CONGRESSO NAZIONALE CARD ITALIA

PDTA E CURE PERSONALIZZATE

Bari 24 - 26 maggio 2018

Dott. G. ERRICO
DSS - Maglie

Fattori di rischio / Asintomatico

Sintomatico / Modificazioni Lievi/Discrete della Meccanica Ventilatoria

Modificazioni gravi della M.V. e della DLCO
Insufficienza Respiratoria Latente

Insufficienza Respiratoria Parziale / Globale

Ipertensione Arteriosa Polmonare
Cuore Polmonare Cronico / Scompenso Cardiaco

COMORBILITA'

Neoplasie Polmonari
Cardiopatie
Diabete
Obesità
Patologie Sonno Correlate

E x i t u s

La Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) prevede che diventerà a livello mondiale la terza causa di morte nel 2030 e che nel 2020 la disabilità BPCO-correlata passerà dal nono al quinto posto in termini di DALYs (Disability-adjusted life years)

1. WHO. World Health Statistics 2008. Geneva: World Health Organization, 2008.

Alcune evidenze hanno sottolineato come la BPCO sia ampiamente sottostimata e sotto-diagnosticata

1. Walters JA, Hansen EC, Walters EH, Wood-Baker R. Under-diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study in primary care Respir Med. 2008 May;102(5):738- 43

Sono necessarie forme alternative alla tradizionale assistenza di tipo ospedaliero, che portino ad un miglioramento della qualità della vita e contemporaneamente a una riduzione dei costi sanitari. Sicuramente diventa fondamentale l'integrazione tra ospedale e servizi erogati sul territorio nell'ottica della continuità assistenziale e dell'ottimizzazione dei servizi offerti ai cittadini/utenti

12. Sabato E, et al. La continuità assistenziale ed i percorsi di cura integrati: la gestione della cronicità nel paziente pneumologico. Europ Respir News 2010; 19:101-120.

La gestione della BPCO si complica, progressivamente, a seconda delle comorbilità che determinano variazioni nella progressione della malattia

12. Barnes PJ, Celli BR Systemic manifestations and comorbidities of COPD. Eur Respir J 2009; 33(5):1165-85.

Parametri	Basale		Follow-up	
	Costo Medio per Paziente (n=561)		Costo Medio per Paziente (n=561)	
	val in €	%	val in €	%
Terapia farmacologica principale	347,23	12.7%	663,78	31.1%
Terapia farmacologica concomitante	186,82	6.9%	256,44	12.0%
Ricoveri	1.519,67	55.8%	823,12	38.6%
Day Hospital	88,68	3.3%	70,41	3.3%
Accessi Pronto Soccorso	7,62	0.3%	3,83	0.2%
Visite MMG e Specialistiche	150,59	5.5%	93,99	4.4%
Esami*	162,68	6.0%	124,66	5.8%
Accertamenti per effetti collaterali	0,70	0.0%	0,12	0.0%
Profilassi ambientale e aiuti domestici	3,07	0.1%	2,35	0.1%
Terapia alternativa**	39,77	1.5%	5,88	0.3%
Totale Costi Diretti	2.506,84	92.0%	2.044,58	95.9%
Δ basale – follow-up: -462,26 €				
Assenze lavoro	216,84	8.0%	88,31	4.1%
Totale Costi Indiretti	**216,84**	**8.0%**	**88,31**	**4.1%**
Δ basale – follow-up: -128,53 €				
Totale Costi Δ basale – follow-up: -590,79 €	2.723,68	100%	2.132,89	100%

Costs (euro/patient/year)				
	Stage I	Stage II	Stage III	Stage IV
Indirect cost independent from exacerbation		15.77	21.97	43.71
Indirect cost per exacerbation		27.81	38.76	77.10

Una ricerca analitica di letteratura sui costi della BPCO relativamente al periodo 1998- 2010 ha confermato che la voce di costo più rilevante è tuttora quella relativa alla ospedalizzazione, quindi afferente ai costi diretti.

1. Dal Negro R.- Optimizing economic outcomes in the management of COPD. Int.J.Chron. Obstruct.Pulm. Dis., 2008; 3: 1-10

Uno studio osservazionale condotto su soggetti con BPCO a diversa gravità clinica ha fornito l'evidenza che la BPCO di grado moderato produce un elevatissimo, impatto per il nostro SSN: ciò sembra pertanto consigliare uno spostamento dell'attenzione verso forme meno gravi della malattia, suggerendo di privilegiare scelte diagnostico-terapeutiche più tempestive e modelli gestionali più attuali, nell'intento di contenere, per quanto possibile, il progressivo incremento dei costi socio-sanitari dipe aggravamento clinico della BPCO.

1. Dal Negro R.W.; Bonadiman L.; Turati C.; Turco P. – Clinical and pharmacoeconomic profile of COPD patients with FEV1 50-60% predicted: pilot study on the impact of the extended indication of ICS/LABA. Ther. Adv. Respir. Dis., 2009; 3: 51-8.

PROP. N. 67
dd 11.01.2018

ASL LECCE
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

Sede Legale e Direzione Generale
Lecce

DELIBERAZIONE NUMERO	51	DEL	11 GEN. 2018

OGGETTO:	Piano Aziendale per la Cronicità. PDTA per Neoplasie Polmonari / BPCO, IRC, ASMA con costituzione della rete Aziendale per le malattie croniche dell'apparato respiratorio

L'anno 2018 il giorno undici del mese di gennaio

in Lecce, nella Sede della Azienda , in via Miglietta n.5

STRUTTURA (Codice)	

STRUTTURA	

ASL Lecce Atto Predisposto per la pubblicazione WEB

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 24 aprile 2018, n. 658

Approvazione del documento tecnico di indirizzo per costruire la rete assistenziale pugliese attraverso i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziale (PDTA).

IL DIRETTORE GENERALE

- Area malattie croniche:

a) PDTA Diabete;

b) PDTA Scompenso cardiaco;

c) PDTA Ipertensione;

d) PDTA (BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva] BPCO

Medico di
Medicina Generale

- Riscontro di Fattori di Rischio
- Riscontro casuale di sintomatologia suggestiva per BPCO
- Rilevazione dati epidemiologici
- Valutazione periodica

Valutazione / Arruolamento

ALLEGATO A

PRESA IN CARICO			
Data		Medico	
Data di nascita		Residente a	
Via	n.		Telefono
Grado di istruzione			
Data di avvio gestione team CCM			
Zona Distretto sanitario		Modulo	
Modalità di accesso		Data	
☐ Prima visita	☐ Controllo urgente	☐ Controllo programmato	☐ Altro
COMORBILITÀ:			
Ipertensione arteriosa	Bronchiectasie		Insufficienza cardiaca
Patologia neurologica	Fibrillazione atriale		Altra cardiopatia
Patologia psichiatrica		Arteriopatia arti inferiori	
FATTORI DI RISCHIO:			
Nessuno	Fumo (p/yrs)		Ex fumo (p/yrs)
Ipercolesterolemia	Obesità		Sovrappeso
Tao	Alcool		Circonferenza vita
Sedentarietà			
Dati di controllo:			
Data			
Peso		P.A.	
CV		BMI	
Spirometria basale		Data effettuazione	
Valutazione-Educazione counselling Abitudini/Stili di vita			
Vaccinazione antipneumococcica			
Rx del torace			
Esami bioumorali: emocromo + quelli ritenuti necessari a seconda delle variabili cliniche			
Vaccinazione antinfluenzale			

Servizio Pneumologico
Territoriale

Servizio Pneumologico Territoriale

- Diagnosi e Conferma di BPCO
- Valutazione Clinica - Radiologica - Funzionale
- Inquadramento e Stadiazione
- Presa in Carico

ALLEGATO B

Abitudine tabagica	Pack/year*	
Tiffenau (VEMS/FCV) post broncodilatazione	%	
FCV post broncodilatazione	ml	
VEMS post-broncodilatazione	ml	
Stadio GOLD (classificazione di gravità)		
6mWT	metri	
BMI^		
CAT (valutazione dei sintomi)		
mMRC (valutazione della dispnea)		
BODE		
Comorbilità	Numero totale	
Riacutizzazioni moderate o severe/anno §	numero	
(A,B,C,D) storia di riacutizzazioni		

Medico di Medicina Generale

BPCO / IRC
ACCERTATA

INSTABILE
(Riacutizzazione)

STABILE

OSPEDALIZZAZIONE

STABILITA'

MONITORAGGIO

(Follow Up programmato
Nutrizionista
Fisioterapia)

DIMISSIONI

Reparto di Pneumologia

Prescrizione ed Autorizzazione LTOT(corredata da Certificato di Esenzione) e/o Ventilatore Meccanico da parte dello Pneumologo

Medicina - Geriatria
(altri reparti privi di Specialista Pneumologia)

La prescrizione LTOT e/o Ventilatore Meccanico viene eseguita dallo Specialista in Anestesia e Rianimazione presente nella struttura con le stesse modalità

Le prescrizioni vengono fatte pervenire al DSS di appartenenza per le relative autorizzazioni

La lettera di dimissione contenente il dettaglio delle prescrizioni va fatta pervenire alla Pneumologia Territoriale competente per DSS di appartenenza per garantire la Continuità Assistenziale ed il Follow-Up

CONCLUSIONI

Il **PDTA** è lo strumento che, nella BPCO come in tutte le cronicità, consente la razionalizzazione degli interventi in quanto individua i livelli di operatività, le figure professionali preposte e lo scenario logistico in cui gli interventi stessi si svolgono.

Il livello funzionalmente operativo si attua attraverso la istituzione di una **Rete Aziendale** che, sulla scia del percorso tracciato, attraverso feedback bidirezionali tra i nodi della stessa rete, garantisce la **Continuità Assistenziale** del paziente.

In questo momento storico la **deospedalizzazione**, intesa sia come prevenzione della stessa che, spesso, come opportunità inappropriata, è uno dei target fondamentali da perseguire.

Questa osservazione pone le **Strutture Territoriali** non solo come primo baluardo ma come "**luogo di scelta**" per la gestione del paziente **in fase di stabilità**, qualsiasi sia il grado della patologia, mettendo in atto tutte le strategie organizzative e tecnologiche che favoriscono gli interventi sia a livello **Ambulatoriale** che **Domiciliare**.

Perché questo si realizzi è indispensabile la **Presa in Carico** del paziente, evitando qualsiasi intervento incompleto o parcellizzato, e che sola consente la strutturazione di un **follow-up** sul quale costruire il percorso in ambito diagnostico, terapeutico, della prevenzione (primaria e secondaria) e riabilitativo.

Presa in Carico del Paziente e Continuità Assistenziale, rappresentano, infine, contenitori di "**molti contenuti**" che non esauriscono la loro attività in ambito Clinico-Terapeutico, ma comprendono anche aspetti Organizzativi e Rapporti con altre strutture, mirati al superamento di meccanismi perversi quali quello della "delega" e quello del "prestazionismo fine a se stesso".