

PRESENTAZIONE PROGETTO « AGIRE »

Appropriatezza Clinica Gestionale in Regione Campania per BPCO e ASMA

**Ruolo del Medico di Assistenza Primaria per la implementaizone del PDTA della
BPCO e dell' ASMA nelle nuove forme organizzative delle Cure Primarie**

Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) – Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)



a cura di ...

Dott. Primo Sergianni
Responsabile Cure Primarie e Attività Territoriali
ASL NA 3 SUD

IL CONTESTO

TRASFORMAZIONE DOMANDA SANITARIA

- Cambiamento della struttura demografica , epidemiologica, sociale
- Evoluzione culturale dell'utente

EVOLUZIONE OFFERTA SANITARIA

- Nuove forme organizzative del Territorio
- Proattività e continuità delle cure
- Empowerment del paziente

Ottimizzazione dell'uso delle risorse



**E LO SCENARIO DEMOGRAFICO:
PROIEZIONI ISTAT DELLA POPOLAZIONE**

Le proiezioni statistiche confermano il progressivo aumento della popolazione anziana e, soprattutto ,grande anziana

L' IMPATTO DELLE MALATTIE CRONICHE



**Le Malattie Croniche
Rappresentano circa l'
80% di tutte le patologie**

**...ed assorbono il 70%
delle risorse**

La distribuzione delle risorse



CONTESTO ASSISTENZIALE

- **CRISI ECONOMICA**
- **FONDI PER LA SANITA PUBBLICA**
- **SCARSA ATTENZIONE ALLA PREVENZIONE**
- **STILI DI VITA SCORRETTI**
- **VACCINAZIONI INSUFFICIENTI**
- **ADESIONE SCREENING INADEGUATA**



Rinuncia alle cure

Il 7,2% degli italiani ha rinunciato alle cure per:

- 1) motivi economici**
- 2) liste d'attesa lunghe**

A person in a white shirt is holding a tablet. The tablet screen displays a globe with a network of lines and nodes, symbolizing global connectivity and technology. The background is a solid blue color.

**I piccoli cambiamenti non
bastano più**

È arrivato il tempo delle grandi trasformazioni!

Appropriatezza - Equità e Sostenibilità della spesa

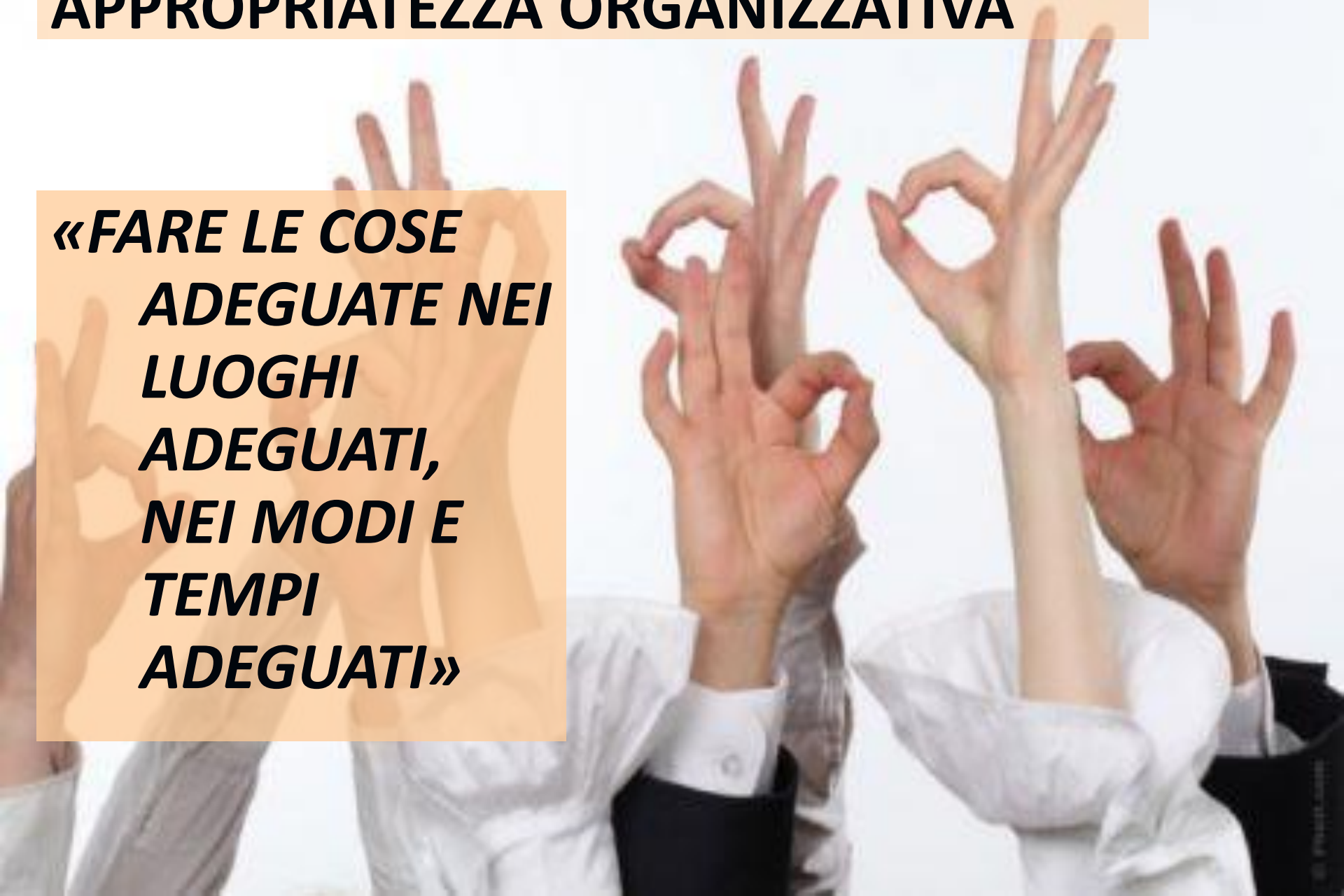
APPROPRIATEZZA



Il tema della appropriatezza è da sempre uno dei **motivi dominanti nel MODELLI DI ASSISTENZA SANITARIA ricomprendendo anche l'aspetto organizzativo.**

APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

**«FARE LE COSE
ADEGUATE NEI
LUOGHI
ADEGUATI,
NEI MODI E
TEMPI
ADEGUATI»**



**.....UN'OCCASIONE PER RILANCIARE
la sanità territoriale
I DISTRETTI**

Distretto luogo di:



- **integrazione professionale, globalità della presa in carico e della risposta all'utente**
- **produzione e committenza**
- **prevenzione e medicina pro-attiva (screening, vaccinazioni, chronic care model)**
- **Governance del territorio**

...L' EFFETTO FLIPPER



Alcuni esempi.....

OSPEDALE
DELLE
COMUNITA'

AFT

RSA

SPS

UCCP

ADO

CASA
DELLA
SALUTE

CTT

ADI

PRESUPOSTI DELLA TRASFORMAZIONE

Tutto questo presuppone:

La realizzazione di un **DISTRETTO FORTE**, leader della cronicità della non autosufficienza e della prevenzione in grado di creare vere alternative all' ospedale

Con la creazione di un rapporto di partnership

MMG/PLS/SPEC.AMBUL./AZIENDA

IL DISTRETTO SANITARIO

«PROTAGONISTA DELL'ASSISTENZA»



GOVERNO CLINICO

Importanza della funzione clinico-assistenziale dell'attività dei servizi territoriali

Esigenza che efficacia ed appropriatezza clinica diventino parte dei criteri operativi dei servizi

Necessità di monitoraggio, indirizzo e regolazione dei processi assistenziali

PERCORSI PER PATOLOGIA

UCCP

Vero esempio di potenziamento della medicina territoriale

Strutture, gestite in autonomia e responsabilità, per assicurare le cure primarie e della cronicità.

Gruppi di medici dell'assistenza Primaria, Pediatri di libera scelta, medici della continuità assistenziale, specialisti

ADI

Per assistere pazienti non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza con condizioni trattabili a domicilio con idonea condizione abitativa e valido supporto familiare o di vicinato

- Malati terminali
- Fasi acute di malattie croniche
- Dimessi da RSA
- Portatori gravi handicap

RSA

Con caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero propriamente detto e le altre possibili risposte assistenziali domiciliari (ADI)

IL RUOLO DEL DISTRETTO

Al distretto compete, in questo senso, di assicurare i servizi di *primary ed intermediate care* relativi all'attività sanitaria e socio-sanitaria

- assicurando anche le **funzioni di coordinamento** delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri;
- divenendo, quindi **titolare delle attività territoriali, garante dell'appropriatezza e dell'esigibilità dei LEA** (livelli essenziali di assistenza), **responsabile dell'ottimizzazione delle risorse assegnate** organizzando le modalità di risposta e coordinando i percorsi.

Il Percorso Diagnostico-Terapeutico (PDT)

- Strumento di gestione clinica usato per **definire il migliore processo assistenziale per rispondere a specifici bisogni di salute.**
- Nasce da un **approccio integrato** dei processi di gestione dell'iter di cura dei pazienti
- Esso, infatti, pone l'attenzione sul **miglioramento della sequenza spazio-temporale del processo di cura per migliorare la qualità dell'assistenza**

Perché è così utile?

- Per **migliorare l'assistenza delle patologie** con cui più frequentemente si trova a contatto l'assistenza territoriale
- Per tenere **un'uniformità di comportamenti diagnostici, terapeutici e preventivi basati su ricerca ed evidenza clinica (EBM)**
- Per raggiungere una maggiore possibilità di **valutazione dei risultati**
- Per **abbattere le liste d'attesa**
- Per ottenere **l'appropriatezza delle prestazioni, l'eliminazione degli sprechi e risparmio economico**

NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI

AFT - UCCP



Le linee guida normative di riferimento

Decreto 53 del 05.03.2018

- Le Regioni organizzano l'assistenza primaria secondo:
 - modalità operative monoprofessionali denominate **aggregazioni funzionali territoriali (AFT)**
 - forme organizzative multiprofessionali denominate **unità complesse di cure primarie (UCCP)**

AFT Organizzazione

Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

- Requisito di base dell'AFT è l'obbligo di aggregazione di medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta in numero non inferiore a 20
- Bacino di utenza fino a 30.000 assistiti
- L'AFT è coordinata da un referente che svolge il compito di interfaccia con la ASL/Ospedale e con le altre AFT
- Il Coordinatore è nominato dai membri stessi

UCCP Organizzazione

Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)

- Sono aggregazioni strutturali multi-professionali di cui fanno parte i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, Spec. Ambul., nonché gli operatori del territorio (infermieri, specialisti ambulatoriali, amministrativi e personale sociale)
- L'UCCP è coordinata da I Direttore del Distretto svolge il compito di interfaccia con ASL/Ospedale e con altre UCCP
- Integrazione nella rete telematica aziendale e/o regionale

Riorganizzazione delle cure

AFT: compiti e risorse - DCA 134/2016



COMPITI

- **Assistenza in ambulatorio e domicilio** della popolazione in carico
- **Valutazione dei bisogni**, percorsi PDTA per continuità della cura
- **Medicina preventiva / proattiva**
- **Obiettivi LEA** :ADI, screening e vaccinazioni;
- **Miglior uso possibile delle risorse** efficacia – efficienza

R I S O R S E

- **Strumenti diagnostici**
- **Accesso condiviso alle cartelle informatiche.**
- **Liste di pazienti affetti da patologie croniche)**
- **Monitoraggio tramite l'uso di indicatori specifici (griglia LEA)**

AFT – AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI

DCA. N. 99 DEL 22.09.2016

stima del numero di AFT della Medicina Generale e della Pediatria

ASL	n. D. S.	Pop. >15 anni	MMG	C. A. (titolari)	C. A. (sostituti)	n. AFT MMG	Pop. 0-14 anni	P.L.S.	n. AFT PLS
ASL AVELLINO	6	370.743	341	164	80	12	54.582	48	8
ASL BENEVENTO	5	245.005	236	103	29	8	35.702	29	6
ASL CASERTA	12	778.570	739	220	23	26	145.844	125	14
ASL NAPOLI 1 CENTRO	10	841.106	995	158	41	28	147.119	152	11
ASL NAPOLI 2 NORD	13	870.940	799	193	33	29	181.814	164	14
ASL NAPOLI 3 SUD	13	900.648	780	243	18	30	172.271	157	13
ASL SALERNO	13	953.084	854	176	122	32	153.422	131	18
TOTALE	72	4.960.096	4.744	1.257	346	165	890.754	806	84

Aggregazioni Funzionali Territoriali

L'AFT persegue le finalità attraverso:

- **riorganizzazione** delle proprie attività e **condivisione** delle stesse con il Distretto di riferimento, per la valutazione dei risultati ottenuti e per la socializzazione dei medesimi;
- **la partecipazione a programmi di aggiornamento e formazione** e a **progetti di ricerca** concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e Aziendale;

L'AFT è dotata di un proprio sistema interno informativo/informatico connesso al sistema aziendale e regionale.

AFT – arma gestionale per il coordinamento dei MMG

ATTIVITA' :

- servizio H12** → apertura coordinata degli studi per garantire copertura oraria;
- organizzazione: strutturale/micro-team e/o in rete** sul territorio di appartenenza;
- stesso Software** utilizzato (es.Millewin, Atlas);
- cartelle cliniche condivise** tra MMG della stessa AFT;
- modalità comune di presa in carico** del Paziente (PDTA Regionali e Azeindali);
- incontri mensili di allineamento attività e/o formazione.**

I MMG organizzati in AFT usufruiscono di tali strumenti:

- 1. Conoscenza delle cartelle cliniche di tutta la popolazione assistita** indipendentemente dai diversi gestionali in possesso dei singoli MMG/PLS (**gestionale unico condiviso anche con la continuità assistenziale**)
- 2. Accesso alle liste di pazienti affetti da patologie croniche** (ogni MMG/PLS è in grado di conoscere **l'aderenza ai trattamenti** dei pazienti affetti da diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie)
- 3. Ruolo decisivo per il migliore setting di cura per il paziente,** RSA, Domiciliare, **adozione dei PDTA** per gli assistiti, fornendo modelli di assistenza appropriati e sostenibili.

I compiti del coordinatore di AFT



Organizzazione

- Organizza la turnistica dei medici
- Garantisce la continuità assistenziale
- Indice, organizza, coordina le riunioni dei medici facenti capo all'AFT
- Registra partecipazione dei MMG alle attività di AFT e le comunica all'ASL
- Definisce e promuove le attività di formazione in concerto con il Distretto
- Rappresenta i MMG dell'AFT nei rapporti con Ospedali, Distretto, Azienda.

- Vigila sull'omogeneità dei comportamenti assistenziali
- Verifica se esistano le condizioni socio-assistenziali che garantiscono la C.A. nella dimissione dei pazienti difficili
- Concorda la partecipazione della AFT alle campagne di prevenzione
- E' garante per la parte medica dell'attuazione dei percorsi di presa in carico



Clinica



Budget

- Contratta con l'Azienda obiettivi di budget all'interno dell' ACN
- Garantisce all'interno dell'AFT la discussione del budget, definendo obiettivi assistenziali e risorse necessarie al loro raggiungimento

DISTRETTI SANITARI	n. MMG	n. AFT	COORDINATORI AFT
Totale			784
34	43	1	DOTT. FULVIO VETOSI cod.reg. 707489
48	68	3	DOTT. ROSARIO PASQUALE ESPOSITO cod.reg. 70947-4 DOTT. PASQUALE FORNARO cod.reg.08052-8 DOTT. ANTONIO MERCOGLIANO.cod.reg. 7233/7L
49	77	3	DOTT. PIZZA GENNARO cod.reg.7119/6 DOTT. NOTARO DOMENICO cod.reg. 7114/0 DOTT. ENRICO NAPOLITANO cod.reg. 70738/7
50	46	2	DOTT. GALLO GIUSEPPE cod.reg. 66814 DOTT. RAGOZZINO ALBERTO cod.reg.66826
51	47	2	DOTT. TOSCANO GIUSEPPE cod.reg. 04873/2 DOTT. BRIGNOLA GIOVANNI cod.reg.71123/3
52	97	3	DOTT. PASQUALE BOCCIA cod.reg. 04671/3 DOTT. PAOLO BARRACCHINI cod.reg. 03665/1 DOTT. ANIELLO CATAPANO cod.reg. 05366/1
53	52	2	DOTT. DI MARTINO PASQUALE DOTT. FINAMORE MICHELE
54	41	2	DOTT. CIRO COZZOLINO cod.reg. 704581 DOTT. FORTUNA PADUANO cod.reg. 704591
55	36	1	DOTT. FRANCESCO PAOLO DE LIGUORO cod.reg. 073488
56	72	3	DOTT. MARIO IOVANE - cod. reg. 58292 DOTT. ANTONIO PEPE - cod reg 36593 DOTT. MARIA AMATRUDA - cod reg. 69814
57	62	2	DOTT. ESPOSITO MARIO cod.reg. 70484/3 DOTT. CAROTENUTO DOMENICO cod.reg. 08204/6
58	84	3	DOTT. ALFREDO SABINI cod.reg. 04904-1 DOTT. VINCENZO SCOLA cod.reg.71160-9 DOTT. DI MARTINO GALASSO COD.REG.70741-1
59	59	3	DOTT. LUIGI RINALDI LANDOLINA cod.reg 705915 DOTT. LUIGI SAVARESE cod.reg. 057346 DOTT. MARIO BALDUCCELLI cod.reg. 073660

30

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

in fase di assistenza pre-ospedaliera / territoriale: l'AFT
segue i pazienti attraverso una
medicina proattiva / preventiva

Medicina proattiva



- **Informazione/promozione:** campagne di prevenzione e di incontro con il cittadino nei nodi della rete territoriale

- **Programmazione:** attori, tempi, modelli di offerta legati a livello di conoscenza e contesto ambientale

- **Organizzazione:** rapidità e facilità di somministrazione dopo processi di comunicazione e persuasione fiduciaria

- **Valutazione**

- Raccolta del dissenso con motivazioni e azioni conseguenti
- Ritorno clinico con una rendicontazione dell'efficienza (adesione e soddisfazione)



Prevenzione

Dall'attenzione alla cura,
all' attenzione per evitare la cura

MMG DOTATI DI
STRUMENTAZIONE

Ecografo,
ECG,
Spirometro

Implementazione della prevenzione per il paziente, di diagnosi precoce attraverso gli screening, e dei processi di continuità assistenziale.



IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

in fase di assistenza post-ospedaliera: coinvolgimento di un MMG nella figura di **case manager** che prefigura al paziente la presa in carico territoriale e un percorso assistenziale.

Case manager

I pazienti che necessitano maggiormente di continuità delle cure sono:

- **pazienti post-acuti dimessi dall'ospedale** che corrono rischio elevato, ove non adeguatamente assistiti, di ritorno improprio all'ospedale; necessitano di competenze cliniche ed infermieristiche, con l'affidamento ad un case manager, in una struttura dedicata o a domicilio;
- **pazienti cronici, stabilizzati sul territorio, con elevati bisogni assistenziali** e rischio di ricoveri inappropriati ove non adeguatamente assistiti.

MODALITA' ATTUATIVA DI UN PDTA



Le AFT hanno il compito di **intercettare rapidamente il paziente** che manifesta una patologia di aspetto “cronico”:

- **sintomatologicamente** (prevenzione primaria / secondaria)
- **clanicamente** (prevenzione terziaria per le complicanze)

Individuato il bisogno il paziente può:

(A) attuare strategie di cura basate sulla prevenzione e l'adozione di corretti stili di vita; o nell'opzione (B) essere indirizzato ad un **percorso di cura «integrato» PDTA**



PROGETTO AGIRE



• **L'individuazione rapida dei bisogni del paziente da parte della rete orizzontale dell'AFT per valutare le condizioni reversibili o meno del paziente e indirizzarlo alla rete verticale specialistica con l'adozione di un PDTA rientra in un progetto firmato dalla Regione Campania "AGIRE"**

AIFD
CARD
Meus
SIFO
SIMG
SIF

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

MODELLI ORGANIZZATIVI PDTA/BPCO

Il progetto **AGIRE** vuole **facilitare l'intercettazione da parte del MMG**, formato in tal senso, in AFT, del bisogno di salute **del paziente adulto e fumatore** che:

- manifesti segni clinici e/o strumentali di BPCO



Con diagnostica idonea e in tempi rapidi si può:

- **rallentare l'evoluzione del processo patologico**
- **ridurre il ricorso a cure maggiormente complesse**

In soggetti con BPCO la vaccinazione anti-pneumococcica è fondamentale per evitare, in caso di infezioni da pneumococco, riacutizzazioni con un più alto rischio di complicanze.

Cittadini con esenzione per patologia 14 - 65 anni

ASL NAPOLI 3 SUD												
ASSISTITI 14-65 ANNI	DISTRETTO SANITARIO	PATOLOGIE ENDOCRINOLOGICHE	PATOLOGIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	PATOLOGIE NEUROLOGICHE	PATOLOGIE REUMATICHE	PATOLOGIE BRONCOPNEUMOLOGICHE	PATOLOGIE DELL'APP. GASTROENTERICO	DIABETE	PAZIENTI NEOPLASTICI	PAZ CON INVALIDITA'	MATTIE RARE	TOTALE DISTRETTO
	34	1.504	1.811	353	233	199	394	1.059	576	1.401	270	7.800
	48	2.221	3.431	347	382	194	1.051	2.129	964	2.313	467	13.499
	49	2.931	3.135	488	368	220	858	2.633	1.175	2.307	385	14.500
	50	1.307	2.350	335	308	209	475	1.017	592	1.322	215	8.130
	51	1.487	2.357	306	357	218	513	1.181	853	1.354	373	8.999
	52	2.710	2.575	540	637	312	947	2.683	1.244	2.515	633	14.796
	53	1.353	1.662	376	287	48	328	1.298	730	1.559	251	7.892
	54	1.975	1.986	272	240	162	342	909	679	1.241	372	8.178
	55	1.141	1.617	238	267	136	400	871	521	1.362	245	6.798
	56	1.939	2.381	540	324	215	646	1.845	1.131	2.384	390	11.795
	57	2.297	2.545	678	454	226	674	1.392	763	1.984	439	11.452
	58	2.901	2.970	379	610	96	643	2.171	971	2.886	584	14.211
	59	1.800	1.094	174	329	193	375	1.162	787	1.796	482	8.192
	Totale	25.566	29.914	5.026	4.796	2.428	7.646	20.350	10.986	24.424	5.106	136.242

Cittadini con esenzione per patologia > 65 anni

ASSISTI TI OVER 65												
	DISTRETTO SANITARIO	PATOLOGIE ENDOCRINOLOGICHE	PATOLOGIE DELL' APPARATO CARDIOVASCOLARE	PATOLOGIE NEUROLOGICHE	PATOLOGIE REUMATICHE	PATOLOGIE BRONCOPNEUMOLOGIC HE	PATOLOGIE DELL'APP. GASTROENTERICO	DIABETE	PAZIENTI NEOPLASTICI	PAZ CON INVALIDITA'	MATTIE RARE	TOTALE DISTRETTO
34	589	3.570	118	173	167	349	2.480	500	3.667	61	11.674	
48	310	952	77	111	87	1.220	2.923	579	2.895	39	9.193	
49	564	1.281	104	131	107	768	3.871	799	2.428	38	10.091	
50	250	734	81	72	141	395	1.517	345	1.769	25	5.329	
51	335	714	98	121	146	435	2.102	610	2.045	56	6.662	
52	408	754	97	148	136	654	3.137	598	2.322	55	8.309	
53	207	2.522	95	79	36	216	2.805	400	2.348	28	8.736	
54	747	3.831	143	183	115	379	2.402	598	2.873	62	11.333	
55	288	2.656	76	132	79	247	1.878	386	2.279	30	8.051	
56	475	3.457	145	147	86	852	3.500	1.113	3.363	37	13.175	
57	736	4.865	271	307	132	668	2.789	488	2.906	60	13.222	
58	427	3.704	106	202	83	491	3.593	470	3.469	54	12.599	
59	384	2.133	49	178	46	200	2.586	499	3.008	43	9.126	
Totale	5.720	31.173	1.460	1.984	1.361	6.874	35.583	7.385	35.372	588	127.500	

PDPA BPCO / FUMO E DISPNEA

PREVENZIONE & EDUCAZIONE

DIAGNOSI

TERAPIA

RIACUTIZZAZIONE & OSPEDALIZZAZIONE

RIABILITAZIONE RESPIRATORIA

OBIETTIVO

- Abolire i fattori di rischio
- Confermare la diagnosi di BPCO
- Emersione della patologia
- Controllo dei sintomi
- Ridurre le riacutizzazioni
- Ospedalizzazione appropriata
- Corretto setting di ricovero
- Recupero funzionale
- Miglioramento qualità di vita

INPUT

- Visita ambulatoriale
- Visita ambulatoriale
- Richiesta di spirometria
- Visita ambulatoriale
- Visita ambulatoriale o domiciliare
- pulsossimetria
- Visita domiciliare/ambulatoriale o in corso di ricovero

ATTORI

- MMG
- Infermiere
- Specialista pneumologo
- MMG
- Specialista pneumologo
- MMG
- Specialista pneumologo
- MMG
- Specialista pneumologo
- Team multidisciplinare*

SETTING

- Studio del MMG
- AFT/UCCP
- Centri Anti Fumo
- Studio del MMG
- AFT/UCCP
- Ambulatorio pneumo territorio
- Studio del MMG
- AFT/UCCP
- Ambulatorio pneumo territoriale
- Studio del MMG
- AFT/UCCP
- Ambulatorio pneumo territorio
- ospedale
- Ricovero ord. Riab.
- DH
- Domicilio
- Ambulatorio

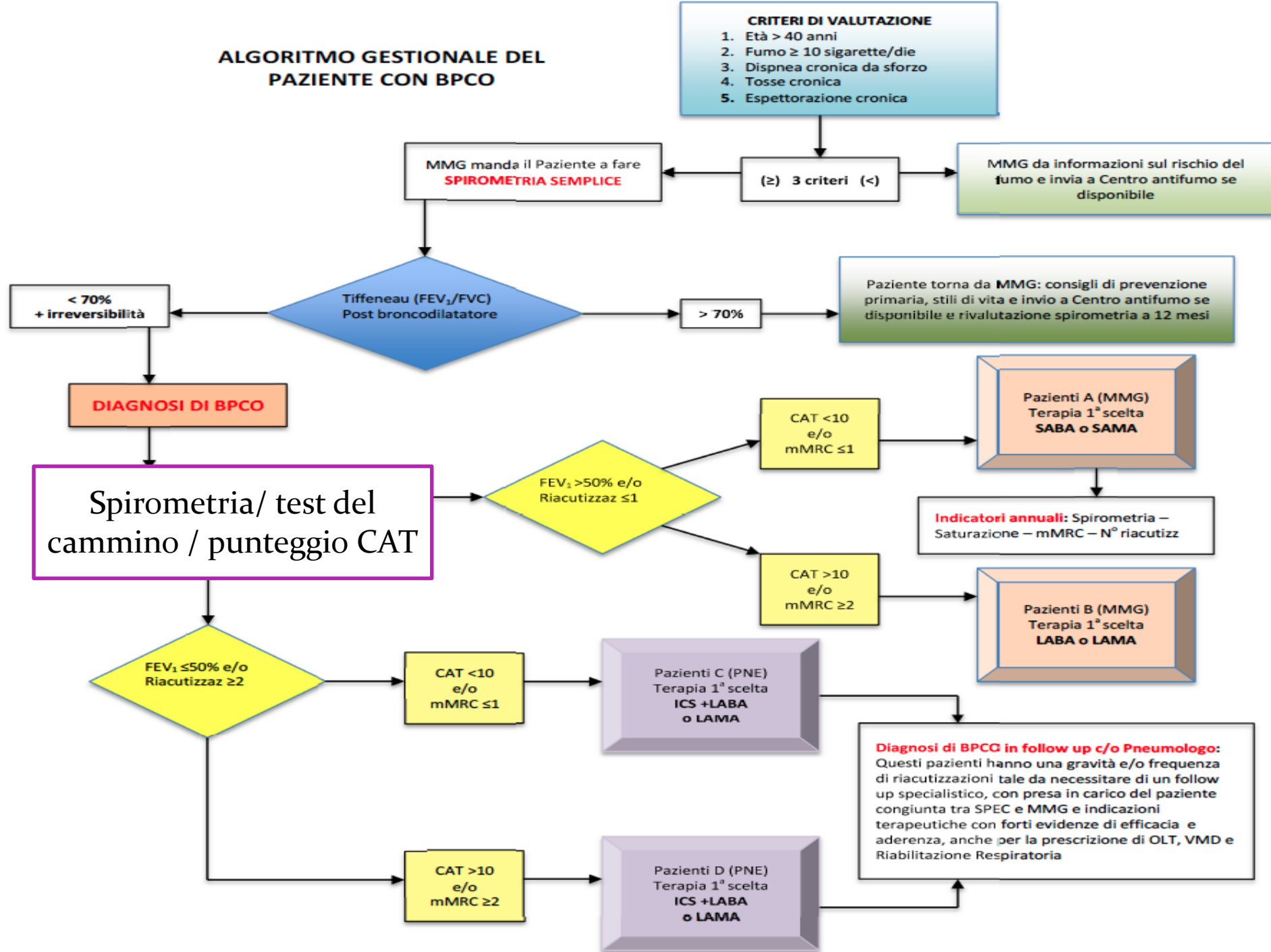
OUTPUT

- Registrazione dato fumo
- Trattamento tabagismo
- Diagnosi e stadiazione
- Visita specialistica
- Prescrizione terapia
- Programma di follow-up
- Risoluzione della riacutizzazione
- Presenza in carico post-ricovero
- Valutazione degli esiti
- Riduzione delle complicanze e delle disabilità residue

(*) Team multidisciplinare/UVBR – unità di valutazione fabbisogno riabilitativo (pneumologo, fisiatra, MMG, fisioterapista, infermiere, psicologo, assistente sociale, nutrizionista)

ALGORITMO GESTIONALE DEL PAZIENTE CON BPCO

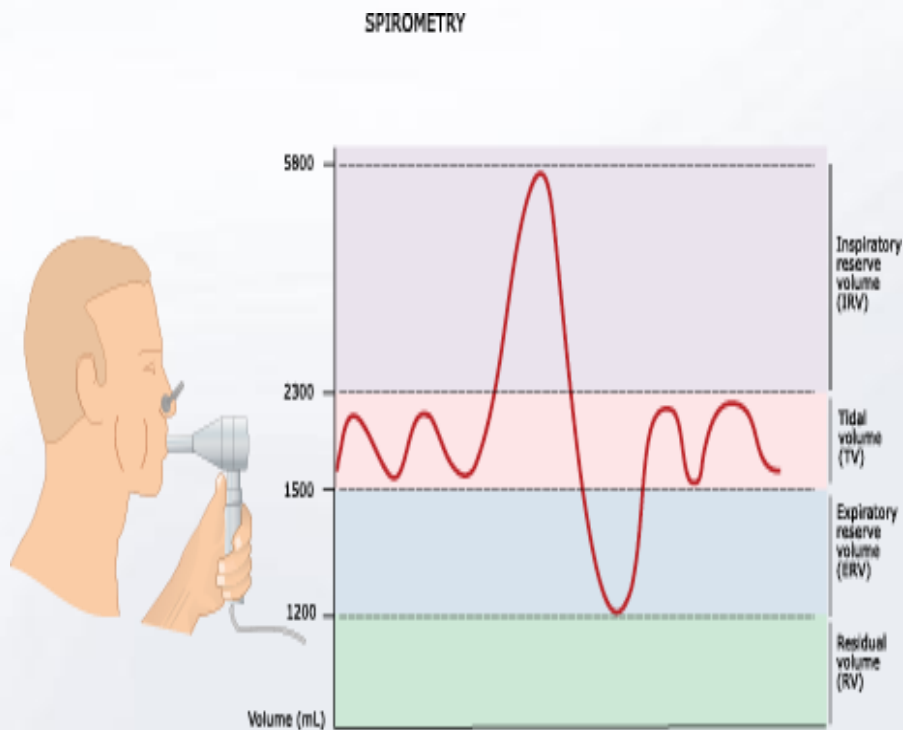
- CRITERI DI VALUTAZIONE**
1. Età > 40 anni
 2. Fumo ≥ 10 sigarette/die
 3. Dispnea cronica da sforzo
 4. Tosse cronica
 5. Espettorazione cronica



Indicatori annuali: Spirometria – Saturazione – mMRC – N° riacutizz

Diagnosi di BPCG in follow up c/o Pneumologo:
 Questi pazienti hanno una gravità e/o frequenza di riacutizzazioni tale da necessitare di un follow up specialistico, con presa in carico del paziente congiunta tra SPEC e MMG e indicazioni terapeutiche con forti evidenze di efficacia e aderenza, anche per la prescrizione di OLT, VMD e Riabilitazione Respiratoria

SPIROMETRIA



Male	Female
3000	1900
500	500
1100	700
1200	1100
5800 mL	4200 mL

La spirometria è l'esame che valuta il funzionamento del nostro apparato respiratorio. Permette di misurare quanta aria contengono i nostri polmoni (i volumi polmonari) e come questa aria si muove attraverso i nostri bronchi (i flussi aerei).

La reversibilità della patologia con test di broncodilatazione. Permette di monitorare l'andamento nel tempo delle malattie polmonari croniche, la risposta alle terapie utilizzate ed individuare precocemente eventuali danni da fumo e obesità.

NOMINATIVI DEI MEDICI MMG DA FORMARE PER OGNI - AFT - PER SINGOLI DISTRETTI SANITARI

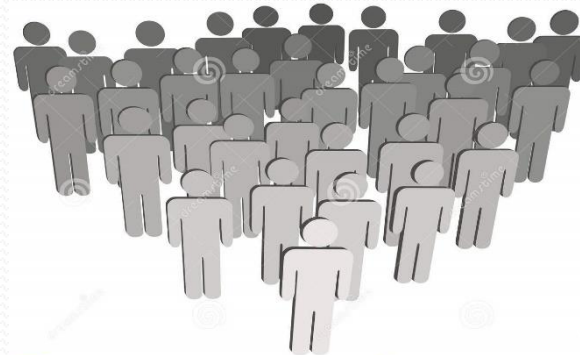
D I S T R E T T I	N° AFT	NOMINATIVI MMG	Indirizzo E-Mail
Distretto Sanitario n° 34	1	Dr. Vincenzo Battaglia	v.battaglia@alice.it
		Dr. Josè Zambrano	zambranojose@kappamed.it
Distretto Sanitario n° 48	3	Dr. Andrea Esposito	andrea.espositodr@alice.it
		Dr. Bocchino Caterina	dott.ssaaterinabocchino@gmail.com
		Dr. Remo De Angelis	334/7675765 - 081/8411363
		Dr. Manganiello Vincenzo	vmanga55@fastwebnet.it
		Dr. De Luca Severino	severino15@alice.it
Distretto Sanitario n° 49	3	Dr. Auriemma Lucia	lucia.auriemma@tin.it
		Dr. Napolitano Enrico	enapolitano@libero.it
		Dr. Franzese Pasquale	fermaglio.adele@alice.it
		Dr. Notaro Domenico	dnotaro@libero.it
		Dr. Ferrara Pasquale	ferrapasquale59@gmail.com
Distretto Sanitario n° 50	2	Dr. Piza Gennaro	gpizza@libero.it
		Dr. Di Palma Francesco	dipalmافر@virgilio.it
		Dr. Bentivoglio Giulio	gbentis7@gmail.com
		Dr. Esposito Luigi	dottluigiesposito5@gmail.com
		Dr. Coppola Nicola	nicolacoppola@tin.it
Distretto Sanitario n° 51	2	Dr. Ragozzino Alberto	ragozzino53@gmail.com
		Dr. Giovanni Brignola	juanbrigtiscali.it
		Dr. Guadagno Salvatore	paelg@libero.it
		Dr. Toscano Giuseppe	drtoscano@libero.it
		Dr. Sodano Antonio	sodano.a@alice.it
Distretto Sanitario n° 53	3	Dr. Ambrosio Vincenzo	viam@libero.it
		Dr. Addeo Salvatore	salvatoreaddeo@libero.it
		Dr. Cozzolino Raffaele	raffcozzolino@libero.it
		Dr. Murano Angelo	annomulo@alice.it
		Dr. Guerrasio Nicola	docguerrasio@gmail.com
Distretto Sanitario n° 54	2	Dr. Sbarra Giovanni	josbar@hotmail.it
		Dr. Di Martino Pasquale	pas.dimartino@gmail.com
		Dr. Tommasino Giovanni	tommasinogio@gmail.com
		Dr. Marini Maria Laura	marinimarialaura@kappamed.it
		Dr. Sicignano Antonio	antoniosicignano@virgilio.it
Distretto Sanitario n° 55	1	Dr. Maiello Giacomo	giacomomaiello@libero.it
		Dr. Fortuna Paduano	fortunapaduano@libero.it
Distretto Sanitario n° 56	3	Dr. Lucchetti Fabio	lucchetti Fabio@libero.it
		Dr. Formisano Colomba	colombiformisano@hotmail.it
		Dr. Ferrara Alfredo	dott.alfredoferrara@gmail.com
		Dr. Russo Salvatore	salrussodot@inwind.it
		Dr. Salzano Ida	idasalzano@virgilio.it
Distretto Sanitario n° 57	2	Dr. Esposito Anna	annaposito@gmail.com
		Dr. Improta Luciano	luciano.improta.dof@rsa.omceo.it
		Dr. Renis Raffaele	renis.raff@gmail.com
		Dr. Cutolo Matilde	matildecutolo@gmail.com
		Dr. Linetti Vincenza	enzalinetti@alice.it
Distretto Sanitario n° 58	3	Dr. Loffredo Raffaele	raffaele-loffredo@virgilio.it
		Dr. Ragazzon Mirco	mirco_rag@libero.it
		Dr. Imparato Giovanni	studiodottimparato@virgilio.it
		Dr. Inerra Vincenzo	dottor.enzo.inerra@gmail.com
		Dr. Tortora Giuseppe	tortorag@libero.it
Distretto Sanitario n° 59	3	Dr. Liguori Ciro	dr.ciroluigori@libero.it
		Dr. Mastroianni Maria	mariamastroianni2409@gmail.com
		Dr. Giammattei Maria Rosaria	maria.giammattei@libero.it
		Dr. Umberto D'Amora	umbertodamora@libero.it
		Dr. Concetta De Simone	conzettadesimone@alice.it
Distretto Sanitario n° 59	3	Dr. Rita Carderopoli	ritacalderopoli@virgilio.it
		Dr. Ferrante Formicola	fformix@libero.it
		Dr. Mario Balducci	mariobalducci@yahoo.it
		Dr. Antonino Belfiore	antoninobelfiore@alice.it

TEST DEL CAMMINO



Nei pazienti con BPCO il test del cammino è oggi considerato un riferimento per la determinazione dello stato funzionale, inerente soprattutto alla capacità di svolgimento di attività fisica, oltre a fornirci indicazioni sulla funzione respiratoria attraverso il monitoraggio della saturazione ossiemoglobinica. L'eventuale disabilità di questi pazienti viene misurata sia attraverso la valutazione dei metri percorsi sia attraverso la registrazione della dispnea e della fatica muscolare soggettiva.

La capacità **FIDUCIARIA** dei
MMG/AFT DIVENTA
ELEMENTO INDISPENSABILE
PER LA PRESA IN CARICO
DELLA POPOLAZIONE A
RISCHIO



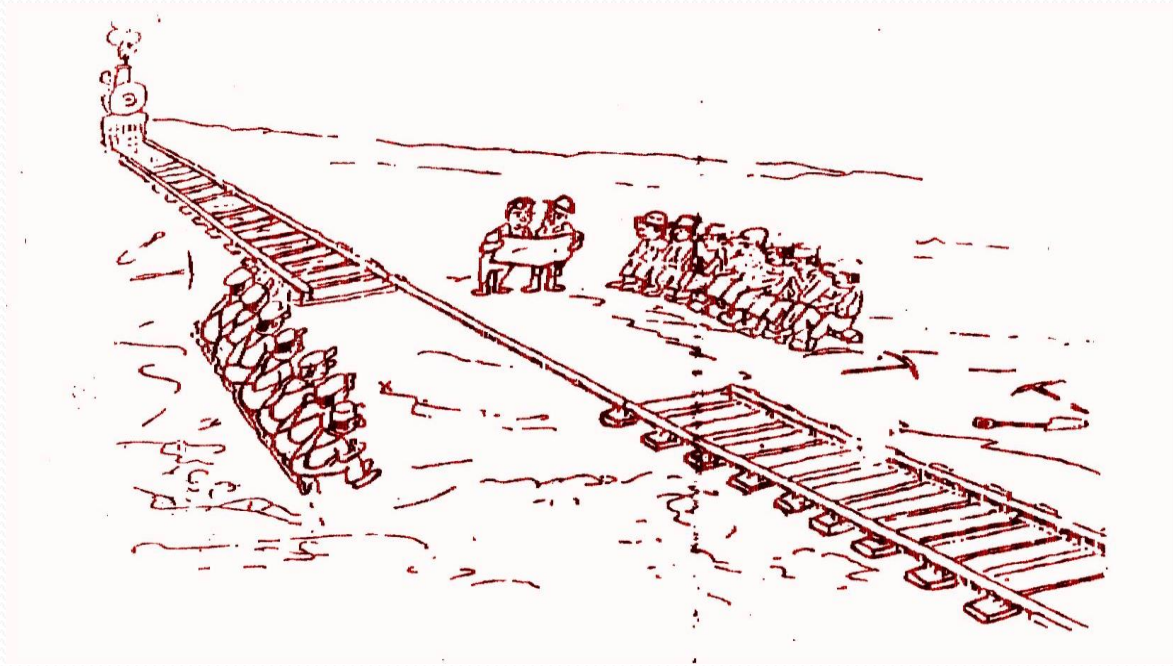
PRESA IN CARICO

**“E’ IMPORTANTE CONOSCERE E
CONSIDERARE *QUALE TIPO DI
PAZIENTE HA UNA MALATTIA E
NON SOLO *QUALE MALATTIA
HA UN PAZIENTE*” (WILLIAM OSLER)***

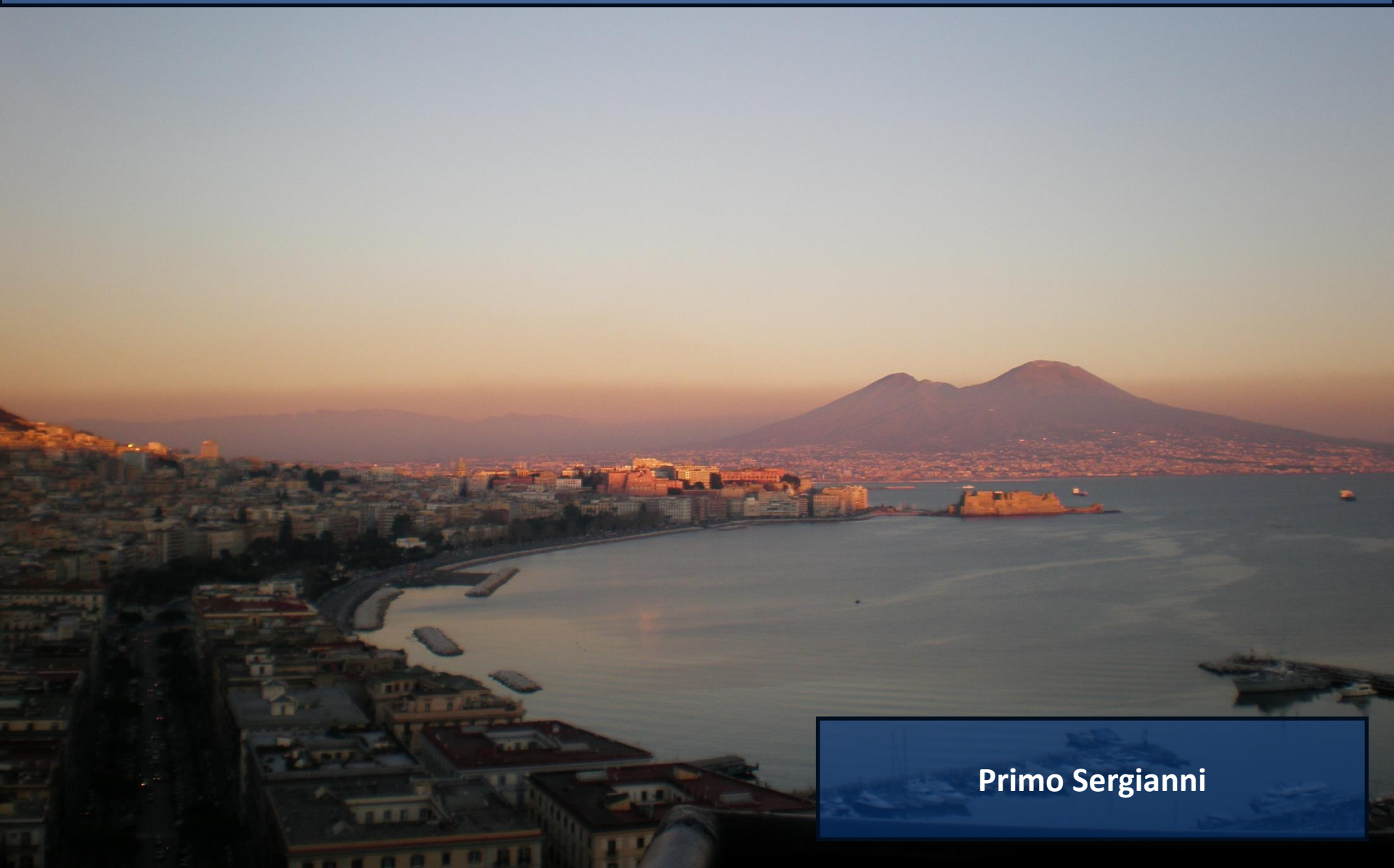


Conclusioni

Bisogna strutturare modelli Organizzativi di qualità che rendano difficile fare cose sbagliate e che rendano invece facile fare le cose giuste".



Grazie ... per la vostra attenzione



Primo Sergianni