

**«reSPIRO Flegreo»:
struttura ed analisi dei
risultati.
Implementazione del PDTA
nella ASL NA2 NORD**

Filippo Bove, MMG

**Membro del gruppo di lavoro regionale per il PDTA per la BPCO e
per l'Asma**

Cooperativa Progetto Leonardo

«L'evoluzione del progetto respiro Flegreo»

Pozzuoli 10 novembre 2018

Analisi delle criticità
clinico-gestionali

di cosa soffre la BPCO?

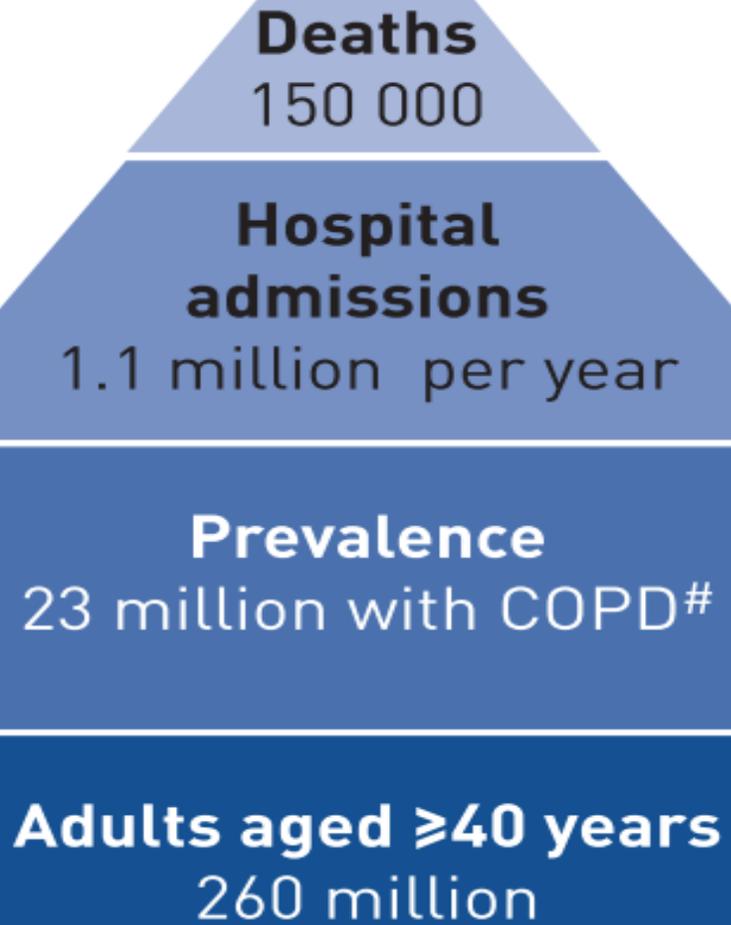
COPD in older adults

THE EUROPEAN LUNG
white book

RESPIRATORY DEATHS AND DISEASE IN EUROPE



© 2011 European Lung White Book



Measuring the Global Burden of Disease

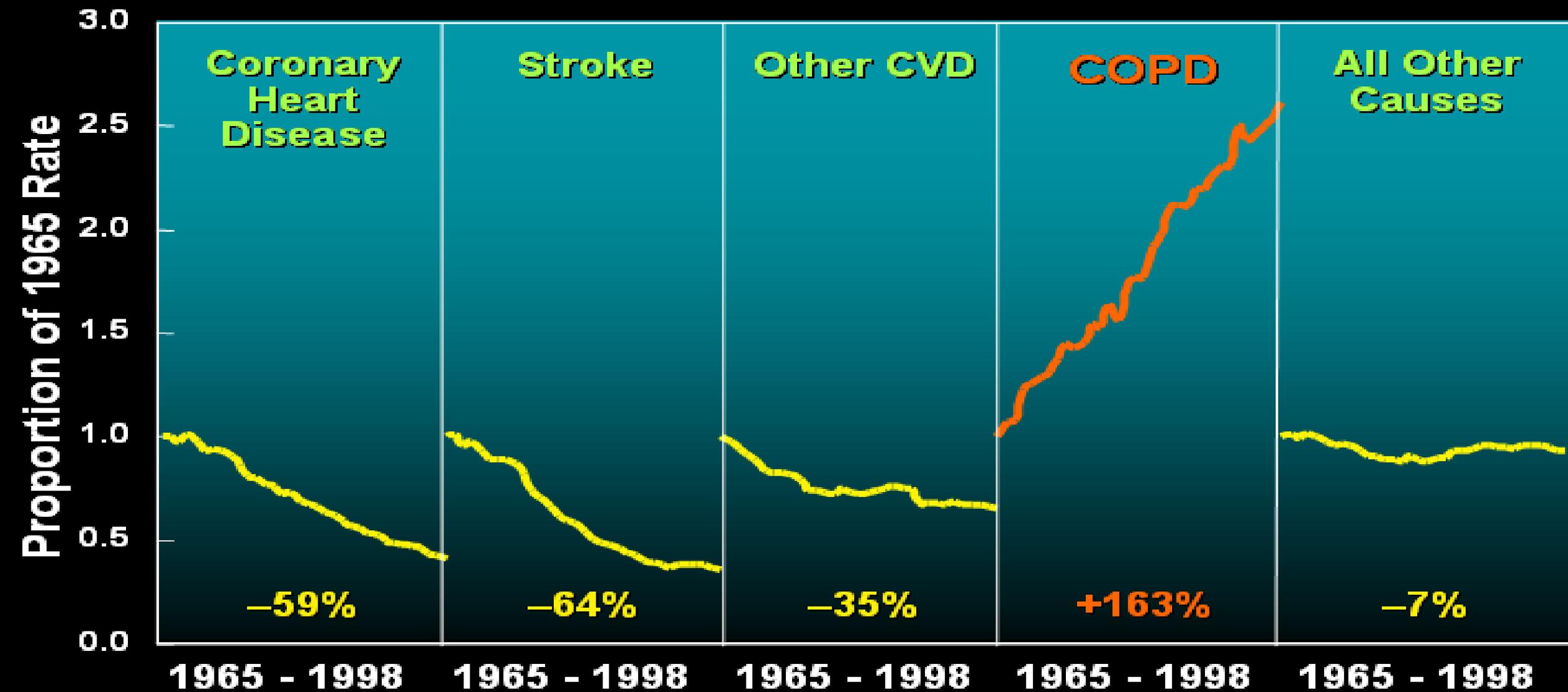
Christopher J.L. Murray, M.D., D.Phil., and Alan D. Lopez, Ph.D.

N Engl J Med 2013;369:448-57.

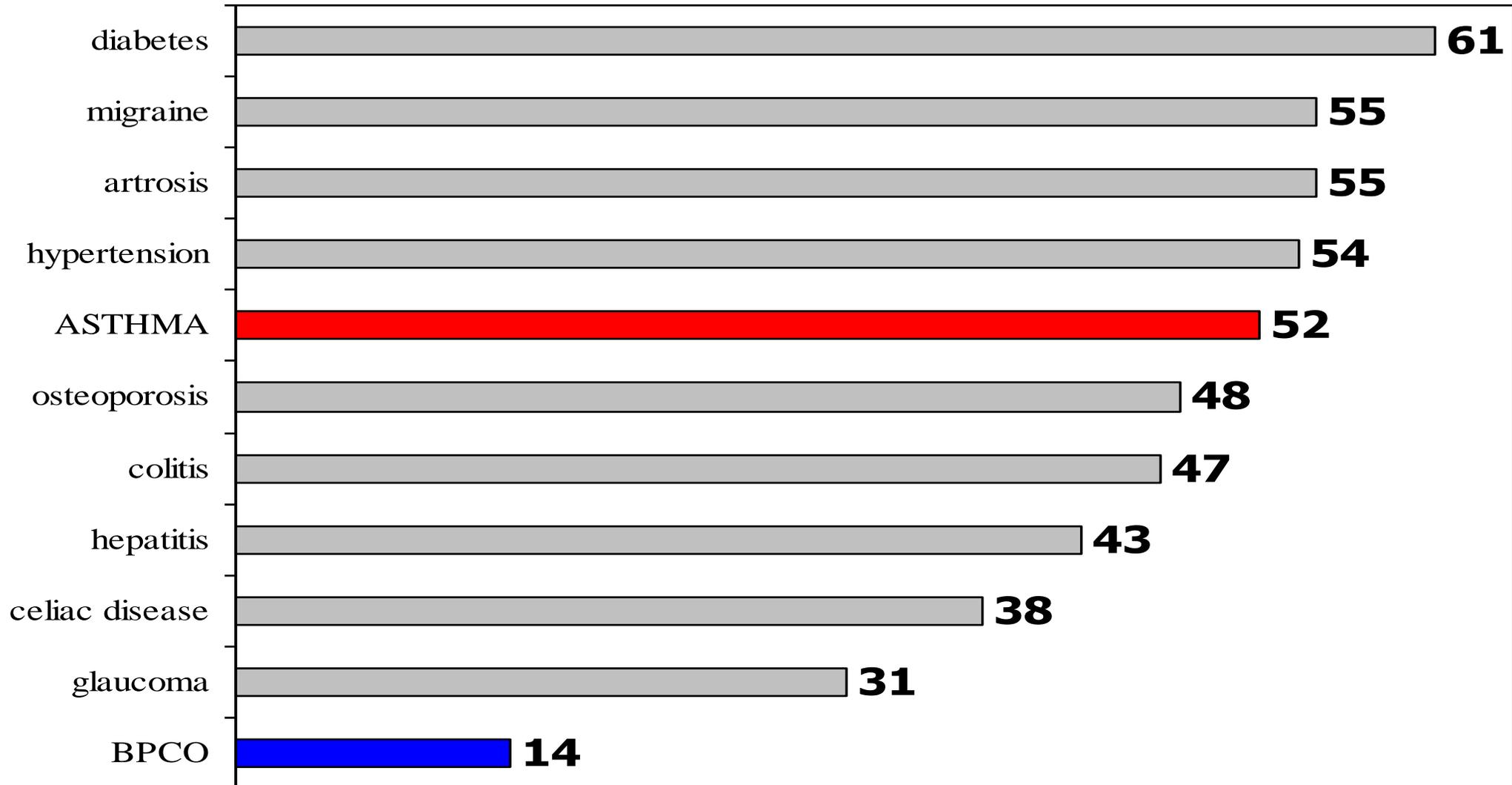
Table 1. Top 10 Causes of Death, Years of Life Lost from Premature Death, Years Lived with Disability, and Disability-Adjusted Life-Years (DALYs) in the United States, 2010.

Cause of Death	Deaths (N = 2664)		Years of Life Lost (N = 45,145)		Years Lived with Disability (N = 36,689)		DALYs (N = 81,835)	
	Rank	No. (%)	Rank	No. (%)	Rank	No. (%)	Rank	No. (%)
		<i>in thousands</i>		<i>in thousands</i>		<i>in thousands</i>		<i>in thousands</i>
Ischemic heart disease	1	563 (21.1)	1	7165 (15.9)	16	685 (1.9)	1	7850 (9.6)
Chronic obstructive pulmonary disease	5	154 (5.8)	4	1913 (4.2)	6	1745 (4.8)	2	3659 (4.5)
Low back pain	—	—	—	—	1	3181 (8.7)	3	3181 (3.9)
Cancer of the trachea, bronchus, or lung	3	163 (6.1)	2	2988 (6.6)	73	45 (0.1)	4	3033 (3.7)
Major depressive disorder	—	—	—	—	2	3049 (8.3)	5	3049 (3.7)
Other musculoskeletal disorders	36	14 (0.5)	37	254 (0.6)	3	2603 (7.1)	6	2857 (3.5)
Stroke	2	172 (6.5)	3	1945 (4.3)	17	629 (1.7)	7	2574 (3.1)
Diabetes mellitus	6	86 (3.2)	7	1392 (3.1)	8	1165 (3.2)	8	2557 (3.1)
Road-traffic injury	12	44 (1.7)	5	1873 (4.1)	26	373 (1.0)	9	2246 (2.7)

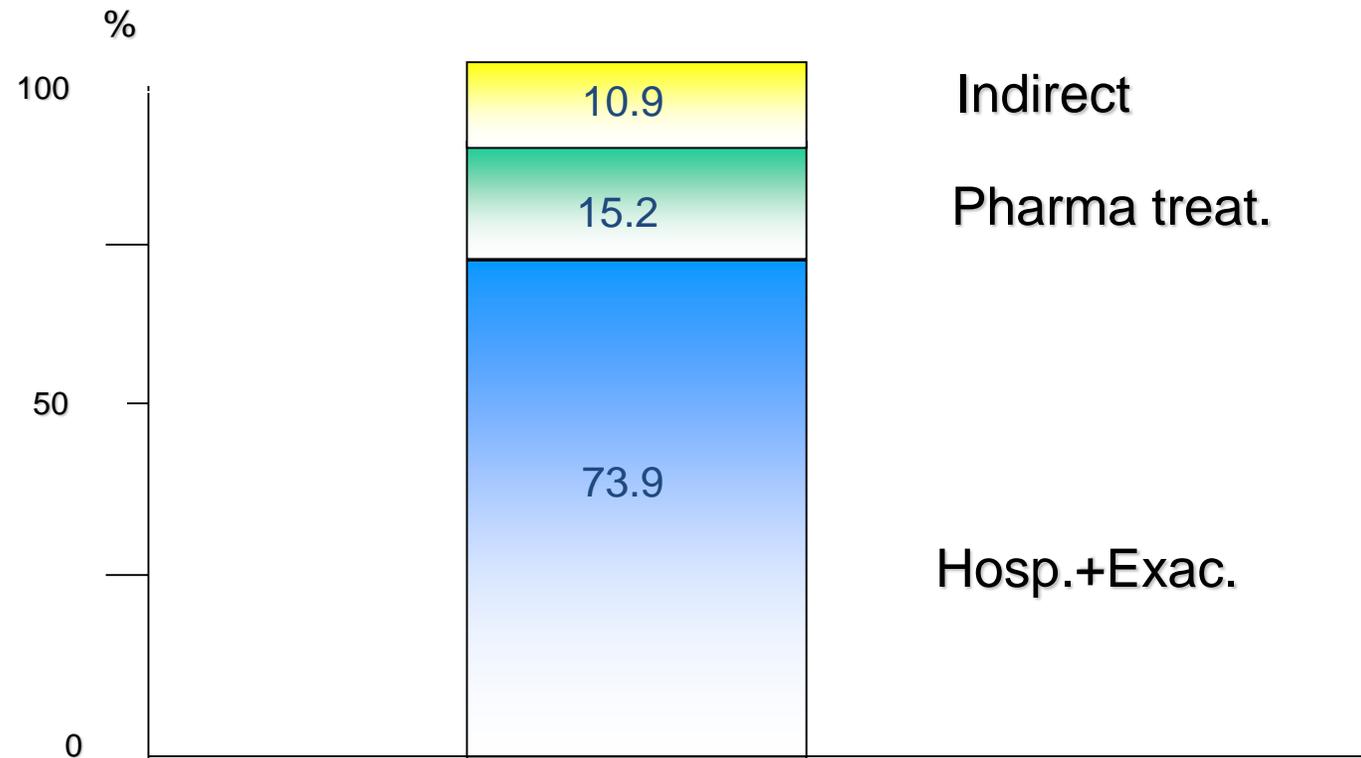
COPD MORTALITY IN USA



AWARENESS OF RESPIRATORY DISEASES

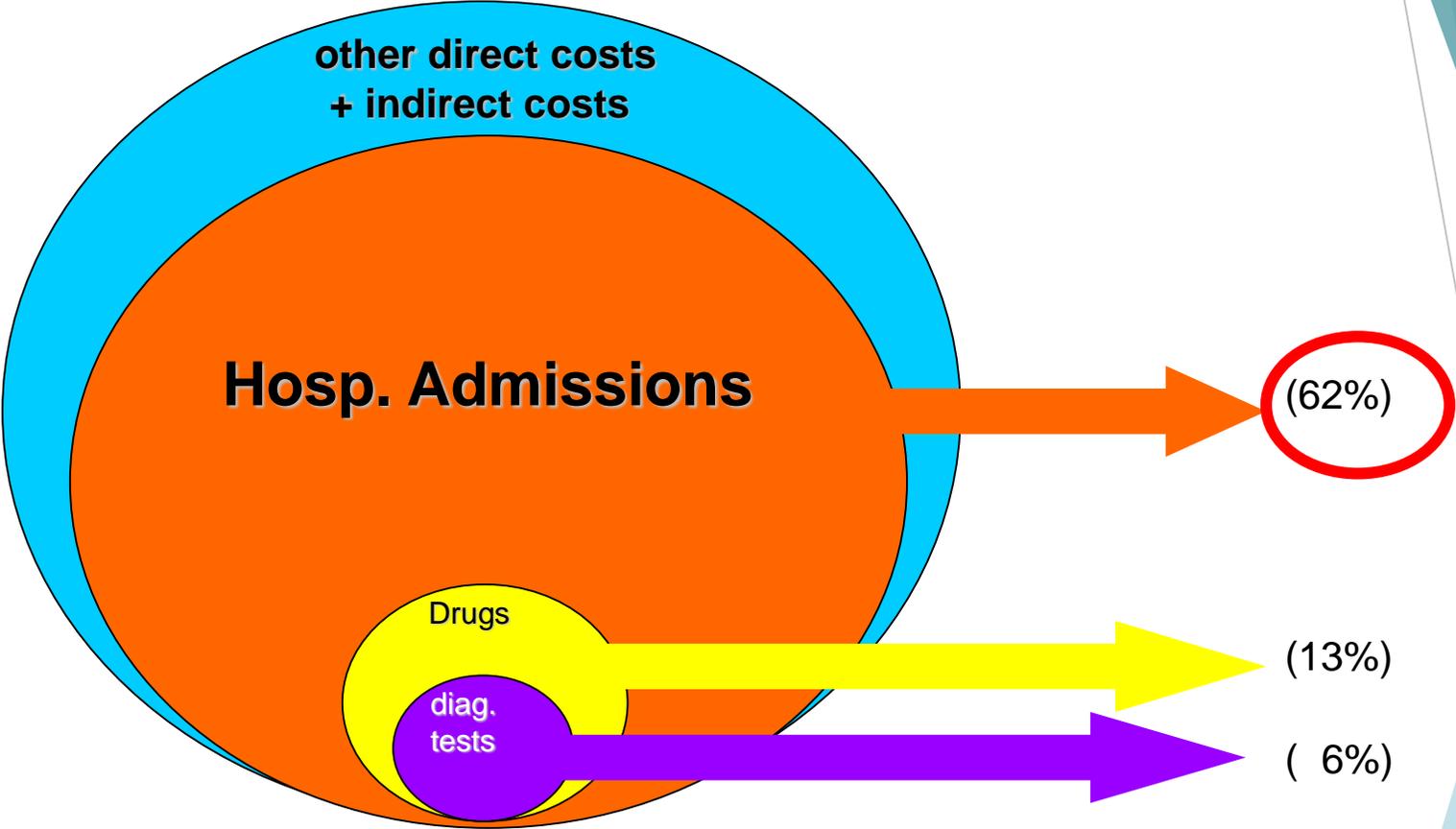


Annual cost of COPD: different components

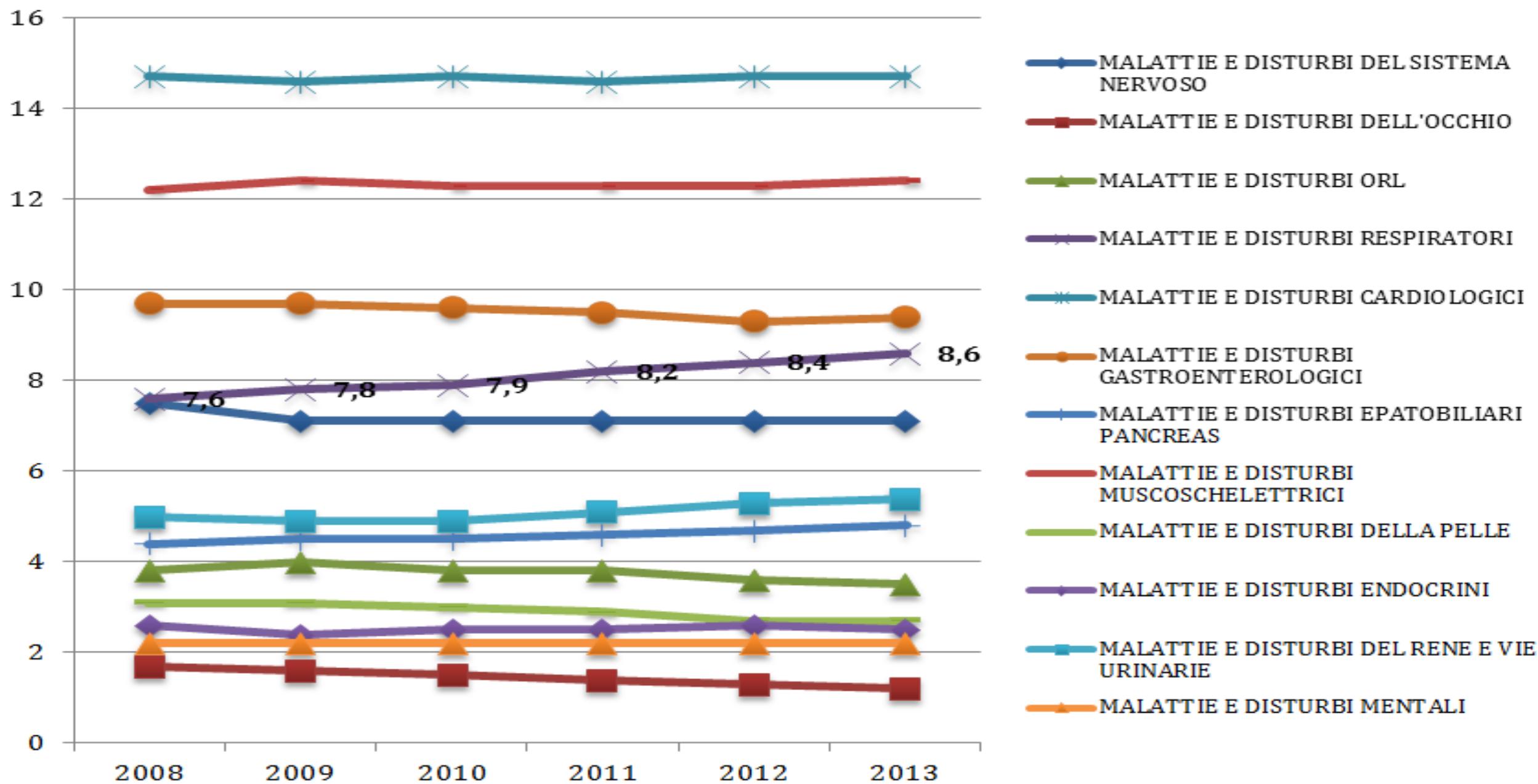


Dal Negro R.W. et al. – ISPOR 2014;
Dal Negro R.W. et al, - Clin. Econ. Outcome Res.- 2015;7:153-9

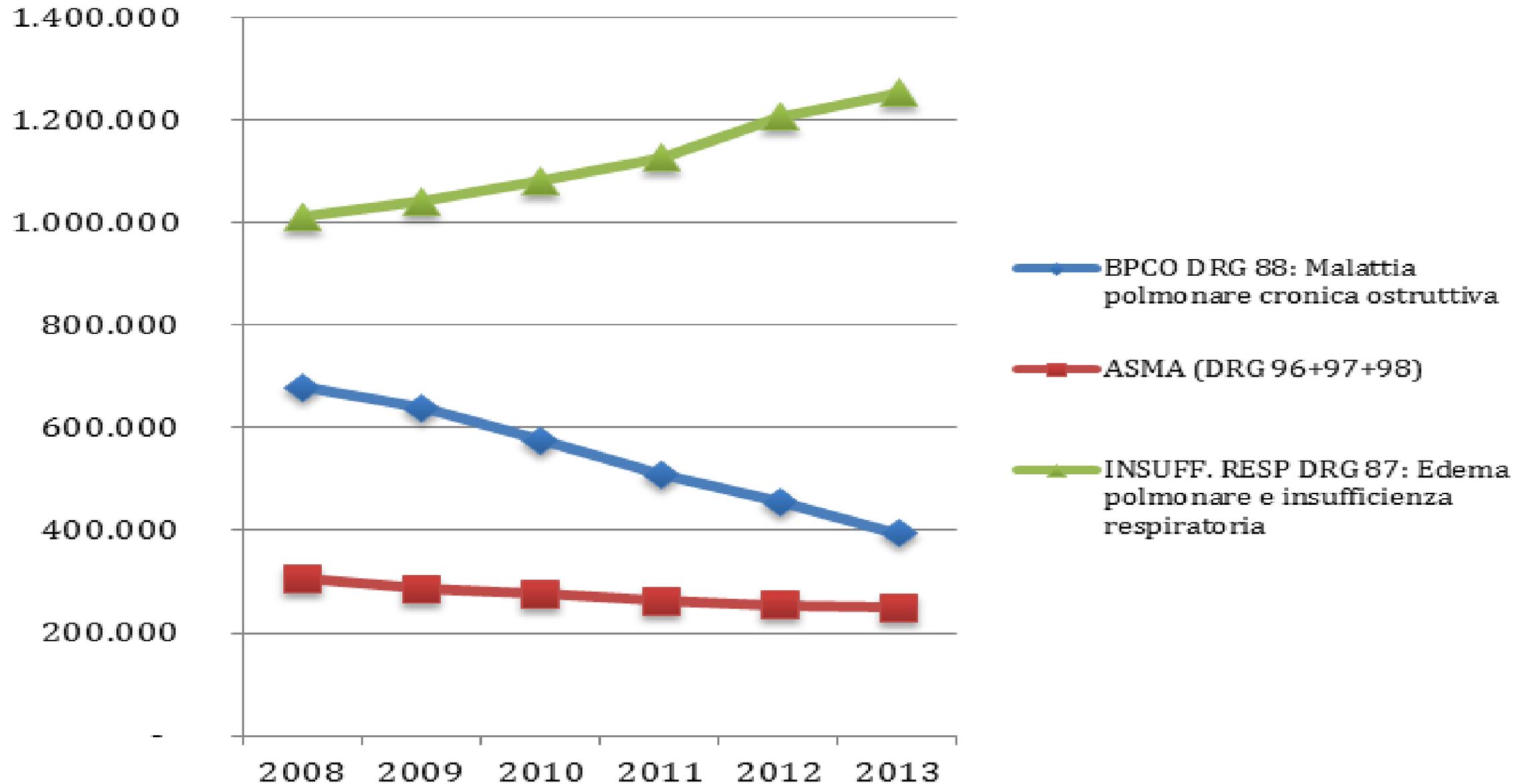
Distribuzione dei costi di malattia sul SSN



Incidenza percentuale ricoveri per disciplina sul totale ricoveri 2008-2013



Numero giornate di degenza BPCO, asma e insufficienza respiratoria 2008-2013



Linee guida cliniche
per promuovere
la cessazione
dell'abitudine al fumo

Osservatorio Fumo, Alcol e Droghe

LA CESSAZIONE DEL FUMO IN PAZIENTI CON MALATTIE RESPIRATORIE: ALTA PRIORITA', COMPONENTE INTEGRANTE DELLA TERAPIA

TRADUZIONE A CURA DI: L. Carrozzi¹, C. Lazzaro², S. Nardini³, F. Pistelli³, P. Silvi⁴, G.

Cardiotoracico, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa; ²Consulente
Unitaria, Milano; ³Divisione di Pneumotisiologia, Ospedale Civile di Vittorio
Istituto di Fisiologia Clinica CNR, Pisa.

Documento prodotto dalla ERS Task Force on Smoking Cessation:



Fumo e patologie respiratorie
Le carte del rischio
per Broncopneumopatia Cronica
Ostruttiva e Tumore al polmone



World Health Organization 2012

50

La sospensione dell'abitudine tabagica è un intervento efficace per ridurre il rischio di sviluppare la BPCO ed arrestarne la progressione (evidenza A)

Linee guida di prevenzione oncologica
Tabagismo

10

Environ

inequal

in Euro

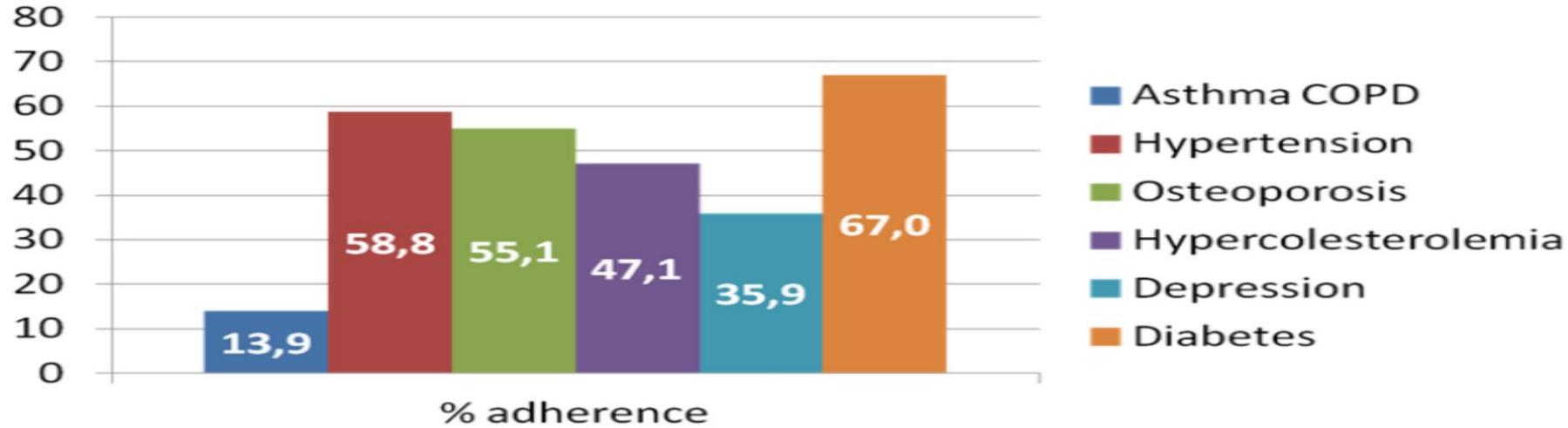
Opportunities to diagnose chronic obstructive pulmonary disease in routine care in the UK: a retrospective study of a clinical cohort

Lancet Respir Med 2014

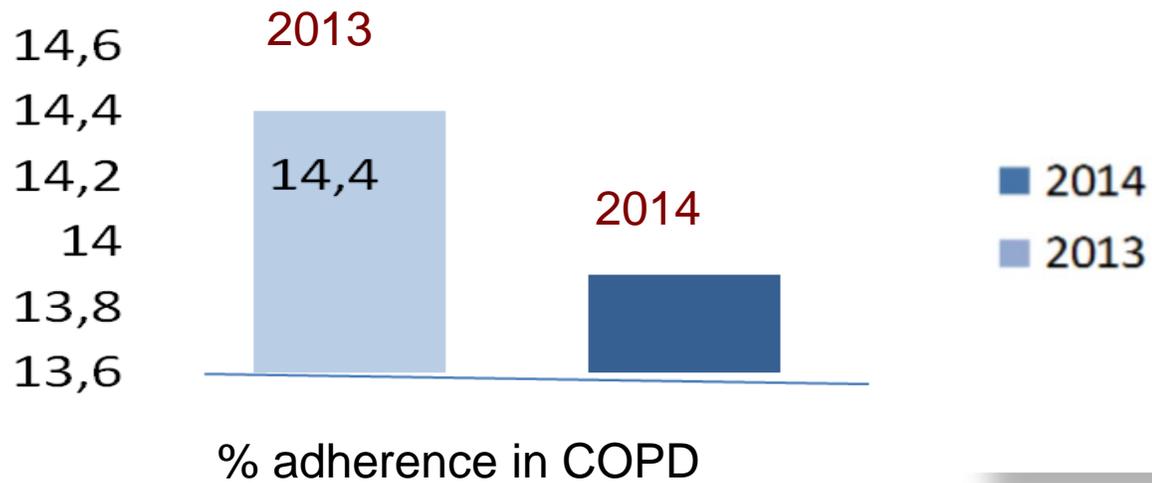
Rupert C M Jones, David Price, Dermot Ryan, Erika J Sims, Julie von Ziegenweidt, Laurence Mascarenhas, Anne Burden, David M G Halpin, Robert Winter, Sue Hill, Matt Kearney, Kevin Holton, Anne Moger, Daryl Freeman, Alison Chisholm, Eric D Bateman, on behalf of The Respiratory Effectiveness Group*

	Total (n=38 859)	Patients with data for FEV ₁ (n=22 821)*	Patients with no FEV ₁ data available (16 038)	p value
Age at diagnosis (years)				<0.0001†
Mean (SD)	67.5 (10.4)	66.3 (10.0)	69.1 (10.7)	
Median (IQR)	68 (60–75)	66 (59–74)	70 (62–77)	
Range	41–104	41–102	41–104	
GOLD FEV₁ impairment band* (n, %)				NA
FEV ₁ data‡ available	22 821 (59%)	..	..
GOLD I (FEV ₁ ≥80%)	2882 (7%)	..	..
GOLD II (FEV ₁ 50–79%)	10 347 (27%)	..	..
GOLD III (FEV ₁ 30–49%)	5669 (15%)	..	..
GOLD IV (FEV ₁ <30%)	3923 (10%)	..	..
FEV ₁ data‡ unavailable	16 038 (41%)	..	..
Place of diagnosis (n, %)				<0.0001
Primary care	38 282 (99%)	22 617 (99%)	15 665 (98%)	
Secondary care (inpatient or outpatient)	577 (1%)	204 (1%)	373 (2%)	

ADHERENCE TO CHRONIC DISEASES THERAPY 2014

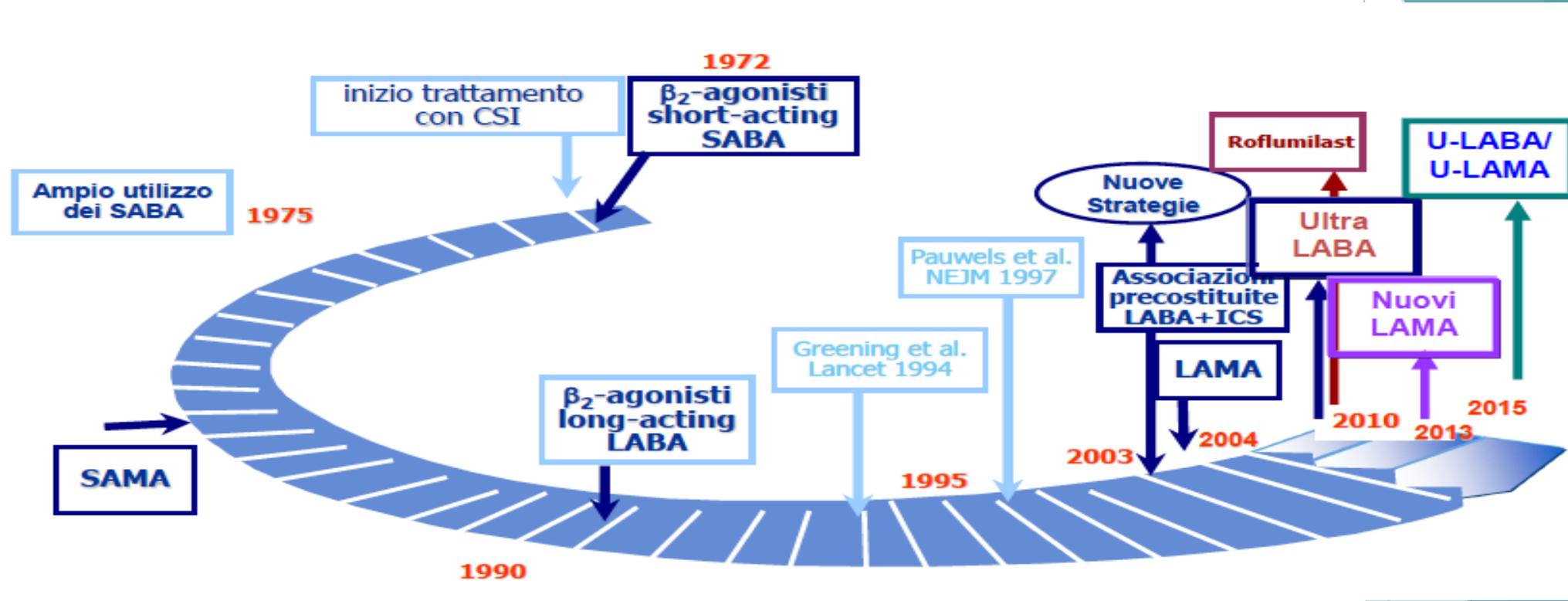


2



Source : AIFA – Italian Drug Agency
Osmed August 2015

BPCO: L'evoluzione della terapia



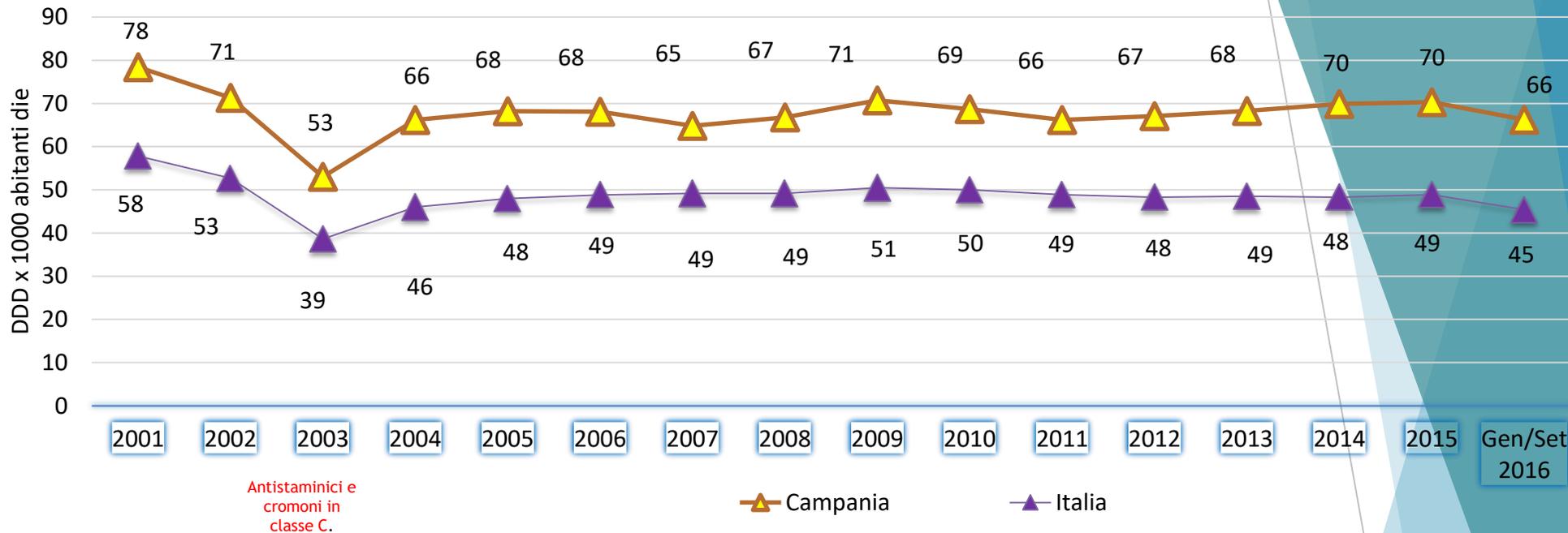
Dal Negro R.W., 2013

GESTIONE COPD:

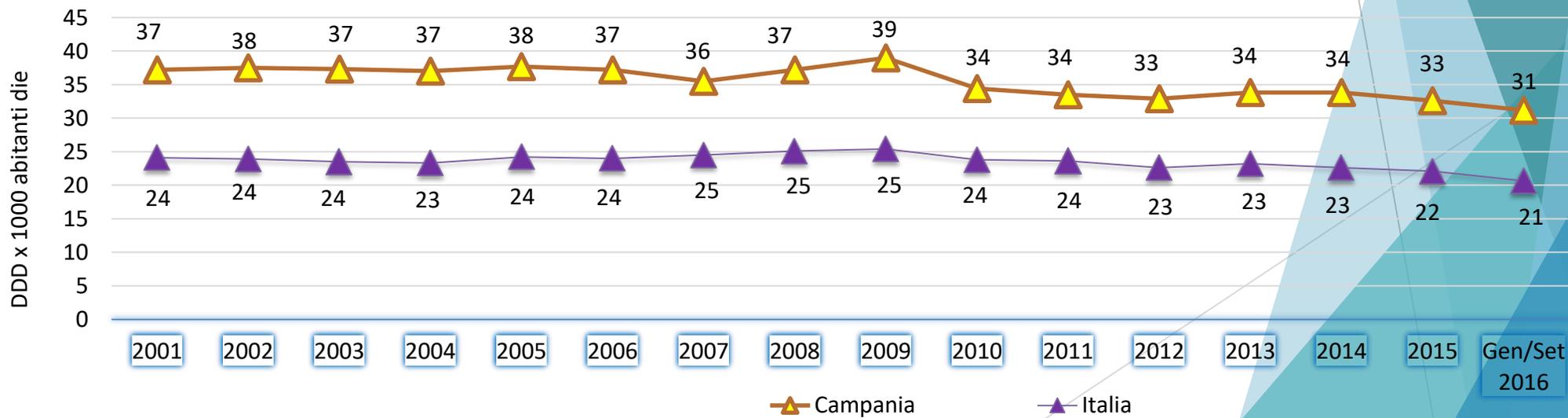
**INAPPROPRIATEZZA
DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA
NELLE PATOLOGIE OSTRUTTIVE
CRONICHE RESPIRATORIE**

CRITICITÀ IN REGIONE CAMPANIA: RESPIRATORI ED ANTIBIOTICI

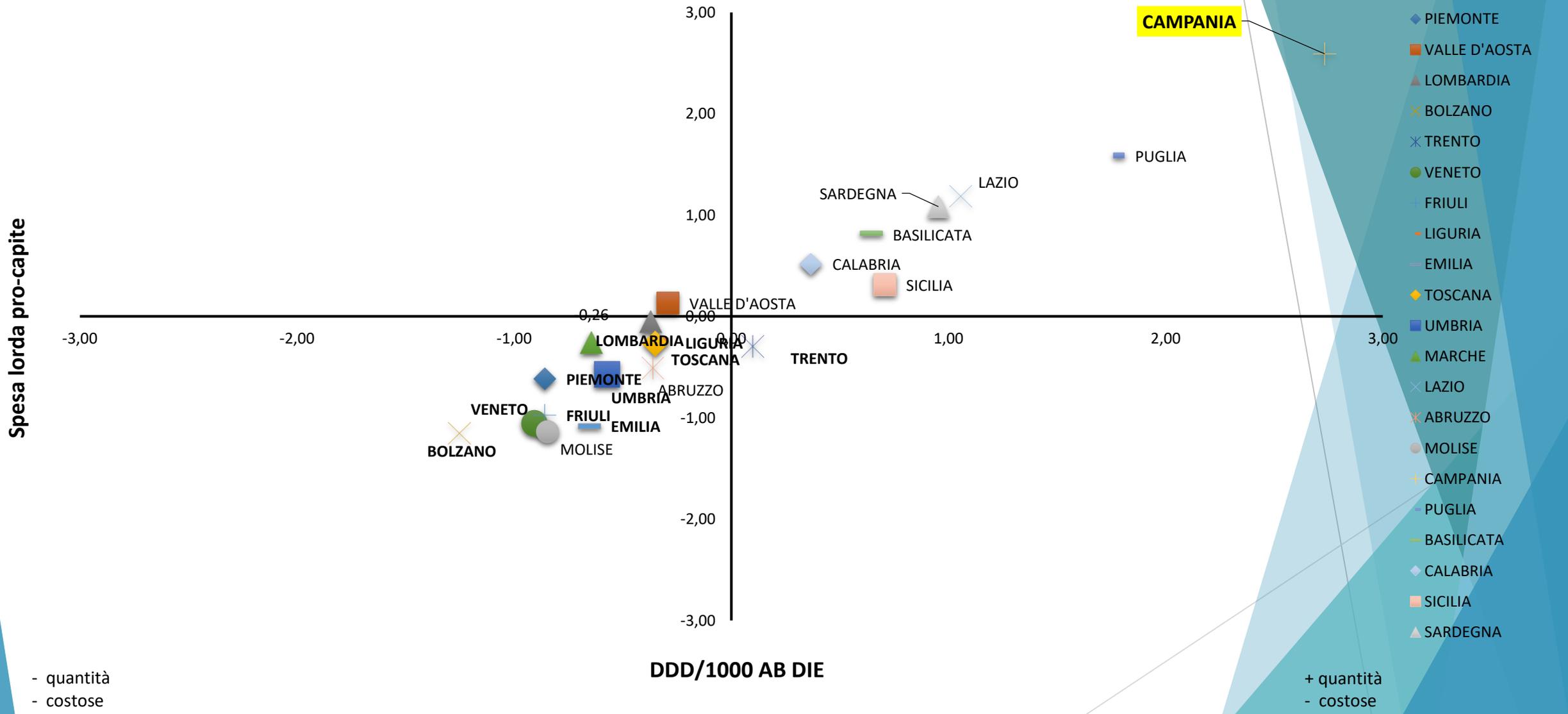
RESPIRATORI



ANTIBIOTICI



ATC R - Anno 2016



- quantità
+ costose

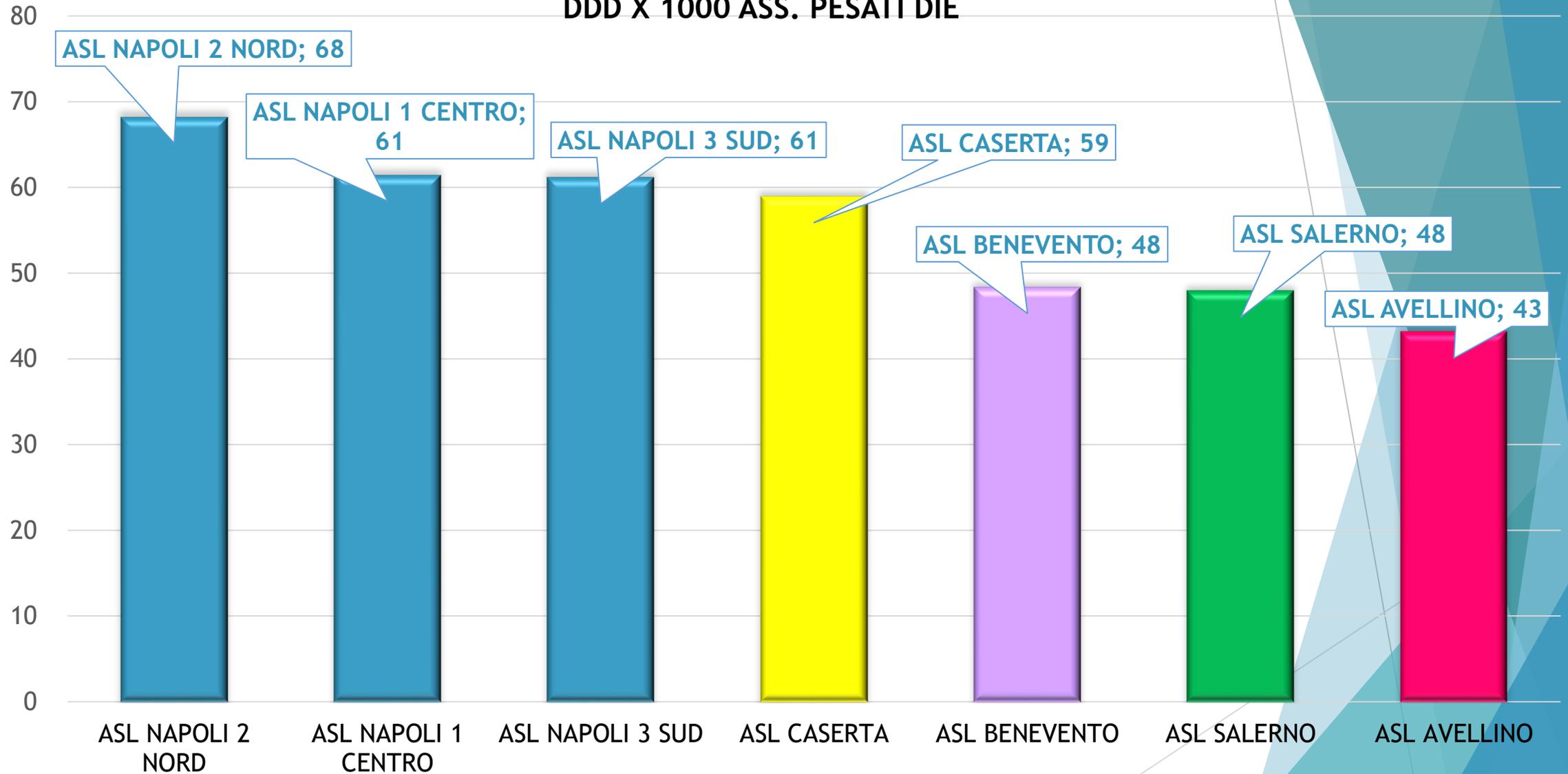
+ quantità
+ costose

- quantità
- costose

+ quantità
- costose

CONSUMO DEI FARMACI RESPIRATORI X ASL

DDD X 1000 ASS. PESATI DIE



Riflessione 1

.... LI UTILIZZIAMO BENE, MALE ?
..... EVENTUALMENTE, COME POTREMMO
UTILIZZARLI MEGLIO?
..... SONO MOLTI SONO POCHI?

Riflessione 2

Nell'ASL con il miglior benchmarking dei consumi:

- c'è la maggiore aderenza ed appropriatezza alla terapia?



Riflessione 3

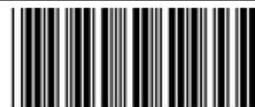
Ci sono differenze tra farmaci appartenenti alla stessa categoria terapeutica?



Servizio Sanitario Nazionale

Promemoria per l'assistito

Regione Campania



1500A



4066586336

CODICE FISCALE DELL'ASSISTITO: [REDACTED]



Esenzione:
Tipologia Prescrizione (S,H):

Sigla Provincia: **NA**
Altro:

Codice ASL: **205**

Disposizioni Regionali:

LAMA: GLICOPIRRONIO

INDICATO SOLO NELLA
BPCO

Prescrizione	QTA	Nota
SEEBRI BREEZHALER*30CPS 44MCG	1	
REVINTY ELL*INAL 92+22MCG 30D	1	

Quesito diagnostico: **asma**
Data: **18/03/2016**

N Confezioni/Prestazioni: **2**
CF Medico: [REDACTED]

Tipo Ricetta: **Assist. SSN**
Cognome e Nome del Medico: [REDACTED]

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 maggio 2010,nro 78 e dell'art.1, comma4 del DM 2 novembre 2011

DIAGNOSI: ASMA

Servizio Sanitario Nazionale
Promemoria per l'assistito

Regione Campania



1500R

4853725147

CODICE FISCALE DELL'ASSISTITO: [REDACTED]



Esenzione: **E00**

Sigla Provincia: **NA**

Codice ASL: **205**

Disposizioni Regionali:

Tipologia Prescrizione (S,H):

Altro:

LAMA:ACLIDINIO

INDICATO SOLO NELLA
BPCO

Prescrizione	QTA	Nota
BRETARIS GENUAIR*INAL 60 DOSI	1	
FOSTER*SOLxINAL 120D 100+6MCG	1	

Quesito diagnostico: **asma**

N Confezioni/Prestazioni: **2**

Tipo Ricetta: **Assist. SSN**

Data: **04/01/2016**

CF Medico: [REDACTED]

Cognome e Nome del Medico: [REDACTED]

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 maggio 2010,nro 78 e dell'art.1, comma4 del DM 2 novembre 2011

DIAGNOSI: ASMA

PRESCRIZIONE ALLO STESSO ASSISTITO

Servizio Sanitario Nazionale
Promemoria per l'assistito

Servizio Sanitario Nazionale
Promemoria per l'assistito

Regione Campania

1500R

4023926636

Regione Campania

1500R

4053660810

CODICE FISCALE DELL'ASSISTITO: [REDACTED]

ESENZIONE PER ASMA

CODICE FISCALE DELL'ASSISTITO: [REDACTED]

Esenzione: **00700M** Sigla Provincia: NA Codice ASL: 205

Disposizioni Regionali: **INDICATO SOLO NELLA BPCO**

Tipologia Prescrizione (S,H): S Altro: **LAMA:ACCLIDINIO**

Esenzione: **00700M** Sigla Provincia: NA Codice ASL: 205

Disposizioni Regionali: **LABA/ICS: FLUTICASONE/FORMOTEROLO**

Tipologia Prescrizione (S,H): S Altro: **LABA/ICS: FLUTICASONE/FORMOTEROLO**

Prescrizione	QTA	Nota
EKLIRA GENUAIR*INAL 60D 322MCG	1	
FLUTIFORMO*INAL 120D 250+10MCG	1	

Prescrizione	QTA	Nota
FLUTIFORMO*INAL 120D 250+10MCG	1	
MONTEGEN*28CPR FILM RIV 10MG	1	082

Quesito diagnostico: [REDACTED]
Data: 16/06/2015

N Confezioni/Prestazioni: 2
CF Medico: [REDACTED]

Tipo Ricetta: Assist. SSN
Cognome e Nome del Medico: [REDACTED]

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 maggio 2010, nro 78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 novembre 2011

Quesito diagnostico: BRONCHITE CRONICA OSTRUTTIVA
Data: 04/01/2016

N Confezioni/Prestazioni: 2
CF Medico: [REDACTED]

Tipo Ricetta: Assist. SSN
Cognome e Nome del Medico: [REDACTED]

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 maggio 2010, nro 78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 novembre 2011

LABA/ICS: FLUTICASONE/FORMOTEROLO

INDICATO SOLO NELL'ASMA

DIAGNOSI BPCO

ANTILEUCOTRIENI

INDICATO SOLO NELL'ASMA

IPERPRESCRIZIONE DI LAMA: ad un assistito sono stati prescritti n.ro 80 confezioni di LAMA in 23 mesi (ben 57 confezioni in più)

data_ erogazione_ ricetta	mese erogazione	anno erogazione	principioattivo_ erogato	farmaco_ erogato	nre_ ricetta	descr_ diagnosi	Quantità Conf.
09/03/2015	3	2015	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPIMAT*SOL 1INAL 60D	1500A4007711943		1
17/03/2015	3	2015	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPIMAT*SOL 1INAL 60D	1500A4010118505		1
01/04/2015	4	2015	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPIMAT*SOL 1INAL 60D	1500A4012485703		1
01/04/2015	4	2015	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPIMAT*SOL 1INAL 60D	1500A4012485726		1
04/05/2015	5	2015	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPIMAT*SOL 1INAL 60D	1500A4016973463		1
04/06/2015	6	2015	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPIMAT*SOL 1INAL 60D	1500A4021496868		1
15/06/2015	6	2015	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPIMAT*SOL 1INAL 60D	1500A4023687468		1
01/07/2015	7	2015	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPIMAT*SOL 1INAL 60D	1500A4024732390		1
21/07/2015	7	2015	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPIMAT*SOL 1INAL 60D	1500A4028485161		1
21/07/2015	7	2015	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPIMAT*SOL 1INAL 60D	1500A4028855021		1
01/09/2015	9	2015	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4032520171		1
01/09/2015	9	2015	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4032520331		1
02/11/2015	11	2015	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4040969906		1
02/11/2015	11	2015	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4040969924		1
01/12/2015	12	2015	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4048613561		1
10/12/2015	12	2015	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4050051586		1
14/12/2015	12	2015	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4050669277		1
29/12/2015	12	2015	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4052985831		2
12/01/2016	1	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4055185214		2
01/02/2016	2	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4058418740		1
11/02/2016	2	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4060299239	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
23/02/2016	2	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4062224576	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
01/03/2016	3	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4063387459	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
10/03/2016	3	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4065068489	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
18/03/2016	3	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4066530442	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
22/03/2016	3	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4067037452	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
01/04/2016	4	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4068677883	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
07/04/2016	4	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4069676449	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
12/04/2016	4	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4070426521	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
26/04/2016	4	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4072421095	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
29/04/2016	4	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4073313994	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
02/05/2016	5	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4073555666	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
13/05/2016	5	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4075730404	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1

data_ erogazione_ ricetta	mese erogazione	anno erogazione	principioattivo_ erogato	farmaco_ erogato	nre_ ricetta	descr_ diagnosi	Quantità Conf.
20/05/2016	5	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4076850657	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
26/05/2016	5	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A407746757	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
01/06/2016	6	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4078687740	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
09/06/2016	6	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4080028537	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
20/06/2016	6	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4081590547	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
27/06/2016	6	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4082650378	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
01/07/2016	7	2016	ACLIDINIO BROMURO	BRETARIS GENUAIR*INAL 60 DOSI	1500A4083171247	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
04/07/2016	7	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4083842708	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
06/07/2016	7	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4084352044	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
13/07/2016	7	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4085044490	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
13/07/2016	7	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4085498424	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
25/07/2016	7	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4086374347	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
29/07/2016	7	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4087271368	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
29/07/2016	7	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4087747206	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
06/08/2016	8	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4088700136	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
17/08/2016	8	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4090026057	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
17/08/2016	8	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4090635067	MALATTIE DELL'APPARATO RE	2
01/09/2016	9	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4092845812	MALATTIE DELL'APPARATO RE	2
12/09/2016	9	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4094851022	MALATTIE DELL'APPARATO RE	2
03/10/2016	10	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4099055299	MALATTIE DELL'APPARATO RE	2
14/10/2016	10	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4101932029	MALATTIE DELL'APPARATO RE	2
26/10/2016	10	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4103783510	MALATTIE DELL'APPARATO RE	2
16/11/2016	11	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4108845115	MALATTIE DELL'APPARATO RE	2
22/11/2016	11	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4110074902	MALATTIE DELL'APPARATO RE	2
30/11/2016	11	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4111755621	MALATTIE DELL'APPARATO RE	2
12/12/2016	12	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4113973518	MALATTIE DELL'APPARATO RE	2
14/12/2016	12	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA*30CP3 18MCG HANDHALER	1500A4114824354	MALATTIE DELL'APPARATO RE	1
28/12/2016	12	2016	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4117005197	MALATTIE DELL'APPARATO RE	2
14/01/2017	1	2017	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4117505670	MALATTIE DELL'APPARATO RE	2
23/01/2017	1	2017	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4123330237	MALATTIE DELL'APPARATO RE	2
21/02/2017	2	2017	TIOTROPIO BROMURO	SPIRIVA RESPI*SOL 1 INAL60EROG	1500A4130830475	MALATTIE DELL'APPARATO RE	2
	23 mesi						80

data_erogazione_ricetta	Mese	Anno	farmaco_erogato	Totale
14/01/2015	1	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
05/02/2015	2	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
19/02/2015	2	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
26/02/2015	2	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
03/03/2015	3	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
18/03/2015	3	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
15/04/2015	4	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
11/05/2015	5	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
30/05/2015	5	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
06/06/2015	6	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
11/06/2015	6	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
17/06/2015	6	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
04/07/2015	7	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
09/07/2015	7	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
19/07/2015	7	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
11/08/2015	8	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
22/08/2015	8	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
04/09/2015	9	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
11/09/2015	9	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
25/09/2015	9	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
29/09/2015	9	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
17/10/2015	10	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
30/10/2015	10	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
06/11/2015	11	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
17/11/2015	11	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
25/11/2015	11	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
16/12/2015	12	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
21/12/2015	12	2015	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
03/01/2016	1	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
08/01/2016	1	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	1
14/01/2016	2	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
05/02/2016	2	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
20/02/2016	2	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
28/02/2016	2	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2

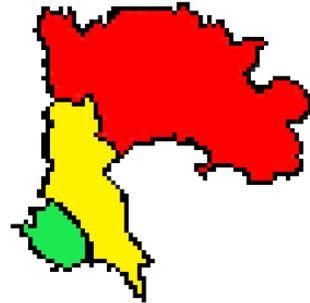
data_erogazione_ricetta	Mese	Anno	farmaco_erogato	Totale
01/03/2016	3	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	1
12/03/2016	3	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
02/04/2016	4	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
15/04/2016	4	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
20/04/2016	4	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
29/04/2016	4	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
12/05/2016	5	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
23/05/2016	5	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
01/06/2016	6	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
23/06/2016	6	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	1
04/07/2016	7	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
14/07/2016	7	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
21/07/2016	7	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
09/08/2016	8	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
31/08/2016	8	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
24/09/2016	9	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
16/10/2016	10	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
20/10/2016	10	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
29/11/2016	11	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
13/12/2016	12	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
28/12/2016	12	2016	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
18/01/2017	1	2017	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
09/02/2017	2	2017	VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
Totale complessivo				111

IPERPRESCRIZIONE DI SALBUTAMOLO:
ad un assistito sono stati prescritti n.ro 111 confezioni
di Salbutamolo in 26 mesi



COOPERATIVA PROGETTO LEONARDO

► Numero di
Comuni: 3



■ Medici di famiglia: **53**

Pozzuoli: **28**

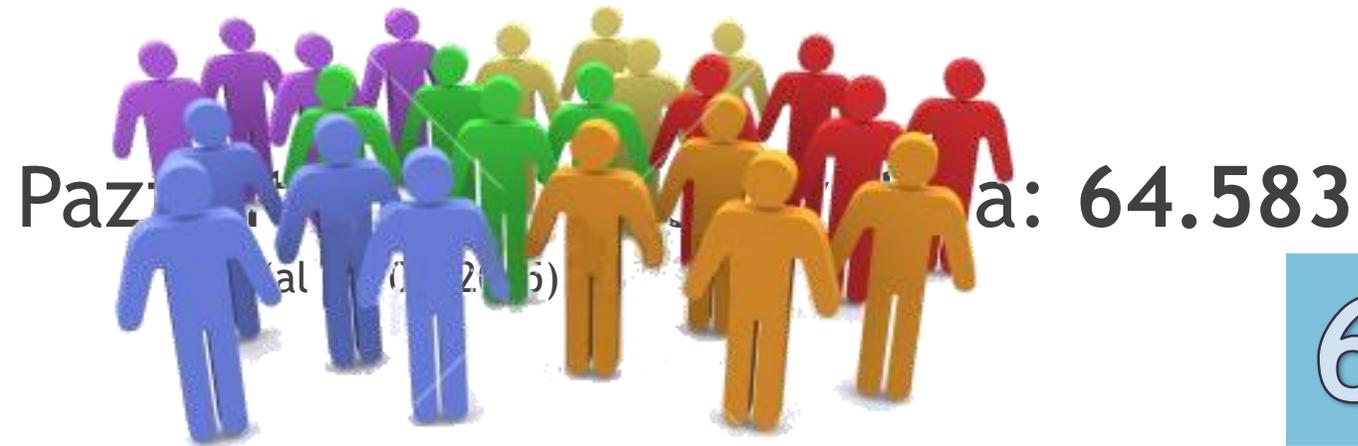
Bacoli: **18**

Monte di Procida: **7**

Popolazione assistiti

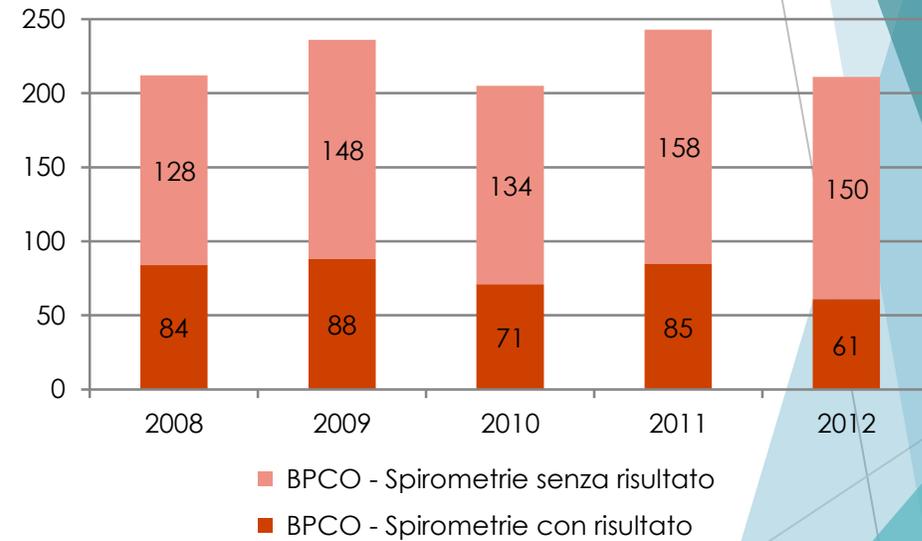
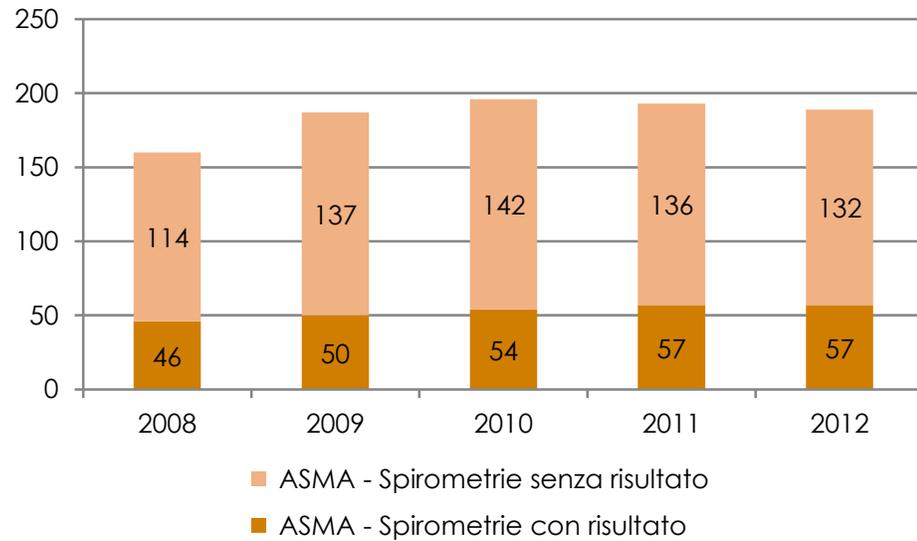
► Pazienti del Distretto 35: 104.230

(All. 3 Relazione sulla Gestione anno 2012 ASL NA2 Nord popolazione > 14 anni)



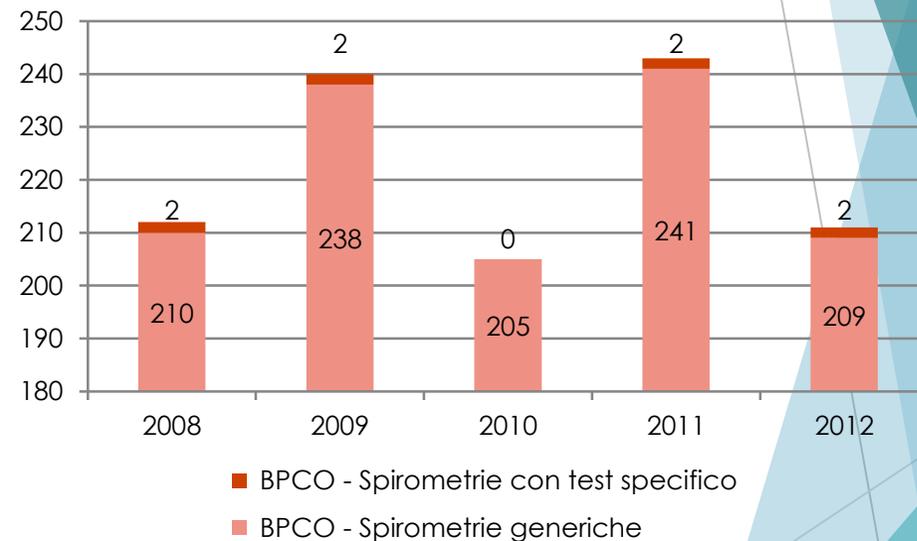
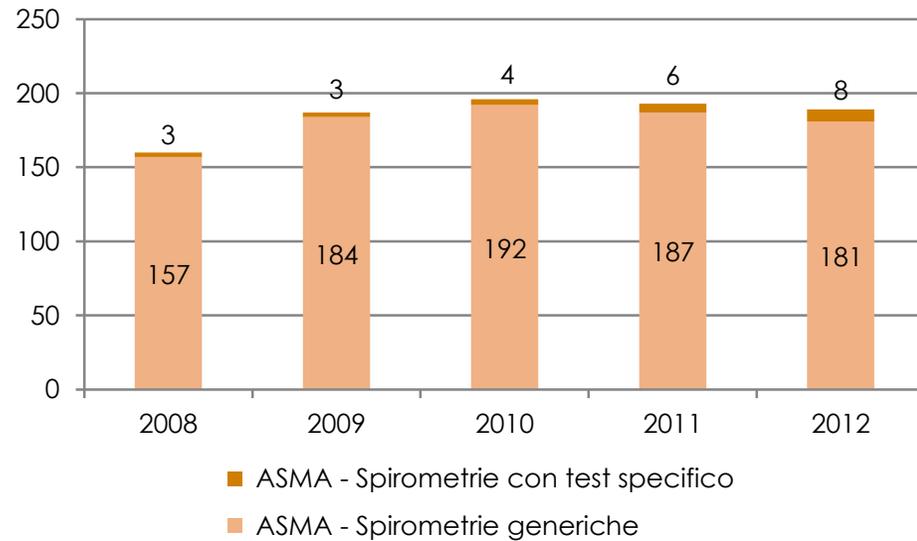
61,96%

SPIROMETRIE PRESCRITTE



SPIROMETRIE

generiche e con test specifici

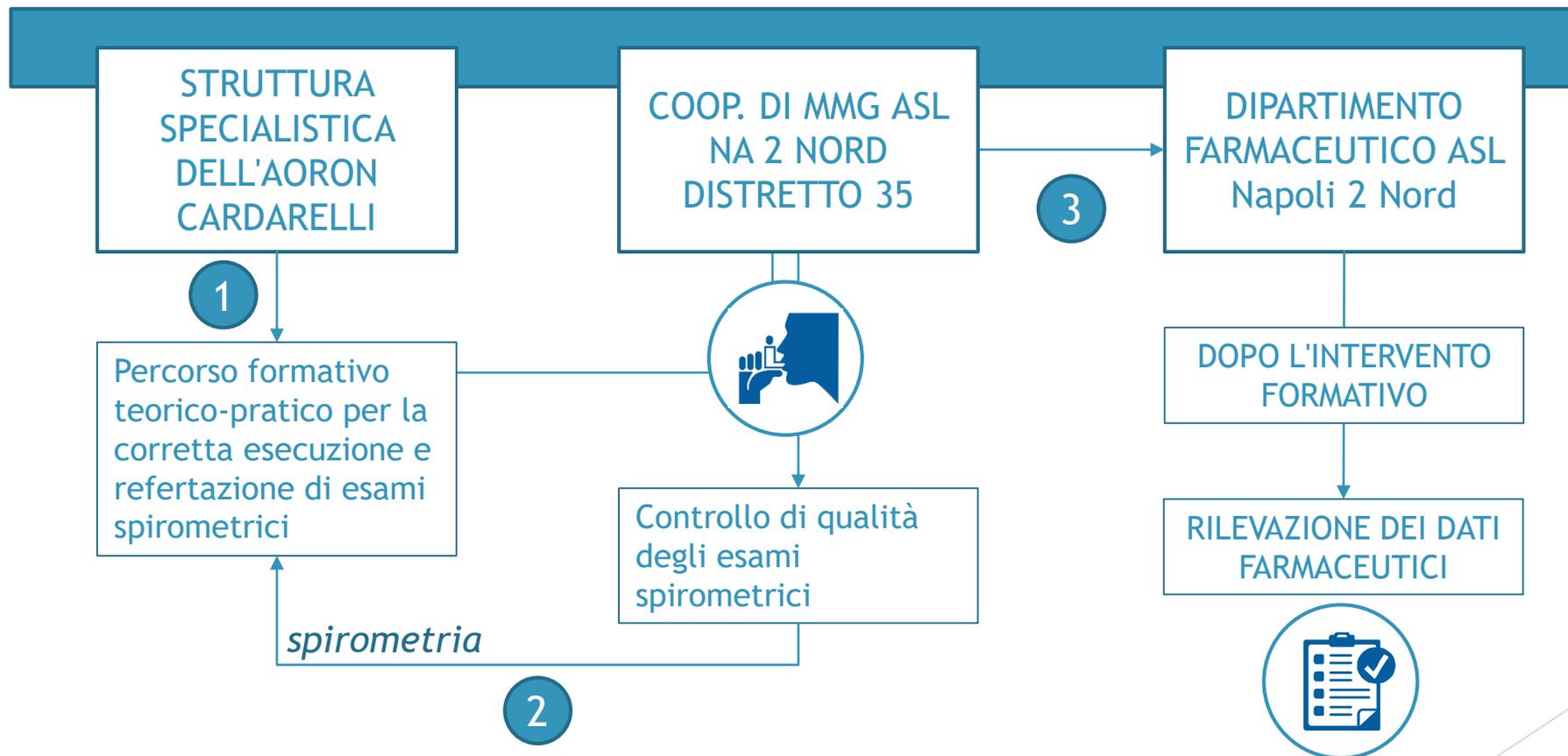


reSPIRO
flegreo



Il progetto ASL NA2 Nord: il progetto

ATTORI COINVOLTI



PROGETTO “reSPIRO FLEGREO”

- ▶ DALL' ANALISI DEI DATI E' EMERSA L'ESIGENZA DI FORNIRE ALLA POPOLAZIONE ASSISTITA DALLA NOSTRA COOPERATIVA L'ESECUZIONE SENZA LISTE DI ATTESA DI UN NUMERO ADEGUATO ALLE NECESSITA' DI ESAMI SPIROMETRICI COMPLETI EFFETTUATI SEMPRE CON TEST DI REVERSIBILITA' COME RICHIESTO DAL “GOLD STANDARD” DELLE LINEE GUIDA INTERNAZIONALI.
- ▶ E' DIFFUSAMENTE ACCETTATO CHE I RISULTATI MIGLIORI SI OTTENGONO OVE L'ESAME SPIROMETRICO SIA EFFETTUATO DA MMG OPPORTUNAMENTE ADDESTRATI MEDIANTE UN PERCORSO FORMATIVO VALIDATO E SOTTOPOSTO A TEST DI VERIFICA DI QUALITA' IN ITINERE.

PROGETTO “reSPIRO FLEGREO”

- ▶ I PAZIENTI SARANNO RECLUTATI DAI MMG DELLA COOPERATIVA IN BASE AI SEGUENTI CRITERI CLINICO-EPIDEMIOLOGICI:
 - 1) PAZIENTI CON DIAGNOSI ATTIVA DI “ASMA” e/o “BPCO” ALLA DATA DI INIZIO DELLO STUDIO, MA CHE NON HANNO EFFETTUATO UNA SPIROMETRIA COMPLETA CON TEST DI REVERSIBILITA’ (gli elenchi nominali degli eleggibili saranno compilati e forniti ai singoli medici mediante invio riservato alla rispettiva casella PEC dal Team Informatico della COOP)
 - 2) SOGGETTI DI ENTRAMBI I SESSI CON ETA’ > 45 ANNI FUMATORI, EX-FUMATORI O CON ANAMNESI POSITIVA DI ESPOSIZIONE CRONICA AMBIENTALE O LAVORATIVA A POLVERI E/O SOSTANZE GASSOSE NOCIVE

PROGETTO “reSPIRO FLEGREO”

- 3) PAZIENTI CON FAMILIARITA' PER ASMA O RINITE ALLERGICA
- 4) PAZIENTI OBESI (BMI>30)
- 5) PAZIENTI AFFETTI DA RINITE ALLERICA

PROGETTO “reSPIRO FLEGREO”



IL PROGETTO PREVEDE L'ESECUZIONE DI 3 SEDUTE SETTIMANALI DI SPIROMETRIA (CON L'ESECUZIONE MEDIAMENTE DI 20-25 ESAMI IN TOTALE) PRESSO GLI STUDI DI MEDICI DELLA COOPERATIVA OPERANTI SUL TERRITORIO DI POZZUOLI, BACOLI E MONTE DI PROCIDA IN MODO DI POTER EFFETTUARE ALMENO 600 ESAMI OGNI ANNO.

PROGETTO “reSPIRO FLEGREO”



LE PRENOTAZIONI PER L'ESAME POTRANNO ESSERE EFFETTUATE DAI SINGOLI MEDICI DELLA COOPERATIVA ENTRANDO NELLA SEZIONE RISERVATA DEL NOSTRO SITO E ACCEDENDO AD UNA PAGINA APPOSITA OVE SARANNO DISPONIBILI LE SEDUTE PROGRAMMATE CON SEDE, OPERATORE, ORARI E DOVRANNO ESSERE INDICATE LE GENERALITA' DEL PAZIENTE, UN RECAPITO TELEFONICO DELLO STESSO E L'APPARTENENZA AD UNA DELLE CATEGORIE ELEGGIBILI SUCCITATE.

PROGETTO “reSPIRO FLEGREO”



- ▶ IL PAZIENTE DOPO L'ESECUZIONE DELL'ESAME CON TEST DI REVERSIBILITA' RITIRERA' IMMEDIATAMENTE LA RISPOSTA CHE OLTRE AL TRACCIATO E AGLI INDICI SPIROMETRICI COMPLETI CONTERRA' LA CONCLUSIONE DIAGNOSTICA DEL CASO E LE INDICAZIONI TERAPEUTICHE.
- ▶ I DATI E LA RISPOSTA STESSA POSSONO ESSERE REFERTATI DIRETTAMENTE SUL DATABASE DEL MEDICO RICHIEDENTE ED IN OGNI CASO VIENE RILASCIATA AL PAZIENTE LA RISPOSTA.

STADIAZIONE ASMA: CARTELLA MILLEWIN

 **NOVITA' versione 13.38**

Stadiazione pretrattamento per ASMA e BPCO stadio spirometrico

ASMA - STADIAZIONE PRETRATTAMENTO

ASMA - Classificazione di Gravità prima dell'inizio del trattamento

OK
Annulla

SINTOMI	SINTOMI NOTTURNI	FEV1 <VEMS> e PEF	
<input type="radio"/> Continui <input type="radio"/> Attività fisica limitata	<input type="radio"/> Frequenti	<input type="radio"/> FEV1 \leq 60% del teorico. Variabilità PEF > 30%	STEP 4 Grave Persistente
<input type="radio"/> Quotidiani <input type="radio"/> Attacchi che limitano l'attività	<input type="radio"/> Più di 1 volta alla settimana	<input type="radio"/> FEV1 60-80% del teorico. Variabilità PEF > 30%	STEP 3 Moderato Persistente
<input checked="" type="radio"/> Più di 1 volta alla settimana, ma meno di 1 volta al giorno	<input type="radio"/> Più di 2 volte al mese	<input checked="" type="radio"/> FEV1 \geq 80% del teorico. Variabilità PEF 20-30%	STEP 2 Lieve Persistente
<input type="radio"/> Meno di 1 volta alla settimana	<input checked="" type="radio"/> 2 volte al mese o meno	<input type="radio"/> FEV1 \geq 80% del teorico. Variabilità PEF < 20%	STEP 1 Intermittente

[Monitoraggio Spirometria](#)

STADIAZIONE BPCO: CARTELLA MILLEWIN

 **NOVITA' versione 13.38**

Stadiazione pretrattamento per ASMA e BPCO stadio spirometrico

 BPCO - Classificazione spirometrica di gravità

BPCO - Classificazione spirometrica(*) di gravità OK

(*) Basata sulla spirometria post-broncodilatatore Annulla

Caratteristiche	Stadio	Terapia in base allo stadio
<input type="radio"/> VEMS/CVF < 0.7; VEMS >= 80% del teorico	I LIEVE	
<input type="radio"/> VEMS/CVF < 0.7; 50% <= VEMS < 80%	II MODERATA	
<input type="radio"/> VEMS/CVF < 0.7; 30% <= VEMS < 50%	III GRAVE	
<input type="radio"/> VEMS/CVF < 0.7; VEMS < 30% del teorico o VEMS < 50% del teorico in presenza di insufficienza respiratoria (PaO2 < 60 mmHg)	IV MOLTO GRAVE	

[Monitoraggio Spirometria](#)

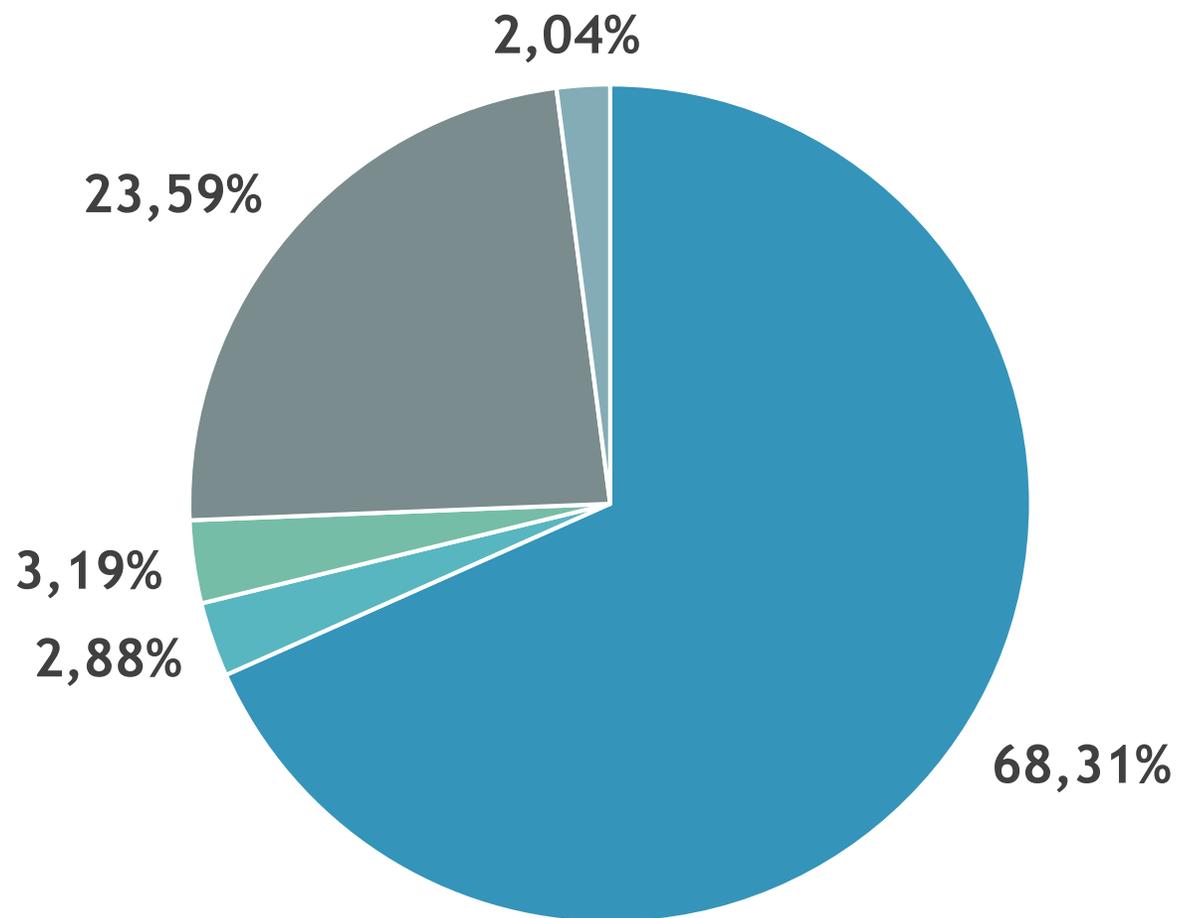
Spirometrie effettuate

	N	%
N spirometrie richieste	2257	
Spirometrie prenotate (eseguite)	1855	82.2*
Spirometrie registrate	1725	93.0**
<u>N soggetti con spirometria con dato</u>	<u>1584</u>	

* Percentuale calcolata sul totale delle spirometrie richieste

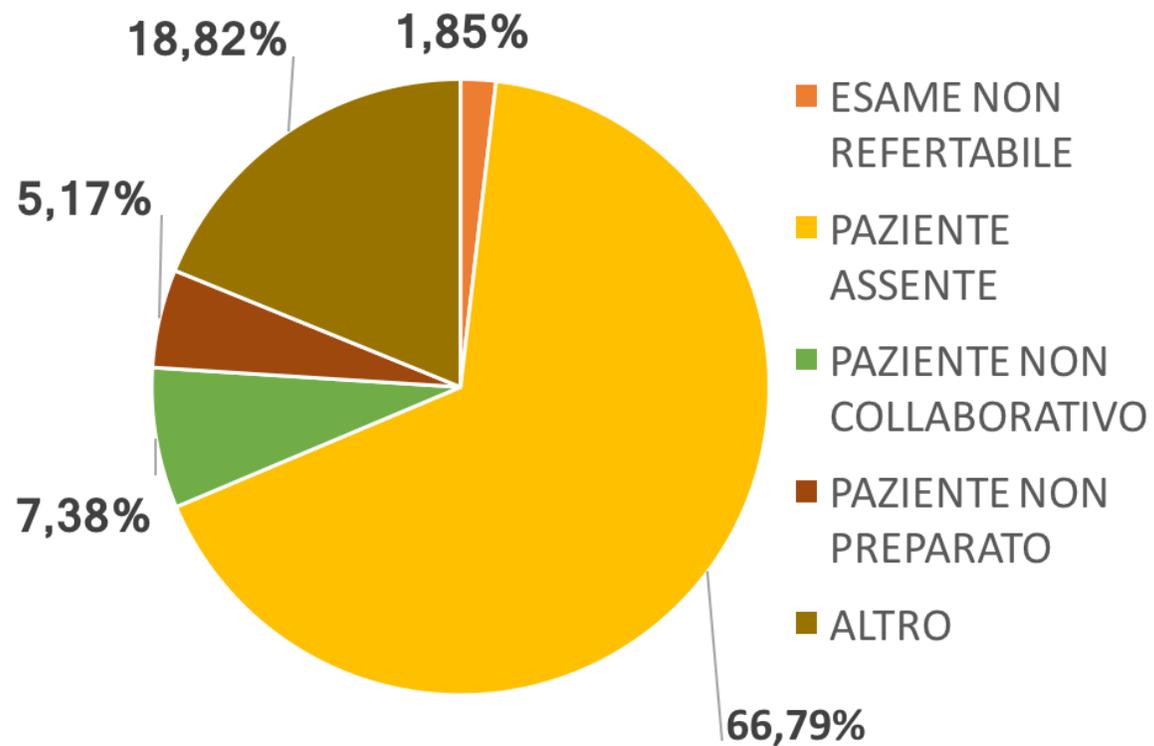
** Percentuale calcolata sul totale delle spirometrie prenotate

INDICAZIONI ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME



- PAZIENTE CON ASMA O BPCO
- PAZIENTE CON FAMILIARITÀ PER ASMA O RINITE ALLERGICA
- PAZIENTE CON RINITE ALLERGICA
- PAZIENTE FUMATORI O ESPOSTI A POLVERI / SOSTANZE NOCIVE
- PAZIENTE OBESI

MOTIVAZIONI PER LA NON EFFETTUAZIONE.



Il progetto ASL NA2 Nord: i risultati

2120 pazienti valutati (2013-2016)



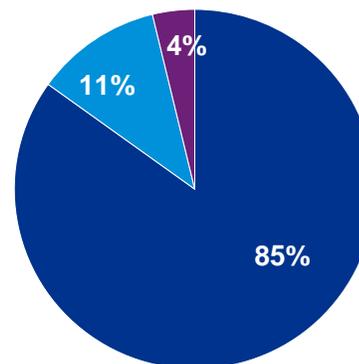
Il progetto ASL NA2 Nord: i risultati

L'appropriatezza diagnostica è migliorata

624 p, con diagnosi di asma o BPCO nei DB dei MMG

159 pazienti
con diagnosi
BPCO, no
spirometria

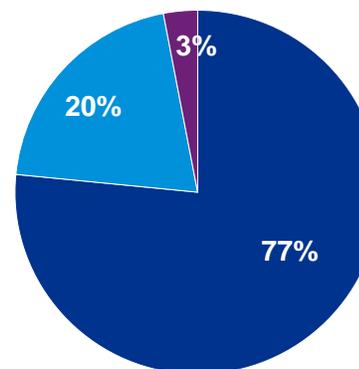
Post-spirometria



■ Diagnosi confermata
■ Diagnosi BPCO errata
■ Asma

465 pazienti
con diagnosi
ASMA, no
spirometria

Post-spirometria

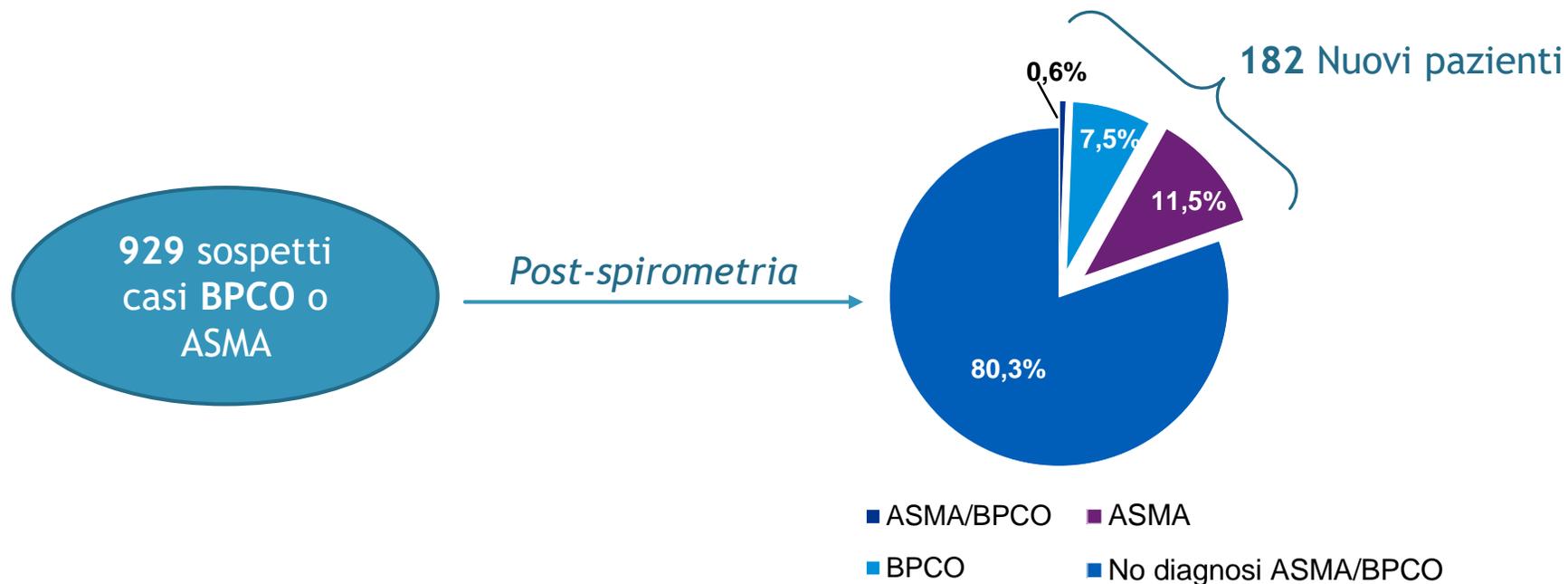


■ Diagnosi confermata
■ Diagnosi asma errata
■ BPCO

Fonte: DB MMG distretto 35 - ASL NA 2 NORD

Il progetto ASL NA2 Nord: i risultati

La patologia è emersa attraverso case finding

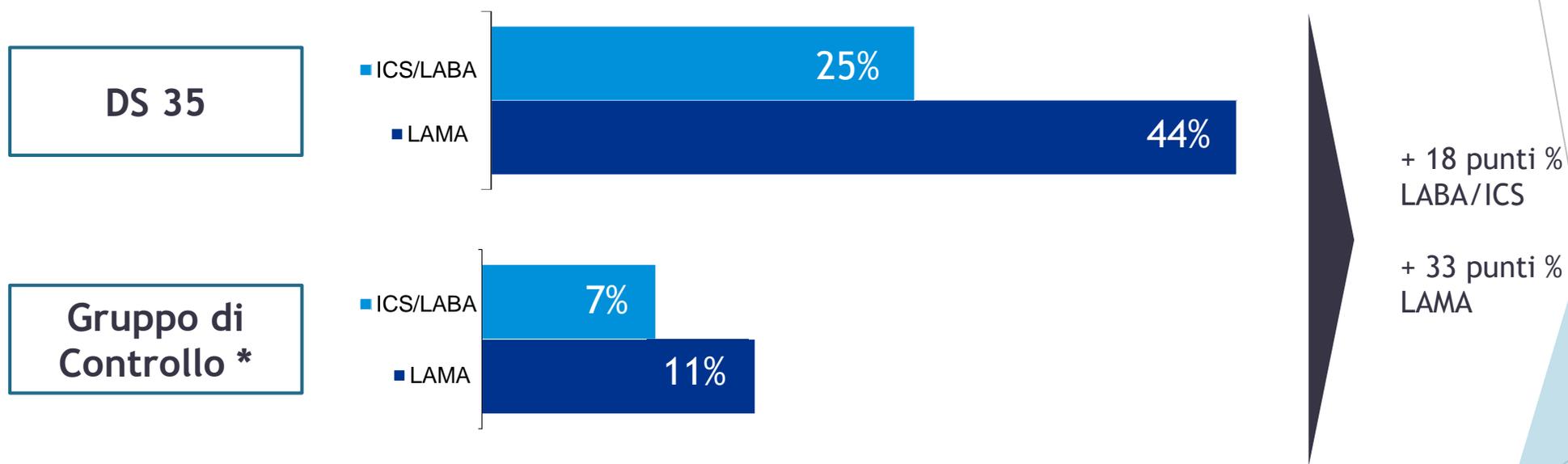


Fonte: DB MMG distretto 35 - ASL NA 2 NORD

Il progetto ASL NA2 Nord: i risultati

L'aderenza alla terapia è migliorata

% Pazienti con Numero Confezioni superiore a 6



(*) Gruppo di controllo - Altri distretti ASL NA 2 NORD

Fonte: Servizio Farmacoeconomia - ASL NA 2 NORD

Il progetto ASL NA2 Nord: i risultati le ospedalizzazioni per BPCO si sono ridotte (1 di 2)

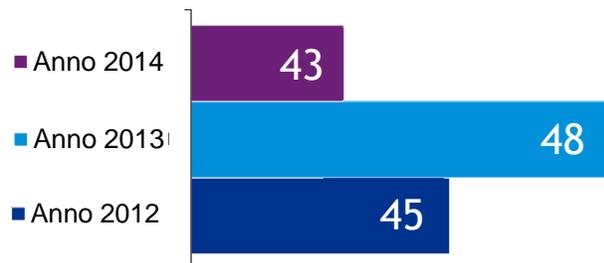
Numero di ospedalizzazioni per BPCO

DS 35



Tra il 2013 e il 2014
-75%

Media del Gruppo di Controllo *



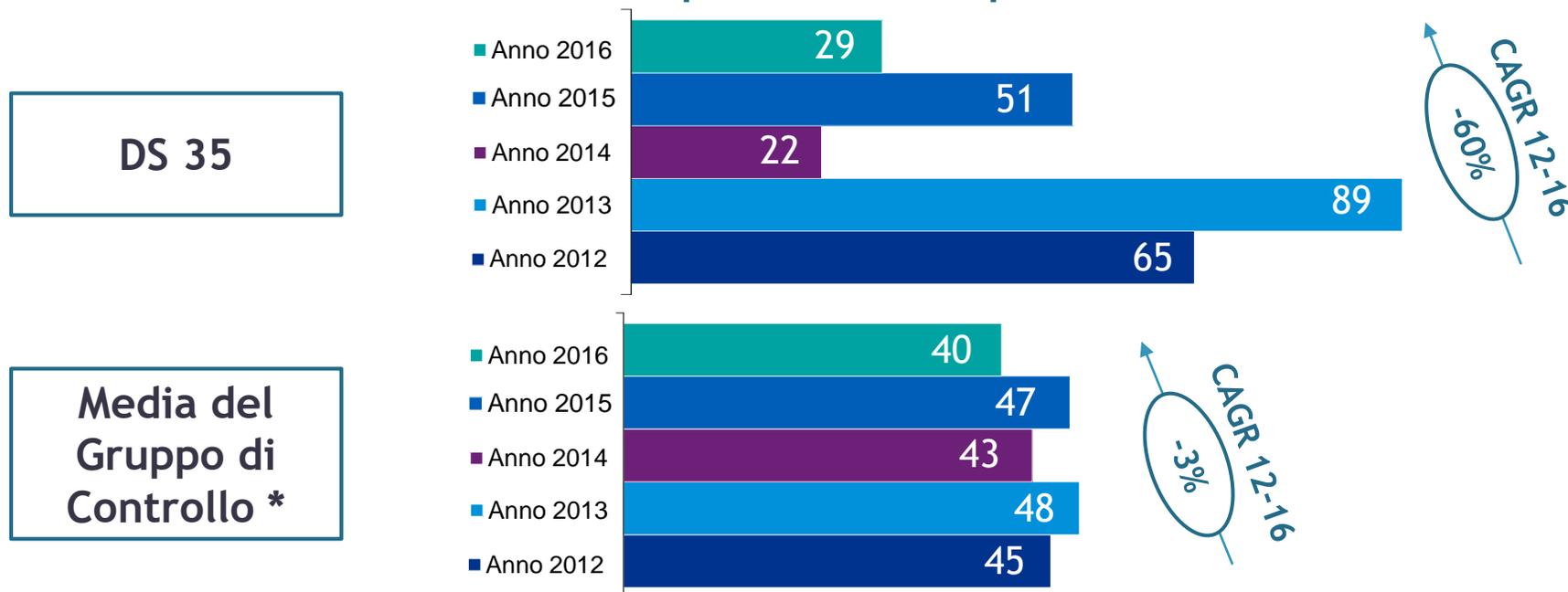
Tra il 2013 e il 2014
-10%

(*) Gruppo di controllo - Altri distretti ASL NA 2 NORD

Fonte: Servizio Farmacoeconomia - ASL NA 2 NORD

Il progetto ASL NA2 Nord: i risultati le ospedalizzazioni per BPCO si sono ridotte (2 di 2)

Numero di ospedalizzazioni per BPCO



(*) Gruppo di controllo - Altri distretti ASL NA 2 NORD

Fonte: Servizio Farmacoeconomia - ASL NA 2 NORD

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Sabato, 18 marzo 2017

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

N. 15

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
12 gennaio 2017.

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Elenco di malattie e condizioni croniche invalidanti

BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO) NEGLI STADI CLINICI "MODERATA", "GRAVE" E "MOLTO GRAVE"

PRESTAZIONI

FREQUENZA

	VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)	ogni 6 mesi
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT)	ogni 6 mesi
90.27.1	GLUCOSIO	ogni 6 mesi
90.44.1	UREA	ogni 6 mesi
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	ogni 6 mesi
90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	ogni 6 mesi
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	ogni 6 mesi
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	ogni 6 mesi
91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	ogni 6 mesi
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]	ogni 6 mesi
89.44.2	TEST DEL CAMMINO CON VALUTAZIONE DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA [WALKING TEST]	ogni 6 mesi
87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	ogni 12 mesi
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	ogni 12 mesi
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico e Carbossiemoglobina.	ogni 6 mesi
	OPPURE	
89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	ogni 6 mesi
89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA / PULSOSSIMETRIA	ogni 12 mesi
93.18.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA DI GRUPPO relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 60 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Max 6 pazienti. Ciclo fino a 10 sedute	ogni 12 mesi

...dall'inizio del 2017

La Direzione Regionale delle Cure Primarie ha istituito un gruppo di lavoro integrato (Regione-Specialistica Ospedaliera-Specialistica Ambulatoriale- DS-MMG) con il compito di riformulare e aggiornare il PDTA regionale per la BPCO.

Regione Campania

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)



REGIONE CAMPANIA

Regione Campania

Revisioni

Versione	Autore	Data	Revisione
1.01	Gruppo di lavoro PDTA BPCO	15/02/2017	Gruppo di lavoro PDTA BPCO
1.02	Gruppo di lavoro PDTA BPCO	08/03/2017	Gruppo di lavoro PDTA BPCO
2.01	Gruppo di lavoro PDTA BPCO	01/09/2017	Gruppo di lavoro PDTA BPCO

Documento rivisto da

Revisore	Data revisione
1	
2	
3	
4	
5	

Documento approvato da

Approvato da	Firma	Data revisione
1		
2		
3		
4		
5		



Valenza istituzionale

Coinvolgimento attivo tutte le società scientifiche interessate al percorso

Modello di trasferimento non solo di conoscenze, ma di competenze

Misure di efficacia dell'intervento formativo e monitoraggio centralizzato dello stesso

Garanzia di raggiungimento dei risultati attesi (??)



Aurelio Bouché	Regione Campania Direttore Cure Primarie
Raffaella Errico	Dirigente Medico ASL CE
Gennaro Volpe	Direttore Dipartimento Assistenza Primaria e Continuità delle Cure ASL NAPOLI 1 CENTRO
Vincenzo D'Amato	Dirigente Medico della Struttura Commissariale
Fausto De Michele	Specialista Pneumologo Direttore UOSC Pneumologia 1 Dipartimento Oncopneumoematologico A.O. Cardarelli
Mario Polverino	Specialista Pneumologo Direttore Polo Pneumologico Asl Salerno Presso Presidio Ospedaliero Scarlato
Alessandro Vatrella	Specialista Pneumologo - Università Di Salerno Aou San Giovanni Di Dio E Ruggi D'aragona
Ilaria Marchetiello	Pneumologo -Specialista ambulatoriale ASLNA1
Luigi Sparano	MMG ASL NA 1 Centro
Filippo Bove	MMG ASL NA 2 Nord
Gaetano Piccinocchi	MMG rappresentante SIMG

cosa è un PDTA?

STRUMENTO DI GOVERNO DEI PROCESSI SANITARI

E' la contestualizzazione* delle Linee Guida, con la quale il paziente riceve una sequenza e una temporizzazione **preordinata**, **integrata** e **condivisa** di prestazioni di diagnosi e cura da parte del personale medico e non.

**** adattamento alle risorse professionali, organizzative e tecnologiche disponibili in loco***

Differenze tra un PDTA ed una linea guida

- *Chi fa cosa?*
- *In quale setting organizzativo?*
- *Con quali risorse?*
- *Come misuriamo il processo?*
- *Come misuriamo gli esiti?*
- *....ed i contenuti clinici e scientifici?*

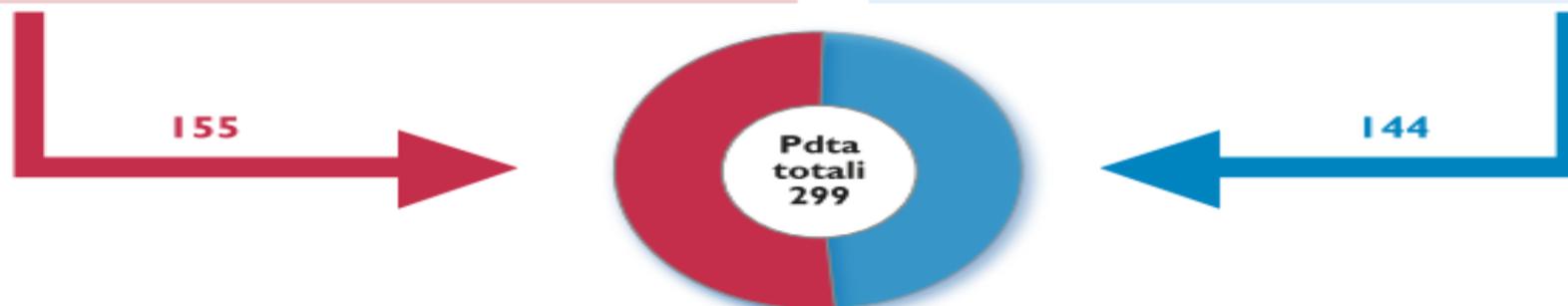
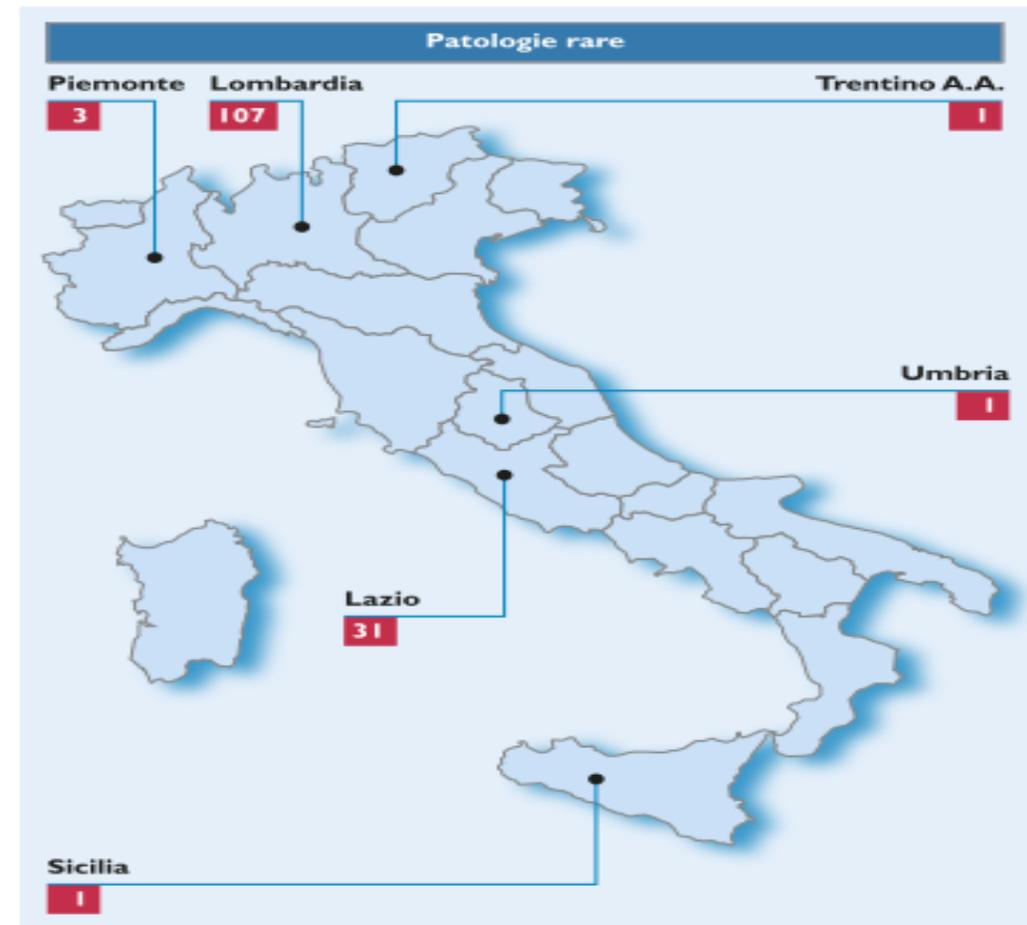
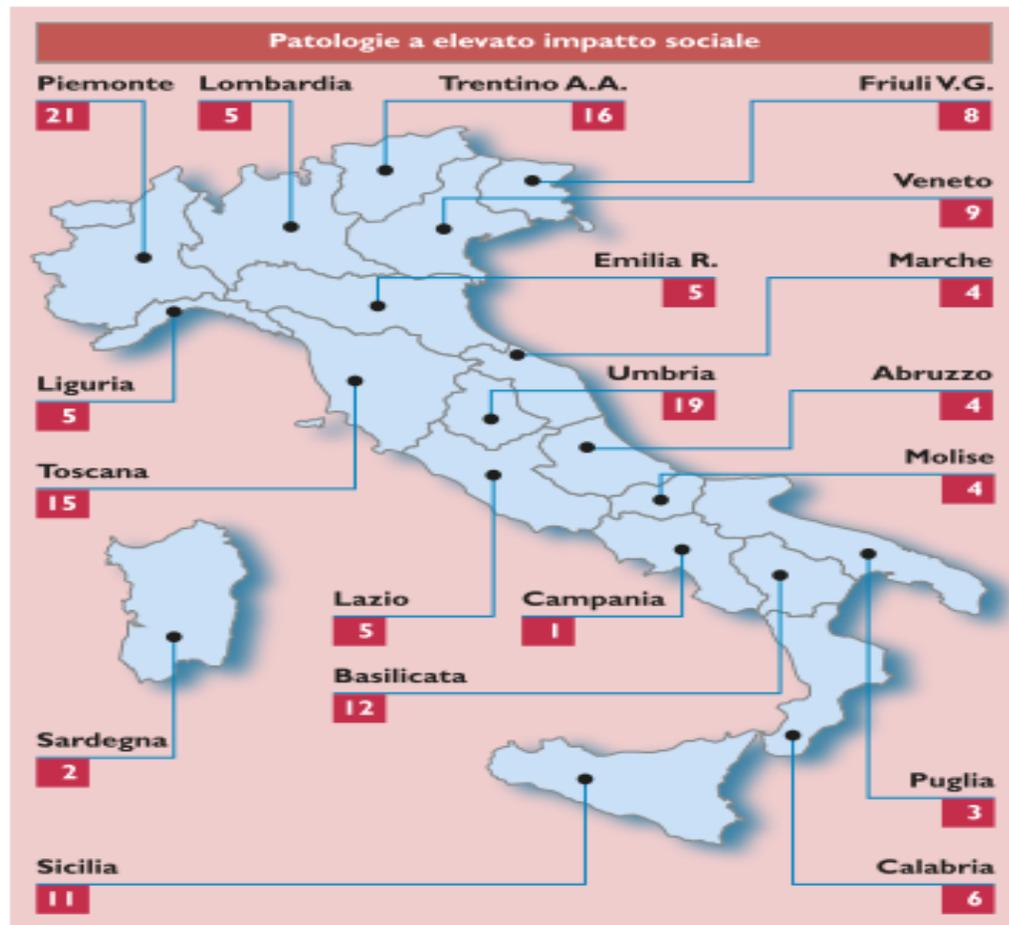
.... Per questo ci sono le linee guida e le evidenze della letteratura

Perché un progetto di implementazione?

Documenti e linee guida disponibili sulla BPCO

- ◉ *Documento Gold 2017*
- ◉ *Documento GOLD 2016*
- ◉ *Statement ERS/ATS 2015*
- ◉ *Documento GOLD 2015*
- ◉ *Documento gestione integrata BPCO - AIMAR-AIPO-SIMeR-SIMG 2013*
- ◉ *Linee guida FADOI 2012*
- ◉ *Linee guida SEPAR 2012*
- ◉ *Documento ARCH BRONCOPNEUMOL 2012*
- ◉ *Linee guida ACP/ACCP/ATS/ERS 2011*
- ◉ *Linee guida NICE 2010*
- ◉ *Linee guida GOLD 2007*
- ◉ *Linee guida ACP 2007*
- ◉ *Linee guida ACP 2007*
- ◉ *Statement ATS/ERS 2004*

Figura I - Ricognizione dei Pdta per Regione aggiornata a ottobre 2017



Schema di lavoro del PDTA BPCO

	PREVENZIONE & EDUCAZIONE	DIAGNOSI	TERAPIA	RIACUTIZZAZIONE & OSPEDALIZZAZIONE	RIABILITAZIONE RESPIRATORIA
OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> Abolizione dei fattori di rischio 	<ul style="list-style-type: none"> Confermare la diagnosi di BPCO Favorire l'emersione della patologia non ancora diagnosticata 	<ul style="list-style-type: none"> Ridurre gravità e frequenza riacutizzazioni Verificare aderenza Migliorare qualità della vita 	<ul style="list-style-type: none"> Verificare aderenza Migliorare qualità della vita Ottimizzazione trattamento Applicazione corretti criteri ospedalizzazione Scelta del corretto setting sanitario 	<ul style="list-style-type: none"> Favorire il recupero funzionale dopo riacutizzazione Ridurre complicanze e disabilità residua
INPUT	<ul style="list-style-type: none"> Visita ambulatoriale 	<ul style="list-style-type: none"> Visita ambulatoriale Indicazione di spirometria e pulsossimetria 	<ul style="list-style-type: none"> Visita ambulatoriale 	<ul style="list-style-type: none"> Pulsossimetria Visita ambulatoriale o domiciliare 	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione team ospedaliero Visita ambulatoriale o domiciliare
ATTORI	<ul style="list-style-type: none"> MMG Infermiere Specialista pneumologo Centri Anti Fumo 	<ul style="list-style-type: none"> MMG Specialista pneumologo 	<ul style="list-style-type: none"> MMG Infermiere Specialista pneumologo 	<ul style="list-style-type: none"> MMG Infermiere Specialista pneumologo Ospedale 	<ul style="list-style-type: none"> Spec. Malattie apparato respiratorio Spec. Riabilitazione MMG Fisioterap / infermiere / psico / nutrizionista / ass sociale
SETTING	<ul style="list-style-type: none"> Studio del MMG AFT UCCP Centri Anti Fumo 	<ul style="list-style-type: none"> Studio del MMG AFT UCCP Ambulatorio peumo territoriale 	<ul style="list-style-type: none"> Studio del MMG AFT UCCP Ambulatorio peumo territoriale 	<ul style="list-style-type: none"> Studio del MMG AFT UCCP Ambulatorio peumo territoriale Ospedale 	<ul style="list-style-type: none"> Ricovero ord. Riab. Day Hosp. Riab. Ambulatorio Domicilio
OUTPUT	<ul style="list-style-type: none"> Registrazione dato fumo Tattamento del tabagismo 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnosi Eventuale prima visita specialistica 	<ul style="list-style-type: none"> Stadiazione del pazinete Prescrizione terapia Controlli programmati 	<ul style="list-style-type: none"> Tattamento della riacutizzazione Eventuale ricovero ospedaliero Follow up 	<ul style="list-style-type: none"> Attuazione progetto riabilitativo individuale Programma di follow up Valutazione esiti

Prevenzione ed educazione

Percorso del Paziente

Percorso di tutti gli assistiti della Medicina Generale

Referente	Luogo	Input	Azione	Output	Strumenti
- Medico di Medicina Generale col supporto di infermieri o personale di studio	- Studio del MMG - AFT - UCCP	- Visita ambulatoriale	- registrare in cartella clinica la storia e lo status degli assistiti rispetto al fumo; - fornire a tutti i fumatori un avviso minimo per la cessazione del fumo.	- Registrazione del dato fumo	- Scheda di registrazione del dato fumo del software gestionale dello Studio del MMG - Modello delle 5A - Test di Fagerström

Percorso dei pazienti con BPCO

Referente	Luogo	Input	Azione	Output	Strumenti
- Medico di Medicina Generale - Specialista pneumologo - Specialista centro antifumo	- Studio del MMG - AFT - UCCP - Ambulatorio specialistico	- Visita ambulatoriale	- Informazioni sulla patologia - Istruzioni sul corretto utilizzo di farmaci e device - Istruzioni per il riconoscimento delle riacutizzazioni Per i pazienti gravi: - Informazioni sulla ossigeno terapia e ventiloterapia; - Informazioni sulla fase terminale della malattia	- Registrazione del dato fumo	- Scheda di registrazione del dato fumo sul software gestionale dello Studio del MMG - Modello delle 5A - Test di Fagerström

Indicatori di processo

Indicatore	Referente	Livello organizzazione	Disponibilità temporale	Flusso	Responsabile elaborazione
N° di pazienti con registrazione del dato di fumo / N° Assistiti	- MMG	- MMG - AFT - Distretto	- 6 mesi	- Debito Informativo MMG Art.7 AIR Regione Campania	- Comitato Aziendale per l'appropriatezza

Percorso del Paziente con:

— **diagnosi BPCO che non dispone di spirometria o con ultima spirometria anteriore ai 2 anni.**

Referente	Luogo	Input	Azione	Output	Strumenti
Medico di Medicina Generale	Studio del MMG AFT UCCP	Visita ambulatoriale Indicazione della spirometria semplice con eventuale test di	Effettuare la Visita somministrare questionario CAT e mMRC Effettuare la spirometria semplice	Verifica dato fumo Verifica questionario CAT e mMRC Conferma diagnosi BPCO con	Questionario CAT e mMRC (Allegato B.2) Spirometro

170725_PDTABPCORegioneCampania_V20

8

Regione Campania

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

Referente	Luogo	Input	Azione	Output	Strumenti
		broncodilatazioni	con eventuale test di broncodilatazione Richiedere eventuale supporto specialistico anche per la diagnosi strumentale	stratificazione del livello di gravità	
Specialista Pneumologo	Ambulatorio pneumologia territoriale (Allegato B.1)	visita specialistica	Erogare visita specialistica e Spirometria semplice o globale con eventuale test di broncodilatazione e DLCO	Spirometria semplice o globale con eventuale test di broncodilatazione e DLCO Conferma diagnosi BPCO con stratificazione del livello di gravità	Spirometro semplice o spirometria globale con DLCO

Diagnosi

Percorso del Paziente con sospetta BPCO (case finding)

Referente	Luogo	Input	Azione	Output	Strumenti
- Medico di Medicina Generale	- Studio del MMG - AFT - UCCP	- Visita ambulatoriale - Indicazione della spirometria semplice con eventuale test di broncodilatazione	- Effettuare la visita Effettuare somministrare questionario CAT e mMRC - Effettuare la spirometria semplice con eventuale test di broncodilatazione - Richiedere eventuale supporto specialistico per la diagnosi strumentale	- Verifica dato fumo - Eventuale conferma del sospetto diagnostico	- Questionario CAT e mMRC (Allegato B.2) - spirometro
- Specialista Pneumologo	- Ambulatorio pneumologia territoriale (Allegato B.1)	- visita specialistica	- Erogare visita specialistica e spirometria semplice o globale con eventuale test di broncodilatazione	- Spirometria semplice o globale con eventuale test di broncodilatazione - eventuale conferma sospetto diagnostico.	- Spirometro - Spirometro con possibilità esecuzione di spirometria globale +DLCO

Indicatori di processo

Indicatore	Referente	Livello organizzazione	Disponibilità temporale	Flusso	Responsabile elaborazione
N° di pazienti con diagnosi di BPCO e spirometria/N° di pazienti con diagnosi di BPCO	- MMG	- MMG - AFT - Distretto	- 12 mesi	- Debito Informativo MMG Art.7 AIR Regione Campania	- Comitato Aziendale per l'appropriatezza

Terapia

Al Medico di Medicina Generale (MMG) e allo specialista pneumologo spetta il compito di effettuare la **stratificazione di gravità dei pazienti** e, sulla base di questa, prescrivere la terapia.

Le indicazioni della prescrizione devono essere effettuate **come da indicazioni approvate da AIFA per formulazione di principio attivo**. Ove necessario, come da indicazioni AIFA, verrà sviluppato il Piano Terapeutico.

Percorso del Paziente con diagnosi di BPCO

Referente	Luogo	Input	Azione	Output	Strumenti
<ul style="list-style-type: none"> - Medico di Medicina Generale - Specialista (soprattutto in caso di pazienti con BPCO moderata o grave) 	<ul style="list-style-type: none"> - Studio del MMG - AFT - UCCP - Ambulatorio pneumologia territoriale 	<ul style="list-style-type: none"> - Visita ambulatoriale 	<ul style="list-style-type: none"> - Stratificare il paziente in base alla gravità della BPCO (lieve, moderata o grave) - Effettuare la prescrizione della terapia - Spiegare il corretto utilizzo dei device - Verificare l'aderenza al trattamento 	<ul style="list-style-type: none"> - Paziente inserito nel percorso terapeutico appropriato per stadio - Terapia prescritta al paziente - Indicazione della frequenza dei controlli - Verifica dell'aderenza al trattamento 	<ul style="list-style-type: none"> - Tabella "Stadiazione di gravità della BPCO" - Indicazioni AIFA
<ul style="list-style-type: none"> - Medico di Medicina Generale 	<ul style="list-style-type: none"> - Studio del MMG - AFT - UCCP 	<ul style="list-style-type: none"> - Visita ambulatoriale 	<ul style="list-style-type: none"> - Programma i controlli 	<ul style="list-style-type: none"> - Paziente sotto terapia farmacologica e monitoraggio 	<ul style="list-style-type: none"> - Indicazioni AIFA

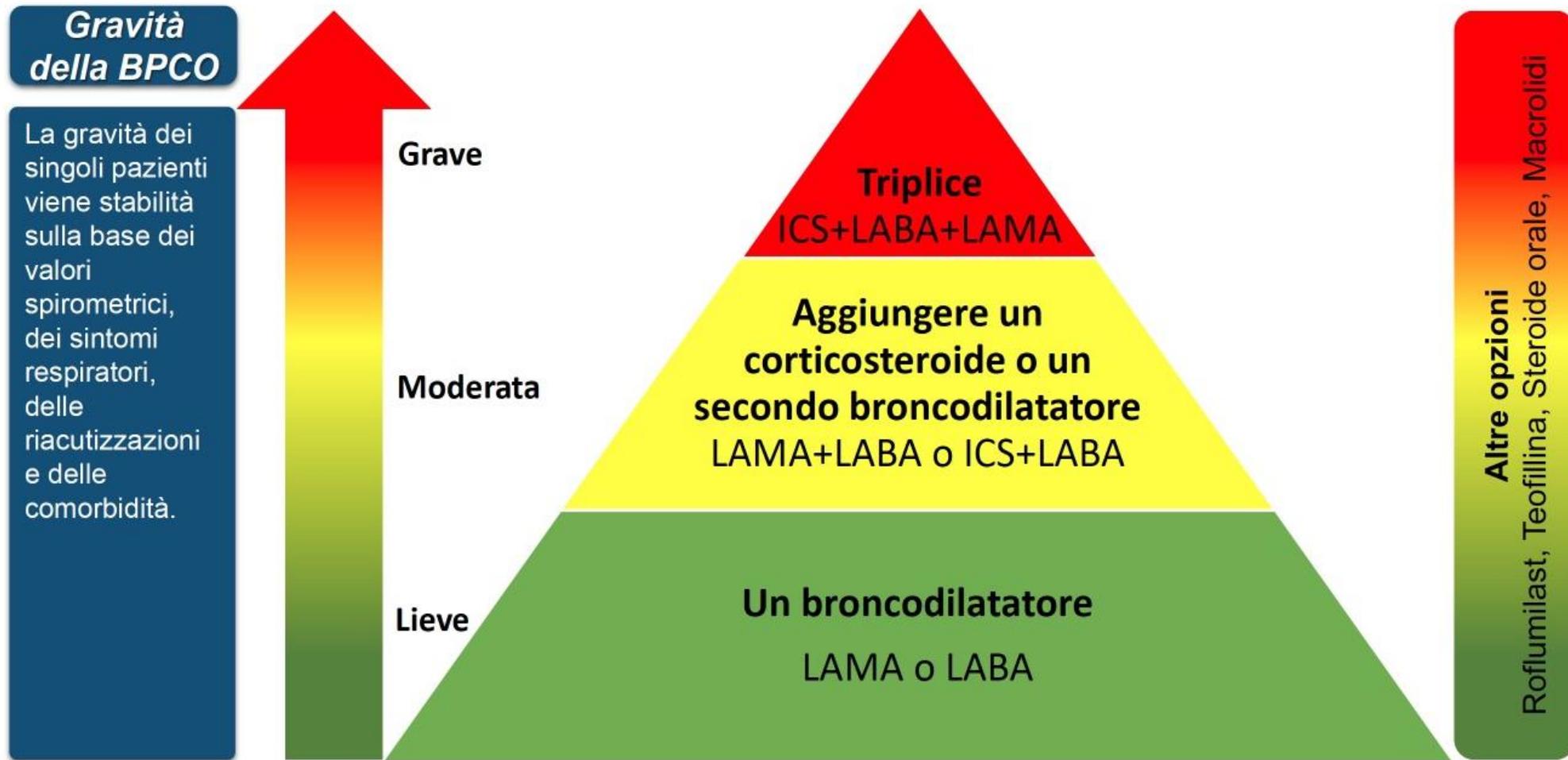
Strumenti e terapia

La **stratificazione di gravità dei pazienti** con BPCO diagnosticata va effettuata, preliminarmente, in base al livello di compromissione funzionale (FEV₁), tale stratificazione è quella a cui fare riferimento per l'allineamento alle indicazioni dei LEA:

Parametro	Misura	Lieve	Moderata	Grave
- FEV	% teorico	>80%	50% - 80%	< 50%

Ai fini di una valutazione integrata e multidimensionale della gravità della patologia vanno considerati anche altri parametri indicati nella seguente tabella,

Parametro	Misura	A	B	C
1 Riaccutizzazioni	n°/anno	0	1	≥2
2 mRC	Score	0-1	2-3	4
3 CAT	Score	≤10	10-25	≥25
4 Decremento FEV ₁	ml/anno	≤30	30-70	≥70
5 Air trapping	RV % teorico	≤140	140-200	≥200
6 Diffusione	DCLO%teorico	≥80	40-80	≤40
7 Scambi gassosi	PaO ₂ /PaCO ₂	Normali	Ipossiemia	Ipossiemia e ipercapnia
8 6' walking test	Metri	≥350	150-350	≤150



LA PIRAMIDE TERAPEUTICA

Indicatori di processo

Indicatore	Referente	Livello organizzazione	Disponibilità temporale	Flusso	Responsabile elaborazione
N° di pazienti trattati con broncodilatatori / N° di pazienti con diagnosi di BPCO	- MMG	- MMG - AFT - Distretto	- 12 mesi	- Farmaceutica	- Servizio informatico aziendale
N° di pazienti con diagnosi di BPCO che consumano almeno 8 confezioni di farmaci broncodilatatori all'anno / N° di pazienti trattati con BPCO	- MMG	- MMG - AFT - Distretto	- 12 mesi	- Farmaceutica	- Servizio informatico aziendale

Percorso del Paziente

Il paziente con BPCO in fase di riacutizzazione richiede una gestione integrata ed una stretta collaborazione tra specialista pneumologo e MMG.

Tutti i Pazienti con BPCO in fase di riacutizzazione

Referente	Luogo	Input	Azione	Output	Strumenti
- Medico di Medicina Generale	- Studio del MMG	- Visita ambulatoriale o domiciliare	- Visita e registrazione episodio di riacutizzazione	Ospedalizzazione NO e terapia domiciliare (vedi testo)	- Valutazione clinica - pulsossimetro
	- Domicilio del paziente		- Valutare la sussistenza dei criteri di ospedalizzazione	Ospedalizzazione SI (vedi tabella sui criteri di ospedalizzazione)	- Valutazione clinica - pulsossimetro
	- AFT				
	- UCCP				

Il paziente con BPCO con Insufficienza Respiratoria (IR) che viene ricoverato deve essere trattato secondo un modello standard ottimale basato sulle evidenze e, a seconda della gravità della IR sviluppata, in strutture Pneumologiche dedicate con differenti livelli di complessità assistenziale: **Unità operative con possibilità di Monitoraggio funzionale, Unità di Terapia Semi-Intensiva Respiratoria, Unità di Terapia Intensiva Respiratoria (UTIR)**, oppure in **ambito rianimatorio (URO)** se all'IR si associa la compromissione simultanea di più organi (MOF, *Multiple Organ Failure*). I setting assistenziali di ciascun livello di cura sono descritti nell'Allegato D.1.

Riacutizzazione e ospedalizzazione.

Criteri di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri per riacutizzazione di BPCO:

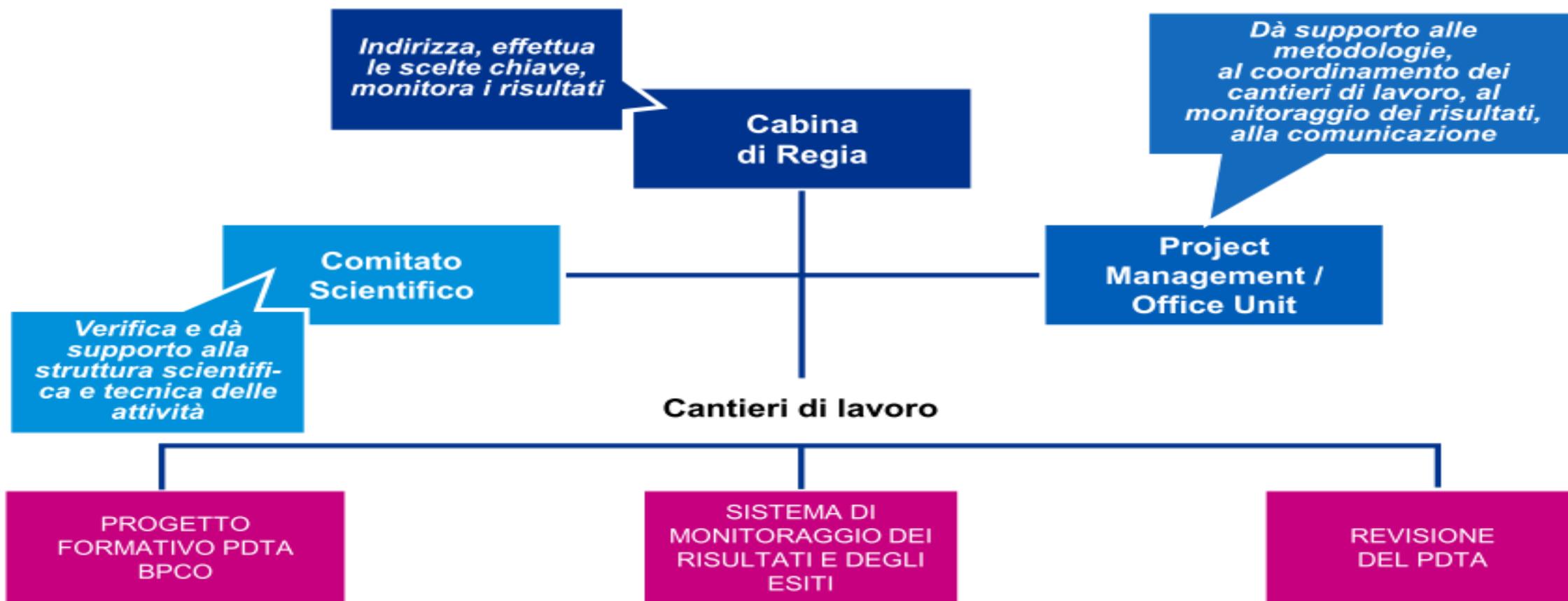
- Inadeguata o mancata risposta al trattamento instaurato a domicilio
- Presenza di comorbidità a elevato rischio (polmonite, aritmie cardiache, scompenso cardiaco, diabete mellito, insufficienza epatica o renale) o di età molto avanzata del paziente
- Anamnesi di frequenti riacutizzazioni
- Aumento notevole della dispnea e/o insorgenza di nuovi segni (cianosi, edemi periferici, aritmie cardiache)
- Aggravamento significativo della ipossiemia
- Aggravamento della ipercapnia/acidosi respiratoria (non rilevabile a domicilio)
- Alterazioni dello stato mentale
- Incapacità di dormire o mangiare per i sintomi
- Mancanza o inaffidabilità dell'assistenza familiare con incapacità del paziente di autogestirsi
- Incertezza nella diagnosi

Il rispetto di tali criteri è indispensabile per ridurre la notevole inappropriata che si osserva in caso di ospedalizzazione per BPCO riacutizzata.

Il ricovero ospedaliero è giustificato soprattutto in caso di documentata comparsa e/o aggravamento dell'insufficienza respiratoria. Con il termine di insufficienza respiratoria (IR) si designa la condizione caratterizzata da un'alterata pressione parziale dei gas (O_2 e CO_2) nel sangue arterioso.

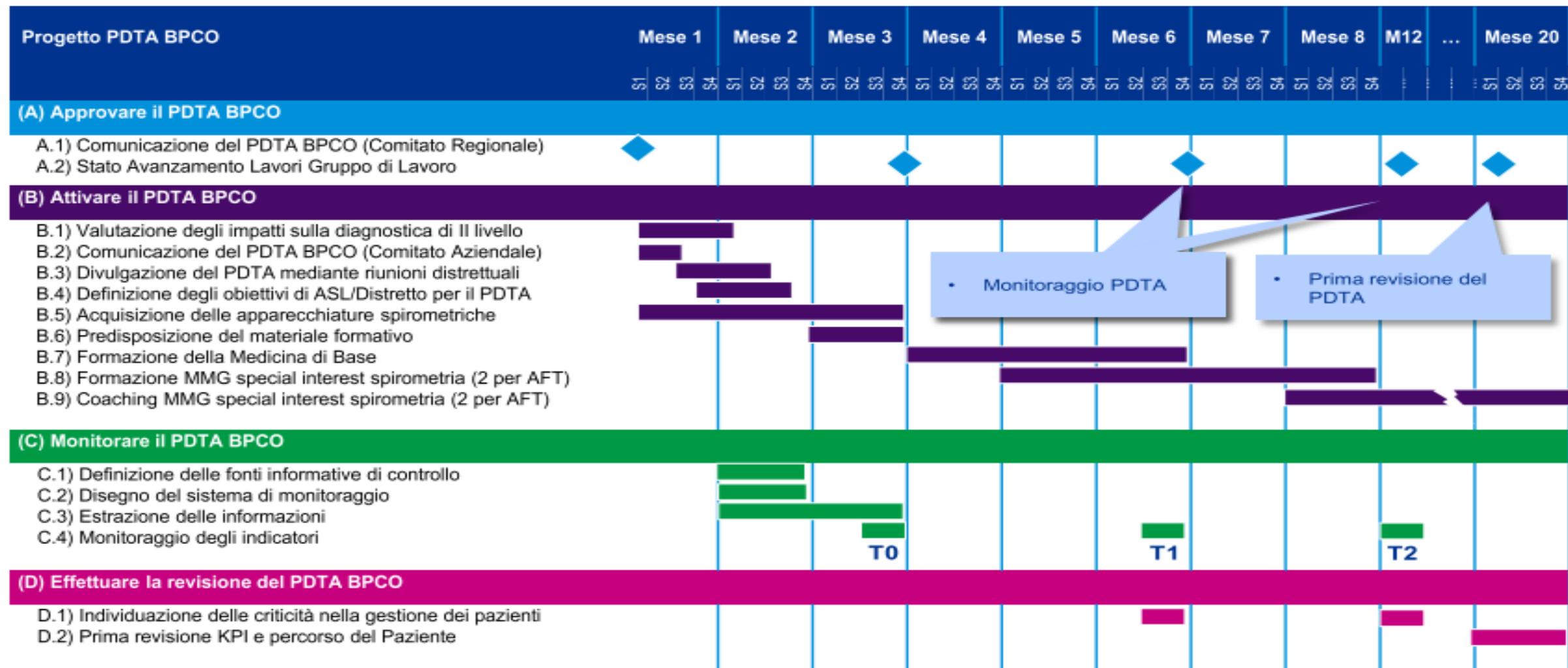
Il modello di governance per la implementazione del PDTA BPCO in Regione Campania

Per l'implementazione del PDTA BPCO è bene adottare un modello di governance come di seguito riportato



Il cronoprogramma di implementazione del PDTA BPCO in Regione Campania

Per l'implementazione del PDTA BPCO è bene valutare un adeguato cronoprogramma di implementazione come di seguito riportato



A.I.P.O. ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGHI
 CARD
 Meis
 SIFO
 SIMG
 SIO
 REGIONE CAMPANIA

Workshop di presentazione

13 Aprile 2018
 ore 10:00

PROGETTO Agire

Appropriatelyzza clinica
 Gestionale In
 REgione Campania
 per la
 BPCO

Palazzo Armieri
 Sala Armieri piano I
 Via Nuova Marina 19/c
 Napoli

Il Progetto Formativo

Obiettivi del percorso formativo

Criticità:

- Sottodiagnosi
- Inappropriatezza diagnostica (sovradiagnosi)

ESAME DIAGNOSTICO
PRINCIPALE: **spirometria**

Soluzione:



Pneumologo

MMG

Integrazioni:

- Affiancamento e **monitoraggio del piano formativo**
- Miglioramento della appropriatezza terapeutica
- Corretta ospedalizzazione

Un percorso formativo centrato sul trasferimento di competenze dallo specialista pneumologo al MMG sulla corretta esecuzione della spirometria e sull'uso corretto delle informazioni ottenute può costituire il primo passo per il **miglioramento nella gestione della BPCO**

Target dell'intervento formativo

Dati Epidemiologici



Fabbisogno complessivo in Regione Campania di esami spirometrici per pazienti con BPCO e ASMA

250.000/300.000
Pazienti con BPCO +
Pazienti con ASMA

L'investimento formativo ha una "resa" più ampia di quella prevedibile per la sola BPCO

Destinatari della formazione



Le ASL, attraverso i Direttori di Distretto, identificano i MMG da formare secondo un fabbisogno stimato di 2 MMG per ogni AFT

350 MMG totali

Formatori e Tutor



Sono organizzati 35 gruppi da 10 MMG da formare. Sono previsti 15 centri specialistici di formazione

60 Formatori totali
Ciascun Centro Specialistico è composto da 4 persone:

- 2 Pneumologi
- 1 Tecnico di Fisiopatologia Respiratoria
- 1 MMG già formato

Target dell'intervento formativo

- ***Destinatari della formazione:*** Circa 350 MMG da formare in base ad un fabbisogno stimato di 1 MMG per ogni 15-20.000 abitanti . Il tutto al fine di garantire a regime, e nell'arco temporale di 1 anno (indicatore di processo contenuto nel PDTA), dal completamento del percorso formativo un accesso alla diagnostica della gran parte dei pazienti da sottoporre a valutazione (conferma diagnostica + case finding).
- *La dimensione massima del Gruppo di MMG da formare potrà essere costituito da un massimo di 10 medici essendo necessaria una adeguata strutturazione di eventi formativi a forte contenuto tecnico-pratico*
- *Costituzione di 35 gruppi di MMG da formare*

Target dell'intervento formativo

- **Formatori e Tutor:** 15 Centri Specialistici, in cui saranno individuati i Formatori, costituiti da almeno 4 figure:
 - 2 Pneumologi + 1 Tecnico di Fisiopatologia Respiratoria + 1 MMg già adeguatamente competente perché formato in precedenti esperienze;
 - I docenti ed i tutor dei Centri Specialistici saranno composti da Pneumologi esperti in diagnostica funzionale respiratoria (di strutture ospedaliere o territoriali) e tecnici di Fisiopatologia Respiratoria
 - **TOTALE 60 FORMATORI**

Strutturazione e timing del processo formativo

STEP 1 – PRELIMINARE – DURATA 2 MESI

- A. Acquisizione delle apparecchiature spirometriche da parte dei distretti, di una singola tipologia, per garantire omogeneità nelle manovre di esecuzione dell'indagine;

Strutturazione e timing del processo formativo

STEP 1 – PRELIMINARE – DURATA 2 MESI

- A. Acquisizione delle apparecchiature spirometriche da parte dei distretti, di una singola tipologia, per garantire omogeneità nelle manovre di esecuzione dell'indagine;
- B. Predisposizione da parte della Direzione Scientifica di materiale formativo (slide Kit) che sia rappresentativo di tutti i contenuti teorico pratici del progetto nonché dei contenuti del PDTA
- C. Fotografia dei dati di farmacoeconomia relativi alla utilizzazione dei farmaci respiratori e di indicatori (iniziali) di percorso previsti nel PDTA (n° di diagnosi di BPCO, n° di diagnosi supportate da esame spirometrico, aderenza al trattamento, ospedalizzazioni per patologia respiratoria, etc.)

STEP 2 - RESIDENZIALE - DURATA 6 MESI

- 1) Riunione preliminare con i Direttori Generali delle ASL e con i 65 Direttori di Distretto di tipo informativo per garantire la loro collaborazione alla realizzazione del progetto
- 2) 1 riunione di *Train The Trainer* che coinvolge tutti i Formatori per la presentazione generale del Percorso Formativo, degli obiettivi formativi, delle modalità di realizzazione, delle tempistiche e dei relativi materiali.
- 3) 5 riunioni di Train The Trainer su base provinciale che consenta di entrare nei dettagli organizzativi del progetto calandolo nello specifico territorio
- 4) 10 Eventi formativi di tipo frontale con coinvolgimento di tutti i MMG afferenti ad ogni singolo distretto o aggregazione di distretti, nei quali si presentano i nuovi modelli organizzativi (AFT e UCCP) della regione Campania, la patologia, il PDTA ed il Percorso con le modalità per garantire il flusso dei pazienti

STEP 3 - FORMAZIONE SUL CAMPO - DURATA 18 MESI

Gruppi di MMG da formare: 35

Responsabilità Formativa per singolo Centro specialistico: 2-3 Gruppi

Attività Formativa da garantire al singolo Gruppo di 10 MMG

1) 3 incontri Teorici (da 6 ore) presso I Centri Specialistici

Principi basilari di Fisiopatologia e Clinica della BPCO con pratica di esecuzione di esami spirometrici e principi di corretta interpretazione;

2) incontri di affiancamento a piccoli gruppi (presso gli Studi dei MMG) garantiti soprattutto dai tecnici di FPR per avviare in sicurezza la diagnostica

fasi 1 e 2 durata 6 mesi

3) 4 incontri a cadenza trimestrale con tutto il gruppo di 10 MMG per verifica delle attività svolte e discussione di esami da loro praticati presentazione di esami e casi clinici da parte dei medici in formazione affiancati dai tutors

4) inizio delle attività di diagnostica in piena autonomia da parte del MMG e prosecuzione per ulteriori 12 mesi del monitoraggio semestrale

fasi 3 e 4 durata 12 mesi

STEP 4 - FOLLOW-UP

- 1) Verifica a 12 mesi dall'effettivo inizio della operatività dei MMG dell'impatto complessivo dell'attività
- 2) Verifica degli indicatori di processo previsti dal PDTA relativamente alla diagnostica: *“numero di pazienti con diagnosi di BPCO e spirometria sul numero di pazienti con diagnosi di BPCO”*

Sommario

1. Premessa	2
2. Scopo/Obiettivi.....	3
2.1. Scopo.....	3
2.2. Obiettivi	3
3. Luoghi.....	3
4. Destinatari.....	3
5. Modifiche alle revisioni precedenti	3
6. Definizioni e materiali da utilizzare	4
7. Matrice delle Responsabilità / Attività	6
8. Il Diagramma di Flusso	7
9. Descrizione delle Attività	8
9. La rete aziendale.....	22
10. Gestione ed archiviazione dei documenti	23
11. Formazione	24
12. Indicatori/Parametri di Controllo.....	25
13. Riferimenti e Allegati	28
13.1. Riferimenti	28
13.2. Allegati.....	29
14. Lista di Distribuzione	36
15. NOTE	36

	Procedura aziendale per percorso diagnostico, terapeutico, assistenziale e riabilitativo per la persona con BPCO	CODICE	
		Data	Pagina
			2 di 36

+

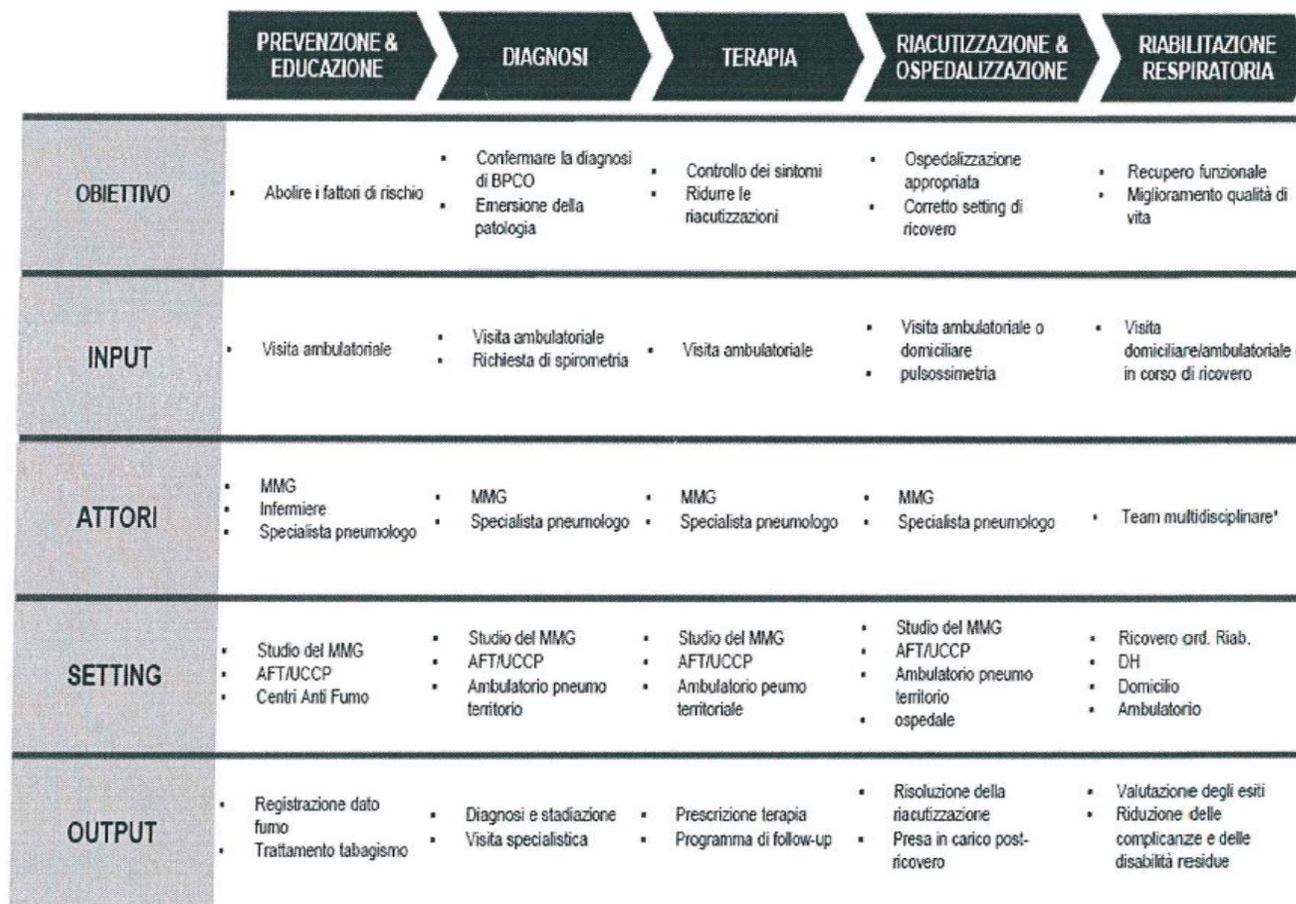
	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Dir. Dip. Farm. Dir. UOC Cure Primarie Direttore Hospice Spec. Amb, Pneumologo Dir. Med. Pneum. Dir. ff UOC Medicina Ref. Az.le Med. Trasfusionale MMG Dir. DS 42	Dott. M. Fusco Dott. A. Cajafa Dott. G. Russo Dott.ssa M. Minigozzi Dott. B. Fulco Dott. R. Ranucci Dott. G. Svanera Dott. Filippo Bove Dott. M. Alfè		
VERIFICA	Dr Paola Sapio	Direttore U.O.C. Qualità ASL NA2 nord o		
APPROVAZIONE	Dott.ssa V. Scafarto	Direttore Sanitario ASL NA2 Nord		
Revisione	001			

	Procedura aziendale per percorso diagnostico, terapeutico, assistenziale e riabilitativo per la persona con BPCO	CODICE	
		Data	Pagina
		25 GIU 2018	6 di 36

7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ / ATTIVITÀ

	M M G	MMG special interest BPCO	Spec. Amb.	U.O. Osp.	Dir. Dist.	U V B R	Strutt. Riab.	C. Anti Fumo	UOC Cure Prim.	Ho spi ce	UOC Cure Dom.	DIP. FARM.
Prevenzione ed educazione	R		C					R				
Cura della dipendenza dal Tabagismo	C							R				
Diagnosi	C	R	R	R								
Terapia BPCO	R		R	R							R	
Terapia Riacutiz.	R		C	R							R	
Ospedalizzazione	R			R								
Riab. Resp.	C			C	R	R	R				R	
Cure Terminali	R			R						R	R	
Controllo utilizzo devices e appropriatezza farmacologica	R				R	C						R

8. IL DIAGRAMMA DI FLUSSO



Tratto da DCA 3/2018 in BURC n. 10 del 05/02/2018





	Procedura aziendale per percorso diagnostico, terapeutico, assistenziale e riabilitativo per la persona con BPCO	CODICE	
		Data	Pagina
		12 5 GIU. 2018	10 di 36

Chi

MMG, MMG special interest BPCO, Specialista Ambulatoriale territoriale e ospedaliero

Come

La diagnosi di BPCO si basa sulla presenza di sintomi respiratori e/o esposizione a fattori di rischio confermati dalla dimostrazione dell'ostruzione al flusso aereo mediante la spirometria. Le conseguenti alterazioni polmonari possono essere confermate con altre indagini di secondo livello di funzionalità respiratoria. La presenza di un rapporto fra volume espiratorio massimo al secondo e capacità vitale (FEV1/VC), che rimane inferiore al valore normale (< 70% o, più correttamente < al limite inferiore di normalità che corrisponde all'88% del pred. negli uomini ed all'89% nelle donne) anche dopo 15-30 minuti dall'inalazione di un broncodilatatore (salbutamolo 400 mcg), è sufficiente per confermare il sospetto clinico di BPCO. La spirometria è l'indagine necessaria ed insostituibile per confermare la diagnosi di BPCO. Oltre alla spirometria semplice, indagini fisiopatologiche di secondo livello sono la misura dei volumi polmonari (spirometria globale) e la capacità di diffusione, mediante il "transfer" del monossido di carbonio (DLCO), utili rispettivamente per valutare il grado di iperinsufflazione polmonare e per definire la presenza e l'entità dell'enfisema polmonare.

Dove

- Ambulatori MMG
- Ambulatori MMG special interest BPCO
- Ambulatori Distrettuale e Ospedalieri. Attualmente sono presenti ambulatori di pneumologia presso i DS 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46 e 47.
- UOS Pneumologia Ospedaliera Pozzuoli

In linea generale, la presenza di comorbidità non dovrebbe modificare il trattamento della BPCO e le comorbidità stesse devono essere trattate indipendentemente.

Per alcuni pazienti, a causa della gravità della BPCO e/o della severità della riacutizzazione si pone l'indicazione **al ricovero in ospedale**.

La presa in carico precoce richiede la definizione del Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) elaborato dal team riabilitativo ospedaliero (UVBR ospedaliera), utilizzando la classificazione dell'ICF (funzioni e strutture corporee, attività e partecipazione, fattori ambientali).

All'interno del P.R.I. devono essere inoltre indicati gli esiti delle valutazioni (valutazione dei sintomi, della performance fisica, della qualità della vita), i risultati attesi e raggiunti ed indicazioni utili ai passaggi tra le diverse fasi assistenziali e setting riabilitativi.

Criteri di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri per riacutizzazione di BPCO:

- Inadeguata o mancata risposta al trattamento instaurato a domicilio
- Presenza di comorbidità a elevato rischio (polmonite, aritmie cardiache, scompenso cardiaco, diabete mellito, insufficienza epatica o renale) o di età molto avanzata del paziente
- Anamnesi di frequenti riacutizzazioni
- Aumento notevole della dispnea e/o insorgenza di nuovi segni (cianosi, edemi periferici, aritmie cardiache)
- Aggravamento significativo della ipossiemia
- Aggravamento della ipercapnia/acidosi respiratoria (non rilevabile a domicilio)
- Alterazioni dello stato mentale
- Incapacità di dormire o mangiare per i sintomi
- Mancanza o inaffidabilità dell'assistenza familiare con incapacità del paziente di autogestirsi
- Incertezza nella diagnosi

Il ricovero ospedaliero è giustificato soprattutto in caso di documentata comparsa e/o aggravamento dell'insufficienza respiratoria.

Criteri per dimissioni dall'ospedale:

- Terapia broncodilatatrice inalatoria richiesta meno di 6 volte al giorno
- Capacità del paziente di nutrirsi e dormire senza grave dispnea -
- Stabilità clinica anche senza terapia parenterale da almeno 12-24-ore
- Emogasanalisi stabile da almeno 12-24 ore
- Piena comprensione della gestione terapeutica domiciliare da parte del paziente o di chi se ne prende cura
- Avvenuta pianificazione del follow-up o dell'assistenza domiciliare



Specialistica ambulatoriale

SEDE	Ore di Pneumologia di I Liv.	Medico prescrittore di ossigenoterapia a lungo termine	GG_Ambulatorio	Saturimetro	Spirometria	EmoGasAnalisi (EGA)	Prescrizione Farmaci soggetti a Piano Terapeutico
DS 35 Pozzuoli	10 h	SI	solo domiciliari	si	si	no	
DS 36 Ischia							
DS37 Giugliano	14 h	si	mercoledì 10h e giovedì 4h	si	si	no	
DS 38 Marano							
DS 39 Villaricca							
DS 40 Mugnano	10 h						
DS 41 Frattamaggiore	38 h	si	dal lunedì al venerdì 34h	si	si	no	
DS 42 Arzano	9 h	si	martedì 5h e giovedì 4h	si	si	si	
DS 43 Casoria	11 h	si	lunedì 4h e venerdì 7h	si	si	si	
DS 44 Afragola	10 h	si	lunedì 4h e giovedì 6h	si	si	si	
DS 45 Calvano	24 h	si	Lun - Merc 8-14 Ven 8-15	si	si	si	
DS 47 Casalnuovo	6 h	si	mercoledì 6h	no	no	no	

Presidi Ospedalieri

SEDE	Ore di Pneumologia di I e II Liv.	Medico prescrittore di ossigenoterapia a lungo termine	GG_Ambulatorio	Saturimetro	Spirometria	EmoGasAnalisi (EGA)	Prescrizione Farmaci soggetti a Piano Terapeutico
PO S.M. d. G. Pozzuoli	2 Dir. Med.					SI	
PO S. Giovanni di Dio Frattamaggiore		si	martedì 4h giovedì 4h	si	si	SI	si
PO A. Rizzoli Ischia	1 Dir. Med.		4h	si	si	SI	
P.O. G.S. di Perrotola Procida	1 Dir. Med.	si	3h			SI	

Le Dotazioni Standard minime per ogni ambulatorio territoriale sono costituite da:

- Spirometro semplice,
- EGA,
- Saturimetro con stampa,
- Computer in rete aziendale con stampante.

Tutti gli ambulatori distrettuali devono provvedere a:

- rinnovo OLT,
- prescrizione della riabilitazione respiratoria, attraverso la UVBR distrettuale;
- prescrizione dei farmaci soggetti a piano terapeutico su piattaforma SANIARP (associazioni LABA/LAMA)
- certificazioni di esenzione per la patologia



	Procedura aziendale per percorso diagnostico, terapeutico, assistenziale e riabilitativo per la persona con BPCO	CODICE	
		Data	Pagina
		12/5 GIII 2018	27 di 36

INDICATORE	FONTE DEL DATO*	RESPONSABILE ELABORAZIONE	PERIODICITÀ'
N° di pazienti con registrazione del dato fumo/N° assistiti	MMG/AFT Centro antifumo Distretti	Referente Aziendale BPCO Distretti	12 mesi

INDICATORE	FONTE DEL DATO*	RESPONSABILE ELABORAZIONE	PERIODICITÀ'
N° di pazienti con diagnosi di BPCO e spirometria/N° di pazienti con diagnosi di BPCO	MMG/AFT Distretti	Comitato Aziendale per l'appropriatezza	12 mesi

INDICATORE	FONTE DEL DATO*	RESPONSABILE ELABORAZIONE	PERIODICITÀ'
N° di pazienti trattati con broncodilatatori/N° di pazienti con diagnosi di BPCO	MMG/AFT Distretti Dipartimento Farmaceutico	Dipartimento Farmaceutico	12 mesi

INDICATORE	FONTE DEL DATO*	RESPONSABILE ELABORAZIONE	PERIODICITÀ'
N° di pazienti con diagnosi di BPCO che consumano almeno 8 confezioni di farmaci broncodilatatori all'anno/N° di pazienti trattati per BPCO	MMG/AFT Distretti Dipartimento Farmaceutico	Dipartimento Farmaceutico	12 mesi



Indicatori di esito

INDICATORE*	FONTE DEL DATO	RESPONSABILE ELABORAZIONE	PERIODICITÀ
N° di pazienti con diagnosi di BPCO (cod 088) 50-74 anni relativi ai residenti della Asl Napoli 2 Nord/popolazione 50-	PP.OO Pubblici e Privati Accreditati	Comitato Aziendale per l'appropriatezza Resposabile Flussi SDO	12 mesi

	Procedura aziendale per percorso diagnostico, terapeutico, assistenziale e riabilitativo per la persona con BPCO	CODICE	
		<i>Data</i>	<i>Pagina</i>
		12 5 GIU 2018	28 di 36

74 anni residente nella Asl Napoli 2 Nord			
---	--	--	--

INDICATORE°	FONTE DEL DATO	RESPONSABILE ELABORAZIONE	PERIODICITÀ
Tasso annuale di re-ospedalizzazione: pazienti ospedalizzati per BPCO più di una volta/pazienti ospedalizzati per BPCO	PP.OO Pubblici e Privati Accreditati	Comitato Aziendale per l'appropriatezza Resposabile Flussi SDO	12 mesi

*Valore atteso: trend in diminuzione rispetto al PNE dell'anno precedente

INDICATORE°	FONTE DEL DATO	RESPONSABILE ELABORAZIONE	PERIODICITÀ
N° MMG special interest / MMG Aziendali (esito della formazione)	UFA	UFA	12 mesi

ESPERIENZA DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

- ▶ Interscambio informativo, facilitazione del processo di ricovero condivisione dell'eventuale programma riabilitativo con la Medicina e l'UOS di Pneumologia dell'Ospedale S. Maria delle Grazie così come previsto dal Piano Regionale di Programmazione per l'Assistenza Territoriale (DCA 99/2016)

GRAZIE PER L'ATTENZIONE!

