

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



Il MMG nella gestione della cronicità .

**LA CASA DELLA SALUTE
“TERRE E FIUMI”-Copparo-
AUSL- FERRARA**



Bologna 25 ottobre 2018

Dr.Franco Miola MMG, Coordinatore
NCP Copparo -AUSL FERRARA



Comune
di
Copparo



Comune
di Ro



Comune
di
Tresigallo



Comune di
Jolanda di
Savoia



Comune
di Berra



Comune di
Formignana



Casa della Salute

“Terre e Fiumi”

Via San Giuseppe
Copparo

Os.Co. -Ospedale
di Comunità

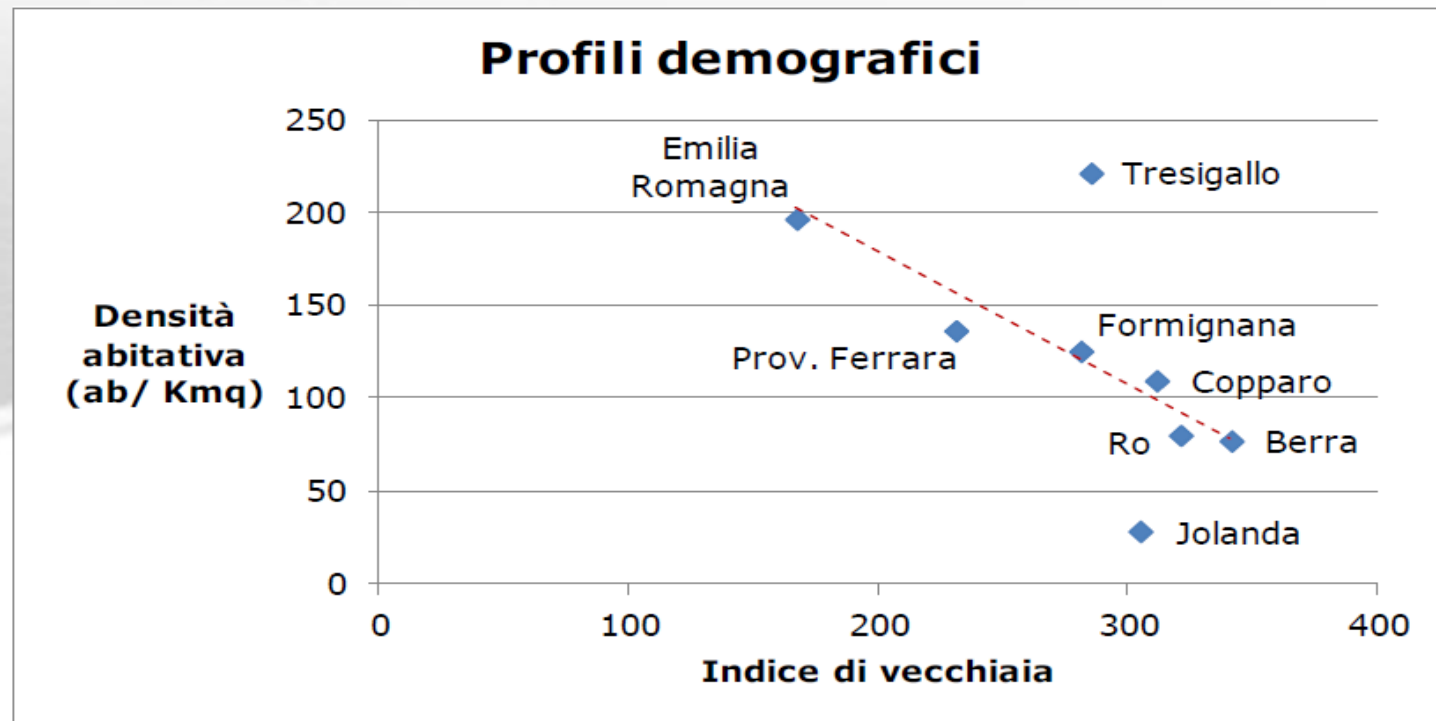
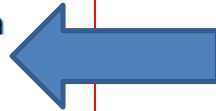
- Circa 36000 abitanti
- 1 NCP con 29 MMG
- 2 Medicine di Gruppo
- 2 Medicine in Rete
- 1 amb. **H 12** con 26 MMG e 6 Infermiere
- ADI
- Ambulatori Specialistici





Profilo demografico ed epidemiologico

- Popolazione anziana e dispersa sul territorio
 - ✓ In provincia di Ferrara, età media di 47,5 anni vs 45 della RER, 43,5 Italia.
 - ✓ Percentuale di under 15 più bassa d'Italia; 10,9% vs 13,3% della RER, 14% Italia.
 - ✓ Nei comuni dove opera il NCP di Copparo l'indice di vecchiaia (rapporto tra ultra 65 e under 14) raggiunge livelli elevati, mentre la densità abitativa scende ai livelli più bassi della provincia (Com. Jolanda di Savoia, 28 ab/kmq).



Fonte: Bilancio di Missione 2011 – AUSL FE

Razionale

La gestione sul territorio delle malattie croniche è la vera sfida del presente e del futuro, al fine di garantire appropriatezza assistenziale e sostenibilità economica.

Invecchiamento, cronicità, disabilità :paziente fragile

I PDTA (percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali) 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 (MMG, Specialista, Infermiere)



Il medico della mutua (1968), L. Zampa

ELEMENTI CHIAVE PER LA REALIZZAZIONE DI UN PROGRAMMA PER LA GESTIONE DELLA CRONICITA'

- Rete integrata
- Medicina di iniziativa (Infermieri-MMG)
- Presa in carico attraverso i **PDTA**
- Valutazione
- Condivisione
- Prossimità (Casa della Salute)
- Flessibilità organizzativa

PD TA DIABETE

Gli Accordi Aziendali, siglati tra OO SS ed AUSL dal 1996 ad oggi, si sono posti, fra l'altro, l'obiettivo di sviluppare una politica sanitaria volta all'assistenza dei pazienti con Diabete.

L'applicazione del PD TA Diabete ha portato ad un progressivo aumento del numero di pazienti diagnosticati, ad un progressivo incremento della percentuale di presa in carico dei pazienti da parte dei MMG e ad un progressivo miglioramento degli indicatori di qualità, tanto da portare la nostra AUSL a distinguersi nel panorama delle realtà regionali.

La stessa applicazione del PD TA Diabete, prima attraverso l'uso della scheda B, poi attraverso l'uso degli archivi informatici, ha condotto alla raccolta di dati epidemiologici prima inesistenti.

L'AUSL si impegna ad utilizzare un unico programma informatizzato che avvalendosi anche del Progetto SOLE, sia finalizzato ad una vera gestione integrata dei pazienti diabetici e ad una valutazione degli Indicatori di qualità.

Sulla base dei risultati raggiunti le parti concordano di continuare l'esperienza avviata nei precedenti AIL ed AAA.

PDTA Diabete

DIABETE MELLITO

In *presenza* di sintomi tipici della malattia (poliuria, polidipsia e calo ponderale), la diagnosi di diabete è posta con il riscontro, anche in una sola occasione di:

♦ Glicemia casuale ≥ 200 mg/dl (indipendentemente dall'assunzione di cibo)

In *assenza* di sintomi tipici della malattia la diagnosi di diabete deve essere posta con il riscontro, confermato in almeno due diverse occasioni di

♦ Glicemia a digiuno ≥ 126 mg/dl (per digiuno si intende almeno 8 ore di astensione dal cibo)

oppure

♦ Glicemia ≥ 200 mg/dl 2 ore dopo carico orale di glucosio (eseguito con 75g)

oppure

♦ HbA1c ≥ 48 mmol/mol (6.5%) (a condizione che il dosaggio dell'HbA1c sia standardizzato, allineato IFCC (International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine) e che si tenga conto dei fattori che possono interferire con il dosaggio).

PDTA Diabete

Indicatori ed Obiettivi

Ricordando che la presa in carico del paziente diabetico è un obbligo di convenzione, allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza al paziente diabetico, si assumono come indicatori ed obiettivi:

- **Indicatore di struttura:** % dei pazienti diabetici presi in carico rispetto al totale dei diabetici con esenzione specifica 013; **Obiettivo** 55%;
- **Indicatore di processo n. 1:** % dei pazienti diabetici presi in carico da almeno 12 mesi con almeno 1 LDL registrata nell'anno di riferimento; **Obiettivo** 55%;
- **Indicatore di processo n. 2:** % dei pazienti diabetici presi in carico da almeno 12 mesi con almeno due emoglobine glicate registrate nell'anno di riferimento; **Obiettivo** 55%;
- **Indicatore di esito:** % dei pazienti diabetici ≤ 65 aa presi in carico da almeno 12 mesi con ultima emoglobina glicata ≤ 53 mmol/mol;

Al 31 agosto 2018 su **23070** Diabetici con esenzione , **11252** sono in G.I.(gestione Integrata)
49%

PDTA:Scompenso cardiaco (compiti del MMG)

PAZIENTI NEO-DIAGNOSTICATI  La funzione del MMG è quella di diagnosticare i pazienti in sospetto STADIO C, sorvegliando i pazienti dei due stadi precedenti, soprattutto il B.

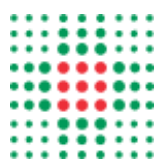
1. Individuare i pazienti con sospetto scompenso cardiaco in STADIO C
2. Richiedere gli accertamenti, con priorità B, tramite CUP, per la conferma del sospetto diagnostico:
 - ECG (forte potere predittivo negativo)
 - ESAMI EMATOCHIMICI di routine (glucosio, emocromo, funzionalità renale ed epatica, elettroliti) e il BNP o Pro-BNP (fattore natriuretico atriale, forte potere predittivo negativo). A Ferrara viene dosato BNP (vn < 100 pg/mL)
 - RX TORACE standard

3. Se gli esami al punto 2 sono compatibili con diagnosi di **scompenso cardiaco** richiedere ECOCOLORDOPPLER CARDIACO presso l'Ambulatorio Cardiologico, attraverso il percorso **PDA**/Agenda dedicata (CON IMPEGNATIVA DEMA o ROSSA),
4. Se l'ECOCOLORDOPPLER CARDIACO eseguito presso l'ambulatorio Cardiologico riporta la dicitura “**esame compatibile con SC a funzione sistolica depressa**” o “**esame compatibile con SC a funzione sistolica conservata**” compilare il MODULO 1 e richiedere la visita cardiologica presso il Centro dello SC, attraverso il percorso PDA/Agenda dedicata (CON IMPEGNATIVA DEMA o ROSSA)
5. Inserire il paziente nel proprio registro di GI dello SC al ricevimento della MODULO 2 da parte del Centro dello SC, registrando nella Scheda Sanitaria Individuale i parametri diagnostici (**FE<40%** e $VtDi > 90 \text{ ml/m}^2$ per scompenso con ridotta FE oppure **FE>40%** e $VtDi < 90 \text{ ml/m}^2$ per scompenso con FE preservata)

PDTA:Scompenso cardiaco (compiti del MMG)

7. Seguire il paziente scompensato fra un controllo e l'altro, presso il Centro dello scompenso, secondo quanto previsto dal PDTA o secondo le indicazioni date dal medico del Centro dello SC, riportate sul MODULO 2 e successivi referti.
8. Seguire il paziente scompensato non deambulante al domicilio, attivando l'Assistenza Domiciliare(ADI).

Al 31 agosto 2018 i pazienti in
Gestione Integrata erano **234**



RUOLO dell' INFERMIERE

L'**Infermiere Care Manager** delle Case della Salute opera in stretta integrazione con i **MMG, gli specialisti e con gli infermieri** che svolgono la loro attività nelle Medicine di Gruppo/Reti avanzate ed agisce:

- Con un ruolo prevalente di natura **organizzativa** e di indirizzo per tutti gli assistiti, che necessitano di una presa in carico per approfondimento diagnostico e/o per follow up e si interfaccia con gli altri nodi della rete (territoriali e ospedalieri);
- Con un ruolo di natura **clinico assistenziale** con funzioni di monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente attraverso contatti telefonici, interventi ambulatoriali e domiciliari, eseguendo interventi di educazione sanitaria e terapeutica per migliorare la capacità di gestione della malattia da parte del paziente e dei caregiver.

PDTA BPCO

Questionario GOLD per l'identificazione precoce dei pazienti con BPCO



Potrebbe trattarsi di BPCO?

- Sai cos'è la BPCO? È la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva, una patologia bronco-polmonare molto frequente, anche se molti pazienti ne sono affetti senza saperlo.

Rispondi alle domande e scopri se sei affetto da BPCO.

- | | |
|--|-------|
| 1. Hai tosse e catarro frequentemente? | SI NO |
| 2. Fai fatica a respirare rispetto ai tuoi coetanei? | SI NO |
| 3. Hai limitato l'attività fisica per questo? | SI NO |
| 4. Hai più di 40 anni? | SI NO |
| 5. Sei un fumatore o lo sei stato? | SI NO |

- Se hai risposto sì a tre o più domande potresti essere affetto da BPCO, chiedi al tuo medico se ritiene necessario che tu faccia una spirometria. Una diagnosi precoce di BPCO è fondamentale nel prevenire un aggravamento di questa malattia.

PDTA BPCO

Stadiazione *funzionale* della BPCO

(classificazione di gravità dell'ostruzione bronchiale
basata sul VEMS post broncodilatazione)

Nei pazienti con **VEMS/CVF <0.70:**

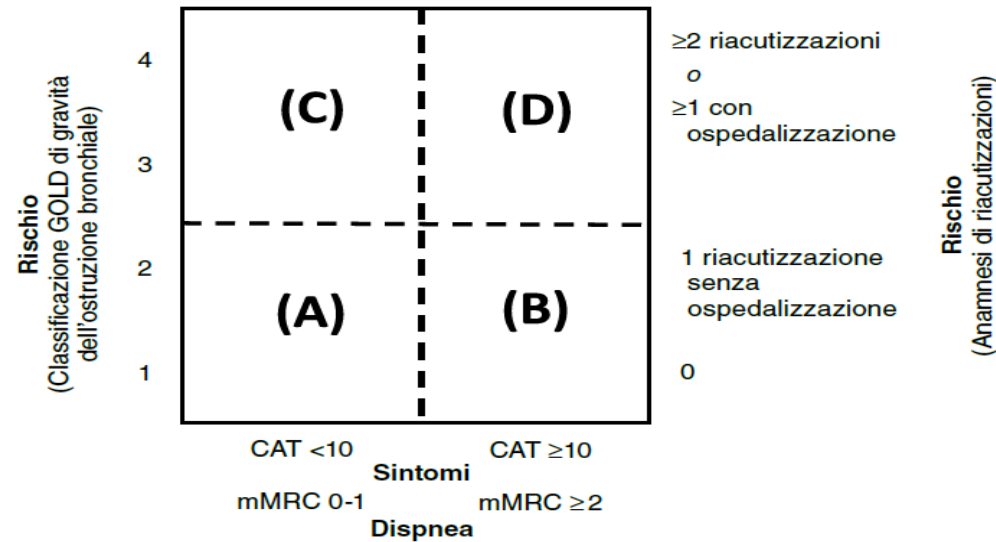
GOLD 1:	Lieve	VEMS $\geq$ 80% del predetto
GOLD 2:	Moderata	$50\% \leq$ VEMS <80% del predetto
GOLD 3:	Grave	$30\% \leq$ VEMS <50% del predetto
GOLD 4:	Molto grave	VEMS <30% del predetto

PDТА ВРСО

Stadiazione *funzionale e clinica* della ВРСО.

Valutazione combinata della ВРСО secondo GOLD 2016

Quando valuti il rischio, scegli il rischio più alto secondo il grado di ВРСО o lo storico delle riacutizzazioni
(Uno o più ricoveri in ospedale per riacutizzazione deve essere considerato "ad alto rischio")



Tipo	Caratteristiche	Classificazione spirometrica	Riacutizzazioni per anno	CAT	mMRC
A	Basso rischio, Sintomi lievi	GOLD 1-2	≤1	<10	0-1
B	Basso rischio, Sintomi gravi	GOLD 1-2	≤1	≥10	≥2
C	Rischio elevato, Sintomi lievi	GOLD 3-4	≥2	<10	0-1
D	Rischio elevato, Sintomi gravi	GOLD 3-4	≥2	≥10	≥2

PD TA BPCO

Compiti del MMG

1. Somministrare a tutti i Pazienti, che si presentano in Studio, anche con l'aiuto dell'Infermiere della propria MdG o MiR “avanzata” o CdS , il “**QUESTIONARIO GOLD PER L'IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI PAZIENTI CON BPCO**”
2. Individuare i Pazienti con sospetta BPCO
3. Inviare i Pazienti con sospetta BPCO all'Ambulatorio Infermieristico per l'esecuzione di una **SPIROMETRIA SEMPLICE E SENZA BRONCODILATAZIONE**, che potrà risultare **(VEMS/CVF < 0,7)** o meno compatibile col sospetto diagnostico
4. Richiedere **Visita e SPIROMETRIA GLOBALE CON BRONCODILATAZIONE** all'Ambulatorio Pneumologico, attraverso il percorso PDA/Agenda dedicata, per i Pazienti con spirometria compatibile con BPCO, per la conferma diagnostica

PD TA BPCO

Compiti del MMG

5. Riaffidare all'Ambulatorio Infermieristico i Pazienti con spirometria non compatibile col sospetto diagnostico, per una controllo annuale
6. Prendere in carico i Pazienti con BPCO in **STADIO A**, la cui diagnosi sia stata confermata dallo Pneumologo, per i controlli previsti dal PD TA
7. Inserire i Paziente nel proprio registro di GI della BPCO, registrando nella Scheda Sanitaria Individuale i parametri diagnostici (CVF, VEMS, VEMS/CVF<0,70)
8. Seguire i Pazienti con BPCO in **STADIO B, C, e D non deambulabili**, per i quali sia stata attivata l'Assistenza Domiciliare (ADI), con la consulenza dello Pneumologo

Gestione integrata MMG-Infermieri del paziente con BPCO in ambulatorio H12



Spirolab III in H12

Al 31 agosto 2018 i pazienti
in G.I. in stadio A della
BPCO sono **196**



Sociale-Sanitario insieme nella Casa della Salute

Protocollo d'intesa 17 novembre 2014 tra
Salute Mentale, ASSP, Ufficio di Piano Distretto,
Cure Primarie -AUSL FE

Obiettivo definito dal documento

**La presente intesa è volta a
costruire un sistema formale e
stabile di **condivisione della presa
in carico** delle situazioni valutate
complesse dal punto di vista
sociale e sanitario**



Perchè questo mandato?

Adattare i servizi sanitari e sociali al nuovo scenario di cura:

- Equità**
- Partecipazione comunitaria**
- Co-responsabilizzazione**
- Integrazione**
- Coordinamento delle cure tra i vari livelli e i diversi professionisti**
- Continuità assistenziale, risolutività**
- Utilizzo di risorse appropriate: sostenibilità economica e sociale**



Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale
(CSI) csiunibo@gmail.com

Case della Salute, efficacia terapeutica, risolutività e integralità delle cure: una sperimentazione su modelli di intervento nell'assistenza primaria.

Studio di valutazione-intervento rispetto all'appropriatezza,
efficacia, qualità, globalità ed equità nell'assistenza primaria in
salute nell'AUSL di Ferrara

Relazione attività di progetto, Novembre 2014 – Dicembre 2015

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche

Università di Bologna

Alma Mater Studiorum Università di Bologna



Prof. Martino Ardigò





VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELLO STATO DI BISOGNO

“ fragilità sociale “

**Condizioni psico/fisiche
Famiglia/contesto
Misurazione mezzi
economici**





SCENARIO DELL'INTEGRAZIONE

Collegamento
Coordinamento
Comunicazione
Interdipendenza

INTEGRAZIONE

OsCo



Territorio



Organizzazione
MMG
Infermieri
OSS

Persona
Famiglia
S.S.T .
Presidi (ist./non)

Casi complessi «gestiti» ad oggi **43**

Delizia Estense Copparo(FE)

GRAZIE

