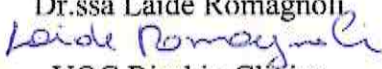
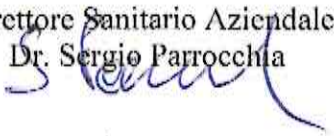


 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente con broncopneumopatia cronica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01 08-07-2025
		Data

**PERCORSO DI PRESA IN CARICO
DELLE PERSONE CON PATOLOGIA CRONICA
NELLA ASL LATINA**

REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
Distretto 2 DR.SSA IDA CIAMARRA 	Dipartimento della Funzione Territoriale Dr. Giuseppe Ciarlo UOC Programmazione Controllo e Governo Clinico Dr.ssa Laide Romagnoli  UOC Rischio Clinico Dr.ssa Azzurra Rizzo 	Direttore Sanitario Aziendale Dr. Sergio Parrocchia  Direttore Generale Dott.ssa Sabrina Cenciarelli 

VALENZA DOCUMENTALE	Aziendale X	Dipartimento	Presidio/ Distretto	Unità Operativa
---------------------	----------------	--------------	---------------------	-----------------

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione inte- grata del paziente con broncopneumopatia cro- nica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01 Data _____

Gruppo di lavoro

Dott. Giuseppe Ciarlo

(Dipartimento della Funzione Territoriale)

Dott.ssa Ida Ciamarra

(Distretto 2)

Dott.ssa Francesca Romana De Angelis

(Responsabile Are transizione setting assistenziali – Distretto 2)

Dott.ssa Teresa Lorena De Angelis

(UOC Professioni sanitarie Dipartimenti non ospedalieri)

Dott.ssa Silvia Iacovacci

(Responsabile Area Prevenzione e promozione della salute - UOSD Coordinamento PAP, promozione salute , PAE, one health, attività fisica)

Dott.ssa Assunta Lombardi

(UOC Sviluppo Organizzativo, formazione e bilancio sociale)

Dott.ssa Marilisa Coluzzi

(UOC Sviluppo Organizzativo, formazione e bilancio sociale)

Dott.ssa Roberta De Grandis

(UOSD Comunicazione e relazioni con il pubblico)

Dott. Simone Furfaro

(UOC Programmazione controllo e governo clinico)

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione inte- grata del paziente con broncopneumopatia cro- nica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01
		Data

Sommario

1. PREMESSA.....	4
2. VALUTAZIONE DEL BISOGNO ASSISTENZIALE.....	4
3. OBIETTIVI	9
4. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI	10
5 LA RETE CLINICA INTEGRATA PER LA BPCO	10
5.2 Accesso dei soggetti a Rischio al percorso di prevenzione.....	12
5.2 Accesso al percorso	13
5.2.1 Accesso da MMG o da altro specialista	13
5.2.2 Accesso da struttura ospedaliera (da PS o reparto di degenza).....	13
5.3 Primo accesso ambulatorio specialistico pneumologico.....	14
5.4 gestione del paziente con BPCO (follow-up)	15
5.4.1 gestione del paziente con BPCO a basso rischio (GOLD1 e GOLD2).....	15
5.4.2 gestione del paziente con BPCO grave (GOLD3)	15
5.4.3 gestione del paziente con BPCO molto grave (GOLD4).....	16
6 FORMAZIONE E DIFFUSIONE	20
7. MONITORAGGIO.....	21

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione inte- grata del paziente con broncopneumopatia cro- nica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO Rev.: 01 Data
---	--	--

1. PREMESSA

La Regione Lazio, con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 643 del 26 luglio 2022 e s.m.i. recante *“Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto del Ministro della Salute del 23 maggio 2022, n. 77”*, ha adottato il provvedimento generale di programmazione dell’assistenza territoriale previsto dall’art. 1, comma 2 del Decreto del Ministro della Salute del 23 maggio 2022, n. 77 ad oggetto *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”*¹.

L’adozione di tale decreto, in concomitanza con la progressiva attivazione delle strutture e degli strumenti finanziati nell’ambito della Missione 6 *“Salute”* Componente 1 *“Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale”* del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) evidenzia la necessità per l’ASL di Latina di aggiornare i propri percorsi.

Tale necessità, inoltre, risulta maggiormente coerente con il contesto demografico in cambiamento. Si assiste, infatti, ad un progressivo invecchiamento della popolazione residente, con il conseguente aumento della prevalenza di malattie croniche. Le persone che hanno più di una patologia croniche, anche se all’insorgenza possono non presentare particolari complicanze, richiedono sempre più un’assistenza multidisciplinare integrata. Tale tipologia di pazienti, inoltre, ha un maggiore rischio di sperimentare esiti negativi (ad es. hanno una elevata mortalità; buone possibilità di essere non autosufficienti o disabili; una ridotta qualità di vita; ecc.), oltre ad essere la categoria più rilevante in termini di consumo di risorse. Per garantire un’assistenza di qualità e sostenibile alle persone multicroniche, il percorso assistenziale deve essere basato sull’integrazione tra le diverse figure professionali presenti nei diversi servizi aziendali sia di carattere sanitario, sia sociosanitario, che sociale, al fine di coordinare gli interventi, valorizzare le competenze specifiche e ottimizzarne le risorse.

La decisione di revisione del PDTA nasce anche dall’esigenza di allineamento ai sistemi di classificazione dello BPCO, di diagnosi e terapia in continuo aggiornamento.

L’obiettivo del presente documento, pertanto, è quello di definire il percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione delle persone affette da BPCO nella Asl di Latina.

2. VALUTAZIONE DEL BISOGNO ASSISTENZIALE

L’implementazione di percorsi integrati centrati sui bisogni assistenziali del paziente rappresenta una grande potenzialità per migliorare la qualità delle cure. La vera sfida di un percorso assistenziale è quella di riuscire a fornire indicazioni chiare ai professionisti sanitari sulle modalità di attivazione degli interventi necessari, salvaguardandone la tempestività e l’appropriatezza attraverso la condivisione di criteri clinici e sociali che ne definiscano il grado di complessità di cui il sistema si deve fare carico.

Nel corso della malattia, infatti, l’assistito può avere necessità sia di ricoveri ospedalieri (anche non strettamente legati alla patologia cronica da cui è affetto), sia interventi sanitari e sociosanitari territoriali,

¹ GURI Serie Generale n.144 del 22-06-2022;

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione inte- grata del paziente con broncopneumopatia cro- nica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO Rev.: 01 Data
---	--	--

soprattutto quando il progredire della patologia e/o l'aggravarsi di altre possibili comorbidità lo renderanno fragile e/o non più autosufficiente.

Secondo i dati di Open Salute Lazio², la BPCO risulta essere una delle patologie più frequenti nella ASL di Latina e affligge 13.358 persone (26 residenti ogni 1.000 abitanti), con una diversa distribuzione nei singoli distretti.

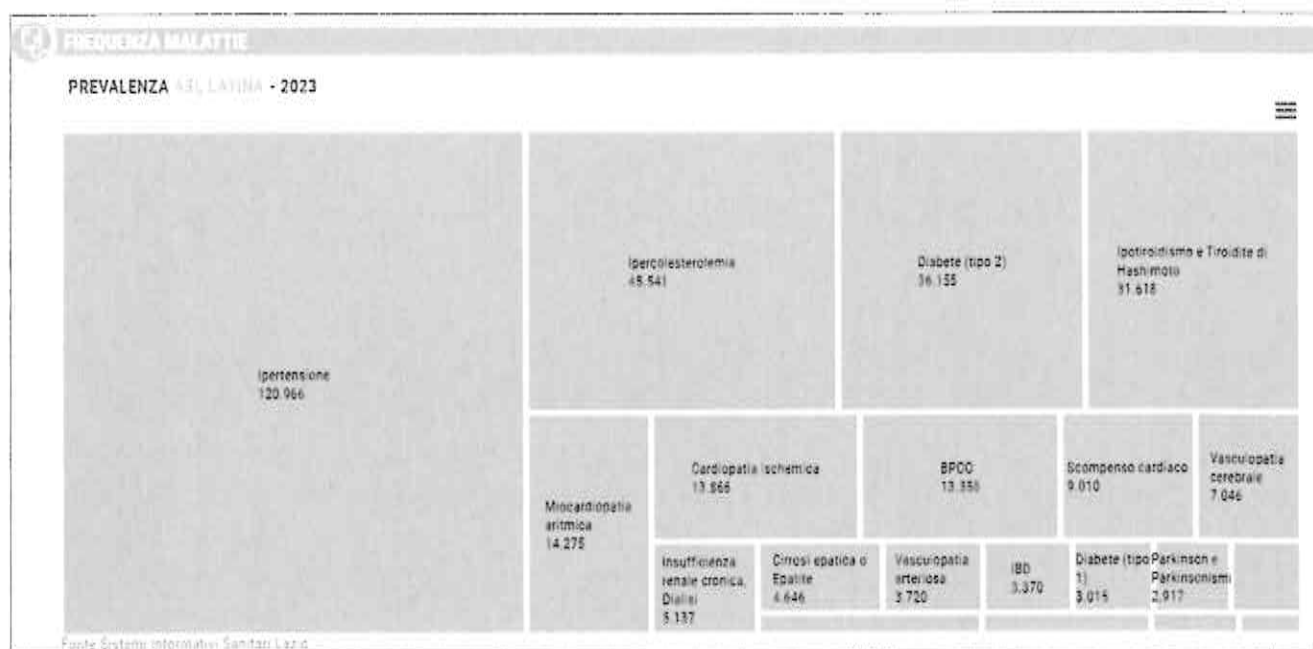


Figura 1

² Fonte: https://www.opensalutelazio.it/salute/stato_salute.php?stato_salute dati 2023;

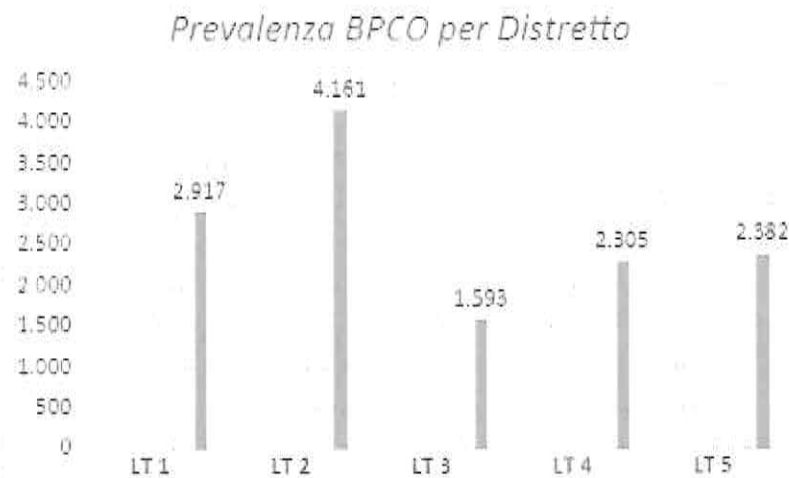


Figura 2

Si riporta di seguito una tabella di sintesi dei pattern di multicronicità più frequenti nei pazienti con tre patologie croniche nella ASL di Latina.

CARDIOPATIA ISCHEMICA	MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	DIABETE MELLITO TIPO 2
SCOMPENSO CARDIACO	BPCO	DIABETE MELLITO TIPO 2
DIABETE MELLITO TIPO 2	NEOPLASIA REMISSIONE	IPOTIROIDISMO
MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	DIABETE MELLITO TIPO 2	IPOTIROIDISMO
CARDIOPATIA ISCHEMICA	MIOCARDIOPATIA ARITMICA	DIABETE MELLITO TIPO 2
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	SCOMPENSO CARDIACO	BPCO
DIABETE MELLITO TIPO 2	NEOPLASIA FOLLOW-UP	IPOTIROIDISMO
SCOMPENSO CARDIACO	DIABETE MELLITO TIPO 2	IPOTIROIDISMO

Figura 3

Si riporta di seguito una caratterizzazione della popolazione della ASL di Latina in funzione del bisogno assistenziale (Popolazione sana, cronici, multicronici a medio-bassa e ad alta complessità clinica) elaborata dal Dipartimento di Epidemiologia del servizio sanitario regionale – Regione Lazio (Dep-Lazio) nel documento “*Stima dei bisogni assistenziali per la programmazione e la presa in carico ASL di Latina*”³.

³ Fonte dati al 01/01/2021

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione inte- grata del paziente con broncopneumopatia cro- nica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO Rev.: 01 Data
---	---	---

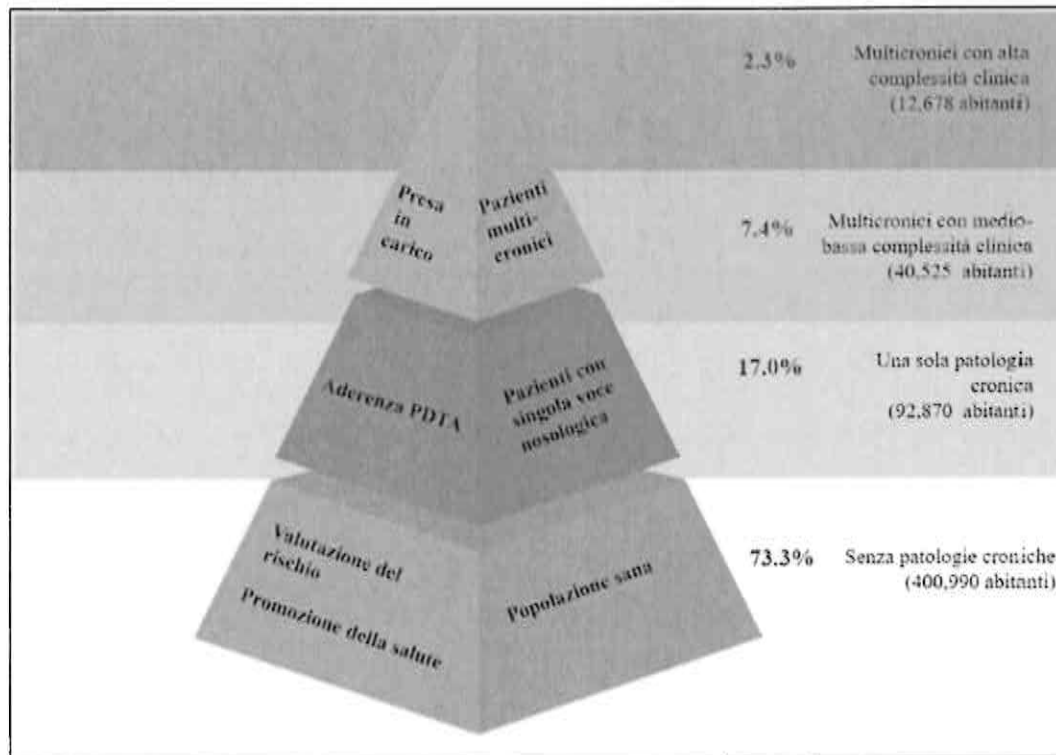


Figura 4

Si riportano di seguito il numero di persone croniche o multicroniche stimate per singolo distretto⁴.

⁴ Popolazione residente; Fonte Istat 2025;

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione inte- grata del paziente con broncopneumopatia cro- nica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01
		Data

Popolazione cronica

Distretto	Cronici	Popolazione Totale	%
LT 1	32.067	122.392	26,2
LT 2	46.068	175.833	26,2
LT 3	15.806	55.461	28,5
LT 4	28.410	108.434	26,2
LT 5	28.961	104.551	27,7
Totale	151.301	566.671	26,7

Tabella 1

Popolazione multicronica (2 o più patologie)

Distretto	Multicronici	Popolazione Totale	%
LT 1	11.505	122.392	9,4
LT 2	16.880	175.833	9,6
LT 3	5.934	55.461	10,7
LT 4	10.410	108.434	9,6
LT 5	10.455	104.551	10
Totale	54.967	566.671	9,7

Tabella 2

Popolazione multicronica ad alta complessità clinica

Distretto	Multicronici ad alta complessità	Popolazione Totale	%
LT 1	2.815	122.392	2,3
LT 2	4.044	175.833	2,3
LT 3	1.387	55.461	2,5
LT 4	2.602	108.434	2,4
LT 5	2.300	104.551	2,2
Totale	13.033	566.671	2,3

Tabella 3

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione inte- grata del paziente con broncopneumopatia cro- nica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01
		Data

3. OBIETTIVI

- ✓ Intercettare precocemente i pazienti a rischio di BPCO e confermare la diagnosi;
- ✓ Garantire e migliorare il modello di presa in carico rendendolo proattivo e omogeneo sul territorio, anche al fine di ottimizzare interventi e prestazioni, ridurre le liste d'attesa e il numero di accessi impropri al PS, nonché il numero dei ricoveri evitabili;
- ✓ Personalizzare il trattamento sulla base dello stato della patologia, delle eventuali comorbidità, nonché sulla base delle preferenze, delle eventuali fragilità e capacità dell'assistito e della sua rete familiare e sociale;
- ✓ Realizzare dei team di assistenza multiprofessionali e multidisciplinari per garantire interventi integrati
- ✓ Rendere operativo il nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale definito nel DM 77/2022 e dal PNRR
- ✓ Allineare il PDTA alla luce dei nuovi criteri ed evidenze di classificazione, diagnosi e cura dei pazienti

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione inte- grata del paziente con broncopneumopatia cro- nica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO Rev.: 01 Data
---	--	--

4. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

Quanto previsto nel presente documento si applica a tutte le persone assistibili afferenti alla ASL di Latina (circa 542.000 utenti) e a tutti i professionisti che, a vario titolo, operano all'interno del SSR nell'area territoriale di competenza dell'ASL di Latina.

5 LA RETE CLINICA INTEGRATA PER LA BPCO

Il PDTA consiste in un processo dinamico che garantisce, lungo tutto il percorso della patologia, l'individuazione del professionista di riferimento più adeguato alla gestione del caso specifico (c.d. Case Manager) e del setting assistenziale più appropriato per la tipologia di intervento, nonché dell'individuazione puntuale degli altri professionisti della salute che andranno comporre il team di cura e assistenza e le loro modalità di ingaggio. Le patologie croniche, infatti, presentano nel corso della vita dell'assistito diverse fasi e livelli di complessità clinica e assistenziale che coinvolgono molteplici figure professionali e disciplinari, nonché possono richiedere interventi erogati da servizi differenti e in diversi setting assistenziali. Nel corso della malattia l'assistito potrebbe avere necessità, sia di ricoveri ospedalieri (anche non strettamente legati alla BPCO), sia di interventi sanitari e sociosanitari territoriali, soprattutto quando il progredire della patologia c/o l'aggravarsi di altre possibili comorbidità lo renderanno fragile c/o non più autosufficiente.

5.1 La rete di assistenza

Ambito - Presidio
DISTRETTO 1 - Cisterna
DISTRETTO 1 - Aprilia
DISTRETTO 2 - Latina
DISTRETTO 2 - Latina Scalo
DISTRETTO 2 - Pontinia
DISTRETTO 2 - Sabaudia
DISTRETTO 3 - Sezze
DISTRETTO 3 - Priverno
DISTRETTO 4 -Terracina
DISTRETTO 5 -Gaeta
Ospedale Latina
Ospedale Fondi
Ospedale Terracina
Ospedale Formia

Tabella 4

Nell'ospedale di Latina è presente reparto di ricovero

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione inte- grata del paziente con broncopneumopatia cro- nica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO Rev.: 01 Data
---	--	--

Nel riportare di seguito una tabella di sintesi che, per i diversi stadi della patologia, fornisce indicazioni in merito ai principali criteri operativi per l'individuazione degli stadi e il setting prevalente di assistenza, si ricorda l'importanza che ricoprono la corretta gestione dei farmaci in ambito di BPCO.

Target	Criterio operativo di individuazione	Attività	Setting prevalente
Soggetti a rischio	Età ≥ 35 anni con fumo attivo/pregresso, esposizioni professionali/ambientali, sintomi respiratori, infezioni respiratorie ricorrenti o reperti incidentali compatibili.	Prevenzione, Case finding	MMG; Ambulatorio di prevenzione
BPCO confermata stabile	VEMS/CVF post-broncodilatatore $< 0,70$ con valutazione GOLD spirometrica, mMRC e CAAT/CAT, riacutizzazioni e comorbidità.	Diagnosi e definizione del Piano Terapeutico Assistenziale	MMG Casa della Comunità/Ambulatorio pneumologico
BPCO complessa o frequenti riacutizzazioni	Gruppo E, VEMS $< 50\%$, ossigenoterapia/NIV, comorbidità cardiovascolari/fragilità, riacutizzazioni moderate/gravi.	Definizione e aggiornamento del Piano Terapeutico Assistenziale; gestione delle complicanze	Casa della Comunità/Ambulatorio pneumologico Ospedale S. Maria Goretti
	Qualsiasi accesso per riacutizzazione o insufficienza respiratoria in BPCO nota o sospetta.		

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione inte- grata del paziente con broncopneumopatia cro- nica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01
		Data

5.2 Accesso dei soggetti a Rischio al percorso di prevenzione

I MMG, nell'ambito delle loro attività ordinarie, contribuiscono a identificare i soggetti a rischio di BPCO garantiscono interventi di prevenzione e promozione della salute per i loro assistiti.

In ambito di BPCO, nel garantire i citati interventi, effettuano una valutazione dei fattori di rischio che sono alla base dello sviluppo di malattie croniche e se necessario possono inviare i pazienti all'ambulatorio di pertinenza geografica dell'Equipe della Prevenzione (EdP).

I soggetti da ritenere maggiormente a rischio sono:

- ✓ I soggetti con esposizione al fumo (sigarette, pipe, sigari, pipa ad acqua e altri tipi di fumo di tabacco, attivo e passivo);
- ✓ I soggetti con storia familiare di BPCO o di altra patologia cronica respiratoria;
- ✓ I soggetti esposti a fattori di rischio occupazionale (polveri occupazionali e sostanze chimiche come vapori, irritanti e fumi);
- ✓ I soggetti esposti a fattori di rischio ambientale quali, ad esempio, le persone esposte a gas di scarico e/o inquinamento indoor da Biomassa combustibile;
- ✓ I soggetti con infezioni recidivanti delle basse vie respiratorie durante l'infanzia.

Per le citate tipologie di soggetti, è di fondamentale importanza che i professionisti forniscano le indicazioni necessarie per ridurre il rischio di evoluzione della malattia, prima tra tutte l'educazione sanitaria per la cessazione dell'abitudine al fumo. In questi casi la farmacoterapia e i sostituti della nicotina (quali la vareniclina e la citisina fascia C) possono aumentare in modo significativo i tassi di astinenza dal fumo a lungo termine. È importante, inoltre, adottare strategie di counselling per indirizzare la persona verso l'astensione dal fumo, tenendo conto che l'efficacia e la sicurezza delle sigarette elettroniche, come aiuto per smettere di fumare, sono al momento non comprovate, mentre è oramai dimostrato che contribuiscono ad aumentare lo stato infiammatorio delle vie aeree implicato nella patogenesi di malattie polmonari ostruttive e fibrotiche. Si segnala, inoltre, l'importanza di promuovere e facilitare l'accesso alle vaccinazioni quali:

- la vaccinazione antinfluenzale (per la riduzione delle complicanze del virus influenzale);
- La vaccinazione antipneumococcica (per la riduzione delle infezioni del tratto respiratorio inferiore legate allo streptococco pnacumoniae).

In questo contesto è opportuno evidenziare il ruolo che possono garantire gli ambulatori della prevenzione e i nuovi modelli organizzativi delle Casa della Comunità (CdC) e Infermiere di Famiglia e Comunità.

L'IfeC, in particolare, avendo, tra le altre, la funzione di informare i singoli e la comunità su come gestire il proprio stato di salute e sulle modalità su come adottare uno stile di vita sano, può anche segnalare al

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione inte- grata del paziente con broncopneumopatia cro- nica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO Rev.: 01 Data
--	--	--

MMG di riferimento i soggetti fumatori e/o fragili che necessitano di una valutazione in ambito di BPCO.

Attualmente gli ambulatori di prevenzione attivi nella ASL di Latina sono presso:

- la Casa della Comunità di Aprilia afferente al Distretto 1 (Via Giustiniano snc);
- la Casa della Comunità di Cisterna di Latina afferente al Distretto 1 (Via Adriatico);
- la Casa della Comunità di Piazza Celli afferente al Distretto 2 (Via Cesare Battisti);
- la Casa della Comunità di Sabaudia afferente al Distretto 2 (Via Conte verde).

Nel rinviare l'identificazione degli orari di apertura dei citati ambulatori a quanto indicato dalla Carta dei servizi aziendale o sul sito istituzionale, si rappresenta che la prenotazione potrà essere fatta direttamente dall'assistito chiamando il venerdì dalle ore 10.00 alle 12.00 al n. 0773-6036888 o all'indirizzo e-mail: ambulatorioprevenzione@ausl.latina.it

5.2 Accesso al percorso

Il sospetto di diagnosi di BPCO deve sempre essere confermato dal medico specialista pneumologo. Nello specifico, il caso sospetto può giungere sia MMG o da altro specialista del territorio, sia su invio da una struttura ospedaliera, anche per il tramite del Pronto Soccorso (PS).

5.2.1 Accesso da MMG o da altro specialista

Il sospetto diagnostico può essere proposto da un MMG o da un altro specialista territoriale, sia dopo l'effettuazione di una attività di screening per soggetti a rischio, sia per il riscontro occasionale di una sintomatologia legata alla patologia.

Tutti i pazienti con sospetto diagnostico o con una diagnosi di BPCO che ancora non sono stati arruolati nel PDTA sono inviati ad effettuare la prima visita pneumologica.

Nello specifico, il medico (MMG o specialista) prescrive, tramite ricetta dematerializzata, una prima visita cardiologica inserendo la classe di priorità.

Il paziente provvede a prenotare la visita richiesta al CUP (I visita/accesso).

5.2.2 Accesso da struttura ospedaliera (da PS o reparto di degenza)

Nel caso in cui il sospetto diagnostico emerga a seguito di un accesso in PS, oppure a seguito di un ricovero ospedaliero, possono ricorrere le seguenti fattispecie:

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione inte- grata del paziente con broncopneumopatia cro- nica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO Rev.: 01 Data
---	--	--

- È possibile effettuare la consulenza pneumologica: lo specialista pneumologo procederà ad effettuare la spirometria, la stadiazione del caso e a redigere il Piano terapeutico e assistenziale e ad inserire il paziente nel PDTA;
- Non è possibile eseguire la consulenza pneumologica: il medico ospedaliero prenoterà la prima visita pneumologica sulle agende dedicate all'ambulatorio pneumologico da PS (se medico di PS), oppure prescriverà la prima visita pneumologica (medico di PS o reparto) seguendo il percorso previsto per l'accesso da MMG o altro specialista

In ogni caso, nella lettera di dimissione o nel referto di PS devono essere fornite le indicazioni necessarie al paziente e al MMG per poter proseguire l'iter diagnostico o di follow-up necessario.

5.3 Primo accesso ambulatorio specialistico pneumologico

Il paziente con sospetto diagnostico o diagnosticato non in carico e che ancora non ha effettuato una visita specialistica deve effettuare il primo accesso all'ambulatorio pneumologico di competenza geografica dove lo specialista pneumologo provvede a:

- ✓ confermare o meno la diagnosi, anche tramite l'effettuazione della spirometria;
- ✓ rilasciare certificazione ai fini dell'esenzione per patologia;
- ✓ effettuare la stadiazione del caso;
- ✓ formulare il piano terapeutico per il trattamento della malattia con la prescrizione degli eventuali presidi per l'automonitoraggio;
- ✓ pianificare le successive visite e/o accertamenti da effettuare provvedendo alla prescrizione e prenotazione degli esami necessari attraverso percorsi interni su agende dedicate al PDTA. Le prenotazioni saranno effettuate dal medico specialista o da personale abilitato, in agende dedicate del PDTA (visibili al RECUP ma attualmente prenotabili solo da personale individuato dalla ASL.) **le visite e accertamenti successivi devono essere prescritte come ALTRO (controllo successivo) non devono essere assolutamente prenotate come I accesso (non sono I accesso con classe priorità programmata P)**
- ✓ inserire, laddove necessario, il paziente con il caregiver in un programma di educazione terapeutica, la fine di renderlo più consapevole degli effetti della patologia e degli elementi che ne rallentano il declino funzionale (Educazione alimentare, Educazione all'esercizio fisico/disassuefazione del fumo, Modalità di somministrazione farmaci, etc).

Dopo la prima visita il paziente viene quindi avviato al percorso di presa in carico secondo il profilo assegnato. La stadiazione del paziente per il conseguente arruolamento nel PDTA avviene sulla base delle indicazioni del Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2026 (GOLD) come specificato nel documento allegato al presente PDTA.

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione inte- grata del paziente con broncopneumopatia cro- nica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO Rev.: 01 Data
---	--	--

5.4 gestione del paziente con BPCO (follow-up)

È necessario programmare i controlli sulla base dello stadio di gravità della malattia, tenendo conto delle comorbidità presenti nei singoli pazienti, al fine di ridurre la sintomatologia e ridurre il rischio di progressione della malattia.

Sulla base delle condizioni del paziente, inoltre, può cambiare il professionista di riferimento per la gestione del singolo caso. Nello specifico:

- **se il paziente è a basso rischio (GOLD1 e GOLD2)**, il professionista di riferimento è il MMG in integrazione con lo specialista pneumologo territoriale;
- **se il paziente è grave o molto grave (GOLD3 e GOLD4)**, il professionista di riferimento è lo specialista pneumologo territoriale in integrazione con il MMG e con tutti gli altri servizi sanitari ospedalieri e territoriali e sociosanitari.

5.4.1 gestione del paziente con BPCO a basso rischio (GOLD1 e GOLD2)

Il paziente con questo profilo viene gestito principalmente dal MMG che provvede a:

- ✓ *la presa in carico del paziente secondo quanto previsto dal piano terapeutico assistenziale, condiviso tra MMG e lo specialista;*
- ✓ *attuare il programma di follow up riferito al profilo;*
- ✓ *la prescrizione di eventuali farmaci e/o ausili se previsto;*
- ✓ *inviare il paziente in caso di necessità dallo specialista pneumologo di riferimento tramite le modalità individuate;*
- ✓ *lo svolgimento di programmi di educazione sanitaria in collaborazione con lo specialista e con gli infermieri territoriali, ove previsto;*
- ✓ *proporre il ricovero per i soggetti in caso di necessità;*
- ✓ *prendere in carico post-dimissione i pazienti ricoverati, in collaborazione con lo specialista con modalità variabili a seconda della classe di intensità di cura;*
- ✓ *prendere in carico i pazienti con BPCO in assistenza domiciliare integrata, in cure palliative o in altri setting assistenziali sulla base di quanto previsto dal PAI predisposto dall'UVMD quando la non autosufficienza non è legata principalmente alla stessa patologia.*

5.4.2 gestione del paziente con BPCO grave (GOLD3)

Questi pazienti vengono seguiti dallo specialista Pneumologo territoriale in collaborazione con MMG e con tutti gli altri servizi sanitari e sociosanitari territoriali e ospedalieri.

Nello specifico, lo specialista provvede a:

- ✓ *prendere in carico il paziente secondo quanto previsto dal Piano Terapeutico Assistenziale;*
- ✓ *attuare il programma di follow up con riferimento al coordinamento delle attività di sorveglianza, monitoraggio della malattia e prevenzione e controllo delle complicanze, anche alla luce di possibili comorbidità che necessitano di gestione multidisciplinare con gli altri specialisti;*

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione inte- grata del paziente con broncopneumopatia cro- nica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO Rev.: 01 Data
---	--	--

- ✓ *organizzare eventuali ricoveri ospedalieri e garantire la continuità assistenziale in fase di dimissione ospedaliera.*

5.4.3 gestione del paziente con BPCO molto grave (GOLD4)

Il modello prescelto prevede la gestione delle complicanze preferibilmente a livello territoriale, soprattutto, per i casi che necessitano di visite e prestazioni strumentali di base, mentre demanda a livello ospedaliero i casi che necessitano di accertamenti diagnostici invasivi e trattamenti con alta intensità assistenziale.

L'ospedale di riferimento per la pneumologia è l'Ospedale "Santa Maria Goretti" di Latina e si riporta di seguito una tabella di sintesi dei possibili eventi da gestire in dimissione protetta/fast-track

Evento	Dimissioni Protette Azione obbligatoria	Responsabile
Dimissione da PS senza ricovero	Invio automatico al MMG e prenotazione visita pneumologica entro 7-14 giorni se BPCO nota/sospetta.	MMG per la verifica di aderenza del Piano Terapeutico Assistenziale Pneumologo
Dimissione da reparto	PAI post-acuzie, terapia di mantenimento ottimizzata, appuntamento pneumologico entro 30 giorni, valutazione riabilitazione.	Pneumologo + COT per riabilitazione
Nuova diagnosi in ricovero/PS	Codifica come sospetta/confermata BPCO; spirometria post-acuzie entro 4-8 settimane se non eseguita.	Pneumologo
Frequent exacerbator	Inserimento livello 3, case manager, rivalutazione cosinofili, terapia, bronchiectasie, aderenza, vaccinazioni.	COT per la presa in carico integrata (Pneumologo + IFeC + MMG).

La fase di dimissione dalla struttura ospedaliera al territorio è una delle fasi più critiche per garantire la continuità assistenziale. In quest'ambito particolarmente rilevante è il ruolo dei TOH e della citata COT, nonché della piattaforma "Transitional Care" per gestire tutto il percorso dei pazienti dall'inserimento della richiesta di dimissione fino al setting di destinazione.

5.5 Modalità di transizione tra setting assistenziali diversi

La proposta di setting territoriali è generalmente conseguente a modifiche delle condizioni clinico assistenziali e/o sociosanitarie del paziente e che ne compromettono l'autonomia e/o l'autosufficienza o le cure. In base al setting richiesto si attiveranno procedure diverse con l'intervento di UVMD dedicate.

Le COT D e A nelle fasi di cambio setting e transizione dei pazienti, hanno la funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali (strutture territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza e con la COT Regionale).

- invio del paziente dal MMG allo specialista di riferimento in caso di necessità

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione inte- grata del paziente con broncopneumopatia cro- nica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO Rev.: 01 Data
---	--	--

l'MMG attiva l'IFEC del distretto di residenza (email già in uso per il Distretto 2 ed in corso di predisposizione dalle professioni sanitarie per gli altri Distretti), che prenota la visita in agenda CUP dedicata, chiama il paziente per comunicare l'appuntamento
Tutti i processi di cambio setting assistenziale sono già definiti nel modello organizzativo aziendale e rimodulati secondo le indicazioni del DM 77/2022

- attivazione di ricovero ospedaliero: il ricovero può avvenire sia da domicilio (ricovero programmato per prestazioni ospedaliere/stato clinico compromesso) sia da ambulatorio durante la visita (stato clinico compromesso):
 - ricovero per Stato clinico compromesso: il professionista sanitario attiva l'ARES 118 e invia alert telefonico al medico PS o Infermiere di Triage: l'alert telefonico è fondamentale per la tempestiva presa in carico in PS in quanto paziente già iscritto nel percorso; il professionista che attiva il ricovero ha inoltre l'obbligo di informare i servizi coinvolti nel percorso di presa in carico del pz dell'evento occorso per la reportistica dei dati e per l'eventuale reinserimento successivo (specialista, IFeC, UCA, MMG e/o Assistente Sociale)
 - ricovero programmato per prestazioni ospedaliere (es. inserimento peg, inserimento PICC, consulenza wound care, altre prestazioni):
il MMG/medico specialista richiede la prestazione ospedaliera compilando il modulo dedicato per l'attivazione della COT-D di residenza;
la COT-D invia la richiesta al TOH Ospedaliero di riferimento o di residenza del paziente;
il TOH attiverà le procedure di accesso alle prestazioni richieste ovvero prenderà contatti con il servizio erogatore della prestazione, concorderà una data per l'effettuazione della stessa, contatterà il PS/OBI per organizzare l'accesso da PS e chiedere un PL in OBI per la data prevista, fornirà alla COT-D l'appuntamento ed altre eventuali informazioni per l'effettuazione della prestazione;
la COT-D informerà via email il MMG ed il paziente/caregiver sull'appuntamento fissato, sulle modalità di accesso in ospedale/PS/OBI, eventuale documentazione o esami richiesti;
il giorno della prestazione il TOH gestirà il processo dall'ingresso in ospedale all'effettuazione della prestazione e informerà la COT-D ed il MMG dell'avvenuta prestazione o delle motivazioni di una eventuale non effettuazione;
- dimissione da ospedale verso il territorio:
durante il ricovero viene attivato il TOH ospedaliero/UVMO che valuta la proposta, definisce il setting e attiva le COT di riferimento
 - paziente stabilizzato ma con necessità di continuare terapia farmacologica o riabilitativa in ambiente protetto: proposta di ingresso in OdC da parte del medico dimettente per il tramite del TOH ospedaliero: sarà la COT-A tramite la lista di attesa centralizzata a reperire il posto letto in OdC a garanzia della continuità assistenziale e dell'equità di accesso;
 - paziente con necessità di cambio setting per modifica delle condizioni cliniche: proposta del medico dimettente di inserimento in strutture territoriali residenziali per il tramite dei TOH (RSA, Hospice residenziale, riabilitazione territoriale): sarà la COT-A tramite la lista di attesa centralizzata a reperire il posto letto nelle strutture territoriali idonee;

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione inte- grata del paziente con broncopneumopatia cro- nica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO Rev.: 01 Data
---	--	--

- paziente stabilizzato dimesso a domicilio con attivazione delle cure domiciliari (ADI, Hospice domiciliare, ex articolo 26 domiciliare) su prescrizione del medico dimettente; il TOH attiva direttamente le prestazioni domiciliari richieste tramite la piattaforma informatica dedicata;
 - paziente stabilizzato dimesso a domicilio; il TOH comunica alla COT-D di residenza la dimissione del paziente e chiede, qualora necessario, la riattivazione del percorso di presa in carico in sede ambulatoriale o domiciliare in base allo stato di autosufficienza del paziente per proseguimento follow up; il TOH comunica la dimissione anche al MMG.
- attivazione Cure Palliative residenziali e domiciliari
Le richieste inserite su Piattaforma regionale Transitional Care (ora TC) possono pervenire da domicilio tramite il MMG anche su segnalazione dell'IFeC previo accordo con il MMG e UCA, sia come già visto, da ospedale tramite il TOH alla COT-A che inoltra la stessa all'Unità Valutativa di Cure Palliative Aziendale (ora UVCPA) sempre tramite TC. L'UVCPA effettua la valutazione della richiesta e del paziente con l'utilizzo di diverse scale di valutazione validate, in più la NECPAL strumento idoneo per identificare i pazienti in stato avanzato-terminale che necessitano di cure palliative nell'ambito dei servizi sanitari e sociali. La scala permette di identificare i pazienti con prognosi infausta entro un anno, ivi inclusi i pazienti in condizioni di fine vita. Dopo la valutazione dell'UVCPA il paziente viene inserito in lista di attesa dalla COT-A che provvede a monitorare il flusso degli ingressi nelle strutture Hospice individuate sempre tramite il Transitional Care.
 - attivazione RSA residenziale
Le richieste possono pervenire da domicilio tramite il MMG, anche su segnalazione dell'IFeC previo accordo con il MMG e UCA, con richiesta inoltrata al PUA/COT-D, sia, come già visto, da ospedale tramite il TOH alla COT-A. Da entrambi i setting di provenienza le valutazioni del paziente per la definizione del livello assistenziale vengono effettuate dall'UVM con l'utilizzo della scheda RUG (Resource Utilization Groups). La RUG è uno strumento di valutazione multidimensionale utilizzato principalmente nelle strutture socio-sanitarie, come le RSA, per classificare i pazienti in base al loro carico assistenziale. Elabora i dati clinici, fisici e cognitivi per quantificare il tempo e le risorse necessarie al paziente. È uno strumento disponibile nella piattaforma informatica regionale SIRA (Sistema Informativo Residenzialità Anziani). Una volta definito il livello assistenziale, la richiesta viene inviata alla COT-A che la inserisce in lista di attesa aziendale per ingresso in RSA.
 - attivazione CAD/ADI
Le richieste possono pervenire da domicilio tramite il MMG anche su segnalazione dell'IFeC previo accordo con il MMG e UCA, con richiesta inoltrata al PUA/COT-D, sia come già visto, da ospedale tramite il TOH operando su piattaforma informatizzata. Il sistema utilizza diverse schede di valutazione multidimensionale e consente a medici, infermieri, assistenti sociali e fisioterapisti di elaborare e gestire i piani di assistenza domiciliare individuali. Le prestazioni autorizzabili sono di tipo fisioterapico, infermieristico, di monitoraggio clinico e di educazione al caregiver. Una volta valutata la richiesta ed elaborato il PAI individuale, l'UVM-CAD effettua

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione inte- grata del paziente con broncopneumopatia cro- nica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO Rev.: 01 Data
--	---	---

la validazione del PAI ed autorizza l'azienda erogatrice ad eseguire prestazioni domiciliari con contestuale informazione al MMG e alle COT-D.

- attivazione Ospedale di Comunità (OdC)

Le richieste possono pervenire da domicilio tramite il MMG anche su segnalazione dell'IFeC previo accordo con il MMG e UCA con richiesta inoltrata al PUA/COT-D, sia come già visto da ospedale tramite il TOH alla COT-A. Da entrambi i setting di provenienza le valutazioni del paziente per la eleggibilità all'ingresso in OdC vengono effettuate da UVM ove insiste l'OdC. Devono essere compilate obbligatoriamente dalle UVM almeno 4 schede di valutazione: MEWS (Modified Early Warning Score) -IDA (Indice di Dipendenza Assistenziale) - BIM (Barthel Index Modificata)- Scheda di Triage Sociale. Il paziente può essere ricoverato per proseguire l'iter terapeutico assistenziale in ambiente protetto e/o in attesa di PL in altra struttura territoriale. Il paziente in base agli obiettivi assistenziali raggiunti o alle condizioni clinico assistenziali e sociali presenti, in base alla presenza o meno di rete familiare o sociale, potrà essere dimesso a domicilio o vs altre strutture residenziali di accoglienza.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione integrata del paziente con bronco- pneumopatia cronica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO Rev.: 01 Data
--	---	--

6 FORMAZIONE E DIFFUSIONE

La definizione del PDTA attraverso una modalità condivisa con tutti i professionisti è certamente elemento facilitante la diffusione a livello aziendale che va però supportata da ulteriori iniziative. Le modalità per la diffusione vengono svolte in collaborazione con la UOC "Sviluppo organizzativo, formazione e Bilancio sociale" e con la "UOSD Comunicazione e relazioni con il pubblico" che pianifica la condivisione ed il coinvolgimento anche delle Associazioni di Volontariato.

Il PDTA sarà trasmesso ai rappresentanti dei MMG e specialisti convenzionati per eventuali osservazioni che saranno recepite per ulteriore aggiornamento.

Per favorire l'implementazione del PDTA sono previste le seguenti attività:

- eventi formativi ECM rivolti agli operatori sanitari
- diffusione brochure informative
- pubblicazione del PDTA sul sito aziendale
- interventi rivolti alla popolazione, ai pazienti, care giver, familiari e loro associazioni, tra cui la presentazione del PDTA al terzo settore nelle riunioni del Tavolo misto permanente della partecipazione (TMPP).

Di fondamentale importanza è la definizione di un programma di formazione continua, da inserire tra gli aggiornamenti del PIAO – Formazione del personale, volto ad armonizzare in un'unica proposta i bisogni formativi dei professionisti interessati al percorso, fondamentale nel caso di malattie croniche in cui è necessario:

- supportare lo sviluppo della funzione di prossimità su tutto il territorio aziendale con lo sviluppo di temi quali la medicina d'iniziativa;
- facilitare la continuità assistenziale
- assicurare l'appropriatezza diagnostico terapeutica e omogeneità delle cure sulla base degli aggiornamenti scientifici e normativi più recenti;
- incentivare la crescita professionale e delle competenze dei professionisti coinvolti
- sviluppare le competenze specifiche previste per la figura di Referente del PDTA.

In particolare, per quest'ultima figura di Referente/ coordinatore PDTA andranno previsti specifici interventi formativi a supporto di competenze tecnico-professionali e responsabilità da agire nelle diverse fasi del percorso assistenziale di continuità, compresa la gestione e monitoraggio della performance del PDTA, attraverso KPI di processo e impatto. Tra le competenze da possedere o sviluppare sono previste oltre a quelle clinico-terapeutiche, le soft skill di tipo relazionale, anche per la costruzione della rete con MMG, specialisti e i servizi domiciliari e di prossimità, l'utilizzo dei sistemi informativi aziendali e delle piattaforme di telemedicina.

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione inte- grata del paziente con broncopneumopatia cro- nica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO Rev.: 01 Data
---	--	--

7. MONITORAGGIO

Il monitoraggio continuo delle attività all'interno di un percorso di cura è fondamentale, in particolare per le patologie croniche che richiedono un'assistenza complessa e la cooperazione di un team multidisciplinare.

Il monitoraggio, in particolare, deve avvenire tramite l'individuazione e la condivisione di indicatori capaci di misurare gli output e gli outcome delle diverse fasi del percorso, al fine di poterne analizzare i risultati e poter correggere gli eventuali scostamenti rispetto ai risultati attesi (Plan, Do, Check, Act). Le informazioni necessarie per il calcolo degli indicatori devono essere rapidamente disponibili e univoche⁵.

L'audit rappresenta il momento di condivisione in cui viene presentato il report con i risultati derivanti dal calcolo dei diversi indicatori. La discussione con tutti i professionisti coinvolti nel percorso è volta alla rilevazione delle eventuali criticità e alla definizione di proposte di miglioramento, come previsto dal ciclo di miglioramento continuo della qualità assistenziale.

L'Audit, organizzato dal referente di percorso, eventualmente con il supporto della UOC Programmazione, Controllo e Governo Clinico, viene effettuato con cadenza annuale. L'audit può essere anticipato nel caso in cui emergano situazioni organizzative nuove, oppure criticità che possano giustificare una revisione del percorso o della sua specifica attuazione. In seguito all'audit, viene prodotto un verbale, in cui vengono riportati i risultati del monitoraggio e le azioni correttive pianificate con il relativo cronoprogramma attuativo, approvato e firmato da tutti i partecipanti e dal responsabile dell'audit e inviato alla UOC Programmazione, Controllo e Governo Clinico.

Di seguito si riportano gli indicatori individuati per il PDTA, nelle revisioni successive gli indicatori potranno essere modificati/integrati.

Area	Indicatore	Target iniziale 12 mesi
Accesso/diagnosi	Tempo tra prescrizione I visita ed esecuzione I visita	Rispetto tempi standard per classi di priorità
Follow up	Prescrizioni controllo (altro)	Riduzione prescrizioni come I accesso classe P
Presa in carico	Volume di ricoveri	Riduzione rispetto anno precedente
Presa in carico	Tasso di ospedalizzazione standardizzato per l'età adulta (> 18 anni) per complicanze	In linea con valore standard (Prevale)
Presa in carico	mortalità a 30 giorni dal primo accesso	In linea con valore standard (Prevale)

⁵Per la definizione degli indicatori si è fatto riferimento anche Piano Regionale Valutazione Esiti (PReValE) assistenza territoriale a cui si rimanda <https://www.dep.lazio.it/prevale2025/>

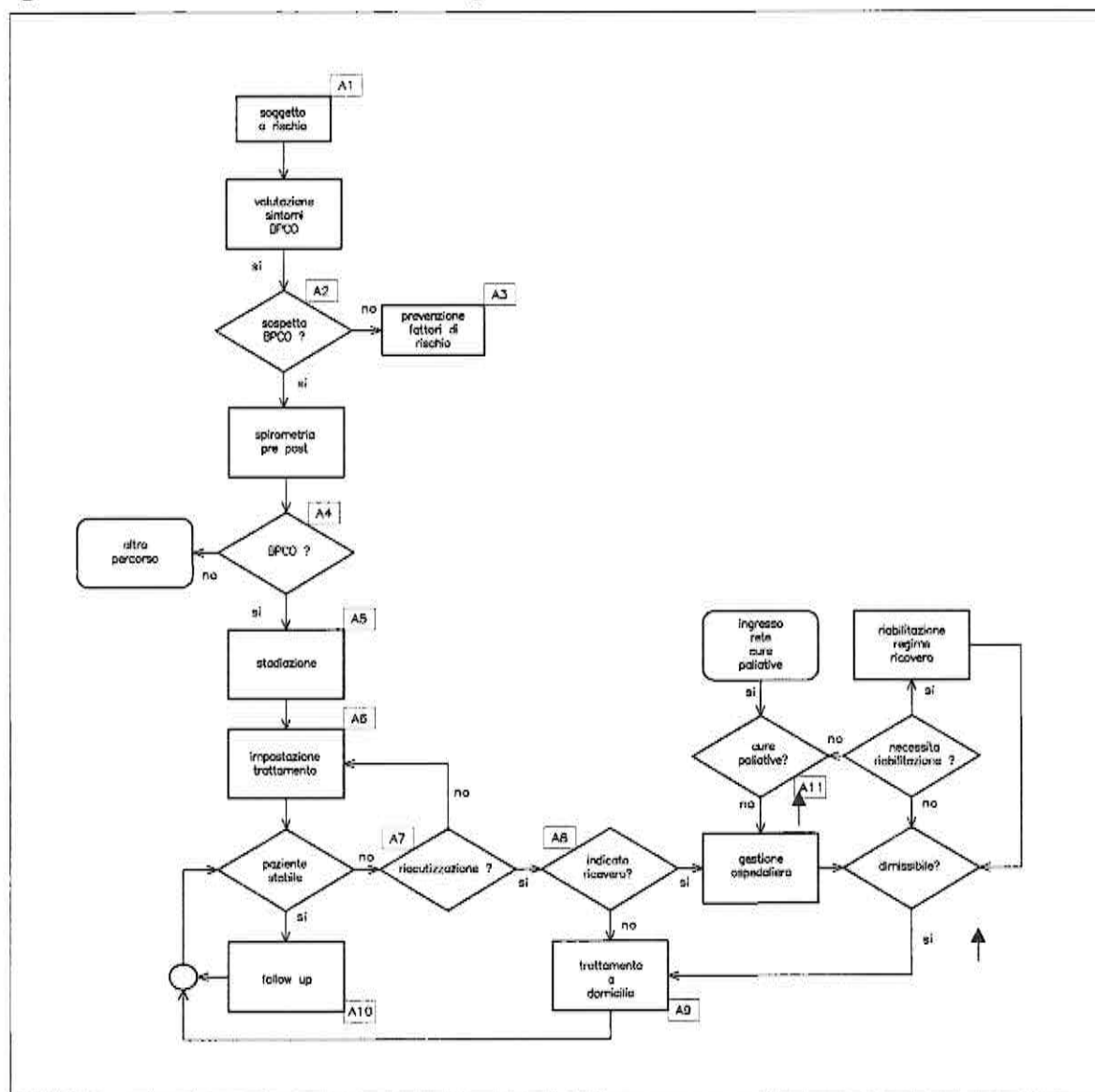
 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione integrata del paziente con broncopneumopatia cronica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO Rev.: 01 Data

ALLEGATO 1

Sommario

1 Ragionamento clinico sintetico: Diagramma di flusso	2
2 Sospetto di BPCO	2
3 Sospetto di BPCO	2
4 Diagnosi di BPCO	3
5 Stadiazione della patologia	4
6 Gestione e impostazione del trattamento per la BPCO stabile	5
7 Follow up per le persone con BPCO stabile	6
8 Gestione delle riacutizzazioni e raccordo con il PS e gli altri reparti ospedalieri	7
9 Follow up per le persone con BPCO riacutizzata	8
10 Ulteriori indicazioni in ambito di gestione della BPCO	9

1 Ragionamento clinico sintetico: Diagramma di flusso



2 Sospetto di BPCO

Fondamentale per l'identificazione precoce delle persone con BPCO è l'attività di monitoraggio dei soggetti a rischio.

3 Sospetto di BPCO

La diagnosi di BPCO deve essere considerata in presenza di dispnea, tosse cronica, escreato, tosse cronica, escreato, wheezing ricorrente, infezioni respiratorie ricorrenti o esposizione a fattori di rischio.

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione integrata del paziente con broncopneumopatia cronica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO Rev.: 01 Data
---	--	--

Ogni paziente a rischio di malattia deve essere sottoposto alla valutazione tramite questionario GOLD per la valutazione di sintomi e grado di dispnea – mMRC -.

La presenza di dispnea persistente o progressiva che peggiora con gli sforzi, la presenza di tosse persistente spesso produttiva, in un paziente con fattori di rischio elegge il caso a “*sospetto di BPCO*”. Il medico, sulla base del caso, prescrive la visita pneumologica secondo il livello di priorità individuato dal Manuale “*Raggruppamenti di attesa omogenea - RAO*” redatto dall’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e approvato in Conferenza Stato-Regione nella seduta del 16 dicembre 2020 di cui sotto si riporta un estratto (per il sospetti di BPCO, non concomitante con altre indicazioni, la classe di priorità da assegnare, di norma, Programmata -P).

CLASS_RAO 043	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA - Codice 89.7C.1 Inclusi: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	22 h	1. Stato di male asmatico 2. Riaccutizzazione di insufficienza respiratoria cronica 3. Emottisi/Emofte 4. Dolore toracico di sospetta natura pleuro polmonare 5. Altro (10%)
U (PEDIATRIA)	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	1. Tosse persistente per oltre tre settimane 2. Sospetta pneumopatia infiltrativa diffusa 3. Sospetta neoplasia dopo imaging 4. Altro (10%)*
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Episodi asmatici ricorrenti in paziente con asma moderata 2. Tosse persistente per oltre tre settimane 3. Valutazione pneumologica di paziente con patologia neuromuscolare 4. Altro (10%)*
D	30 gg	1. Sospetta Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSAS) 2. Sospetto di asma bronchiale 3. Valutazione pneumologica di paziente con patologia neuromuscolare 4. Altro (10%)*
D (PEDIATRIA)	30 gg	1. Episodi asmatici ricorrenti in paziente con asma lieve 2. Sospetta Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSAS) 3. Sospetto di asma bronchiale 4. Polmoniti ricorrenti 5. Altro (10%)*
P	120 gg	1. Sospetto di BPCO (con associata spirometria) 2. Altro (10%)*
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

4 Diagnosi di BPCO

Principale area responsabile: Medico Pneumologo territoriale

In Caso di sospetto di BPCO l’esame principale per fare la diagnosi è la spirometria.

La presenza di un FEV1/FVC <0.70 post-broncodilatatore conferma la presenza di ostruzione bronchiale persistente.

I pazienti diagnosticati con un’età > di 45 anni che presentano enfisema basale o pazienti non fumatori con ostruzione non reversibile devono essere sottoposti a dosaggio sierico dell’antitripsina 1.

La principale diagnosi differenziale è con l’asma, ma possono esserci altre condizioni che possono far sospettare altre patologie.

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione integrata del paziente con broncopneumopatia cronica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO Rev.: 01 Data
---	--	--

BPCO e diagnosi differenziale	
BPCO	Esordio in soggetti di mezza età Sintomi lentamente progressivi Storia di fumo di tabacco oppure esposizione ad altri tipi di fumo
Asma bronchiale	Esordio precoce (spesso nell'infanzia) Sintomatologia variabile a seconda dei giorni Frequenti sintomi notturni o nelle prime ore del mattino Spesso presenti allergia, rinite e/o eczema Storia familiare di asma Coesistenza di obesità test di broncodilatazione farmacologica positivo
Scompenso Cardiaco Congestizio	Dispnea, ortopnea, edemi declivi, rumori umidi all'auscultazione La radiografia del torace mostra aumento dell'ombra cardiaca, versamento pleurico, edema polmonare Le prove di funzionalità respiratoria mostrano una sindrome restrittiva e non ostruttiva
Bronchiectasie	Espettorato abbondante e purulento Comunemente associate a infezioni batteriche Radiografia/TC del torace mostrano dilatazioni bronchiali, ispessimento delle pareti bronchiali
Tubercolosi	Esordio in qualunque età La radiografia del torace ma più spesso la TAC del torace, mostra un infiltrato polmonare Esami microbiologici di conferma Elevata prevalenza locale di tubercolosi
Bronchiolite Obliterante	Esordio in età giovanile, in soggetti non fumatori Può essere presente una storia di artrite reumatoide o esposizione acuta a fumi Osservata dopo trapianto polmonare o di midollo osseo
Pneumopatie infiltrative diffuse	dispnea, tosse secca, crepitii tipo velcro bilateralmente, RX Torace interessamento interstiziale bilaterale mantellare

La diagnosi di BPCO deve essere considerata in presenza di dispnea, tosse cronica, escreato, tosse cronica, escreato, wheezing ricorrente, infezioni respiratorie ricorrenti o esposizione a fattori di rischio. Si riporta di seguito una tabella di sintesi di cui deve tenere conto lo pneumologo in fase di valutazione iniziale.

Valutazione iniziale minima	
Dimensione	Valutazione minima
Sintomi	mMRC; CAAT/CAT; frequenza tosse/escreato; limitazione funzionale; qualità del sonno; attività quotidiane.
Riacutizzazioni	Numero di riacutizzazioni moderate o gravi negli ultimi 12 mesi; accessi PS; ricoveri; necessità di antibiotici/corticosteroidi.
Funzione respiratoria	Spirometria post-broncodilatatore; VEMS % predetto; eventuali volumi, DLCO, 6MWT se discordanza clinica o gravità.
Biomarcatori e comorbidità	Eosinofili ematici; emocromo; valutazione cardiovascolare/metabolica; ansia/depressione; osteoporosi; neoplasia polmonare in eleggibili.
Fattori modificabili	Fumo, esposizioni, vaccinazioni, aderenza, tecnica inalatoria, attività fisica, nutrizione, fragilità, supporto caregiver.

5 Stadiazione della patologia

Principale area responsabile: Medico Pneumologo

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione integrata del paziente con broncopneumopatia cronica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01
		Data

La stadiazione della BPCO è fondamentale per la valutazione della gravità della malattia e quindi indirizzare il corretto trattamento della patologia.

La stadiazione tiene conto della:

- severità dell'ostruzione (GOLD);
- severità dei sintomi;
- presenza di esacerbazioni;
- presenza di comorbidità;

La classificazione GOLD 2026 distingue il livello di gravità della patologia sulla base dei tre seguenti elementi:

- a) gravità dell'ostruzione spirometrica;
- b) sintomi;
- c) storia di riacutizzazioni.

La spirometria serve, inoltre, per confermare diagnosi e gravità dell'ostruzione, mentre il gruppo ABE guida l'inquadramento terapeutico iniziale insieme a sintomi e riacutizzazioni. Si riportano di seguito le principali indicazioni della classificazione GOLD.

Grado spirometrico	VEMS post-BD % predetto
GOLD 1 - lieve	≥80%
GOLD 2 - moderato	50-79%
GOLD 3 - grave	30-49%
GOLD 4 - molto grave	<30%

Gruppo ABE 2026	Criterio pratico	Trattamento iniziale di riferimento
A	0 riacutizzazioni moderate/gravi nell'ultimo anno e sintomi bassi: mMRC 0-1 e CAAT/CAT <10.	Un broncodilatatore.
B	0 riacutizzazioni moderate/gravi nell'ultimo anno e sintomi alti: mMRC ≥2 o CAAT/CAT ≥10.	LABA + LAMA, preferibilmente in singolo inalatore se disponibile e appropriato.
E	≥1 riacutizzazione moderata o grave nell'ultimo anno, indipendentemente dal livello dei sintomi.	LABA + LAMA; considerare LABA + LAMA + ICS se eosinofili ≥300 cellule/microlitro o asma concomitante.

6 Gestione e impostazione del trattamento per la BPCO stabile

Trattamento non farmacologico obbligatorio	
Intervento	Indicazione operativa
Cessazione del fumo	Da registrare ad ogni visita. Offrire counselling breve strutturato, terapia sostitutiva nicotinicca e/o farmaci autorizzati secondo appropriatezza e disponibilità; invio ai servizi antifumo ove attivi.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione integrata del paziente con broncopneumopatia cronica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO Rev.: 01 Data
---	--	--

Vaccinazioni	Verificare e promuovere antinfluenzale annuale, anti-pneumococcica secondo calendario, anti-COVID secondo indicazioni ministeriali, d'1pa richiami, Herpes Zoster nei soggetti eleggibili e anti-RSV negli eleggibili secondo raccomandazioni/organizzazione regionale.
Educazione e self-management	Consegnare piano d'azione scritto: riconoscimento riacutizzazione, uso rescue, contatti, quando chiamare MMG/COT/PS. Coinvolgere caregiver.
Tecnica inalatoria e aderenza	Verifica pratica ad ogni modifica terapeutica e almeno annualmente; preferire device gestibili dal paziente; semplificare schemi e considerare singolo inalatore quando appropriato.
Attività fisica e nutrizione	Promuovere attività fisica adattata; valutare sarcopenia, obesità, cachessia e fragilità; invio nutrizionale se indicato.
Riabilitazione respiratoria	Indicata nei pazienti sintomatici e/o ad alto rischio di riacutizzazioni; attivare prioritariamente dopo riacutizzazione recente e nei pazienti con ridotta tolleranza allo sforzo.

Trattamento farmacologico iniziale		
Profilo	Prima scelta	Note di appropriatezza
Gruppo A	Un broncodilatatore	SABA/SAMA al bisogno o broncodilatatore a lunga durata se beneficio sui sintomi; rivalutare efficacia.
Gruppo B	LABA + LAMA	Se persiste dispnea: verificare tecnica/aderenza, cambiare device/molecola, indagare comorbidità e decondizionamento.
Gruppo E	LABA + LAMA	Considerare triplice LABA + LAMA + ICS se eosinofili ≥ 300 cellule/microlitro o asma concomitante.

7 Follow up per le persone con BPCO stabile

Nei pazienti con BPCO è fondamentale un follow-up periodico.

La funzionalità polmonare può peggiorare nel tempo, anche in corso di terapia ottimizzata. I sintomi, le riacutizzazioni e le misure oggettive di ostruzione bronchiale dovrebbero essere monitorati periodicamente per determinare eventuali modifiche del trattamento e per identificare eventuali complicanze e/o comorbidità. In questi casi la tempestività di intervento è fondamentale per evitare possibili complicanze e per garantire l'appropriata aderenza terapeutica, soprattutto per le persone che assumono 5 o più farmaci.

In fase di stabilità clinica è necessario programmare i controlli sulla base dello stadio di gravità della malattia, tenendo conto delle comorbidità presenti nei singoli pazienti, al fine di ridurre la sintomatologia e ridurre il rischio di progressione della malattia, valutando periodicamente:

- Modificazione degli stili di vita;
- Adeguatezza della terapia;
- Aderenza alla terapia;
- Modificazione/insorgenza di nuovi sintomi;
- Livello di eosinofili;

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione integrata del paziente con broncopneumopatia cronica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO Rev.: 01 Data
---	--	--

- Evoluzione della malattia;
- Eventuali riacutizzazioni;
- Tecnica inalatoria
- Effetti ai farmaci;
- Obiettivi di cura;
- Preferenze del paziente.

Lo pneumologo, pertanto, monitora l'andamento della patologia e rivaluta i sintomi. Nella rivalutazione deve tenere conto dei seguenti elementi.

Trattamento di follow-up: logica per tratto trattabile		
Problema al follow-up	Prima verifica	Possibile azione
Dispnea persistente	Tecnica inalatoria, aderenza, device, comorbidità cardiache/anemia/obesità/decondizionamento, ansia, saturazione.	Ottimizzare broncodilatazione LABA+LAMA; cambiare device/molecole; attivare riabilitazione; valutare ulteriori indagini.
≥1 riacutizzazione moderata o grave	Aderenza, esposizioni, infezioni, bronchiectasie, eosinofili, terapia in corso, vaccinazioni.	Se non in LABA+LAMA: passare a LABA+LAMA. Se già LABA+LAMA e eos ≥100, considerare ICS; se eos ≥300 forte indicazione.
Riacutizzazioni nonostante triplice	Fenotipo bronchite cronica, fumo, ECG/QT, udito, infezioni, bronchiectasie, criteri biologici.	Valutare roflumilast se VEMS <50% e bronchite cronica; azitromicina preferibilmente in ex-fumatori; in casi selezionati biologico specialistico.
Eventi avversi da ICS	Polmoniti ripetute, infezioni micobatteriche, eosinofili <100, rischio osteoporosi/metabolico.	Considerare de-escalation ICS, evitando sospensione imprudente se eos ≥300 o asma concomitante.

8 Gestione delle riacutizzazioni e raccordo con il PS e gli altri reparti ospedalieri

Non di rado proprio l'acutizzazione è il primo momento diagnostico, pertanto è possibile che il paziente si rechi al PS poiché non è ancora preso in carico per la patologia. Si ritiene importante, quindi, fornire indicazioni agli operatori per valutare se la persona va trattenuta in ospedale, oppure può essere presa in carico in ambito di assistenza territoriale. Le indicazioni per un ricovero urgente sono:

- Il disturbo del sensorio (sonnolenza, confusione mentale, perdita di coscienza);
- La cianosi, edemi declivi, frequenza respiratoria >30 atti resp/min;
- La Saturazione ≤90%;
- L'inadeguata risposta clinica dopo 48 ore dall'inizio di terapia domiciliare con persistente dispnea ingravescente;
- L'aritmia di nuova insorgenza/dolore toracico;
- La coesistenza di condizioni morbose associate ad alto rischio di compromissione respiratoria (miopatie, diabete scompensato, malnutrizione);
- La comparsa o peggioramento di segni di cuore polmonare non responsivi a trattamento;
- L'incertezza diagnostica.

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione integrata del paziente con broncopneumopatia cronica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO Rev.: 01 Data
---	--	--

Si riporta di seguito una tabella di sintesi dei criteri operativi per l'inquadramento del setting appropriato di gestione della riacutizzazione.

Classificazione operativa della riacutizzazione		
Gravità	Criteri orientativi	Setting
Lieve	Peggioramento sintomi senza segni di insufficienza respiratoria; SpO2 stabile; FR e FC non critiche; paziente collaborante e supportato.	MMG/CdC: rivalutazione ravvicinata.
Moderata	Aumento dispnea, espettorato/purulenza, necessità di corticosteroidi e/o antibiotico; fragilità o comorbidità; rischio di evoluzione.	MMG + pneumologo territoriale rapido; eventuale OBI/PS se instabilità.
Grave o minacciosa	Insufficienza respiratoria, cianosi, alterazione sensorio, FR elevata, ipercapnia/acidosi, ipossiemia non correggibile, comorbidità instabile.	PS/118, OBI/ricovero, NIV/HFNT secondo indicazione.

Di norma il trattamento della riacutizzazione prevede:

- Broncodilatatori a breve durata d'azione: SABA con o senza SAMA come trattamento iniziale, con device appropriato alle condizioni del paziente;
- Corticosteroidi sistemici nelle riacutizzazioni moderate/gravi: in genere ciclo breve fino a 5 giorni, salvo diversa indicazione specialistica;
- Antibiotico per 5 giorni quando indicato: espettorato purulento, aumento volume espettorato/dispnea, sospetto batterico, infezione polmonare o gravità clinica; scegliere secondo epidemiologia locale, allergie e rischio di resistenze;
- Ossigeno titolato con obiettivo di evitare sia ipossiemia sia iperossia; nei pazienti ipercapnici monitorare EGA;
- NIV se acidosi respiratoria/ipercapnia e criteri clinici; non ritardare intubazione se fallimento NIV o controindicazioni;
- Alla dimissione: riconciliazione terapeutica, verifica device, piano d'azione scritto, vaccinazioni, riabilitazione, appuntamento territoriale e controllo comorbidità.

9 Follow up per le persone con BPCO riacutizzata

Dopo la riacutizzazione si evidenzia la necessità di effettuare un controllo nelle 2-4 settimane e 12-16 settimane dopo la riacutizzazione e l'eventuale dimissione.

Nello specifico andrà controllata la:

- capacità di riadattamento alla vita domiciliare;
- comprensione del trattamento prescritto;
- correttezza di utilizzo degli inalatori;
- necessità di ossigeno terapia;
- capacità di eseguire attività fisica o le attività quotidiane;
- lo stato dei sintomi mediante questionario CAT e/o mMRC;

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente per la gestione integrata del paziente con broncopneumopatia cronica ostruttiva nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO Rev.: 01 Data _____
---	--	--

- lo stato delle comorbidità.

10 Ulteriori indicazioni in ambito di gestione della BPCO

In conclusione, si forniscono indicazioni in merito all'utilità e alla rilevanza che ricoprono, in ambito di BPCO, gli interventi di:

- riabilitazione polmonare;
- ossigenoterapia e ventilazione meccanica domiciliare;
- Cure palliative e di fine vita.

Nell'evidenziare che la riabilitazione respiratoria deve essere considerata una componente del trattamento e non una prestazione accessoria, si rappresenta che la stessa è prioritaria nei pazienti con: dispnea; ridotta tolleranza allo sforzo; sintomi rilevanti; fragilità o riacutizzazione recente.

Particolarmente rilevante, inoltre, è fornire indicazioni sulle modalità di supporto respiratorio al domicilio ai soggetti con insufficienza respiratoria grave. Si forniscono di seguito alcune indicazioni di sintesi per la selezione e il controllo delle persone che necessitano di ossigenoterapia a lungo termine (LTOT) e di ventilazione meccanica non invasiva (NIV).

Intervento	Criteri essenziali	Controllo
LTOT	PaO ₂ ≤ 55 mmHg o SaO ₂ < 88%; oppure PaO ₂ 55-60 mmHg con ipertensione polmonare, scompenso cardiaco o eritrocitosi.	Rivalutare dopo 60-90 giorni e almeno annualmente; verificare ore d'uso, sicurezza e fumo.
NIV domiciliare	Ipercapnia cronica severa o persistente, soprattutto dopo ricovero per insufficienza respiratoria acuta o ricoveri ripetuti.	Follow-up pneumologico, EGA, aderenza, maschera, comfort, eventi avversi.
Telemonitoraggio selettivo	LTOT/NIV, frequenti riacutizzazioni, fragilità o difficoltà di accesso.	Definire soglie, responsabilità di lettura dati e azioni in caso di allarme.

Gli elementi da attenzionare per un rapido accesso alle cure palliative sono:

- ricoveri ripetuti;
- dipendenza da ossigeno/NIV;
- VEMS molto ridotto;
- perdita di autonomia; cachessia; dispnea refrattaria;
- comorbidità severe;
- frequenti accessi urgenti;
- richiesta del paziente/caregiver.