

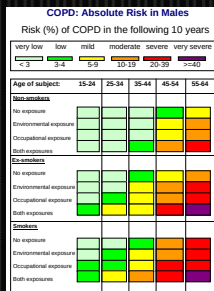
L'attività dei Medici di Medicina Generale per la prevenzione delle Malattie Respiratorie Croniche



Germano Bettoncelli

Roma 20/03/2013

LINEE GENERALI DI PREVENZIONE E ASSISTENZA ALLE MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE



QUESTIO-
NARIO



CARTE DEL
RISCHIO

DIAGNOSI
PRECOCE

Cura integrata
territ. -osp.

Pneumologia
riabilitativa

Trattamento
ospedaliero

Assistenza
domiciliare

Cura integrata
territ. -osp.

Pneumologia
riabilitativa

Trattamento
Ospedaliero

Cure di
fine vita

Popolazione
generale

**Persona
A rischio**

Persona
malata

Persona
invalida

Decesso

Cessazione del fumo

Educazione alla salute

Educazione alla malattia

Controllo dell' inquinamento interno e esterno

Il fumo è un problema centrale per il MMG naturalmente legato al contesto in cui opera

- **Fattore di rischio decisivo per più patologie**
- **Problema trasversale per il singolo paziente e per la sua famiglia**
- **Strategie di intervento modulabili in relazione alla disponibilità del paziente in quel dato momento**
- **Estensione nel tempo della relazione e dell'intervento**

Una popolazione molto vasta di fumatori afferisce all'ambulatorio del MMG

Un MMG con 1500 scelte (età >14 anni) conta tra i suoi assistiti:

300 - 400	fumatori
1000 - 1200	non fumatori

... oltre a

200 - 300	assistiti di età compresa tra i 14 e i 18 anni
-----------	--

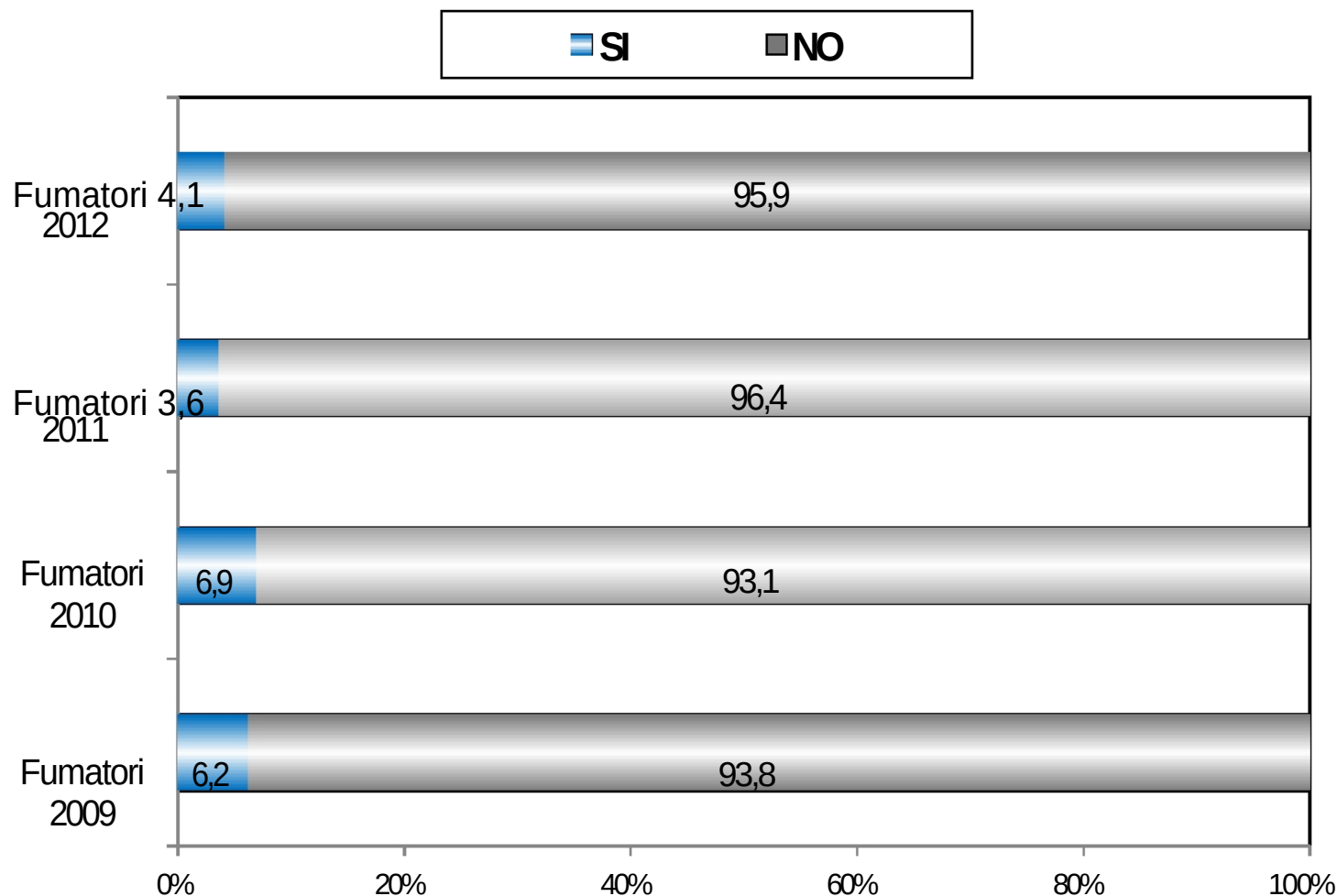
**L'80% degli assistiti si reca almeno una volta
all'anno dal proprio MMG, con una media di
2,3 visite/anno per assistito**

Motivazioni che hanno spinto i fumatori a smettere nell'ultimo anno

motivi di salute	41,5
maggior consapevolezza dei danni/ fa male	29,4
non volevo essere schiavo di un vizio	9,6
imposto da partner/ familiari	6,0
costo eccessivo/ per risparmiare	4,9
per i divieti	3,5
non mi piaceva più/mi dava fastidio	2,6
me l'ha raccomandato il medico	2,3
altro motivo	1,0
gravidanza/ nascita figlio	0,0

Fonte: elaborazione OssFAD – ISS su dati DOXA

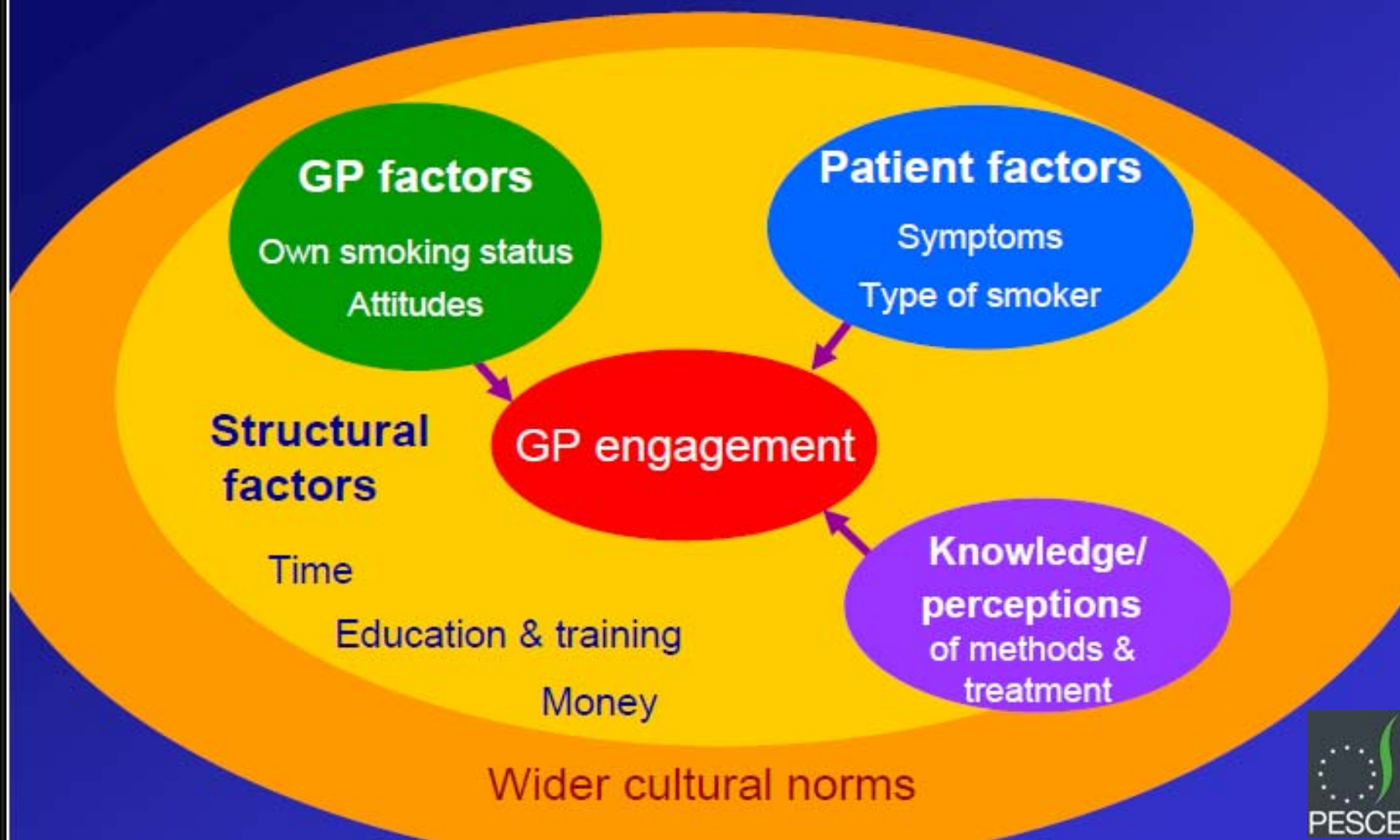
Quanti chiedono l'aiuto del medico di famiglia per smettere



*Sono invece il **14%** i fumatori a cui è capitato nel corso degli ultimi 12 mesi che il proprio medico suggerisse spontaneamente di smettere di fumare*

*(Nel **2011** erano il **18,3**, nel **2010** erano il **17.3%** e nel **2009** erano il **20.0%** dei fumatori)*

Factors influencing GPs' engagement



Fumo: approccio in termini di popolazione

Carichi di lavoro per 1500 assistiti

Fornire un “**avviso minimo**” ad ogni fumatore

- Tempo necessario: 3 min/assistito circa
- Tempo totale per 390 assistiti = 1170 min = 20 ore circa = 1 sett. di studio (5 gg/7) a 4 ore al giorno = 2% di un anno di attività ambulatoriale

Intensità dell'intervento in funzione della stratificazione del rischio personale

Tabella Rischio assoluto di BPCO nella popolazione maschile

Probabilità di contrarre la condizione patologica nei 10 anni successivi all'età attuale del soggetto, in funzione dei fattori di rischio considerati.

ETÀ DEL SOGGETTO	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Non fumatori					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
Ex fumatori					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
Fumatori					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					

LIVELLI DI RISCHIO - IN PERCENTUALE

Tabella Rischio relativo di BPCO nella popolazione maschile

Numero di volte in più che il soggetto rischia di ammalarsi nei 10 anni successivi all'età attuale, rispetto ai non fumatori non esposti.

ETÀ DEL SOGGETTO	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Non fumatori					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
Ex fumatori					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
Fumatori					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					

LIVELLI DI RISCHIO - IN PERCENTUALE

MOLTO BASSO	BASSO	LIEVE	MODERATO	ALTO	MOLTO ALTO
1	1-2	2-3	3-4	4-5	≥5

Tabella Rischio assoluto di BPCO nella popolazione femminile

Probabilità di contrarre la condizione patologica nei 10 anni successivi all'età attuale del soggetto, in funzione dei fattori di rischio considerati.

ETÀ DEL SOGGETTO	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Non fumatrici					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
Ex fumatrici					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
Fumatrici					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					

LIVELLI DI RISCHIO - IN PERCENTUALE

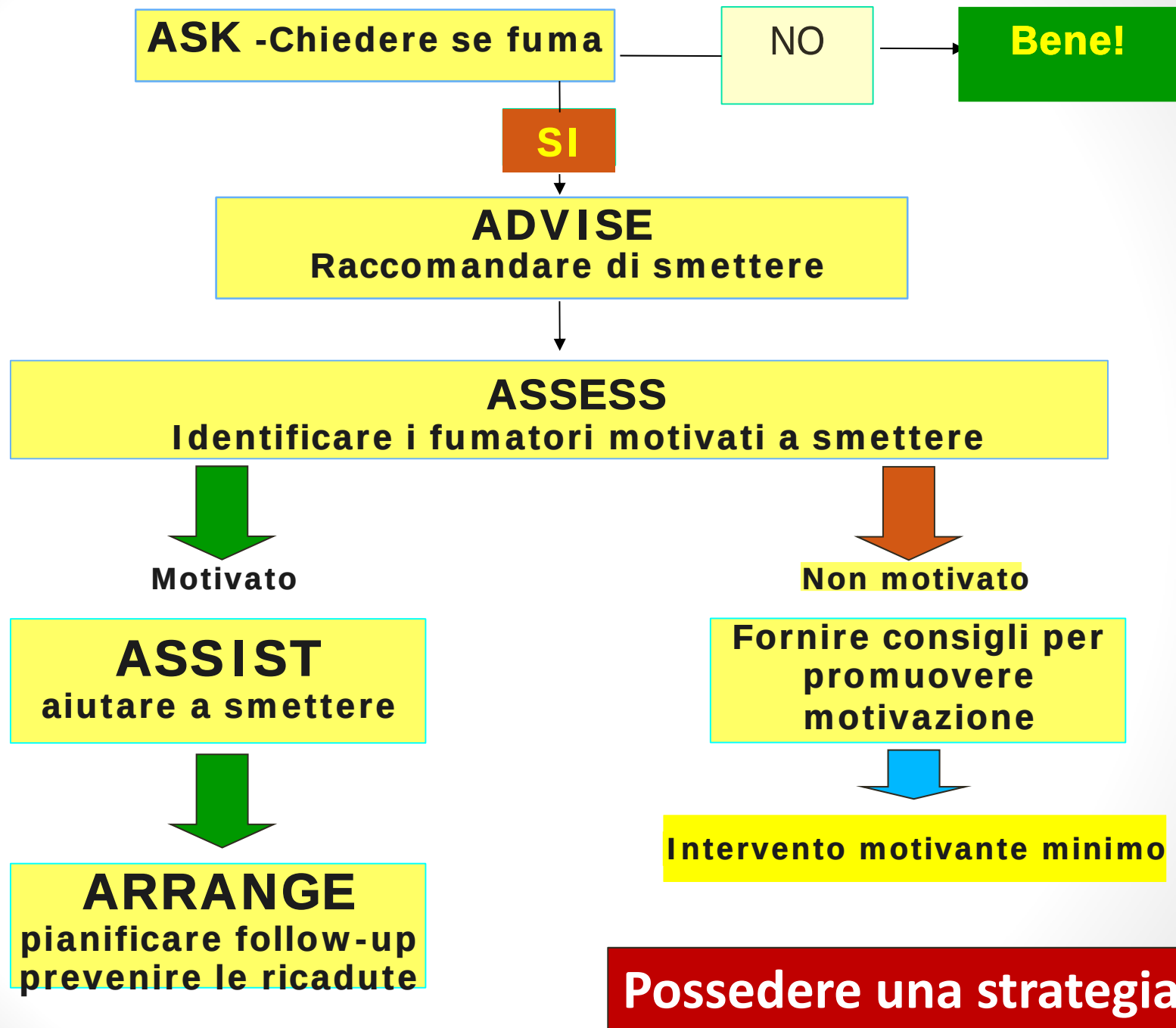
Tabella Rischio relativo di BPCO nella popolazione femminile

Numero di volte in più che il soggetto rischia di ammalarsi nei 10 anni successivi all'età attuale, rispetto ai non fumatori non esposti.

ETÀ DEL SOGGETTO	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Non fumatrici					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
Ex fumatrici					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
Fumatrici					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					

LIVELLI DI RISCHIO - IN PERCENTUALE

MOLTO BASSO	BASSO	LIEVE	MODERATO	ALTO	MOLTO ALTO
1	1-2	2-3	3-4	4-5	≥5



Strategie & organizzazione

Medico singolo



avviso minimo dato a tutti
i fumatori

Medico con personale



avviso minimo dato sia dal
medico che dal personale

Medico con personale



avviso minimo dal personale,
counseling da parte del medico

Interventi educativi del MMG
per gruppi di pazienti

La cartella clinica informatizzata come strumento di supporto professionale del MMG

PROVA Adamo 21-05-58 Età 54 < 6 esenzioni > PRVDMAS8E21D940I - 000XX000 [GN LC BTTN]

Paziente Medico Schede Cambia Stampa Test Linee guida Viste Scambio dati Extended Altro ?

Principali Aperti Chiusi (4) Tutti

[Nuovo problema](#)

Diario

Procedure di prevenzione

- ☀ intolleranza al glutine
- ☹ ... (3 intolleranze)
- ★ 07 IPERTENSIONE ARTERIOSA
- ★ 07 DIABETE MELLITO TIPO II
- ★ 07 COXARTROSI SX

	Descrizioni	
27.02.07	↔ cefalea insorta da una settimana.....(è il solito pz che rompe.....n.d.r.)	S
	☐ non segni neurologici patologici	O
	☐ consegnato diario cefalea - tornerà con il diario compilato	P
21.02.07	☐ padre madre e sorella	V
12.11.76	☐ HA INIZIATO A 19 ANNI FUMANDO IN MEDIA CIRCA 15 SIGARETTE AL DI PER 35 ANNI - TOTALE 26,25 (35X15/20)	V

Misurare Pressione

Terapie Richieste Vaccini consigli mBds

	Farmaci	n°	Posologia	E	T	
22.05.07	☐ NEORECORMON*IV SC 1SIR 4000UI	1	UNA DOPO C	C2	A	
15.05.07	☐ ARAVA*3CPR RIV 100MG	1		CD	A	
	☐ VELAMOX*12CPR DISP 1G	1		CD	A	

Accertamenti Pressione Certificati Esenz. Intolleranze Allegati

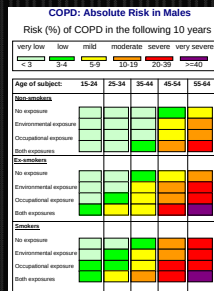
	Accertamenti	Risultato	es	O	N	E	Tipo	S
04.03.13	✓ ALCOOL	220		●			STI	N
	✓ FUMO sigarette al giorno	15					STI	N
	✓ FUMO	2		●			STI	N
	✓ ATTIVITA' FISICA	Leggera					STI	N
24.05.07	TRIGLICERIDI						00	A
	TRANSAMINASI GOT (AST)						00	A
	EMOCROMOCITOMETRICO (EMOCROMO+FORMULA)						00	A
	GLUCOSIO (GLICEMIA)						00	A
	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO						00	A
	TRANSAMINASI GPT (ALT)						00	A
	CREATININA						00	A
	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (GAMMA GT)						00	A
	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)						00	A

(zoom) Problema associato: [SOSPETTO DOLORE ARTICOLARE](#) (Ultima modifica: Gian Luca Bettini)

PROVA Adamo 21-05-58 Età 54 < 6 esenzioni > PRVDMAS8E21D940I - 000XX000 [GN LC BTTN] (2,5/0,50)

Start | es... | PR... | Mille... | Ges... | R.R... | MIL... | Pre... | fumo | ALC... | IT | 23:34

LINEE GENERALI DI PREVENZIONE E ASSISTENZA ALLE MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE



QUESTIO-
NARIO



CARTE DEL
RISCHIO

DIAGNOSI
PRECOCE

Cura integrata
territ. -osp.

Pneumologia
riabilitativa

Trattamento
ospedaliero

Assistenza
domiciliare

Cura integrata
territ. -osp.

Pneumologia
riabilitativa

Trattamento
Ospedaliero

Cure di
fine vita

Popolazione
generale

Persona
A rischio

Persona
malata

Persona
invalida

Decesso

Cessazione del fumo

Educazione alla salute

Educazione alla malattia

Controllo dell' inquinamento interno e esterno

Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva

Linee guida nazionali di riferimento
per la prevenzione e la terapia

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease



GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS,
MANAGEMENT, AND PREVENTION OF
CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

REVISED 2011

American Thoracic Society Doc

An Official American Thoracic Society Respiratory Society Statement: Asthma and Exacerbations

Standardizing Endpoints for Clinical Asthma Trials

Helen K. Beebe, D. Robin Taylor, Eric O. Bateman, Louis-Pierre Boulet, Thomas B. Casale, Pascal Chavrier, Paul L. Enright, Peter G. Gibson, John Douglas G. Laitinen, Mark L. Levy, Paul M. O'Brien, Martin K. Partridge, Peter J. Stolk, Stuart W. Stukoff, Sean D. Sullivan, Stanley J. Szefler, Mike on behalf of the American Thoracic Society/European Respiratory Society Task Force on Exacerbations

THIS JOINT STATEMENT OF THE AMERICAN THORACIC SOCIETY AND EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY WAS ISSUED ON MARCH 13, 2009 AND IS THE PROPERTY OF THE AMERICAN THORACIC SOCIETY AND EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY.

CONTENTS

Introduction

Aims of the Task Force

Membership of the Task Force

Scope of the Task Force Work

Methodology

Definitions of Asthma Control and Asthma Severity

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

Exacerbations

101

British Guideline on the Management of Asthma

A national clinical guideline

May 2008

Issue date: June 2010

Chronic obstructive pulmonary disease

Management of chronic obstructive
pulmonary disease in adults in primary
and secondary care (partial update)
This guideline partially updates and
replaces NICE clinical guideline 12

NICE clinical guideline 101
Developed by the National Collaborating Centre for Acute and Chronic Conditions

RECOMMENDATIONS FOR THE MANAGEMENT OF Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) 2008 Update



LA GESTIONE CLINICA
INTEGRATA DELLA BPCO

Le Linee Guida...

Contengono una risposta a tutti i bisogni dei pazienti?

Sono trasferibili in tutti i setting assistenziali?

Aiutano l'integrazione tra le diverse figure?

Definiscono outcomes realisticamente raggiungibili?

Tengono conto delle risorse disponibili?

Le riduzioni del fondo sanitario 2012

2012	2013	2014	2015
900 mln	1,8 mld	2 mld	2,1 mld

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale", n. 245 del 19 ottobre 2012 - Serie generale

Sped. abb. post. - n. 1, comma 1
Legge 77-02-1980, n. 40 - Filiale di Roma

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

PARTE PRIMA Roma - Venerdì, 19 ottobre 2012

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA SANITÀ - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGE E DECRETI - 00187 ROMA, TO - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELL'INTERIORE - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGE E DECRETI - 00187 ROMA, TO - 00186 ROMA
PIRELLA GÖTTSCHE LOWE

N. 194/L

DECRETO-LEGGE 18 ottobre 2012, n. 179.

Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese.

DECRETO-LEGGE 13 settembre 2012, n. 158
Disposizioni urgenti per promuovere lo
sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello
di tutela della salute. (12G0180)

Riduzione dei posti letto ospedalieri a 3,7%



Quale modello assistenziale sul territorio?

Un conto è avere a che fare con un paziente...

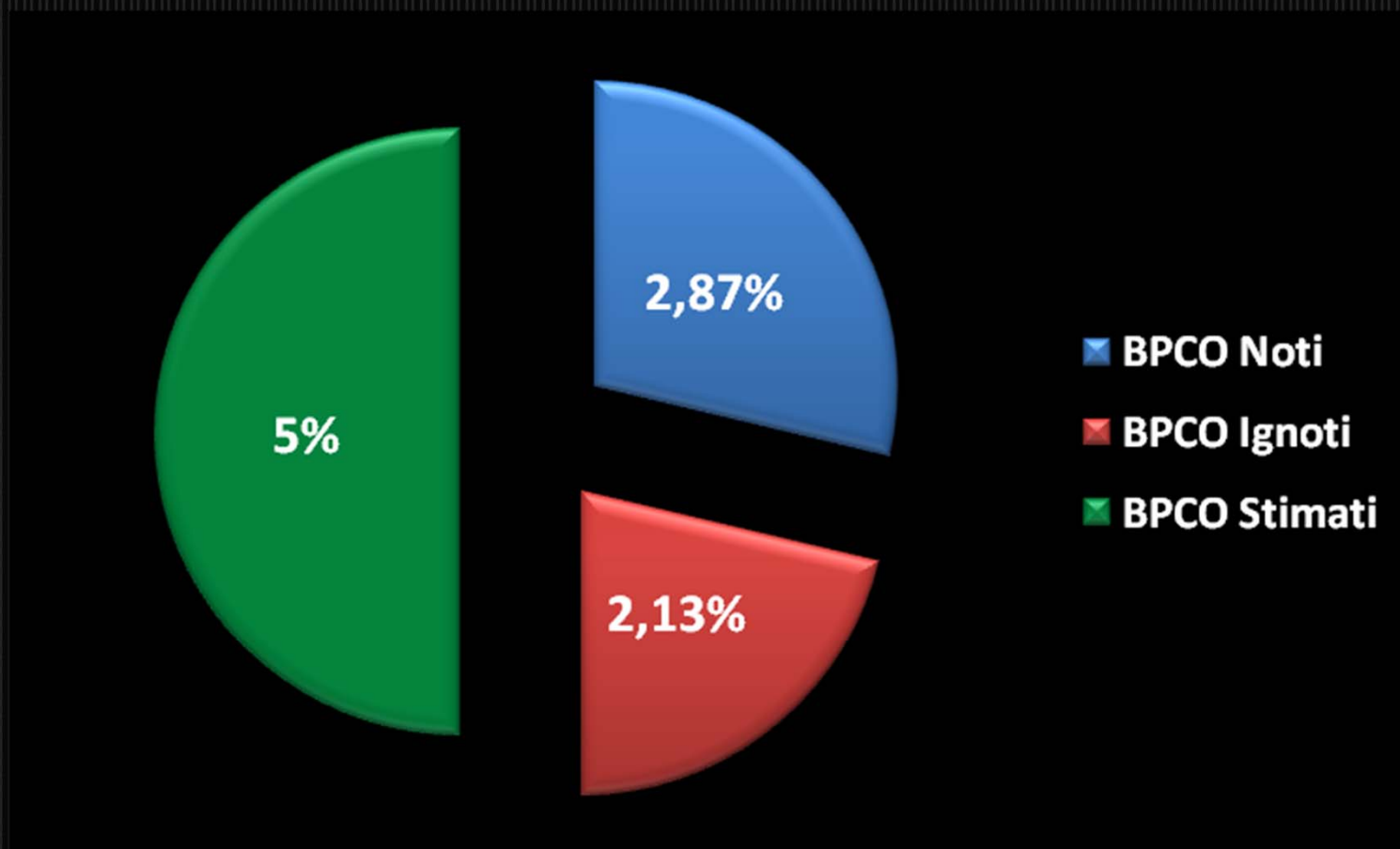
The Pink Puffer



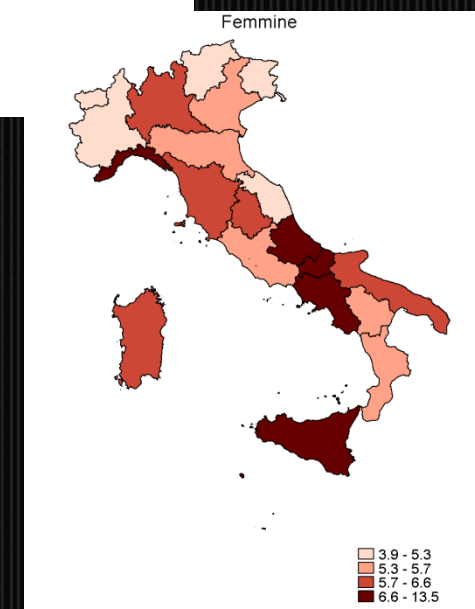
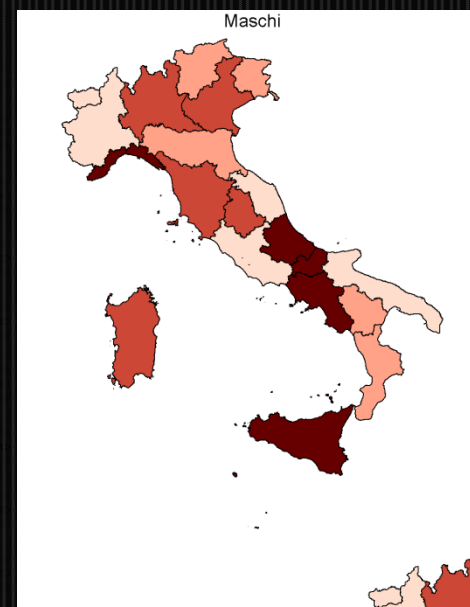
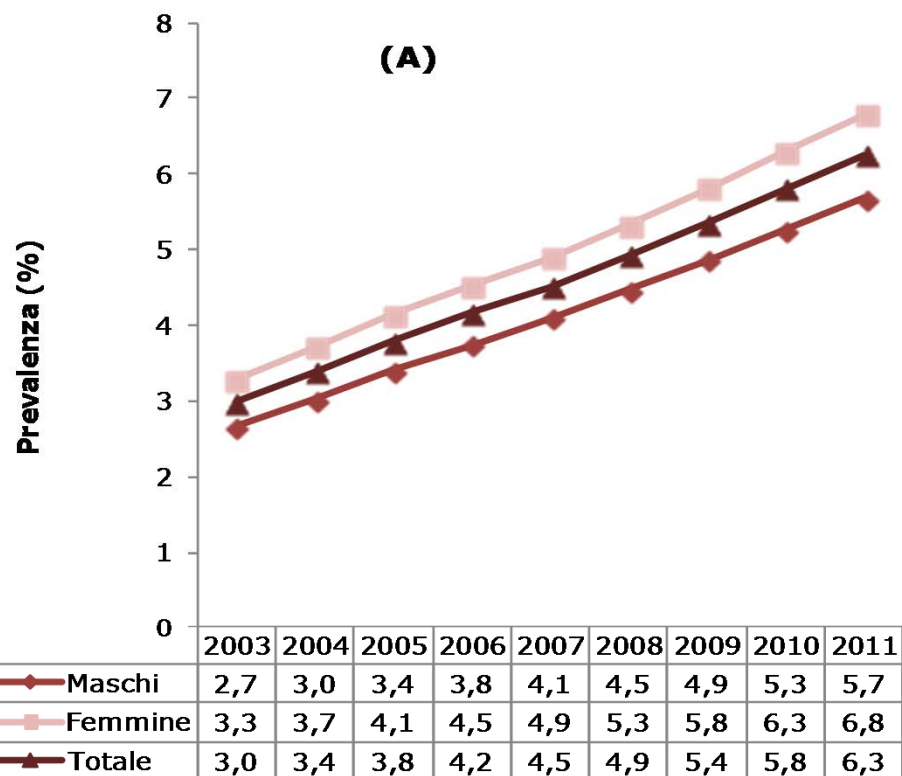
The Blue Bloater

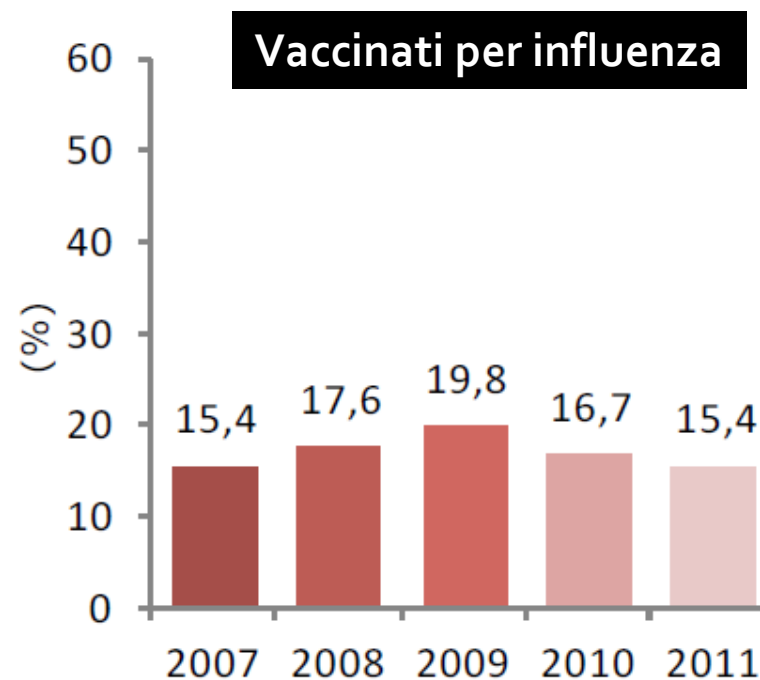
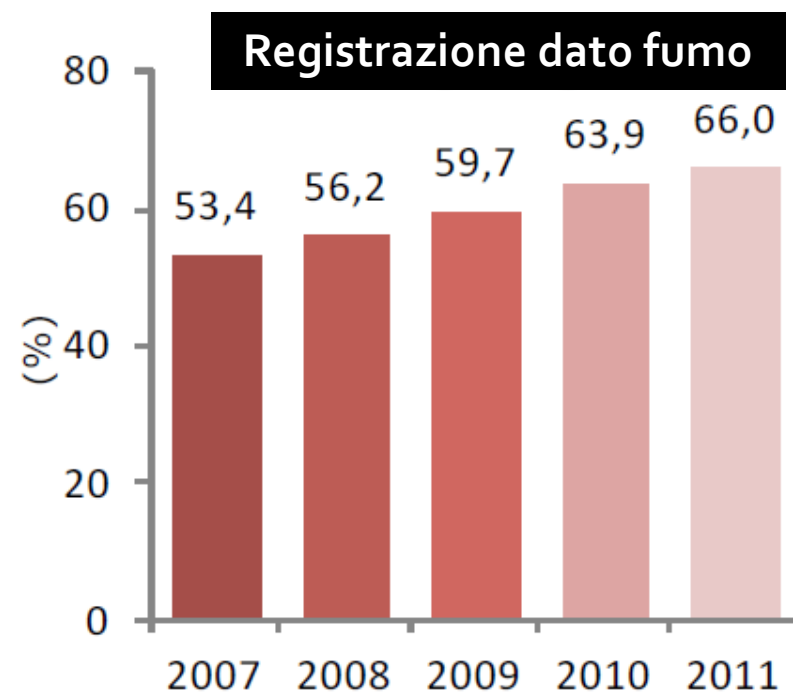
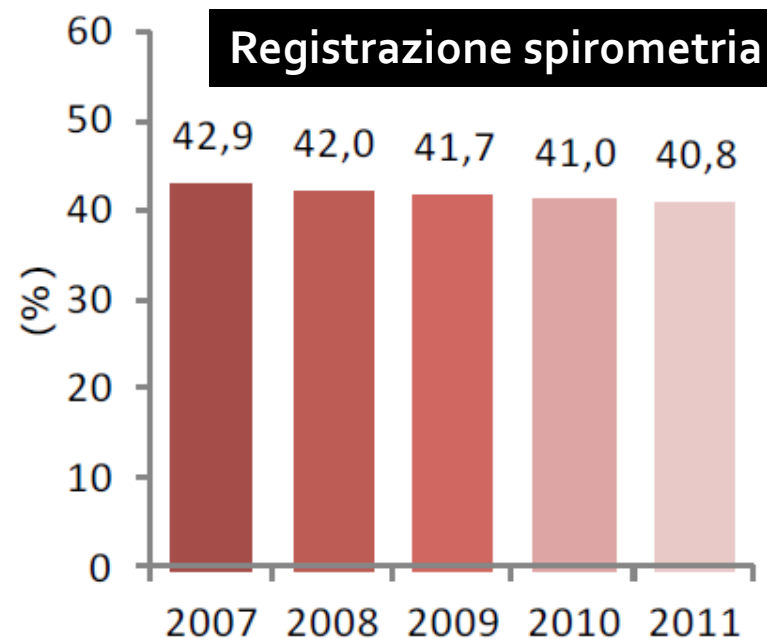
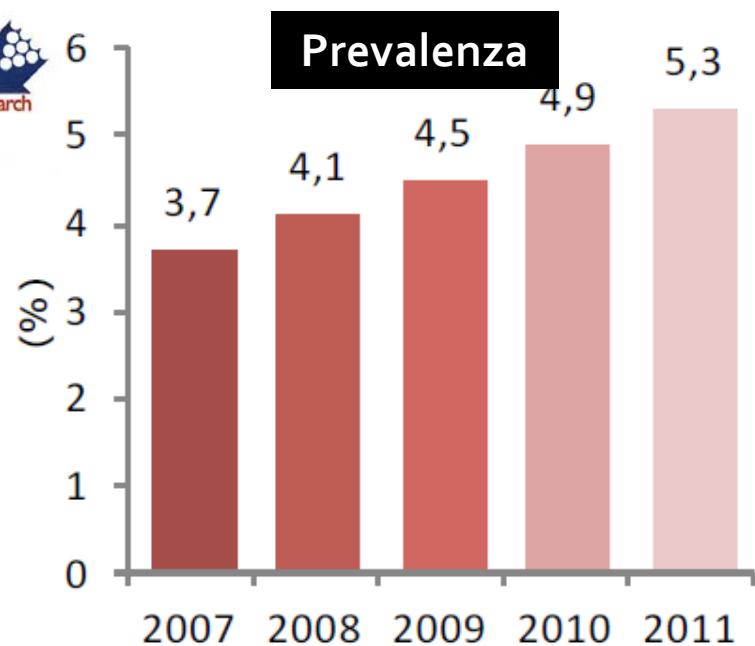


...un conto è guardare al problema
in termini di popolazione



Prevalenza (%) “lifetime” di asma bronchiale standardizzata per fasce d’età: analisi per sesso (anni 2003-2011)





Criticità

I pazienti asmatici sono spesso sottostimati, mentre sono presenti talora diagnosi "improprie" che possono sottendere una diagnosi di asma, come:

- bronchite asmatica
- bronchite asmatiforme
- bronchite con componente broncospastica
- attacco d'asma
- altre patologie respiratorie

In questi pazienti frequentemente la sintomatologia viene "controllata" in maniera impropria con l'utilizzo di soli broncodilatatori short-acting.

Asma & overdiagnosis



[Aaron SD](#), [Vandemheen KL](#), et al. Overdiagnosis of asthma in obese and nonobese adults. [CMAJ](#). 2008 Nov 18;179(11):1121-31. doi:10.1503/cmaj.081332.

About one-third of obese and nonobese individuals with physician-diagnosed asthma did not have asthma when objectively assessed. This finding suggests that, in developed countries such as Canada, asthma is overdiagnosed.



[Luks VP](#), [Vandemheen KL](#), [Aaron SD](#). Confirmation of asthma in an era of overdiagnosis. [Eur Respir J](#). 2010 Aug;36(2):255-60.

F revalenza (%) di soggetti con diagnosi di asma bronchiale che non ricevono nessun trattamento con farmaci respiratori

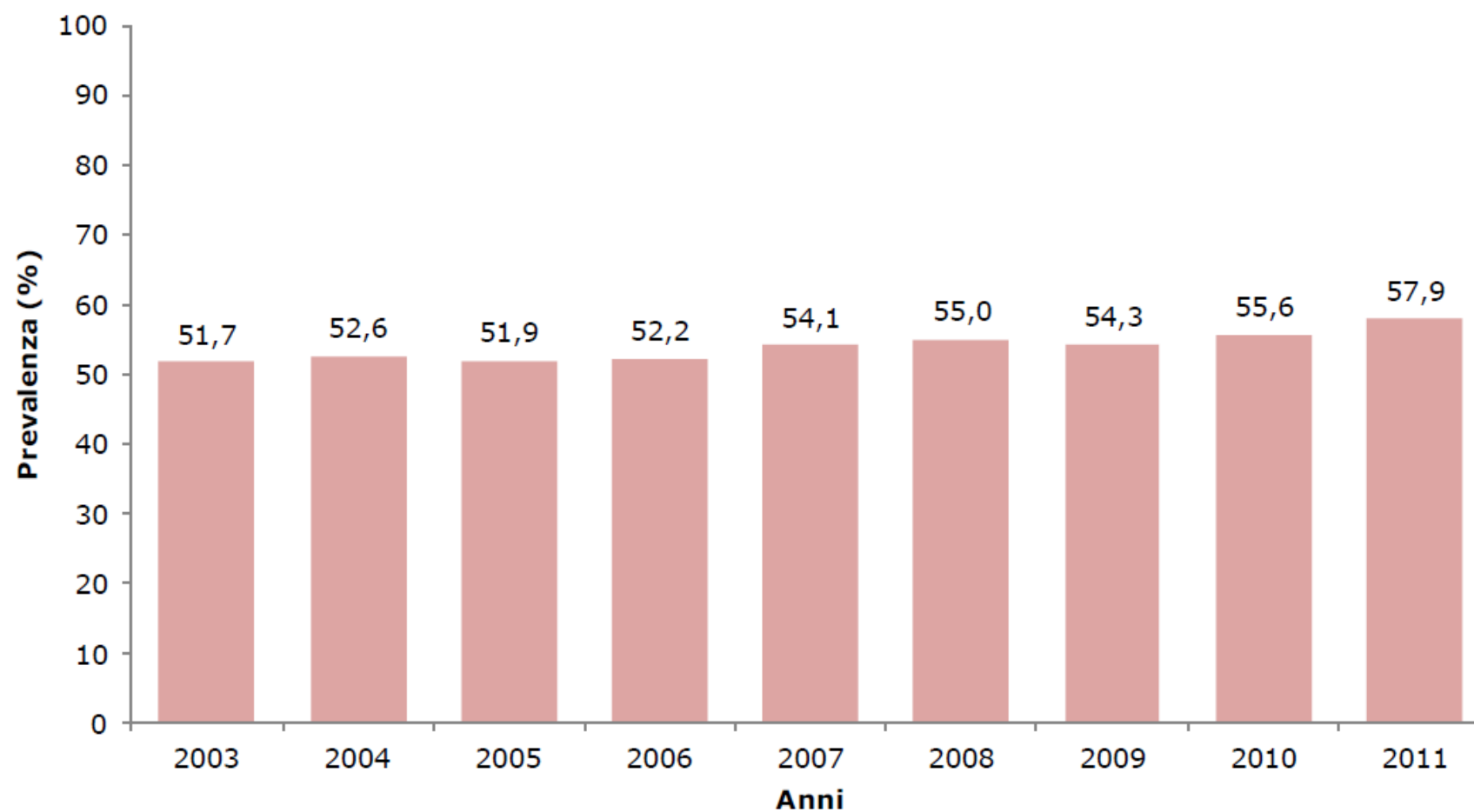


Tabella 5.8f Prevalenza d'uso (%) di farmaci respiratori in soggetti con diagnosi di asma bronchiale: analisi per area geografica, sesso, fasce d'età ed anni dalla diagnosi (anno 2011)

ANALISI GEOGRAFICA	trattati					non trattati
	ASS (%)	BRO (%)	ICS (%)	XAN (%)	LEUK (%)	
Piemonte/Val d'Aosta	38,3	37,9	16,9	4,6	1,8	43,2
Liguria	34,9	31,4	18,5	9,6	2,3	46,4
Lombardia	29,8	32,3	16,2	5,5	1,9	50,6
Trentino/FVG	38,1	36,1	19,9	3,5	1,1	44,1
Veneto	41,9	41,7	21,8	7,8	2,7	36,0
Emilia-Romagna	30,8	27,8	17,5	5,8	2,0	51,1
NORD	33,7	33,5	17,8	5,8	1,9	47,1
Toscana	27,9	27,9	13,6	2,9	0,9	53,5
Marche	36,3	26,2	13,2	6,9	1,8	47,7
Umbria	34,5	34,6	20,3	7,3	1,2	45,5
Lazio	28,6	28,9	20,6	4,7	2,9	51,6
CENTRO	30,4	29,2	17,8	5,0	2,0	50,6
Abruzzo/Molise	32,3	22,8	20,1	8,2	2,5	49,8
Puglia	36,4	26,8	24,6	14,7	2,2	45,6
Campania	29,1	27,4	21,7	12,8	2,1	49,9
Basilicata/Calabria	27,8	23,8	16,7	12,5	2,3	50,0
Sicilia	36,3	26,3	26,2	7,7	2,5	46,3
Sardegna	36,4	35,7	18,9	3,3	2,8	45,2
SUD E ISOLE	32,4	26,5	22,3	11,3	2,3	48,2
ITALIA	32,6	29,5	19,9	8,3	2,1	48,2
ANALISI PER GENERE						
Maschi	32,7	31,1	19,1	8,5	1,5	48,0
Femmine	32,4	27,3	21,0	7,9	3,0	48,4
ANALISI PER ETÀ						
15-44	16,4	12,0	11,9	2,9	2,4	69,8
45-64	26,8	21,7	16,1	5,3	3,0	56,9
65-74	35,0	32,9	20,6	8,3	2,1	45,2
>=75	35,7	33,4	22,3	10,4	1,6	43,2
ANNI DALLA DIAGNOSI						
1	31,1	29,1	19,2	6,6	2,2	48,0
2-4	29,7	27,8	18,3	6,4	1,9	50,9
>= 5	33,8	30,2	20,6	9,1	2,2	47,2

ASS: Associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori; BRO: Broncodilatatori; ICS: Corticosteroidi inalatori; XAN: Xantine; LEUK: Antileucotrieni





Key Message

**“Family physicians have a
pivotal role in the
management of COPD”**



Key Message

“Most patients with COPD are not diagnosed until the disease is well advanced. Spirometry targeted at individuals who are at risk for COPD can establish an early diagnosis.”

**“Family physicians have a pivotal role
in the management of COPD”**

Tinkelman D.G, Price D.B, Nordyke R.J, Halbert R.J.
COPD screening efforts in primary care:
Primary Care Respiratory Journal (2007) 16 (1): 41-48

Screening of smokers over 40 in general practice may yield 10-20% undiagnosed COPD cases, with a substantial proportion of these having moderate to severe disease. Earlier diagnosis through targeted case-finding will allow early, aggressive smoking cessation efforts and may lead to a reduction in the burden of COPD symptoms and a reduced impact of the disease on health-related quality of life in these patients

**Circa l'80% dei pazienti con malattie respiratorie croniche,
in particolare asma e BPCO vengono curati
in Medicina Generale** *Br J Gen Pract 1996;46:277-81*

In media un MMG oggi conosce:

circa **40** pazienti con diagnosi di
BPCO su **1.500** assistiti...

ma...solo **1** paziente su **3** ha
eseguito una spirometria ed una
visita specialistica...

**E almeno 30-40 dei suoi
pazienti non sanno di
avere una BPCO...**

- (1) Ricerca attiva dei sintomi, anche con questionari "ad hoc", ogni 1-2 anni, se presente rischio (vedi appendice 1);
 (2) Utilizzo carte del rischio CNR-ISS (vedi appendice 2);
 (3) Spirometria semplice;
 (4) Spirometria globale (con determinazione del volume residuo);
 (5) Per altre malattie respiratorie o di altri apparati

FLOW-CHART 2. PROPOSTA DI PERCORSO DIAGNOSTICO E DI CASE FINDING DELLA BRONCO-PNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA

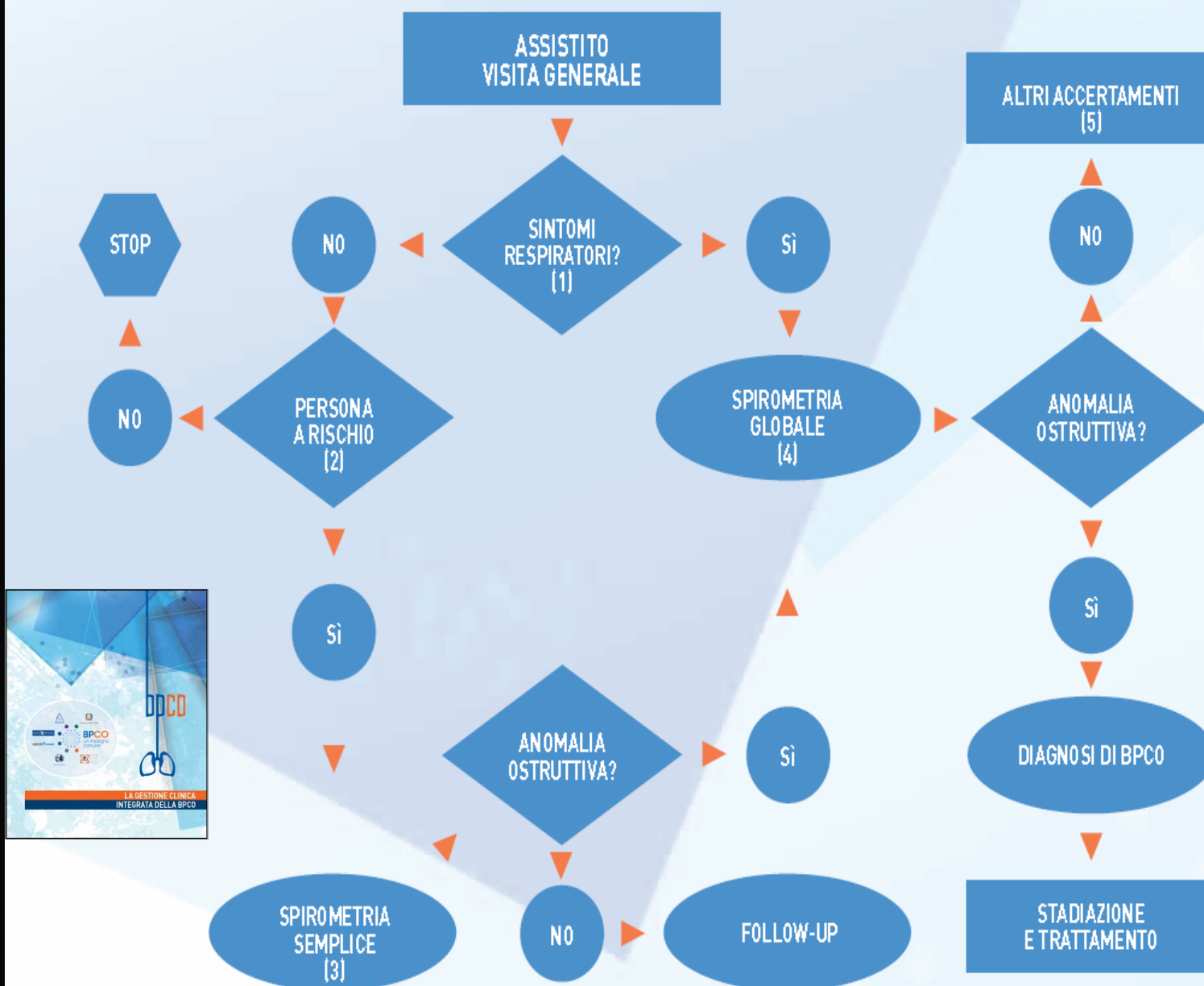
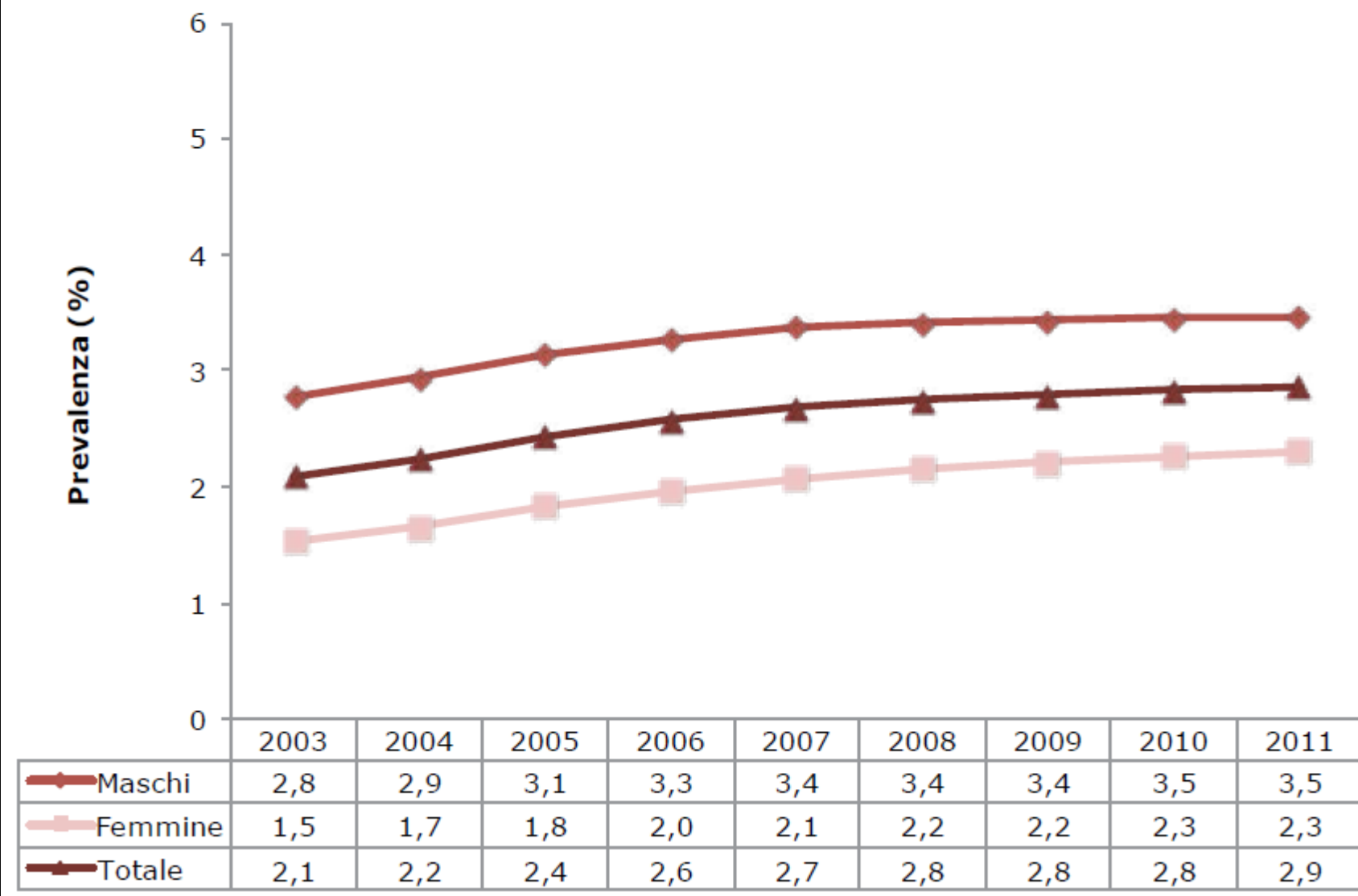
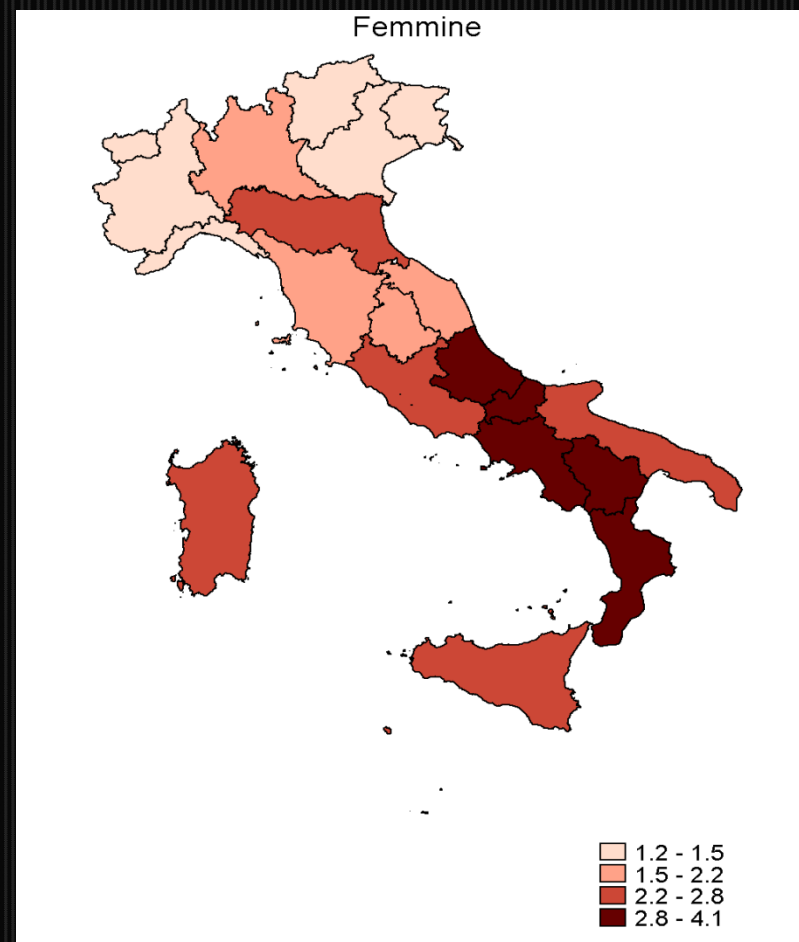
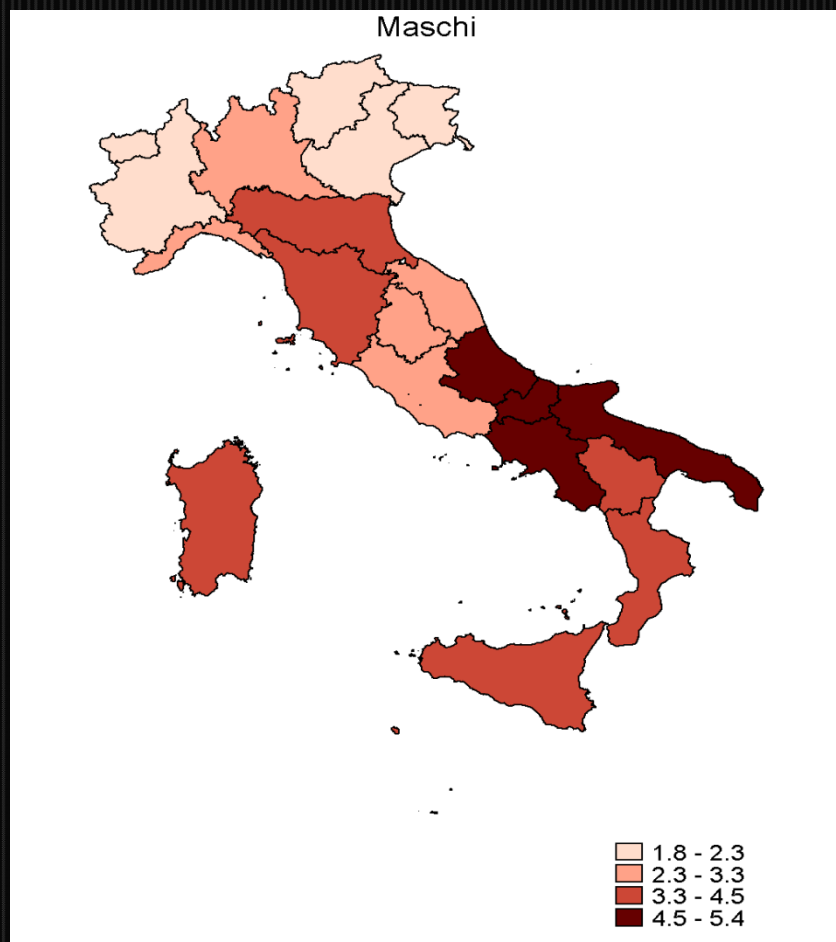


Figura 5.7a Prevalenza (%) "lifetime" di BPCO standardizzata per fasce d'età: analisi per sesso (a 2003-2011)

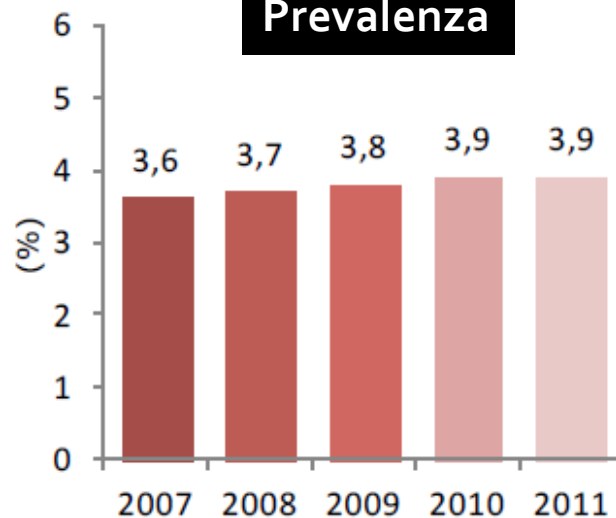


Prevalenza (%) "lifetime" di BPCO standardizzata per fasce d'età: analisi per Regione (anno 2011)

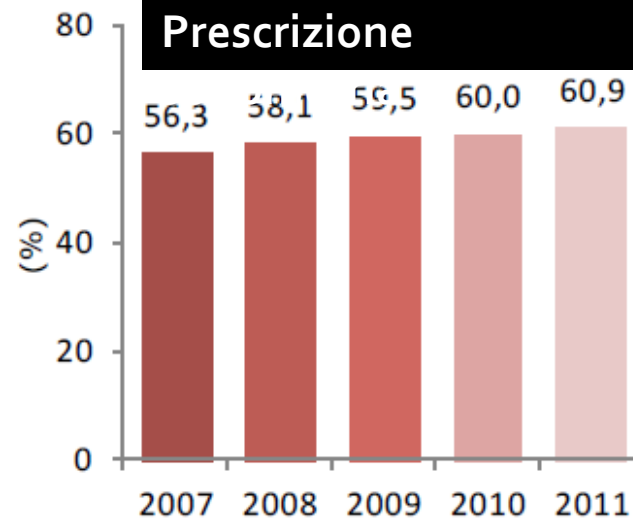


Area Pneumologica: indicatori di processo (anni 2007 - 2011)

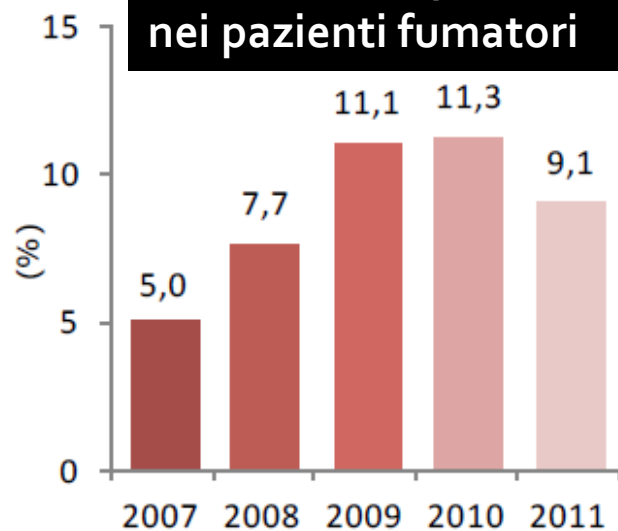
Prevalenza



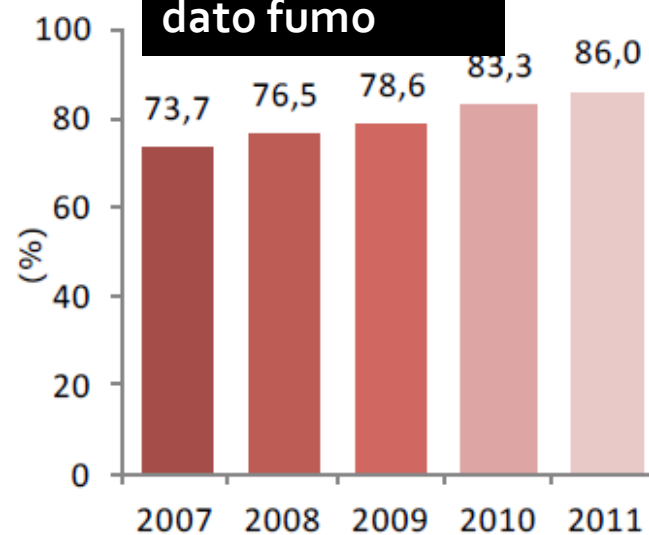
Prescrizione



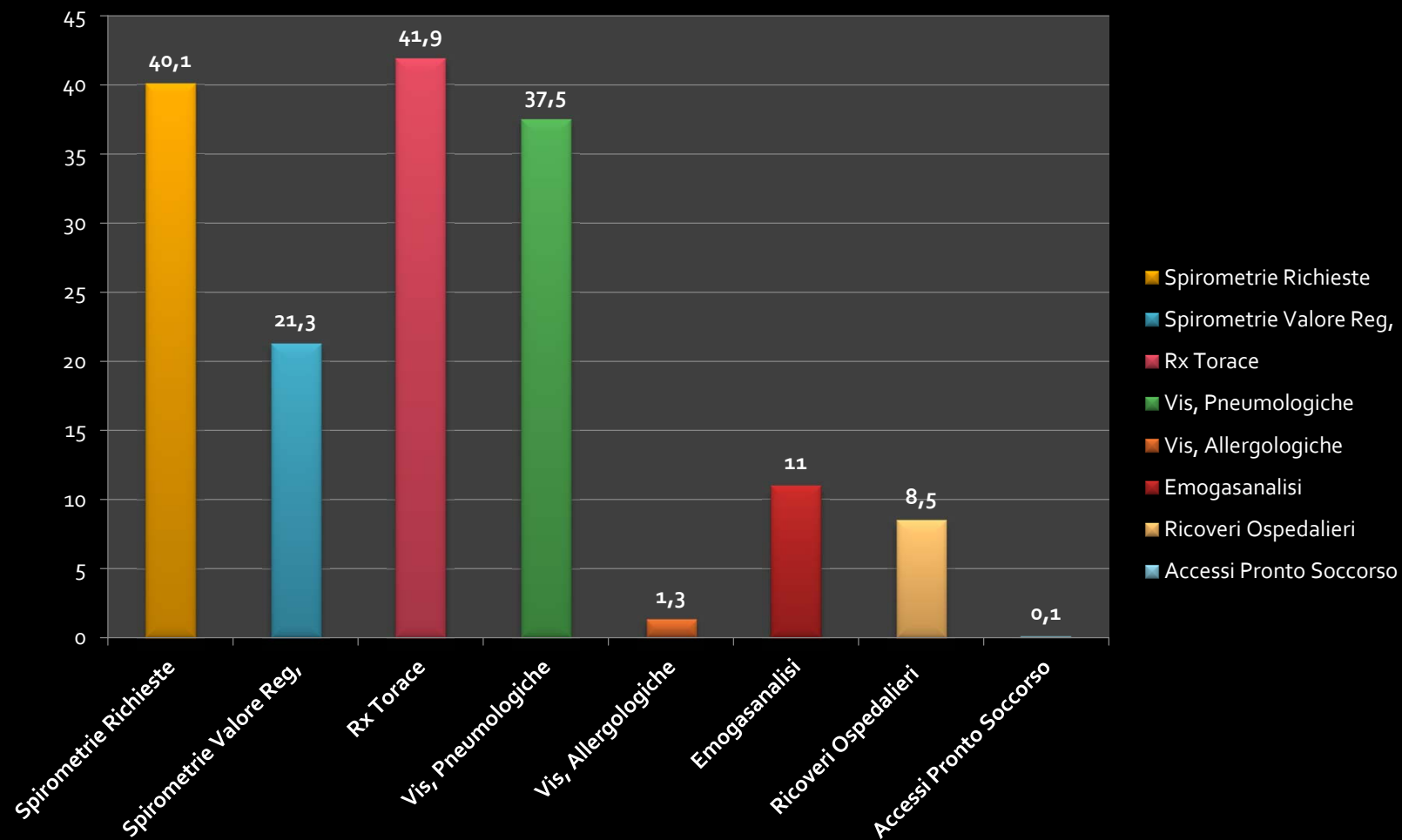
Prescrizione spirometria nei pazienti fumatori



Registrazione dato fumo

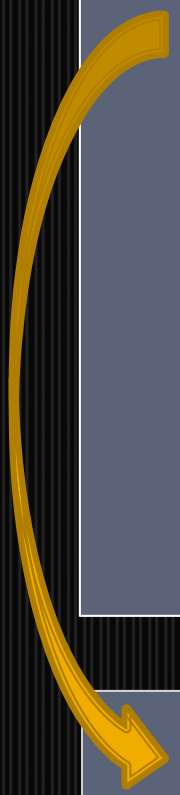


Accertamenti (%) in pazienti BPCO dopo la diagnosi (almeno una richiesta)



[Sichletidis L](#), et al. The validity of the diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease in general practice.

Prim Care Respir J. 2007 Apr;16(2):82-8



CONCLUSION: Diagnostic errors in patients with respiratory symptoms in the primary healthcare setting are frequent. Patients suspected to have COPD should undergo spirometry testing after bronchodilation. An alternative diagnosis must be sought for non-smoking patients with irreversible airway obstruction

...maggior aderenza alle Linee Guida?

CONSEGUENZA.....

Based on these findings, the level of COPD management in Italy seems to fall short of recommended international COPD guidelines. In particular, it appears that GPs usually prescribe treatment without the use of spirometry, and/or without taking into account the severity of airway obstruction. It must also be noted that, in general, patients with COPD are undertreated.

[Respir Med.](#) 2009 Apr;103(4):582-8. Epub 2008 Dec 21.
Primary care of the patient with chronic obstructive pulmonary disease in Italy.

[Cazzola M](#), [Bettoncelli G](#), [Sessa E](#), [Cricelli C](#).



Figura 5.7d Prevalenza (%) di soggetti con diagnosi di BPCO che non ricevono nessun trattamento con farmaci respiratori (HS 2011)

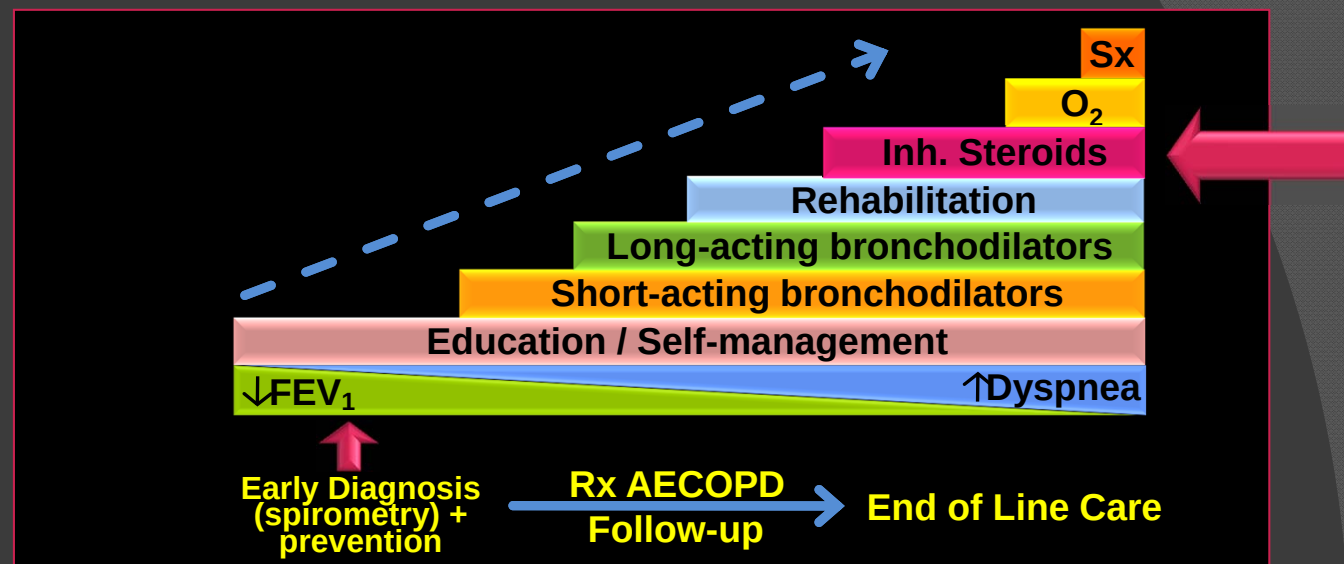


Tabella 5.7f Prevalenza d'uso (%) di farmaci respiratori in soggetti con diagnosi di BPCO: analisi per area geografica, sesso, fasce d'età ed anni dalla diagnosi (anno 2011)

ANALISI GEOGRAFICA	trattati					non trattati
	ASS (%)	BRO (%)	ICS (%)	XAN (%)	LEUK (%)	
Piemonte/Val d'Aosta	38,3	37,9	16,9	4,6	1,8	43,2
Liguria	34,9	31,4	18,5	9,6	2,3	46,4
Lombardia	29,8	32,3	16,2	5,5	1,9	50,6
Trentino/FVG	38,1	36,1	19,9	3,5	1,1	44,1
Veneto	41,9	41,7	21,8	7,8	2,7	36,0
Emilia-Romagna	30,8	27,8	17,5	5,8	2,0	51,1
NORD	33,7	33,5	17,8	5,8	1,9	47,1
Toscana	27,9	27,9	13,6	2,9	0,9	53,5
Marche	36,3	26,2	13,2	6,9	1,8	47,7
Umbria	34,5	34,6	20,3	7,3	1,2	45,5
Lazio	28,6	28,9	20,6	4,7	2,9	51,6
CENTRO	30,4	29,2	17,8	5,0	2,0	50,6
Abruzzo/Molise	32,3	22,8	20,1	8,2	2,5	49,8
Puglia	36,4	26,8	24,6	14,7	2,2	45,6
Campania	29,1	27,4	21,7	12,8	2,1	49,9
Basilicata/Calabria	27,8	23,8	16,7	12,5	2,3	50,0
Sicilia	36,3	26,3	26,2	7,7	2,5	46,3
Sardegna	36,4	35,7	18,9	3,3	2,8	45,2
SUD E ISOLE	32,4	26,5	22,3	11,3	2,3	48,2
ITALIA	32,6	29,5	19,9	8,3	2,1	48,2
ANALISI PER GENERE						
Maschi	32,7	31,1	19,1	8,5	1,5	48,0
Femmine	32,4	27,3	21,0	7,9	3,0	48,4
ANALISI PER ETÀ'						
15-44	16,4	12,0	11,9	2,9	2,4	69,8
45-64	26,8	21,7	16,1	5,3	3,0	56,9
65-74	35,0	32,9	20,6	8,3	2,1	45,2
>=75	35,7	33,4	22,3	10,4	1,6	43,2
ANNI DALLA DIAGNOSI						
1	31,1	29,1	19,2	6,6	2,2	48,0
2-4	29,7	27,8	18,3	6,4	1,9	50,9
>= 5	33,8	30,2	20,6	9,1	2,2	47,2

ASS: Associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori; BRO: Broncodilatatori; ICS: Corticosteroidi inalatori; XAN: Xantine; LEUK: Antileucotrieni

A. Gestione della BPCO (Ideale)



B. Gestione della BPCO (Situazione attuale)

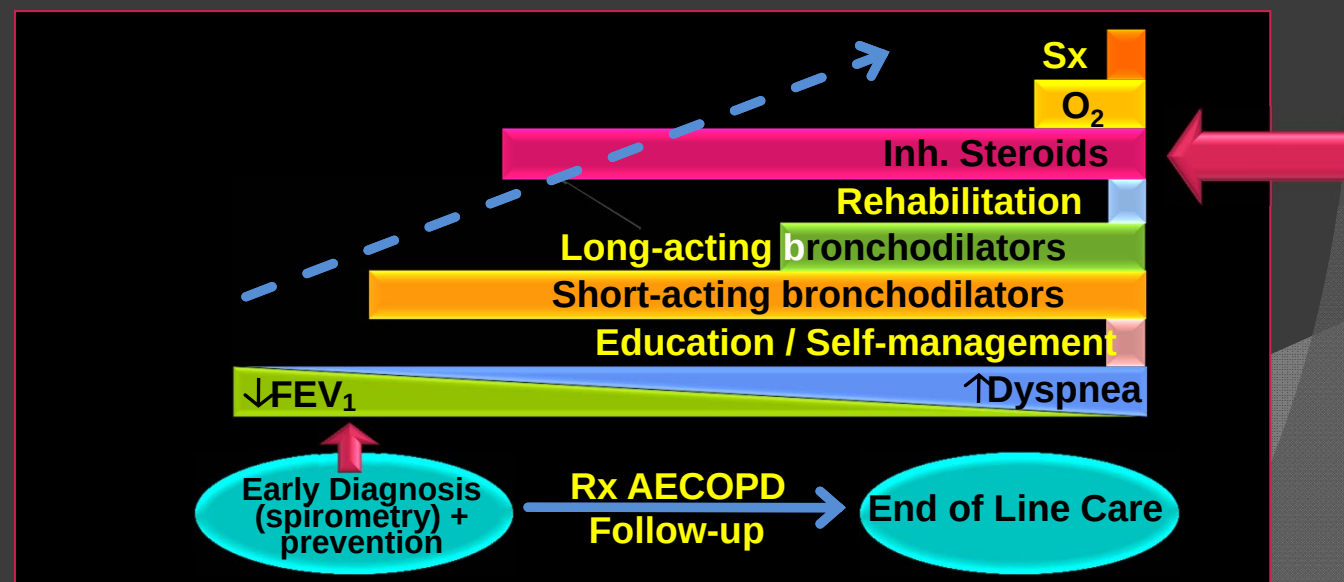


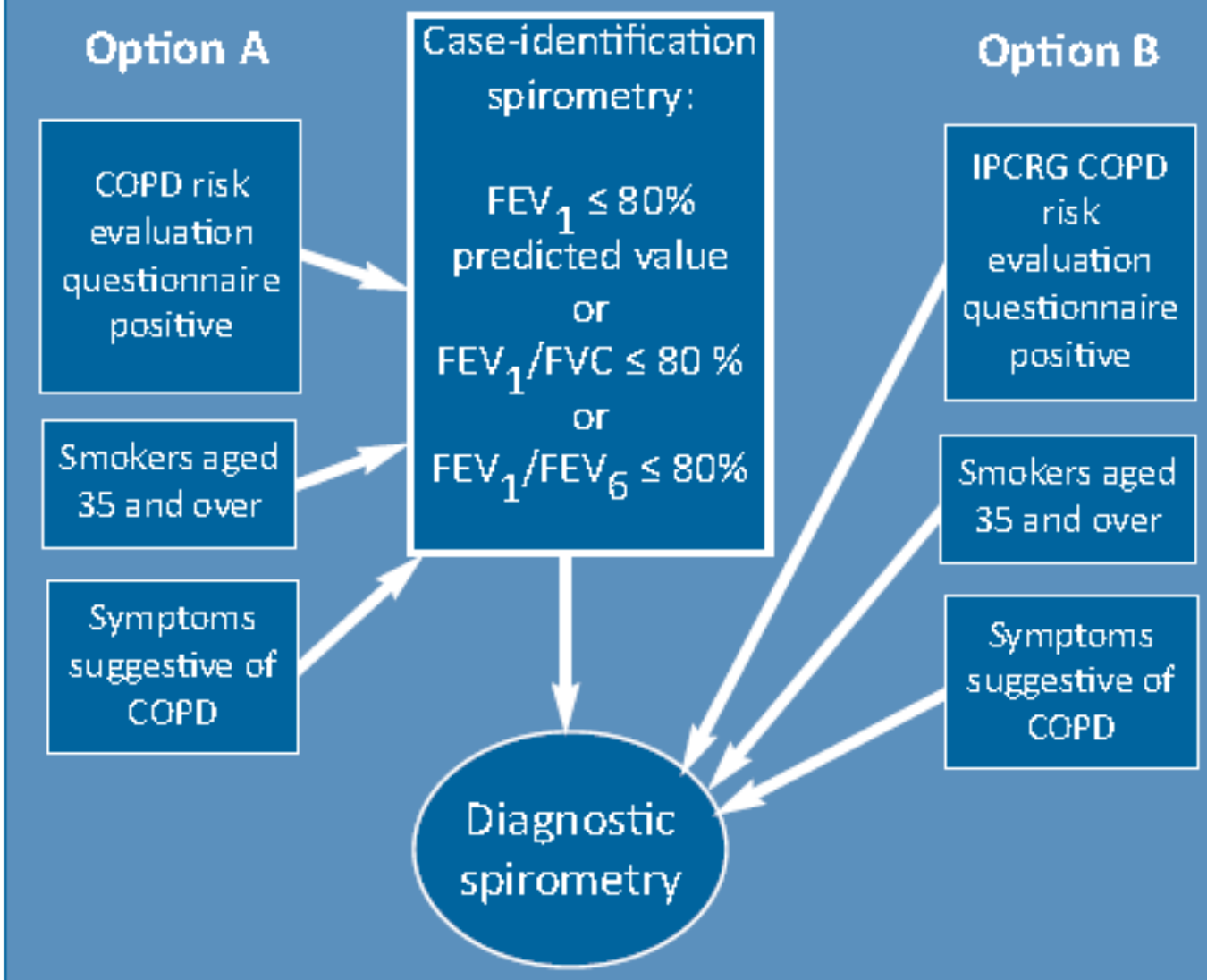
Table 1. Barriers when promoting COPD earlier diagnosis

- COPD progresses relentlessly, but slowly, and as such, many patients do not realise that they have a problem
- COPD patients blame their breathlessness on aging, being less active and becoming older. They assume their cough is a normal phenomenon; the 'smoker's cough'
- COPD patients tend to be uncomplaining about their condition – described as the 'silence of people with COPD'¹⁸
- Because patients under-emphasise their symptoms, the physician may be less aggressive about treating them and does not consider the disease at an early stage
- Physicians might not consider repeated bronchial infections as an early sign of COPD development
- These patients often have multiple co-morbidities, and these conditions may well be more pressing and dearer to diagnose
- Physicians have a gender bias, assuming that females would have asthma, and thus missing the proper diagnosis¹⁹
- Controversy about the use of spirometry in primary care for early detection may discourage some clinicians²⁰
- There is a lack of consistently performed spirometry and spirometry training in primary care²¹
- There may be a delay in receiving spirometry reports when done outside of the office²²
- There are time pressures on General Practitioners that impact adversely on their capacity to manage patients proactively^{23,24}

Figure 1.²⁹ An approach to COPD case-identification in primary care

Adapted with permission from *Primary Care Respiratory Journal*

Full text of this article is available at: <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2009.00055>



[Int J Tuberc Lung Dis.](#) 2009 Mar;13(3):387-93.

Can a normal peak expiratory flow exclude severe chronic obstructive pulmonary disease?

[Perez-Padilla R](#), [Vollmer WM](#), [Vázquez-García JC](#), [Enright PL](#), [Menezes AM](#), [Buist AS](#);
[BOLD and PLATINO Study Groups](#)

CONCLUSIONS: Adding PEF measurement to a screening questionnaire may rule out severe to very severe COPD without the need for pre- and post-BD spirometry testing. Confirmation is needed from a study using inexpensive PEF-meters or pocket spirometers with a staged screening protocol.



CHEST[®]

Official publication of the American College of Chest Physicians



Questionnaires and Pocket Spirometers Provide an Alternative Approach for COPD Screening in the General Population

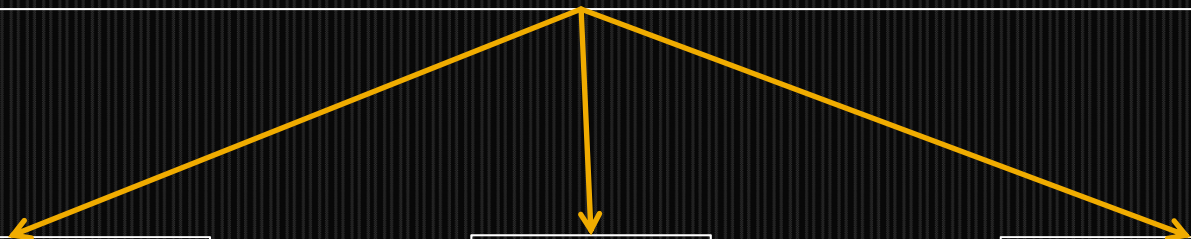
Steven B. Nelson, Lisa M. LaVange, Yonghong Nie, John W. Walsh, Paul L. Enright, Fernando J. Martinez, David M. Mannino and Byron M. Thomashow

Chest; Prepublished online December 22, 2011;
DOI 10.1378/chest.11-1474

The results reported here demonstrate that a three-stage approach to COPD screening in the general population is both feasible and useful and avoids the need to conduct diagnostic-quality spirometry on all individuals at risk.

A staged approach as implemented in our study may improve efficiency because only the proportion of patients with a low PEF need referral to specialty services for good quality spirometry to confirm airflow obstruction

For many PCPs, the best solution may be to use a pocket spirometer to rule-out more significant COPD, and to refer the fraction of patients with a low PEF to a third-party expert to perform the necessary spirometry tests to confirm airflow obstruction or restriction



Infermieri

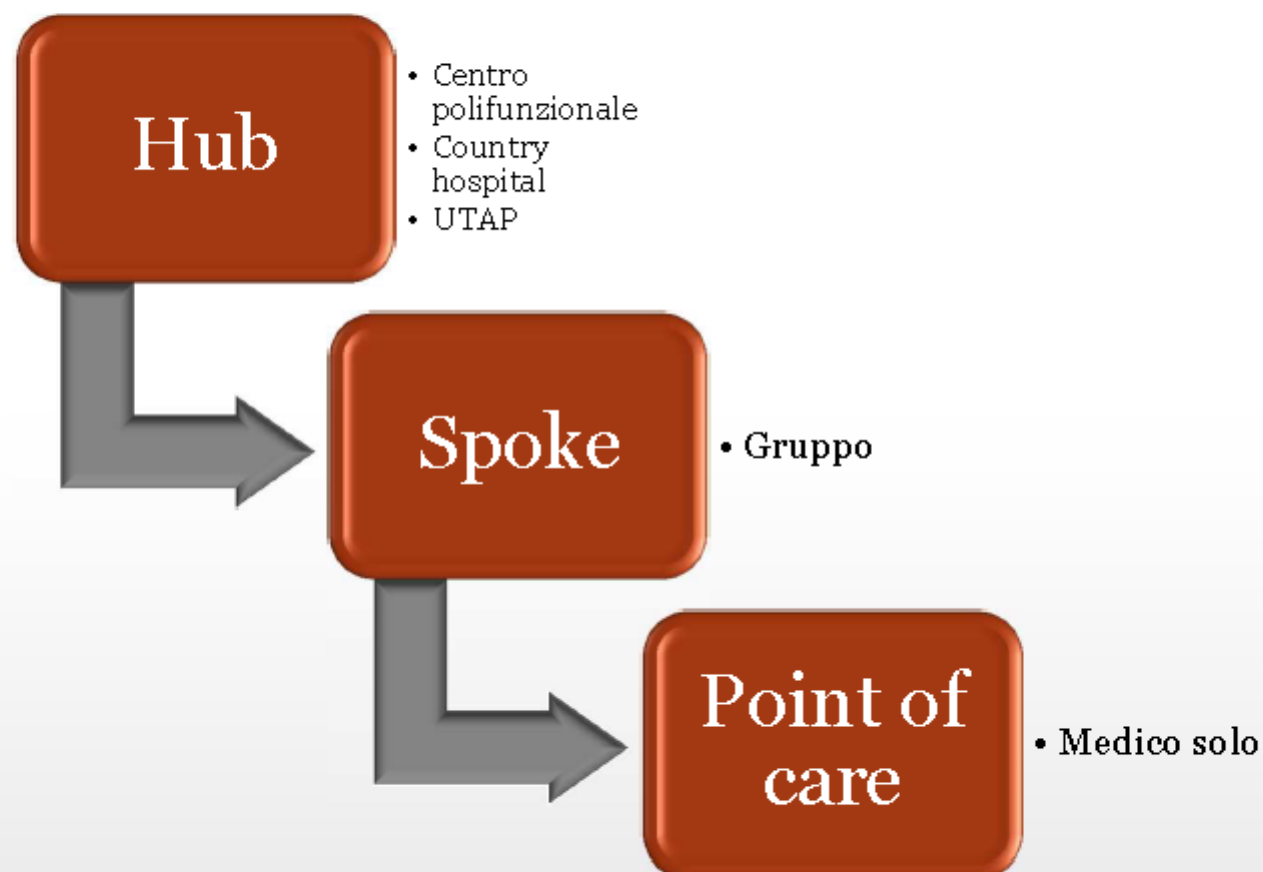
MMG

Farmacia

Another approach, which has proven successful in some settings, is for an itinerant nurse or certified technologist to schedule monthly visits to the GP's office to test the patients who have an indication for spirometry

Walters JA, Hansen EC, Johns DP et al. A mixed methods study to compare models of spirometry delivery in primary care for patients at risk of COPD. *Thorax*. 2008;63(5):408-414.

Organizzazione Cure Primarie



**FORME
ASSOCIATIVE**

**FORME ASSOCIATIVE
“VERE E PROPRIE”**

**MEDICI IN ASSOCIAZIONE
(PDF)**

MEDICI IN RETE

MEDICI DI GRUPPO

**FORME ASSOCIATIVE
COSTITUITE DA
“SOCIETÀ DI
SERVIZIO O
COOPERATIVE”**

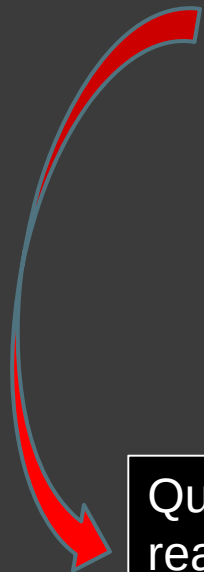
**UTAP
Unità Territoriale di
Assistenza Primaria**

**AFT
Aggregazioni Funzionali
Territoriali**

**UCCP
Unità Complesse di Cure
Primarie**

.....

Quali evidenze di
reali miglioramenti
assistenziali?



Gestione integrata ospedale-territorio

- ◉ Controllo del fumo di sigaretta e degli altri fattori di rischio
- ◉ Educazione sanitaria della popolazione e prevenzione
- ◉ Diagnosi precoce
- ◉ Formazione del personale sanitario
- ◉ Educazione terapeutica del paziente e input all'autogestione
- ◉ Messa in rete delle strutture assistenziali con raccolta e scambio dati
- ◉ Realizzazione di modelli assistenziali integrati ospedale-territorio



BPCO
un impegno
comune



**LA GESTIONE CLINICA
INTEGRATA DELLA BPCO**

Tabella 1. Piano di monitoraggio della BPCO

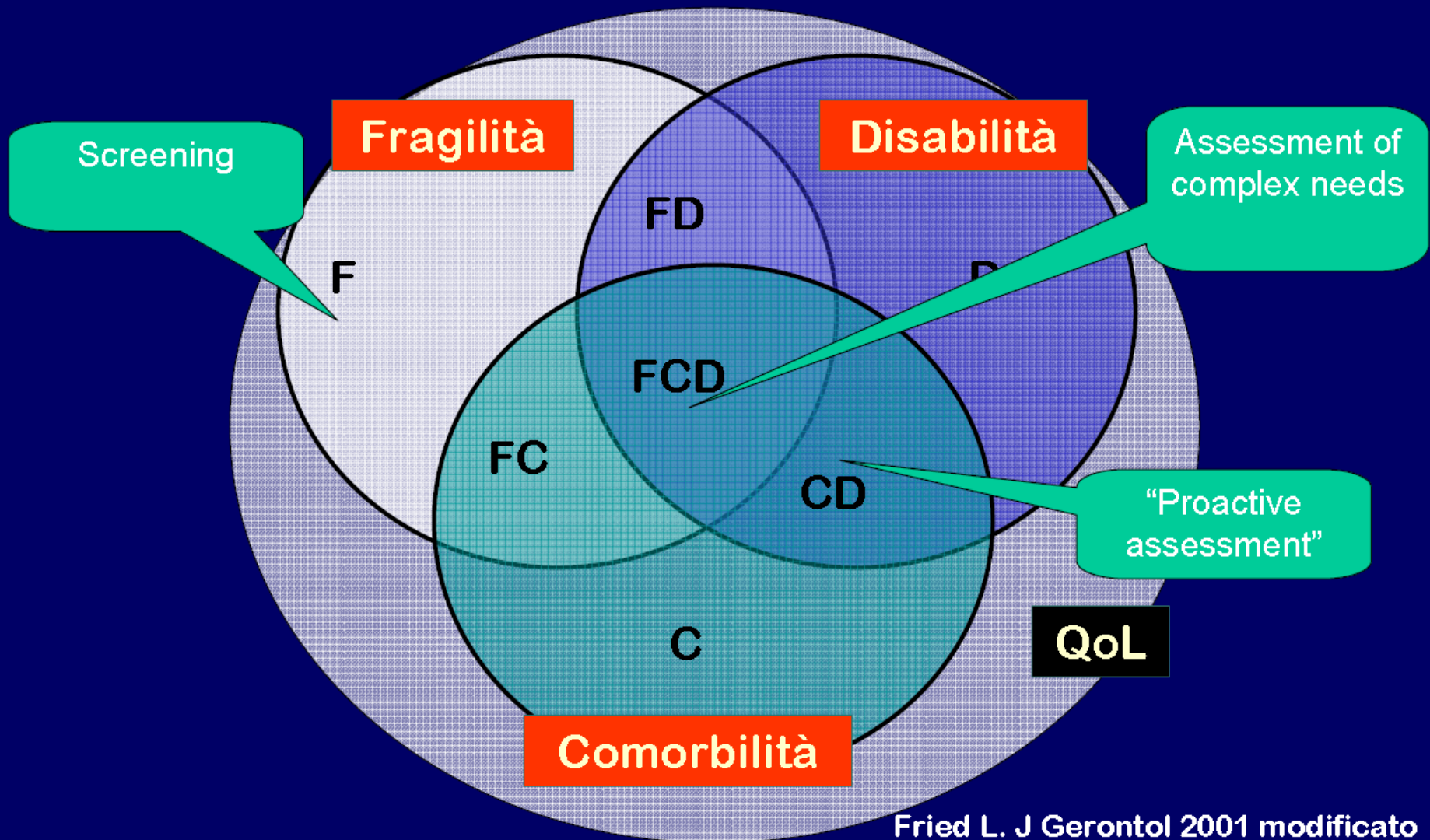
PRESTAZIONI	Monitoraggio della Bronchite Cronica (senza ostruzione) e della BPCO lieve ($FEV_1/VC < 95\%$ e $FEV_1 > 80\%$) asintomatica	Monitoraggio della BPCO con $FEV_1 < 80\%$, dispnea da sforzo eventuali comorbidità	Monitoraggio della BPCO con $FEV_1 < 60\%$ con dispnea da sforzo, frequenti riacutizzazioni e comorbidità	Monitoraggio della BPCO con $FEV_1 < 50\%$ con insufficienza respiratoria e con comorbidità
	Biennale	Annuale	Annuale	Annuale
Disassuefazione tabagica, se fumatore	tutti e/o centro antifumo	tutti e/o centro antifumo	tutti e/o centro antifumo	tutti e/o centro antifumo
Valutazione clinica (incluso indice di massa corporea, BMI) e dei fattori di rischio	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista
Pulsossimetria	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista
Spirometria semplice	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista
Consulenza pneumologica	medico specialista in caso di dubbio diagnostico	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista
Spirometria globale	laboratorio specialistico (*)	laboratorio specialistico	laboratorio specialistico	laboratorio specialistico
Misura della capacità di diffusione (DLCO)		laboratorio specialistico	laboratorio specialistico	laboratorio specialistico (*)
Rx torace (*)	radiologia	radiologia	radiologia	radiologia
ECG (*)	specialista	specialista	specialista	specialista
ECG-ecocardiogramma		specialista	specialista struttura specialistica	specialista struttura specialistica
Emogasanalisi arteriosa			laboratorio specialistico	laboratorio specialistico
Test del cammino dei 6 minuti		laboratorio specialistico	laboratorio specialistico	laboratorio specialistico (*)
Saturazione O ₂ notturna (*)		laboratorio specialistico	laboratorio specialistico	laboratorio specialistico (*)
Altre consulenze o indagini (*)		altre consulenze o indagini (*)	altre consulenze o indagini (*)	altre consulenze o indagini (*)

COPD: functional status, health status and primary care

The FEV1, whilst being fundamental for the diagnosis of COPD, tells us little about a patient's ability to function at home and in society, and very little about their HRQoL.

there are valid and reliable instruments that are easy to use in clinical practice. Routine use of these measures – that are as quick to use and score as a peak flow, and even faster than spirometry – tells us a lot about the impact of the disease and the health of the patient.

Frailty in older adults: evidence for a phenotype



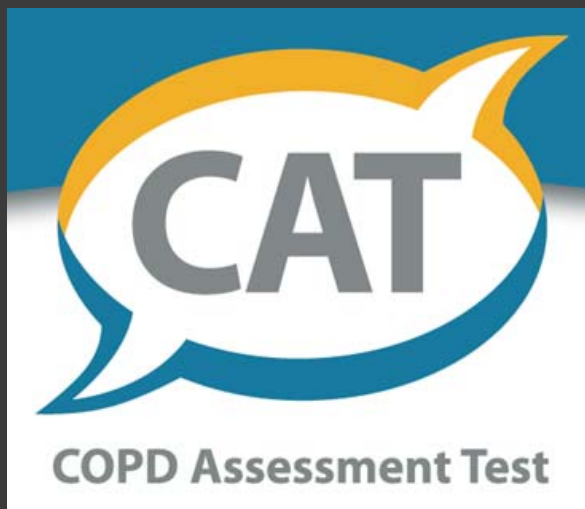
Strumenti di valutazione degli outcomes



Progetto strategico mondiale per la diagnosi, trattamento e prevenzione della BPCO 2011:
Questionario modificato MRC (mMRC)

Rispondere ad una sola domanda

- mMRC Livello 0: mi manca il respiro solo sotto sforzo intenso ☐
- mMRC Livello 1: mi manca il respiro quando cammino di fretta in pianura o cammino in salita ☐
- mMRC Livello 2: a causa della mancanza di respiro cammino più piano dei miei coetanei o sono costretto a fermarmi quando cammino al mio passo in pianura ☐
- mMRC Livello 3: sono costretto a fermarmi per riprendere il respiro dopo 100 metri o dopo pochi minuti di cammino al mio passo in pianura ☐
- mMRC Livello 4: la mancanza di respiro è tale che non posso uscire di casa e/o mi manca il respiro per manovre semplici quali vestirmi o svestirmi ☐



Parte da compilare solo per RICHIESTA ASSISTENZA PROGRAMMATA NON AMBULABILI

FUNZIONE	Dipendenza Cognitiva	Dipendenza grave	Dipendenza moderata	Dipendenza lieve	Autosufficienza	Vita clinica
DEAMBULAZIONE	1	2	3	4	5	6
LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE	1	2	3	4	5	6
SCALE	1	2	3	4	5	6
TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA	1	2	3	4	5	6
USO DEL WC	1	2	3	4	5	6
CONTINENZA INTESTINALE	1	2	3	4	5	6
CONTINENZA URINARIA	1	2	3	4	5	6
ALIMENTAZIONE	1	2	3	4	5	6
VESTIRSI	1	2	3	4	5	6
IGIENE PERSONALE	1	2	3	4	5	6
BAGNO/DOCCIA	1	2	3	4	5	6
DISTURBI DI COMPORTAMENTO	1	2	3	4	5	6
CONFUSIONE	1	2	3	4	5	6
IRRITABILITA'	1	2	3	4	5	6
IRREQUIETENZA	1	2	3	4	5	6
ASPETTI PSICO-SENSORIALI	1	2	3	4	5	6
CAPACITA' DI COMUNICARE	1	2	3	4	5	6
VISTA	1	2	3	4	5	6
UDITO	1	2	3	4	5	6

PROBLEMI SOCIO-AMBIENTALI che motivano l'assistenza domic

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE per ACCESSI del M
Cassa da allegare G contratto collettivo nazionale

RICHIESTA ACCESSI PROPOSTI: ☐ nuova attivazione ☐ variaz ☐ settimanali ☐ quindicinali

(data)

SPAZIO RISERVATO all'ASL PROGRAMM ACCESSI AUTORIZZATI: ☐ settimanali ☐ quindicinali
DATA INIZIO ____/____/____ DATA SCADENZA ____/____/____

Mod. UCAM 04 Ver. 08/07

Salva modulo Stampa modulo

ASL Area Funzionale Integrata Anziani e Cure Domiciliari
Unità di Continuità Assistenziale Distretto di _____
Multi-Dimensionale Regione Lombardia

SCHEDA di VALUTAZIONE del MEDICO

Signor/a _____ sesso M ☐ F ☐ tessera sanitaria _____
nato/a _____ il _____ comune di residenza _____
domicilio _____ tel. _____
Codice Fiscale _____

☐ Vive con: ☐ coniuge/coconvivente ☐ coniuge/figli ☐ figli ☐ parenti ☐ genitori ☐ badante ☐ solo ☐ altro

PATOLOGIE IN ATTO

1) Cardiaca (solo cuore) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2) Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3) Vascolari (sangue, vasi, miocardio, sistema infarctico) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4) Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea, gola, laringe) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

5) O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

6) Apparato G.I. Superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

7) Apparato G.I. Inferiore (intestino, emie) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

8) Epatiche (solo fegato) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

9) Renali (solo rene) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

10) Altre Patologie Genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

11) Sistema Muscolo-Scheletrico-Cute (muscoli, scheletro, legamenti) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

12) Sistema Nervoso Centrale e Periferico (non include la demenza) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

13) Endocrine - metaboliche (include diabete, infestioni, stati tossici) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

14) Psichiatrico-comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

LEGENDA PATOLOGIE IN ATTO:
1-Aziende nessuna compromissione di organizzazione
2-Lieve la compromissione d'organizzazione non interferisce con la normale attività, il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è buona (es. sciaticità, diabete, fratture)
3-Moderata la compromissione d'organizzazione interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona (es. sciaticità, diabete, fratture)
4-Grossa la compromissione d'organizzazione produce disabilità, il trattamento è indispensabile, la prognosi può non essere buona (es. sciaticità, diabete, fratture)
5-Molto grossa la compromissione d'organizzazione rende il monitoraggio indispensabile, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, ictus, ecc.)

DIAGNOSI PRINCIPALE **COD. ICD IX** **DIAGNOSI PRINCIPALI** **COD. ICD IX**

TERAPIE SIGNIFICATIVE IN ATTO

DATA **TIMBRE E FIRMA**

Mod. UCAM 04 Ver. 08/07

È necessario dar vita ad un nuovo modello di assistenza territoriale basato sulla medicina di iniziativa, sulla possibilità di gestire i percorsi diagnostico terapeutici delle fragilità e dei pazienti complessi scaricando l'intera rete delle cure specialistiche. (A. Bianco)

