



**DIAGNOSI, PRESA IN CARICO,  
APPROPRIATEZZA E OSPEDALIZZAZIONI**  
Alberto Rocca, Direttore Unità Operativa di  
Pneumologia, Ospedale Bellaria di Bologna

Con il patrocinio della



Con il patrocinio di



**BOLOGNA**

**HOTEL BOLOGNA  
FIERA**

Piazza della  
Costituzione, 1

**25 OTTOBRE 2018**

**ONCOLOGIA E CRONICITÀ**

2018 **MOTORE**   
**SANITÀ**  
Sanità Universale

### Malattie acute

- Insorgenza improvvisa
- Episodiche
- Eziopatogenesi specifica e ben identificabile
- Cura specifica a intento risolutivo
- Spesso disponibile una specifica terapia o trattamento
- La cura comporta il ripristino dello stato di salute
- Assistenza sanitaria di breve durata

### Malattie croniche

- Insorgenza graduale nel tempo
- Continue
- Eziopatogenesi multipla e non sempre identificabile
- Cura continua, raramente risolutiva
- Terapia causale spesso non disponibile
- La *restitutio ad integrum* è impossibile e si persegue come obiettivo il miglioramento della qualità di vita
- Assistenza sanitaria a lungo termine (presa in carico del malato)



E' una sindrome respiratoria caratterizzata da un'**ostruzione bronchiale progressiva**, solo parzialmente reversibile, con iper-insufflazione dei polmoni

La malattia è **significativamente sotto-diagnosticata** con conseguente difficoltà nella stima corretta della sua prevalenza a livello internazionale e nazionale.



**Le riacutizzazioni** sono responsabili di gran parte della morbidità. Nel solo Canada il costo delle riacutizzazioni moderate e severe viene quantificato in 646-736 milioni di dollari/anno. Nel Regno Unito i costi diretti sono stimati intorno a 800 milioni di sterline/anno



Per cercare di ottimizzare la gestione della BPCO si sono sviluppate **linee guida di alta qualità** (CTS, ATS, ERS).

Queste linee guida in genere specificano l'identificazione della malattia attraverso la spirometria e il trattamento attraverso una combinazione di: cessazione del fumo, vaccinazioni, terapia farmacologica, attività fisica, prevenzione e trattamento ottimale delle riacutizzazioni

Quando adeguatamente implementati questi diversi steps hanno portato ad un miglioramento della qualità di vita e ad una riduzione dell'utilizzazione delle cure sanitarie



Nonostante risultati promettenti, le evidenze suggeriscono come la creazione di linee guida isolate risulti inadeguata così come la diffusione passiva delle linee guida raramente esiti in importanti cambiamenti nella pratica clinica.

Si ritiene che il 30-40% di pazienti non riceva trattamenti di provata efficacia nonostante l'acquisizione di linee guida.



Per minimizzare questo gap viene sempre più frequentemente proposta la «creazione» ed implementazione di **Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali** (PDTA) con lo scopo di guidare la pratica evidence-based e migliorare l'interazione fra i servizi sanitari [‘Clinical pathways’, ‘Integrated care pathways’, ‘Care plans’, ‘Checklist’].

I PDTA permettono di adattare le linee guida ad un contesto locale dettagliando gli steps essenziali per la valutazione e cura dei pazienti



## **I percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA)**

-Sono interventi complessi basati sulle migliori evidenze scientifiche e caratterizzati dall'organizzazione del processo di assistenza per gruppi specifici di pazienti, attraverso il coordinamento e l'attuazione di attività consequenziali standardizzate da parte di un team multidisciplinare.

-Da diversi anni, i PDTA vengono utilizzati per migliorare la qualità ed efficienza delle cure, ridurre la variabilità nelle cure e garantire cure appropriate al maggior numero di pazienti.



*Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

# **Piano Nazionale della Cronicità**

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di  
Bolzano del 15 settembre 2016

## **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

### Malattie acute

- Insorgenza improvvisa
- Episodiche
- Eziopatogenesi specifica e ben identificabile
- Cura specifica a intento risolutivo
- Spesso disponibile una specifica terapia o trattamento
- La cura comporta il ripristino dello stato di salute
- Assistenza sanitaria di breve durata

### Malattie croniche

- Insorgenza graduale nel tempo
- Continue
- Eziopatogenesi multipla e non sempre identificabile
- Cura continua, raramente risolutiva
- Terapia causale spesso non disponibile
- La *restitutio ad integrum* è impossibile e si persegue come obiettivo il miglioramento della qualità di vita
- Assistenza sanitaria a lungo termine (presa in carico del malato)

**Messaggio chiave:**

coinvolgere  
tutte le parti  
al massimo

**Messaggio chiave:**

L'ospedale  
snodo di al  
sistema di cu  
interagisca  
ambulatorial  
Primaria

**Messaggio chiave:**

Il paziente "persona" (e non più  
"caso")  
esperienza  
sapere  
"co-

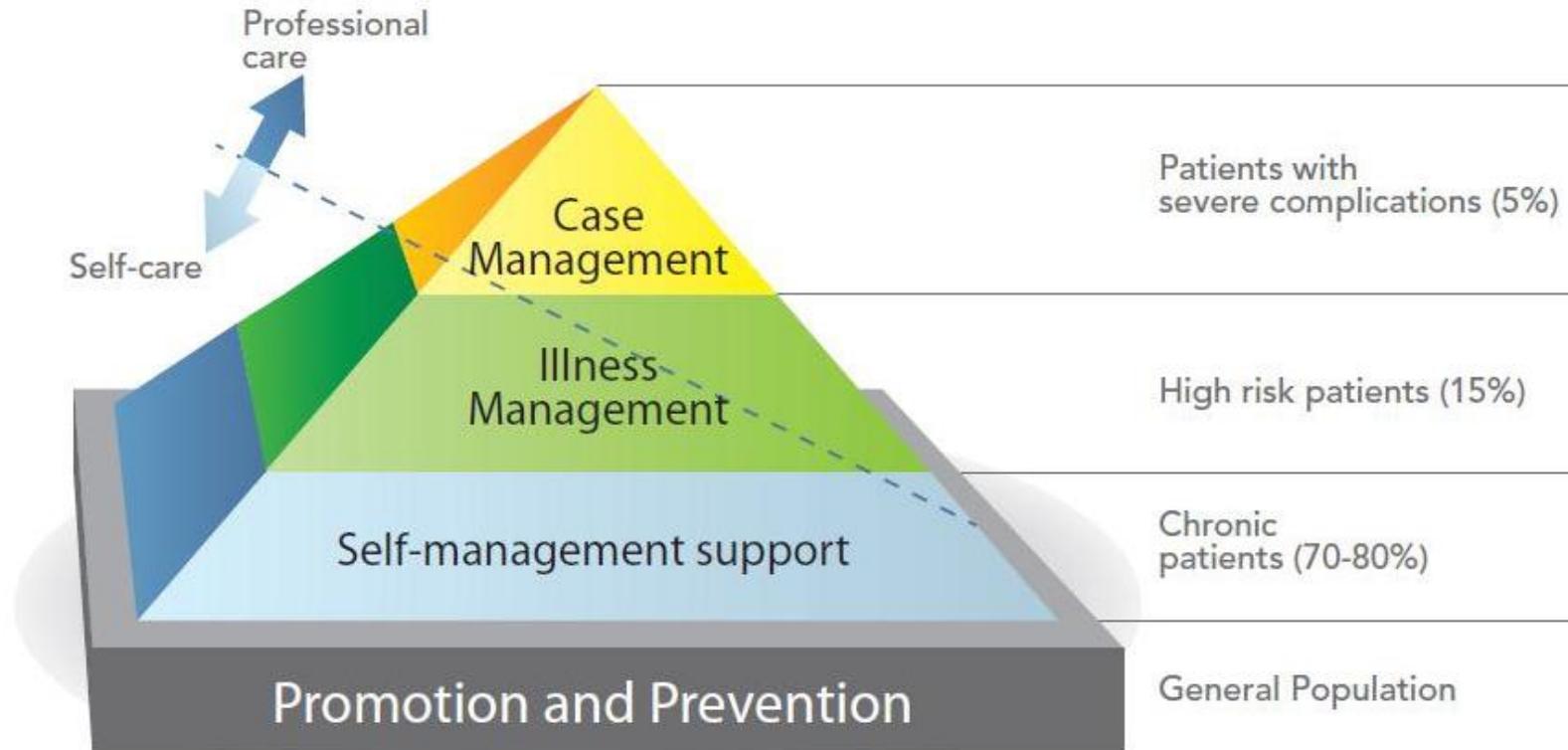
**Messaggio chiave:**

la valutazione orientata sul  
paziente  
raggiungere  
sociali

**Messaggio chiave:**

mantenere il più possibile la  
persona malata al suo domicilio e  
impedire o comunque ridurre il  
rischio di istituzionalizzazione

## Extended Kaiser Pyramid



E' del tutto evidente che anche le strategie di intervento, e quindi i percorsi assistenziali, devono essere differenziati a seconda dei differenti bisogni dei sottogruppi (sub-target), in particolare per quelli a maggiore complessità, come in quel 7-8% di pazienti più complessi posti all'apice della piramide, che rappresentano il target a "maggiori costi", di salute ed economici (vedi figura a pagina successiva).

## La piramide del rischio: il case-mix della popolazione



### STRUMENTI DI GESTIONE

### LUOGO E TIPO DI CURA

Il Sistema ACG (Adjusted Clinical Groups) , è un sistema di classificazione della popolazione per livello di complessità assistenziale, partendo dalle combinazioni di diagnosi acute o croniche presenti nello stesso assistito. Si tratta di uno strumento di Risk Adjustment che consente il confronto tra gruppi di individui con problemi simili dal punto di vista dell'impatto assistenziale e del profilo generale di morbidità<sup>8</sup>.

# BPCO e IRC

## MACRO ATTIVITA'

- Programmi nazionali di prevenzione e controllo dei fattori di rischio
- Favorire un percorso di adeguato ai bisogni del paziente nel rispetto delle linee guida



MINISTERO DELLA SALUTE



AGENAS



REGIONE



AZIENDA SANITARIA



ASSOCIAZIONI

## OBIETTIVI GENERALI

- Migliorare la consapevolezza sulla patologia e sui fattori di rischio ad essa collegati a livello politico e sociale
- Prevenire le riacutizzazioni e la progressione della malattia con una gestione attiva e intensiva della persona nel suo domicilio utilizzando anche la telemedicina ed evitando ospedalizzazioni inappropriate
- Migliorare l'aderenza alla profilassi, terapia farmacologica e riabilitativa
- Creare livelli intermedi di assistenza fra ospedale e domicilio, tra cure primarie e ospedaliere

## OBIETTIVI SPECIFICI

- Cessazione del fumo
- Controllo dell'inquinamento indoor e outdoor-educazione sanitaria
- Educazione del paziente/caregiver all'autogestione della

## LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. Implementare una carta di rischio respiratorio
2. Incrementare programmi e adottare strumenti che aumentino la consapevolezza sulla patologia
3. Implementare l'Integrazione multidisciplinare e multiprofessionale adottando i PDTA
4. Incrementare programmi che sviluppino l'empowerment del paziente e che rendano i professionisti sanitari e non sanitari consapevoli dell'importanza dell'aderenza sia farmacologica che tecnologica individuando strumenti che facilitino la compliance
5. Strutturare in maniera appropriata l'assistenza domiciliare (ossigenoterapia e ventiloterapia) ponendo attenzione alle cure di fine vita
6. Sperimentare modelli di strutture intermedie rispondenti a criteri strutturali, operativi, organizzativi, omogenei a livello nazionale
7. Implementare la riabilitazione respiratoria
8. Mettere a regime i modelli basati su sistemi di monitoraggio a distanza (telemedicina)
9. Sensibilizzazione e formazione dei MMG per l'individuazione dei soggetti a rischio di IRC e loro invio precoce nelle strutture ospedaliere/specialistiche per evitare condizioni complicanti
10. Potenziare l'assistenza domiciliare e prevedere programmi di addestramento del caregiver
11. Favorire la valutazione del funzionamento della persona (ICF)

- Migliorare la consapevolezza sulla patologia e sui fattori di rischio ad essa collegati a livello politico e sociale
- Prevenire le riacutizzazioni e la progressione della malattia con una gestione attiva e intensiva della persona nel suo domicilio utilizzando anche la telemedicina ed evitando ospedalizzazioni inappropriate
- Migliorare l'aderenza alla profilassi, terapia farmacologica e riabilitativa
- Creare livelli intermedi di assistenza fra ospedale e domicilio, tra cure primarie e ospedaliere

#### OBIETTIVI SPECIFICI

- Cessazione del fumo
- Controllo dell'inquinamento indoor e outdoor-educazione sanitaria
- Educazione del paziente/caregiver all'autogestione della malattia
- Prevenzione delle riacutizzazioni
- Migliorare la qualità sia clinica sia strutturale, tecnologica e operativa delle strutture di cura
- Sensibilizzare e attivare la formazione dei MMG per l'individuazione dei soggetti a rischio di insufficienza respiratoria e loro invio precoce nelle strutture ospedaliere/specialistiche per evitare condizioni complicanti
- Prevenire infezioni
- Favorire gli interventi di riabilitazione respiratoria
- Garantire presa in carico unitaria della persona con IRC da MNM
- Garantire un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato

#### RISULTATI ATTESI

- Aumento della popolazione curata a domicilio, anche attraverso forme di teleassistenza
- Riduzione delle ospedalizzazioni

#### INDICATORI

- % di popolazione con BPCO grave e IRC curata a domicilio rispetto alla popolazione affetta da BPCO grave e IRC.
- % di popolazione inserita in programmi domiciliari che abbia avuto necessità di una o più ospedalizzazioni
- % di popolazione con BPCO grave e IRC ospedalizzata e dimessa (SDO) rispetto al trend dell'anno precedente

(ossigenoterapia e ventiloterapia) ponendo attenzione alle cure di fine vita

6. Sperimentare modelli di strutture intermedie rispondenti a criteri strutturali, operativi, organizzativi, omogenei a livello nazionale
7. Implementare la riabilitazione respiratoria
8. Mettere a regime i modelli basati su sistemi di monitoraggio a distanza (telemedicina)
9. Sensibilizzazione e formazione dei MMG per l'individuazione dei soggetti a rischio di IRC e loro invio precoce nelle strutture ospedaliere/specialistiche per evitare condizioni complicanti
10. Potenziare l'assistenza domiciliare e prevedere programmi di addestramento del caregiver
11. Favorire la valutazione del funzionamento della persona (ICF) con approccio biopsicosociale
12. Garantire la mobilità interregionale assicurando la possibilità di effettuare l'ossigenoterapia, anche per brevi periodi, fuori dal luogo di residenza abituale

## Indicazioni Regionali per la gestione della BPCO

## **Riguardo la patologia polmonare cronica ostruttiva vengono auspicati:**

- attenzione alla rilevanza epidemiologica, gravità, invalidità
- considerazione del suo peso assistenziale ed economico
- è indicata l'integrazione tra l'assistenza primaria centrata sul Medico di Medicina Generale, gli infermieri e le cure specialistiche
- auspicato l'ingresso quanto più precoce della persona con malattia cronica in un percorso strutturato
- deve essere fornita la garanzia di un Piano Assistenziale Individualizzato,
- indispensabile l'educazione del paziente e caregiver all'autogestione della malattia
- auspicato il potenziamento delle cure domiciliari e la sperimentazione di modelli di strutture intermedie;
- suggerito l'uso di tecnologie innovative di "tecnoassistenza"
- importante attenzione viene data alle cure nel fine vita.

# PERCORSO ASSISTENZIALE DIFFERENZIATO

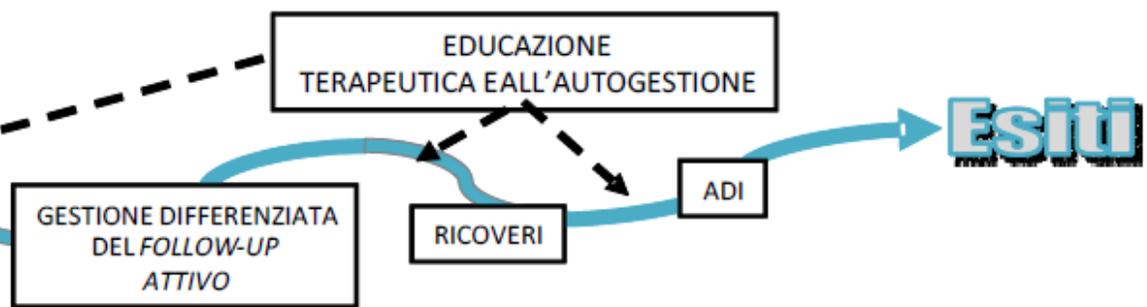
## Fase 1 Selezione



## Fase 2 Presca in carico



## Fase 3 Gestione del piano di cura



Strategie  
diversificate

