

Evento Fad

“Linee guida gestione integrata BPCO e corretta registrazione dati”

Data inizio 15 dicembre 2015 – Data fine 15 dicembre 2016

Ore formative 10

Crediti erogati 10

Destinatari dell’iniziativa 3000 medico di medicina generale

RAZIONALE

Il nuovo progetto avviato da Fimmg, denominato InNov@fimmg, attraverso la riorganizzazione e la riqualificazione del lavoro dei medici di famiglia, desidera dare una risposta ai nuovi bisogni assistenziali dei cittadini in una ottica di medicina di prossimità ed iniziativa.

Il progetto nasce dalla considerazione che è necessario un nuovo corso della medicina del territorio per rispondere coerentemente ai cambiamenti epidemiologici, demografici e tecnologici e contribuire alla sostenibilità stessa del sistema di welfare.

Anche la figura del medico di famiglia si sta modificando radicalmente ed è necessario favorire e governare questo cambiamento. Del resto, lo stesso processo di riorganizzazione della medicina generale delineato dalla Legge Balduzzi prevede la costituzione di forme aggregate della medicina generale con la funzione di garantire la gestione di percorsi di cura per la cronicità secondo un approccio definito di medicina di iniziativa. In quest’ottica le nuove forme organizzative della medicina generale possono rappresentare "nodi di prossimità " per erogare una vasta gamma di servizi ai cittadini (prenotazioni specialistiche, referti informatizzati, servizi di tele-care e tele-Health e tele-monitoraggio) anche in collaborazione con altri soggetti con i quali costituirebbero una sorta di Unità Professionali Territoriali, in grado di erogare servizi avanzati sul territorio in una ottica di prossimità dell’assistenza e di sussidiarietà.

Questo principio, che affida alle competenze e ai saperi specifici del medico di famiglia anche la funzione di rendere più sostenibile ed efficace il sistema, consentirebbe di velocizzare percorsi e procedure concorrendo al miglioramento dell’assistenza anche attraverso una più completa e veloce erogazione delle prestazioni

Unità didattiche

Unità 1: Dimensioni del problema: epidemiologia – impatto economico

Prevalenza ed incidenza

Sottostima diagnostica – sotto-trattamento farmacologico

Bassa aderenza - terapia inappropriata rispetto allo stadio di gravità

Costi diretti ed indiretti

Unità 2: Prevenzione primaria

inquinamento outdoor ed indoor – esposizione lavorativa

fumo di tabacco – strategie di popolazione di controllo del fumo

Dati da registrare

Tipologia di lavoro svolto

Abitudine tabagica

Unità 3: Prevenzione secondaria – diagnosi precoce

Prevenzione

Fumo di tabacco

Interventi di diassuefazione di gruppo

Interventi singoli – la terapia farmacologica

Aspetti generali: Correzione stili di vita – alimentazione – attività fisica

Vaccinazioni: Antinfluenzale ed antipneumococcica

Altre misure: farmaci immunostimolanti ecc

Diagnosi precoce

Definizione popolazione a rischio – carte del rischio, questionari di sintomi respiratori, familiarità, fumo, esposizione ad inquinanti e/o lavorazioni a rischio, patologie respiratorie acute e croniche correlate, patologie extra-respiratorie correlate al fumo

Diagnosi precoce: Screening di popolazione a rischio con spirometria

Dati da registrare

Abitudine tabagica

Vaccinazioni effettuate

Eventuale terapia complementare

Compilazione carta del rischio o questionario

Codifica ICDIX delle patologie respiratorie ed extrarespiratorie correlate

Unità 4: Diagnosi di BPCO

Diagnosi solo spirometrica: presenza di ostruzione (criteri) scarsamente reversibile (criteri)

Spirometria

Caratteristiche degli spirometri

Tecnica di esecuzione della spirometria (descrittiva)

La curva flusso volume interpretazione dei dati (sintetica)

Il test di reversibilità

Tecnica di esecuzione (descrittiva)

Interpretazione dei dati

La spirometria globale di secondo livello: indicazione alla esecuzione - le informazioni ottenibili

Dati da registrare

Dati spirometrici di ostruzione: tiffeneau (rapporto VEMS/CVF) e VEMS o FEV1

Dati di scarsa reversibilità del test

Unità 5: Diagnosi di gravità - Stadiazione

Valutazione congiunta di

Attuale livello dei sintomi del paziente – grado di dispnea mediante il COPD Assessment test (CAT).

Gravità dell'alterazione spirometrica

La resistenza allo sforzo, misurata con il test del cammino dei sei minuti (6MWT)

L'indice di massa corporea (BMI) e lo stato di nutrizione

Rischio di riacutizzazioni, basati sull'anamnesi

Valutazione dello stato di ossigenazione, basato sulla emogasanalisi

utilizzo combinato dei dati di cui sopra stadiazione

Definizione classe Gold mediante da A a D

Dati da registrare

Dati spirometrici di ostruzione: tiffeneau (rapporto VEMS/CVF) e VEMS o FEV1

Punteggio scala CAT

BMI

Numero riacutizzazioni (da annotare in cartella nel periodo di osservazione)

% saturimetria

Unità 6: Terapia

Interventi farmacologici per la cessazione dal fumo

Appropriatezza: Algoritmi di terapia in base alla stadiazione

Le classi di farmaci respiratori

I farmaci di supporto – antibiotici- cortisonici orali ecc

Aderenza: assunzione reale e costante della terapia

Trattamento delle riacutizzazioni

Valutazione stato nutrizionale – supplementi nutrizionali

Riabilitazione respiratoria precoce (esercizio) e tardiva (pneumologia riabilitativa)

Valutazione ossigenazione – OTLT

Dati da registrare

Stadio di gravità

Farmaci con posologia giornaliera

Bmi

Somministrazione istruzioni per riabilitazione respiratoria

Dato % saturimetria

Eventuale utilizzo ossigeno (gassoso – liquido) e litri/min

Unità 7: Empowerment del paziente

Indicazioni per i Corretti stili di vita: fumo (necessità cessazione), alimentazione, attività fisica

Conoscenza della malattia e sua storia naturale

uso corretto del device

Automonitoraggio (frequenza respiro – saturimetria)

Unità 8: Controllo nel tempo

Necessità di controlli periodici: restadiazione e ridefinizione della terapia

Con cadenza variabile in funzione dello stato di gravità

Dopo episodi di riacutizzazione

Materiale didattico da rendere disponibile

Linee Guida AGENAS- 2011; Documento: “La gestione clinica integrata della BPCO”- 2013; Linee

Guida - 2014; Raccomandazioni AIMAR per la diagnosi precoce della malattia respiratoria ostruttiva cronica secondo il modello GARD dell’ OMS- 2014; Rapporto Federsanità -ANCI

“Broncopneumopatia cronica ostruttiva: modelli organizzativi e gestionali”- 2014

QUALIFICHE PROFESSIONALI E SCIENTIFICHE DEI DOCENTI

DOTT	LAUREA	SPECIALIZZAZIONE	AFFILIAZIONE
PIETRO SCALERA	MEDICINA E CHIRURGIA	NESSUNA SPECIALIZZAZIONE	MEDICO DI MEDICINA GENERALE ASL BARI
IRENE MONTEMURRO	MEDICINA E CHIRURGIA	NESSUNA SPECIALIZZAZIONE	MEDICO DI MEDICINA GENERALE ASL BARI
VITO SCALERA	MEDICINA E CHIRURGIA	NESSUNA SPECIALIZZAZIONE	MEDICO DI MEDICINA GENERALE ASL BARI
ANNA TROTTI	MEDICINA E CHIRURGIA	NESSUNA SPECIALIZZAZIONE	MEDICO DI MEDICINA GENERALE ASL 2 TERNI
SIMONETTA CENTURIONE	MEDICINA E CHIRURGIA	NEFROLOGIA	MEDICO DI MEDICINA GENERALE ASL 2 UMBRIA – TERNI
DOMENICO RICCARDI	MEDICINA E CHIRURGIA	ENDOCRINOLOGIA	MEDICO DI MEDICINA GENERALE ASL TERNI
ROSANNA CARDIELLO	MEDICINA E CHIRURGIA	NESSUNA SPECIALIZZAZIONE	MEDICO DI MEDICINA GENERALE ASL 108 AREZZOI
DOMENICO MARIA CRIVELLI	MEDICINA E CHIRURGIA	NESSUNA SPECIALIZZAZIONE	MEDICO DI MEDICINA GENERALE ASL BARI 114
PAOLA ALESSE	MEDICINA E CHIRURGIA	NESSUNA SPECIALIZZAZIONE	MEDICO DI MEDICINA GENERALE ASL TERNI 2