischio da avviare alla spirometria;
- Eseguire nel proprio setting una spirometria semplice orientata ad evidenziare una situazione di ostruzione bronchiale;
- Procedere ad una spirometria diagnostica (con test di reversibilità) per i pazienti che presentano un quadro ostruttivo;
- Programmare una rivalutazione periodica dei pazienti a rischio che non presentano una ostruzione e che pertanto non possono essere ancora diagnosticati come affetti da BPCO

Stadiazione e Impostazione interventi

- Procedere alla definizione di gravità – stadio della malattia, utilizzando preferenzialmente l’algoritmo proposto dalle linee guida *Gold*, ed impostare conseguentemente la terapia farmacologica secondo linee guida, avendo cura di armonizzare la terapia specifica per la BPCO con le altre terapie necessarie al paziente nel quadro della gestione complessiva delle comorbidità;
 - Assicurare la prevenzione vaccinale;
 - Mettere in atto, anche con l’ausilio del personale, le misure preventive volte alla disassuefazione dal fumo ed all’allontanamento dagli inquinanti;
 - Prescrivere la terapia per la disassuefazione da fumo nei fumatori disposti a smettere;
 - Valutare lo stato di nutrizione e prendere gli opportuni provvedimenti;
 - Prescrivere l’attività fisica nelle forme dovute;
 - Mettere in atto, con l’ausilio del personale appositamente formato, le iniziative volte all’*empowerment* del paziente

Follow-up di I livello

- Impostare la frequenza dei controlli successivi da eseguirsi sempre nel setting della Medicina Generale in un’ottica di medicina di iniziativa modulando la frequenza in funzione della gravità della patologia e quindi utilizzando come riferimento le seguenti cadenze:
- Valutazione clinica (sintomi, abitudine tabagica) CAT o mMRC + riacutizzazioni ogni 3 -4 mesi;
- Valutazione clinico spirometrica (CAT o mMRC+ riacutizzazioni + spirometria):
 - classe A e B GOLD o 0-1 BODE: una volta l’anno;
 - classe C GOLD o 3 BODE: due volte l’anno;
 - classe D GOLD o 4 BODE tre volte l’anno.
- Rivalutazione clinico – spirometrica al bisogno al di fuori delle cadenze se:
 - peggioramento “ spontaneo” dei sintomi;
 - riacutizzazione che non risponde a terapia;
 - pulsiossimetria PO2 sotto 90%.

NOTA

- In fase di *follow up* e con paziente in terapia, è sufficiente una spirometria “semplice” in corso di terapia per cui il VEMS/CVF potrebbe, almeno nelle classi spirometriche 1 e 2 non essere <0.70 . Per la restadiazione ci si riferisce al VEMS, dando per acquisita la diagnosi di BPCO e quindi la non reversibilità della ostruzione e quindi il VEMS/CVF <0.70 dopo broncodilatazione in condizioni di base (senza terapia).
- Riclassificazione del paziente nella classe di gravità e *resetting* della terapia se necessario;
- Rivalutazione di stato nutrizionale, attività fisica, *empowerment* e rinforzo delle indicazioni;
- Trattamento delle riacutizzazioni, sia in studio che a domicilio;
- Utilizzo della diagnostica a domicilio in modalità telemedicina.



LA GESTIONE DI SECONDO LIVELLO:

COMPETENZA DELLO SPECIALISTICA DI BRANCA

SITUAZIONI DI INVIO ALLO SPECIALISTA DA PARTE DEL MMG

1. Dopo la diagnosi, nel periodo successivo per spirometria “globale” con pletismografia corporea per la validazione del grado di iper-insufflazione-enfisema;
2. A giudizio del MMG in uno stadio nel quale a ostruzione moderata, si sommino sintomatologia di moderato impatto sulla vita del Paziente, alterazioni della nutrizione, pregresse riacutizzazioni (stadio C GOLD o 3 BODE) per una consulenza;
3. Facoltativamente a giudizio del MMG quando il paziente non risponde alle modifiche della terapia di fondo o della terapia per la riacutizzazione per una consulenza.

Inoltre tutte le volte che il MMG sentirà la necessità di acquisire una seconda opinione specialistica, potrà attivare la consulenza utilizzando la gestione condivisa tramite cruscotto di patologia se attivato. Utile e importante da usufruire per questo livello la tecnologia informatica.

SITUAZIONI DI GESTIONE DIRETTA DA PARTE DELLO SPECIALISTA

Mantenendo contatto col MMG che gestisce ordinariamente le comorbidità, e nel suo complesso il paziente:

1. Sempre nello stadio D GOLD o 4 BODE;
2. Nei pazienti in OTLT;
3. Tutte le volte che il MMG lo ritenga utile;

Anche in questo caso le attività svolte dallo specialista devono essere annotate anche sulla cartella del MMG in modalità informatica tramite il cruscotto di patologia.

Inoltre tutte le volte che il MMG sentirà la necessità di acquisire una seconda opinione specialistica, potrà attivare la consulenza in modalità telemedicina ed utilizzare la gestione condivisa del cruscotto di patologia.