

PDTA PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE

BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)



SOMMARIO

ELABORAZIONE, VALIDAZIONE, APPROVAZIONE FORMALE	3
ELABORAZIONE - COMUNITÀ DI PRATICA bpc0 2025.....	3
VALIDAZIONE	3
APPROVAZIONE FORMALE	4
REFERENTE CLINICO	4
RACCOLTA E ELABORAZIONE DATI E REPORTING	4
STATO DELLE REVISIONI	4
DEFINIZIONI (adattamento da: "Management dell'emergenza urgenza intraospedaliera – linee guida ILCOR – ERC 2010").....	5
SCHEMA COMPARATIVO DELLE DEFINIZIONI ADOTTATE.....	5
ABBREVIAZIONI/ACRONIMI	8
SCOPI, OBIETTIVI E RAZIONALE in generale DEL PDTA	9
OGGETTO DEL PDTA DELLA BPCO NELL'ADULTO	10
OGGETTO E INQUADRAMENTO DELLA PATOLOGIA	10
CODIFICHE ICD- IX CM.....	10
ICD 9 CM DIAGNOSI	10
ICD 9 CM PROCEDURE	13
AMBITO GEOGRAFICO DI APPLICAZIONE.....	14
DATI DI ATTIVITÀ	15
DATI PNE (PROGRAMMA NAZIONALE ESITI) 2024.....	15
PASS E COT AZIENDALI.....	17
Il PASS (Punto Unitario dei Servizi Sanitari)	17
La Centrale Operativa Territoriale (COT)	18
IL RAGIONAMENTO CLINICO	20
FLOW-CHART RAGIONAMENTO CLINICO - FASE ACUTA.....	20
LEGENDA FLOW CHART RAGIONAMENTO CLINICO – FASE ACUTA	21
FLOW CHART PERCORSO ORGANIZZATIVO	31
LEGENDA PERCORSO ORGANIZZATIVO.....	32
FLOW-CHART USUAL CARE	38
LEGENDA FLOW CHART USUAL CARE.....	40
FLOW-CHART ARRUOLAMENTO IN TELEMONITORAGGIO	44
LEGENDA FLOW CHART ARRUOLAMENTO IN TELEMONITORAGGIO	45
FLOW-CHART GESTIONE ALERT	47
LEGENDA FLOW-CHART GESTIONE ALERT	48
LINEE GUIDA E BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO	50
MONITORAGGIO E PROGETTI DI MIGLIORAMENTO del pdta	52
INDICATORI DI VOLUME, PROCESSO, ESITO	52
ALLEGATI.....	54

ELABORAZIONE, VALIDAZIONE, APPROVAZIONE FORMALE

ELABORAZIONE - COMUNITA' DI PRATICA BPCO 2025

Nominativo	Ruolo	Struttura
Sirca Grazia	Dirigente Medico	Distretto Nuoro
Allieri Alessia	Fisioterapista	Distretto Siniscola
Musa Sonia Giuseppina	Infermiere	Pneumologia
Pistis Fabrizia	Farmacista	Farmacia Territoriale
Demurtas Tiziana	Dirigente Medico	Recupero E Riabilitazione Funzionale – San Francesco Nuoro
Marras Viviana	Dirigente Medico	Pneumologia
Brau Fabrizio	Dirigente Medico	Cardiologia e UTIC
Fadda Maria	Collab.Prof.San.Esperto Ts Labor.Biomed.	Laboratorio Analisi
Mattu Mariantonietta	Infermiere	CDI Nuoro
Mulargiu Pietro	Infermiere	Servizi Dipendenze (Alcol, Droghe, Gioco D'azzardo)
Cadeddu Maria	Educatore Professionale	Servizi Dipendenze (Alcol, Droghe, Gioco D'azzardo)
Erdas Roberta	Fisioterapista	Neuroriabilitazione
Sanna Roberto	Fisioterapista	Recupero E Riabilitazione Funzionale Ambulatoriale Macomer
Foddai Laura	MMG	Distretto Macomer

VALIDAZIONE

Nominativo	Ruolo	Struttura
Calvisi Maria Antonietta	Direttore	SC Radiodiagnostica
Barracca Maria	Direttore	Med. Fisica e Riabilitativa
Cherchi Gesuina	Direttore	Distretto Nuoro Distretto Siniscola
Zaru Salvatore	Direttore	SC Medicina P.O. S. Francesco
Matta Michela	Direttore	SC Pronto Soccorso
Monni Maria Cristina	Direttore	SC Pneumologia P.O. Zonchello
Porcu Maria Giovanna	Direttore	Distretto Macomer
Raspitzu Paola	Direttore	Distretto Sorgono
Casula Antonio	Direttore	SC Geriatria
Doa Gianluca	Direttore	SC Qualità e Governo clinico

APPROVAZIONE FORMALE

Nominativo	Ruolo	Struttura
Zuccarelli Angelo	Commissario Straordinario	ASL Nuoro
Bitti Pierpaolo	Direttore Sanitario	ASL Nuoro
Deiana Luca	Direttore dei servizi socio-sanitari	ASL Nuoro

REFERENTE CLINICO

Nominativo	Ruolo	Struttura
Sirca Grazia	Ref. Clinico	Distretto di Nuoro
Marras Viviana	Ref. Clinico	Pneumologia P.O. Zonchello

RACCOLTA E ELABORAZIONE DATI E REPORTING

Nominativo	Ruolo	Struttura
Nadia Pinna	Facilitatore	SC Governo clinico

STATO DELLE REVISIONI

Rev. N.	Paragrafi revisionati	Descrizione Revisione	Data
0	Data Elaborazione documento		15/12/2022
1	Intero documento	Prima Stesura	28/11/2023
2	Percorso Organizzativo	Prima Revisione	23/12/2024
3	Presa in Carico Usual Care Telemonitoraggio Paragrafo PASS/COT	Prima Stesura	01/10/2025

N.B. Le indicazioni contenute nel presente documento devono essere periodicamente aggiornate alla luce dell'evoluzione nelle pratiche di diagnosi e trattamento. In particolare, l'aggiornamento è previsto ogni qualvolta intervengano modifiche nell'ambito delle fonti scientifiche, bibliografiche e delle normative di riferimento, ovvero sulla base delle evidenze scaturite dai processi di audit periodici.

DEFINIZIONI (ADATTAMENTO DA: “MANAGEMENT DELL’EMERGENZA URGENZA INTRAOSPEDALIERA – LINEE GUIDA ILCOR – ERC 2010”)

Linee Guida <p>Le linee guida (LG) sono “raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, coerenti con le conoscenze sul rapporto costo/beneficio degli interventi sanitari, allo scopo di assistere sia i medici che i pazienti nella scelta delle modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche”. (<i>Institute of Medicine. Guidelines for clinical practice: From Development to Use. Washington DC, National Academic</i>).</p> <p>Le LG orientano dunque verso un’attività clinico assistenziale più omogenea, al fine di ridurre la variabilità dei comportamenti degli operatori.</p> <p>Sostanzialmente una LG deve assistere al momento della decisione clinico-assistenziale ed essere di ausilio all’esercizio professionale orientato alle <i>Best Practice</i>.</p> <p>Le LG vengono emanate da <u>organismi scientifici superiori</u> (AHA – ILCOR – SSN); possono riguardare attività di prevenzione, diagnostiche, terapeutico-assistenziali e di follow-up e contengono raccomandazioni “pesate” in base al concetto di “forza”.</p> <p>Le raccomandazioni affermano chiaramente il tipo di azione da fare o da non fare in specifiche circostanze.</p> <p style="text-align: center;">Dalle linee guida vengono poi elaborati specifici “documenti” di intervento in uno specifico contesto organizzativo.</p>	PDTA <p>Con il termine di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) (anche denominato Percorso Clinico Organizzativo o Algoritmo) si intende l’insieme sequenziale (da cui Percorso) di valutazioni/azioni/interventi che una Organizzazione Sanitaria adotta, in coerenza con le Linee Guida correnti, al fine di garantire a ciascun paziente le migliori possibilità di Diagnosi, Cura e Assistenza rispetto al bisogno di salute presentato. In altri termini il PDTA descrive il metodo adottato nello specifico contesto organizzativo per affrontare e possibilmente risolvere un problema di salute complesso, esplicitando i “risultati” che si vogliono ottenere, a partire da un certo insieme di dati/informazioni/valutazioni.</p> <p>Nell’interpretazione qui adottata, il PDTA è un modello formalizzato di comportamento professionale della cui stesura è responsabile la “comunità di pratica” che lo elabora e lo utilizza:</p> <p style="text-align: center;">il PDTA, di conseguenza, è da ritenersi efficace solo nel contesto organizzativo e tecnico-professionale che lo ha elaborato.</p> <p>Operativamente, un PDTA descrive le modalità con cui è affrontata una patologia o gruppi omogenei di patologie in ogni sua fase, attraverso il coordinamento di più funzioni aziendali, in un’ottica di multidisciplinarietà e integrazione di “saperi”.</p> <p>L’adozione di un PDTA non esclude la possibilità di discostarsene in relazione alle valutazioni sul singolo caso che uno specifico professionista ritiene di dover adottare secondo scienza e coscienza (le motivazioni delle possibili divergenze potranno eventualmente essere oggetto di analisi in occasione di audit periodici).</p> <p>Un metodo rapido e sintetico per rappresentare algoritmi complessi è costituito dai cosiddetti diagrammi di flusso o <i>Flow-Chart</i> (Tabella 1).</p> <p>I PDTA rappresentano l’interpretazione clinico-assistenziale della cosiddetta “gestione per processi” (all’interno di un’organizzazione i processi possono interagire tra loro, in quanto gli output di uno sono talvolta input di altro/i).</p>
Protocollo <p>Il protocollo può essere definito come “un documento scritto che formalizza la successione di azioni prefissate e consequenziali di tipo fisico/mentale/verbale, con le quali l’operatore raggiunge un determinato risultato prefissato, di cui può essere stabilito il livello qualitativo”. (<i>Loalli, Lusignani, Silvestro, 1987</i>).</p> <p>Normalmente può descrivere alcune fasi specifiche di un PDTA e coinvolge di solito una o poche funzioni aziendali.</p>	Procedura/Istruzione Operativa <p>La procedura è una dettagliata descrizione degli atti da compiere e/o delle tecniche da adottare per eseguire una determinata operazione. Normalmente la procedura è inserita all’interno di protocolli e/o PDTA, dei quali costituiscono una parte rilevante.</p>

SCHEMA COMPARATIVO DELLE DEFINIZIONI ADOTTATE

	Linee guida	PDTA e Protocolli	Procedura
DEFINIZIONE	Raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, al fine di assistere nella scelta delle modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche.	Si riferisce ad uno specifico processo clinico - assistenziale. Descrive i risultati attesi e le azioni e procedure da attivare in una situazione clinica nota. Lascia agli operatori ampia libertà di azione per quanto riguarda i dettagli operativi.	Si riferisce ad una singola azione. E' una descrizione molto dettagliata degli atti da compiere per eseguire determinate operazioni. Tutti gli operatori si attengono esattamente a quanto descritto nella procedura.
	E' uno strumento a valenza multidisciplinare e con ampi contenuti.	E' uno strumento prevalentemente multidisciplinare, finalizzato al coordinamento di molteplici ambiti organizzativi.	E' tipicamente uno strumento monodisciplinare.
VALENZA	Generale.	Locale.	Locale.
DIFFUSIONE	Elaborate e diffuse da organi autorevoli a livello internazionale e nazionale.	E' elaborato da una specifica comunità di pratica ed è diffuso tra gli operatori delle U.U.O.O. coinvolte.	E' elaborata e diffusa dal gruppo professionale all'interno della singola Unità Operativa.
VALUTAZIONE E VALIDAMENTO	Da esperti del settore.	Responsabili di U.U.O.O. e Direzione Strategica	Dal Responsabile di U.O.
FLESSIBILITÀ	Si	Relativamente ad uno specifico caso.	No
DEFINIZIONE DELLE COMPETENZE	No	Si	Si
ADOZIONE E CONSERVAZIONE	Discrezionale	Obbligatoria	Obbligatoria
REFERENZIALITÀ SCIENTIFICA	Sono necessarie alla costruzione dei protocolli.	Sono necessari per valutare le performance professionali e delle U.U.O.O. coinvolte	

Tabella 1 Simboli utilizzati nei diagrammi di flusso – Flow-Chart

 INGRESSO DEL PERCORSO	1. L'input è rappresentato nel diagramma di flusso come ellisse; è il punto di inizio del processo; corrisponde ai bisogni, ai problemi di salute ed alle richieste di intervento che determinano l'inserimento nel processo; definisce fattori fisici e informativi acquisiti all'esterno o derivanti da altri processi.
 ATTIVITÀ	2. Le attività sono rappresentate da rettangoli. Nella descrizione delle attività, per ciascuna fase, occorre definire puntualmente le figure coinvolte, gli aspetti logistici, le tempistiche di attuazione, la documentazione prodotta, le informazioni da fornire al paziente/utente, eventuali rischi specifici correlati e, soprattutto, gli obiettivi/traguardi clinico-assistenziali da conseguire.
 SNODO DECISIONALE	3. Gli snodi decisionali sono rappresentati con un rombo. Descrivono le scelte diagnostico-terapeutiche e/o di tipo organizzativo e/o socio-assistenziale. Rappresentano in genere i punti di maggiore interesse clinico e sono spesso riferibili a raccomandazioni EBM.
 CONNETTORE	4. I connettori. Le interdipendenze tra le attività e gli snodi sono rappresentate da linee di congiunzione o frecce; descrivono i legami logici e di precedenza che esistono tra le fasi di un processo e, eventualmente, con altri processi..
 USCITA DEL PERCORSO	5. Gli output sono rappresentati da un'ellisse; sono il punto di uscita dal processo e corrispondono ai traghetti ed agli outcomes attesi. Un output può diventare input di un processo successivo.

ABBREVIAZIONI/ACRONIMI

CAT	COPD Assessment Test
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
PS	Pronto soccorso
PZ	Paziente
OBI	Osservazione breve intensiva
ME	Medico dell'emergenza
mMRC	Modified Medical Research Council
MMG	Medico di medicina generale
TMD	Team Multidisciplinare
PDTA	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale
ICD	International Classification of Diseases
PCR	Proteine C-reattiva
PCT	Procalcitonina
BPCO	Broncopneumopatia cronica ostruttiva
ARDS	Sindrome da distress respiratorio acuto
NIV	Ventilazione non invasiva
PEF o PEFR	Picco di flusso espiratorio o frazione di picco di flusso espiratorio - peak expiratory flow rate
CS	Corticosteroidi
FR	Frequenza respiratoria
FC	Frequenza cardiaca
GCS	Glasgow Coma Scale
ECG	Elettrocardiogramma
EGA	Emogas analisi
TVP	Trombosi venosa profonda
TEP	Tromboembolismo polmonare
proBNP	pro-PEPTIDE NATRIURETICO TIPO B
FEV1 o VEMS	Forced Expiratory Volume in the first second Volume espiratorio massimo nel primo secondo
FVC	forced vital capacity
VEMS/FVC o FEV1/FVC	Rapporto fra VEMS/FEV1 e FVC detto anche indice di Tiffenau
BK	Bacillo di Koch
SSN	Sistema sanitario nazionale
GOLD	Global initiative for chronic obstructive lung disease

SCOPI, OBIETTIVI E RAZIONALE IN GENERALE DEL PDTA

Lo scopo del presente documento è quello di definire le pratiche e i modelli organizzativi più idonei per rispondere con efficacia ed efficienza alla richiesta di salute dei pazienti/utenti che afferiscono all'ASL di Nuoro, migliorando il livello qualitativo dell'offerta e ottimizzando l'uso delle risorse professionali/tecnologiche/economiche dell'azienda. Il PDTA costituisce il riferimento per tutti i professionisti sanitari della ASL di Nuoro che sono coinvolti nella gestione di una specifica patologia/problematica sanitaria e individua le "garanzie di qualità e appropriatezza fornite dai professionisti stessi a pazienti/utenti.

In generale il PDTA si prefigge come obiettivi specifici di:

- garantire ai pazienti un'efficace presa in carico multidisciplinare, secondo le migliori evidenze scientifiche disponibili;
- definire le pratiche e i modelli organizzativi più idonei per rispondere con efficacia ed efficienza alla richiesta di salute dei pazienti che afferiscono all'ASL di Nuoro;
- razionalizzare e rendere omogeneo il percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale adottato;
- migliorare e facilitare l'accesso ai servizi di diagnosi e cura, anche con l'interazione dei servizi di diagnosi e cura di altre strutture e servizi extraaziendali;
- monitorare la qualità dei trattamenti attraverso l'identificazione, la raccolta e l'analisi di indicatori di processo e di esito;
- consolidare la continuità dell'assistenza;
- offrire un percorso integrato e di qualità che garantisca la presa in carico assistenziale dei pazienti, riduca e standardizzi i tempi dell'iter diagnostico-terapeutico, fissando gli standard aziendali;
- orientare il gruppo di lavoro alla multidisciplinarietà e alla condivisione delle best practice ad oggi conosciute a garanzia della sicurezza del paziente;
- perfezionare gli aspetti informativi e comunicativi con i pazienti, cui saranno garantiti:
 - la comprensione del percorso di diagnosi e cura per una partecipazione attiva e consapevole alle scelte di trattamento,
 - la sinergia e l'integrazione tra le varie fasi, con particolare attenzione agli aspetti organizzativi
 - l'accompagnamento e l'attenzione ai bisogni aggiuntivi.

La condivisione dei percorsi clinico organizzativi costituisce un elemento fondamentale per il governo del migliore percorso di cura del paziente, sia dal punto di vista dell'efficacia e dell'efficienza delle cure, sia dal punto di vista della gestione delle risorse impiegate.

Il Percorso rappresenta uno strumento di orientamento della pratica clinica che, mediante l'adattamento alle linee guida internazionali, coinvolge e integra tutti gli operatori interessati al processo al fine di ridurre la variabilità dei comportamenti attraverso la definizione della migliore sequenza di azioni, l'esplicitazione del tempo ottimale degli interventi e il riesame dell'esperienza conseguita per il miglioramento continuo della qualità in sanità.

L'ASL Nuoro ha declinato i principi di cui sopra in una specifica metodologia che prevede:

1. **L'elaborazione di un percorso per ciascun regime assistenziale**, soprattutto al fine di individuare indicatori di valutazione della performance clinica e di monitoraggio di risultati maggiormente significativi e aderenti alla struttura dei flussi informativi istituzionali.
2. **L'elaborazione di un documento unitario**, articolato nel cosiddetto **Ragionamento clinico-assistenziale** (in cui è definita la strategia di risposta a uno specifico bisogno di salute al fine di massimizzare l'efficacia della stessa in relazione alle conoscenze e competenze espresse dalla comunità di pratica) e nel cosiddetto **Percorso organizzativo** (in cui il ragionamento clinico assistenziale è declinato attraverso "matrici di responsabilità" che esplicitano il "chi fa che cosa, in quali tempi, con quali strumenti").

OGGETTO DEL PDTA DELLA BPCO NELL'ADULTO OGGETTO E INQUADRAMENTO DELLA PATOLOGIA

Il presente percorso definisce e dettaglia l'iter intrapreso all'interno dell'ASL di Nuoro, per ogni fase della malattia, dalla diagnosi alle cure o follow-up, nell'ottica di favorire il coordinamento tra i servizi e le unità operative ospedaliere. Le indicazioni proposte contenute nel presente documento devono essere periodicamente aggiornate alla luce delle nuove pratiche di diagnosi e trattamento.

CODIFICHE ICD- IX CM

ICD 9 CM DIAGNOSI

("International classification of Diseases – 9threvision – ClinicalModification" 2007 versione italiana)

CRITERI DI INCLUSIONE IN PDTA:

DIAGNOSI PRINCIPALE

- 51881** insufficienza respiratoria
51883 insufficienza respiratoria cronica
51884 insufficienza respiratoria acuta e cronica

DIAGNOSI SECONDARIA

- 49120** bronchite cronica ostruttiva, senza esacerbazione
49121 bronchite cronica ostruttiva, con esacerbazione (acuta)
49122 bronchite cronica ostruttiva con bronchite acuta
4941 bronchiectasie con riacutizzazione

Cod.	Descrittivo Diagnosi (principale BPCO)
4660	<i>bronchite acuta</i>
490	<i>bronchite non specificata se acuta o cronica</i>
4910	<i>bronchite cronica semplice</i>
4911	<i>bronchite cronica mucopurulenta</i>
49120	<i>bronchite cronica ostruttiva, senza esacerbazione</i>
49121	<i>bronchite cronica ostruttiva, con esacerbazione (acuta)</i>
49122	<i>bronchite cronica ostruttiva con bronchite acuta</i>
4918	<i>altre bronchiti croniche</i>
4919	<i>bronchite cronica non specificata</i>
4920	<i>bolla enfisematoso</i>
4928	<i>altri enfisemi</i>
4940	<i>bronchiectasie senza riacutizzazione</i>
4941	<i>bronchiectasie con riacutizzazione</i>
496	<i>ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove</i>
51911	<i>broncospasmo acuto</i>
51919	<i>altre patologie della trachea e dei bronchi</i>
5198	<i>altre malattie dell'apparato respiratorio, non classificate altrove</i>
2734	<i>deficit alfa 1 antitripsina</i>
3051	<i>tabagismo</i>

Cod.	Descrittivo diagnosi (principale per cause correlate alla bpcos con bpcos nelle diagnosi secondarie)
51881	<i>insufficienza respiratoria</i>
51883	<i>insufficienza respiratoria cronica</i>
51884	<i>insufficienza respiratoria acuta e cronica</i>
78606	<i>tachipnea</i>
78609	<i>altre dispnee e anomalie respiratorie</i>
7862	<i>tosse</i>
7863	<i>emottisi</i>
7864	<i>espettorazione abnorme</i>
4169	<i>cuore polmonare cronico</i>
4289	<i>scompenso cardiaco</i>
32723	<i>OSAS</i>
25002	<i>diabete 1</i>
25001	<i>diabete 2</i>

ICD 9 CM PROCEDURE

("International classification of Diseases – 9 threvision – Clinical Modification"2007 versione italiana)

Cod.	Descrittivo Procedure
8741	<i>tomografia assiale computerizzata (tac) del torace</i>
8744	<i>radiografia del torace routine</i>
89371	<i>spirometria semplice</i>
89372	<i>spirometria globale con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica</i>
89374	<i>test di broncodilatazione farmacologica. spirometria basale dopo somministrazione del farmaco</i>
89375	<i>test di provocazione bronchiale con agente broncocostriuttore</i>
89376	<i>test di provocazione bronchiale con agente broncocostriuttore. singolo stimolo. spirometria di base e spirometrie di controllo fino a un massimo di 8</i>
8938	<i>altre misure respiratorie non invasive</i>
89381	<i>resistenze delle vie aeree</i>
89382	<i>spirometria globale con tecnica pletismografica</i>
89383	<i>diffusione alveolo capillare del CO</i>
89386	<i>valutazione della ventilazione e dei gas espirati e relativi parametri incluso capnogramma</i>
89387	<i>determinazione delle massime pressioni inspiratorie ed espiratorie o transdiaframmatiche</i>
89389	<i>determinazione della p01</i>
8965	<i>emogasanalisi arteriosa sistemica</i>
89.7C.1	<i>visita pneumologica</i>
93181.10	<i>ginnastica respiratoria</i>
9399	<i>fisioterapia respiratoria</i>
89.7	<i>Prima visita fisiatrica</i>
89.01	<i>Visita di controllo</i>
93.04.1	<i>Bilancio articolare e muscolare generale</i>
93.11.2	<i>Educazione neuromotoria individuale in motus</i> <i>semplice</i>
93.22	<i>Training deambulatorio e del passo</i>
93.03	<i>Valutazione e prescrizione ausili</i>

AMBITO GEOGRAFICO DI APPLICAZIONE

La Legge Regionale 11 settembre 2020, n.24 ha modificato l'assetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale, istituendo l'Azienda Regionale della Salute (ARES), le otto Aziende Socio-sanitarie Locali (ASL) e confermando le già esistenti, ovvero:

- Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione "G.Brotzu" (ARNAS);
- Azienda Ospedaliero - Universitaria di Cagliari (AOU CA);
- Azienda Ospedaliero - Universitaria di Sassari (AOU SS);
- Azienda Regionale dell'Emergenza e Urgenza della Sardegna (AREUS);
- Istituto Zooprofilattico della Sardegna (IZS).



L'ASL, Azienda Socio-sanitaria Locale, di Nuoro si estende territorialmente su una superficie di 3.933,72 km², è organizzata in 4 distretti che rappresentano un'articolazione territoriale dell'Azienda Socio-sanitaria Locale e assicurano alla popolazione la disponibilità e l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e garantiscono i livelli essenziali di assistenza:

- **Distretto di Nuoro**
- **Distretto di Macomer**
- **Distretto di Siniscola**
- **Distretto di Sorgono**

Le Strutture Ospedaliere presenti sono:

- **P.O. San Francesco;**
- **P.O. Cesare Zonchello;**
- **P.O. San Camillo di Sorgono.**

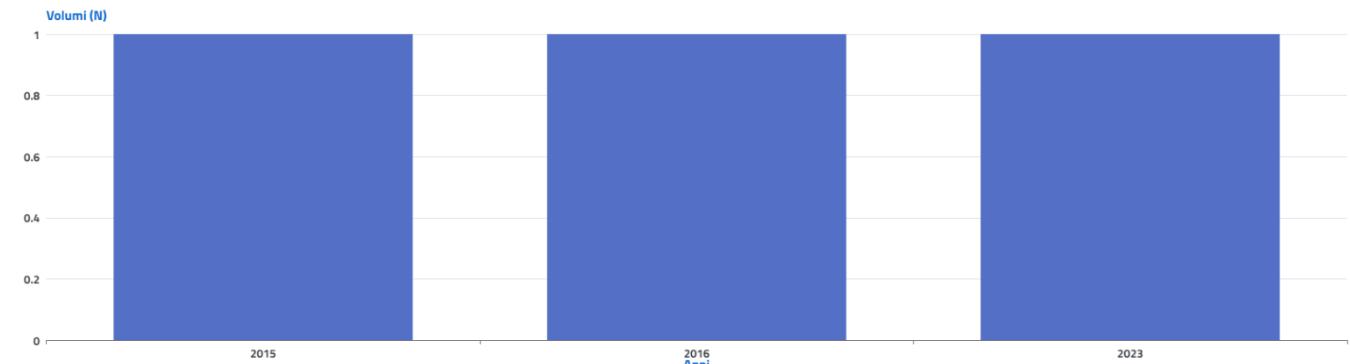
Il P.O. S. Francesco è un "**Presidio DEA di 1° livello potenziato**", il P.O. S. Camillo di Sorgono è un "**Ospedale di zona disagiata**"; il PO C. Zonchello avrà le funzioni di "**Ospedale Riabilitativo con funzioni di Lungodegenza e Ospedale di Comunità**".

All'interno dell'ASL di Nuoro sono presenti numerose Strutture coinvolte nel PDTA della BPCO:

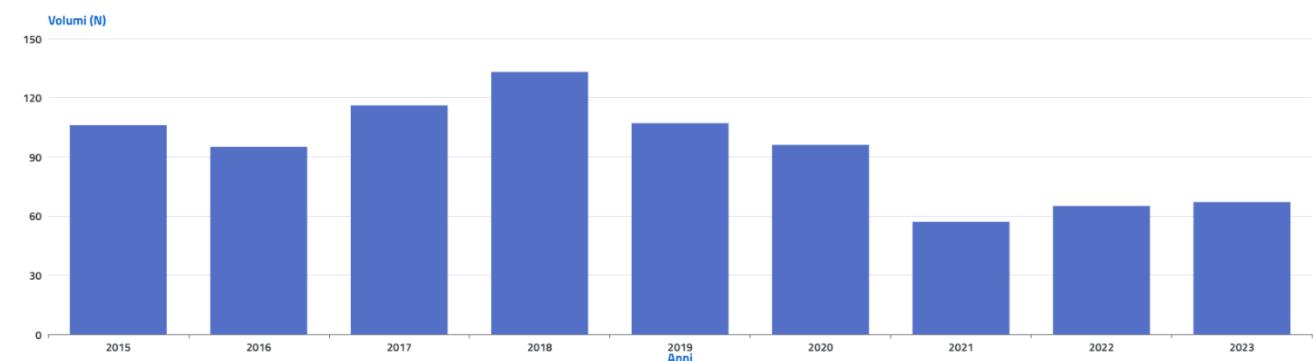
- Distretto di Macomer
- Distretto di Nuoro
- Distretto di Siniscola
- Distretto di Sorgono
- Geriatria
- Medicina
- Pneumologia
- Radiologia
- Riabilitazione

DATI DI ATTIVITÀ DATI PNE (PROGRAMMA NAZIONALE ESITI) 2024

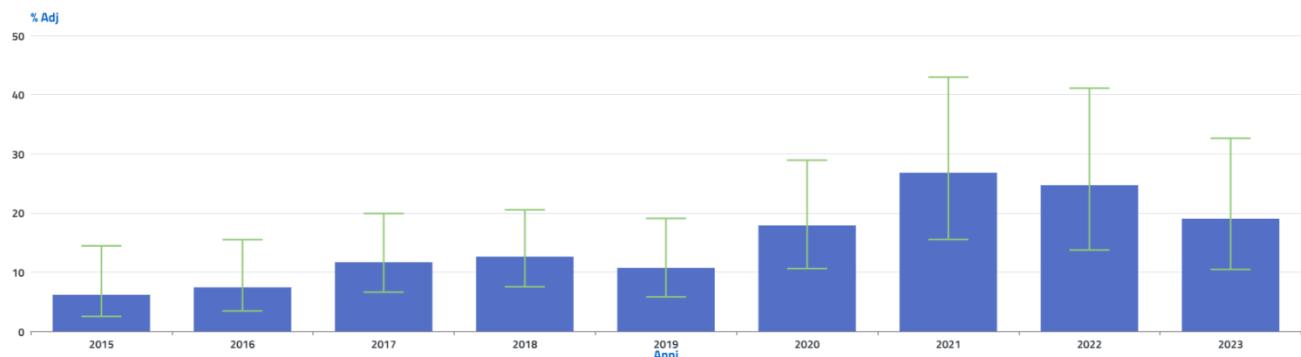
P.O. San Francesco - BPCO: volume di ricoveri in day hospital



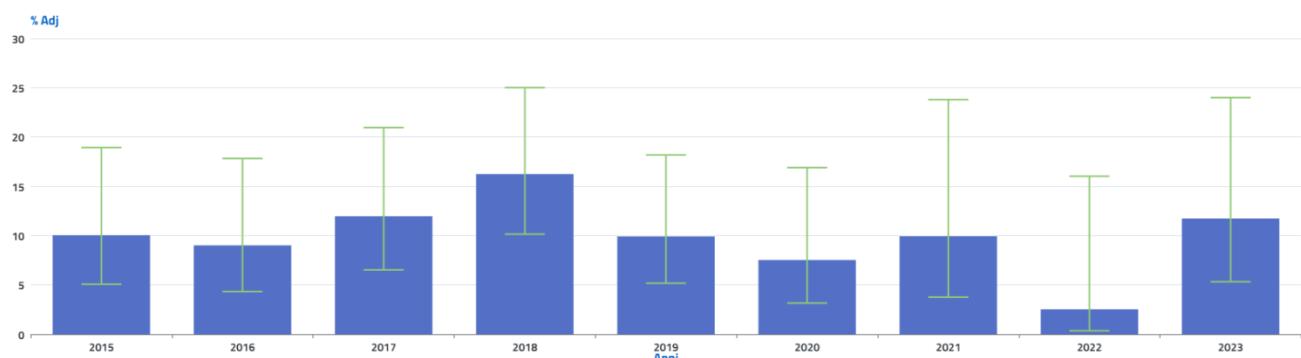
P.O. San Francesco - BPCO: volume di ricoveri ordinari



P.O. San Francesco - BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni



P.O. San Francesco - BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni



PASS E COT AZIENDALI

Il PASS (Punto Unitario dei Servizi Sanitari)

Al fine di garantire la continuità delle cure e dell'assistenza nel territorio ai pazienti fragili con bisogno complesso la ASL di Nuoro, ai sensi di quanto previsto dalla L.R. 24/2020, ha istituito ,con giusta Deliberazione del Direttore Generale n. 1154 del 18.10.2024, i PASS Ospedalieri (Punto Unitario dei Servizi Sanitari Ospedalieri) nei P.O. San Francesco e Cesare Zonchello di Nuoro e nel P.O. San Camillo di Sorgono.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 1081 del 2.10.2024 è stato inoltre approvato il regolamento della Centrale Operativa Territoriale Aziendale (COT) e le Linee guida Aziendali per la transizione Ospedale – Territorio. I PASS aziendali , costituiti da un'equipe multi-professionale (Assistenti Sociali, Infermieri e medico referente), afferiscono alla SC Qualità, Governo Clinico e Gestione dei Processi Clinici e Logistici e:

- svolgono la propria attività all'interno dei Presidi Ospedalieri in stretta collaborazione con le UU.OO., con la COT e i Servizi Territoriali preposti al fine di garantire l'individuazione e la presa in carica globale del paziente fragile a partire dal primo giorno di ricovero e sino alla dimissione, attraverso la sinergica integrazione della rete-ospedale territorio.
- operano in maniera trasversale e pro-attiva in tutti i reparti, supportando il personale nella raccolta delle informazioni socio-sanitarie, fornendo consulenza specifica in ambito sanitario e sociale ai pazienti che ne necessitano.
- stratificano il bisogno socio-sanitario del paziente avvalendosi di documentazione clinica e schede valutative con valenza predittiva e dotate di punteggi per l'identificazione precoce del bisogno semplice e/o complesso, con la collaborazione delle U.U.O.O. che hanno in carico il paziente.
- - supportano ogni paziente fragile che si trovi in situazione di vulnerabilità a causa di una condizione sanitaria o sociale sin dal momento dell'ingresso in ospedale.
- contribuiscono altresì, interfacciandosi con la COT e con la rete di servizi e professionisti ospedalieri e territoriali, a ridurre l'incidenza dei ricoveri ripetuti o impropri secondari a dimissioni non protette/pianificate.

Al fine di garantire la funzionalità e la tempestività dei percorsi attivabili attraverso i PASS Aziendali , è indispensabile che all'interno di ogni U.U.O.O. siano individuate figure di riferimento che a partire dalle 24 ore e entro le 72 ore, anche con l'eventuale supporto degli infermieri del PASS, compilino la scheda di valutazione Blaylock Risk Assessment Screenin Score (BRASS) sul sistema GARSIA.

Si rammenta che la scheda BRASS è utile a identificare precocemente i pazienti eleggibili a una dimissione protetta. Ogni scheda con rischio medio-alto verrà analizzata e trasmessa dal PASS alla COT aziendale che, a sua volta, monitora l'intero processo di degenza e richiede l'attivazione del PUA/UVT al fine di valutare il miglior setting di cura post dimissione per il paziente.

Pertanto:

- all'atto del ricovero di ciascun paziente, tra le 24 e le 72 ore, è necessario procedere alla compilazione della scheda di valutazione Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) sul sistema GARSIA con il supporto degli infermieri facenti parte del PASS in modo da segnalare alla Centrale Operativa Territoriale l'avvenuto ricovero del paziente al fine di garantire una rapida individuazione di coloro che necessitano di dimissione protetta;
- alla compilazione delle le schede di valutazione regionali (SVAMA, CIRS, BHARTEL, ECC) sul sistema SISAR per quei pazienti identificati come eleggibili al percorso di dimissione protetta dal PASS Ospedaliero per rappresentare il quadro clinico del paziente e garantire l'idonea valutazione del setting di cura all'atto della dimissione.
- Alla dimissione, anche durante i giorni festivi e nel fine settimana dei pazienti, previa verifica della possibilità per il malato di rientrare al proprio domicilio in situazione di sicurezza e con gli ausili ritenuti necessari.

La Centrale Operativa Territoriale (COT)

La Centrale Operativa Territoriale (COT) ha il compito di facilitare e ottimizzare la gestione del paziente, attraverso una valutazione a 360° dei bisogni socio-sanitari di assistiti fragili, di fornire un accesso guidato nella rete di servizi territoriali e, nei casi di dimissione protetta ospedaliera, un orientamento guidato verso un'assistenza domiciliare integrata, semiresidenziale o residenziale. Avrà inoltre funzioni di coordinamento e collegamento dei diversi servizi sanitari territoriali, socio-sanitari e ospedalieri, nonché della rete dell'emergenza-urgenza, per garantire continuità assistenziale, accessibilità e integrazione delle cure e coordinare e monitorare le transizioni da un luogo di cura ad un altro. Inoltre la COT svolgerà una funzione di raccordo tra i diversi servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale, appartenenti talvolta a setting assistenziali diversi, supportandoli nella gestione dei processi di transizione da un luogo di cura e/o da un livello clinico/assistenziale all'altro. La COT costituisce pertanto uno strumento organizzativo innovativo, in quanto svolge funzioni di coordinamento degli interventi per la presa in carico dell'assistito e di raccordo tra le attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza urgenza. La COT di Nuoro ha sede presso la Casa della Comunità San Francesco al terzo piano.

Il ruolo della COT nel coordinamento e monitoraggio della salute al domicilio – telemonitoraggio e/o telecontrollo

Il DM 29 aprile 2022 definisce il ruolo della COT nel coordinamento dei servizi di telemedicina, tra i quali il telemonitoraggio e il telecontrollo della salute.

I Fase – Identificazione del bisogno e presa in carico della richiesta

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, il telemonitoraggio può essere richiesto da un medico (MMG/PLS, specialista) che ravvisa la necessità di monitorare da remoto, in maniera continuativa ed automatica i parametri vitali di un paziente mediante l'utilizzo di dispositivi e sensori certificati forniti dall'Azienda sanitaria.

La COT visualizza la richiesta, prendendola in carico ed informando la Centrale operativa ADI.

Nel caso in cui venga ravvisata la necessità di coordinare ulteriori setting e professionisti, la COT attiverà l'UVM al fine di valutare la richiesta di attivazione del telemonitoraggio e/o telecontrollo.

prende in carico la richiesta;

informa la Centrale Operativa ADI;

attiva, qualora necessario, l'UVM per la valutazione della richiesta,

visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole all'UVM.

II Fase – Attivazione ed erogazione

L'attivatore del telemonitoraggio/telecontrollo è la COT.

La consegna dei dispositivi prescritti e la formazione di paziente e/o caregiver è in carico al personale sanitario che segue il paziente (eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio degli stessi)

La COT monitora che la consegna dei dispositivi prescritti sia avvenuta con successo.

Il servizio di telemonitoraggio/telecontrollo, inteso come l'accesso alla piattaforma, il settaggio dei valori soglia, ecc., è erogato dal Centro servizi per la telemedicina (così come individuato dalla Regione), il cui supporto viene richiesto dalla COT e/o dagli operatori che erogano l'assistenza. Il Centro servizi si occuperà di fornire assistenza tecnica e servizio di help desk di secondo livello (supporto tecnico) in caso di necessità (attraverso canali, orari e giornate definiti).

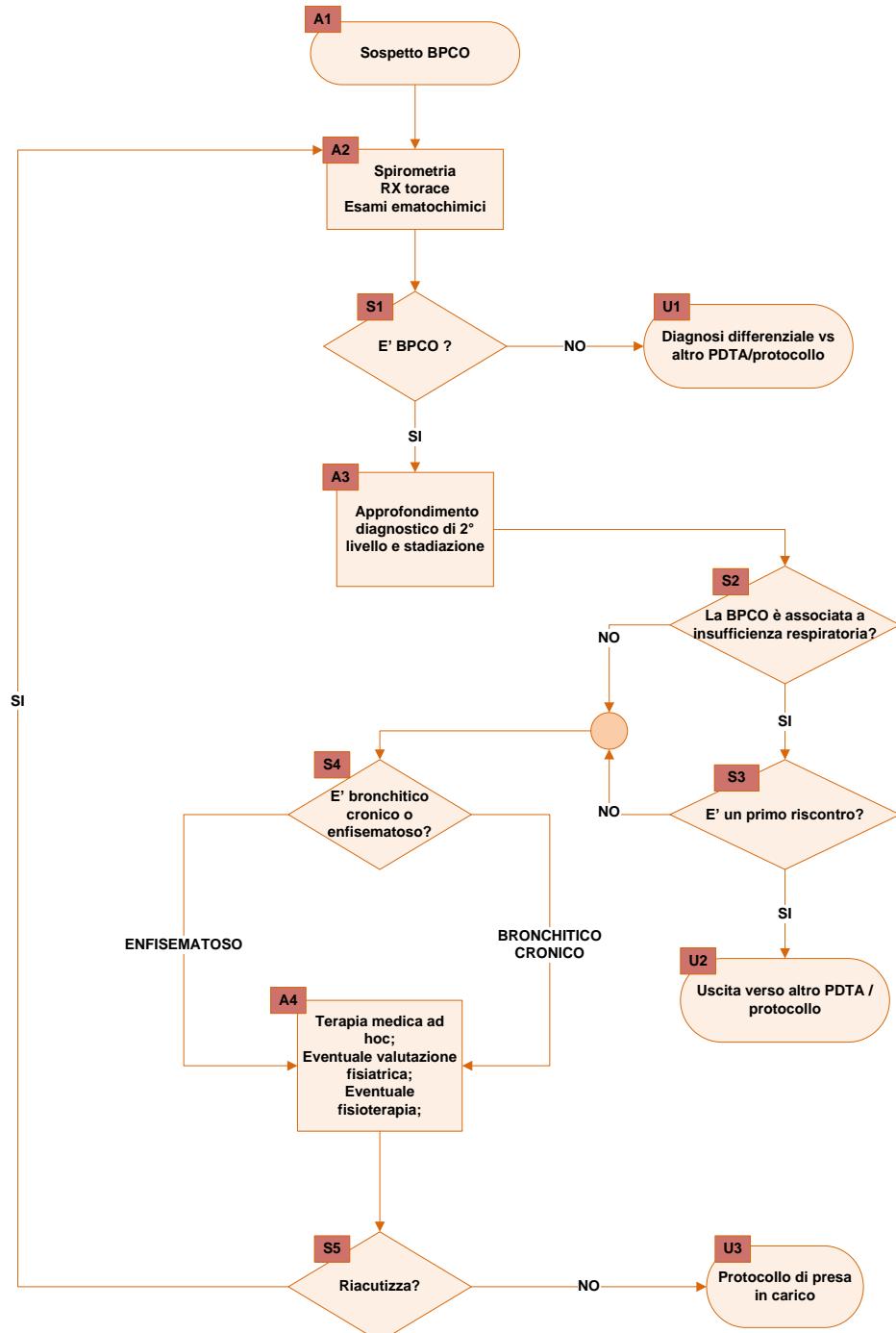
Il telecontrollo avviene attraverso il contributo attivo del paziente/caregiver che fornisce dati relativi al proprio stato di salute (es. questionari, sintomi, parametri fisiologici, esercizio fisico, alimentazione, aderenza alla terapia farmacologica, ecc.) agli operatori tramite una piattaforma digitale.

La gestione degli allarmi del telemonitoraggio/ telecontrollo generati dalla piattaforma prevede la stesura di uno specifico protocollo

IL RAGIONAMENTO CLINICO

Viene sinteticamente descritto in sequenza, tramite Flow Chart, senza vincoli di luogo (regime o reparto) o tempo di ciò che deve essere fatto (iter diagnostico terapeutico). I contenuti sono Azioni e Snodi decisionali.

FLOW-CHART RAGIONAMENTO CLINICO - FASE ACUTA



LEGENDA FLOW CHART RAGIONAMENTO CLINICO – FASE ACUTA

COD	ATTIVITA'/SNODO	DESCRIZIONE
A1	SOSPETTO BPCO	<p>Considerare il sospetto di BPCO se in un individuo adulto, per lo più fumatore, sono presenti almeno <u>uno</u> fra i criteri maggiori associati o meno a criteri minori e comunque a seguito della somministrazione del questionario CAT:</p> <p>CRITERI MAGGIORI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispnea ingravescente, cioè progressiva nel tempo che peggiora solitamente con lo sforzo • Tosse cronica (almeno 3 mesi all'anno per due anni consecutivi) che può essere anche intermittente e può essere non produttiva • Produzione cronica di espettorato più o meno purulento <p>CRITERI MINORI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respiro sibilante ricorrente; • Episodi di desaturazione ossiemoglobinica; • Infezioni ricorrenti delle vie aeree inferiori; • Storia di esposizione ai fattori di rischio: • Fumo proveniente da biocombustibili per cucinare e riscaldare • Polveri, vapori, fumi, gas altri agenti chimici professionali • Familiarità per BPCO e/o fattori legati all'infanzia associati a sintomi: basso peso alla nascita, infezioni respiratorie nell'infanzia <p>Fonte: adattamento da <i>GOLD/COPD</i> <i>vedi bibliografia</i></p> <p>Per avere una valutazione globale dei sintomi si utilizza il COPD Assessment Test (CAT™)¹⁸ che si basa su 8 items che valutano il sintomo tosse, il senso di oppressione toracica, la presenza di catarro, la dispnea, la limitazione all'attività fisica, lo stato psichico e la qualità del sonno. Per ogni domanda il paziente è chiamato ad esprimere un punteggio da 0 (assenza del sintomo) a 5 (sintomo presente e importante).</p>

		<p>Viene poi sommato il punteggio ottenuto:</p> <p>Un punteggio compreso fra 0 e 10 indica un impatto ridotto sulla tua vita e sulle tue attività quotidiane;</p> <p>Un punteggio compreso fra 11 e 20 indica un impatto medio sulla tua vita e sulle tue attività quotidiane;</p> <p>Un punteggio compreso fra 21 e 30 indica un impatto elevato sulla tua vita e sulle tue attività quotidiane;</p> <p>Un punteggio compreso fra 31 e 40 indica un impatto molto elevato sulla tua vita e sulle tue attività quotidiane.</p> <p>Possiamo considerare fortemente suggestivo per sospetto di BPCO un punteggio CAT ≥ 10</p>
A2	SPIROMETRIA RX TORACE ESAMI EMATOCHIMICI	<p>La spirometria semplice è il primo esame di valutazione della funzionalità polmonare (GOLD STANDARD¹) che permette di valutare la presenza o meno di una <u>ostruzione fissa</u> al flusso dell'aria (deficit ostruttivo bronchiale) prima e dopo l'utilizzo di un broncodilatatore (ad.es salbutamolo), tipico della BPCO. Misura il volume di aria espirata ed inspirata dal paziente in momenti specifici.</p> <p>Il paziente viene posizionato seduto; dopo istruzione verbale o video, viene invitato a collegarsi ad un boccaglio, tappare il naso con una clip e a compiere degli esercizi respiratori di riempimento e svuotamento dei polmoni, guidati dalla voce dell'operatore. Le misurazioni effettuate con le manovre respiratorie vengono inviate al sistema operativo informatico che le elabora ed esprime i valori numerici o percentuali che verranno poi refertati dal medico. Il test dura da 10 a 15 minuti e comporta bassi rischi.</p> <p>Le variabili più importanti che si rilevano sono:</p> <ul style="list-style-type: none">• <u>FVC</u> (capacità vitale forzata): volume totale di aria espulsa dopo un'espirazione forzata partendo da una inspirazione massimale• <u>FEV1 o VEMS</u> (volume esalato forzato in un secondo) volume totale di aria espulsa in un secondo con un'espirazione forzata, partendo da una inspirazione massimale. <p>Il loro rapporto <u>FEV1/FVC</u> (indice di Tiffenau) indica la presenza o meno di ostruzione¹.</p>

Per fare diagnosi di BPCO si valuta proprio quest'ultimo rapporto che deve essere < 0,70.

Per individuare il grado della ostruzione invece ci basiamo sul FEV1 (ostruzione lieve: $FEV1 \geq 80\%$ del predetto; moderato $FEV1$ fra il 50% e < 80% del predetto; grave $FEV1$ fra il 30% e 49% del predetto; molto grave $FEV1 < 30\%$ del predetto)

L'esecuzione della spirometria prima e dopo l'utilizzo di un broncodilatatore come il salbutamolo (test di broncodilatazione farmacologica) viene utilizzata per determinare il grado di risposta bronchiale dopo il suo uso. Il test è indicato se la spirometria basale dimostra un'ostruzione delle vie aeree ed è indispensabile per la diagnosi differenziale tra asma e BPCO.

Nei pazienti con asma, la somministrazione di broncodilatatori spesso si traduce in un miglioramento dei valori spirometrici. Tra i pazienti con BPCO, la somministrazione di broncodilatatori solo a volte porta a un cambiamento significativo².

Sarebbe utile poter eseguire direttamente la spirometria globale in modo da valutare anche i volumi statici e la presenza o meno di iperinsufflazione polmonare e per escludere eventuali deficit restrittivi

Radiografia del torace

La radiografia del torace in proiezione postero-anteriore e laterale è necessaria sia per la valutazione iniziale, sia per seguire l'evoluzione clinica della malattia (Milne 1993, Miniati 1995).

Oltre a permettere l'esclusione di altre condizioni, come il cancro polmonare, la radiografia può mettere in evidenza i segni della bronchite cronica, dell'enfisema polmonare, dell'ipertensione polmonare e del cuore polmonare cronico. La radiografia del torace non mostra in genere alterazioni finché l'ostruzione delle vie aeree non è moderatamente avanzata. A questo stadio possono essere presenti alterazioni delle pareti bronchiali e dei vasi polmonari e aumento dei volumi polmonari.

La presenza di ipertensione polmonare è suggerita dal rilievo di sporgenza del tronco comune dell'arteria polmonare (2° arco cardiaco sulla margine-sternale sinistra), da un diametro massimo dell'arteria polmonare discendente di destra superiore a 16 mm e da una discrepanza tra le dimensioni dei vasi ilari (ingranditi) e quelle dei vasi più periferici. In presenza di dilatazione delle sezioni destre cardiache in proiezione postero-

anteriore, l'apice del cuore appare sollevato sull'emidiaframma di sinistra. In proiezione laterale, si può osservare occupazione dello spazio retrosternale per espansione anteriore del ventricolo destro e del cono di efflusso dell'arteria polmonare. In alcuni casi di enfisema è possibile rilevare bolle aree di iperdiafania più grandi di 1 cm di diametro, circondate da sottili linee arcuate. Le bolle di enfisema sono espressione di malattia localmente molto grave, ma non indicano necessariamente la presenza di enfisema diffuso. L'iperinsufflazione polmonare è indicata dall'aumento dello spazio retrosternale e dall'abbassamento e appiattimento degli emidiaframmi. Insieme all'iperdiafania, le alterazioni dei vasi polmonari (riduzione di numero e alterazione di forma) sono ulteriori reperti compatibili con un enfisema.

Il riscontro di particolari caratteristiche radiologiche (tabella 2), può consentire, inoltre, di differenziare la bronchite cronica dall'enfisema polmonare. In particolare, i vasi polmonari possono presentare alterazioni riconducibili ai processi infiammatori e all'ipertensione polmonare tipici della bronchite cronica e ai processi distruttivi parenchimali, con marcato aumento dei volumi polmonari tipici dell'enfisema.

Nelle riacutizzazioni della BPCO, la radiografia del torace può risultare utile per confermare o escludere complicanze come polmonite, versamenti pleurici, pneumotorace, ingrandimento delle sezioni destre e/o sinistre del cuore per la diagnosi e differenziazione delle varie entità nosologiche comprese nella BPCO.

Si rimanda all'algoritmo in fondo al capitolo precedente per la diagnosi e la differenziazione delle varie entità nosologiche comprese nella BPCO.

Poiché non esistono studi controllati e randomizzati concernenti i criteri di diagnosi della BPCO, il livello di prova di quanto riportato in questo paragrafo è da considerarsi di tipo VI con forza della raccomandazione di tipo B⁶.

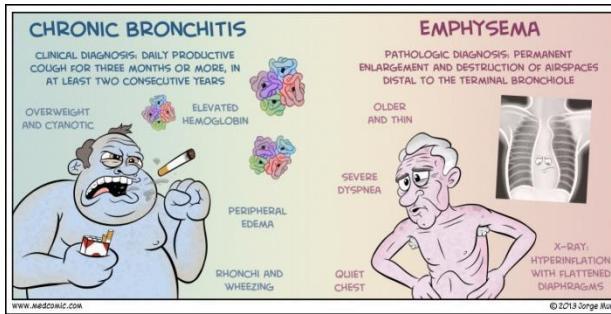
Segni radiologici dei vasi polmonari in fenotipi di BPCO:

Bronchite cronica	Enfisema polmonare
-------------------	--------------------

		<ul style="list-style-type: none"> ● aumentata tortuosità dei vasi ● sfumatura dei margini vascolari ● apparente segmentazione con difficoltà a seguire il decorso dei vasi dal centro alla periferia ● aumento del rapporto tra le dimensioni delle arterie centrali e periferiche 	<ul style="list-style-type: none"> ● perdita della normale sinuosità dei vasi ● aumentata nettezza dei margini vascolari ● perdita delle ramificazioni vascolari ● collaterali con aspetto "ad albero secco" ● allargamento degli angoli di biforcazione vascolare dicotomica
S1	E' BPCO?	<p>Il criterio spirometrico che definisce la presenza di ostruzione delle vie aeree (selezionato dalle linee guida GOLD) e che fa diagnosi di BPCO, rimane il rapporto VEMS/FVC < 0,7 post broncodilatatore.</p>	
U1	DIAGNOSI DIFFERENZIALE	<p>La BPCO è caratterizzata da un esordio in soggetti di solito > 40aa, con sintomi quali dispnea e tosse cronica, lentamente progressivi e storia di fumo di tabacco, oppure esposizione ad altri tipi di fumi e vapori. Bisogna però distinguere la BPCO da altre malattie come¹⁹:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Asma Bronchiale: di solito esordisce prima spesso nell'infanzia. La sintomatologia è variabile a seconda dei giorni e sono frequenti sintomi notturni o nelle prime ore del mattino. Coesistono spesso episodi di respiro sibilante, allergia, rinite e/o lesioni cutanee da eczema, storia familiare di asma e obesità. Inoltre il test di broncodilatazione è spesso positivo ● Scompenso Cardiaco Congestizio: in questi casi la radiografia del torace mostra aumento dell'ombra cardiaca e/o edema polmonare. Le prove di funzionalità 	

		<p>respiratoria mostrano una sindrome restrittiva e non ostruttiva. Il proBNP è spesso aumentato.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Bronchiectasie: la presenza di bronchiectasie è caratterizzato da espettorato abbondante e purulento ed è comunemente associate a infezioni batteriche. In questo caso la radiografia/TC del torace mostra dilatazioni bronchiali e ispessimento delle pareti bronchiali. ● Tubercolosi polmonare: esordisce in qualunque età. La radiografia del torace mostra un infiltrato polmonare. Sono necessari esami microbiologici di conferma per la ricerca diretta su escreato del BK. ● Bronchiolite Obliterante: Esordisce in età giovanile, in soggetti non fumatori e può coesistere una storia di artrite reumatoide o esposizione acuta a fumi. Spesso la si osserva dopo trapianto polmonare o di midollo osseo. La TC del torace mostra aree ipodense. ● Panbronchiolite Diffusa: Prevalentemente osservata in pazienti di origine asiatica. E' una rara malattia polmonare ostruttiva infiammatoria cronica, che interessa primariamente i bronchioli di entrambi i polmoni, provocando un'infezione. La malattia esordisce nella seconda-quinta decade di vita e si presenta con tosse cronica, dispnea da sforzo e produzione di espettorato. La maggior parte dei pazienti presenta anche una sinusite paranasale cronica. La maggior parte dei pazienti sono maschi e non fumatori. La radiografia al torace e la HRCT mostrano opacità diffuse nodulari centrolobulari di piccole dimensioni e iperinflazione polmonare.
A3	APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO DI 2° LIVELLO E STADIAZIONE	Protocollo approfondimento diagnostico e stadiazione - (NU_004_All.1_APPROF.DIAGNOSTICO) Protocollo approfondimento esami ematochimici - (NU_004_ALL.1_bis_ESAMI EMATOCHIMICI) STRUMENTO DI VALUTAZIONE ABE GOLD

S2	LA BPCO E' ASSOCIATA A INSUFFICIENZA RESPIRATORIA?	Nel caso in cui la saturazione ossiemoglobinica dell'ossigeno rilevata in periferia con il saturimetro sia inferiore a 94%, è necessario eseguire un emogasanalisi arteriosa per definire la presenza o meno di associata insufficienza respiratoria ($\text{pO}_2 < 60$)
S3	E' UN PRIMO RISCONTRO?	Se dopo l'emogasanalisi arteriosa viene posta diagnosi di insufficienza respiratoria, è necessario valutare se si tratta di un primo riscontro o meno. In caso di primo riscontro è bene valutare l'eventuale presenza di focolaio flogistico con un Rx torace ed eseguire esami ematochimici (emocromo e pcr) per scongiurare la presenza di infezione caratterizzata da presenza di leucocitosi neutrofila e pcr aumentata
U2	USCITA	Il paziente con insufficienza respiratoria acuta non è contemplato in questo pdta
S4	E' BRONCHITICO CRONICO O ENFISEMATOSO?	<p>La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) riconosce due fenotipi clinici:</p> <ol style="list-style-type: none"> il bronchitico cronico "blue bloater": caratterizzato dalla presenza di tosse e catarro per almeno tre mesi all'anno, per due anni consecutivi. L'espessorato di solito è mucoso o muco-purulento; vi è carenza talora grave dell'ossigeno nel sangue (ipossiemia), aumento della produzione di emoglobina con (policitemia), colorito bluastro delle labbra (cianosi), riduzione dello stimolo alla ventilazione (ipoventilazione cronica); il paziente è spesso soporoso per tendenza all'accumulo di anidride carbonica (iperkapnia) nel sangue specie durante il sonno; vi è inoltre tendenza alla ritenzione di

		<p>liquido nei tessuti ed agli arti inferiori (edemi) con precoce sviluppo di ipertensione polmonare e scompenso cardiaco destro (cuore polmonare cronico); all'esame obbiettivo polmonare si repertano ronchi e rantoli.</p> <p>2. Il paziente enfisematoso “pink puffer” (con riscontro radiologico di enfisema polmonare, caratterizzato da un anomalo allargamento degli spazi aerei oltre i bronchioli terminali con distruzione progressiva delle pareti degli alveoli polmonari. Il paziente mostra dispnea con respiro a labbra socchiuse, scarsa tosse ed espettorazione, ipossia specie da sforzo con rara ipercapnia, stimolo alla ventilazione conservato, assenza di cianosi, tendenza alla magrezza con riduzione delle masse muscolari, tardivo sviluppo di ipertensione polmonare e cuore polmonare cronico. Può evolvere fino all'enfisema polmonare di tipo panlobulare o pan-acinoso, con presenza all'esame obbiettivo polmonare di riduzione del reperto auscultatorio e conformazione del torace cosiddetto “a botte”</p>
		 <p>The cartoon illustrates the clinical presentation of Chronic Bronchitis and Emphysema. On the left, a man with a cigarette is labeled with symptoms: overweight and cyanotic, elevated hemoglobin, peripheral edema, rhonchi and wheezing. On the right, an older man is labeled with symptoms: older and thin, severe dyspnea, quiet chest, and an X-ray showing hyperinflation with flattened diaphragms. The caption for Chronic Bronchitis states: CLINICAL DIAGNOSIS: DAILY PRODUCTIVE COUGH FOR THREE MONTHS OR MORE, IN AT LEAST TWO CONSECUTIVE YEARS. The caption for Emphysema states: PATHOLOGIC DIAGNOSIS: PERMANENT ENLARGEMENT AND DESTRUCTION OF AIRSPACES DISTAL TO THE TERMINAL BRONCHOLE.</p>
U3	PROTOCOLLO DI PRESA IN CARICO	<p>Se riacutizzatore: controlli ogni 4 mesi Se non riacutizza: ogni 6/8 mesi</p> <p>Il controllo consiste nella spirometria semplice + test broncodilatazione e Visita Pneumologica.</p>
A4	TERAPIA MEDICA AD HOC, EVENTUALE VALUTAZIONE FISIATRICA, EVENTUALE FISIOTERAPIA	Terapia: Protocollo terapeutico (NU_004_ALL.3_PROT.TERAPEUTICO)

		<p>In particolare si evidenziano:</p> <ul style="list-style-type: none">● Broncodilatatori:<ul style="list-style-type: none">○ LABA/ICS○ LAMA/ICS○ LABA/LAMA/ICS● Antibiotici● corticosteroidi sistemici● Cessazione del fumo● Vaccinazioni● Ossigenoterapia● Interventistica <p>Fisioterapia: Protocollo riabilitativo (<i>NU_004_ALL.2_PROTOCOLLO RIABILITATIVO</i>)</p> <p><i>Protocollo di esecuzione 6MWT nella riabilitazione (NU_004_ALL.10_6MWT)</i></p>
S5	RIACUTIZZA?	<p>Una riacutizzazione di BPCO è definita come un evento caratterizzato da dispnea e/o tosse ed espettorazione che peggiorano nel corso di <14 giorni. Le riacutizzazioni sono spesso associate ad un aumento dell'infiammazione locale e sistemica, causata da infezione delle vie aeree, inquinamento o altri insulti polmonari.</p> <p>È necessario inoltre considerare le principali diagnosi differenziali (polmonite, insufficienza cardiaca congestizia ed embolia polmonare).</p> <p>Attualmente, le riacutizzazioni sono classificate in:</p> <ul style="list-style-type: none">● Lievi (trattate solamente con broncodilatatori a breve durata d'azione)● Moderate (trattate con broncodilatatori a breve durata d'azione associati a corticosteroidi orali ± antibiotici)

• **Gravi** (i pazienti richiedono ospedalizzazioni o visite al pronto soccorso). Le riacutizzazioni gravi possono essere anche associate ad insufficienza respiratoria acuta

Per inquadrare correttamente la riacutizzazione è necessario:

- valutare i sintomi, la gravità della dispnea e la presenza di tosse.
- ricercare segni come tachipnea e tachicardia, considerare il volume e colore dell'espettorato e la presenza di distress respiratorio (uso dei muscoli accessori).
- Valutarne la gravità utilizzando indagini aggiuntive appropriate, come pulsossimetria, esami di laboratorio, PCR, emogasanalisi.
- Stabilire la causa dell'evento (virale, batterica, ambientale, altro)

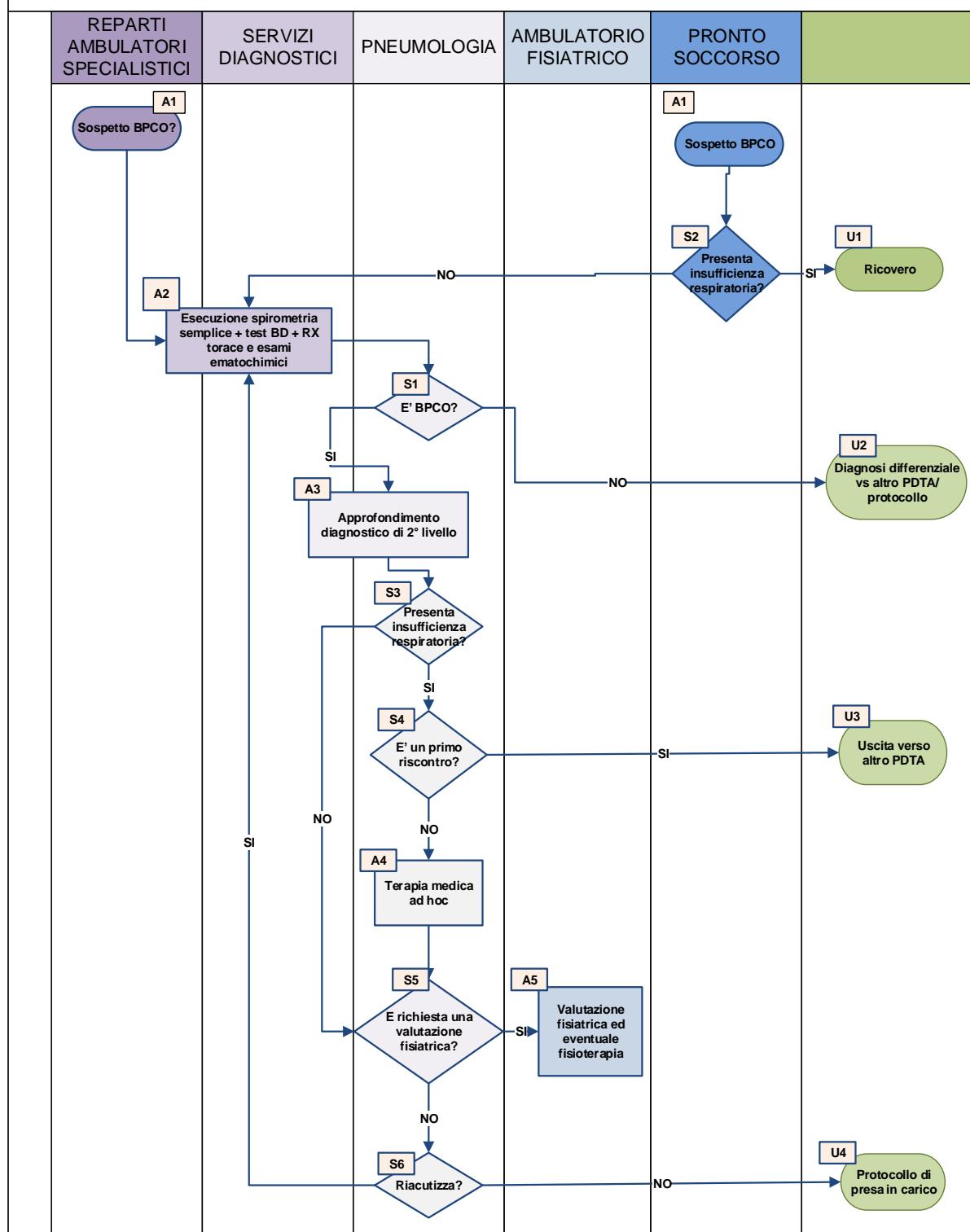
Gli scopi del trattamento delle riacutizzazioni sono quelli di minimizzare l'impatto negativo della riacutizzazione corrente e prevenire lo sviluppo di nuovi eventi, oltre che ridurre le ospedalizzazioni. Più dell'80% delle riacutizzazioni sono gestite in ambito ambulatoriale con terapie che includono broncodilatatori, corticosteroidi e antibiotici.

Quando un paziente con una riacutizzazione di BPCO arriva in pronto soccorso, se ipossiemicoo, dovrebbe ricevere somministrazione di ossigeno, ed essere valutato per definire se la riacutizzazione è a rischio di vita e se l'aumentato lavoro dei muscoli respiratori o l'alterazione degli scambi respiratori richiedono una ventilazione non invasiva. In questo caso, è opportuno considerare il ricovero ospedaliero.

NB: pretendere visione dell'Allegato 13 per criteri richiesta visita cardiologica in caso di riacutizzazione.

FLOW CHART PERCORSO ORGANIZZATIVO

PERCORSO ORGANIZZATIVO



LEGENDA PERCORSO ORGANIZZATIVO

A1 SOSPETTO BPCO	<p>Infermiere rileva i parametri vitali, esegue esami ematochimici di primo livello (ed EGA se adeguatamente formato) e compila il questionario CAT se il contesto assistenziale e il tempo lo consentono.</p> <p>Medico del PS richiede o esegue emogasanalisi, richiede esami ematochimici di primo livello (emocromo, PCR, pBNP), richiede RX torace. Compila il questionario CAT se il contesto assistenziale e il tempo lo consentono. Sulla base degli esiti provvede al ricovero o alla dismissione con terapia ad hoc (<i>vedi schema sotto</i>) e richiesta di Visita Pneumologica: se il paziente non presenta insufficienza respiratoria si richiede "Differibile"</p> <p>Indicazioni al paziente Astensione assoluta dal fumo di tabacco, allontanamento da potenziali agenti tossici (fumi, vapori irritativi, allontanamento da luoghi di lavoro indiziati). Norme igieniche, prevenzione alimentare e ambientale: Indicazioni al paziente (<i>NU_004_ALL.11_INDICAZIONI AL PAZIENTE</i>).</p> <p>Alert particolari (indirizzati agli operatori) Saturazione ≤94%; Presenza di leucocitosi neutrofila e incremento della PCR: richiede terapia antibiotica ad ampio spettro e corticosteroidea orale: Prednisone 25mg: 1 cp dopo colazione x 3gg, poi mezza cp per altri 3gg, poi ¼ cp per altri 3gg o endovenosa (metilprednisolone 20-40-80mg EV a seconda della gravità). Terapia aerosolica: budesonide/beclometasone dpr. 1 fiala + salbutamolo/ipratropio 1 fl 2 volte al giorno per 5 giorni.</p> <p>In dimissione prescrivere:</p> <ul style="list-style-type: none">antibiotico ad ampio spettro: prima scelta amoxicillina + ac.clavulanico 1g x 3v/die x 8gg oppure cefditoren (pivoxil) 400 mg x 2 x 8gg; Se allergico ai betalattamici prescrivere fluorochirolonico: levofloxacina 500mg/die x 8gg. In base ai criteri di gravità, comorbilità, eventuale presenza di polmonite, ed età associare macrolide: claritromicina 500mg x 2/die x 8gg o azitromicina 500mg/die x 6ggN-acetilcisteina 600: 1 bust x 2v/die x 10gg. Da somministrare solo a pazienti con meccanismo della tosse valido (no in pazienti neurologici) e che lo abbiano già assunto in precedenza (per ridurre il rischio di eventuale broncospasmo). Da evitare per lo stesso motivo nel pz con sindrome overlap asma/BPCO (ACOS). <p>Proseguire l'abituale terapia broncodilatatoria cronica domiciliare a dosaggio pieno (in assenza di diagnosi certa di BPCO non è possibile prescrivere broncodilatatori a carico del SSN).</p>
-----------------------------------	--

Ambulatorio Pneumologico

In caso di dubbio diagnostico/terapeutico o necessità di accertamenti, richiedere visita pneumologica presso l'ambulatorio di primo livello del territorio e compilare la "Scheda sospetto BPCO" (NU_004_ALL.4_SCHEDA SOSPETTO BPCO) e inviandola via mail alla COT (arruolamento.cot@aslnuoro.it).

La COT verifica che il paziente sia preso in carico in usual care (e dunque abbia una visita prenotata presso l'Ambulatorio Pneumologico) e/o in telemonitoraggio (qualora sia possibile).

L'infermiere dell'Ambulatorio di Pneumologia compila la "scheda clinica primo accesso" (NU_004_ALL.5_SCHEDA PRIMO ACCESSO). Se il paziente è fornito a domicilio di saturimetro può compilarla anche telefonicamente. Inoltre stabilisce le tempistiche di accesso alla visita di 1° livello presso l'ambulatorio del territorio:

	TIMING
se la sO2 è < 94% con qualsiasi punteggio ottenuto nella scheda B	ENTRO 1 SETTIMANA
Se la sO2 è > 95% + 4-5 punti ottenuti nella scheda B	ENTRO 2 SETTIMANE
Se la sO2 è > 95% + 3 punti ottenuti nella scheda B	ENTRO 4 SETTIMANE
Se la sO2 è > 95% + 1-2 punti ottenuti nella scheda B	ENTRO 8 SETTIMANE

Durante la visita di 1° livello presso l'ambulatorio del territorio il medico compila la scheda "presa in carico" (NU_004_ALL.6_SCHEDA PRESA IN CARICO) e richiede gli esami di approfondimento: **SPIROMETRIA SEMPLICE + test BD, RX TORACE E ESAMI EMATOCHIMICI**.

Obiettivi/traguardi sanitari

Identificazione precoce, sistematica, appropriata diagnostica e prescrittiva, presa in carico dei pazienti affetti da BPCO.

A2
ESECUZIONE
SPIROMETRIA
SEMPLICE + TEST
BD + RX TORACE E

Il medico pneumologo compilante dell'ambulatorio del territorio esegue la spirometria semplice (se non presente tecnico di fisiopatologia) e decreta l'eventuale arruolamento; prende visione degli esami di laboratorio e della RX torace (eseguiti in SLOT specifici) e

**ESAMI
EMATOCHIMICI**

stila il timing del follow up o l'eventuale invio a visita di 2° livello secondo lo schema seguente:

* in base alle Linee Guida GOLD 2023

Se il paziente viene catalogato come OUT viene avviato alla visita di secondo livello in

	Timing Follow UP	Modalità Follow UP (vedi SCHEDA FOLLOW UP)
Paziente A*	Ogni 3 mesi	<ul style="list-style-type: none"> • Questionario sintomi • Questionario stile di vita • sO2% • Aderenza alla terapia
Paziente B*	Ogni 45gg	
Paziente E*	Ogni mese	
Paziente OUT	Paziente da avviare ad esami di secondo livello. Deve avere almeno una delle seguenti caratteristiche: <ul style="list-style-type: none"> - paziente instabile, dove il criterio GOLD non corrisponde alla reale situazione - necessità di eseguire spirometria globale e DLCO - necessità di eseguire HRTC torace - necessità di eseguire EGA - esame alfa 1 AT sierico e genetico 	

ospedale dove sono presenti SLOT dedicati all'interno dell'ambulatorio CUP.

Il medico pneumologo del territorio stabilisce le tempistiche di accesso.

	Caratteristiche del paziente	TIMING di accesso
TIPO 1	Paziente sostanzialmente stabile se pur riacutizzatore e con sO2 > 94% che necessita di approfondimenti di 2° livello	ENTRO 30 GG
TIPO 2	Paziente instabile, riacutizzatore e con sO2 < 94% che necessita di approfondimenti di 2° livello	ENTRO 10 GG

Il medico dovrà compilare 2 impegnative con scritto visita pneumologica 2° livello e spirometria con tecnica pletismografica + DLCO

Tecnico sanitario di laboratorio: provvede alla verifica dell'idoneità ed eventuale accettazione del campione ematico/biologico pervenuto in laboratorio, all'esecuzione

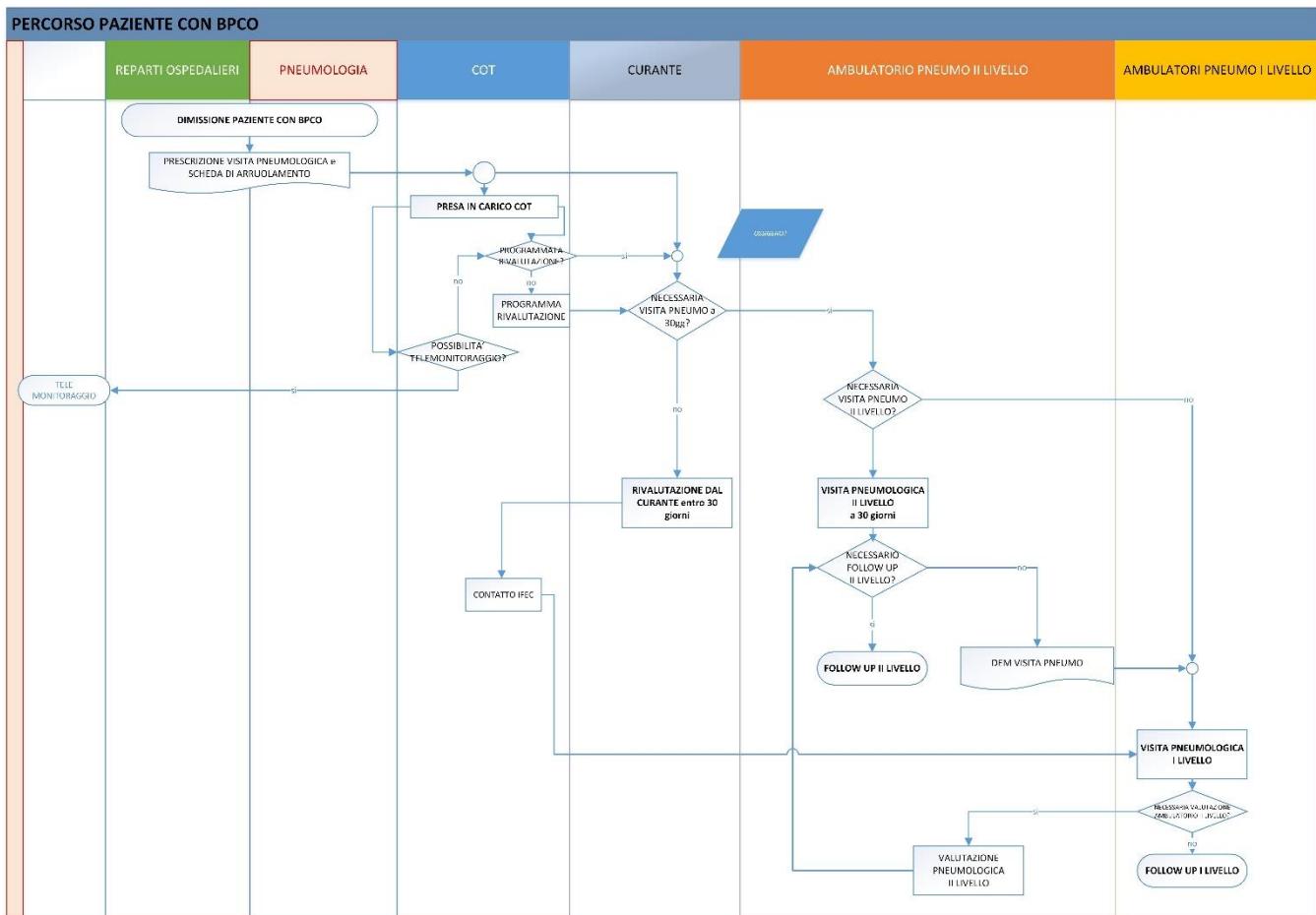
	<p>degli esami ematochimici richiesti (vedi protocollo diagnostico con elenco) e alla successiva validazione tecnica.</p> <p>Importante valutare l'idoneità del campione ematico, con particolare attenzione all'indice di emolisi. Segnalare eventuali valori critici ai dirigenti e/o reparto.</p> <p>Tecnico di fisiopatologia: esegue la spirometria semplice con test di broncodilatazione farmacologica. Rileva peso e altezza del paziente e saturazione. Verifica inoltre la compliance del paziente all'esecuzione dell'esame.</p> <p>Tecnico radiologo: esegue Rx torace se possibile in due proiezioni (AP e LL).</p> <p>Medico dell'ambulatorio di primo livello: esegue, valuta e referta la spirometria semplice con test di broncodilatazione farmacologica, prende visione di Rx torace ed esami ematochimici richiesti e decreta l'avventuale arruolamento del paziente al progetto. Se arruolato stabilisce la tipologia di paziente (A, B, E) per dettare il follow up alla CTM. Se il paziente viene decretato OUT viene avviato alla visita pneumologica di 2° livello in ospedale (in SLOT dedicati all'interno dell'ambulatorio CUP) con timing dettato dal tipo di paziente (1 o 2).</p> <p>Obiettivi/traguardi sanitari Identificazione precoce, sistematica e presa in carico dei pazienti affetti da BPCO.</p>	
A3 APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO DI 2° LIVELLO	<p>L'approfondimento diagnostico di secondo livello prevede: esecuzione emogasanalisi ed esami ematochimici, HRTC torace e spirometria con tecnica pletismografica</p> <p>Il medico dell'ambulatorio di 2° livello, visita il paziente e prende visione della documentazione prodotta dall'ambulatorio di primo livello; inoltre decreta il timing per l'accesso agli esami di secondo livello:</p>	
ESAME	UTILITA'	TIMING DI ACCESSO

	HRTC torace	Consigliata: <ul style="list-style-type: none"> - nel sospetto di interstiziopatia, enfisema e bronchiectasie. - se si prevede una procedura chirurgica, come la riduzione dei volumi polmonari oppure la riduzione non chirurgica dei volumi polmonari 	ENTRO 1 MESE
	Spirometria globale con tecnica pletismografica e DLCO	Per valutare l'eventuale co-presenza di deficit ventilatorio restrittivo polmonare. Valuta inoltre funzionalmente la presenza di iperinsuflazione polmonare o di air trapping. DLCO aiuta a distinguere tra l'enfisema e altre cause di ostruzione cronica delle vie aeree	ENTRO 7 GIORNI
	EGA	Se non presente emogasanalizzatore presso l'ambulatorio di primo livello. Valuta la presenza di insufficienza respiratoria	IMMEDIATO
	Esami ematochimici completi e microbiologici dell'escreato	Emocromo, PCR e PCT; esame dell'espettorato per ricerca Germi comuni, conta degli eosinofili ematici, test sierico alfa 1AT + test genetico alfa 1 AT (se non già eseguiti)	IMMEDIATO
Tecnico radiologo: esegue HRTC Torace possibilmente presso le sedi distrettuali e qualora non ci sia il radiologo in sede, trasmette l'immagine alla radiologia ospedaliera a condizione che funzioni il PACS e che ci sia la possibilità di accedere alla documentazione radiologica presente NEL PACS (CON IMMAGINI VISIBILI).			
Infermiere: esegue emogasanalisi arteriosa che viene inviata presso la pneumologia ospedaliera fino ad acquisizione dell'emogasanalizzatore presso uno o più ambulatori pneumologici del territorio.			

	<p>Tecnico di laboratorio: esegue processazione e lettura degli esami ematochimici richiesti</p> <p>Tecnico di fisiopatologia respiratoria: esecuzione di spirometria con tecnica pletismografica</p> <p>Obiettivi/traguardi sanitari:</p> <ul style="list-style-type: none">• Rispetto dei tempi in linea con la gravità del sospetto.• Riduzione degli accessi negli ambulatori in ospedale attraverso la distinzione in classi di gravità.
A5 VALUTAZIONE FISIATRICA ED EVENTUALE FISIOTERAPIA	<p>Medico fisiatra: Valutazione fisiatrica: (anamnesi, valutazione esami e visita pneumologica, esame obiettivo, elaborazione PRI, prescrizione eventuali ausili). Visita fisiatrica c/o ambulatorio – H. Zonchello- Padiglione B-primo piano. Ambulatorio fisiatrico presso il Poliambulatorio di Macomer e il Poliambulatorio di Siniscola.</p> <p>Trattamento Riabilitativo: presso gli ambulatori dedicati dei Servizi di Riabilitazione di Siniscola. Nuoro, Macomer, Siniscola, Sorgono sono in via di attivazione.</p> <p>Visita fisiatrica entro 10 gg dalla richiesta del pneumologo tramite impegnativa con priorità B e successiva presa in carico riabilitativa (secondo lista d'attesa dedicata)</p> <p>ALLEGATI:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cartella fisiatrica Protocollo terapeutico (NU_004_ALL.7_CARTELLA FISIATRICA).• Brochure indicazioni ai pazienti da consegnare al PS (NU_004_ALL.9 BROCHURE).• Indicazioni al paziente: Esecuzione al domicilio degli esercizi appresi come da indicazione fisioterapica. Consegna “opuscolo educazionale”: esercizi riabilitazione respiratoria (NU_004_ALL.8_OPUSCOLO RIABILITAZIONE RESPIRATORIA) <p>Compliance alla terapia pneumologica:</p> <p>Astensione dal fumo.</p> <p>Alert particolari (indirizzati agli operatori):</p> <p>-Paziente febbile;</p> <p>-Peggioramento dei parametri cardiorespiratori (PA, FC, SaO2);</p> <p>-Peggioramento della dispnea e aumento della quantità di escreto.</p> <p>Rischi correlati: Scarsa compliance del paziente.</p>

	<p>Obiettivi/traguardi sanitari: Miglioramento delle performance motorie globali, autonomia nelle AVQ e riduzione del carico assistenziale. Note: Al termine del trattamento riabilitativo prescritto si prevede visita fisiatrica di controllo durante la quale si valuta la prosecuzione o meno del trattamento in regime ambulatoriale.</p>
S2 S3 PRESENTA INSUFFICIENZA RESPIRATORIA? S4 E' UN PRIMO RISCONTRO?	<p>Dopo esecuzione di emogasanalisi arteriosa, in caso di presenza di insufficienza respiratoria di primo riscontro, esce dal PDTA.</p>
S6 RIACUTIZZA?	<p>Lo pneumologo, preferibilmente territoriale, visita il paziente e valuta la documentazione e l'eventuale presenza di riacutizzazione. Se riacutizza prescrive gli esami come da flow-chart; se è stabile valuta l'esistenza dei requisiti per la presa in carico come da flow-chart di presa in carico. Più dell'80% delle riacutizzazioni sono gestite in ambito ambulatoriale con terapie che includono broncodilatatori, corticosteroidi e antibiotici. Quando un paziente con una riacutizzazione di BPCO arriva in pronto soccorso, se ipossiemicco, dovrebbe ricevere somministrazione di ossigeno, ed essere valutato per definire se la riacutizzazione è a rischio di vita e se l'aumentato lavoro dei muscoli respiratori o l'alterazione degli scambi respiratori richiedono una ventilazione non invasiva. In questo caso, è opportuno considerare il ricovero ospedaliero. NB: pretendere visione dell'Allegato 13 per criteri richiesta visita cardiologica in caso di riacutizzazione.</p>
U4 PROTOCOLLO DI PRESA IN CARICO	<p>Vedi flow chart Usual Care e Telemonitoraggio</p>

FLOW-CHART USUAL CARE



LEGENDA FLOW CHART USUAL CARE

DIMISSIONE PAZIENTE PER BPCO: PRESCRIZIONE VISITA PNEUMO- LOGICA E SCHEDA DI ARRUO- LAMENTO	<p>Ricovero per BPCO in Pneumologia o in altre UUOO.</p> <p>Criteri generici per l'avvio a ricovero in Pneumologia del paziente che accede al Pronto Soccorso per riacutizzazione BPCO (sono criteri indicativi e non sostituiscono la valutazione del Medico in relazione al quadro clinico del singolo paziente): insufficienza respiratoria acuta di nuovo riscontro (pz che non ha ossigeno domiciliare) con chiari segni clinici di riacutizzazione bronchitica all'esame obiettivo del torace e in assenza di scompenso cardiaco acuto e/o insufficienza renale acuta.</p> <p>Il ricovero nel reparto di Pneumologia è da disporre previa valutazione pneumologica richiesta dal PS dove il paziente avrà eseguito emocromo, pBNP, profilo renale, PCR, RX torace, ECG (refertato), POCT Covid, EGA arteriosa.</p> <p>Per identificare i criteri di richiesta di visita cardiologica si rimanda all'istruzione operativa NU_004_ALL.13_IO_VISITA CARDIO IN AECOPD.</p> <p>Nei pazienti in stato soporoso e/o con acidosi respiratoria, qualora non si osservi un miglioramento del quadro clinico dopo il primo intervento in Pronto Soccorso (es. ventilazione non invasiva), è opportuno valutare l'attivazione della consulenza rianimatoria.</p> <p>Per i pazienti ricoverati in altre UUOO oltre la Pneumologia è necessaria una consulenza Pneumologica da richiedere mediante ADT e da effettuare sempre durante il periodo di ricovero ospedaliero nei casi di insufficienza respiratoria.</p> <p>In occasione della consulenza Pneumologica, lo Pneumologo valuta se il paziente ha necessità di follow up di primo livello o di secondo livello.</p> <p>NB: I pazienti con alta comorbidità/elevato grado di fragilità e necessità di assistenza di tipo sociosanitario devono essere segnalati, come dimissione protetta, al PASS che attiverà la COT; discorso analogo per i pazienti che necessitano di ossigenoterapia domiciliare affinché il farmaco sia disponibile al domicilio nel momento della dimissione.</p> <p>Se un paziente è ricoverato per BPCO, durante il ricovero il Medico pneumologo (o altro specialista a seguito di consulenza pneumologica) compila la Scheda di Arruolamento che invia alla COT per l'immediata presa in carico, all'indirizzo: arruolamento.cot@aslnuoro.it. È possibile identificare "Telemonitoraggio" come setting di dimissione protetta sulla piattaforma GARSIA.</p> <p>A prescindere dal reparto di ricovero, all'atto della dimissione il Medico dimettente emette DEM (specificare "BPCO" e, se presente, codice di esenzione) per:</p> <ul style="list-style-type: none">Visita Pneumologica di controllo – Primo accesso (89.01)SPIROMETRIA SEMPLICE (89.37.1)TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco (89.37.4)EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso - 89.65.1 <p>Sarà cura del Medico dimettente prescrivere il Piano Terapeutico, eventuali esami ematici e approfondimenti diagnostici che ritiene opportuni.</p> <p>In caso di insufficienza respiratoria, il medico pneumologo che esegue la consulenza dovrà prescrivere l'ossigeno domiciliare.</p>
--	--

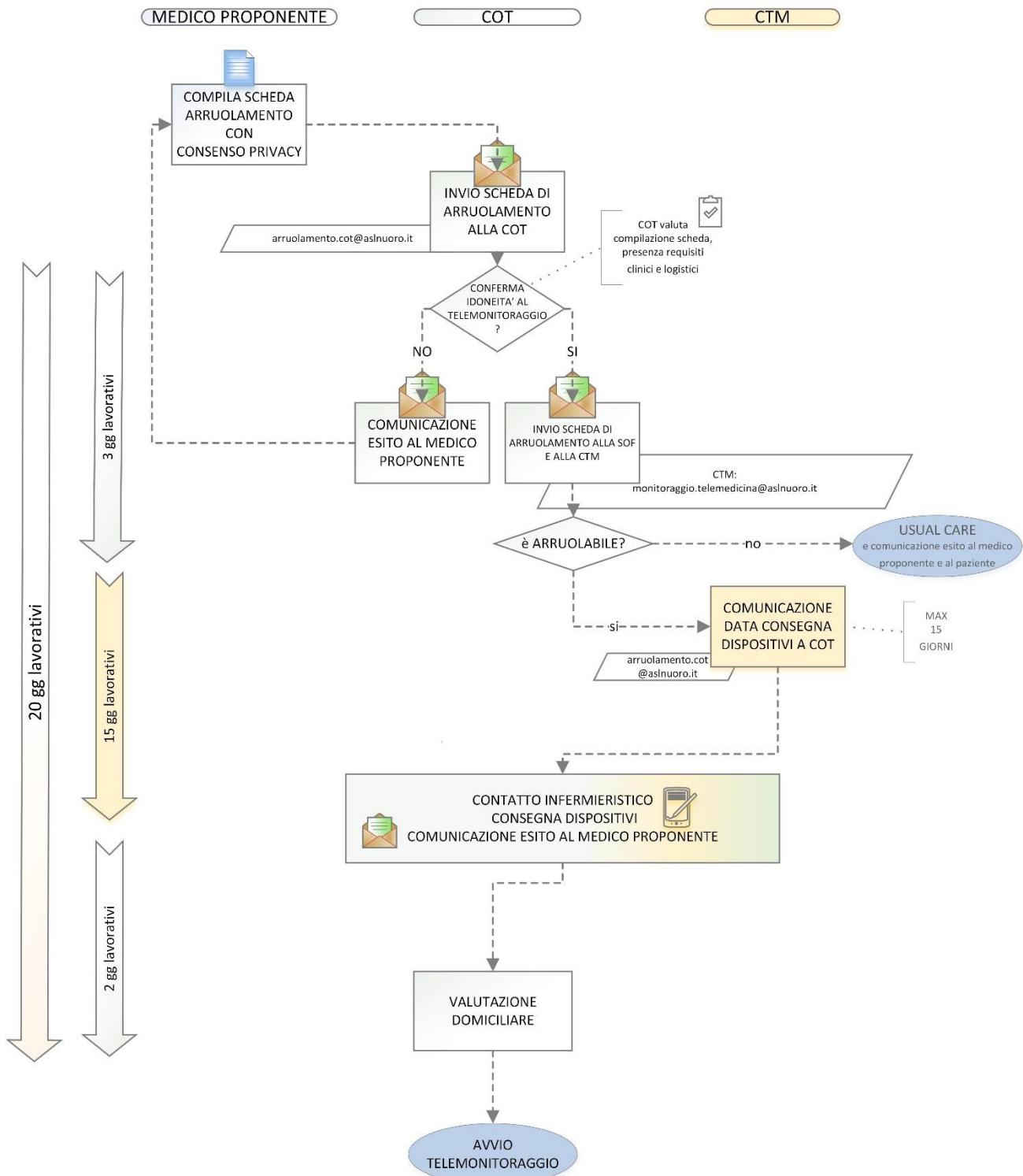
PRESA IN CARICO COT	<p>Il paziente con BPCO può pervenire all'attenzione della COT mediante attivazione del PASS o mediante la scheda di arruolamento che può essere inviata dal medico del reparto di ricovero, dal medico pneumologo in caso di consulenza o dal MMG.</p> <p>Dal momento in cui riceve la scheda di arruolamento, la COT avvia il processo di presa in carico.</p> <p>Se il medico inviante ha indicato la possibilità di presa in carico con Telemonitoraggio e/o la COT valuta la presenza dei criteri necessari, si avvia l'iter come da Flow Chart Arruolamento in telemonitoraggio.</p> <p>La COT valuta l'avvenuta programmazione della rivalutazione post-ricovero presso ambulatorio pneumologico di primo/secondo livello o presso il curante, secondo i criteri definiti in seguito.</p> <p>La presa in carico COT e le relative verifiche saranno garantite entro 7 giorni dalla ricezione della scheda di arruolamento/dalla segnalazione su GARSIA.</p>
RIVALUTAZIONE DAL CURANTE	<p>Il paziente deve essere rivalutato dal curante entro 30 giorni soprattutto qualora non sia già prevista una valutazione pneumologica di primo o secondo livello in breve tempo.</p> <p>Sarà cura della COT verificare la programmazione e/o l'avvenuta esecuzione di tale rivalutazione.</p>
CONTATTO COT	<p>La COT contatterà telefonicamente i pazienti per accertarsi del loro stato di salute e per ricordare loro della calendarizzazione della visita di controllo.</p>
VALUTAZIONE PNEUMOLOGICA AMBULATORIO PNEUMOLOGICO DI SECONDO LIVELLO	<p>L'Ambulatorio pneumologico di secondo livello territoriale (Macomer/Siniscola) e ospedaliero (Zonchello) garantiscono la medesima presa in carico per i pazienti con BPCO moderato/severo.</p> <p>Nel caso di ricovero in Pneumologia, la prima rivalutazione a 30 giorni dovrebbe essere effettuata presso l'Ambulatorio della Pneumologia dello Zonchello, con prenotazione a cura del CUP.</p> <p>L'Ambulatorio ospedaliero Pneumologico è sito nel P.O. Cesare Zonchello, I piano padiglione C, e prevede 2 SLOT alla settimana, il primo il martedì alle 13:30 e il secondo il giovedì alle 13:30.</p> <p>Qualora il follow up sia demandabile all'ambulatorio territoriale (sia di primo o di secondo livello), la prenotazione sarà sempre a cura del CUP.</p> <p>Sarà cura della COT verificare la programmazione e/o l'avvenuta esecuzione di tale rivalutazione.</p> <p>Discorso analogo per i pazienti dimessi da altre UUOO qualora il medico Pneumologo abbia espresso, all'atto della consulenza pneumologica, necessità di follow up presso Ambulatorio pneumologico di secondo livello.</p> <p>A seguito della valutazione pneumologica il medico pneumologo emetterà DEM per i controlli successivi per: (specificare "BPCO" e, se presente, codice di esenzione) Visita Pneumologica di controllo (89.01) SPIROMETRIA SEMPLICE (89.37.1) TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco (89.37.4)</p>

	<p>EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso - 89.65.1</p> <p>In via di attivazione la possibilità da parte della CTM di prenotare le visite pneumologiche.</p>
FOLLOW UP SECONDO LIVELLO	<p>Il paziente seguirà il follow up presso l'Ambulatorio pneumologico di secondo livello con frequenza definita dalla complessità del caso e comunque fino a che non sia demandabile al primo livello (es in caso di stabilità clinica).</p> <p>Alla fine di ogni visita di controllo, il medico pneumologo emetterà DEM (specificando "BPCO" e, se presente, codice di esenzione) per:</p> <ul style="list-style-type: none"> Visita Pneumologica di controllo – Primo accesso (89.01) SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA (89.38.2) EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso - 89.65.1 <p>Le visite di controllo saranno prenotate dal CUP, la frequenza dei controlli è definita dal quadro clinico e dalla classe di rischio come da Allegato NU_004_ALL.14_STRATIFICAZIONE E CONTROLLI.</p> <p>Criteri invio dal secondo livello all'ospedale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • peggioramento EGA di pz già in O2 tp domiciliare • terapia ATB/cortisonica x OS non più sufficiente (necessità di EV) • insuff. respiratoria acuta <p>NB: In caso di stabilità clinica è possibile inviare a follow-up di primo livello.</p>
VALUTAZIONE PNEUMOLOGICA AMBULATORIO PNEUMOLOGICO DI PRIMO LIVELLO	<p>Se il paziente ha una BPCO lieve effettuerà una visita Pneumologica nell'ambulatorio di primo livello (garantendo, dove possibile, accesso al Distretto più vicino in base alla residenza del paziente).</p> <p>Se paziente non necessita di un follow up in ambulatorio II livello ed è stato rivalutato dal curante nel post dimissione, questi rilascia DEM (specificando il quesito diagnostico e, se presente, codice di esenzione) per:</p> <ul style="list-style-type: none"> Visita Pneumologica di controllo – Primo accesso (89.01) SPIROMETRIA SEMPLICE (89.37.1) TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco (89.37.4) EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso - 89.65.1 <p>La COT verifica che il paziente abbia la prenotazione di visita pneumologica.</p> <p>Se il paziente è clinicamente stabile può passare dal follow-up di secondo livello al follow-up di primo livello; il medico pneumologo dell'Ambulatorio di secondo livello rilascia DEM (specificando il quesito diagnostico e, se presente, codice di esenzione) per:</p> <ul style="list-style-type: none"> Visita Pneumologica di controllo – Primo accesso (89.01) SPIROMETRIA SEMPLICE (89.37.1) TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco (89.37.4) EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso - 89.65.1

	<p>Sarà cura dell'operatore CUP prenotare la visita nell'ambulatorio pneumologico di primo livello.</p> <p>La COT verifica che il paziente abbia la prenotazione di visita pneumologica. In via di attivazione la possibilità da parte della CTM di prenotare le visite pneumologiche.</p>
FOLLOW UP PRIMO LIVELLO	<p>Il paziente seguirà il follow up di primo livello con frequenza definita dalla complessità del caso e secondo classe di rischio come da Allegato NU_004_ALL.14_STRATIFICAZIONE E CONTROLLI.</p> <p>Alla fine di ogni visita di controllo, il medico pneumologo emetterà DEM (specificando il quesito diagnostico e, se presente, codice di esenzione) per:</p> <p>Visita Pneumologica di controllo – Primo accesso (89.01) Visita Pneumologica di controllo – Primo accesso (89.01) SPIROMETRIA SEMPLICE (89.37.1) TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco (89.37.4) EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso - 89.65.1</p> <p>NB: in caso di insuff. respiratoria acuta inviare a ricovero.</p> <p>Criteri invio da 1° a 2° livello:</p> <ul style="list-style-type: none">• necessità di pletismo + DLCO• necessità di adeguamento terapeutico

FLOW-CHART ARRUOLAMENTO IN TELEMONITORAGGIO

FLOW CHART ARRUOLAMENTO IN CTM

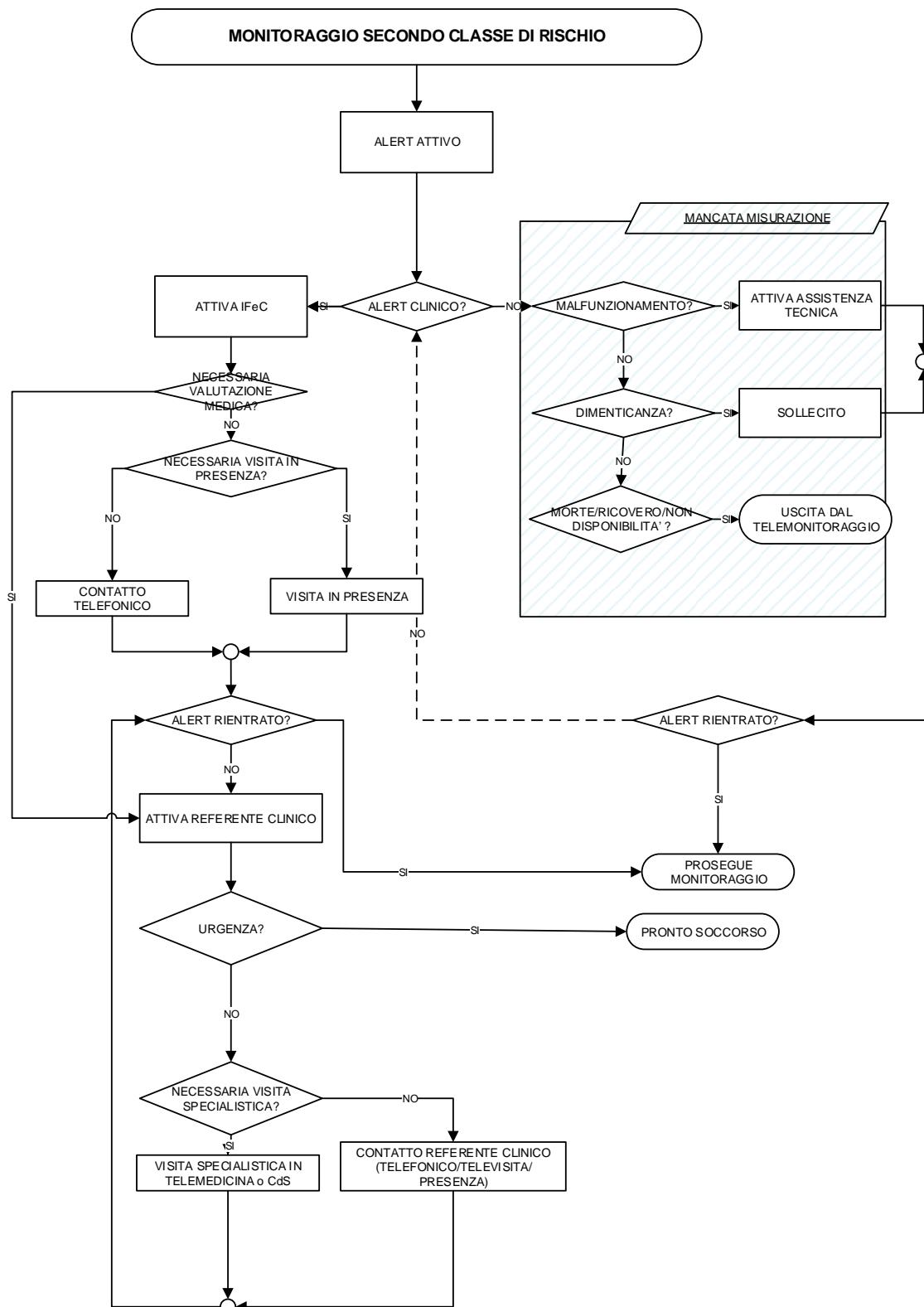


LEGENDA FLOW CHART ARRUOLAMENTO IN TELEMONITORAGGIO

ATTIVITA'/SNODO	DESCRIZIONE
COMPILAZIONE SCHEDA ARRUOLAMENTO E INVIO ALLA COT	<p>Il Medico proponente verifica la presenza di Diagnosi accertata (come da PDTA) e avvia la procedura di presa in carico con telemonitoraggio, tramite la compilazione della Scheda di arruolamento (All. 012).</p> <p>Se il paziente è ricoverato, la segnalazione può pervenire anche mediante la piattaforma GARSIA, selezionando il setting "Telemonitoraggio".</p> <p>Tutta la documentazione deve essere inviata alla COT, all'indirizzo mail: arruolamento.cot@aslnuoro.it</p>
CONFERMA IDONEITÀ AL TELEMONITORAGGIO	<p>La COT, entro 3 giorni lavorativi, verifica la presenza dei seguenti requisiti di idoneità al telemonitoraggio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosi accertata (come da PDTA) 2. Compilazione corretta della scheda di arruolamento 3. Residenza nella ASL Nuoro 4. Copertura rete mobile per connessione internet 5. Presenza di care giver 6. Disponibilità dell'utente
INVIO SCHEDA ARRUOLA- MENTO SOF CTM	<p>La COT, dopo aver valutato le condizioni di cui sopra, procede inviando la scheda di arruolamento via mail alla SOF, alla CTM, al MMG e al PUA di riferimento.</p> <p>Mail SOF: telemedicinenuoro@sof.it Mail CTM: monitoraggio.telemedicina@aslnuoro.it</p> <p>Se la Scheda di arruolamento non è compilata correttamente, ne dà comunicazione al medico proponente che apporterà le opportune modifiche.</p>
È ARRUOLABILE?	<p>La COT verifica la disponibilità immediata o a breve termine di dispositivi per la presa in carico in Telemonitoraggio mediante il Report periodico che la SOF invia all'Ingegneria clinica.</p>
SOF COMUNICA DATA CONSEGNA DISPOSITIVI	<p>La SOF, accertata la disponibilità dei dispositivi, comunica via mail la data di consegna alla COT (mail: arruolamento.cot@aslnuoro.it) affinché gli IFeC possano contattare il paziente e recarsi al domicilio in concomitanza della consegna.</p> <p>Tale consegna deve avvenire entro 15 giorni dalla conferma dell'idoneità al telemonitoraggio.</p>
CONTATTO IFECE CONSEGNA DISPOSITIVI COMUNICAZIONE ESITO	<p>Gli IFeC contattano il paziente per avviare la presa in carico e comunicano la data di consegna dei dispositivi e della propria visita a domicilio (preferibilmente in concomitanza). Sarà cura degli IFeC contattare il MMG affinché possa essere presente durante il primo accesso. Contestualmente l'IFeC effettua informazione al paziente e al care giver sul Telemonitoraggio e invia loro il rispettivo materiale informativo via mail.</p> <p>La SOF, nella data concordata, consegna i dispositivi e effettua informazione sul loro corretto utilizzo e sul funzionamento dell'applicativo.</p> <p>Durante il contatto domiciliare si consegna al paziente la seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Materiale informativo di carattere sanitario da parte dell'IFeC (NU003_ALL.14_INDICAZIONI ALL'UTENTE) - Materiale informativo di carattere tecnico da parte dell'Operatore Tecnico (NU003_ALL.9_SCHEDA ASSISTENZA TECNICA) che, contestualmente compila e fa firmare il Verbale consegna Devices (NU_003_ALL.12_VERBALE CONSEGNA DEVICE) - Informativa Privacy (NU003_ALL.10_INFORMATIVA) - Modulo Consenso informato (NU003_ALL.11_CONSENTO INFORMATO) <p>La COT comunica l'esito della presa in carico al medico proponente e al MMG.</p>
VALUTAZIONE DOMICI- LIARE	L'IFeC effettua il primo accesso al domicilio del paziente e in tale occasione effettua la propria valutazione e compila la scheda di anamnesi infermieristica che inserirà su CGM.
AVVIO TELEMONITORAG- GIO	Il monitoraggio viene stabilito in funzione del livello di rischio e delle esigenze cliniche del paziente, come indicato ALL.014; rimane comunque garantita la personalizzazione dell'intervento in base al singolo caso, con la possibilità di richiedere un nuovo PAI all'UVT qualora se ne ravvisi la necessità.

USUAL CARE E COMUNICAZIONE ESITO AL MEDICO COMPETENTE E AL PAZIENTE	<p>Mancanza dei criteri di idoneità alla presa in carico in telemonitoraggio:</p> <ul style="list-style-type: none">- Instabilità clinica- Paziente residente in altra ASL- Mancanza di copertura rete mobile per connessione ad internet- Mancanza di care giver- Mancata disponibilità da parte dell'utente <p>Nel caso in cui non siano disponibili utenze per avviare il Telemonitoraggio, la COT ne dà comunicazione al paziente, al medico proponente e al MMG.</p>

FLOW-CHART GESTIONE ALERT



LEGENDA FLOW-CHART GESTIONE ALERT

MONITORAGGIO SECONDO CLASSE DI RISCHIO	Il monitoraggio viene definito in base al livello di rischio e alle necessità cliniche (vedi Allegato 014)
ALERT ATTIVO	Vedi allegato 015
ALERT CLINICO?	Vedi allegato 015
ATTIVA IFeC	Nel caso di alert clinico, il personale laico della CTM attiva gli IFeC
NECESSARIA VALUTAZIONE MEDICA?	Nel caso in cui l'alert possa essere gestito autonomamente dall'IFeC senza necessità di un consulto medico, l'infermiere procede alla sua gestione mediante contatto telefonico o mediante accesso al domicilio.
NECESSARIA VISITA IN PRESENZA?	Nel caso in cui l'IFeC reputi necessaria una visita in presenza, previo contatto con il paziente e/o con il care giver, programma un accesso al domicilio del paziente.
CONTATTO TELEFONICO	Nel caso in cui non sia necessaria una visita in presenza, l'IFeC procede con un contatto telefonico tramite cui fornisce Teleassistenza ed eventuale educazione sanitaria.
VISITA IN PRESENZA	L'IFeC si reca al domicilio del paziente, effettua anamnesi infermieristica, rilevazione parametri vitali se necessario ed eroga la prestazione assistenziale più appropriata in relazione alla problematica rilevata. Sarà cura dell'IFeC allertare il MMG affinché, se possibile e se necessario, possa essere presente durante l'accesso.
ATTIVA REFERENTE CLINICO	Se l'IFeC reputa necessario un contatto medico, allerta il Referente clinico della centrale e/o il MMG del paziente.
URGENZA?	Nel caso in cui l'IFeC, il Referente clinico della Centrale e/o il MMG reputino che la problematica ha carattere di urgenza, invitano il paziente a recarsi in Pronto Soccorso o, se necessario, allertano il 118 per un trasporto in Ambulanza. È indicato il ricovero in struttura per acuti in caso di segni e/o sintomi di insufficienza respiratoria.
NECESSARIA VISITA SPECIALISTICA?	Il referente clinico della centrale effettua la sua valutazione della problematica emersa e procede con richiesta di visita specialistica mediante emissione di impegnativa dematerializzata che invia al personale COT e si procede poi con la prenotazione a cura del personale della Centrale di telemonitoraggio. In via di definizione modalità di erogazione delle prestazioni in Telemedicina.
CONTATTO REFERENTE CLINICO	Il referente clinico della centrale effettua la sua valutazione della problematica emersa e procede con la risoluzione della problematica in autonomia o mediante Teleconsulto con Specialista (modalità ancora in fase di definizione). NB: nel caso in cui la risposta messa in atto tramite la medicina d'iniziativa non sia risolutiva ed il paziente necessita di avvio in struttura residenziale, per peggioramento delle condizioni generali e/o decadimento cognitivo e/o insorgenza di problematiche sociali che rendano impossibile la gestione autonoma della malattia da parte del paziente/caregiver, la COT attiva il PUA.
VISITA SPECIALISTICA	Nei casi di cui sopra, il personale laico della Centrale di Telemonitoraggio prenota una visita specialistica di controllo negli slot dedicati (nell'ottica della medicina di prossimità). In via di definizione modalità di erogazione delle prestazioni in Telemedicina.
ALERT RIENTRATO?	Una volta ripristinate le condizioni basale di salute il paziente può essere riammesso, dietro parere favorevole del Referente Clinico, al follow up di presa in carico tramite telemonitoraggio previo rinforzo formativo da parte di personale della CTM e conferma di criteri di idoneità e disponibilità.

MANCATA MISURAZIONE	Nel caso in cui l'alert non sia di pertinenza clinica, il personale laico della Centrale di Telemonitoraggio prosegue autonomamente nella gestione dello stesso, a seconda dell'eziologia dell'alert stesso.
MALFUNZIONAMENTO?	Nel caso di malfunzionamento il personale laico attiva l'assistenza tecnica.
DIMENTICANZA?	Nel caso di dimenticanza il personale laico, mediante contatto telefonico, sollecita il paziente e/o il caregiver alla rilevazione dei parametri secondo schema.
MORTE/RICOVERO/NON DISPONIBILITÀ?	<p>Nel caso in cui il paziente sia deceduto, il telemonitoraggio si interrompe e il personale laico allerta la SOF affinché proceda al ritiro dei dispositivi nel più breve tempo possibile (massimo entro 15 giorni).</p> <p>Nel caso in cui il paziente vada incontro a ricovero ospedaliero, il telemonitoraggio si interrompe temporaneamente.</p> <p>Nel caso in cui il paziente manifesti la propria volontà ad abbandonare il telemonitoraggio, l'IFeC effettuerà un tentativo di rinforzo educativo per spiegare l'importanza del percorso. Qualora tale tentativo non vada a buon fine, il telemonitoraggio si interrompe e il personale laico allerta la SOF affinché proceda al ritiro dei dispositivi nel più breve tempo possibile (massimo entro 15 giorni).</p> <p>NB: La comunicazione dell'avvenuto ricovero deve essere trasmessa via mail, nel più breve tempo possibile, da parte del professionista che per primo viene a conoscenza dell'evento e deve essere rivolta a tutto il personale coinvolto nel percorso (Referente clinico, MMG, COT, CTM). Contestualmente la COT invia comunicazione al reparto di Ricovero avvisando che il paziente è in Telemonitoraggio.</p>
USCITA DAL TELEMONITORAGGIO	<p>Il paziente esce temporaneamente dal telemonitoraggio sino alla risoluzione delle condizioni che hanno dato luogo all'interruzione del Telemonitoraggio.</p> <p>Se il paziente esce dal telemonitoraggio in maniera definitiva per i motivi di cui sopra, la SOF dovrà assicurare il ritiro dei dispositivi entro 15 giorni per garantire l'accesso al percorso a un nuovo paziente.</p>

LINEE GUIDA E BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Recommendations for a Standardized Pulmonary Function Report. An Official American Thoracic Society Technical Statement. Culver BH, Graham BL, Coates AL, Wanger J, Berry CE, Clarke PK, Hallstrand TS, Hankinson JL, Kaminsky DA, MacIntyre NR, McCormack MC, Rosenfeld M, Stanojevic S, Weiner DJ, ATS Committee on Proficiency Standards for Pulmonary Function Laboratories Am J Respir Crit Care Med. 2017;196(11):1463.
- Clinical Significance of Bronchodilator Responsiveness Evaluated by Forced Vital Capacity in COPD: SPIROMICS Cohort Analysis. Barjaktarevic IZ, Buhr RG, Wang X, Hu S, Couper D, Anderson W, Kanner RE, Paine III R, Bhatt SP, Bhakta NR, Arjomandi M, Kaner RJ, Pirozzi CS, Curtis JL, O'Neal WK, Woodruff PG, Han MK, Martinez FJ, Hansel N, Wells JM, Ortega VE, Hoffman EA, Doerschuk CM, Kim V, Dransfield MT, Drummond MB, Bowler R, Criner G, Christenson SA, Ronish B, Peters SP, Krishnan JA, Tashkin DP, Cooper CB, NHLBI SubPopulations and Intermediate Outcome Measures In COPD Study (SPIROMICS) Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2019;14:2927. Epub 2019 Dec 20.
- ERS/ATS technical standard on interpretive strategies for routine lung function tests. Stanojevic S, Kaminsky DA, Miller MR, Thompson B, Aliverti A, Barjaktarevic I, Cooper BG, Culver B, Derom E, Hall GL, Hallstrand TS, Leuppi JD, MacIntyre N, McCormack M, Rosenfeld M, Swenson ER Eur Respir J. 2022;60(1) Epub 2022 Jul 13.
- Fishman A, Martinez F, Naunheim K, et al. A randomized trial comparing lung-volume-reduction surgery with medical therapy for severe emphysema. N Engl J Med 2003; 348(21): 2059-73.
- Klooster K, ten Hacken NH, Hartman JE, Kerstjens HA, van Rikxoort EM, Slebos DJ. Endobronchial Valves for Emphysema without Interlobar Collateral Ventilation. N Engl J Med 2015; 373(24): 2325-35
- Ni W, Bao J, Yang D, et al. Potential of serum procalcitonin in predicting bacterial exacerbation and guiding antibiotic administration in severe COPD exacerbations: a systematic review and meta-analysis. Infectiousdiseases (London, England) 2019; 51(9): 639-50
- Stockley RA, Halpin DMG, Celli BR, Singh D. Chronic Obstructive Pulmonary Disease Biomarkers and Their Interpretation. Am J RespirCrit Care Med 2019; 199(10): 1195-204
- WHO meeting participants. Alpha 1-antitrypsin deficiency: memorandum from a WHO meeting. Bull World HealthOrgan 1997; 75(5): 397-415.
- Miravitles M, Dirksen A, Ferrarotti I, et al. European Respiratory Society statement: diagnosis and treatment of pulmonary disease in alpha1- antitrypsin deficiency. EurRespir J 2017; 50(5)
- Hunninghake GM, Cho MH, Tesfaigzi Y, et al. MMP12, lung function, and COPD in high-risk populations. N Engl J Med 2009; 361: 2599-608.
- Ding Z, Wang K, Li J, Tan Q, Tan W, Guo G. Association between glutathione S-transferase gene M1 and T1 polymorphisms and chronic obstructive pulmonary disease risk: A meta-analysis. ClinGenet 2018.
- Amalakanti S, Pentakota MR. Pulse Oximetry Overestimates Oxygen Saturation in COPD. Respir Care 2016; 61(4): 423-7.
- Kelly AM, McAlpine R, Kyle E. How accurate are pulse oximeters in patients with acute exacerbations of chronic obstructive airways disease? RespirMed 2001; 95(5): 336-40
- Standardisation of the measurement of lung volumes. Wanger J, Clausen JL, Coates A, Pedersen OF, Brusasco V, Burgos F, Casaburi R, Crapo R, Enright P, van der Grinten CP, Gustafsson P, Hankinson J,

Jensen R, Johnson D, Macintyre N, McKay R, Miller MR, Navajas D, Pellegrino R, Viegi G EurRespir J. 2005 Sep;26(3):511-22.

- Standardisation of the single-breath determination of carbon monoxide uptake in the lung. Macintyre N, Crapo RO, Viegi G, Johnson DC, van der Grinten CP, Brusasco V, Burgos F, Casaburi R, Coates A, Enright P, Gustafsson P, Hankinson J, Jensen R, McKay R, Miller MR, Navajas D, Pedersen OF, Pellegrino R, Wanger J Eur Respir J. 2005;26(4):720. Duke University Medical Center, Durham, NC, USA.
- Diffusing capacity: how to get it right. Jensen RL, Crapo RO Respir Care. 2003;48(8):777. The carbon monoxide diffusing capacity test (D(LCO)) is a commonly performed pulmonary function test that requires technical expertise and attention to detail to get acceptable results. With the advent of automated devices and powerful computer programs, D(LCO) measurement has rapidly gained wide clinical acceptance. But there are many subtle aspects to performing the test that can diminish its accuracy and repeatability. The clinician must ensure: that the D(LCO) instrument is correctly calibrated; that inhalation is least 90% of the largest previously measured vital capacity; that the patient executes a quick, smooth inhalation within 2 seconds; that the breath-hold is 9-11 seconds; that the breath-hold is without straining (no Valsalva or Müller maneuvers); that exhalation is quick and smooth; that a representative gas sample is obtained from the correct portion of the exhalation; and that at least 5 minutes elapse between D(LCO) tests. At least 2 but no more than 5 D(LCO) tests should be conducted, and testing is complete when 2 tests are within 10% or 3 D(LCO) units (mL CO/min/mm Hg) of each other. The reported D(LCO) value is the average of the first 2 tests that meet the reproducibility criteria, but if 5 tests are performed and no 2 meet the reproducibility criteria, the reported value is the average of the 2 tests with the highest inspiratory volumes. These quality controls will help laboratories achieve consistent high D(LCO) accuracy. Pulmonary Division, LDS Hospital, 8th Avenue and C Street, Salt Lake City UT 84143, USA. Idrjens1@ihc.com
- Durheim MT, Smith PJ, Babyak MA, et al. Six-minute-walk distance and accelerometry predict outcomes in chronic obstructive pulmonary disease independent of Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2011 Group. AnnAmThoracSoc 2015; 12(3): 349-56.
- Pinto-Plata VM, Cote C, Cabral H, Taylor J, Celli BR. The 6-min walk distance: change over time and value as a predictor of survival in severe COPD. EurRespir J 2004; 23(1): 28-33
- Oga T, Nishimura K, Tsukino M, Sato S, Hajiro T. Analysis of the factors related to mortality in chronic obstructive pulmonary disease: role of exercise capacity and health status. Am J RespirCrit Care Med 2003; 167(4): 544-9
- Stockley RA, Halpin DMG, Celli BR, Singh D. Chronic Obstructive Pulmonary Disease Biomarkers and Their Interpretation. Am J RespirCrit Care Med 2019; 199(10): 1195-204
- Fletcher CM. Standardised questionnaire on respiratory symptoms: a statement prepared and approved by the MRC Committee on the Aetiology of Chronic Bronchitis (MRC breathlessness score). BMJ 1960; 2:1662
- GOLD/COPD – Sito di riferimento nazionale per la BPCO <https://goldcopd.it>
- Guerra B, Haile SR, Lamprecht B, et al. Large-scale external validation and comparison of prognostic models: an application to chronic obstructive pulmonary disease. BMC Med 2018; 16(1): 33.
- Celli BR, Cote CG, Marin JM, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2004; 350(10): 1005-12
- Celli et al. New Eng J Med 2005; 350: 1005-12
- ModifiedMedicalResearchCouncil

- Wedzicha JA, Seemungal TA. COPD exacerbations: defining their cause and prevention. Lancet 2007; 370(9589):786-96.
- Seemungal TA, Donaldson GC, Paul EA, Bestall JC, Jeffries DJ, Wedzicha JA. Effect of exacerbation on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 1998; 157(5 Pt 1): 1418-22.
- Anthonisen NR, Manfreda J, Warren CP, Hershfield ES, Harding GK, Nelson NA. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Ann Intern Med 1987; 106(2): 196-204
- Milne 1993, Miniati 1995
- Linee guida sulla broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)
- NICE guideline: Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management

MONITORAGGIO E PROGETTI DI MIGLIORAMENTO DEL PDTA INDICATORI DI VOLUME, PROCESSO, ESITO

N.	Indicatore	Fonte	Periodicità	Standard atteso
1	n° ospedalizzazioni residenti per riacutizzazione di BPCO	P&C	quadrimestrale	dato di base ≤ anno precedente
2	n° ospedalizzazioni non residenti per riacutizzazione di BPCO	P&C	quadrimestrale	dato di base ≤ anno precedente
3	Mortalità intraospedaliera RESIDENTI e NON	P&C	quadrimestrale	dato di base ≤ anno precedente
4	Ingressi in PS per BPCO	P&C	quadrimestrale	dato di base ≤ anno precedente
5	n° di pazienti con diagnosi conclamata di BPCO trattati con fisioterapia	P&C	In concomitanza con Audit	dato di base > anno precedente

ALLEGATI

All. N.	Codice	Titolo descrittivo documento
1	NU_004_ALL.1_APPR.DIAGNOSTICO	<i>Approfondimento diagnostico e stadiazione</i>
1-BIS	NU_004_ALL.1 BIS_ESAMI EMATOCHIMICI	<i>Esami ematochimici – strumentali per inquadramento BPCO</i>
2	NU_004_ALL.2_PROT.RIABILITATIVO	<i>Protocollo riabilitativo</i>
3	NU_004_ALL.3_PROT.TERAPEUTICO	<i>Protocollo terapeutico</i>
4	NU_004_ALL.4_SCHEDA SOSPETTO BPCO	<i>Scheda sospetto BPCO</i>
5	NU_004_ALL.5_SCHEDA PRIMO ACCESSO	<i>Scheda clinica primo accesso</i>
6	NU_004_ALL.6_SCHEDA PRESA IN CARICO	<i>Scheda presa in carico</i>
7	NU_004_ALL.7_CARTELLA FISIATRICA	<i>Cartella fisiatrica ambulatoriale</i>
8	NU_004_ALL.8_OPUSCOLO RIABILITAZIONE RESPIRATORIA	<i>Opuscolo educazionale_ Esercizi riabilitazione respiratoria</i>
9	NU_004_ALL.9_BROCHURE	<i>Brochure</i>
10	NU_004_ALL.10_6MWT	<i>Protocollo di esecuzione 6MWT nella riabilitazione</i>
11	NU_004_ALL.11_INDICAZIONI AL PAZIENTE	<i>Indicazioni al paziente</i>
12	NU_004_ALL.12_SCHEDAARRUOLAMENTO	<i>Scheda di arruolamento BPCO</i>
13	NU_004_ALL.13_IO_VISITA CARDIO IN AECOPD	<i>Visita Cardiologica Nella Riacutizzazione BPCO</i>
14	NU_004_ALL.14_STRATIFICAZIONE E CONTROLLI	<i>Livelli Di Rischio E Stratificazione</i>
15	NU_004_ALL.15_INDICAZIONI ALERT	<i>Alert telemonitoraggio e risposte</i>