

**LA SPIROMETRIA E LA GESTIONE CLINICA
DELLE PATOLOGIE RESPIRATORIE CRONICHE IN
MEDICINA GENERALE: *l'evoluzione del progetto*
*“reSPIRO Flegreo”***

A. Starace

UOC Pneumologia e fisiopatologia respiratoria

AORN “A. Cardarelli” Napoli

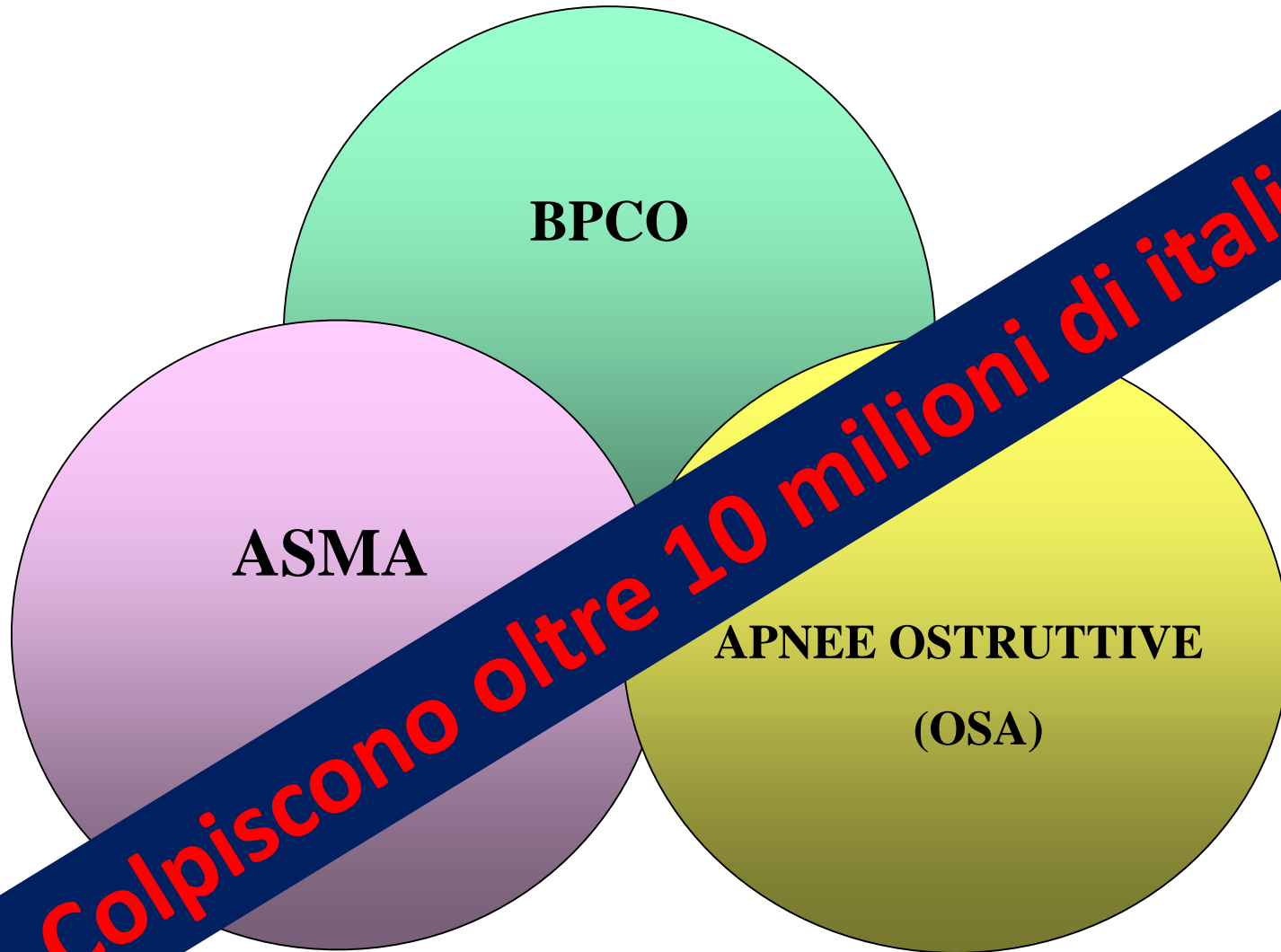
Direttore: Dott. F. De Michele

**Il PDTA regionale sulla
BPCO: una missione
“possibile”.**

PDTA REGIONALE: MISSION (IM)POSSIBLE?



LE CRONICITA' RESPIRATORIE



Colpiscono oltre 10 milioni di italiani

cosa è un PDTA?



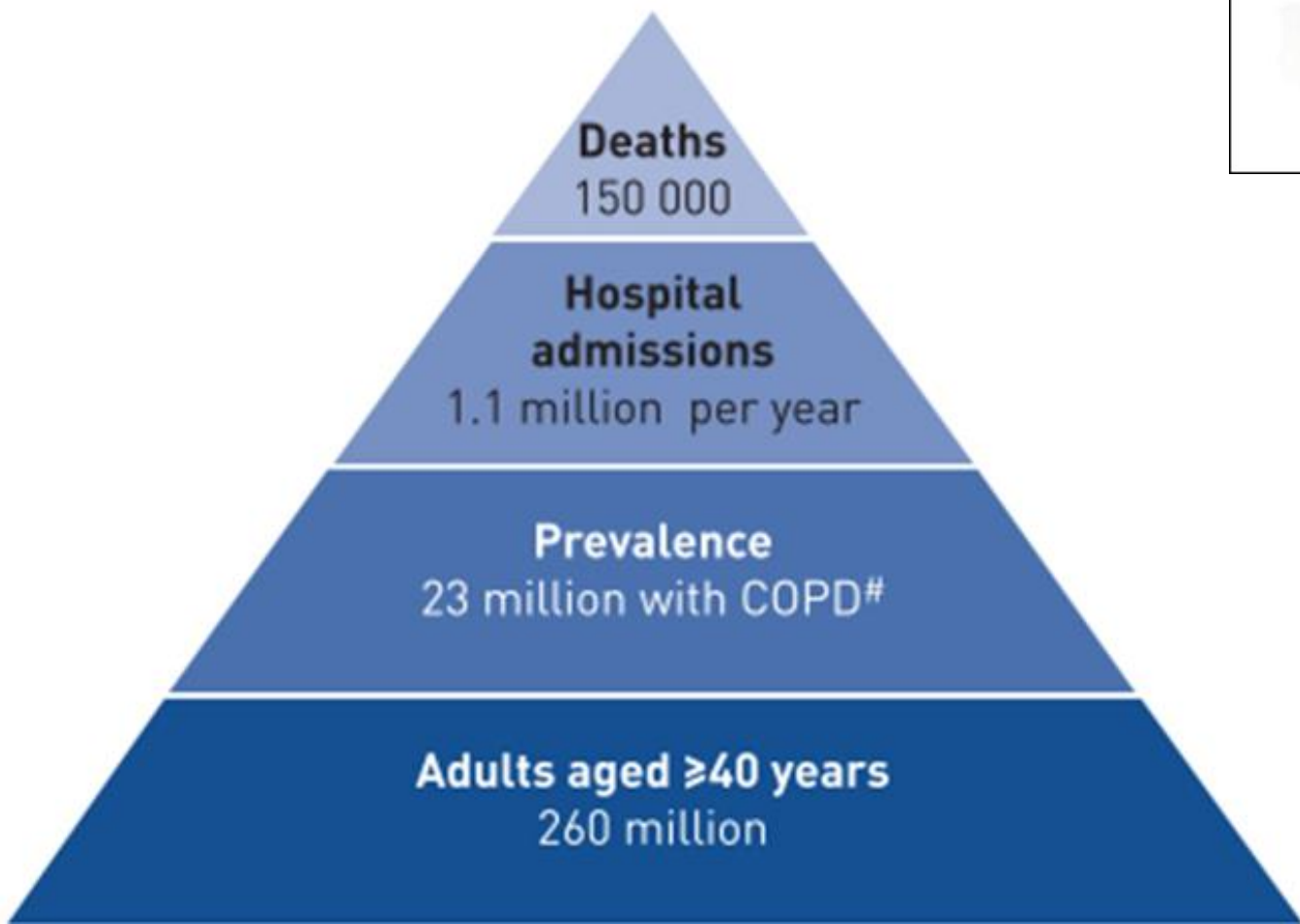
STRUMENTO DI GOVERNO DEI PROCESSI SANITARI

E' la contestualizzazione* delle Linee Guida, con la quale il paziente riceve una sequenza e una temporizzazione **preordinata**, **integrata** e **condivisa** di prestazioni di diagnosi e cura da parte del personale medico e non.

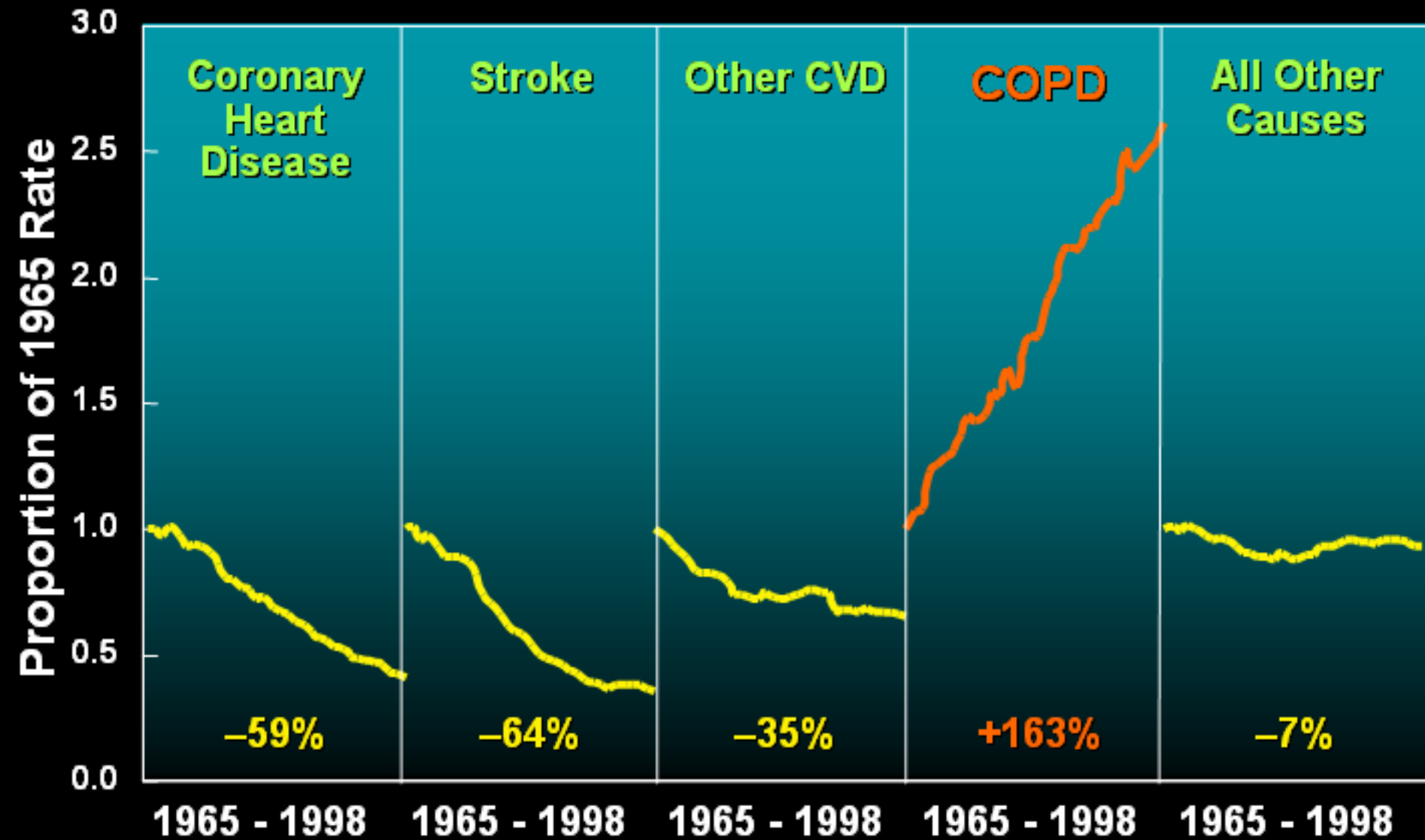
**** adattamento alle risorse professionali, organizzative e tecnologiche disponibili in loco***

c)

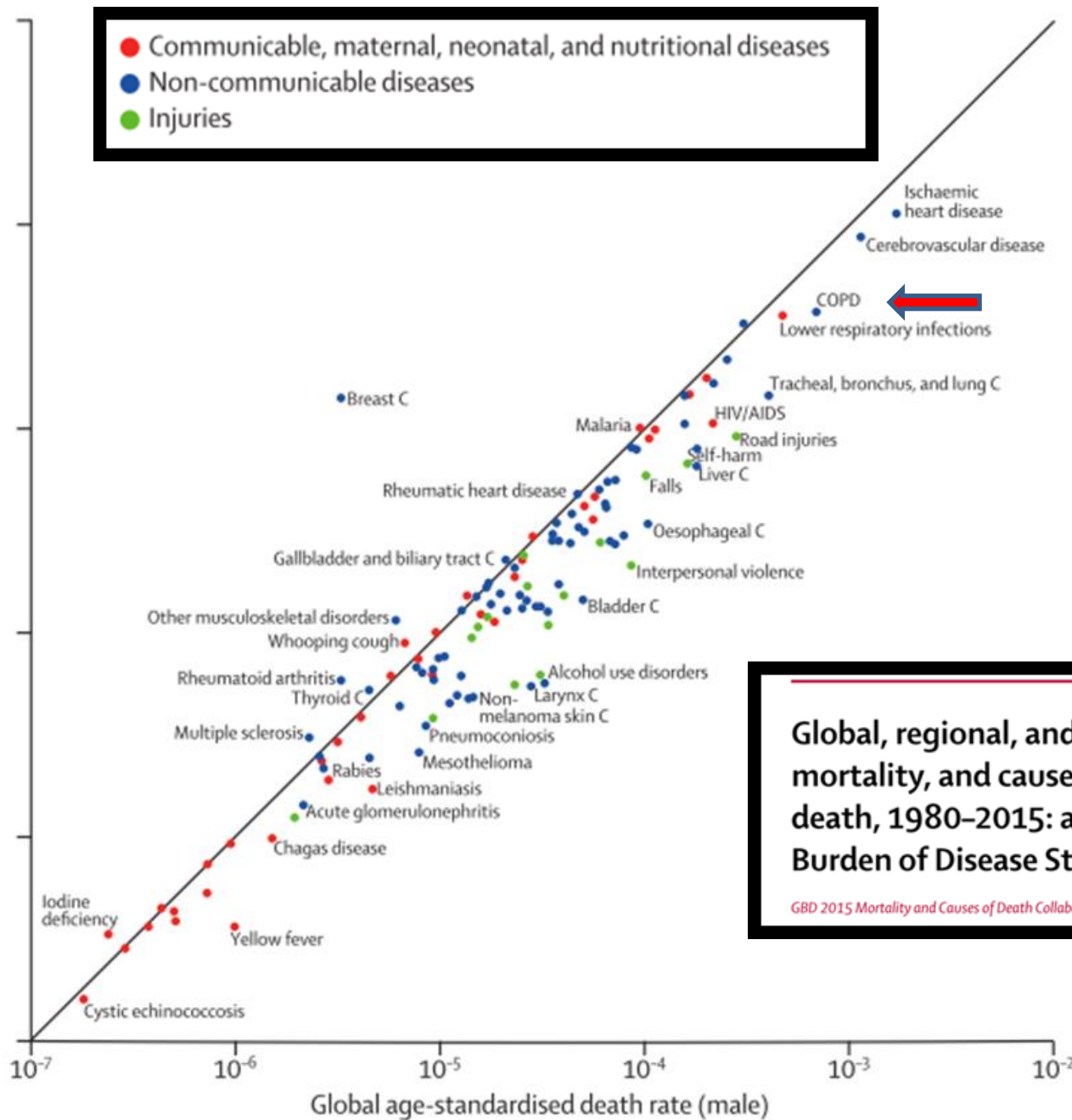
COPD in older adults



COPD MORTALITY IN USA



2015



Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015

*GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators**

Lancet 2016; 388: 1459–544

Measuring the Global Burden of Disease

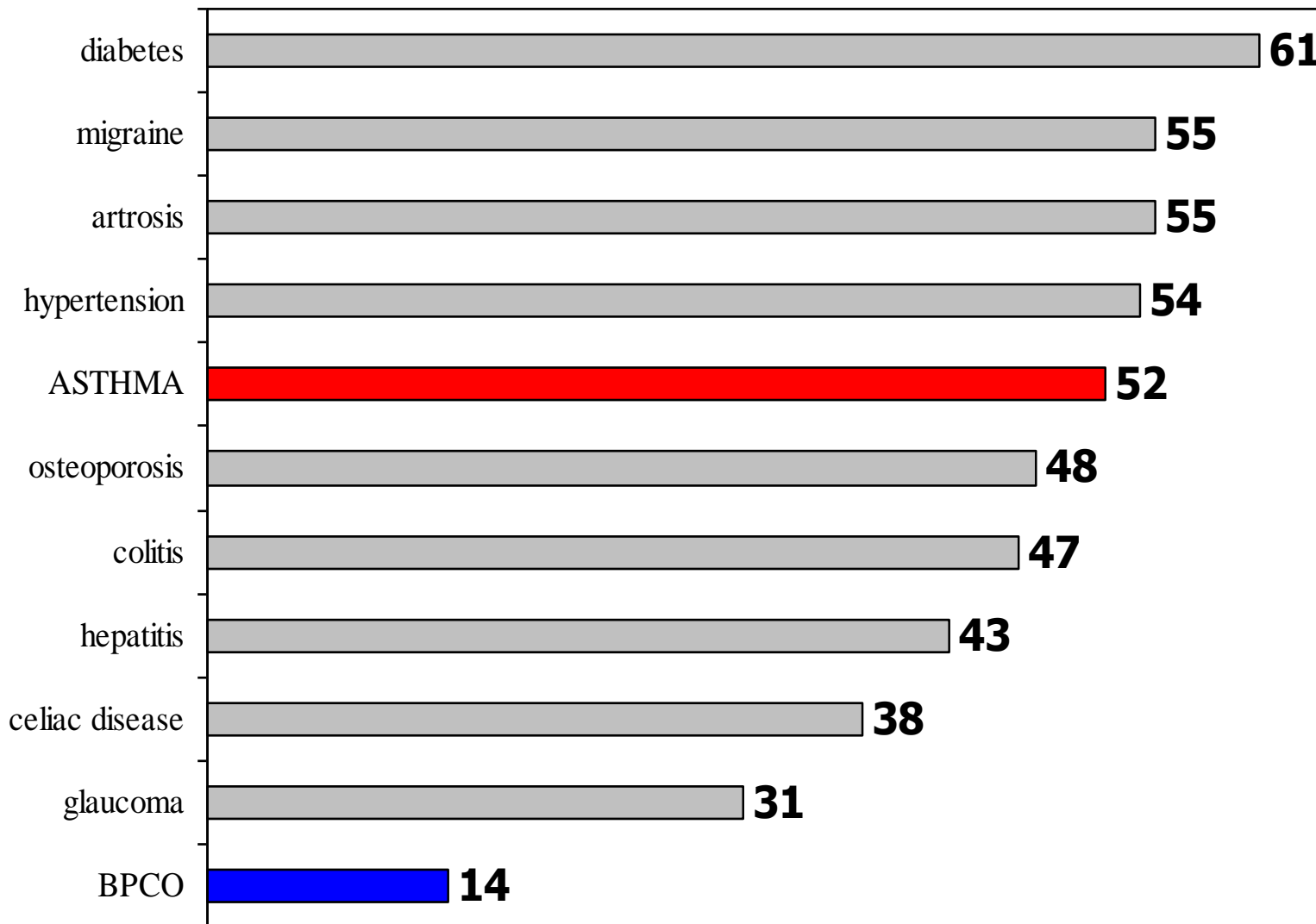
Christopher J.L. Murray, M.D., D.Phil., and Alan D. Lopez, Ph.D.

N Engl J Med 2013;369:448-57.

Table 1. Top 10 Causes of Death, Years of Life Lost from Premature Death, Years Lived with Disability, and Disability-Adjusted Life-Years (DALYs) in the United States, 2010.

Cause of Death	Deaths (N = 2664)		Years of Life Lost (N = 45,145)		Years Lived with Disability (N = 36,689)		DALYs (N = 81,835)	
	Rank	No. (%)	Rank	No. (%)	Rank	No. (%)	Rank	No. (%)
	<i>in thousands</i>		<i>in thousands</i>		<i>in thousands</i>		<i>in thousands</i>	
Ischemic heart disease	1	563 (21.1)	1	7165 (15.9)	16	685 (1.9)	1	7850 (9.6)
Chronic obstructive pulmonary disease	5	154 (5.8)	4	1913 (4.2)	6	1745 (4.8)	2	3659 (4.5)
Low back pain	—	—	—	—	1	3181 (8.7)	3	3181 (3.9)
Cancer of the trachea, bronchus, or lung	3	163 (6.1)	2	2988 (6.6)	73	45 (0.1)	4	3033 (3.7)
Major depressive disorder	—	—	—	—	2	3049 (8.3)	5	3049 (3.7)
Other musculoskeletal disorders	36	14 (0.5)	37	254 (0.6)	3	2603 (7.1)	6	2857 (3.5)
Stroke	2	172 (6.5)	3	1945 (4.3)	17	629 (1.7)	7	2574 (3.1)
Diabetes mellitus	6	86 (3.2)	7	1392 (3.1)	8	1165 (3.2)	8	2557 (3.1)
Road-traffic injury	12	44 (1.7)	5	1873 (4.1)	26	373 (1.0)	9	2246 (2.7)

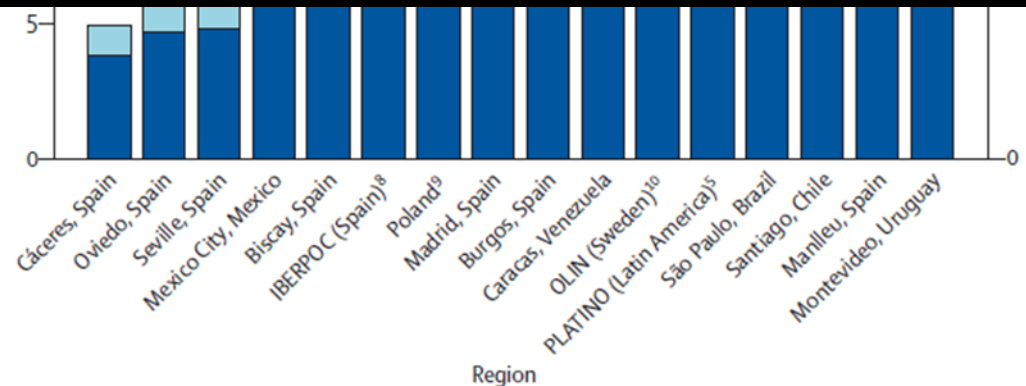
AWARENESS OF RESPIRATORY DISEASES



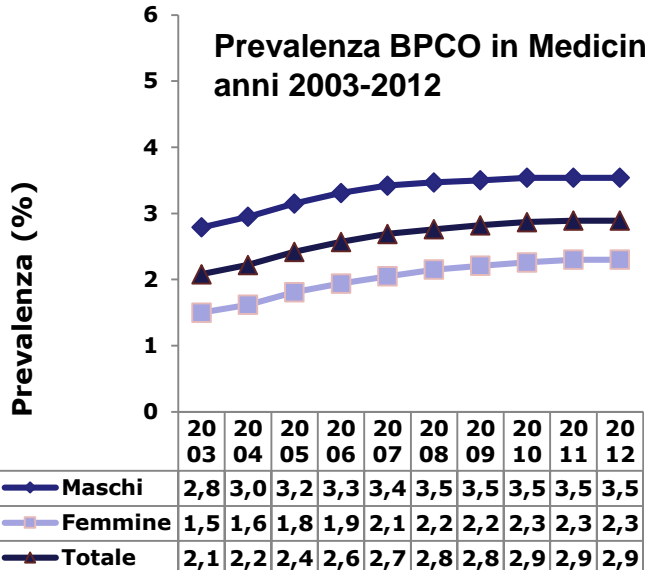
COPD: an underdiagnosed disease

Chronic obstructive pulmonary disease

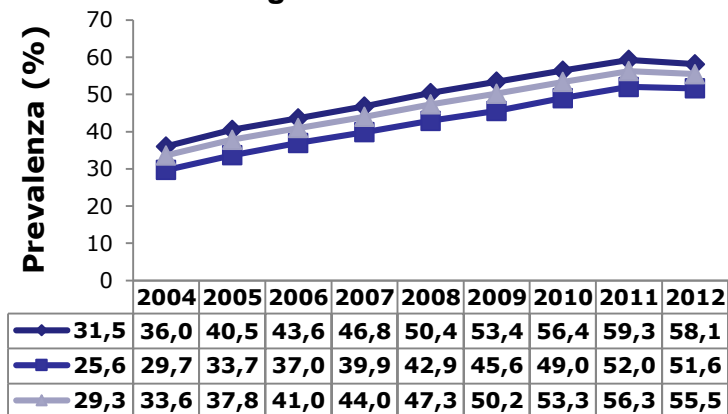
It has been reported that only **21–25%** of persons identified at screening as having COPD, already had a prior diagnosis of COPD. Undiagnosed individuals with COPD may have indirect costs related to morbidity, but, since the large majority of these have mild disease, we have assumed that those without a diagnosis have no treatment or indirect costs attributable specifically to COPD. The lack of data on this point may, however, again result in significant underestimation of costs.



**Prevalenza BPCO in Medicina Generale
anni 2003-2012**



**Percentuale di spirometrie nei pazienti
con diagnosi di BPCO in Medicina Generale**



**Manca all'appello circa il 50% dei
pazienti BPCO**

**Dei pazienti noti il 45% non ha
mai fatto una spirometria**

**Quante *overdiagnosis* nei pazienti
BPCO noti ma senza spirometria?**





Diagnosi e Valutazione iniziale

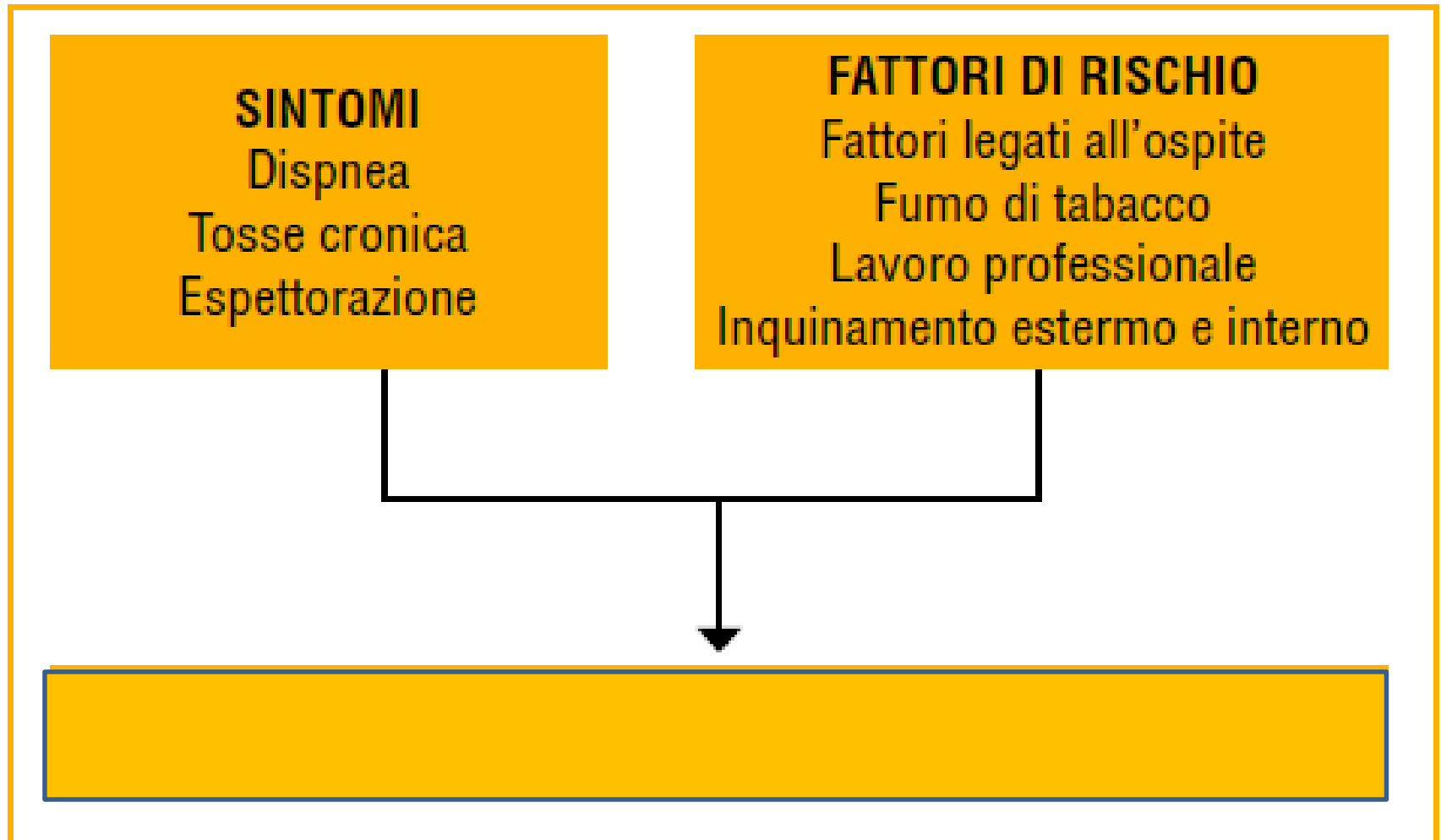


Figura 2.1. Come arrivare alla diagnosi di BPCO

Opportunities to diagnose chronic obstructive pulmonary disease in routine care in the UK: a retrospective study of a clinical cohort

Lancet Respir Med 2014

Rupert C M Jones, David Price, Dermot Ryan, Erika J Sims, Julie von Ziegenweidt, Laurence Mascarenhas, Anne Burden, David M G Halpin, Robert Winter, Sue Hill, Matt Kearney, Kevin Holton, Anne Moger, Daryl Freeman, Alison Chisholm, Eric D Bateman, on behalf of The Respiratory Effectiveness Group*

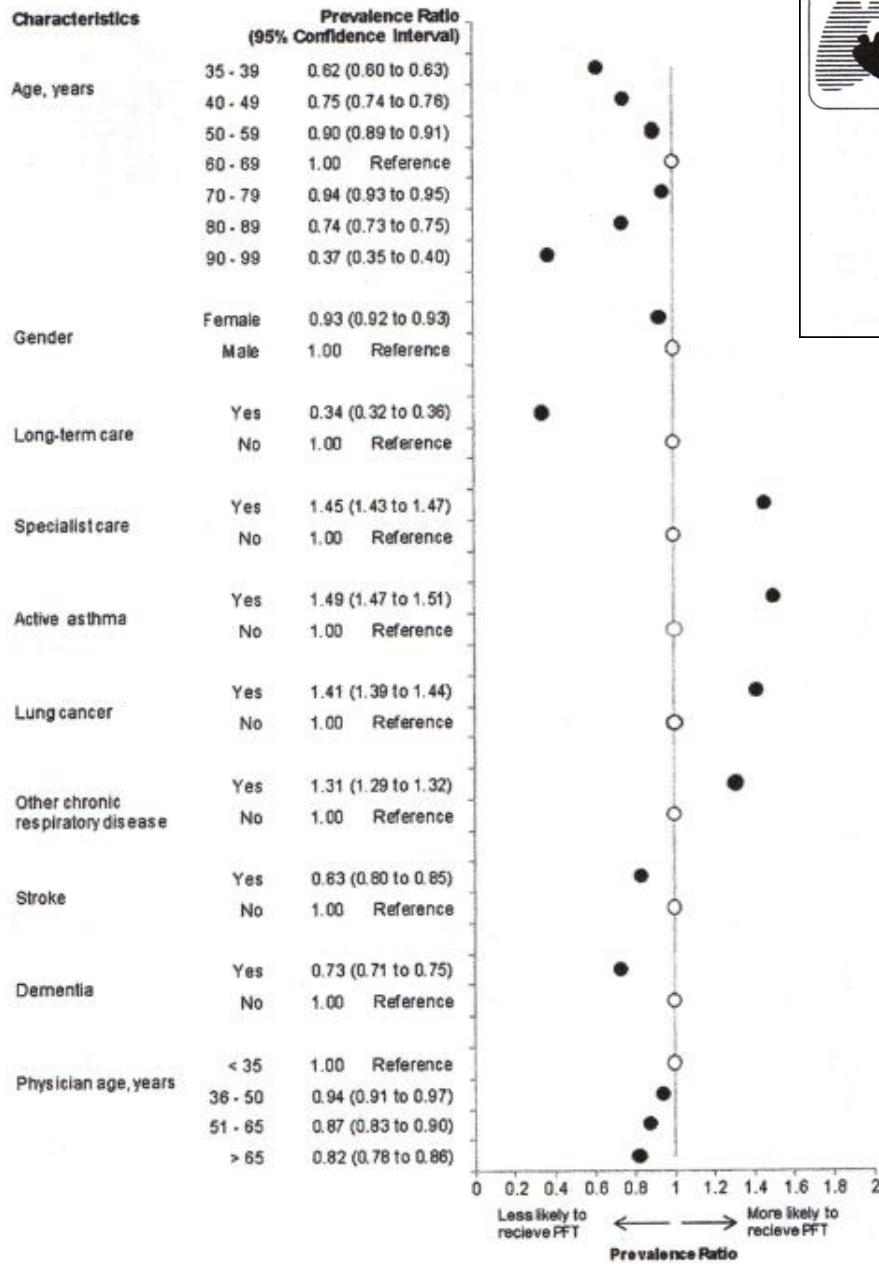
	Total (n=38 859)	Patients with data for FEV ₁ (n=22 821)*	Patients with no FEV ₁ data available (16 038)	p value
Age at diagnosis (years)				<0.0001†
Mean (SD)	67.5 (10.4)	66.3 (10.0)	69.1 (10.7)	
Median (IQR)	68 (60–75)	66 (59–74)	70 (62–77)	
Range	41–104	41–102	41–104	
Place of diagnosis (n, %)				<0.0001
Primary care	38 282 (99%)	22 617 (99%)	15 665 (98%)	
Secondary care (inpatient or outpatient)	577 (1%)	204 (1%)	373 (2%)	
GOLD FEV₁ impairment band* (n, %)				NA
FEV ₁ data‡ available	22 821 (59%)	..	..
GOLD I (FEV ₁ ≥80%)	2882 (7%)	..	..
GOLD II (FEV ₁ 50–79%)	10 347 (27%)	..	..
GOLD III (FEV ₁ 30–49%)	5669 (15%)	..	..
GOLD IV (FEV ₁ <30%)	3923 (10%)	..	..
FEV ₁ data‡ unavailable	16 038 (41%)	..	..



Patient and Physician Factors Associated With Pulmonary Function Testing for COPD

A Population Study

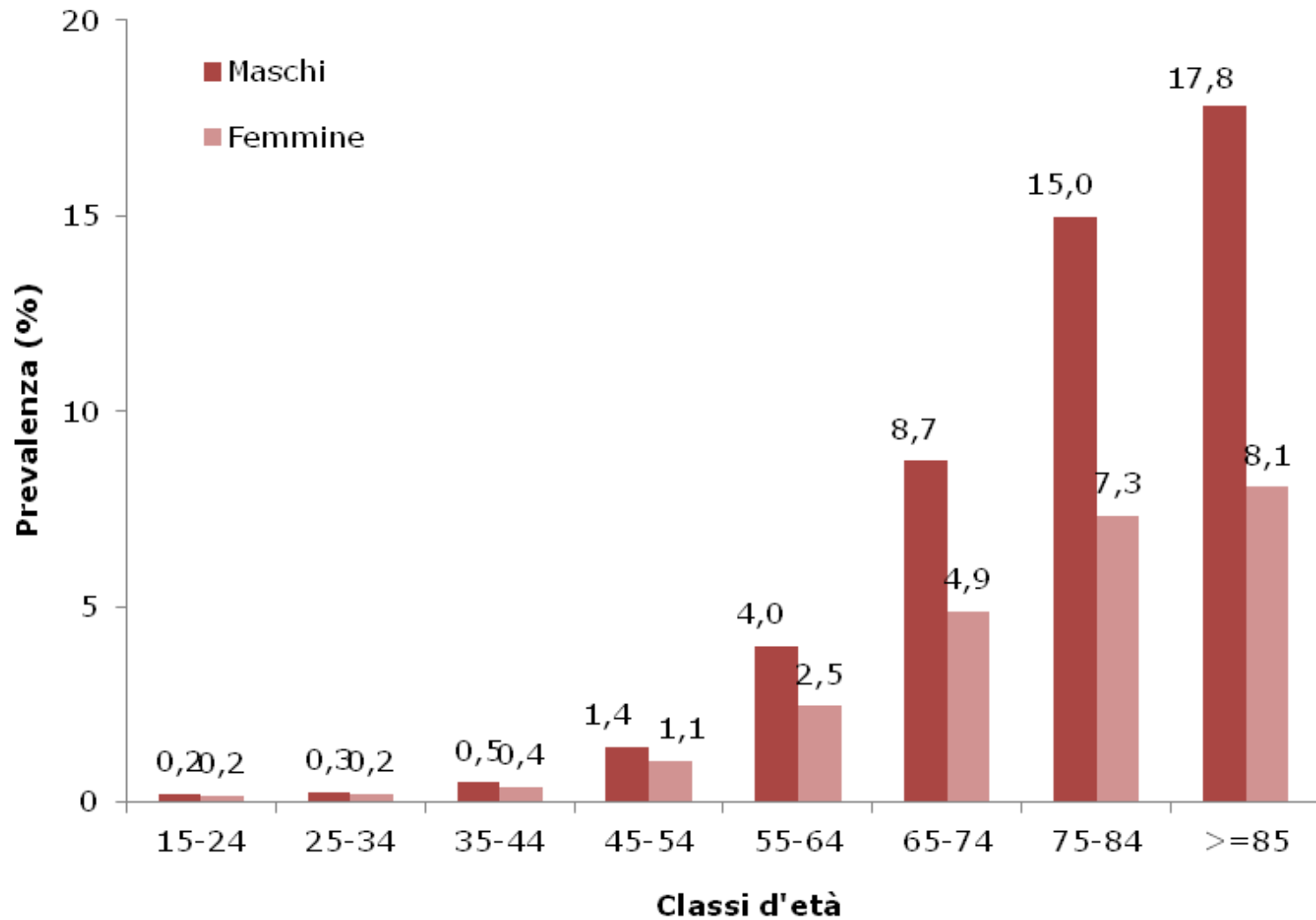
Andrea S. Gershon, MD; Jeremiah Hwee, MSc; Ruth Croxford, MSc; Shawn D. Aaron, MD; and Teresa To, PhD



Chest
2014

Results:
Only 35.9% of the 491,754 Ontarians newly diagnosed with COPD during the study period (2000-2010) received PFT

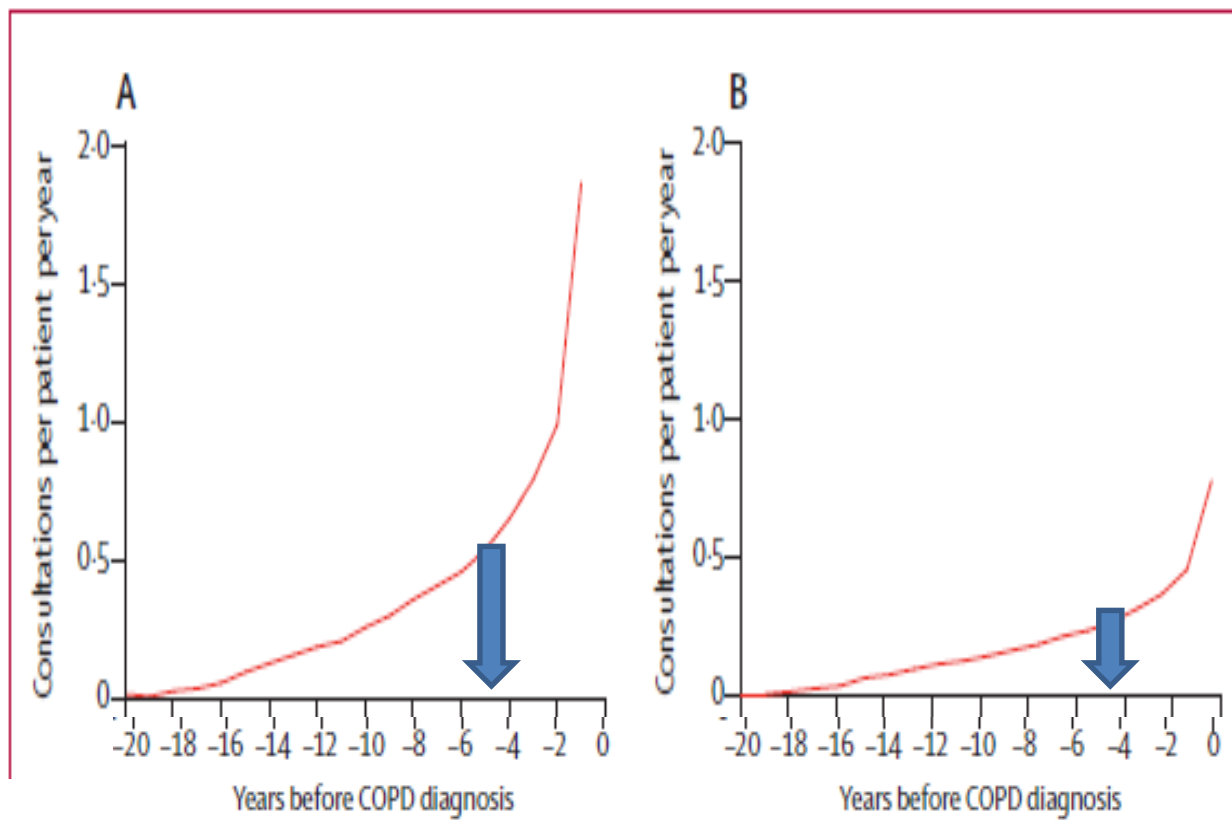
Prevalenza BPCO in Medicina Generale analisi per sesso e età anni 2003-2012





Opportunities to diagnose chronic obstructive pulmonary disease in routine care in the UK: a retrospective study of a clinical cohort

Rupert CM Jones, David Price, Dermot Ryan, Erika J Sims, Julie von Ziegenweidt, Laurence Mascarenhas, Anne Burden, David M G Halpin, Robert Winter, Sue Hill, Matt Kearney, Kevin Holton, Anne Moger, Daryl Freeman, Alison Chisholm, Eric D Bateman, on behalf of The Respiratory Effectiveness Group*

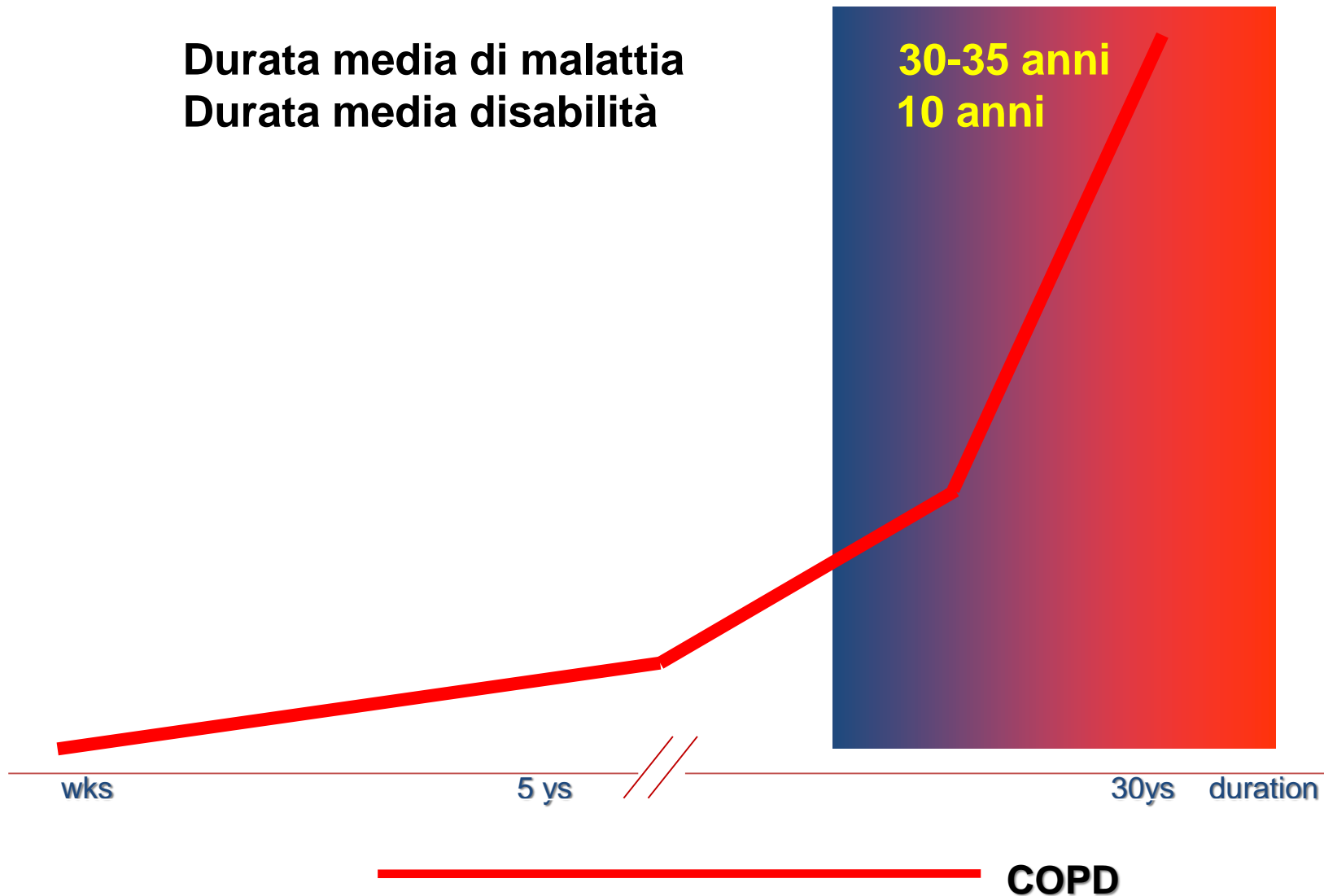


Lancet Respir Med 2014;

- ❖ **85% of pts consulted primary care for lower respiratory symptoms in the 5 years before diagnosis of COPD**

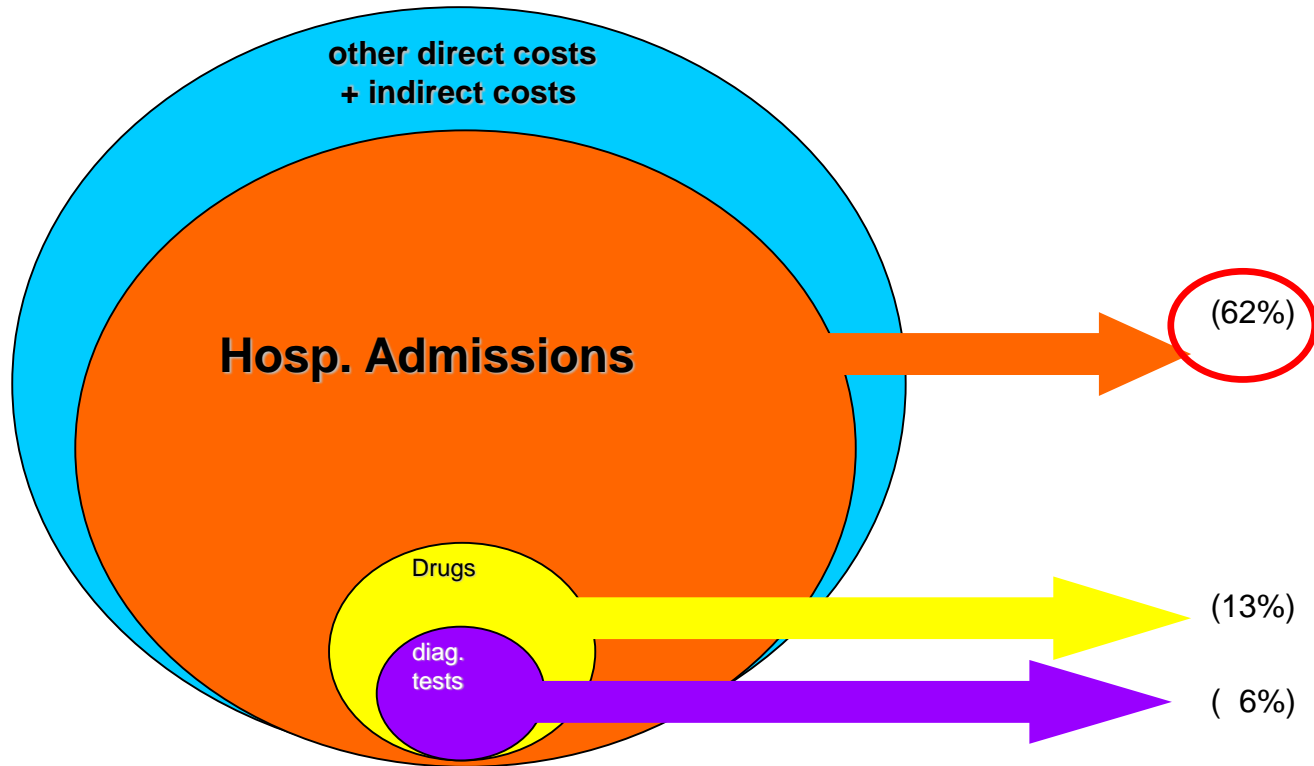
Costi della malattia

Durata media di malattia
Durata media disabilità

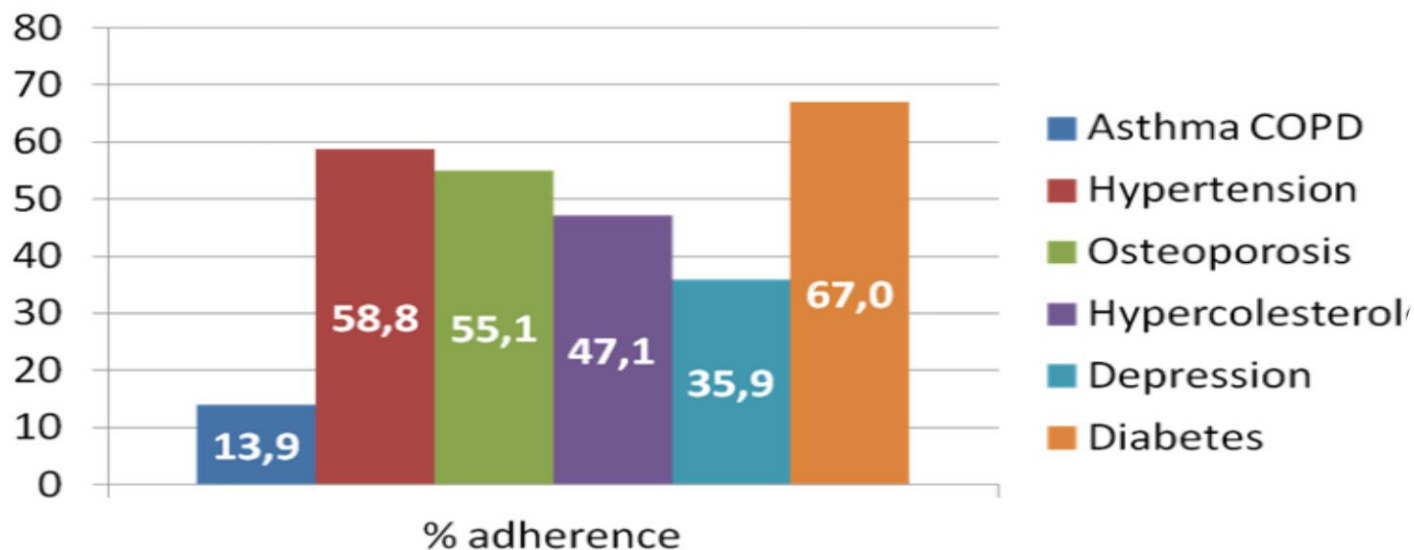


Dal Negro R.W., 2008

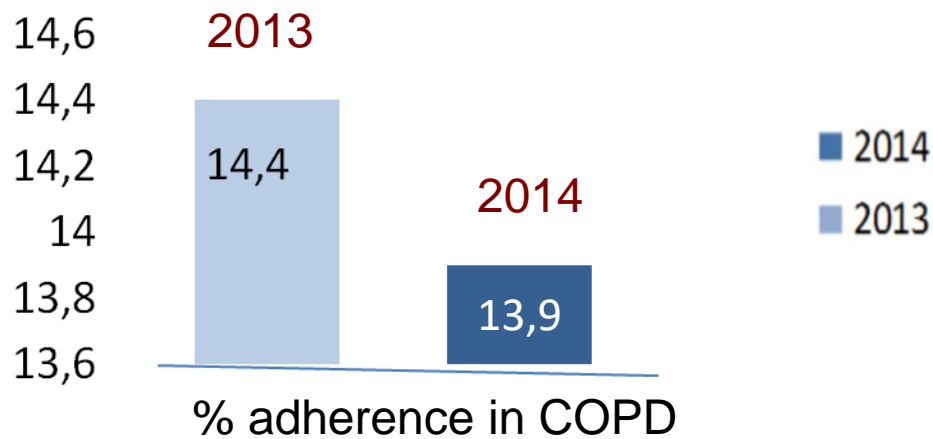
Distribuzione dei costi di malattia sul SSN



ADHERENCE TO CHRONIC DISEASES THERAPY 2014



2

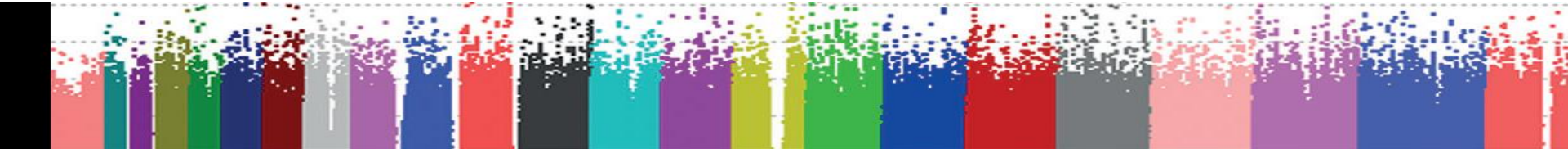


Source : AIFA – Italian Drug Agency
Osmed August 2015

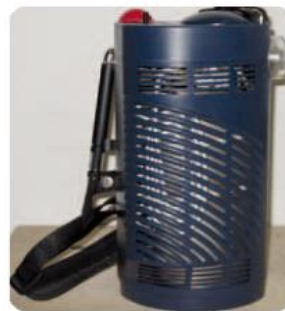
Approccio e Aderenza

- Ipertensione Arteriosa Sistemica: Prescritta una terapia - 4,5 milioni; Aderenza 65,5%
- Diabete: Prescritta una terapia - 807 mila; Aderenza 62,8%
- Asma e BPCO: Prescritta una terapia - 1,3 milioni; Aderenza 13,9%. **Stiamo curando 180.700 pazienti!**

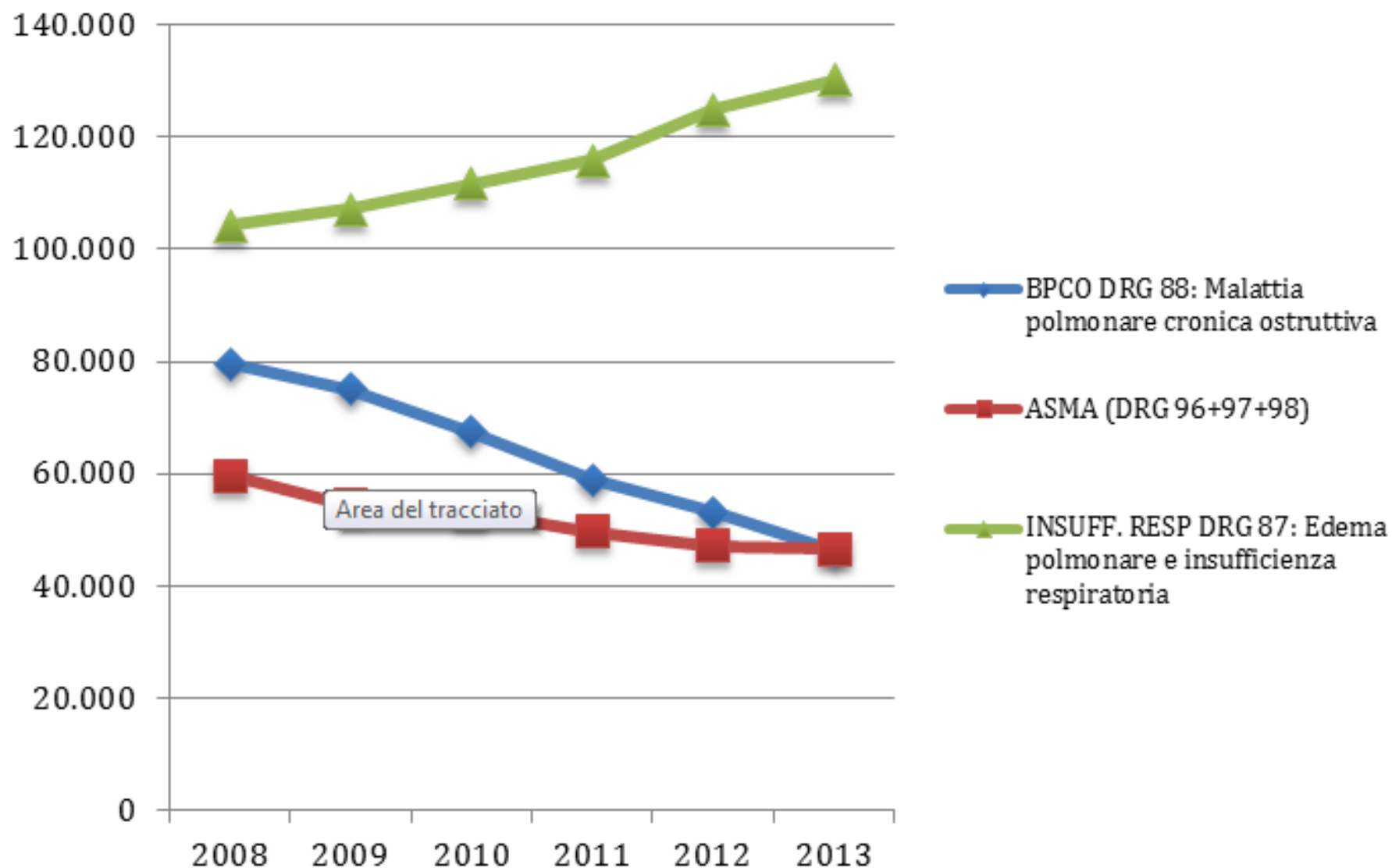
OSMED 2014



In Italia abbiamo circa 60.000 pazienti in O2 terapia domiciliare a lungo termine, la gran parte sono pazienti con BPCO in fase avanzata



Ricoveri BPCO, asma e insufficienza respiratoria 2008-2013



Numero giornate di degenza BPCO, asma e insufficienza respiratoria 2008-2013

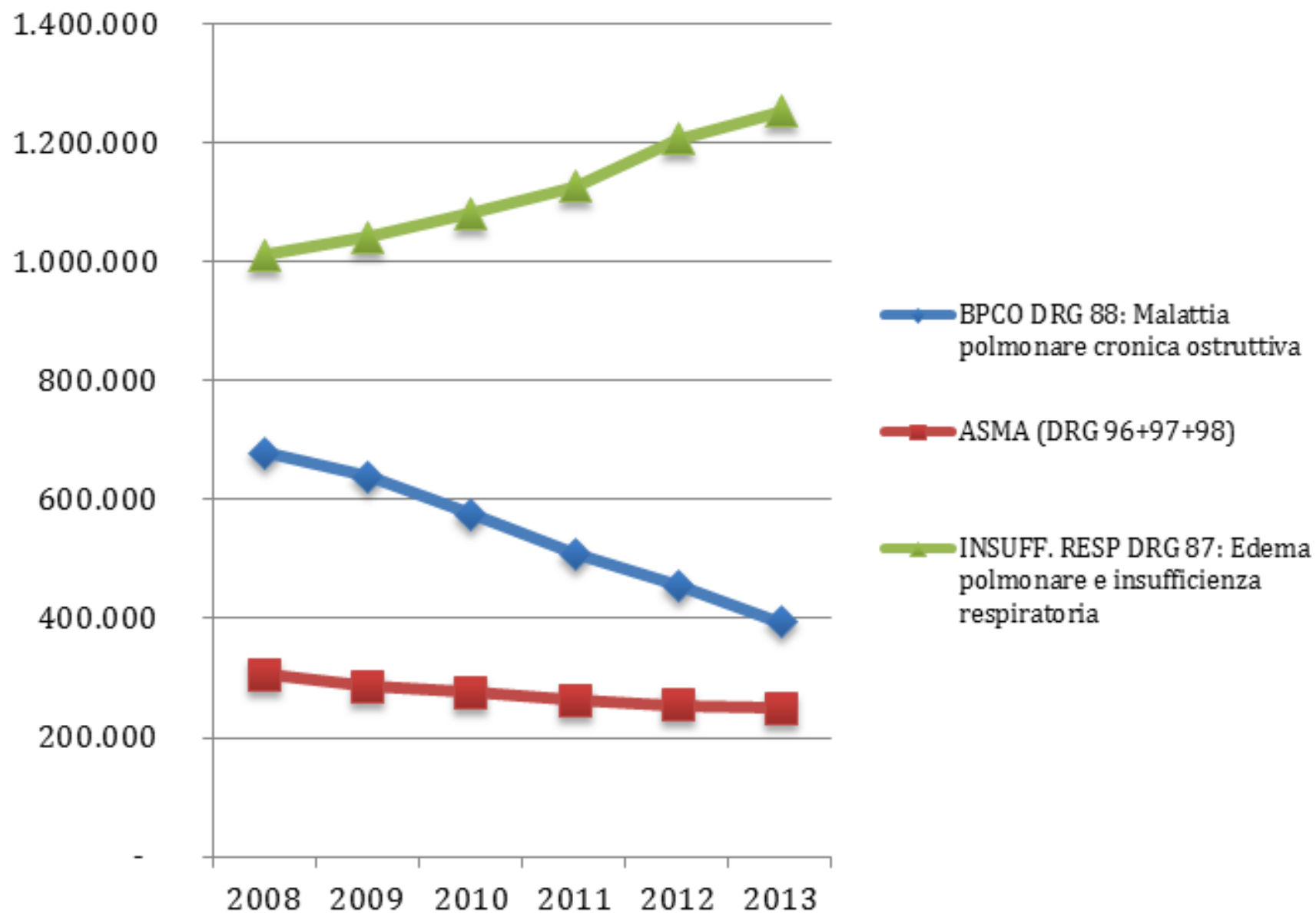


Tabella 1: Evoluzione posti letto complessivi e per disciplina 2008-2013

Complessivi Italia				Posti letto cardiologia				Posti letto medicina generale				Posti letto pneumologia			
Anno	Posti letto complessivi	DH	Tot	ordinari	DH	Tot cardiologia	% su totale	ordinari	DH	Tot medicina	% su totale	Ordinari	DH	Tot pneumologia	% su totale
2008	221.000	23.654	244.654	7.997	696	8.693	3,6%	35.887	3.062	38.949	15,9%	4.116	496	4.612	1,9%
2009	220.000	22.754	242.754	7.881	674	8.555	3,5%	34.533	2.852	37.385	15,4%	3.967	465	4.432	1,8%
2010	215.000	21.761	236.761	7.898	619	8.517	3,6%	34.171	2.813	36.984	15,6%	3.845	457	4.302	1,8%
2011	211.000	20.678	231.678	7.821	615	8.436	3,6%	33.160	2.795	35.955	15,5%	3.724	423	4.147	1,8%
2012	204.000	17.509	221.509	7.872	610	8.482	3,8%	32.307	2.318	34.625	15,6%	3.575	353	3.928	1,8%
2013	199.000	16.241	215.241	7.744	532	8.276	3,8%	31.151	2.134	33.285	15,5%	3.449	313	3.762	1,7%
Var. 2013 / 2008	-10,0%	-31,3%	-12,0%	-3,2%	-23,6%	-4,8%		-13,2%	-30,3%	-14,5%		16,2%	36,9%	-18,4%	



Riduzione posti letto

Riduzione spesa farmaceutica

insufficiente ADI



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Piano Nazionale della Cronicità

PARTE SECONDA

1. Malattie renali croniche e insufficienza renale
2. Artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva
3. Rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn
4. Insufficienza cardiaca cronica
5. Malattia di Parkinson e parkinsonismi
6. BPCO e insufficienza respiratoria cronica
7. Insufficienza respiratoria cronica in età evolutiva
8. Asma in età evolutiva
9. Malattie endocrine croniche in età evolutiva
10. Malattie renali croniche in età evolutiva

GAZZETTA UFFICIALE



DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Sabato, 18 marzo 2017

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

N. 15

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
12 gennaio 2017.

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Elenco di malattie e condizioni croniche invalidanti

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

Codice 057

PRESTAZIONI

	VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT)
90.27.1	GLUCOSIO
90.44.1	UREA
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario
90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO
91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]
89.44.2	TEST DEL CAMMINO CON VALUTAZIONE DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA [WALKING TEST]
87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico e Carbossiemoglobina.
	OPPURE
89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO
89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA / PULSOSSIMETRIA
93.18.2	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



Direzione Generale della Programmazione sanitaria
Aggiornamento del Decreto 12 dicembre 2001 sul Sistema di
Garanzie per il monitoraggio dei livelli di assistenza:
valutazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali

Versione 7 – 21 giugno 2017

NUOVO SISTEMA DI GARANZIA DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEI PERCORSI DIAGNOSTICO- TERAPEUTICO ASSISTENZIALI

Sommario

1. Obiettivi	5
2. Definizioni utilizzate.....	7
3. Protocolli per la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA):	
3.1 Broncopneumopatie cronico-ostruttive (BPCO).....	14
3.2 Scenpenso cardiaco.....	35
3.3 Diabete	58
3.4 Tumore operato della mammella nella donna.....	97
3.5 Tumori operati del colon e del retto.....	135



Regione Campania

Gruppo di Lavoro

<u>Aurelio Bouché</u>	Regione Campania Direttore Cure Primarie
<u>Raffaella Errico</u>	Dirigente Medico ASL CE
Gennaro Volpe	Direttore Cure Primarie ASL NA 1
Vincenzo D'Amato	Dirigente Medico della Struttura Commissariale
Fausto De Michele	Specialista Pneumologo Direttore UOSC Pneumologia 1 Dipartimento <u>Oncopneumoematologico A.O. Cardarelli</u>
<u>Mario Polverino</u>	Specialista Pneumologo Direttore Polo Pneumologico Asl Salerno Presso Presidio Ospedaliero <u>Scarlato</u>
<u>Alessandro Vatrella</u>	Specialista Pneumologo - <u>Università Di Salerno</u> <u>Aou San Giovanni Di Dio E Ruggi D'aragona</u>
<u>Ilaria Marchetiello</u>	Pneumologo -Specialista ambulatoriale ASLNA1
Luigi Sparano	MMG ASL NA 1 Centro
Filippo Bove	MMG ASL NA 2 Nord
<u>Gaetano Piccinocchi</u>	MMG rappresentante SIMG

cosa è un PDTA?



STRUMENTO DI GOVERNO DEI PROCESSI SANITARI

E' la contestualizzazione* delle Linee Guida, con la quale il paziente riceve una sequenza e una temporizzazione **preordinata**, **integrata** e **condivisa** di prestazioni di diagnosi e cura da parte del personale medico e non.

**** adattamento alle risorse professionali, organizzative e tecnologiche disponibili in loco***

Differenze tra un PDTA ed una linea guida

- *Chi fa cosa?*
- *In quale setting organizzativo?*
- *Con quali risorse?*
- *Come misuriamo il processo?*
- *Come misuriamo gli esiti?*
- *Modello di implementazione*
- *.....ed i contenuti clinici e scientifici?*

.... Per questo ci sono le linee guida e le evidenze della letteratura

Obiettivi del PDTA BPCO

Obiettivi

In particolare il PDTA BPCO della Regione Campania intende avviare un processo per:

- 1 **migliorare la prevenzione primaria e l'educazione** del paziente;
- 2 **migliorare la capacità** quantitativa e qualitativa **della diagnosi della BPCO** senza peggiorare i tempi di attesa;
- 3 **corretta gestione del paziente BPCO da parte della Medicina Generale**, in particolare nella nuova realtà del Distretto, che può governarne i punti di intercetto del paziente facendo leva sulla specialità territoriale e sulle aggregazioni della medicina (AFT e UCCP);
- 4 **prevenzione delle riacutizzazioni** della BPCO;
- 5 definire il **corretto setting della ospedalizzazione e riabilitazione respiratoria**.

Schema di lavoro del PDTA BPCO



	PREVENZIONE & EDUCAZIONE	DIAGNOSI	TERAPIA	RIACUTIZZAZIONE & OSPEDALIZZAZIONE	RIABILITAZIONE RESPIRATORIA
OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> Abolire i fattori di fumo 	<ul style="list-style-type: none"> Confermare la diagnosi di BPCO Emersione della patologia 	<ul style="list-style-type: none"> Controllo dei sintomi Ridurre delle riacutizzazioni 	<ul style="list-style-type: none"> Ospedalizzazione appropriata Corretto setting di ricovero 	<ul style="list-style-type: none"> Recupero funzionale Miglioramento qualità di vita
INPUT	<ul style="list-style-type: none"> Visita ambulatoriale 	<ul style="list-style-type: none"> Visita ambulatoriale Richiesta di spirometria 	<ul style="list-style-type: none"> Visita ambulatoriale 	<ul style="list-style-type: none"> Visita ambulatoriale o domiciliare pulsossimetria 	<ul style="list-style-type: none"> Visita domiciliare/ambulatoriale o in corso di ricovero
ATTORI	<ul style="list-style-type: none"> MMG Infermiere Specialista pneumologo 	<ul style="list-style-type: none"> MMG Specialista pneumologo 	<ul style="list-style-type: none"> MMG Specialista pneumologo 	<ul style="list-style-type: none"> MMG Specialista pneumologo 	<ul style="list-style-type: none"> Team multidisciplinare*
SETTING	<ul style="list-style-type: none"> Studio del MMG AFT/UCCP Centri Anti Fumo 	<ul style="list-style-type: none"> Studio del MMG AFT/UCCP Ambulatorio pneumo territorio 	<ul style="list-style-type: none"> Studio del MMG AFT/UCCP Ambulatorio pneumo territoriale 	<ul style="list-style-type: none"> Studio del MMG AFT/UCCP Ambulatorio pneumo territorio ospedale 	<ul style="list-style-type: none"> Ricovero ord. Riab. DH Domicilio Ambulatorio
OUTPUT	<ul style="list-style-type: none"> Registrazione dato fumo Trattamento tabagismo 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnosi e stadiazione Visita specialistica 	<ul style="list-style-type: none"> Prescrizione terapia Programma di follow-up 	<ul style="list-style-type: none"> Risoluzione della riacutizzazione Presenza in carico post-ricovero 	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione degli esiti Riduzione delle complicanze e delle disabilità residue

PREVENZIONE & EDUCAZIONE

OBIETTIVO

- Abolizione dei fattori di rischio

INPUT

- Visita ambulatoriale

ATTORI

- MMG
- Infermiere
- Specialista pneumologo
- Centri Anti Fumo

SETTING

- Studio del MMG
- AFT
- UCCP
- Centri Anti Fumo

OUTPUT

- Registrazione dato fumo
- Trattamento del tabagismo

Indicatori di processo

Indicatore	Referente	Livello organizzazione	Disponibilità temporale	Flusso	Responsabile elaborazione
# di pazienti con registrazione del dato di fumo / # Assistiti	- MMG	- MMG - AFT - Distretto	- 3 mesi	- Debito Informativo MMG Art.7 AIR Regione Campania	- Comitato Aziendale per l'appropriatezza

DIAGNOSI

OBIETTIVO

- Confermare la diagnosi di BPCO
- Favorire l'emersione della patologia non ancora diagnosticata

INPUT

- Visita ambulatoriale
- Indicazione di spirometria e pulsossimetria

ATTORI

- MMG
- Specialista pneumologo

SETTING

- Studio del MMG
- AFT
- UCCP
- Ambulatorio peumo territoriale

OUTPUT

- Diagnosi
- Eventuale prima visita specialistica

Nella fase di diagnosi gli obiettivi sono:

- 1 conferma tramite spirometria della diagnosi di BPCO per i pazienti che non dispongono di diagnosi strumentale entro 1 anno;
- 2 conferma tramite spirometria della diagnosi di BPCO per i pazienti con ultima spirometria anteriore ai 2 anni;
- 3 emersione della patologia tramite *case finding* (pazienti sintomatici con fattori di rischio) nell'ambito dei pazienti non ancora diagnosticati.

Indicatori di processo

Indicatore	Referente	Livello organizzazione	Disponibilità temporale	Flusso	Responsabile elaborazione
# di pazienti con diagnosi di BPCO e spirometria/# di pazienti con diagnosi di BPCO	- MMG	- MMG - AFT - Distretto	- 3 mesi	- Debito Informativo MMG Art.7 AIR Regione Campania	- Comitato Aziendale per l'appropriatezza



Gli obiettivi della terapia farmacologica nei pazienti con BPCO sono:

- 1 **Controllo dei sintomi, soprattutto la dispnea;**
- 2 **Riduzione della frequenza e della gravità delle riacutizzazioni;**
- 3 **Miglioramento della funzione polmonare, della tolleranza allo sforzo e della qualità di vita.**

Indicatori di processo

Indicatore	Referente	Livello organizzazione	Disponibilità temporale	Flusso	Responsabile elaborazione
# di pazienti trattati con broncodilatatori / # di pazienti con diagnosi di BPCO	- MMG	- MMG - AFT - Distretto	- 6 mesi	- Farmaceutica	- Servizio informatico aziendale
# di pazienti con diagnosi di BPCO che consumano almeno 8 confezioni di farmaci broncodilatatori/# di pazienti trattati con BPCO	- MMG	- MMG - AFT - Distretto	- 6 mesi	- Farmaceutica	- Servizio informatico aziendale

Schema di lavoro del PDTA BPCO

RIACUTIZZAZIONE & OSPEDALIZZAZIONE	
OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none">▪ Ospedalizzazione appropriata▪ Corretto setting di ricovero
INPUT	<ul style="list-style-type: none">▪ Visita ambulatoriale o domiciliare▪ pulsossimetria
ATTORI	<ul style="list-style-type: none">▪ MMG▪ Specialista pneumologo
SETTING	<ul style="list-style-type: none">▪ Studio del MMG▪ AFT/UCCP▪ Ambulatorio pneumo territorio▪ ospedale
OUTPUT	<ul style="list-style-type: none">▪ Risoluzione della riacutizzazione▪ Presa in carico post-ricovero

TAB 1 Setting assistenziali e tipologia di terapia in base alla gravità dell'insufficienza respiratoria.

GRAVITÀ	LUOGO DI CURA	TERAPIA
pH >7,35	Degenza Ordinaria ↓	Farmaci + Ossigenoterapia continuativa controllata
pH: 7,30 – 7,35	Unità di monitoraggio respiratorio UMR ↓	VPPN + terapia medica
pH < 7,30; paziente vigile	Unità Terapia intensiva intermedia Respiratoria UTIIR ↓	VPPN+ terapia medica
pH < 7,25 e/o alterazione dello stato neurologico,	Unità Terapia intensiva Respiratoria UTIR (se non MOF) o Terapia Intensiva Generale – UTIG (se MOF)	IOT + VPPN + Altri Presidi

Legenda : VPPN : ventilazione a pressione positiva non invasiva; IOT: intubazione oro-tracheale; Altri presidi: Device per rimozione extracorporea della CO2, Device per ultrafiltrazione

UMR: Unità di monitoraggio respiratorio; **UTIIR:** Unità di terapia intermedia Respiratoria; **UTIR:** Unità di terapia intensiva respiratoria; **UTIG:** Unità di terapia intensiva generale

Differenze tra un PDTA ed una linea guida

- *Chi fa cosa?*
- *In quale setting organizzativo?*
- *Con quali risorse?*
- *Come misuriamo il processo?*
- *Come misuriamo gli esiti?*
- *.....ed i contenuti clinici e scientifici?*

.... Per questo ci sono le linee guida e le evidenze della letteratura

Perché un progetto di implementazione?

AIFO
 CARD
 MeTS
 SIFO
 SIMG

REGIONE CAMPANIA
 Workshop di presentazione
13 Aprile 2018
 ore 10:00
PROGETTO Agire
 Appropriatezza clinica Gestionale in Regione Campania per la BPCO
 Palazzo Armieri
 Sala Armieri piano I
 Via Nuova Marina 19/c
 Napoli

Il Progetto Formativo

Obiettivi del percorso formativo

Criticità:

- Sottodiagnosi
- Inappropriatezza diagnostica (sovradiagnosi)

ESAME DIAGNOSTICO
PRINCIPALE: **spirometria**

Soluzione:



Pneumologo

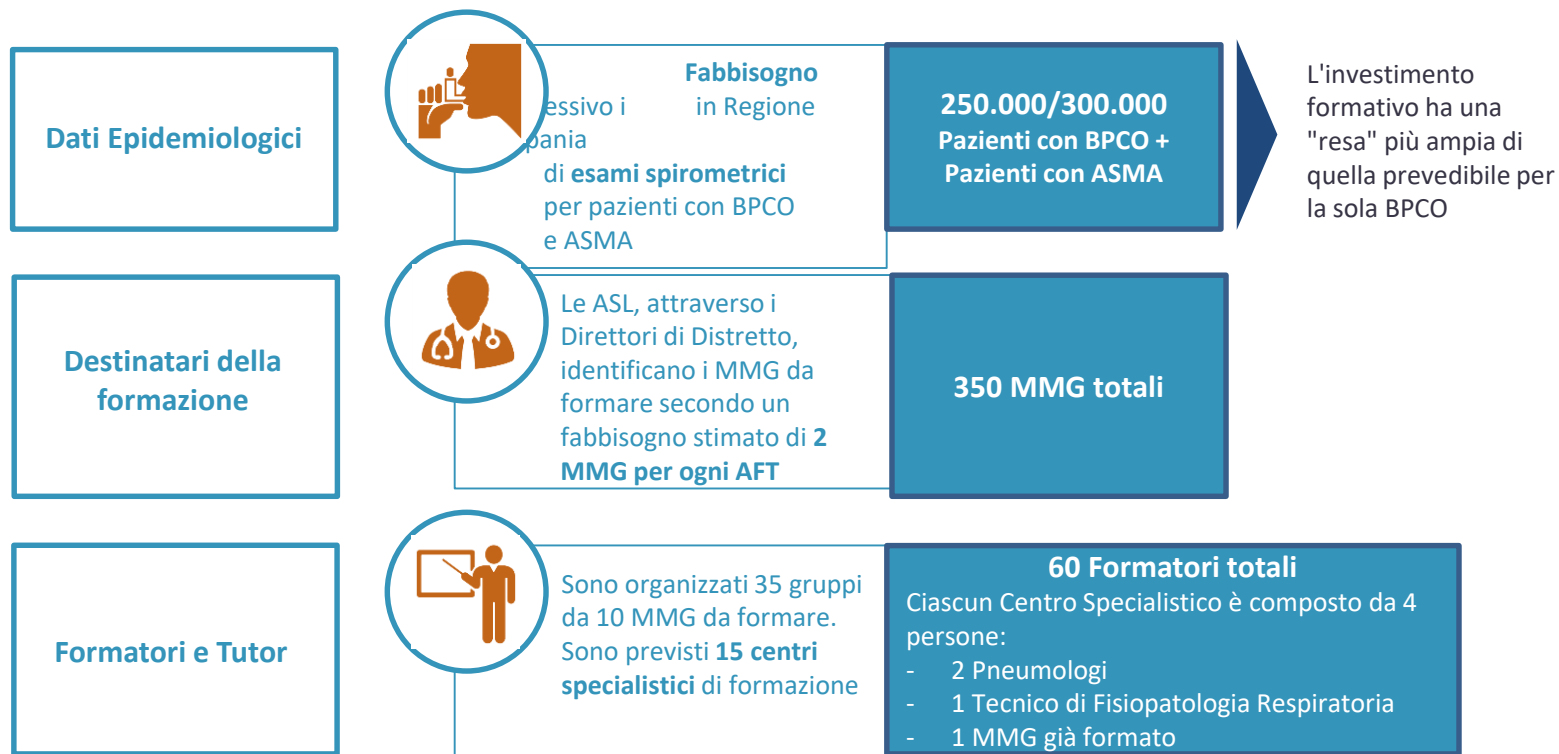
MMG

Integrazioni:

- Affiancamento e **monitoraggio del piano formativo**
- Miglioramento della appropriatezza terapeutica
- Corretta ospedalizzazione

Un percorso formativo centrato sul trasferimento di competenze dallo specialista pneumologo al MMG sulla corretta esecuzione della spirometria e sull'uso corretto delle informazioni ottenute può costituire il primo passo per il **miglioramento nella gestione della BPCO**

Target dell'intervento formativo



Strutturazione e timing del processo formativo



STEP 1 - PRELIMINARE

Durata: 3 mesi

- Acquisizione di **350 apparecchiature spirometriche (spirometria basale)** su specifico finanziamento regionale
- Acquisizione di **12 stazioni di diagnostica** funzionale di 2° livello su specifico finanziamento regionale
- Gestione centralizzata dei dati attraverso un **collegamento in rete tra apparecchiature e stazioni di diagnostica** → trasmissione e monitoraggio
- Dotazione di materiale formativo con i contenuti teorici del progetto e del PDTA

STEP 2 – RESIDENZIALE

Durata: 6 mesi

- **Riunione preliminare** tra i Direttori ASL e i 65 Direttori di Distretto di tipo informativo per garantire la collaborazione
- **1 riunione Train the Trainer** per tutti i Formatori → presentazione di obiettivi, modalità e tempistiche del progetto
- **5 riunioni Train the Trainer** su base provinciale per i dettagli organizzativi specifici
- 10 eventi formativi per tutti i MMG afferenti tenuti dai Centri Specialistici

Strutturazione e timing del processo formativo

STEP 3- FORMAZIONE SUL CAMPO

Durata: 18 mesi

3 incontri teorici (6 ore) presso i Centri Specialistici →
contenuto: principi di fisiopatologia e clinica della BPCO, esecuzione di esami spirometrici, principi di interpretazione

incontri di affiancamento individuale da parte dei Tecnici di FPR per avviare in sicurezza la diagnostica

1 incontro a cadenza **trimestrale** (4 in totale) con il gruppo di 10 MMG per verificare le attività svolte

6 mesi

12 mesi

STEP 4 – FOLLOW UP

Da 12 mesi dopo l'avviamento

- **Verifica** dell'operatività dei MMG attraverso gli indicatori previsti dal PDTA relativamente alla diagnostica: “numero di pazienti con diagnosi di BPCO e spirometria sul numero di pazienti con diagnosi di BPCO”

Project Management Office

Attività:

- Definisce e sintetizza gli **elementi della formazione**
- Fornisce supporto all'estrazione di **informazioni di monitoraggio**
- Sintetizza il **monitoraggio degli indicatori**
- Supporta la definizione delle **fonti informative** di controllo del PDTA
- Individua le **criticità** nella gestione di pazienti
- Sintetizza il **SAL** (stato avanzamento lavori) delle attività

Riconoscimenti:

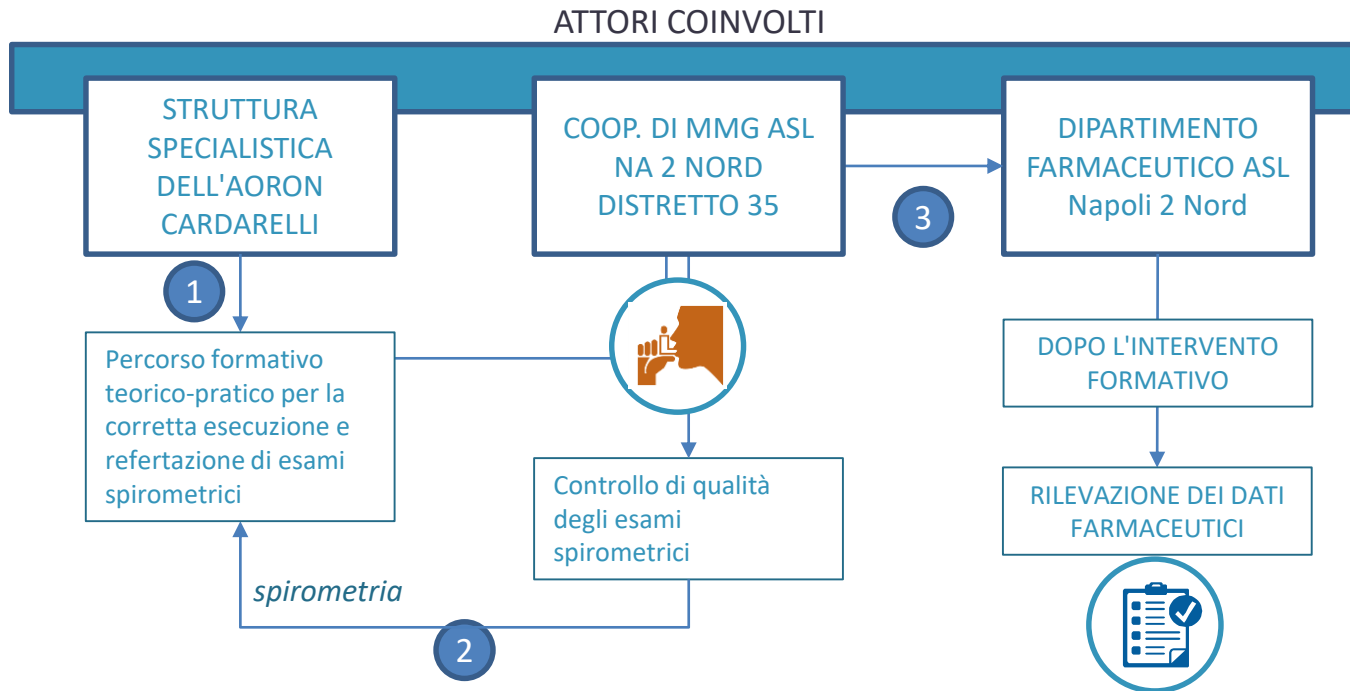
Conferimento di un **attestato** al termine dell'intero percorso formativo da parte delle Società Scientifiche a tutte le AFT che hanno adottato il PDTA della BPCO di Regione Campania



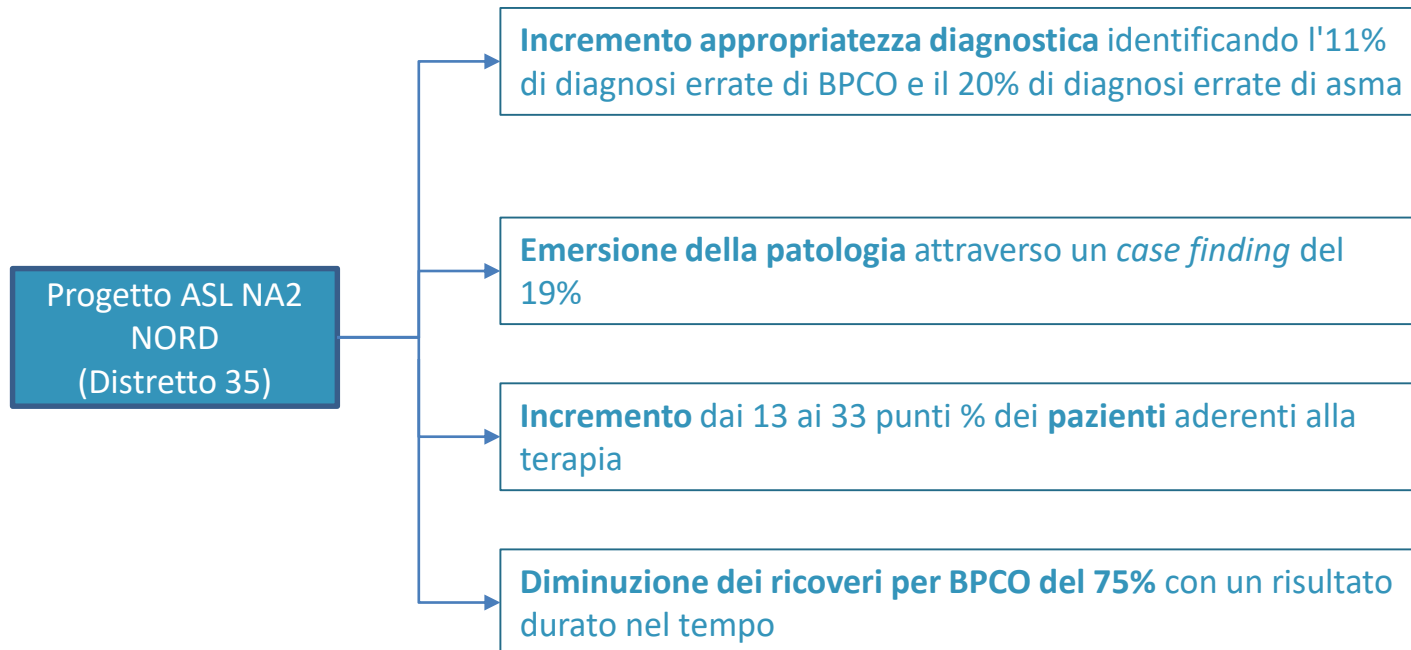
Il "pilota" del Progetto Formativo L'esperienza nell'ASL NA2 Nord

Dott. Fausto De Michele
Dott. Filippo Bove MMG
Dott. Vincenzo D'Agostino (*DIP.
Farmaceutico ASL NA2*)

Il progetto ASL NA2 Nord: il progetto

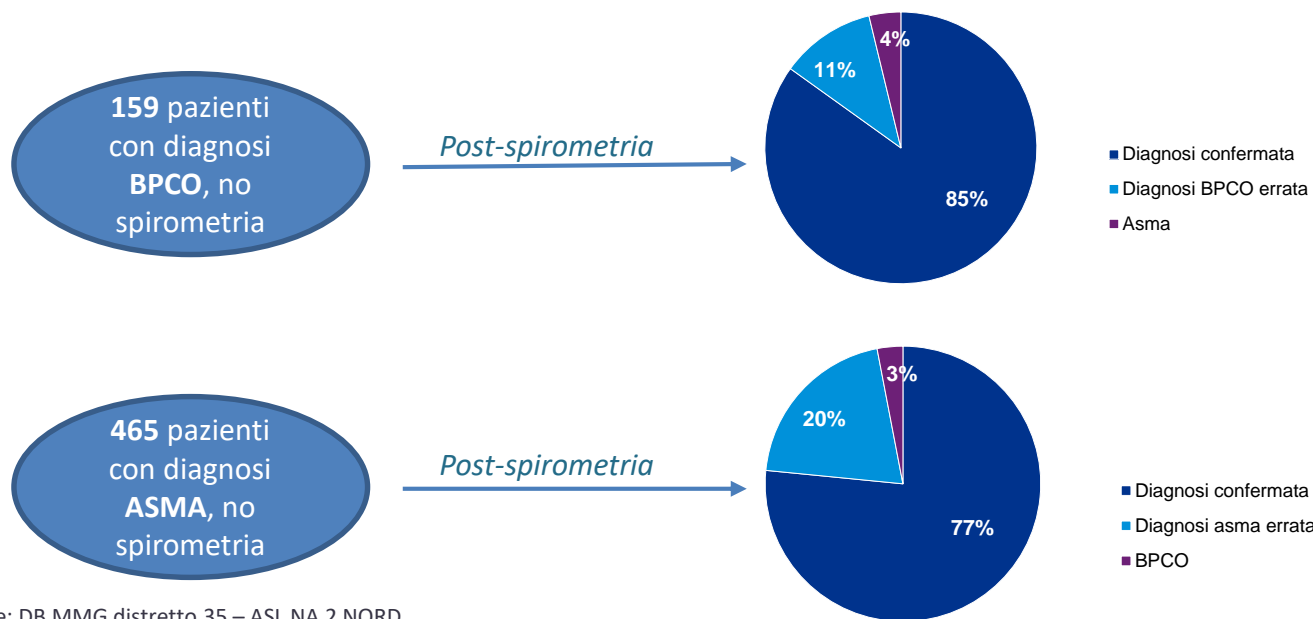


Il progetto ASL NA2 Nord: i risultati



Il progetto ASL NA2 Nord: i risultati

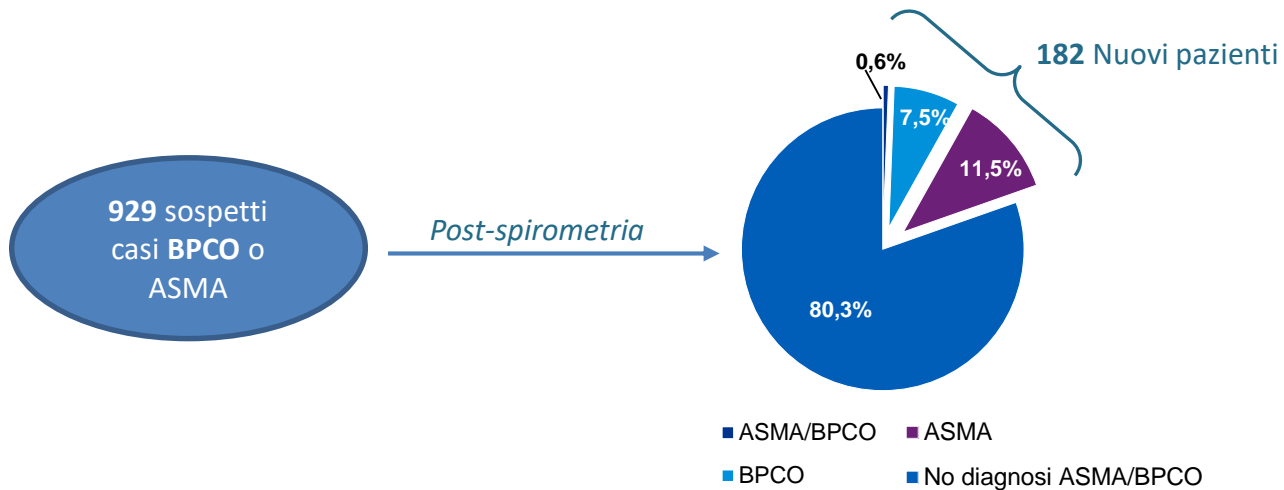
L'appropriatezza diagnostica è migliorata



Fonte: DB MMG distretto 35 – ASL NA 2 NORD

Il progetto ASL NA2 Nord: i risultati

La patologia è emersa attraverso case finding

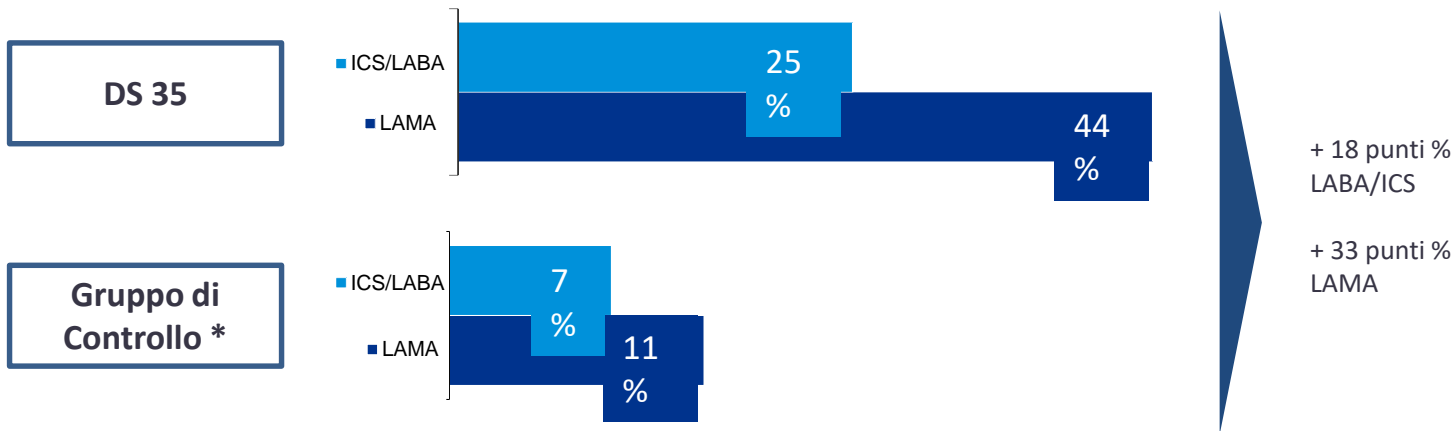


Fonte: DB MMG distretto 35 – ASL NA 2 NORD

Il progetto ASL NA2 Nord: i risultati

L'aderenza alla terapia è migliorata

% Pazienti con Numero Confezioni superiore a 6



(*) Gruppo di controllo – Altri distretti ASL NA 2 NORD

Fonte: Servizio Farmacoeconomia – ASL NA 2 NORD

Il progetto ASL NA2 Nord: i risultati le ospedalizzazioni per BPCO si sono ridotte (1 di 2)

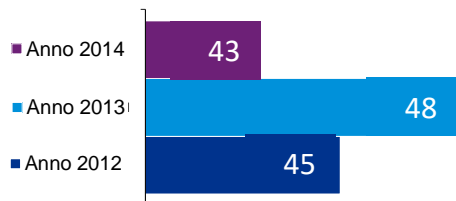
Numero di ospedalizzazioni per BPCO

DS 35



Tra il 2013 e il 2014
-75%

Media del Gruppo di Controllo *



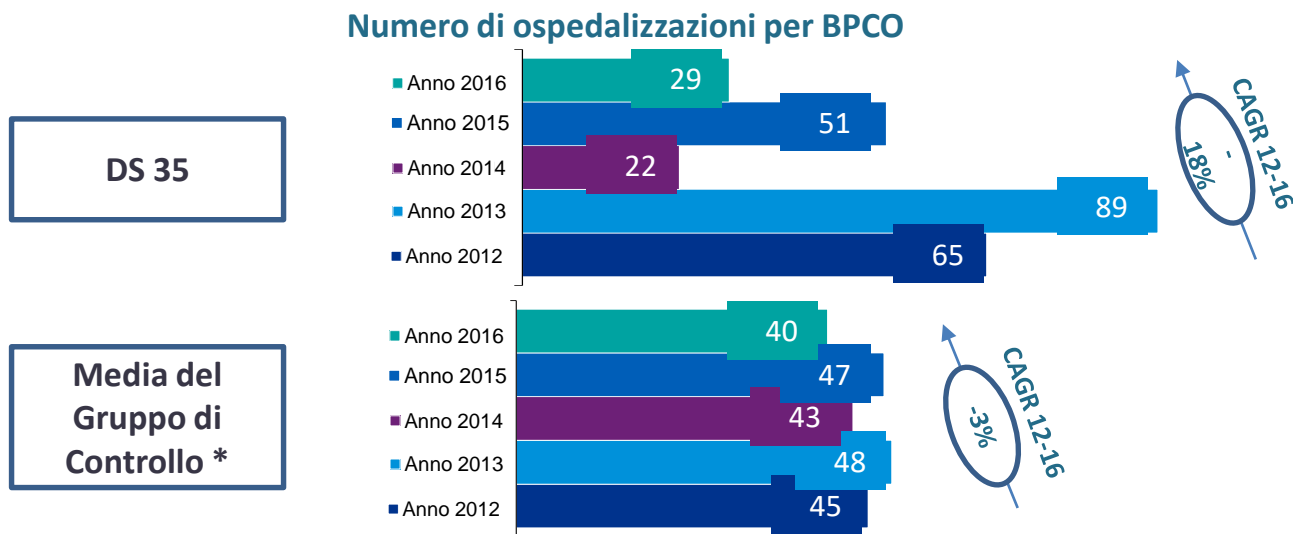
Tra il 2013 e il 2014
-10%

(*) Gruppo di controllo – Altri distretti ASL NA 2 NORD

Fonte: Servizio Farmacoeconomia – ASL NA 2 NORD

Il progetto ASL NA2 Nord: i risultati

le ospedalizzazioni per BPCO si sono ridotte (2 di 2)



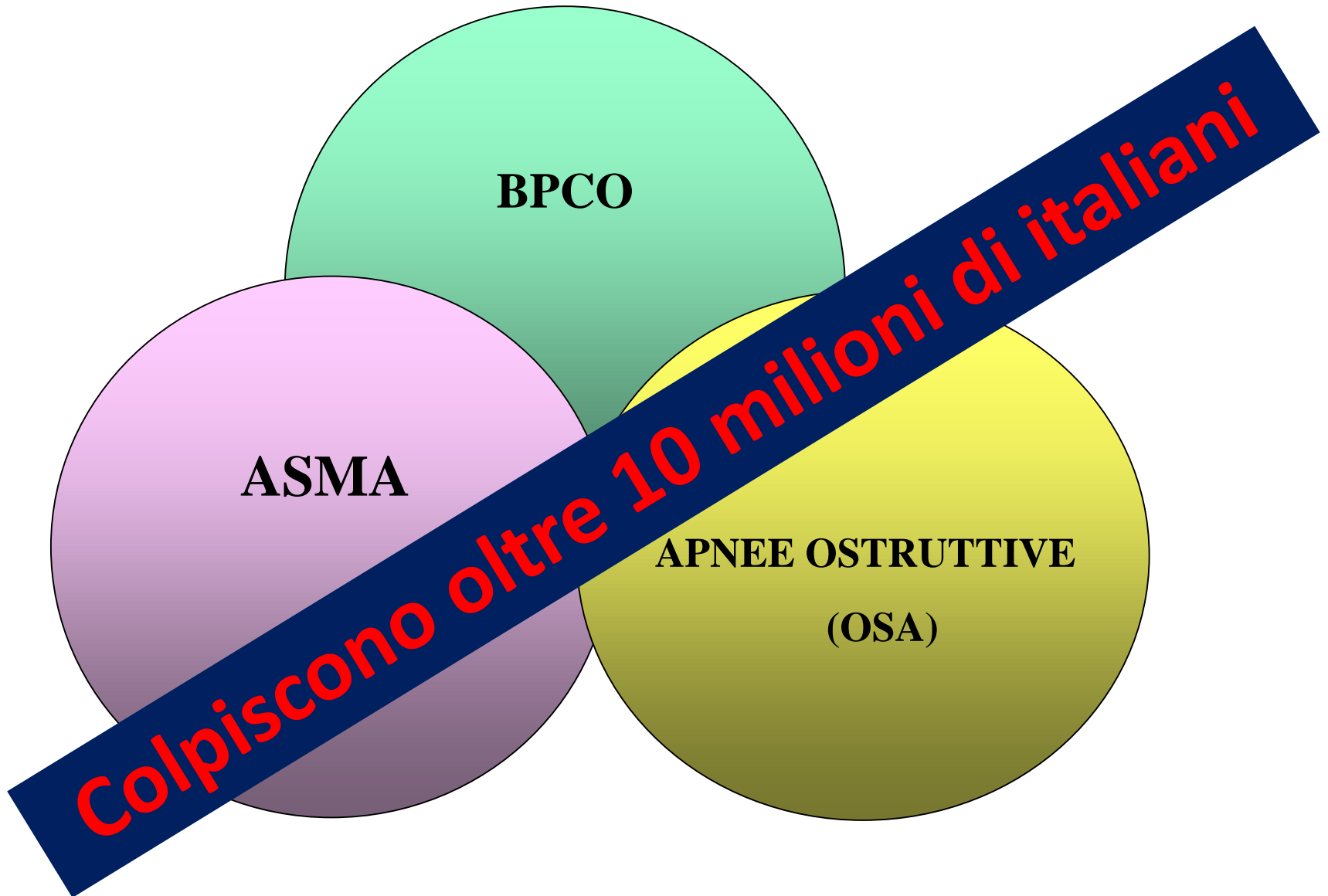
(*) Gruppo di controllo – Altri distretti ASL NA 2 NORD

Fonte: Servizio Farmacoeconomia – ASL NA 2 NORD



Finita? Ancora 1 minuto di pazienza

LE CRONICITA' RESPIRATORIE



Dati del centro di riferimento

Referente FAUSSO DE MICHELIS

Unità UCO PNEUMOLOGIA 1 ADRN "A. CARDARELLI"

Città NAPOLI

Periodo dal 1/11/17 al 26/1/18

N° MMG coinvolti nel percorso	5
N° complessivo pazienti positivi al questionario ed inviati al Centro	22
N° polisonnografie effettuate	22
N° polisonnografie risultate positive	22

MMG = Medici di Medicina Generale

QUESTIONARIO GdS AIPO DRS PER L'IDENTIFICAZIONE DEI DISTURBI RESPIRATORI DURANTE IL SONNO

1) *Le dicono che talvolta smette di respirare o ha apnee durante il sonno?*

Si/Spesso No/Raramente

2) *Le dicono che russa?*

Si/Spesso No/Raramente

3) *Si sveglia durante il sonno con il bisogno urgente di urinare?*

Si/Spesso No/Raramente

4) *Le capita di non essere soddisfatto/a di come ha dormito?*

Si/Spesso No/Raramente

5) *Sente frequentemente il desiderio o il bisogno di dormire durante il giorno (eccetto dopo pranzo)?*

Si/Spesso No/Raramente

6) *Assume farmaci per la pressione arteriosa alta?*

Si No

Esito positivo

risposta *Si/Spesso* alla domanda 1)

o

almeno due risposte *Si/Spesso* alle domande 2), 3), 4), 5) e 6)



Cerchiamo di fare gioco di squadra per ottenere il goal!

Grazie per l'attenzione !