

**75° CONGRESSO  
NAZIONALE**

**FIMMG®**  
FEDERAZIONE ITALIANA  
MEDICINA GENERALE

**Métis**  
SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA  
GENERALE

# **IL MANAGEMENT DEL PAZIENTE AFFETTO DA BPCO IN MEDICINA GENERALE**

***Dott. Marco Scognamillo***

**1-6 ottobre 2018**

**Complesso Chia Laguna - Domus de Maria (CA)**

**Potenziare  
la medicina generale  
per migliorare  
l'Active Ageing**

**LA BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO) È UNA COMUNE MALATTIA, PREVENIBILE E TRATTABILE, CARATTERIZZATA DA PERSISTENTI SINTOMI RESPIRATORI E LIMITAZIONE AL FLUSSO AEREO, CHE È DOVUTO AD ANOMALIE DELLE VIE AEREE E/O ALVEOLARI SOLITAMENTE CAUSATE DA UNA SIGNIFICATIVA ESPOSIZIONE A PARTICELLE NOCIVE O GAS.**

*2018 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc*

I SINTOMI RESPIRATORI PIÙ COMUNI  
COMPREDONO LA **DISPNEA**, LA **TOSSE**  
E/O LA **PRODUZIONE DI ESPETTORATO**.

*2018 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc*

# CRITICITÀ IN MEDICINA GENERALE



- **SOTTODIAGNOSI , SPECIALMENTE NEGLI STADI INIZIALI DELLA PATOLOGIA**

- **SOTTODIAGNOSI , SPECIALMENTE NEGLI STADI INIZIALI DELLA PATOLOGIA**
- **DIAGNOSI IN BUONA PARTE CLINICA, MANCANZA DELLA CONFERMA SPIROMETRICA**

- **SOTTODIAGNOSI , SPECIALMENTE NEGLI STADI INIZIALI DELLA PATOLOGIA**
- **DIAGNOSI IN BUONA PARTE CLINICA, MANCANZA DELLA CONFERMA SPIROMETRICA**
- **INADEGUATA STADIAZIONE DELLA PATOLOGIA**

- **SOTTODIAGNOSI , SPECIALMENTE NEGLI STADI INIZIALI DELLA PATOLOGIA**
- **DIAGNOSI IN BUONA PARTE CLINICA, MANCANZA DELLA CONFERMA SPIROMETRICA**
- **INADEGUATA STADIAZIONE DELLA PATOLOGIA**
- **SCARSA ADERENZA TERAPEUTICA, MA ANCHE SPESSO INAPPROPRIATEZZA DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA**

- **SOTTODIAGNOSI** , SPECIALMENTE NEGLI STADI INIZIALI DELLA PATOLOGIA
- **DIAGNOSI IN BUONA PARTE CLINICA, MANCANZA DELLA CONFERMA SPIROMETRICA**
- **INADEGUATA STADIAZIONE DELLA PATOLOGIA**
- **SCARSA ADERENZA TERAPEUTICA, MA ANCHE SPESSO INAPPROPRIATEZZA DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA**
- **PRESENZA FREQUENTE E INTERFERENZA DA PARTE DI ALTRE COMORBIDITÀ**

- **SOTTODIAGNOSI** , SPECIALMENTE NEGLI STADI INIZIALI DELLA PATOLOGIA
- **DIAGNOSI IN BUONA PARTE CLINICA, MANCANZA DELLA CONFERMA SPIROMETRICA**
- **INADEGUATA STADIAZIONE DELLA PATOLOGIA**
- **SCARSA ADERENZA TERAPEUTICA, MA ANCHE SPESSO INAPPROPRIATEZZA DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA**
- **PRESENZA FREQUENTE E INTERFERENZA DA PARTE DI ALTRE COMORBIDITÀ**
- **SCARSA PERCEZIONE DEI SINTOMI DA PARTE DEL PAZIENTE**

- **SOTTODIAGNOSI** , SPECIALMENTE NEGLI STADI INIZIALI DELLA PATOLOGIA
- **DIAGNOSI IN BUONA PARTE CLINICA, MANCANZA DELLA CONFERMA SPIROMETRICA**
- **INADEGUATA STADIAZIONE DELLA PATOLOGIA**
- **SCARSA ADERENZA TERAPEUTICA, MA ANCHE SPESSO INAPPROPRIATEZZA DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA**
- **PRESENZA FREQUENTE E INTERFERENZA DA PARTE DI ALTRE COMORBIDITÀ**
- **SCARSA PERCEZIONE DEI SINTOMI DA PARTE DEL PAZIENTE**
- **INSUFFICIENTE MONITORAGGIO DEI PAZIENTI CON DIAGNOSI NOTA (INCLUSO IN RICONOSCIMENTO DELLE RIACUTIZZAZIONI)**

# SOTTODIAGNOSI

*NEL 2014 31.451 PAZIENTI IN CURA PRESSO GLI 800  
MMG VALIDATI DEL NETWORK HS PRESENTAVANO UNA  
DIAGNOSI DI BPCO, PARI A UNA PREVALENZA DI  
PATOLOGIA DEL 2,9%.*

*IX Report Health Search, 2016*

**DATO SOTTOSTIMATO DEL 50% ESSENDO LA PREVALENZA STIMATA NELLA POPOLAZIONE GENERALE INTORNO AL 6% IN ITALIA, CON VALORI FINO AL 15-18% NEI SOGGETTI AL DI SOPRA DEGLI 85 ANNI.**

**LA PREVALENZA INDICATA DALLE G.O.L.D. È STIMATA INTORNO AL 11,7%**

# CAUSE SOTTODIAGNOSI

- CAUSE LEGATE AL PAZIENTE
- CAUSE LEGATE AL SETTING DELLA MEDICINA GENERALE
- CAUSE LEGATE ALLA PATOLOGIA

# CAUSE LEGATE AL PAZIENTE

- SOTTOSTIMA/ADATTAMENTO SINTOMI
- SOTTOVALUTAZIONE DELLA BPCO COME MALATTIA CRONICA
- SINTOMATOLOGIA INIZIALE (TOSSE, ESPETTORATO) RITENUTA UNA CONSEGUENZA NATURALE DELL'ABITUDINE TABAGICA, ASSOCIATA A UNA SCARSA VOLONTÀ NELLA CESSAZIONE DEL FUMO

# CAUSE LEGATE AL SETTING DELLA MEDICINA GENERALE (1)

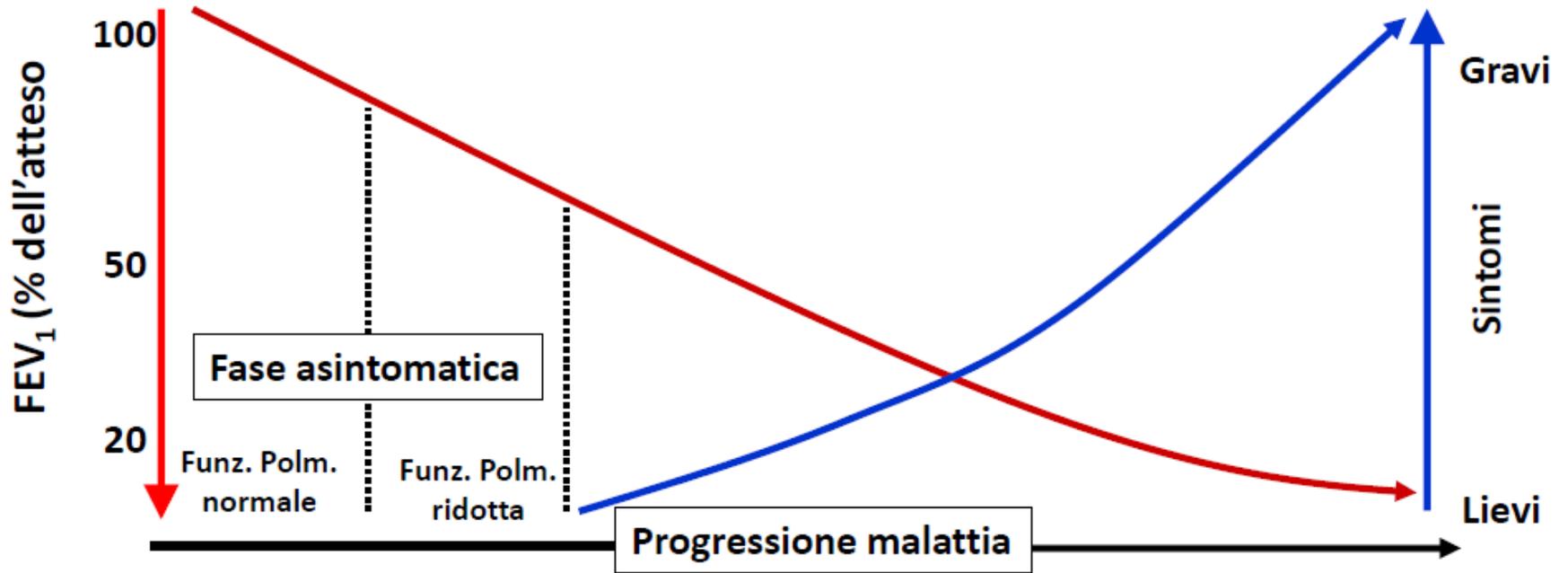
- FREQUENTE NON REGISTRAZIONE IN CARTELLA DEI FATTORI DI RISCHIO (FUMO, INQUINANTI PROFESSIONALI E AMBIENTALI, INFEZIONI RESPIRATORIE RICORRENTI, STATUS SOCIO-ECONOMICO)
- ANCHE IL MMG SOTTOSTIMA SPESSO I SINTOMI INIZIALI DELLA BPCO
- APPROCCIO PREVALENTEMENTE CLINICO SENZA RICORSO ALLA SPIROMETRIA, ESAME CHE NEL NOSTRO ULTIMO ACN SI AUSPICA POSSA ESSERE EFFETTUATO NELLO STUDIO DI MMG DOPO ADEGUATA FORMAZIONE CONTRIBUENDO IN TAL MODO A RIDURRE LE LUNGHE LISTE D'ATTESA.

# CAUSE LEGATE AL SETTING DELLA MEDICINA GENERALE (1)

- SOTTOSTIMA DELLA SINTOMATOLOGIA INIZIALE, CON CONSEGUENTE DIAGNOSI IN STADIO ORMAI AVANZATO
- ANCORA MOLTA MEDICINA D'ATTESA E POCA MEDICINA D'INIZIATIVA
- CARICO BUROCRATICO

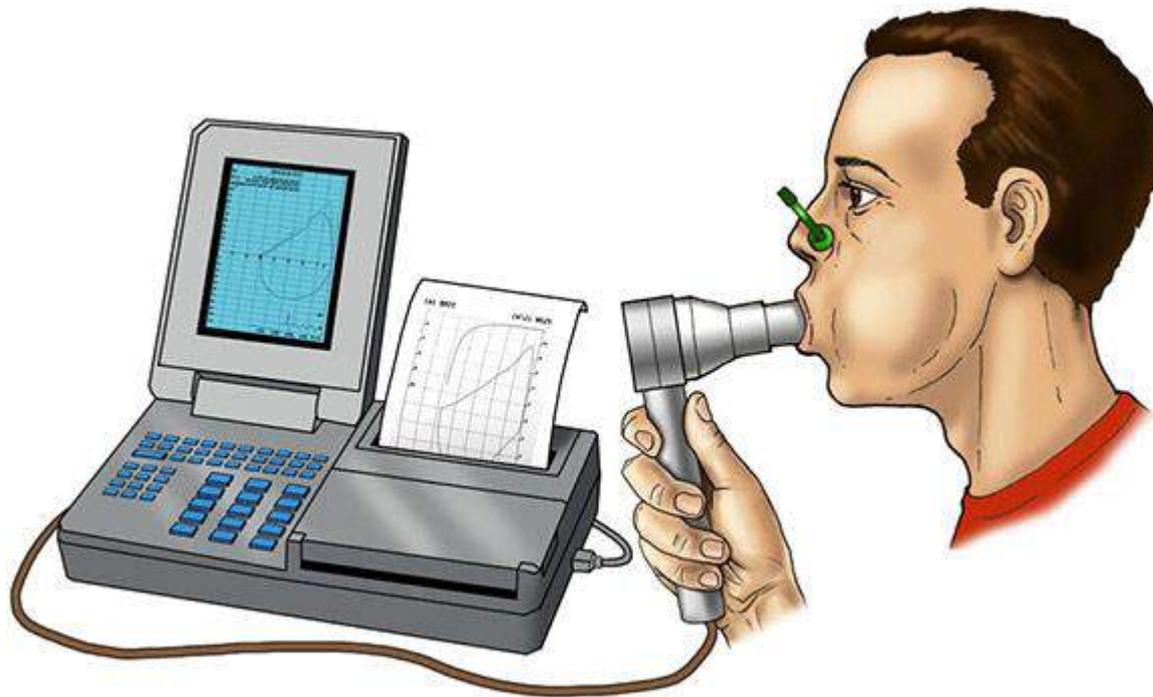
# CAUSE LEGATE ALLA PATOLOGIA

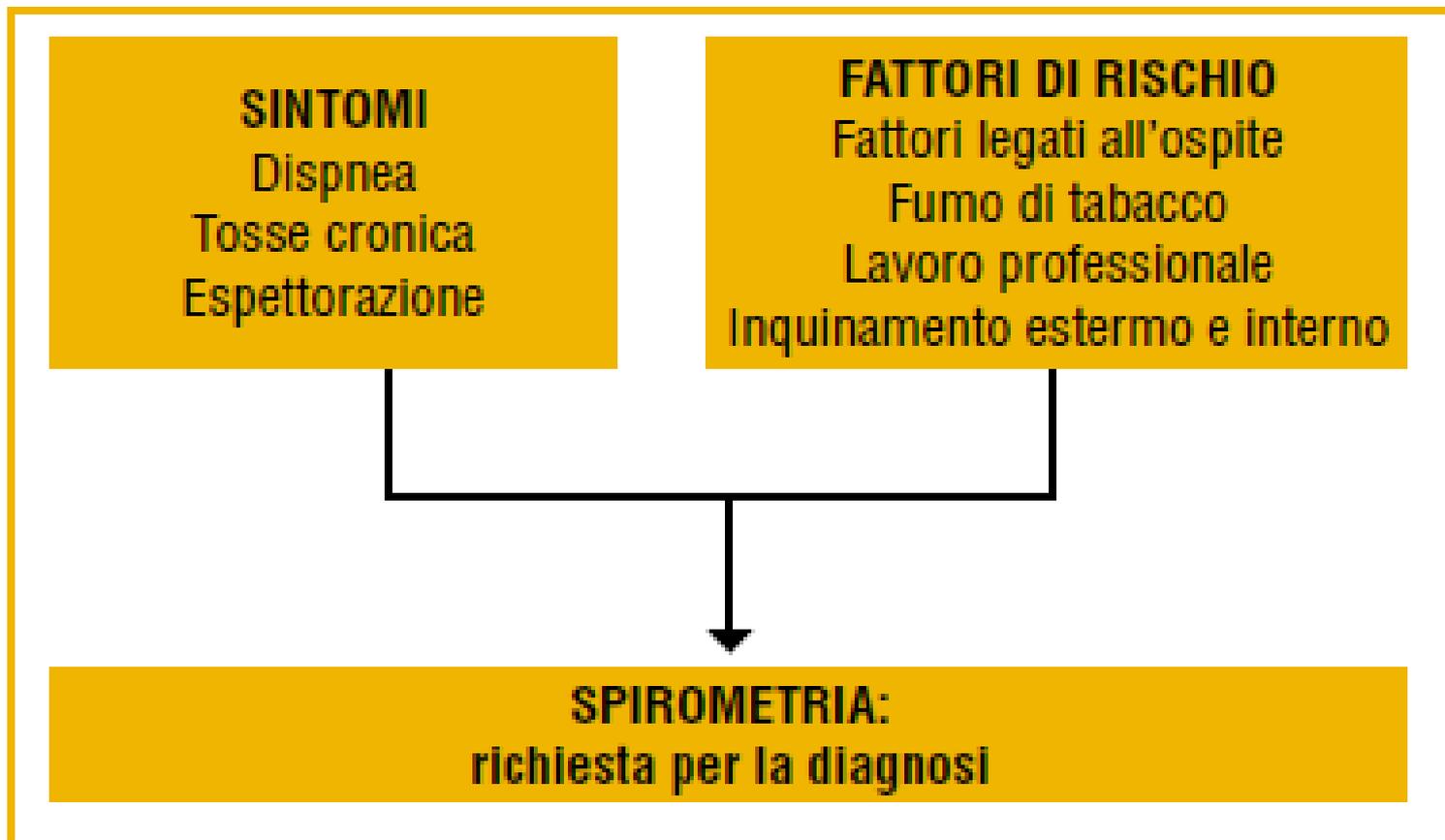
- EVOLUZIONE LENTA E SUBDOLA
- INSORGENZA DELLA DISPNEA TARDIVA
- COMORBILITÀ



*Sutherland et al, NEJM 2004*

# SPIROMETRIA





**Figura 2.1.** Come arrivare alla diagnosi di BPCO

IN PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO E SINTOMI, NON  
PUÒ ESSERE POSTA DIAGNOSI DI BPCO SENZA  
L'ESECUZIONE DI UNA SPIROMETRIA CON TEST DI  
BRONCODILATAZIONE.

TRA I PAZIENTI CON DIAGNOSI DI BPCO SOLO IL 30% HA  
EFFETTUATO UNA SPIROMETRIA.

**UNA PICCOLA ESPERIENZA**

**144 SPIROMETRIE**

ESEGUITE PRESSO GLI STUDI DI

**10 MEDICI DI MEDICINA GENERALE**

CHE HANNO ADERITO AL

**PROGETTO PNEUMOAPP TRA APRILE E OTTOBRE**

**2017**

# I RISULTATI PIÙ EVIDENTI SONO STATI:

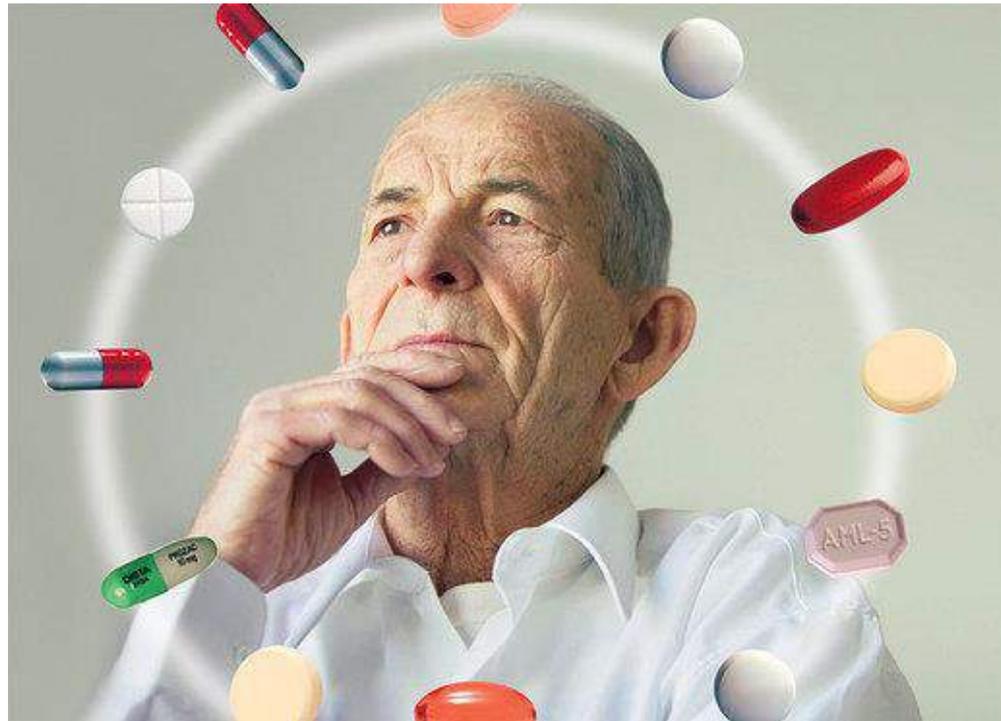
- UN ELEVATO NUMERO DI ESAMI VALUTABILI (95%)
- LA SICUREZZA DELLA METODICA (0 EVENTI AVVERSI SU 144 SPIROMETRIE ESEGUITE)
- UN BUON LIVELLO DI ACCETTABILITÀ E RIPRODUCIBILITÀ DELLE PROVE (CRITERI HANKINSON 2015)

IL GRUPPO DI MEDICI HA PRODOTTO DELLE PROVE SPIROMETRICHE **SUFFICIENTEMENTE ADEGUATE**, MA DALL'ANALISI CASO PER CASO EMERGE CHE CON OGNI PROBABILITÀ UN **TRAINING PIÙ INCISIVO** E I **GIUSTI INCENTIVI** INCIDEREBBERO NOTEVOLMENTE SUI RISULTATI, PORTANDO ALL'ESECUZIONE DI PROVE DI ECCELLENTE QUALITÀ E ALLA NETTA RIDUZIONE DELLE PROVE NON VALIDE O NON VALUTABILI.

**NELLA PROSPETTIVA DELLA RIDUZIONE DELLE LISTE D'ATTESA, DEI COSTI PER IL SSN E DEL RICORSO ALLE MIGLIORI CURE, LA SPIROMETRIA SEMPLICE CON BRONCODILATAZIONE PUÒ DIVENTARE UN TEST ESEGUIBILE IN OFFICE DAL MEDICO DI MEDICINA GENERALE.**

**I LIMITI PRINCIPALI DELL'ESECUZIONE  
DELL'ESAME SPIROMETRICO NEL  
SETTING DELLE CURE PRIMARIE  
POTREBBERO ESSERE SUPERABILI CON  
LE NUOVE FORME ASSOCIATIVE DI  
MEDICINA GENERALE.**

# COMORBIDITÀ



**NELLA MAGGIOR PARTE DEI PAZIENTI,  
LA BPCO SI ASSOCIA A IMPORTANTI  
MALATTIE CRONICHE CONCOMITANTI,  
CHE AUMENTANO MORBILITÀ E  
MORTALITÀ.**

*2018 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc*

- **PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI**
  - INSUFFICIENZA CARDIACA
  - CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA
  - ARITMIE – F.A.
  - IPERTENSIONE ARTERIOSA
  - VASCULOPATIA PERIFERICA
- **OSTEOPOROSI**
- **ANSIA E DEPRESSIONE**
- **TUMORE DEL POLMONE**
- **SINDROME METABOLICA E DIABETE**
- **MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO**
- **BRONCHIECTASIE**
- **APNEE OSTRUTTIVE**

*2018 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc*

- BPCO E COMORBIDITÀ SI INFLUENZANO RECIPROCAMENTE NELL'AGGRAVAMENTO DELLA CONDIZIONE O NELL'ESACERBAZIONE DI ACUZIE

- BPCO E COMORBIDITÀ SI INFLUENZANO RECIPROCAMENTE NELL'AGGRAVAMENTO DELLA CONDIZIONE O NELL'ESACERBAZIONE DI ACUZIE
- PEGGIORANO LA PROGNOSE ESPONENDO I PAZIENTI A FRAGILITÀ E DISABILITÀ

- BPCO E COMORBIDITÀ SI INFLUENZANO RECIPROCAMENTE NELL'AGGRAVAMENTO DELLA CONDIZIONE O NELL'ESACERBAZIONE DI ACUZIE
- PEGGIORANO LA PROGNOSI ESPONENDO I PAZIENTI A FRAGILITÀ E DISABILITÀ
- LA POLITERAPIA SPESSO LEGATA ALLA PRESENZA DELLE COMORBIDITÀ, DEVE ESSERE ATTENTAMENTE VALUTATA, PER RIDURRE IL RISCHIO DELLE INTERAZIONI FARMACOLOGICHE E DELLA SCARSA ADERENZA TERAPEUTICA

# GESTIONE DELLE RIACUTIZZAZIONI



LA BPCO PUÒ ESSERE CARATTERIZZATA  
DA PERIODI ACUTI CON PEGGIORAMENTI  
DEI SINTOMI RESPIRATORI, NOTI COME  
**RIACUTIZZAZIONI.**

*2018 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc*

VENGONO DEFINITE COME UN PEGGIORAMENTO ACUTO DEI SINTOMI RESPIRATORI, CHE RICHIEDE UNA TERAPIA ADDIZIONALE. SUDDIVISE IN:

- **LIEVI (SABA)**
- **MODERATE (SABA+OCS e/o ANTIBIOTICI)**
- **GRAVI (ACCESSO IN P.S. CON O SENZA OSPEDALIZZAZIONE; POSSONO ASSOCIARSI A INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA)**

*2018 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc*

PRINCIPALI CAUSE SONO:

- **INFEZIONI VIRALI** (PIÙ GRAVI, FREQUENTI IN INVERNO)
- **INFEZIONI BATTERICHE** (SE ESPETTORATO PURULENTO)
- **INQUINAMENTO** (AUMENTO PM2.5 ASSOCIATO A AUMENTO DELLE OSPEDALIZZAZIONI E DELLA MORTALITÀ PER BPCO)

*2018 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc*

# IL CORRETTO RICONOSCIMENTO E TRATTAMENTO DELLE RIACUTIZZAZIONI PUÒ ESSERE UTILE PER:

- **STABILIRE IL TRATTAMENTO APPROPRIATO IN QUEL MOMENTO PER IL SINGOLO PAZIENTE, AL FINE DI RIDURRE I SINTOMI E LA PROGRESSIONE DELLA MALATTIA**
- **IDENTIFICARE TEMPESTIVAMENTE I CASI DI BPCO RAPIDAMENTE INGRAVESCENTE (RIACUTIZZAZIONI FREQUENTI) DA INVIARE ALLO SPECIALISTA**

# QUANDO OSPEDALIZZARE?

- **SINTOMI SEVERI**

- PEGGIORAMENTO ACUTO DISPNEA A RIPOSO
- ELEVATA F.R.
- RIDUZIONE SATURAZIONE O2
- CONFUSIONE, SOPORE

- **SOSPETTO DI INSUFF. RESP. ACUTA**

- **CIANOSI, EDEMA PERIFERICO**

- **MANCATA RISPOSTA AL TRATTAMENTO INIZIALE**

- **COMORBIDITÀ SEVERE**

*2018 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc*

# FOLLOW UP

# OBIETTIVI DEL FOLLOW UP

- VALUTAZIONE DELL'ENTITÀ E DELLA FREQUENZA DEI SINTOMI
- RICONOSCIMENTO E VALUTAZIONE DELL'ENTITÀ E DELLA FREQUENZA DELLE RIACUTIZZAZIONI
- CONTROLLO DELLA FUNZIONALITÀ RESPIRATORIA
- CONTROLLO DELLE COMORBIDITÀ

# STRUMENTI (1)

- **ANAMNESI ED ESAME CLINICO**
  - ABITUDINE AL FUMO
  - BMI
  - QUESTIONARI
- **ESAMI EMATOCHIMICI**
- **SPIROMETRIA**
- **IMAGING (RX, TC)**
- **6 MINUTES WALKING TEST**
- **SATURAZIONE O2**
- **EMOGASANALISI**

# STRUMENTI (2)

- **CONSULENZE SPECIALISTICHE**
  - PNEUMOLOGICA
  - CARDIOLOGICA (NELLE FASI AVANZATE)
  - NUTRIZIONALE

# ESENZIONE 057

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

## I Nuovi LEA Esenzione 057 - BPCO

BPCO	FEV1/CVF post broncodilatatore	FEV1 (gravità)	Esenzione
Lieve	< 70%	>80%	no
Moderata	< 70%	50 – 80%	si
Grave	< 70%	30 – 50%	si
Molto grave	< 70%	<30%	si

**L'ESENZIONE È LEGATA ALLA STADIAZIONE DI GRAVITÀ SPIROMETRICA PRESENTE NELLE GOLD NEL 2010**

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

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

VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori

aggravamenti (\* NOTA)

GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT)

GLUCOSIO

UREA

URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario

EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico

PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO

PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE

SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]

TEST DEL CAMMINO CON VALUTAZIONE DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA [WALKING TEST]

RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale

ELETTROCARDIOGRAMMA

EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico e Carbossiemoglobina.

OPPURE

EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO

MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA / PULSOSSIMETRIA

RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA DI GRUPPO relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 60 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Max 6 pazienti. Ciclo fino a 10 sedute

ogni 6 mesi

ogni 12 mesi

ogni 12 mesi

ogni 6 mesi

ogni 6 mesi

ogni 12 mesi

ogni 12 mesi

***per i pazienti con BPCO "molto grave", in aggiunta:***

**ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)**

**ogni 6 mesi**

**OPPURE**

**ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a 88.72.2**

**ogni 6 mesi**

**ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1**

**ogni 6 mesi**

# L'ESENZIONE 057 IMPONE TEMPI FISSI DI MONITORAGGIO INDIPENDENTEMENTE DALLO STADIO DI GRAVITÀ

*G. Ventriglia – F.P. Lombardo, Corso FAD BPCO Progetto @SCO*

# IL FOLLOW UP:

- DEVE ESSERE ORIENTATO AL PAZIENTE NON ALLA MALATTIA
- VA FATTO IN BASE ALLA GRAVITÀ DELLA BPCO
- DOPO LA DIAGNOSI DI BPCO, **SPIROMETRIA ED ESAME CLINICO**, VANNO RICHIESTI **MAX ENTRO 1 ANNO** (A MENO DI DIAGNOSI FATTA IN STADIO AVANZATO, CHE IMPONE CONTROLLI PIÙ RAVVICINATI)

*G. Ventriglia – F.P. Lombardo, Corso FAD BPCO Progetto @SCO*

- **PAZIENTI CON STABILITÀ CLINICA, FUNZIONALE ED ASSENZA DI RIACUTIZZAZIONI (SOPRATTUTTO SE SMETTONO DI FUMARE): I CONTROLLI POSSONO ESSERE PIÙ DIRADATI**
- **PAZIENTI CON DECLINO FUNZIONALE PIÙ RAPIDO, DISPNEA INGRAVESCENTE E CHE CONTINUANO A FUMARE: FOLLOW-UP PIÙ RAVVICINATI**

*G. Ventriglia – F.P. Lombardo, Corso FAD BPCO Progetto @SCO*

# INDICAZIONI PER IL FOLLOW UP - GOLD

## MISURAZIONI

IL CALO DEL VEMS VIENE DOCUMENTATO MEDIANTE SPIROMETRIA, ESEGUITA IDEALMENTE ALMENO UNA VOLTA ALL'ANNO. ANCHE IL 6MWT E L'EGA A RIPOSO POSSONO FORNIRE ULTERIORI INFORMAZIONI PROGNOSTICHE

## SINTOMI

DURANTE OGNI VISITA, È IMPORTANTE RACCOGLIERE INFORMAZIONI SUI SINTOMI, INCLUDENDO ESPETTORATO, TOSSE, DISPNEA, FATICA, LIMITAZIONE NELLE ATTIVITÀ E DISTURBI DEL SONNO, CONFRONTANDOLI CON LA VISITA PRECEDENTE. QUESTIONARI COME IL CAT POSSONO ESSERE UTILI.

# INDICAZIONI PER IL FOLLOW UP - GOLD

## RIACUTIZZAZIONI

LA FREQUENZA, LA GRAVITÀ, IL TIPO E LE PROBABILI CAUSE DELLE RIACUTIZZAZIONI VANNO MONITORATE

## INDAGINI RADIOLOGICHE

SE VI È UN CHIARO PEGGIORAMENTO DEI SINTOMI, PUÒ ESSERE INDICATO ESEGUIRE INDAGINI STRUMENTALI.

# **INDICAZIONI PER IL FOLLOW UP - GOLD**

**AD OGNI VISITA BISOGNA DETERMINARE SE IL  
PAZIENTE È FUMATORE ATTIVO E QUAL È  
L'ESPOSIZIONE AL FUMO**

# DISASSUEFAZIONE AL FUMO DI TABACCO

# IL PRINCIPALE FATTORE DI RISCHIO PER LA BPCO È IL FUMO DI SIGARETTA INALATO

*2018 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc*



# Opzioni terapeutiche: key points

---

**Smettere di fumare ha la maggiore capacità di modificare la storia naturale della BPCO. Gli operatori sanitari devono consigliare di smettere ai pazienti che ancora fumano**

**Sia l'uso di farmaci sia i sostituti della nicotina aumentano la durata dell'astinenza dal fumo di tabacco**

**In tutti i pazienti affetti da BPCO l'attività fisica risulta benefica e va ripetutamente incoraggiata**

© 2015 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

# OBIETTIVI

- IDENTIFICARE I PAZIENTI FUMATORI
- ATTUARE LE STRATEGIE DI DISASSUEFAZIONE AL FUMO



## LA STRATEGIA 5A

---

- **ASK** Identifica sempre i fumatori a ogni visita
- **ADVISE** Consiglia sempre di smettere
- **ASSESS** Valuta ogni volta l'eventuale volontà di smettere
- **ASSIST** Aiuta il paziente a smettere
- **ARRANGE** Programma la visita di controllo

© 2016 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

# STRUMENTI

- **TEST DI FAGERSTRÖM**

- VALUTA IL GRADO DI DIPENDENZA
- 0-2 POSSONO SMETTERE VOLONTARIAMENTE
- 3-5 POSSONO SMETTERE TRAMITE COUNSELLING E MATERIALE INFORMATIVO ADEGUATO
- 6-10 DA INVIARE AI CENTRI ANTIFUMO

- **TEST DI MONDOR**

- VALUTA IL GRADO DI MOTIVAZIONE ALLA CESSAZIONE
- OTTIME PROBABILITÀ PER PUNTEGGIO >16

**I TEST SONO PRESENTI NEL GESTIONALE DEL  
MMG**

# CENTRI ANTIFUMO

INVIARE PREFERIBILMENTE PAZIENTI

- CON COMORBIDITÀ
- DIPENDENZA ALTA (**FAGERSTRÖM 6-10**)

# TERAPIA FARMACOLOGICA ANTIFUMO

- TERAPIA NICOTINICA
- BUPROPIONE
- VARENICLINA
- NORTRIPTILINA
- CLONIDINA

# PERCHÉ IL MEDICO DI FAMIGLIA?

- È IL PRIMO REFERENTE PER I PROBLEMI DI SALUTE
- 90% CONTATTI TRA CITTADINO E SSN AVVIENE NELL'AMBULATORIO DEL MMG
- 80% CITTADINI VEDE IL MMG ALMENO UNA VOLTA L'ANNO
- IL MMG IN 3 ANNI VEDE QUASI IL 100% DEI PROPRI ASSISTITI
- CONOSCE IL PAZIENTE, LA SUA FAMIGLIA, IL CONTESTO SOCIO-ECONOMICO IN CUI VIVONO

<b>Intervento</b>	<b>Fonte dati</b>	<b>Incremento nelle % *</b>
<b>Consiglio molto breve di smettere (3 minuti) da parte del clinico versus nessun consiglio</b>	<b>AHCPR</b>	<b>2%</b>
<b>Breve consiglio di smettere (10 minuti) da parte del clinico versus nessun consiglio</b>	<b>AHCPR</b>	<b>3%</b>
<b>Breve consiglio più terapia nicotinic sostitutiva versus breve consiglio da solo o breve consiglio più placebo</b>	<b>Cochrane</b>	<b>6%</b>
<b>Supporto intensivo (es. servizi per fumatori) versus nessun intervento</b>	<b>AHCPR</b>	<b>8%</b>
<b>Supporto intensivo più terapia nicotinic sostitutiva o supporto intensivo più placebo</b>	<b>Cochrane</b>	<b>8%</b>
<b>In pazienti ospedalizzati consiglio di smettere più supporto versus nessun supporto</b>	<b>AHCPR</b>	<b>5%</b>
<b>In donne gravide consiglio di smettere più supporto versus nessun supporto</b>	<b>AHCPR</b>	<b>7%</b>

\* di astinenti a 6 mesi o più

La tabella va letta sommando le percentuali dei singoli interventi quando vengono effettuati insieme; ad esempio: supporto intensivo 8% + terapia nicotinic sostitutiva 8% = un incremento pari al 16% delle percentuali di astinenti a 6 mesi o più.

Dott. F.sco Paolo Lombardo - Area  
Pneumologica -SIMG Palermo

**AHCPR = Agency for Health Care Research and Quality**

**L'INTERVENTO BREVE (3-10 MINUTI) NELLO STUDIO DEL  
MMG PUÒ PORTARE ALLA DISASSUEFAZIONE A SEI  
MESI NEL 2-3% DEI CASI. IL DATO RADDOPPIA CON  
L'UTILIZZO DELLA TERAPIA NICOTINICA SOSTITUTIVA**

**CONSIDERANDO LA DIFFUSIONE DEGLI  
AMBULATORI DI MEDICINA GENERALE NEL  
TERRITORIO, UN IMPEGNO INIZIALE MINIMO  
PUÒ PORTARE BENEFICI, SIA ECONOMICI CHE  
NEGLI INDICATORI DI SALUTE, NON TRASCURABILI**

**MA C'È UN PROBLEMA...**





### **Lei sa se il suo medico fuma?**

- sicuramente sì 11.4%
- credo di sì 6.9%
- credo di no 17.0%
- sicuramente no 35.4%
- non so 29.2%

**→ almeno il 18,3% dei medici di base fuma**

INDAGINE DOXA MAGGIO 2004

- **L'AMBULATORIO DEL MEDICO DI FAMIGLIA DEVE ESSERE DICHIARATAMENTE "SENZA FUMO" (CARTELLI, POSTER, ADESIVI, ECC.)**
- **IL MEDICO DI FAMIGLIA FUMATORE DOVREBBE SMETTERE DI FUMARE O COMUNQUE ASTENERSI IN PRESENZA DEGLI ASSISTITI**



***Grazie per l'attenzione***