

I
N
F
O
R
M
A
Z
I
O
N
I

P
E
R

P
A
Z
I
E
N
T
I

E

F
A
M
I
L
I
A
R
I

**REGIONE BASILICATA
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**



**PERCORSO DIAGNOSTICO
TERAPEUTICO ASSISTENZIALE SULLA
BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA
OSTRUTTIVA (B.P.C.O.)**

Gentile Sig.ra/re,

*desideriamo fornirLe alcune indicazioni
che ci auguriamo possano aiutarla a com-
prendere il percorso che Le verrà propo-
sto presso gli ambulatori e presidi ospe-
dalieri distrettuali dell'Azienda Sanita-
ria di Potenza (ASP) e presso gli ospe-
dali dell'Azienda Ospedaliera Regionale
(AOR) che seguono i pazienti affetti da
Broncopneumopatia cronica ostruttiva
(BPCO). Naturalmente queste brevi note
non si sostituiranno alle più precise infor-
mazioni relative al Suo singolo caso che
Le verranno direttamente fornite dai pro-
fessionisti sanitari che incontrerà, cui
potrà rivolgere le domande che riterrà
opportune, anche stimulate da queste
note iniziali.*

**La BPCO nella provincia di Potenza:
modalità di accesso**

La BPCO viene diagnosticata e curata negli ambulatori delle due aziende regionali, ASP e AOR e, per le attività di ricovero negli ospedali di Potenza, Melfi, Pescopagano, Villa d'Agri e Lagonegro. Agli ambulatori si accede su prescrizione di visita pneumologica da parte del medico di medicina generale (MMG) tramite prenotazione cup di "visita pneumologica" se il paziente ha già eseguito una spirometria nell'ultimo anno oppure di "visita pneumologica e spirometria" oppure "visita" pneumologica, spirometria ed eventuale test di broncodilatazione secondo i codici di priorità B: entro 10 giorni, D: entro 30 giorni, P: entro 120 giorni. In caso di paziente stabile non a rischio di vita che deve essere visitato in urgenza il paziente viene inviato al pronto soccorso dove viene richiesta la consulenza pneumologica o internistica in urgenza. Se il paziente necessita di essere ospedalizzato, viene ricoverato presso i reparti di pneumologia o c/o reparti internistici a seconda dei posti letto disponibili o in cardiologia se è presente una componente clinica cardiologica preponderante. Nel caso in cui al paziente viene assegnato il codice rosso, viene attivato l'iter della gestione dell'emergenza e, se necessario, viene chiamato in pronto soccorso il rianimatore. Se il paziente è ricoverato presso un ospedale distrettuale della ASP, in caso di urgenza il paziente viene trasportato tramite 118 presso un ospedale dell'AOR, in caso di paziente con richiesta di consulenza differibile, la consulenza può essere eseguita dopo la dimissione oppure tramite trasporto con l'ambulanza presso l'ospedale AOR con il quale si sono presi accordi. Presso le RSA, la struttura organizza il trasferimento del paziente presso un ospedale AOR per effettuare la consulenza e la famiglia il trasporto. In caso di urgenza si allerta il 118. Se alla dimissione il paziente necessita di "dimissione protetta" il reparto attiva la centrale unica delle dimissioni che provvede a prendere in carico il paziente in ADI, se dimesso a domicilio, o ad organizzare il trasferimento, previo accordi con il caregiver, presso una struttura socioassistenziale scelta dal paziente, oppure ad individuare un posto letto presso un centro di riabilitazione sempre di comune accordo con il paziente/caregiver ove potrà effettuare la riabilitazione respiratoria.

FASI DEL PERCORSO

Diagnosi

La diagnosi di BPCO si avvale di dati clinici e dei seguenti test: spirometria semplice o globale, test di broncodilatazione e del cammino, saturimetria, emogasanalisi, esami di laboratorio e di esami di radiologia se nella valutazione insorgesse la necessità di effettuare una diagnosi differenziale per concomitanti patologie nascoste dalla BPCO.

I pazienti con un sospetto clinico di malattia (dispnea, affaticamento, tosse persistente, dolore durante la deglutizione, produzione eccessiva di muco con catarro bianco o giallastro, con piccole perdite di sangue, respiro sibilante, fiato corto, febbre) vengono inviati dal medico di medicina generale all'ambulatorio di pneumologia per conferma della patologia.

Nello specifico vengono inviati c/o l'ambulatorio di Pneumologia i seguenti pazienti:

- pazienti a cui occorre eseguire la spirometria per fare diagnosi, se non è stata eseguita dal medico di medicina generale
- pazienti con diagnosi di BPCO di grado gold B C D al fine di completare l'inquadramento diagnostico stadiale;
- pazienti con diagnosi di BPCO di grado gold A che devono essere rivalutati in quanto non rispondenti alle terapie indicate dal MMG.

Lo pneumologo di riferimento prende in carico il paziente per la diagnosi e la cura della patologia.

Terapia

La terapia della BPCO è di tipo farmacologico (broncodilatatori, corticosteroidi, antibiotici, mucolitici e ossigenoterapia) e non farmacologico che comprende l'educazione sanitaria e all'autogestione della patologia, nonché la terapia riabilitativa. La via di somministrazione della terapia farmacologica può essere orale, topica (inalatori e spray), sottocutanea o endovenosa.

Prima di intraprendere qualsiasi trattamento il medico che la segue le farà la proposta terapeutica spiegandole le finalità del trattamento, le caratteristiche della terapia consigliata, le modalità di somministrazione (in particolare per la terapia topica).



Ossigenoterapia

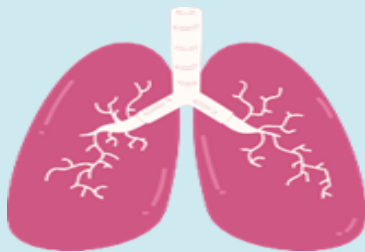
Il paziente con BPCO ed insufficienza respiratoria acuta e/o cronica che necessita di ossigenoterapia a lungo termine (OLT) accede in ambulatorio specialistico previa prescrizione del MMG o dello stesso specialista con indicazione dell'esame di Emogasanalisi (EGA) propedeutico all'OLT, previa prenotazione al CUP. Nel corso della visita, a seguito dell'EGA Le viene prescritto il piano terapeutico per l'ossigeno indicando modalità e tempi di erogazione dell'ossigeno. La prescrizione di ossigeno e di relative bombole e stroller viene indirizzata dall'infermiere dell'ambulatorio alla farmacia territoriale ASP quella di concentratore di ossigeno viene inviata da lei o da un suo caregiver all'ufficio protesica territorialmente competente. Il medico ospedaliero, a seguito esecuzione di EGA, al momento della dimissione, se necessario, prescrive il piano terapeutico seguendo le medesime modalità messe in atto dal medico specialista dell' ambulatorio.

Supporto Psicologico

Se al momento della diagnosi o in fase successiva ritenesse opportuno un supporto psicologico ne potrà parlare con il Medico di medicina generale o con lo Pneumologo che la segue che la metteranno in contatto con lo Psicologo che effettuerà una valutazione preliminare e le fornirà le indicazioni necessarie qualora si rendesse utile un approccio psicoterapeutico più prolungato.

Cos'è un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

La costruzione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) ha l'obiettivo di definire il percorso clinico ed organizzativo ottimale di interventi di medici, infermieri, tecnici e altro personale sanitario per arrivare in tempi rapidi alla diagnosi e poter definire il trattamento opportuno, assicurando nel contempo il massimo livello di qualità possibile, il costante aggiornamento scientifico e l'utilizzo appropriato di tutte le risorse disponibili. L'ASP e l'AOR insieme hanno costituito un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale di diversi specialisti (medico di medicina generale, pneumologo, internista, fisiatra, radiologo, anestesista, infermiere, terapista della riabilitazione, ecc.), coinvolti nella cura di questa malattia. Questi professionisti si confrontano e si riuniscono periodicamente allo scopo di discutere insieme i casi dei diversi pazienti e prendere le migliori decisioni possibili per la loro cura e l'assistenza. Nel PDTA vi è dunque una "presa in carico" del paziente che diventa parte attiva e centrale di un percorso multidisciplinare di cura creato allo scopo di promuovere la continuità dell'assistenza, favorire la collaborazione di tutti i professionisti coinvolti e ridurre la variabilità clinica nel rispetto rigoroso di una Medicina basata sulle evidenze scientifiche.



La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (B.P.C.O.)

La BPCO è una patologia dell'apparato respiratorio che esordisce in modo subdolo e, solo nelle fasi avanzate, dopo un decorso lento e progressivo. E' responsabile di sintomi molto gravi, quali dispnea (sensazione soggettiva di difficoltà a respirare), tosse produttiva, spossatezza ricorrente, edema alle caviglie e predisposizione allo sviluppo di infezioni respiratorie.



La causa più nota e comune di BPCO è il tabagismo, ossia l'abitudine al fumo di tabacco; dopo il tabagismo, gli altri fattori causali più importanti sono: il fumo passivo, l'esposizione costante in ambito professionale a polveri e sostanze tossiche, l'esposizione prolungata a un severo inquinamento ambientale e, in taluni casi, la presenza di una condizione genetica nota come deficit di alfa-1- antitripsina. Attualmente la BPCO è una condizione morbosa che è possibile controllare attraverso terapie sintomatiche appropriate, tali da rallentare l'incedere delle alterazioni che la suddetta condizione determina a carico di bronchi e polmoni: restringimento patologico delle vie aeree dell'albero bronchiale (bronchi e bronchioli) che conduce ad una difficoltà di respiro, soprattutto durante la fase di espirazione. La BPCO viene valutata secondo il rischio ABCD, di seguito indicato:

Gold A: 0-1 riacutizzazione per anno - nessun ricovero - mMRC 0-1 CAT <10
Gold B: 0-1 riacutizzazione per anno - nessun ricovero - mMRC ≥ 2 CAT ≥ 10
Gold C: riacutizzazioni ≥ 2 o ≥ 1 riacutizzazione con ricovero - mMRC 0-1 CAT <10
Gold-D: riacutizzazioni ≥ 2 o ≥ 1 riacutizzazione con ricovero - mMRC ≥ 2 CAT ≥ 10

mMRC : questionario di valutazione della dispnea

CAT : questionario di valutazione dei sintomi

È abbastanza difficile stimare prevalenza e incidenza della BPCO soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, a causa della grande variabilità dei sintomi comuni a patologie di altri organi. Inoltre, i casi sono probabilmente sottostimati poiché la diagnosi è generalmente tardiva, quando cioè la malattia è già in stadio avanzato e ha coinvolto altri organi.

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, nel 2002 la prevalenza della malattia nel mondo era di 11,6 casi su 1000 fra gli uomini e di 8,77 su 1000 fra le donne. Inoltre, la prevalenza della malattia è più alta nei Paesi industrializzati, dove è maggiore il consumo di sigarette. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità la BPCO è la quarta causa di morte al mondo. Nel 2002, il Global Burden of Disease Study, condotto sotto il controllo dell'Oms, ha stimato che la BPCO ha provocato 2,75 milioni di morti (rispettivamente 1,41 milioni fra gli uomini e 1,34 milioni fra le donne), che rappresentano il 4,8% del totale di tutti i decessi. Attualmente, i dati relativi all'Italia si basano esclusivamente sulle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo), in particolare su quelli pubblicati nel 1996 sulla base di 6 milioni di Sdo provenienti da 914 istituti di 14 Regioni, da cui risulta che fra i disturbi dell'apparato respiratorio la BPCO è la malattia che presenta sia il maggior numero di casi, sia il maggior numero di giornate di degenza (più di tumori respiratori e polmoniti). La diagnosi precoce della malattia consente di poter intervenire quando ancora non sono insorte le complicanze. E' proprio per questo che il PDTA con il coinvolgimento nel percorso del Medico di Medicina Generale potrebbe modificare la naturale evoluzione di questa malattia.

