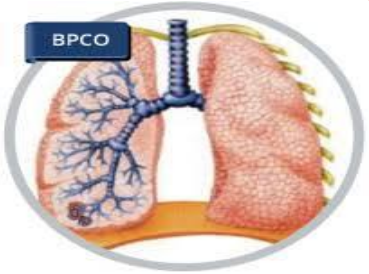
Presa in carico della BPCO e ipertensione: Prevenzione e percorsi formativi "Special Interest"

RELATORE:

Dott. Sergio Pasquinucci

BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)



- La BPCO è una condizione patologica dell'apparato respiratorio caratterizzata da ostruzione del flusso aereo, cronica e parzialmente reversibile
- Rappresenta una delle principali cronicità identificate a livello globale e costituisce la 3° causa di morte tra le malattie non trasmissibili
- Le stime di prevalenza della BPCO nella popolazione generale sono del 4-6%, con circa 3 milioni di pazienti in Italia e circa 300 mila in Campania
- I costi della malattia sono prevalentemente concentrati nelle fasi più avanzate del decorso clinico e sono legati alle riacutizzazioni ed alle ospedalizzazioni (70% dei costi complessivi a carico del SSN)

Ipertensione Arteriosa

- La prevalenza dell'ipertensione arteriosa nella popolazione italiana è del 33% per il sesso maschile e del 31% per il sesso femminile (29% per il sesso maschile e 33% per il sesso femminile nella Regione Campania)
- Rappresenta la seconda causa di visita ambulatoriale con circa 30 milioni di visite annue negli USA e 12 milioni di accessi ambulatoriali in Italia
- L' ipertensione sotto-diagnosticata e mal gestita, dal punto di vista del trattamento, aumenta esponenzialmente il rischio di subire eventi cardiovascolari, soprattutto infarti e ictus, che sono la causa di morte più frequente nei paesi industrializzati

Prevenzione ed educazione del paziente

- Un fattore eziopatogenetico comune a entrambe le patologie è il fumo. Il fumo è presente nel 25-43% degli ipertesi ed è la causa piu' importante per lo sviluppo di BPCO (70-80% dei casi).
- La cessazione dell'abitudine al fumo di tabacco è il primo provvedimento da adottare e in questo contesto l'azione del MMG risulta fondamentale

MODELLO DELLE 5A

Il counselling breve, l'approccio delle "5 A"	
1. ASK (chiedere)	Chiedere ad ogni paziente se fuma. Strutturare un modello organizzativo (per es. nella cartella clinica) in cui sia prevista la domanda sulle sue abitudini rispetto al tabacco.
2. ADVICE (consigliare)	Consigliare a tutti i fumatori di smettere. Tale intervento deve essere metodico, effettuato con modalità opportune anche da un punto di vista relazionale, deciso.
3. ASSESS (valutare)	Verificare se il paziente ha preso in considerazione l'idea di porre in atto un tentativo, almeno nei successivi 30 giorni. Cercare di capire in che fase del percorso di cambiamento il paziente si trova.
4. ASSIST (assistere)	Assistere i pazienti che hanno deciso di smettere, fornendo loro la propria consulenza, il supporto psicologico, raccomandando eventualmente un trattamento farmacologico efficace, fornendo del materiale supplementare.
5. ARRANGE (organizzare)	Programmare dei contatti o dei colloqui - sia di persona che per telefono - entro la prima settimana del percorso di cessazione e almeno nel primo mese dalla cessazione.

FASE STRATEGICA

E' La registrazione del dato FUMO

Tutti i fumatori che non riescono a smettere con un intervento minimo, devono essere assistiti con trattamento comportamentale (counseling prolungato) e trattamento farmacologico (intervento di secondo livello)

Farmaci di prima scelta sono i sostituti della nicotina nelle varie formulazioni (cerotti,gomme da masticare, inalatori, compresse), il buproprione a lento rilascio e la vareniclina

CRITICITÀ NELLA GESTIONE DELLE MALATTIE

- Sottodiagnosi
- Inappropriatezza diagnostica (sovradiagnosi) e inappropriatezza terapeutica rispetto alle indicazioni delle linee guida
- Scarsissima aderenza alla terapia
- Inappropriatezza nella ospedalizzazione e inadeguatezza dei setting di ricovero
- Scarsa disponibilità di offerta riabilitativa specialistica

IL **PDTA** è lo strumento regolatorio che ha il compito di ridurre tali criticità attraverso il recepimento e la contestualizzazione delle Linee Guida in ambito Regionale

Obiettivi PDTA

- Migliorare la prevenzione primaria e l'educazione del paziente
- Migliorare la capacità quantitativa e qualitativa della diagnosi della BPCO e dell' ipertensione senza peggiorare i tempi di attesa
- Favorire una corretta gestione di tali pazienti da parte della Medicina Generale, in particolare nella nuova realtà del Distretto, che può governare i punti di intercetto del paziente facendo leva sulla specialità territoriale e sulle aggregazioni della medicina (Aggregazione Funzionale Territoriale, AFT e Unità Complessa di Cure Primarie UCCP)
- Prevenire le riacutizzazioni della BPCO
- Definire il corretto setting della ospedalizzazione e della riabilitazione respiratoria.

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?

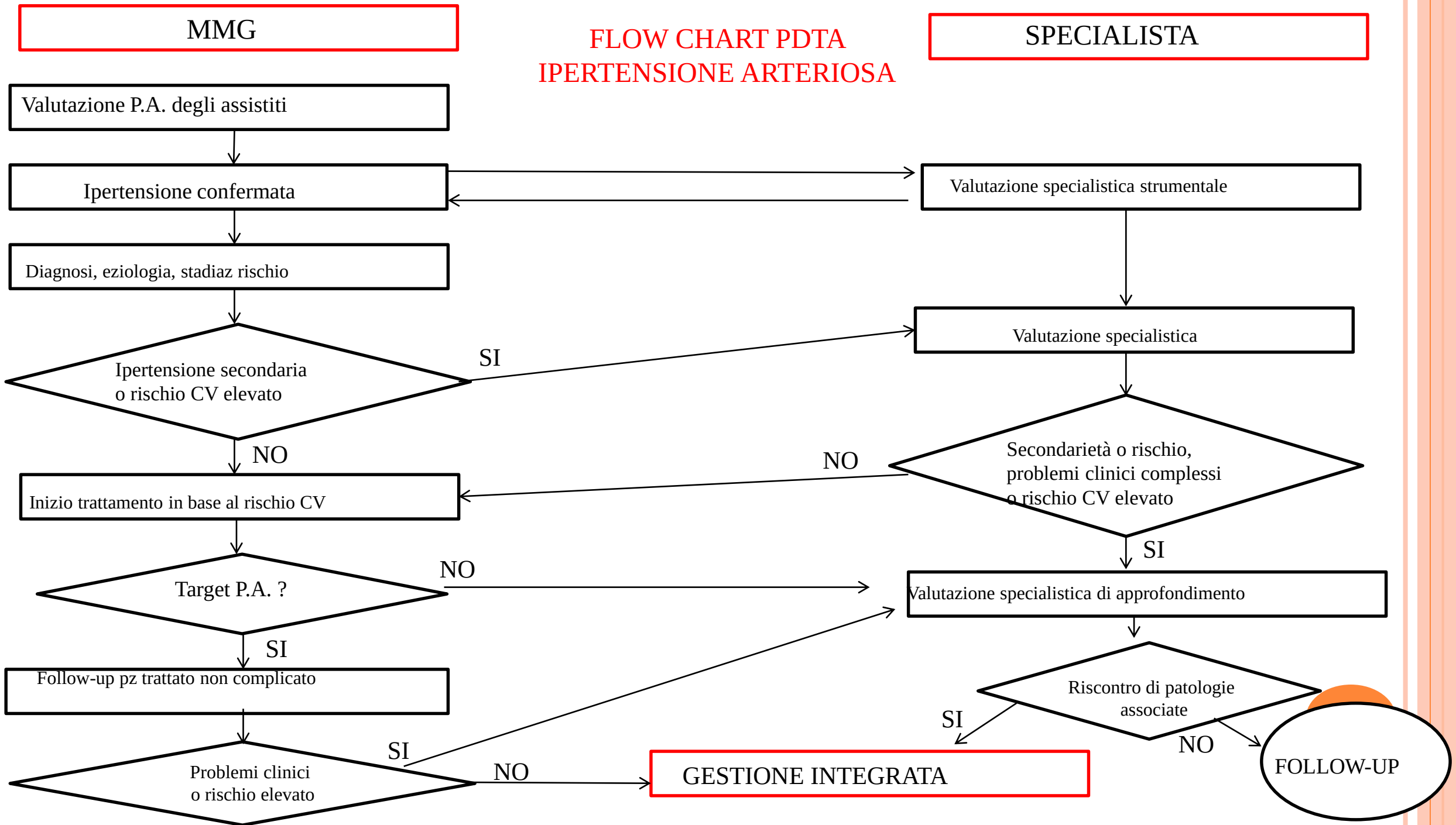
…. Per questo ci sono le linee guida e le evidenze della letteratura

Perché un progetto di implementazione?

METODOLOGIA APPLICATA

	PREVENZIONE & EDUCAZIONE	DIAGNOSI	TERAPIA	RIACUTIZZAZIONE & OSPEDALIZZAZIONE	RIABILITAZIONE RESPIRATORIA
OBIETTIVO	Abolire i fattori di rischio	• Confermare diagnosi BPCO • Emersione 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 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 Antifumo	• Studio del MMG • AFT/UCCP • Ambulatorio peumo territoriale	• Studio del MMG • AFT/UCCP • Ambulatorio peumo territoriale	• Studio del MMG • AFT/UCCP • Ambulatorio peumo territoriale • Ospedale	• Ricovero ord • Riab. DH • Domicilio • Ambulatorio
OUTPUT	• Registrazione dato fumo • Trattamento tabagismo	• Diagnosi e stadiazione • Visita specialistitca	• Prescrizione terapia • Programma di follow-up	• Risoluzione della riacutizzazione • Presa in carico post- ricovero	• Valutazione degli esiti • Riduzione delle complicanze e delle disabilità residue

FLOW CHART PDTA IPERTENSIONE ARTERIOSA



NUOVE STRATEGIE ASSISTENZIALI

Tali strategie dovranno abbandonare il tradizionale approccio attendista e sintomatico a favore di un atteggiamento prognostico e preventivo:

1. Promozione di uno stile di vita adeguato
2. Corretta presa in carico nel tempo dei pazienti ipertesi prevenendo accessi inappropriati a strutture di secondo livello o errato consumo di farmaci e/o di prestazioni ambulatoriali

RUOLO CHIAVE: **Medico di Medicina Generale**

Chronic Care Model

Il paziente viene posto al centro del sistema, sottoscrive un "patto di salute" con il proprio medico di fiducia, viene reso esperto e consapevole dei rischi della propria malattia con opportuni interventi educativi di informazione e addestramento (empowerment) e interagisce, attraverso un insieme di attività personalizzate e condivise, con il team multiprofessionale delle Cure Primarie composto da Medici di Medicina Generale, Specialisti, Infermieri e Operatori Socio-Sanitari

Importanza di un percorso formativo

Un percorso formativo centrato sul trasferimento di competenze dallo specialista al MMG può costituire il primo passo per un miglioramento complessivo nella gestione della BPCO e dell'ipertensione arteriosa

Obiettivi Generali

Migliorare l'approccio alla prevenzione individuale e la gestione pratica e integrata del percorso assistenziale della BPCO e dell'ipertensione arteriosa, considerando in particolare le difficoltà e l'inappropriatezza della diagnosi e terapia.

Attraverso:

- La promozione dell'Evidence-Based Medicine (EBM) e la diffusione e condivisione delle linee guida
- L'ampliamento della conoscenza del PDTA e l'acquisizione degli strumenti e strategie di management
- Il perfezionamento delle abilità diagnostiche e di utilizzo di strumentazioni di competenza specialistica.

Obiettivi Specifici

- Predisporre strumenti per la diffusione e la condivisione delle linee guida (INDIVIDUAZIONE, MONITORAGGIO E TRATTAMENTO)
- Approfondire la conoscenza sui contenuti clinici del PDTA
- Acquisire strumenti e strategie di management per organizzare il lavoro in team nell'ambulatorio dedicato all'ipertensione arteriosa e alla BPCO
- Perfezionare abilità comunicativa per stimolare l'adozione di un corretto stile di vita ed instaurare un rapporto di fiducia tra assistito e medico aumentando la compliance alle strategie diagnostico-terapeutiche
- Perfezionare le abilità diagnostiche e di decisone terapeutica
- Approfondire la conoscenza teorica e pratica delle metodiche strumentali funzionali alla valutazione del danno d'organo del paziente iperteso
- Trasferire competenze sulla corretta esecuzione della spirometria e sulla corretta utilizzazione delle informazioni da essa fornite.

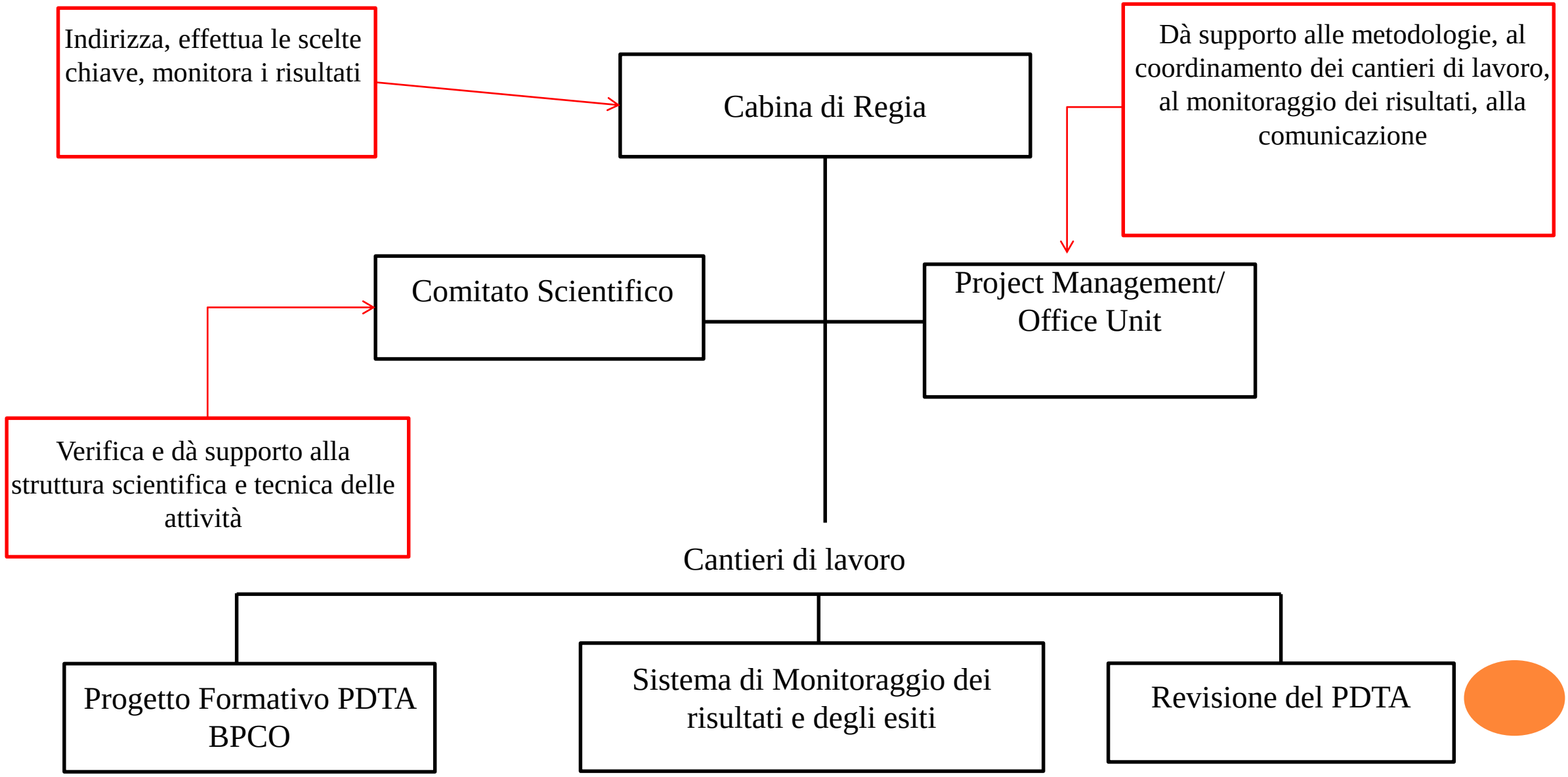
Risultati Attesi

- Appropriatezza diagnostica
- Emersione della patologia (case finding)
- Appropriatezza terapeutica
- Aderenza alla terapia
- Riduzione delle ospedalizzazioni

L'efficacia di tali interventi formativi verrà valutata con cadenza trimestrale attraverso l'utilizzo di indicatori di processo e di esito previsti dal PDTA (es. *"numero di pazienti con diagnosi di BPCO e spirometria sul numero di pazienti con diagnosi di BPCO"; "numero di terapie ambulatoriali erogate sul numero di terapie ambulatoriali erogate nel periodo precedente; "dati di aderenza al trattamento rilevati al tempo zero ed a 12 mesi"*).

Sarà inoltre effettuata un'indagine qualitativa con cadenza annuale per l'individuazione di eventuali criticità.

Il Piano Operativo: la Governance



I PROSSIMI PASSI DEL PIANO OPERATIVO

REGIONE CAMPANIA

- Intende perseguire l'implementazione operativa del PDTA BPCO attraverso il progetto AGIRE
- Il progetto AGIRE prevede tre cantieri strutturati:

1. Il miglioramento della dotazione strumentale
2. L'informazione e la formazione ad ASL, Distretti, Specialisti e MMG
3. Il monitoraggio dell'andamento del PDTA BPCO

- Per assicurare il risultato finale al Paziente, migliorare la certezza di diagnosi e l'aderenza alla terapia ritiene necessaria una sinergia innovativa tra Istituzioni Regionali, Società Scientifiche e Imprese

REGIONE CAMPANIA

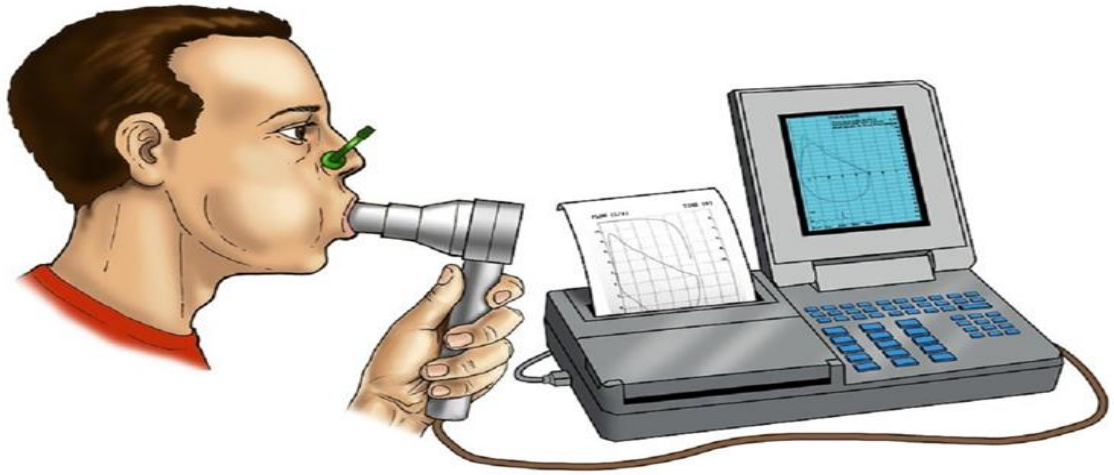
- Ha coinvolto le Società Scientifiche di riferimento per assicurare il massimo livello di qualità clinica e organizzativa del progetto AGIRE
- Ha previsto un investimento per la dotazione strumentale e il percorso di cambiamento
- Propone alle Imprese di partecipare al progetto AGIRE per accelerare tempi e qualità dei risultati

IL PROGETTO FORMATIVO

DIAGNOSI BPCO

La diagnosi di BPCO si basa sulla presenza di sintomi respiratori e/o esposizione a fattori di rischio confermati dalla dimostrazione dell' ostruzione al flusso aereo mediante la spirometria

La spirometria è l'indagine necessaria e insostituibile per confermare la diagnosi di BPCO



Obiettivo Progetto Agire

- Percorso formativo centrato sul trasferimento di competenze dallo specialista pneumologo al MMG sulla corretta esecuzione della spirometria e sulla corretta utilizzazione delle informazioni da esse fornite, può costituire il primo passo per un miglioramento complessivo nella gestione della BPCO
- Tale componente tecnico-pratica del percorso formativo dovrà essere affiancata da un intervento di tipo teorico che affronti i temi dell'appropriatezza terapeutica, dei criteri di corretta ospedalizzazione e soprattutto da un piano di affiancamento e monitoraggio
- Il tutto al fine di garantire a regime, e nell'arco temporale di 1 anno, dal completamento del percorso formativo un accesso alla diagnostica della gran parte dei pazienti da sottoporre a valutazione (conferma diagnostica + case finding)

Le criticità e la complessiva inappropriatezza che caratterizza la gestione della BPCO sono largamente documentate in letteratura e vi è diffusa convergenza sul fatto che, preliminarmente, l'intervento vada concentrato sulla fase diagnostica

La corretta esecuzione della spirometria costituisce uno degli elementi fondamentali per il miglioramento dell'appropriatezza diagnostica e può essere un elemento essenziale per aumentare la consapevolezza della rilevanza della malattia e per indirizzare al meglio l'approccio terapeutico

DESTINATARI DELLA FORMAZIONE

- Circa 350 MMG: Si affida alle ASL attraverso i Direttori di Distretto la identificazione dei MMG da formare (fabbisogno stimato di 2 MMG per ogni AFT da formare)
- Costituzione dei gruppi di MMG da formare: 35 gruppi (dimensione massima dei gruppi di 10 medici)
- Ogni centro specialistico, in relazione alle risorse umane disponibili, potrà seguire su 2-3 gruppi di MMG

FORMATORI E TUTOR

15 Centri Specialistici, in cui saranno individuati i formatori, costituiti da almeno 4 figure:

- 2 Pneumologi + 1 Tecnico di Fisiopatologia Respiratoria + ove disponibile, 1 MMG già adeguatamente competente perché formato in precedenti esperienze
- I docenti ed i tutor dei Centri Specialistici saranno composti da Pneumologi esperti in diagnostica funzionale respiratoria (di strutture ospedaliere o territoriali) e tecnici di Fisiopatologia Respiratoria

TOTALE 60 FORMATORI

STRUTTURAZIONE E TIMING DEL PROCESSO FORMATIVO

STEP 1- PRELIMINARE

Durata: 3 mesi

- Acquisizione di **350 spirometri** (spirometria basale) su specifico finanziamento regionale

-Acquisizione di **12 stazioni di diagnostica funzionale di 2° livello** con gestione centralizzata dei dati attraverso un **collegamento in rete tra spirometri e stazioni di diagnostica di 2° livello** (trasmissione e monitoraggio)

Dotazione di materiale formativo con i contenuti teorici del progetto e del PDTA

STEP 2- RESIDENZIALE

Durata: 6 mesi (ECM)

- **Riunione preliminare** tra i Direttori ASL e i 65 Direttori di Distretto di tipo informativo per garantire la collaborazione al progetto

-**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 (ECM)

STEP 3- FORMAZIONE SUL CAMPO

Durata: 18 mesi

-**3 incontri teorico pratici (6 ore)** presso i Centri Specialistici. Contenuto: Principi di fisiopatologia e clinica, DD della BPCO, esecuzione di esami spirometrici e principi di interpretazione
-Incontri di affiancamento individuale da parte dei Tecnici di FPR per avviare in sicurezza la diagnostica

6 mesi

-**4 incontri a cadenza trimestrale** con il gruppo di 10 MMG per verificare le attività svolte

12 mesi

STEP 4- FOLLOW UP

12 mesi dopo l'avviamento

-**Verifica** dell'operatività dei MMG attraverso la rilevazione degli 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

- ATTIVITA':

1. Definisce e sintetizza gli elementi della formazione
2. Fornisce supporto all'estrazione di informazioni di monitoraggio
3. Sintetizza il monitoraggio degli indicatori
4. Supporta la definizione delle fonti informative di controllo del PDTA
5. Individua le criticità nella gestione di pazienti
6. 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

"Quando curi una malattia puoi vincere o perdere.
Quando ti prendi cura di una persona puoi solo vincere"

Patch Adams