

## **Gestione territoriale del paziente con BPCO – assetto attuale**

Nel territorio dell'AFT la gestione dei pazienti affetti da BPCO si è consolidata nel tempo attraverso prassi condivise informalmente tra Medici di Medicina Generale, pneumologi e distretto, senza una formalizzazione in protocolli strutturati e senza l'utilizzo sistematico di strumenti di stratificazione clinica del rischio, come le classi GOLD o altri criteri di severità funzionale e di frequenza delle riacutizzazioni. Il percorso assistenziale risulta pertanto uniforme per tutti i pazienti, indipendentemente dalla gravità della patologia, dalla compromissione respiratoria o dal profilo di rischio clinico.

Il paziente accede sempre al percorso tramite il MMG, sia in presenza di sintomi respiratori persistenti, sia a seguito di una dimissione ospedaliera per riacutizzazione di BPCO. In questa fase iniziale non viene effettuata una valutazione strutturata della severità clinica né una classificazione del paziente in classi di rischio differenziate; tutti vengono inseriti nello stesso schema di presa in carico.

A seguito del primo accesso, il MMG attiva automaticamente per tutti i pazienti la richiesta di una spirometria tramite il CUP e, contestualmente, programma una visita di controllo a trenta giorni. La pianificazione della visita non è vincolata alla reale esecuzione dell'esame funzionale e non prevede criteri di priorità differenti in funzione del rischio clinico del paziente.

Alla data programmata la visita di controllo viene effettuata anche nel caso in cui la spirometria non sia ancora stata eseguita. In assenza del dato funzionale, il MMG procede comunque a una rivalutazione clinica del paziente basata sui sintomi riferiti, conferma generalmente la terapia in corso o la mantiene invariata e riprogramma una nuova visita di controllo a trenta giorni, lasciando attiva la richiesta di spirometria già inserita nel sistema. Questo meccanismo può ripetersi più volte nel tempo, generando una successione di visite di controllo prive del supporto diagnostico fondamentale per una reale ottimizzazione terapeutica.

L'effettiva esecuzione della spirometria dipende dalle liste di attesa del CUP e dall'iniziativa del paziente nel presentarsi all'appuntamento, senza che siano previsti sistemi di richiamo attivo, monitoraggio dei tempi o percorsi prioritari per i soggetti con maggiore rischio clinico.

Durante il periodo di attesa dell'esame funzionale il paziente può, in modo autonomo o su suggerimento informale, accedere a una visita pneumologica specialistica. Questo accesso avviene senza un coordinamento strutturato con il MMG e senza un flusso informativo formalizzato. Lo pneumologo, sulla base della valutazione clinica specialistica, può confermare o modificare la terapia in corso e può a sua volta richiedere una nuova spirometria di controllo, che può aggiungersi o sovrapporsi alla richiesta già attiva nel sistema.

Successivamente il paziente rientra dal MMG per la registrazione delle indicazioni ricevute dallo specialista, che avviene in modo non strutturato e spesso parziale all'interno della cartella clinica. Non è previsto un momento formale di riconciliazione terapeutica né una revisione complessiva del profilo di rischio del paziente alla luce delle informazioni specialistiche acquisite.

Indipendentemente dall'andamento clinico, dalla severità funzionale o dalla frequenza delle riacutizzazioni, tutti i pazienti vengono infine inseriti in un follow-up standard semestrale, identico per l'intera popolazione BPCO, senza modulazione dell'intensità assistenziale in base alla classe di rischio.