

# **Gestione della Cronicità**

## **IL RUOLO della MG**

### **in Regione Campania**

**il Progetto Agire**

**Luigi Sparano**





- Sostenibilità degli interventi
- Adozione di modelli di presa in carico basati sulla assistenza (abbandono della prestazione)
- Intercetto del bisogno di salute in un sistema fiduciario (conoscenza del territorio di cura)
- Consolidare l'alleanza terapeutica con adozione di PDTA





# Le cronicità: il motore del cambiamento

## Le malattie croniche

- Hanno sostituito quelle acute come problema dominante per la salute
- Sono diventate la principale causa di disabilità e di utilizzo dei servizi
- Assorbono il 78% dell'intera spesa sanitaria
- Hanno modificato il ruolo del medico, che da unico protagonista della cura, diventa membro di un team multiprofessionale in grado di elaborare il piano di cura che tenga conto della molteplicità dei bisogni, così come di garantire la continuità dell'assistenza
- Hanno cambiato il ruolo del paziente che, da soggetto passivo diventa protagonista attivo della gestione del proprio stato di salute, assumendo comportamenti e stili di vita adeguati.

**PRESTAZIONALE**

**PRESA IN CARICO  
PERSONA**

# COMPLESSITA' DELLE CURE

- 1. MODELLO DI CURA SOSTENIBILE ORIENTATO ALLA «PRESA IN CARICO»** abbandono della prestazione ed adozione di un modello **FIDUCIARIO**
- 2. RECLUTAMENTO ED INTERCETTO** della popolazione a rischio di malattia e perseguimento di obiettivi di cura in ambito fiduciario (contestualizzazione degli interventi)  
**PDTA (Percorsi diagnostico terapeutici Assistenziali)**
- 3. MISURARE LE ATTIVITA' (AUDIT) modello fiduciario territoriale**





## Cosa significa per il MMG



Utilizzare il farmaco giusto?

Giusta tempistica?

Trasferire l'importanza della  
malattia? (empowerment)

Corretto inquadramento  
diagnostico?

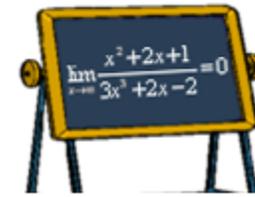
Consapevolezza Medico-  
paziente ?

Aderenza?

Il giusto device?

Appropriatezza?

Verifica? (Audit)



- **PERCORSO DTA:**
- UN MODELLO COMPORTAMENTALE PERSEGUIRE
- **AUMENTA LA SENSIBILITA'** DEL MEDICO AD OGNI TIPO DI DOMANDA DI SALUTE
- RISPONDE COERENTEMENTE AD UN REQUISITO NON DECIFRATO DEL PAZIENTE CHE NON PREVEDE LA SOLA ESISTENZA DI PATOLOGIA **(BISOGNO ASSISTENZIALE)**
- **RIDUZIONE DELLA VARIABILITA' DI INTERVENTO DEI MEDICI**





# EMERGENZA ORGANIZZATIVA

**EMERGENCY**

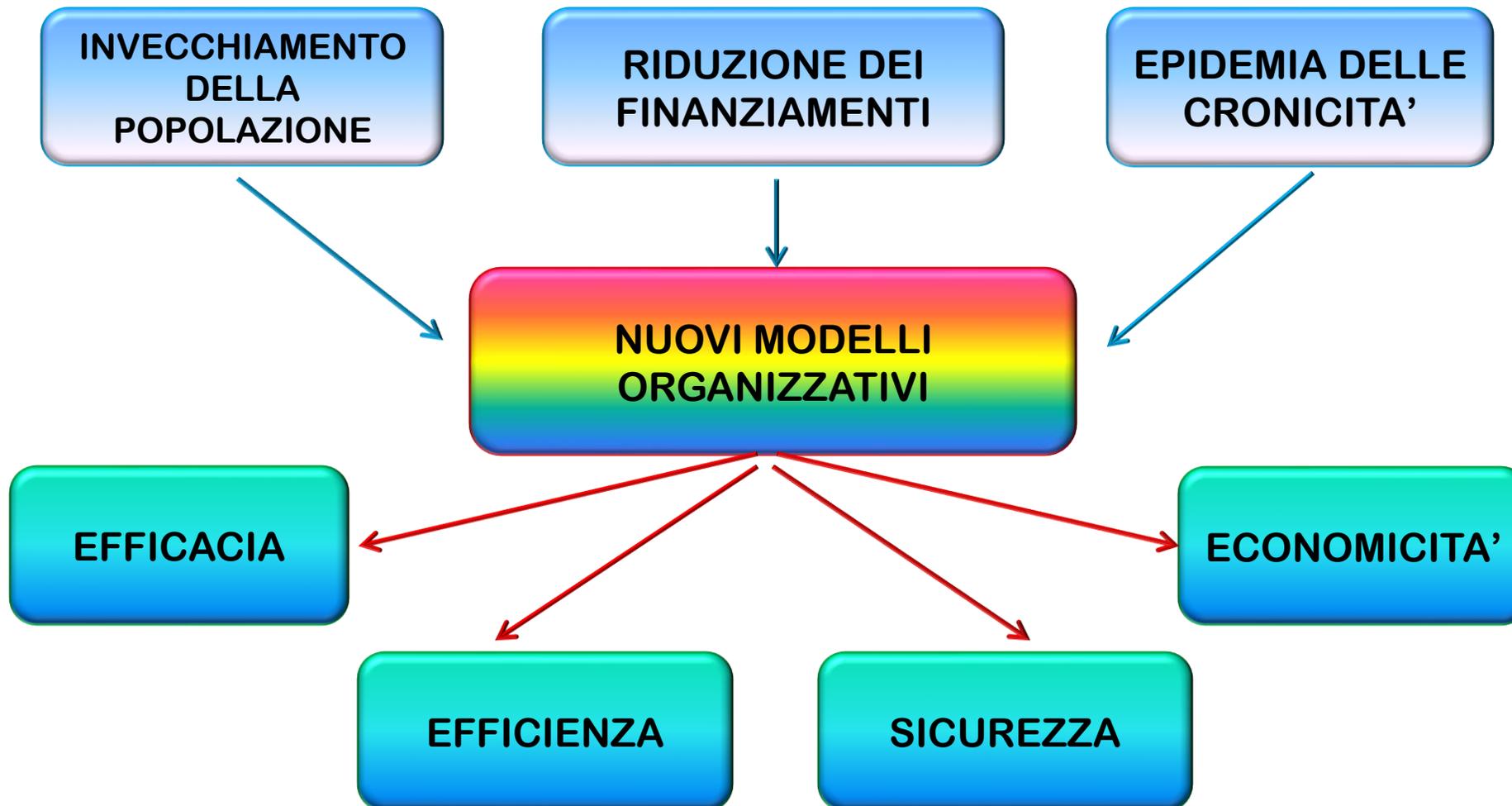
© Can Stock Photo - csp16076560

- La malattie respiratorie in genere trovano una dimensione diagnostica quasi **SEMPRE IN UNA FASE CONCLAMATA DELLA MALATTIA**
- Costruire un modello di gestione della
- malattia respiratoria in Medicina Generale **ALLO SCOPO DI RITARDARE L'EVOLUZIONE VERSO L'IRC**





# Problemi aperti e nuovi modelli organizzativi per la Medicina Generale







# PIANO DI CURA: priorità

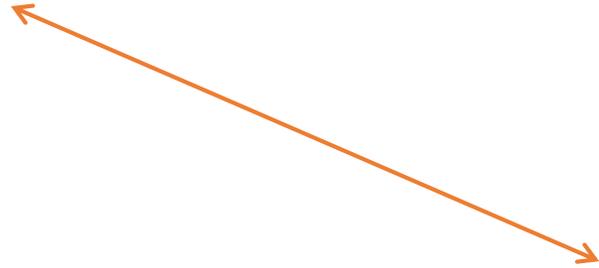
- PRIORITA' DEL MEDICO (profilo di rischio della paziente)

# PIANO DI CURA: priorità

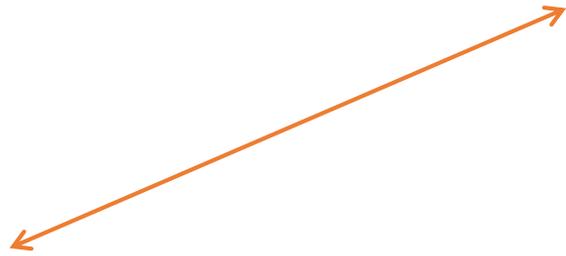


# PIANO DI CURA: priorità

- PRIORITA' DEL MEDICO (profilo di rischio della paziente)



# PIANO DI CURA: priorità



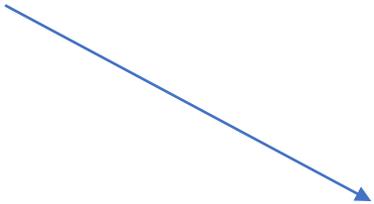


Referente	Luogo	Input	Azione	Output	Strumenti
Medico di Medicina Generale col supporto di infermieri o personale di studio	Studio del MMG - AFT - UCCP	Visita ambulatoriale	registrare in cartella clinica la storia e lo status degli assistiti rispetto al fumo fornire a tutti i fumatori un avviso minimo per la cessazione del fumo.	Registrazione del dato fumo	Scheda di registrazione del dato fumo del software gestionale dello Studio del MMG - Modello delle 5A - Test di Fagerström

Referente	Luogo	Input	Azione	Output	strumenti
Medico di Medicina Generale - Specialista pneumologo - Specialista centro antifumo	Studio del MMG - AFT UCCP- Ambulatorio specialisti co	Visita ambulatoriale	<p>Informazioni sulla patologia - Istruzioni sul corretto utilizzo di farmaci e device - Istruzioni per il riconoscimento delle riacutizzazioni</p> <p>Per i pazienti gravi: - Informazioni sulla ossigeno terapia e ventiloterapia; - Informazioni sulla fumo</p>	Registrazione del dato fumo	Scheda di registrazione del dato fumo sul software gestionale dello Studio del MMG - Modello delle 5A - Test di Fagerström

- Indicatori di processo

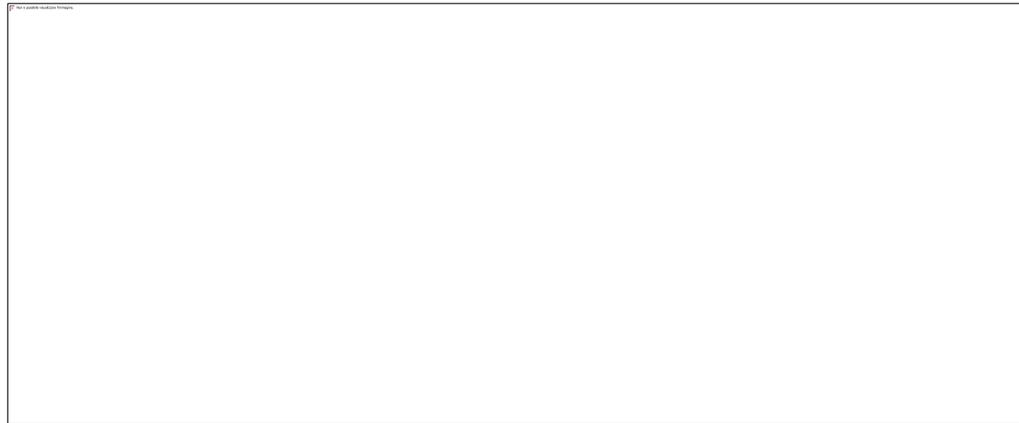
Indicatore	Referente	Livello di organizzazione	Disponibilità temporale	Flusso	Responsabile
N° di pazienti con registrazione del dato di fumo / N° Assistiti	MMG	MMG - AFT - Distretto	6 mesi	Debito Informativo MMG Art.7 AIR Regione Campania	Comitato Aziendale per l'appropriatezza

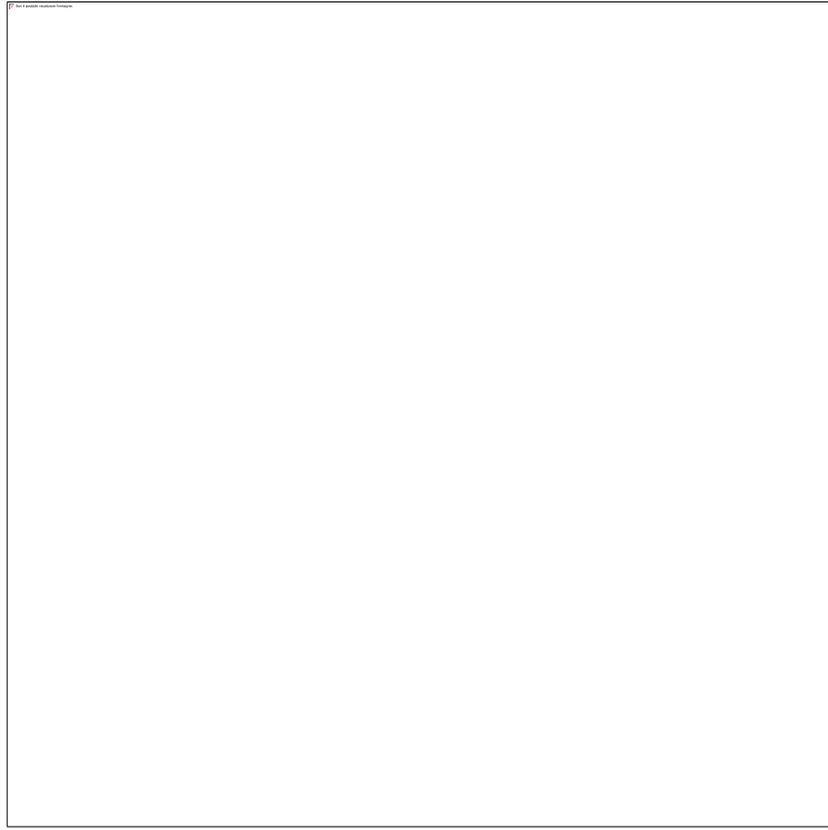


Referente	Luogo	Input	Azione	Output	strumenti
Medico di Medicina Generale -	Studio del MMG - AFT - UCCP - Ambulatorio specialistico	Visita ambulatoriale Indicazione alla spirometria		Registrazione del dato fumo	Scheda di registrazione del dato fumo sul software gestionale dello Studio del MMG - Modello delle 5A - Test di Fagerström

Referente	Luogo	Input	Azione	Output	strumenti
Medico di Medicina Generale - Specialista pneumologo - Specialista centro antifumo	Studio del MMG - AFT - UCCP - Ambulatorio specialistico	Visita ambulatoriale	Effettuare la Visita somministrare questionario CAT e mMRC Effettuare la spirometria semplice con eventuale test di broncodilatazione e Richiedere eventuale supporto specialistico anche per la diagnosi strumentale	Verifica dato fumo Verifica questionario CAT e mMRC Conferma diagnosi BPCO con stratificazione del livello di gravità	Questionario CAT e mMRC (Allegato B.2) Spirometro

L'approccio clinico  
= IL Reclutamento





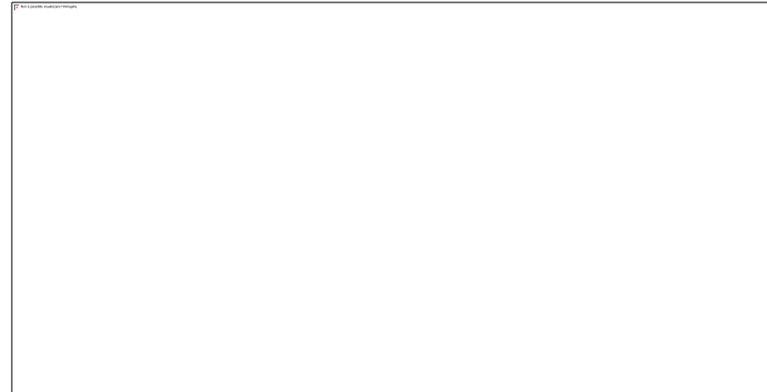


- L'utilizzo di una piattaforma informatica consente in tempo reale di:
  1. **Accedere alle cartelle informatiche** di tutta la popolazione assistita (terapie in corso, esami eseguiti, problemi clinici aperti, vaccinazioni, screening oncologici, visite domiciliari) indipendentemente dai diversi gestionali in possesso dei singoli MMG
  2. **Costruire** le liste di pazienti affetti da patologie croniche (ogni MMG è in grado dalla piattaforma di conoscere l'aderenza al trattamento dei pazienti affetti da diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie)
  3. **Monitorare** e rendicontare con indicatori specifici, l'adozione dei PDTA di tutta la popolazione assistita fornendo un modello di assistenza sostenibile

- La capacità **FIDUCIARIA dei MMG/AFT** DIVENTA ELEMENTO INDISPENSABILE per la PRESA IN CARICO DI UNA PATOLOGIA CRONICA e del perseguimento di un PDTA
- **RIFERIMENTO ASSISTENZIALE** DELLA PRESA IN CARICO DELLA POPOLAZIONE A RISCHIO
- Due MMG per ogni AFT (garanzia di intercettare la patologia respiratoria)

- Nuovi Farmaci

- Obiettivo di **appropriatezza** e **sostenibilità**



Percorso del Paziente

**Al Medico di Medicina Generale (MMG) spetta inquadrare i sintomi respiratori nella storia personale del suo assistito e disporre, l'esecuzione degli opportuni approfondimenti diagnostici: in particolare **la spirometria** e/o la visita specialistica, facendo riferimento a quanto riportato in Allegato B.1.**

- Sintomi guida
- Individuare tosse cronica, produzione espettorato, dispnea o sibili respiratori (almeno tre mesi l'anno 2 anni consecutivi)

- **Tracciati report (alert)**

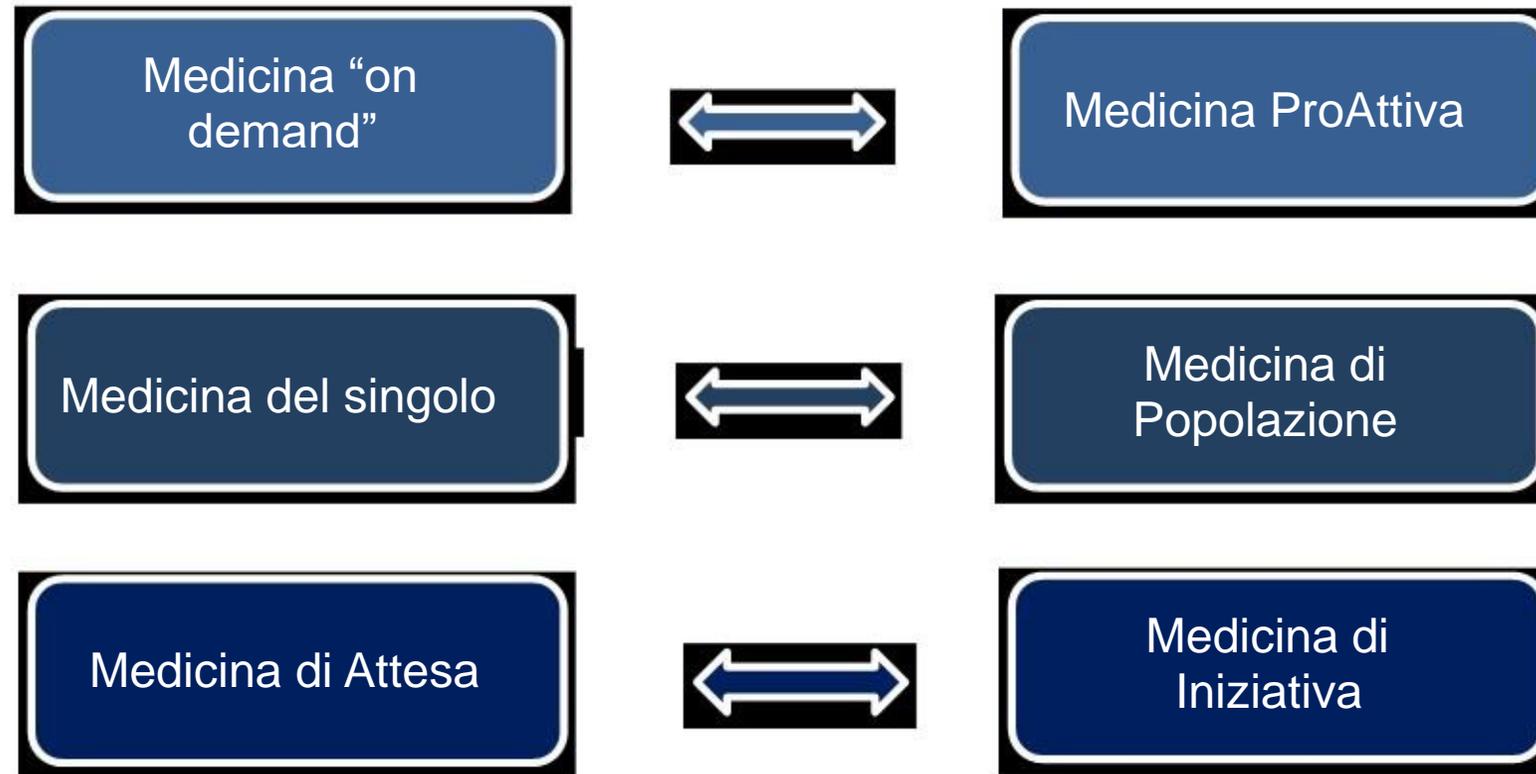








# Cambiare la MG per contrastare l'epidemia delle cronicità

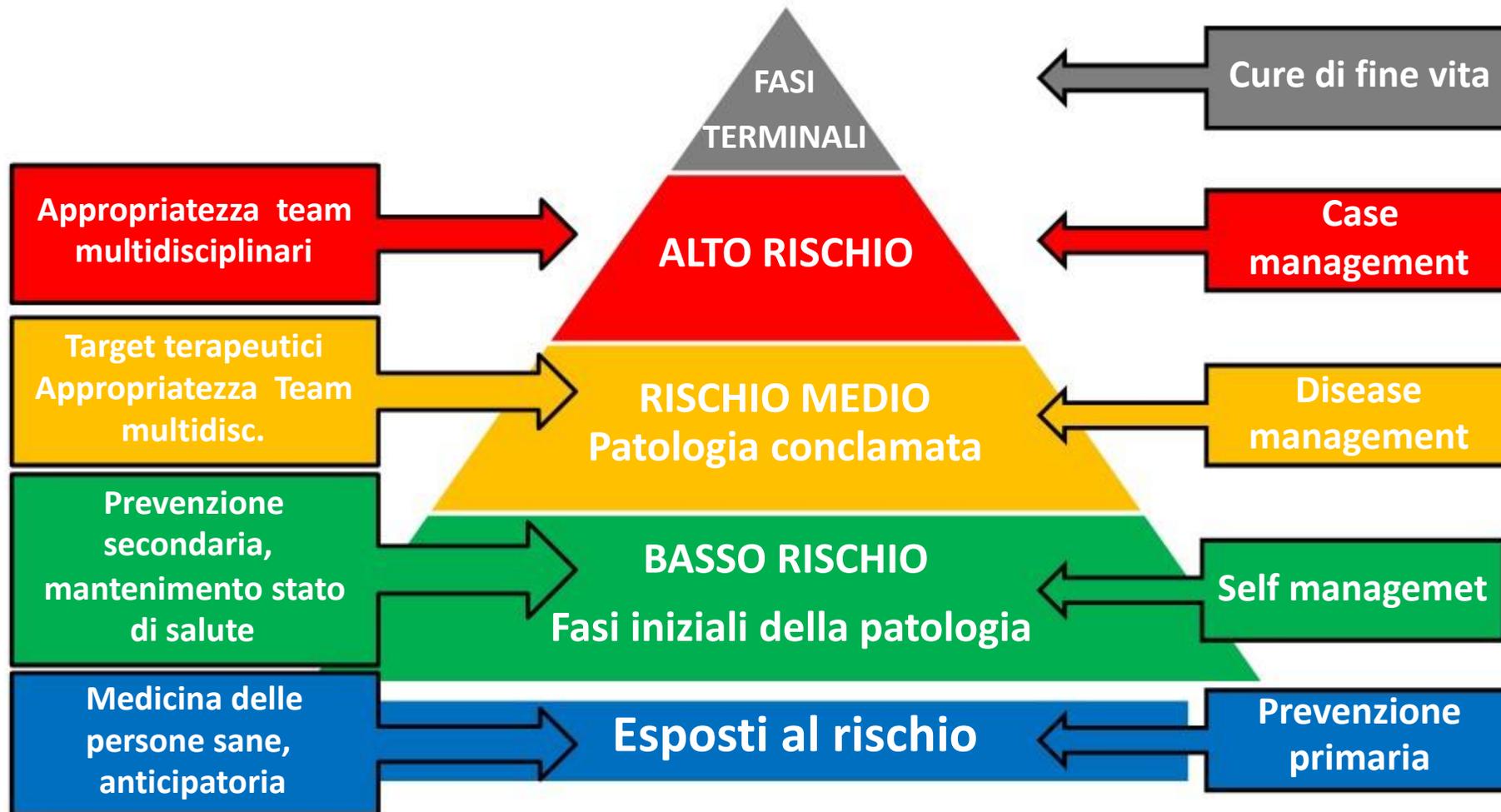


Dal bisogno della medicina d'attesa alla domanda di Sanità di iniziativa  
Creazione di percorsi specifici per le patologie croniche ad elevato impatto  
Modello assistenziale integrato con le altre strutture sanitarie del territorio e  
l'ospedale per intensità di cure

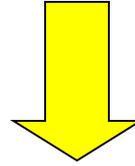
# I sistemi informativi nel «Chronic Care Model»

- I sistemi informatici svolgono tre importanti funzioni:
- come **sistema di allerta** che aiuta i team delle cure primarie ad attenersi alle linee-guida;
- come **feedback per i medici**, mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche, come i livelli di emoglobina A1c e di lipidi;
- come **registri di patologia** per pianificare la cura individuale dei pazienti e per amministrare un'assistenza "population-based".
- I registri di patologia - una delle caratteristiche centrali del chronic care model - sono liste di tutti i pazienti con una determinata condizione cronica in carico a un team di cure primarie.

# Stratificazione della popolazione secondo il livello di rischio (*Expanded CCM, Kaiser Permanente*)

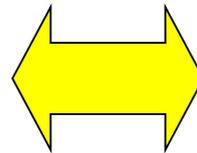


Multidisciplinarietà



**INTEGRAZIONE  
DEI SAPERI**

**COMUNICAZIONE**



**COLLABORAZIONE**



# CRITICITA'

Frammentazio  
ne  
dell'assisi  
nell

Nel passaggio tra le diverse fasi assistenziali dal domicilio all'ospedalizzazione, dall'ospedale ad altra struttura o al domicilio.

Tra i diversi professionisti che intervengono sulla stessa persona nello stesso luogo o in luoghi diversi



Mancanza di strumenti di comunicazione esempio Cartella clinica elettronica condivisa con il territorio



Non è possibile visualizzare l'immagine.

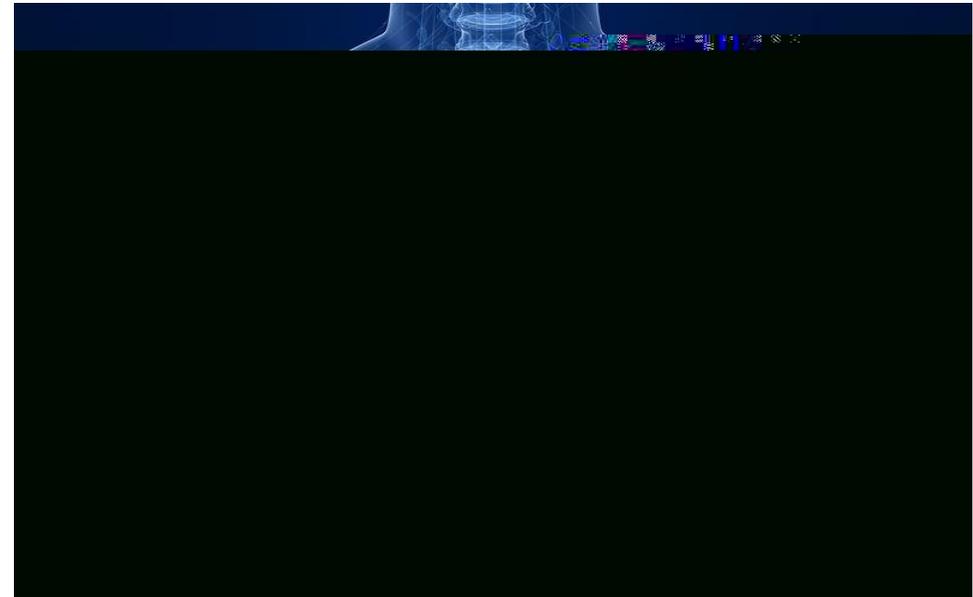


{

}



- Anamnesi 1= asma allergico, rinite 2= dermatite atopica
- Fumo
- Spirometria
- PEF FEV1
- GINA (stadio 1,2,3,4)
- RICOVERI



- prescrive per problemi per ICD9
- utilizza una cartella informatizzata che viene implementata con le prescrizioni per ICD9
- estrae dalla cartella clinica informatizzata un tracciato informativo (chiamato scheda) comprendente gli indicatori della patologia cronica (ipertensione, diabete, respiratoria)
- estrae ed invia dati ad una piattaforma (cloud) in grado di fornire una lettura della prevalenza della patologia cronica dei pazienti in carico
- può esaminare gli audit prescrittivi e monitorare l'aderenza al PDTA correlando il modello procedurale alla migliore gestione della patologia
- può intervenire nel miglioramento dell'accuratezza del dato clinico e procedurale adottato evidenziando il ricorso appropriato ai mezzi diagnostici e terapeutici (uso appropriato del farmaco)
- può adottare un modello procedurale che dal singolo porta alla gestione del sistema

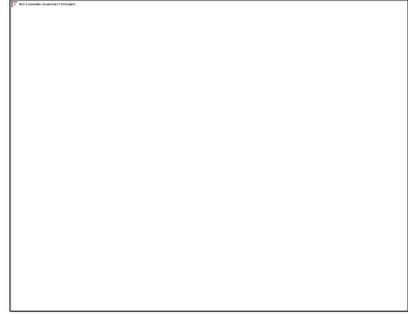














# Migliorare la capacità diagnostica dei MMG

- La diagnosi di BPCO si basa sull'anamnesi di presenza di fattori di rischio e sulla documentazione di una persistente riduzione del flusso aereo, in presenza o meno di sintomi, dopo aver escluso altre cause di bronco-ostruzione cronica.

La spirometria rappresenta il test strumentale meglio standardizzato, più riproducibile ed oggettivo; esso rappresenta il gold standard per la diagnosi e l'inquadramento della BPCO.

Gli operatori sanitari che trattano pazienti con BPCO dovrebbero avere la possibilità di eseguire una spirometria senza difficoltà.







# Gruppo di Lavoro

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