

ASP 7 Ragusa  
Distretto Sanitario Vittoria  
Dott.ssa M.C. Distefano

Rev. 00  
del 02/02/2015

Pag. 1 di 19

## PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)

### INDICE DELLE EDIZIONI - REVISIONI

N°	DATA	DESCRIZIONE	SEZIONE VARIATA	PAGINE VARIATE
00	02/02/2015	<i>Prima emissione</i>	tutte	tutte

Redazione / Aggiornamento	Verifica / Approvazione	Autorizzazione alla diffusione
Componenti tavolo tecnico	Direttore Sanitario ASP Ragusa Dr. G. Drago	Direttore Generale ASP Ragusa Dr. M. Aricò



**ASP 7 Ragusa**  
**Distretto Sanitario Vittoria**  
**Dott.ssa M.C. Distefano**

**Rev. 00**  
**del 02/02/2015**

Pag. 2 di 19

## **1. Background**

La BPCO è una malattia prevenibile e trattabile, caratterizzata da limitazione persistente al flusso aereo solitamente evolutiva e associata ad aumentata risposta infiammatoria cronica delle vie aeree a inquinanti inalatori, di cui il fumo è il principale fattore di rischio. Si stima che il 4.5% della popolazione generale sia affetto da BPCO. La prevalenza dei sintomi aumenta con l'età ed interessa il 50% dei maschi fumatori di età superiore a 50 anni. In Italia le malattie respiratorie sono la 3° causa di morte e la BPCO rappresenta il 50% di questi decessi. Le riacutizzazioni costituiscono la maggiore causa di impatto clinico della BPCO in termini di visite mediche, ricoveri ospedalieri e mortalità. L'elevato impatto socio-economico della BPCO è aggravato dalle invalidità, dalle disabilità e dalle comorbidità che la accompagnano per molti anni. In Italia il costo medio/anno/paziente è di circa 2700 euro: la maggior voce di costo (oltre il 60%) è data dall'ospedalizzazione dovuta alle periodiche riacutizzazioni, a fronte di una moderata incidenza del costo per farmaci(12%) e di quello per la diagnostica(6%).

## **2. Stadiazione e classificazione della BPCO**

La nuova classificazione proposta dalle linee guida GOLD del 2011 prevede di tenere conto non solo del FEVI ma anche dei sintomi (misurati con il MRC o con il CAT) e delle riacutizzazioni.

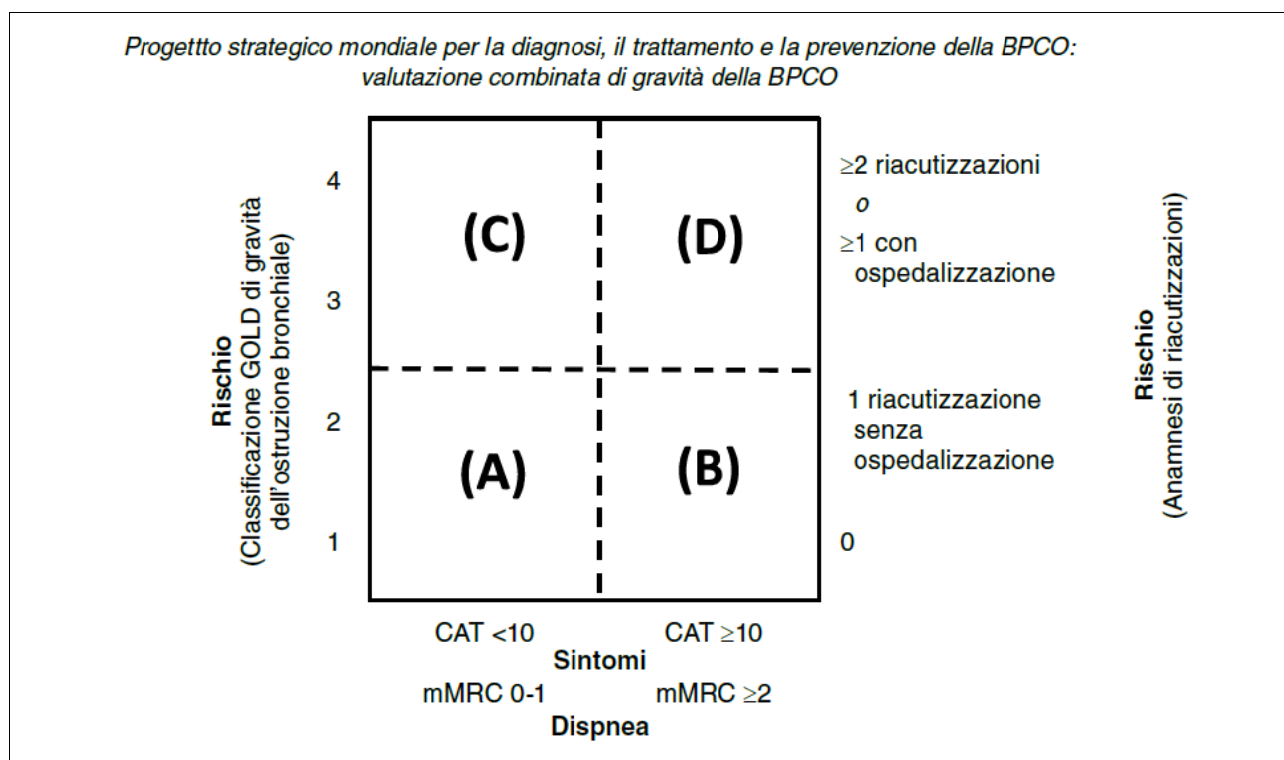


ASP 7 Ragusa  
Distretto Sanitario Vittoria  
Dott.ssa M.C. Distefano

Rev. 00  
del 02/02/2015

Pag. 3 di 19

Figura 1 – Combinazione di sintomi, classificazione spirometrica e rischio di riacutizzazioni



Quindi:

paziente A: basso rischio, pochi sintomi;

paziente B: basso rischio, più sintomi;

paziente C: alto rischio, meno sintomi;

paziente D: alto rischio, più sintomi.



### **3. Diagnosi di BPCO**

La diagnosi di BPCO va sempre considerata nei pazienti sopra i 40 aa che presentano storia di esposizione a fattori di rischio (tabagismo, sia pregresso che attuale, esposizione lavorativa o ambientale a polveri e particolato fine aerodisperso) e che riferiscono al medico la presenza di:

- tosse cronica
- produzione di espettorato
- dispnea o sibili respiratori per almeno tre mesi all'anno e per due anni consecutivi.

La spirometria rappresenta il test di riferimento per la conferma della diagnosi, essendo il più standardizzato e il più riproducibile.

Quindi per formulare la diagnosi di BPCO è indispensabile misurare la funzione respiratoria mediante la spirometria.

E' opportuno dopo i 50 aa che il soggetto fumatore esegua una visita pneumologica e spirometria.

Un rapporto tra il FEV1 (volume espiratorio forzato al 1° secondo) e il FVC (capacità vitale forzata)  $FEV1/FVC < 88\%$  del predetto negli uomini e  $< 89\%$  nelle donne indica ostruzione bronchiale. Il FEV1(o VEMS) in % del teorico rappresenta il parametro di riferimento per la classificazione della gravità dell'ostruzione. Bisogna sempre considerare il valore post-broncodilatazione.

Secondo la classificazione ATS/ERS si classifica la gravità dell'ostruzione della BPCO nel modo seguente:

- Stadio 1 – BPCO con ostruzione lieve -  $FEV1 > 80\%$  del predetto post-broncodilatazione;
- Stadio 2 – BPCO ostruzione moderata –  $FEV1 80-50\%$  del predetto post-broncodilatazione;
- Stadio 3 – BPCO con ostruzione grave –  $FEV1 50-30\%$  del predetto post broncodilatazione;
- Stadio 4 - BPCO con ostruzione molto grave -  $FEV1 < 30\%$  del predetto post broncodilatazione;

Il singolo paziente che presenta anamnesi e sintomi sospetti per BPCO va inviato dal MMG allo specialista per la conferma della diagnosi, per l'inquadramento clinico e la eventuale diagnosi differenziale. Utile e consigliato l'uso della carta del rischio per la BPCO.



ASP 7 Ragusa  
 Distretto Sanitario Vittoria  
 Dott.ssa M.C. Distefano

Rev. 00  
 del 02/02/2015

Pag. 5 di 19

**Rischio Assoluto di BPCO nella Popolazione Maschile**

Età del soggetto	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
<b>Non-fumatori</b>					
Nessuna esposizione	[White]	[White]	[White]	[Green]	[Yellow]
Esposizione ambientale	[White]	[White]	[White]	[Yellow]	[Orange]
Esposizione lavorativa	[White]	[White]	[White]	[Yellow]	[Orange]
Entrambe le esposizioni	[White]	[White]	[Green]	[Orange]	[Red]
<b>Ex-fumatori</b>					
Nessuna esposizione	[White]	[White]	[Green]	[Yellow]	[Orange]
Esposizione ambientale	[White]	[White]	[Yellow]	[Orange]	[Red]
Esposizione lavorativa	[White]	[Green]	[Yellow]	[Orange]	[Red]
Entrambe le esposizioni	[Green]	[Yellow]	[Yellow]	[Red]	[Purple]
<b>Fumatori</b>					
Nessuna esposizione	[White]	[White]	[Green]	[Orange]	[Red]
Esposizione ambientale	[White]	[Green]	[Yellow]	[Orange]	[Red]
Esposizione lavorativa	[Green]	[Green]	[Yellow]	[Red]	[Red]
Entrambe le esposizioni	[Green]	[Yellow]	[Orange]	[Red]	[Purple]

Livelli di rischio - in percentuale					
molto basso	basso	lieve	moderato	alto	molto alto
[White]	[Green]	[Yellow]	[Orange]	[Red]	[Purple]
< 3%	3-4%	5-9%	10-19%	20-39%	≥40%



**ASP 7 Ragusa**  
**Distretto Sanitario Vittoria**  
**Dott.ssa M.C. Distefano**

**Rev. 00**  
**del 02/02/2015**

Pag. 6 di 19

#### **4. Percorso diagnostico e di case-finding della BPCO**

Il percorso diagnostico prevede che a partire dal suo accesso presso lo studio di MMG il paziente venga introdotto in un percorso virtuoso che si riassume in tre fasi:

**1. Fase diagnostico/terapeutica:**

- Screening precoce: pazienti con fattori di rischio ma asintomatici possono essere sottoposti preventivamente a spirometria semplice e, in presenza di ostruzione bronchiale, indirizzati dallo pneumologo
- Sospetto di BPCO: nei pazienti con fattori di rischio e sintomatici il MMG indirizza il paziente dallo pneumologo
- Follow up del pz con BPCO: i pazienti già diagnosticati e in fase di riacutizzazione seguono uno dei due percorsi indicati in Flow Chart, terapia a domicilio o ospedalizzazione, a seconda della gravità della riacutizzazione

**2. Monitoraggio follow up:**

Il MMG e lo pneumologo si alterneranno secondo cadenze prefissate nel controllo del paziente condividendo le informazioni cliniche, strumentali e terapeutiche attraverso una piattaforma informatizzata ( cartella clinica elettronica)

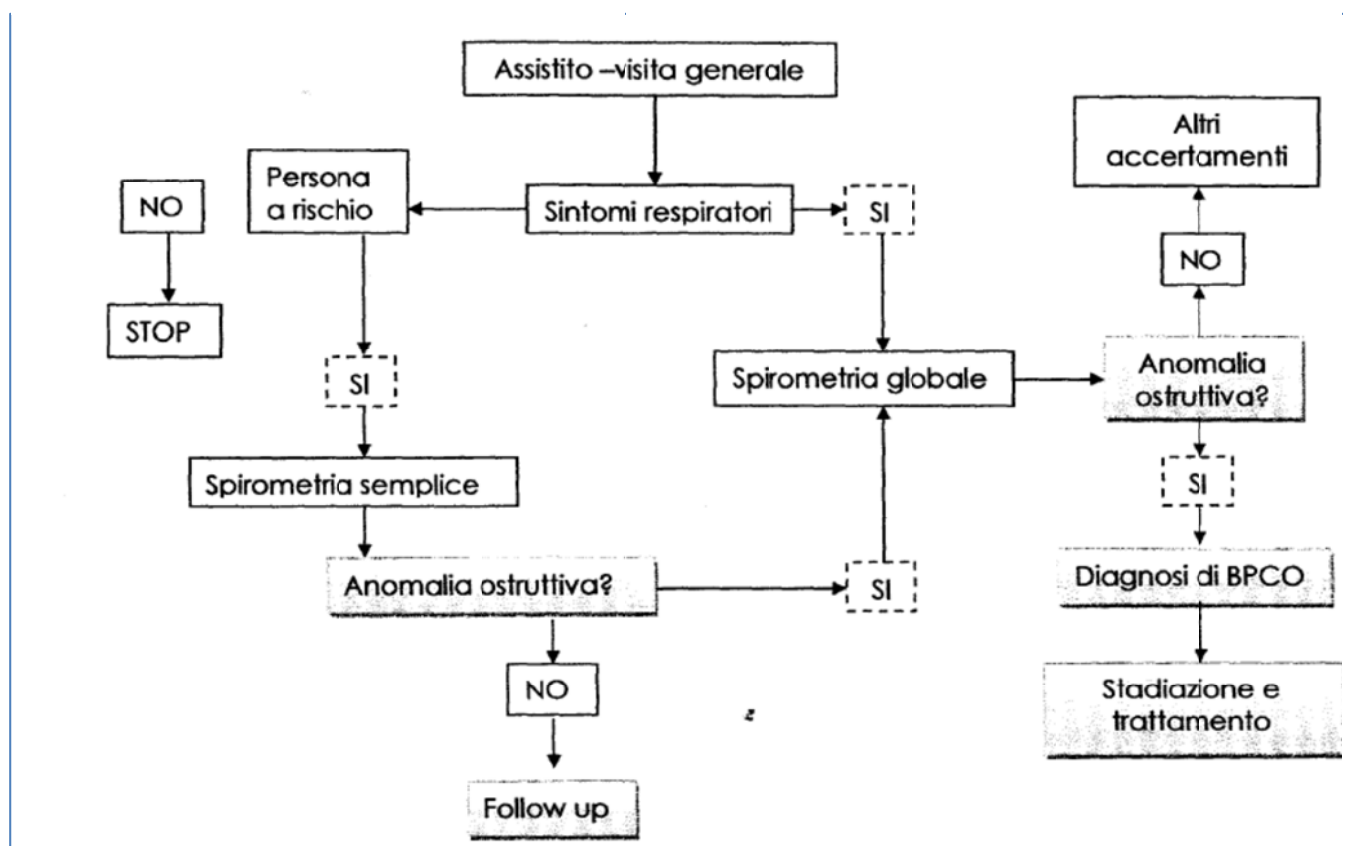
**3. Gestione integrata ospedale territorio della BPCO grave**

- 4. Tempi e modi della dimissione del paziente dall'ospedale dopo una riacutizzazione che abbia motivato il ricovero devono essere concordati con il MMG, in modo che anche il post dimissione sia affrontato in maniera adeguata. A tale scopo si adotterà una scheda di dimissione in cui vengono riassunte (oltre a tutte le misure diagnostiche e terapeutiche effettuate durante il ricovero) le competenze e le operatività del MMG e si forniscono al paziente informazioni educazionali relative al proseguimento del trattamento ed al corretto uso dei devices.**



Nella flow-chart 1, il riepilogo del percorso diagnostico e di case-finding della BPCO

Flow-Chart 1







**ASP 7 Ragusa**  
**Distretto Sanitario Vittoria**  
**Dott.ssa M.C. Distefano**

**Rev. 00**  
**del 02/02/2015**


Pag. 8 di 19

## **5. Il modello di PDTA della ASP7 di Ragusa in sintesi**

L'applicazione del Percorso diagnostico terapeutico ad opera dei soggetti erogatori di servizi e prestazioni, favorirà:

- Identificazione precoce dei soggetti bronchitici cronici o a rischio di sviluppare la malattia;
- La gestione efficace dei soggetti con BPCO in fase di riacutizzazione;
- La condivisione di scelte terapeutiche aderenti a quanto riportato dalle linee guida;
- La semplificazione e la applicazione pratica delle nuove possibilità di telemedicina e di monitoraggio spirometrico;
- L'identificazione delle procedure diagnostico terapeutiche in caso di comorbilità ingravescente;
- Il periodico e strutturato follow up del paziente;
- La gestione integrata MMG-Specialista.



	<p style="text-align: center;"><b>ASP 7 Ragusa</b> <b>Distretto Sanitario Vittoria</b> <b>Dott.ssa M.C. Distefano</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Rev. 00</b> <b>del 02/02/2015</b></p> <p style="text-align: right;">Pag. 9 di 19</p>
---	---	--

## 6. Ruolo del MMG nel follow-up del paziente con BPCO<sup>1</sup>

Stima di pazienti con probabile BPCO (sulla base dei dati di incidenza nazionale) attesi ogni 1000 assistiti: circa 100 con BPCO lieve, circa 15 con BPCO moderata, circa 5-6 con BPCO grave e 0-5 con BPCO molto grave.

	<b>BPCO lieve e moderata</b>	<b>BPCO severa</b>	
<b>FOLLOW-UP</b>	<b>Almeno annuale</b>	<b>Almeno semestrale</b>	
<b>VACCINAZIONE</b>	Antinfluenzale annuale <b>A</b>	Antinfluenzale annuale <b>A</b>	
	Eventuale antipneumococcica <b>B</b>	Eventuale v. Antipneumococcica <b>B</b>	
<b>AREA DI INTERVENTO</b>	Fumo di tabacco <b>A</b>	Fumo di tabacco <b>A</b>	
	Counseling e prescrizioni alimentari	Counseling e prescrizioni alimentari	
	Trattamento dei sintomi <b>A</b>	Trattamento dei sintomi <b>A</b>	
	Limitazione attività fisica per dispnea	Limitazione attività fisica per Dispnea	
	Valutazioni di frequenza riacutizzazioni	Valutazioni di frequenza riacutizzazioni	
	Verifica tecnica di inalazione <b>A</b>	Verifica tecnica di inalazione <b>A</b>	Verifica tecnica di inalazione <b>A</b>
			Follow up cuore polmonare
	Valutazione dell'opportunità di riabilitazione respiratoria. <b>B</b>		Necessità di potenziamento terapia farmacologica
			Necessità Ossigenoterapia(LTOT) <b>A</b>
			Necessità supporto servizi sociali
		Terapia nutrizionale	
<b>Misurazioni parametri</b>	FEVI e FVC	Saturimetria	
	Scala della dispnea MRC	FEVI e FVC	
	Calcolo BMI	Scala della dispnea MRC	
	Saturimetria	Calcolo BMI	
*A-B: Grado evidenza-raccomandazione			

<sup>1</sup>(tratto dalle linee guida della British Thoracic society del 2007).



**ASP 7 Ragusa**  
**Distretto Sanitario Vittoria**  
**Dott.ssa M.C. Distefano**

**Rev. 00**  
**del 02/02/2015**

Pag. 10 di 19

Da valutare l'uso della scala della dispnea del Medical Research Council (vedi sotto) oppure di altri strumenti più moderni (CAT)

<b>GRADO</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
0	Ho difficoltà di respiro solo per sforzi intensi
1	Ho difficoltà di respiro quando cammino a passo svelto in pianura o in leggera salita o quando salgo una rampa di scale
2	Cammino più lentamente della gente della mia stessa età quando cammino in piano, oppure mi devo fermare per respirare quando cammino a suo passo
3	Devo fermarmi per respirare dopo che ho camminato in piano per circa cento metri o per pochi minuti
4	Ho troppa difficoltà di respiro se devo uscire di casa o mi manca il fiato se mi spoglio o mi vesto



**ASP 7 Ragusa**  
**Distretto Sanitario Vittoria**  
**Dott.ssa M.C. Distefano**

**Rev. 00**  
**del 02/02/2015**

Pag. 11 di 19

## 7. Criteri di invio allo specialista pneumologo

<b>CAUSA</b>	<b>SCOPO</b>
Definizione diagnosi e terapia	Stabilire diagnosi ed ottimizzare trattamento Valutazione reversibilità ostruzione bronchiale
Sintomi inusuali(emoftoe)	Accertamento diagnostico/esclusione neoplasia
Rapido declino del FEVI	Ottimizzare la strategia di trattamento
Comparsa di cuore polmonare	Confermare diagnosi e ottimizzare trattamento
Comparsa insuff.respiratoria	Ottimizzare il trattamento, emogasanalisi, prescrizione ossigenoterapia
Valutazione necessità di riabilitazione respiratoria	Ottimizzare il trattamento e invio allo specialista della riabilitazione
Enfisema Bolloso	Conferma diagnosi e valutazione con il chirurgo toracico per eventuale bullectomia
Esordio precoce BPCO(<40 aa)	Conferma diagnosi ed escludere deficit alfa 1antitripsina
Valutazione per trapianto di polmone/lung-volume reduction	Verifica criteri di eleggibilità e invio a Centro Trapianto
Ricorrenti infezioni polmonari	Ricerca bronchiectasie



**ASP 7 Ragusa**  
**Distretto Sanitario Vittoria**  
**Dott.ssa M.C. Distefano**

**Rev. 00**  
**del 02/02/2015**

Pag. 12 di 19

## 8. Valutazioni ad opera dello pneumologo

- Anamnesi e valutazione obiettività
- Rx torace
-Valutazione funzione respiratoria con studio volumi statici e diffusione alveolo-capillare
- TC torace se sospetto di: fibrosi polmonare, neoplasia polmonare o altre patologie o se pz eleggibili per chirurgia(trapianto,lung volume reduction)
-Broncoscopia per emoftoe o per sospetta neoplasia
- Dosaggio alfa 1 antitripsina se familiarità in pz giovani o enfisema o enfisema bollosa
- Ecocardiogramma se sospetto cuore polmonare cronico
- Valutazione per ossigenoterapia a breve o lungo termine
- Selezione pz eleggibili per trapianto polmonare o lung volume reduction

## 9. Opzioni terapeutiche

Si precisa che la terapia farmacologica è rimborsata dal SSR nel caso in cui i farmaci vengono prescritti secondo le indicazioni autorizzate e laddove previste, le limitazioni delle note AIFA, preferendo il farmaco equivalente a parità di costo efficacia.

Nei pazienti che fumano, la cessazione appropriata del fumo è molto importante. La vareniclina ed i derivati della nicotina sono aiuti farmacologici utili

- Una terapia farmacologica appropriata può migliorare i sintomi, ridurre la frequenza e la gravità delle riacutizzazioni, migliorare la qualità di vita e la tolleranza allo sforzo
- Ad oggi nessuna terapia della BPCO, ad eccezione della cessazione del fumo, ha dimostrato di incidere in maniera significativa ed a lungo termine sul declino funzionale della BPCO
- La terapia del paziente va il più possibile individualizzata e basata sulla gravità, sulla disponibilità del farmaco e sulla risposta del paziente



- La vaccinazione anti-influenzale e anti-pneumococcica dovrebbe essere proposta a tutti i pazienti con BPCO, la massima efficacia sembra esserci nei pazienti più anziani e in quelli con malattia più grave e con comorbidità
- A tutti i pazienti che rimangono sintomatici nonostante la terapia massimale dovrebbe essere proposta la riabilitazione; questa migliora la tolleranza allo sforzo, i sintomi, la qualità di vita e la partecipazione fisica ed emozionale alle attività della vita quotidiana
- Il trattamento con associazioni di broncodilatatori e steroidi inalatori sono indicate nei pazienti che presentano maggior numero di riacutizzazioni
- La monoterapia inalatoria e orale con corticosteroidi non è indicata nella BPCO
- La terapia con roflumilast, soggetta a piano terapeutico, è indicata nei pazienti con FEVI <50% bronchite cronica e frequenti riacutizzazioni.
- L'uso degli antibiotici per un problema respiratorio non è indicato di routine al di fuori delle riacutizzazioni.

GRUPPO	PRIMA SCELTA	SECONDA SCELTA
A	Beta stimolante o anticolinergico short-acting	Beta stimolante o anticolinergico long-acting
B	Beta stimolante o anticolinergico long-acting	Betastimolante+anticolinergico long-acting
C	Corticosteroide inalatorio+betastimolante o anticolinergico long-acting	Betastimolante+anticolinergico long-acting
D	Corticosteroide inalatorio+betastimolante o anticolinergico long-acting	CSI+Beta+anticolin. oppCSI+beta+roflumilastoppAnticolin+roflumilastoppCSI+anticolinopp



## 10. Prescrizione dell'ossigenoterapia

L'ossigenoterapia è indicata in tutti i pazienti che, in fase stabile e con la terapia ottimizzata, in due esami emogasanalitici ripetuti a circa 15 giorni di distanza presentino:

- una  $PaO_2 \leq 55$  mmHg oppure
- una  $PaO_2$  compresa tra 56 e 59 mmHg, in presenza di ipertensione arteriosa polmonare, cuore polmonare, edemi declivi, ematocrito  $> 55\%$ .

L'efficacia del flusso di ossigeno prescritto, insieme alla aderenza del paziente al suo utilizzo e la persistenza della sua indicazione vanno periodicamente verificate.

## 11. BPCO riacutizzata o AECB (acute exacerbation of chronic bronchitis)

Definizione: significativo e acuto peggioramento dei sintomi rispetto alle abituali condizioni, che va oltre la normale variabilità tra giorno e giorno e che richiede un adeguamento della terapia. Non vi è una classificazione universalmente accettata delle AECB, spesso in letteratura si fa riferimento ai tre criteri di Anthonisen (Ann Intern Med 1987)

- a. Aumento della dispnea;
- b. Aumento volume dell'espettorato;
- c. Presenza di espettorato purulento.

Secondo Anthonisen:

- a. AECB tipo 1: tutti e tre i criteri
- b. AECB tipo 2 e 3: due criteri o uno solo

Le AECB ospedalizzate presentano una mortalità del 10%, determinano un accelerato declino della funzione respiratoria, un peggioramento della performance fisica e della tolleranza allo sforzo ed hanno significato prognostico negativo. Rappresentano veri e propri insulti lesivi per il polmone (e non solo) tant'è che in letteratura si parla di "lungattack" in analogia alla cardiopatia ischemica.

Eziologia delle AECB: L'origine è batterica in un 25%, in un altro 25% è virale e in un altro 25% mista. Il restante 25% ha origine non chiara: scompenso cardiaco, embolia polmonare, inquinamento atmosferico (O3



**ASP 7 Ragusa**  
**Distretto Sanitario Vittoria**  
**Dott.ssa M.C. Distefano**

**Rev. 00**  
**del 02/02/2015**

Pag. 15 di 19

e PM10).Tra i batteri più frequenti sono lo Streptococcus pneumoniae, la Moraxella catarrhalis e l' Haemophilus-influenzae anche nelle fasi di stabilità, mentre nelle fasi di malattia avanzata sono frequenti i gram negativi quali lo Pseudomonas aeruginosa ed ultimamente sta aumentando l' Acinetobacter baumannii.

## **12.Criteri di ospedalizzazione delle AECS :**

- Presenza di comorbilità ad alto rischio (polmonite, scompenso cardiaco,aritmie cardiache,diabete mellito,insufficienza renale o epatica)
- Inadeguata risposta al trattamento ambulatoriale
- Marcato aumento della dispnea
- Incapacità ad alimentarsi o dormire a causa della dispnea
- Peggioramento della ipossiemia/saturazione periferica
- Insorgenza di ipercapnia/peggioremento ipercapnia cronica
- Alterazione dello stato mentale
- Inadeguato supporto familiare
- Incertezza della diagnosi

### Trattamento della AECS

**BRONCODILATATORI:** salbutamolo spray (MDI) o per aerosol + ossitropio bromuro spray o per aerosol somministrati ogni 4-6 ore.Se si usa MDI usare sempre la camera spaziatrice.

**CORTICOSTEROIDI:** prednisone 30-40 mg/die x os per 10-14 giorni (schema a scalare).Dose equivalente e.v se mal tollerato per os. Considerare anche steroide inalatorio per aerosol o per MDI.

**TEOFILLINA:** il suo impiego non è considerato nelle linee guida. Spesso funziona più per azioni extrapolmonari (diuretico, analettico respiratorio, cardiotonico) che polmonari. Secondo alcuni dati (da confermare) potrebbe migliorare il quadro di steroide-resistenza presentato da molti pazienti. E' necessario monitorizzare i livelli ematici per evitare tossicità.

**TERAPIA ANTIBIOTICA:** deve tenere conto delle resistenze batteriche locali, della gravità di malattia e dei fattori di rischio del paziente.





**ASP 7 Ragusa**  
**Distretto Sanitario Vittoria**  
**Dott.ssa M.C. Distefano**

**Rev. 00**  
**del 02/02/2015**

**Pag. 16 di 19**

**EPARINA A BASSO PESO MOLECOLARE:** nei pazienti allettati è consigliabile profilassi della trombosi venosa profonda con eparina a basso peso molecolare

**PROTEZIONE GASTRICA:** quasi sempre necessaria durante terapia con steroidi per os

**AECB: QUANDO E' NECESSARIA LA TERAPIA ANTIBIOTICA**

Il ruolo degli antibiotici nella AECB è tuttora controverso. La causa delle riacutizzazioni spesso è non identificata e quindi non è chiaro quali pazienti debbano ricevere l'antibiotico: solo nel 50% circa dei casi c'è l'origine batterica. Anche se nell'espettorato ci sono batteri è spesso difficile dire se sono la causa della AECB o se fanno parte della flora microbica che colonizza in cronico le vie aeree del paziente. Le linee guida suggeriscono di usare l'antibiotico se c'è febbre, se l'espettorato è aumentato di volume e se è purulento. In sostanza l'antibiotico è indicato in pazienti con BPCO moderata-grave con riacutizzazione tipo Anthonisen 1, tipo 2 con espettorato purulento e in quelli ricoverati in ospedale.

In genere un ciclo di soli 5 giorni si è dimostrato efficace quanto cicli più lunghi (Moussavi 2008) con il potenziale vantaggio di una migliore aderenza alla terapia ed il vantaggio certo di minori costi e minore rischio di sviluppo di resistenze batteriche, senza escludere l'opportunità di cicli più lunghi in pazienti particolari.

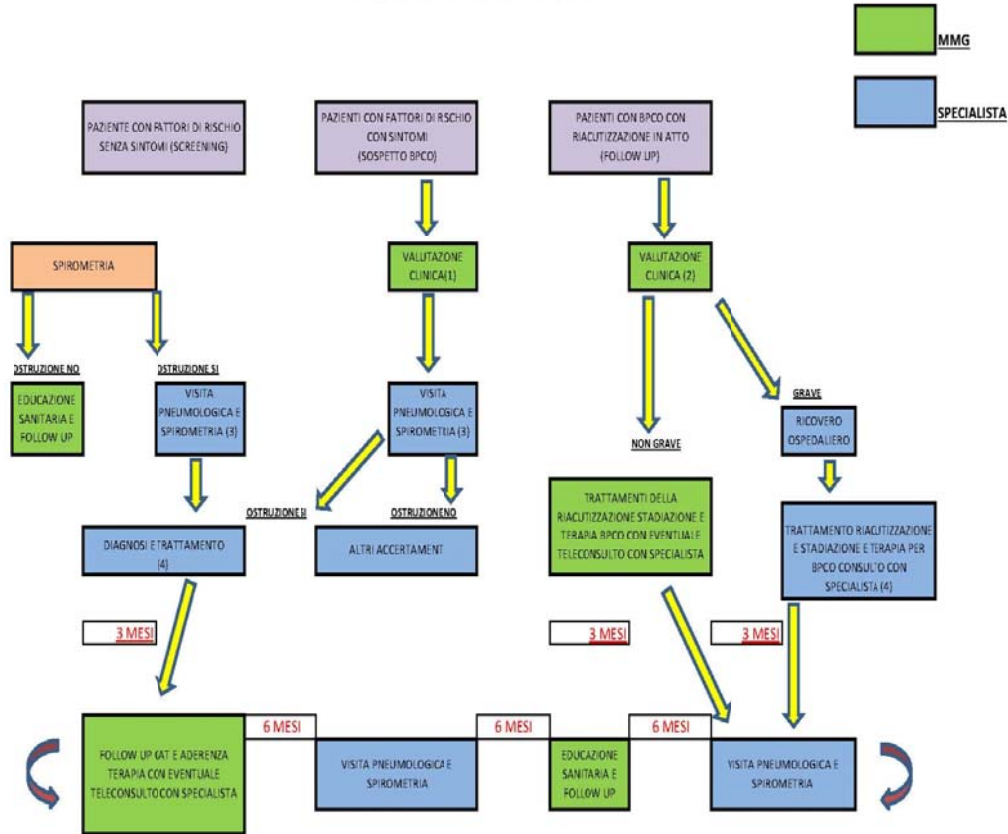
Per la scelta dell'antibiotico si consiglia di escludere la amoxicillinada sola e di preferire l'associazione amoxicillina-clavulanato (dose piena, 1gr ogni 8 ore) i macrolidi quali azitromicina (due cicli di 3 cp) e claritromicina (500 mg x due) o le cefalosporine per os di ultima generazione (Cefditoren) 400 mg ogni 12 ore. Questo ovviamente per i pazienti con malattia meno avanzata.

Per i pazienti con fattori di rischio o con malattia più avanzata preferire i chinolonici di prima generazione (ciprofloxacina 500 mg ogni 12 ore) o di nuova generazione (moxifloxacina 400 mg 1 volta al giorno).

Per i pazienti ospedalizzati preferire la via di somministrazione e.v (piperacillina/tazobactam, ceftazidime, ceftriaxone, ciprofloxacina, levofloxacina ecc).

Se la causa della AECB è una polmonite, è preferibile usare due antibiotici: ceftriaxone i.m. o e.v e un chinolonico per os.

FLOW CHART PDTA BPCO



LEGENDA

1) Scheda paziente

- Anamnesi
- Esame obiettivo
- Carte del rischio
- Opzionale RX torace

2) Indicatore per ospedalizzazione

- Inadeguata risposta al trattamento domiciliare
- Presenze di gravi comorbità
- Anamnesi di frequenti riacutizzazioni
- Comparsa di nuovi segni o sintomi (es, edema, cianosi)
- Supporto domiciliare insufficiente
- Stato mentale
- Ossimetria

3) Scheda paziente

- Spirometria
- Altre indagini

4) Scheda paziente

- Piano di trattamento
- Piano di monitoraggio
- Istruzione sul device
- Counselling



**ASP 7 Ragusa**  
**Distretto Sanitario Vittoria**  
**Dott.ssa M.C. Distefano**

**Rev. 00**  
**del 02/02/2015**

**Pag. 18 a 19**

## **Indicatori**

1. Prevalenza della BPCO
2. Prescrizione di almeno una spirometria nei pz. con diagnosi di BPCO
3. Pazienti con diagnosi di BPCO e dato abitudine al fumo registrato
4. Pazienti con diagnosi di BPCO e vaccinazione antinfluenzale negli ultimi 365 giorni
5. Pazienti con diagnosi di BPCO e vaccinazione antipneumococcica negli ultimi 365 giorni



**ASP 7 Ragusa**  
**Distretto Sanitario Vittoria**  
**Dott.ssa M.C. Distefano**

**Rev. 00**  
**del 02/02/2015**

**Pag. 19 a 19**

## **Componenti tavolo tecnico**

Dr. Maurizio Aricò	Direttore Generale
Dr. Giuseppe Drago	Direttore Sanitario
D.ssa Maria Concetta Distefano	Direttore Distretto Vittoria e Direttore ff Distretto Ragusa
D.ssa Angelina Militello	Direttore Distretto Modica
D.ssa Paola Sgarlata	Direttore Servizio Assistenza Sanitaria di Base
D.ssa Ignazia Poidomani	Direttore Servizio Farmaceutica Territoriale
D.ssa Daniela Provenzano	Dirigente Farmacista - Servizio Farmaceutica Territoriale
Dr. Gaetano Cabibbo	Spec. Pneumologo P.O. Modica
Dr. Vincenzo Cannata	Spec. Pneumologo Poliamb.Ragusa - Modica
Dr. Antonio Zocco	Spec. Pneumologo CMS Vittoria
Dr. Giuseppe Caccamo	Presidente FIMMG
Dr. Roberto Licitra	Segretario Provinciale FIMMG
Dr. Giovanni Digiacoimo	Presidente SIMG
Dr. Rosario Morello	Segretario Provinciale SIMG
Dr. Alessandro Tumino	Rappresentante SMI
Dr. Roberto Zelante	FIMMG
Dr. Carmelo Elio Distefano	FIMMG
Dr. Rosolino Iurato	FIMMG