

Direzione Sanitaria Aziendale	PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO BRONCOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA	CODICE	
		694DD003	
		REV 00 del	Pagina 1 di 9

INDICE

1. PREMESSA
2. SCOPO
3. CAMPO DI APPLICAZIONE
4. RIFERIMENTI (norme, Leggi, delibere, ecc.)
5. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI
 - 5.1 Definizioni
 - 5.2 Abbreviazioni utilizzate
6. RESPONSABILITA'
7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'
8. ACCESSIBILITA'/RISERVATEZZA
9. ARCHIVIAZIONE

FASI	FUNZIONI Nome/cognome	FIRMA	DATA
Redazione	Dr.ssa Mariella Polselli Resp. Infermieristico percorsi Dip.to Area Medica		
	Dott.ssa Giuliana Andreani Resp. Medico percorsi Dip.to Area Medica		
	Dott. Mario Vatteroni Resp. FIMMG percorsi assistenziali		
Verifica	Dr.ssa Luisella Nelli Direttore Dipartimento Infermieristico		
	Dott. Maurizio Moretti Direttore U.O. Pneumologia		
	Dott. Pier Carlo Rossi Direttore Dipartimento Area Medica		
	Dr.ssa Monica Guglielmi Responsabile Zona delle Apuane		
	Dott. Mario Guastalli Direttore Tecnico S.d.S. della Lunigiana		
	Dott. Fabio Rizzo Segretario FIMMG		
Verifica conf.	Dr. Enrico Raggi Resp. Accreditamento e Miglioramento Organizzativo		
Approvazione	Dr. Andrea Macuzzi Direttore Sanitario Aziendale		

Direzione Sanitaria Aziendale	PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO BRONCOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA	CODICE	
		694DD003	
		REV 00 del	Pagina 2 di 9

1. PREMESSA

La broncopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una malattia progressivamente invalidante che comporta un elevato consumo di risorse sanitarie. Il decorso della malattia è progressivamente ingravescente ed è caratterizzato da frequenti episodi di riacutizzazione che richiedono spesso ricoveri ospedalieri. La BPCO rappresenta in assoluto la prima causa di ricovero ospedaliero in ambiente pneumologico e fra le prime in ambiente internistico. La storia clinica della malattia è altamente penalizzante per il paziente; infatti l'evoluzione della malattia comporta una progressiva limitazione dell'autonomia funzionale con grave deterioramento della qualità della vita. Le implicazioni socio-economiche di questa malattia cronica sono enormi in termini sia di costi previdenziali che di spesa sanitaria.

Si evidenzia, pertanto, l'esigenza di costruire all'interno dell'Azienda Sanitaria, coerentemente con gli atti di indirizzo regionali, un percorso assistenziale volto ad assicurare ai cittadini affetti da questa patologia di alto impatto sociale "l'accesso e la fruizione informata, condivisa e coordinata dei servizi sanitari e socio sanitari, in relazione agli accertati bisogni di salute"

E' essenziale quindi definire un protocollo di intervento integrato e condiviso fra territorio ed ospedale, al fine di dare sicurezza al paziente ed efficacia all'intervento terapeutico.

Il percorso che qui viene delineato ha prevalenti finalità assistenziali, ma è aperto anche ad elementi di ricerca scientifica volti a dimostrare l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza dell'intervento proposto.

Elementi di novità nel percorso:

- Il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei MMG sulle progettualità di erogazione dell'assistenza con criteri di medicina di iniziativa, anche attraverso modelli di formazione ed aggiornamento professionale.
- L'incentivazione e l'uso sperimentale fra i MMG, a cominciare dalle forme associative evolute, della piccola tecnologia diagnostica, quali strumenti per l'esecuzione in ambulatorio di curve flusso volume e per la valutazione della saturazione di O₂.
- La realizzazione, per la gestione della BPCO stabile, di un modello di struttura specialistica dedicata (c.d. AMBULATORIO BPCO), che, pur nascendo, in questa prima fase, in ambito ospedaliero, abbia una valenza prettamente territoriale (che possa, in futuro, anche pienamente integrarsi nelle costituenti Unità di Cure Primarie), e che sia di supporto al MMG non solo come consulenza specialistica pneumologica, ma anche come interfaccia con altre UO (cardiologia, radiologia, fisioterapia, ecc) nella erogazione di "pacchetti" di prestazioni specialistiche integrate.
- La organizzazione di una parte del percorso per fornire, attraverso protocolli condivisi e personale dedicato, adeguate risposte diagnostiche e terapeutiche alle situazioni critiche in caso di BPCO riacutizzate, evitando quanto più possibile il ricorso al ricovero ospedaliero, prevedendo come primo passo la strutturazione di un AMBULATORIO DELLA BPCO RIACUTIZZATA presso l'UO Pneumologia all'interno degli stabilimenti ospedalieri di Fivizzano e Carrara..
- La promozione di una modalità di lavoro multidisciplinare in rete e lo sviluppo di nuove competenze dell'infermiere nell'ambito delle cure primarie
- Il coinvolgimento, ove e quando possibile, per la gestione delle fragilità, delle opportunità offerte dal volontariato sociale e dal personale del Servizio Civile
- La promozione del self-management attraverso la formazione del paziente e dei familiari ed il loro coinvolgimento nel piano di cura

2. SCOPO

Offrire una migliore assistenza ai pazienti con BPCO, attivando tutte le risorse della comunità (gruppi di volontariato, gruppi di auto-aiuto, associazione pubbliche assistenze e misericordie ecc.) per aiutare il paziente a diventare il protagonista attivo dei processi assistenziali.

Direzione Sanitaria Aziendale	PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO BRONCOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA	CODICE	
		694DD003	
		REV 00 del	Pagina 3 di 9

Il percorso clinico proposto ha prevalenti finalità assistenziali ma contiene anche elementi di ricerca scientifica volti a dimostrare l'efficacia, efficienza ed appropriatezza dell'intervento sanitario.

Gli obiettivi clinici che il progetto si propone sono quelli di:

- pianificare il percorso territoriale del paziente BPCO clinicamente stabile articolato su:
 - attività di counselling e di monitoraggio ambulatoriale o domiciliare coordinato dal MMG
 - controlli clinici preordinati presso l'ambulatorio pneumologico
 - screening funzionale respiratorio precoce nei soggetti a rischio
- ottimizzazione il percorso intraospedaliero del paziente con BPCO riacutizzata, dalla fase diagnostica al domicilio, all'eventuale ricovero nel reparto di degenza sino alla dimissione ospedaliera. Obiettivo è gestire la riacutizzazione del paziente in regime ambulatoriale o day-service riducendo le ospedalizzazioni in accordo con il MMG.

Gli obiettivi scientifici che il progetto si propone sono quelli di:

- dimostrare che il percorso clinico nella sua fase attuativa può ridurre l'incidenza dei ricoveri ospedalieri nell'AUSL1 già nei primi 12 mesi di analisi
- dimostrare che il percorso clinico nella sua fase attuativa può ridurre il costo medio dell'assistenza (costi sanitari diretti ed indiretti) del paziente con BPCO di età ≥ 65 anni.
- migliorare la qualità della vita del paziente assistito

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente percorso si applica da parte degli operatori coinvolti, sia territoriali che ospedalieri, agli assistiti della nostra provincia per i quali ricorrano le seguenti condizioni:

- età ≥ 65 salvo eccezioni
- comorbidità
- carente supporto familiare e sociale
- non autosufficiente

4. RIFERIMENTI

- Piano Sanitario Regionale 2008-2010

5. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

6. RESPONSABILITÀ

Le responsabilità sono chiaramente individuate nel seguente paragrafo 7.

7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

7.1 LA GESTIONE ROUTINARIA DEL PAZIENTE CON BPCO

Fase 1

Il MMG:

Direzione Sanitaria Aziendale	PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO BRONCOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA	CODICE	
		694DD003	
		REV 00 del	Pagina 4 di 9

- Seleziona i possibili pazienti affetti da BPCO avvalendosi del criterio dell'abitudine tabagica (>15 pack-years) o della concomitante presenza di sintomi respiratori (tosse e dispnea da sforzo) e dell' abitudine tabagica non necessariamente quantificata.
- Compila il Registro di patologia
- Esegue un esame spirometrico presso il proprio studio (o in alternativa decide di inviare il paziente presso il laboratorio di fisiopatologia respiratoria per eseguire un esame spirometrico)
- Avvia il paziente ad uno dei percorsi della fase 2

Fase 2

- **Percorso bianco**
Se il paziente ha indici di funzionalità respiratoria nella norma o FEV₁ ridotto entro un limite >80% del predetto e FEV₁/FVC >70% il MMG può decidere di seguirlo autonomamente presso il proprio studio seguendo le linee guida GOLD.
- **Percorso azzurro**
Se il paziente presenta all'esame spirometrico una sindrome ostruttiva con un valore di FEV₁ compreso fra il 60% ed 80% del predetto il MMG conferma il valore con un esame spirometrico, eventualmente integrato da altri esami (emogasanalisi e Rx torace) presso il laboratorio di fisiopatologia respiratoria e può decidere di seguirlo autonomamente presso il proprio studio seguendo le linee guida GOLD.
- **Percorso giallo**
Se il paziente presenta all'esame spirometrico una sindrome ostruttiva con un valore di FEV₁ < 60% del predetto, il MMG lo indirizza all'AMBULATORIO BPCO, qualora non sia mai stato visitato in precedenza.
Lo specialista, al termine degli accertamenti, condivide con il MMG i programmi di trattamento e di follow-up del paziente.

Fase 3

In ogni caso, il MMG deve sempre valutare se vi siano condizioni tali da richiedere, anche attraverso l'AMBULATORIO BPCO, accertamenti per meglio definire il quadro clinico complessivo del paziente, ovvero:

- limitazione nell'attività motoria, valutata con lo score *activities of daily living* (ADL)
- insufficienza respiratoria, ipossiémica o ipossiémico-ipercapnica, valutata con pulsossimetria o emogasanalisi arteriosa
- cardiopatia ischemica o compromissione della funzione ventricolare sinistra. con ECG ed ecocardiogramma e v. specialistica cardiologica
- disturbi respiratori del sonno, con analisi della scala di Epworth e con visita di screening ed eventuale polisomnografia

per poter classificare il paziente in:

- *Broncopneuropatico senza comorbidità correlate alla BPCO*
- *Broncopneuropatico con comorbidità e/o insufficienza respiratoria*

in quanto il paziente con comorbidità (da trattare di conseguenza) e/o insufficienza respiratoria ipossiémica o ipossiémico-ipercapnica viene avviato al percorso giallo, indipendentemente dal valore di FEV₁ riscontrato.

Pertanto il paziente con

- valore di FEV₁ < 60% del predetto
- insufficienza respiratoria ipossiémico o ipossiémico-ipercapnica

Direzione Sanitaria Aziendale	PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO BRONCOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA	CODICE	
		694DD003	
		REV 00 del	Pagina 5 di 9

- insufficienza ventilatoria con FEV1 >60% pred, ma presenza di comorbilità viene seguito in collaborazione con l'AMBULATORIO BPCO che, oltre a fornire il necessario supporto specialistico pneumologico, diventa l'interfaccia tra le esigenze assistenziali del paziente e le strutture specialistiche aziendali (cardiologia, radiologia, fisioterapia, ecc) per fornire attraverso "pacchetti assistenziali" complessi.

Fase 4

Il MMG valuta, se necessario di concerto con gli infermieri dell'AMBULATORIO BPCO e/o il Servizio sociale e/o il Distretto, le ulteriori necessità assistenziali del paziente per programmare gli interventi adeguati alla loro particolare fragilità.

I pazienti identificati come "fragili" vengono inseriti, per il periodo opportuno, nel **percorso** descritto al **punto C**

7.2 LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON BPCO RIACUTIZZATA

7.2.1 L'approccio domiciliare

Il MMG in presenza di una riacutizzazione di BPCO

- inizia o aumenta la terapia con broncodilatatori
- prende in considerazione la terapia antibiotica
- rivaluta il paziente

In caso di risoluzione o miglioramento dei segni e sintomi, il MMG

- continua il trattamento riducendolo quando possibile
- in seguito rivede la terapia a lungo termine

Se il MMG non riscontra risoluzione o miglioramento:

- aggiunge corticosteroidi per os
- rivaluta dopo poche ore

In caso di mancato miglioramento, o peggioramento di segni e sinomi

- Invia il paziente all'ambulatorio della BPCO riacutizzata

7.2.2 L'Ambulatorio BPCO riacutizzata (Ospedali di Carrara e Fivizzano)

L'accesso all'ambulatorio può avvenire, dopo la visita al domicilio o ambulatoriale eseguita dal MMG, secondo le seguenti modalità:

- a seguito di invio diretto del MMG, previa compilazione di una scheda di invio nel caso il paziente sia visitato nella serata precedente l'invio all'ambulatorio
- a seguito di avviso telefonico del MMG, previa compilazione della scheda di invio
- a seguito di invio da PS

Fasi operativo dell'intervento

Fase 1:

- Il MMG attiva il percorso telefonando al numero verde dell'area sanitaria di riferimento (Carrara, Fivizzano) fra le ore 8,30 e le ore 13 e concordando l'accesso del paziente direttamente all'ambulatorio

Direzione Sanitaria Aziendale	PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO BRONCOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA	CODICE	
		694DD003	
		REV 00 del	Pagina 6 di 9

- Il MMG compila la richiesta di accesso sul ricettario del SSR
- Il MMG compila la scheda di accompagnamento
- Il paziente viene accompagnato all'ambulatorio dal familiare, o dall'ambulanza, o dal volontario del servizio civile
- Il medico può decidere di attivare il 118 per il trasporto in ospedale o attivare i volontari del servizio civile
- Il paziente viene accolto presso l'ambulatorio ed il personale infermieristico compila la scheda di accoglienza

Fase 2:

- Il medico specialista visita il paziente
- Il medico decide gli esami da eseguire (in particolare emogasanalisi arteriosa, spirometria) e, se necessario, Rx torace, prelievi per esami ematochimici, esame microbiologico dell'espettorato, eventuale ECG e compila le richieste con l'aiuto del personale infermieristico.
- Il paziente esegue gli esami prescritti ed il medico specialista valuta i referti degli esami prescritti e, in base alla severità del quadro clinico, decide il tempo di osservazione del paziente presso l'ambulatorio e se il paziente debba ricevere un trattamento farmacologico parenterale
- Qualora si individui la necessità di eseguire una terapia endovenosa broncodilatatrice-antibiotica si istituirà una regime assistenziale di "osservazione breve" (a Fivizzano) e day-service (a Carrara) ed il paziente sarà seguito in regime di osservazione della durata massima di 23 ore. Entro tale orario si deciderà se dimettere il paziente o se ricoverarlo in degenza ordinaria.

Fase 3:

- Il medico specialista quando ritiene che il quadro del paziente sia stabilizzato, concorda con il MMG l'avvio del paziente al domicilio
- Il medico compila un referto clinico e definisce la tempistica dei successivi controlli ambulatoriali
- Il medico compila la richiesta di farmaci sul ricettario del SSN e il volontario ritira i farmaci dalla farmacia dell'ospedale (nei presidi ove il servizio è disponibile) e li consegna al paziente
- L'infermiera definisce i tempi e le modalità di avvio del paziente al domicilio attivando eventualmente il trasporto in ambulanza o con il volontario
- L'infermiera si fa carico di prenotare gli ulteriori accertamenti (polisonnografia, ecocardiogramma, FKT per riallenamento allo sforzo) in relazione alla sospetta presenza di copatologie collegate alla BPCO
- Il paziente dimesso, in accordo con il MMG, può essere segnalato per il percorso "paziente fragile" o individuato per controlli domiciliari con volontario/infermiere dedicato o per l'inserimento in ADI.
- Il paziente, se non torna al domicilio in giornata, rimane in osservazione sino alla decisione di una dimissione con le modalità predette il giorno successivo o può essere definitivamente ricoverato

Protocollo

Criteri per decidere di tenere un paziente in osservazione per un tempo < 23 ore

Direzione Sanitaria Aziendale	PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO BRONCOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA	CODICE	
		694DD003	
		REV 00 del	Pagina 7 di 9

- Età avanzata
- Comorbidità importanti
- Aritmie cardiache
- Incertezza diagnostica
- Paziente noto per BPCO molto grave
- Insufficiente supporto familiare
- Riacutizzazioni frequenti
- Insufficienza respiratoria ($PaO_2 < 60$ mmHg se il pz non è in OTLT, incremento $PaCO_2$ rispetto all'ultimo controllo)

Criteri per ricoverare il paziente

- Mancata risposta al trattamento iniziale
- Grave dispnea a riposo
- Cambiamenti dello stato mentale (confusione, letargia, coma)
- PaO_2 basale < 40 mmHg
- $PaCO_2 > 60$ mmHg con acidosi respiratoria ($pH < 7,35$)
- Instabilità emodinamica

Criteri per dimettere il paziente senza ADI

- Terapia inalatoria e per via orale gestibile al domicilio
- Il paziente è capace di camminare nella stanza
- Il paziente è in grado di alimentarsi senza doversi interrompere per la grave dispnea
- Il paziente è clinicamente stabile ed i valori emogasanalitici arteriosi sono in miglioramento
- I familiari ed il paziente sono fiduciosi che il paziente possa essere trattato al domicilio

Criteri per dimetter il paziente in ADI

- Il paziente o i familiari che lo assistono non danno garanzie per la corretta assunzione della terapia
- Il paziente necessita di terapia EV

7.3 LA GESTIONE DELLE FRAGILITÀ DEL PAZIENTE E CON BPCO

Si individuano due tipi di fragilità:

1. fragilità clinica
2. fragilità sociale

1. La Fragilità Clinica

Criteri per definire una fragilità clinica nel paziente con BPCO

- Più di due ospedalizzazioni per BPCO riacutizzata nell'anno precedente
- Comorbidità importanti (es. grave scompenso cardiaco cronico)
- Paziente con ADL score ≤ 4
- Paziente in ventilazione meccanica domiciliare

Il MMG valuta insieme all'AMBULATORIO SCOMPENSO la pianificazione dell'intervento domiciliare attraverso l'attivazione di:

Direzione Sanitaria Aziendale	PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO BRONCOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA	CODICE	
		694DD003	
		REV 00 del	Pagina 8 di 9

- a) Accesso programmato dell'infermiere territoriale
- b) Inserimento del paziente in ADP o in ADI

a) Ruolo dell'infermiere nel controllo domiciliare programmato

- Controllo della corretta terapia assunta dal paziente
- Controllo dello stato clinico del paziente
- Somministrazione della scala BCSS

b) Criteri per l'inserimento del paziente in ADI

- Paziente con BPCO riacutizzata valutato presso l'ambulatorio della BPCO riacutizzata in cui si ritenga utile una terapia parenterale
- Paziente in dimissione dal reparto di degenza in cui si ritenga utile una terapia parenterale
- Paziente fragile in ossigenoterapia domiciliare a lungo termine e/o in ventilazione non invasiva
- Paziente con grave fragilità sociale

N. B.: Sono necessari per un intervento ADI programmato:

- Alloggio adeguato
- Familiari disponibili

Attivazione dell'ADI

Le figure istituzionali che possono attivare l'intervento ADI sono

- MMG in collaborazione con i medici ed infermieri del distretto
- Specialista in accordo con il MMG ed in collaborazione con i medici ed infermieri del distretto
- Assistente sociale in accordo con il MMG

Obiettivi dell'ADI

- 1) Terapia parenterale con somministrazione di antibiotici, steroidi, teofillinici con somministrazione al mattino e pomeridiana
- 2) Controllo al domicilio del paziente con esecuzione anche di indagini diagnostiche
 - Pulsossimetria
 - Emogasanalisi arteriosa
 - Controllo della corretta terapia assunta dal paziente
 - Controllo della corretta assunzione di ossigenoterapia a lungo termine e ventiloterapia domiciliare (include anche la prima visita di arruolamento)
- 3) Impostazione del ritorno al domicilio dei pazienti fragili o ad alta criticità
 - Visita di ispezione al domicilio
 - Incontro del care-giver
 - Training del care-giver in collaborazione con il personale infermieristico della degenza da cui proviene il paziente
 - Individuazione dei presidi ventilatori/ ausili alla motricità, etc.

Tale attività deve avvalersi, oltre che dell'infermiere domiciliare, anche dell'ausilio di personale OTA, del Servizio sociale e dei volontari individuati dall'Azienda per il percorso BPCO

2. La Fragilità Sociale

Criteri per definire una fragilità sociale nel paziente con BPCO

Direzione Sanitaria Aziendale	PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO BRONCOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA	CODICE	
		694DD003	
		REV 00 del	Pagina 9 di 9

- Il paziente o i familiari che lo assistono non danno garanzie per la corretta assunzione della terapia
- Il paziente è gravemente allettato per cui non può lasciare il domicilio per eseguire controlli ambulatoriali
- Il paziente necessita di un trasporto con autoambulanza per eseguire un controllo ambulatoriale
- Gravi condizioni sociali di abbandono
- Grave deterioramento cognitivo

Compiti dei Volontari nell'assistenza del paz. socialmente fragile

- Registrare la comparsa di segni e sintomi riportando il dato all'infermiere dedicato
- Segnalare eventuali problematiche legate alla fragilità
- Aiutare il paziente ad intraprendere uno stile di vita consono alle loro patologie
- Offrire supporto e "compagnia" per quei pazienti che ne sentano l'esigenza
- Garantire la continuità della terapia attraverso il controllo della regolare somministrazione, e la consegna a domicilio dei medicinali.
- Assistere i pazienti durante le visite del MMG e del personale infermieristico.
- Condurre il paziente fragile alle visite ambulatoriali con idonei mezzi di trasporto.
- Inserire, i dati raccolti a domicilio, con la supervisione dell'infermiere dedicato, nelle cartelle cliniche dell'Ambulatorio BPCO e del MMG,

8. ACCESSIBILITÀ/RISERVATEZZA

Il presente documento è accessibile a tutto il personale sanitario e non sanitario coinvolto.

9. ARCHIVIAZIONE

Il presente documento è archiviato in originale nel Manuale della Qualità Aziendale.