

Integrazione Ospedale- Territorio, PDTA BPCO



Pier Anselmo Mori

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
UOS Day Hospital Pneumologico

Problemi generali relativi alla malattia Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)

- La BPCO (Bronco Pneumopatia Cronica ostruttiva) è attualmente la 4 causa di morte , ma si prevede che diventi la terza causa di morte entro il 2020 (GOLD 2019)
- Riduzione graduale e costante dei posti letto pneumologici
- Nel 2017 la più frequente causa di ricovero negli ospedali italiani è stata la insufficienza respiratoria (dati sdo 2017 ministero della salute)

Problemi attuali in Emilia Romagna relativi alla BPCO

- Criticità: Elevato numero di ricoveri inappropriati per drg 088 in emilia romagna

	088 M-MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA
PIEMONTE	0,48
LOMBARDIA	1,12
VENETO	0,63
EMILIA-ROMAGNA	1,02
TOSCANA	0,28
MARCHE	0,41
LAZIO	0,51
PUGLIA	0,69
TOTALE	0,47

- Obiettivo: Promuovere per la BPCO la presa in carico integrata nelle Case della Salute /NCP con il coinvolgimento degli pneumologi Ospedalieri (azienda USL/azienda Ospedaliera) al fine di **ridurre l'ospedalizzazione per ricoveri inappropriati attraverso l'utilizzo di tutte le risorse dell'assistenza territoriale**

Fonte: Lettera presidente Regione Emilia Romagna Dr Venturi ai presidenti AIPO e SIP Emilia Romagna 5.9.2018

Alcuni dati significativi della Regione Emilia-Romagna

Indicatori di qualità - Malattie respiratorie Pazienti eleggibili e % Pazienti trattati per Azienda

Anno: 2017, Tipologia: Trattamento farmacologico BPCO

Azienda	Pazienti eleggibili	% Pazienti trattati
PIACENZA	7.020	24,6
PARMA	9.464	21,1
REGGIO EMILIA	10.430	24,2

Indicatori di qualità - Malattie respiratorie

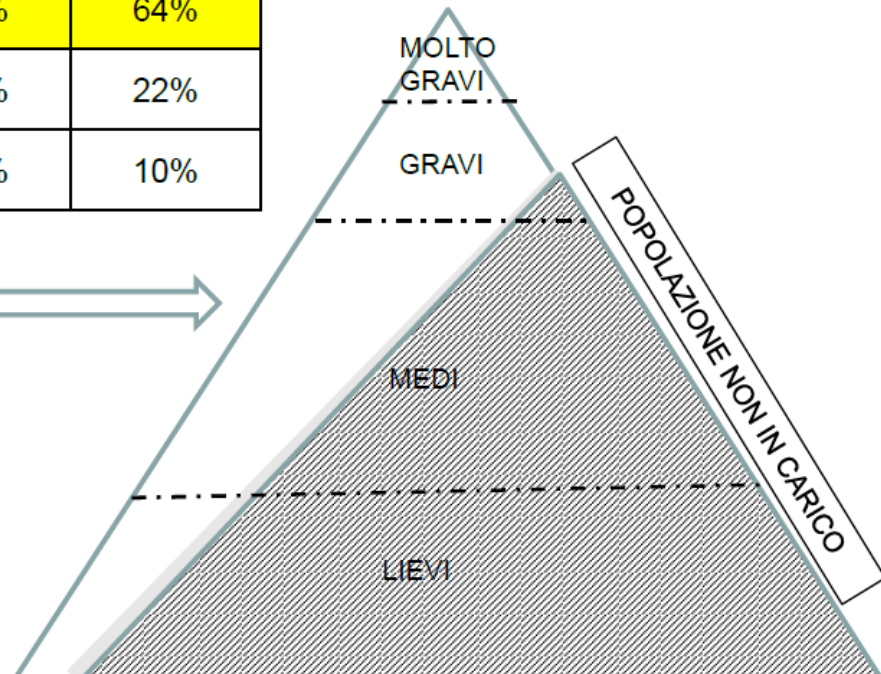
Pazienti eleggibili, % Pazienti trattati per Azienda e Trattamento

Anno: 2017, Tipologia: Gestione del paziente con BPCO

Azienda	Visita Pneumologica		Spirometria semplice o globale	
	Pazienti eleggibili	% Pazienti trattati	Pazienti eleggibili	% Pazienti trattati
PIACENZA	7.020	21,4	7.020	14,0
PARMA	9.464	21,4	9.464	10,9
REGGIO EMILIA	10.430	25,1	10.430	11,9

Problema: molti paz, soprattutto negli stadi lievi e medi di malattia non sono conosciuti e non sono trattati

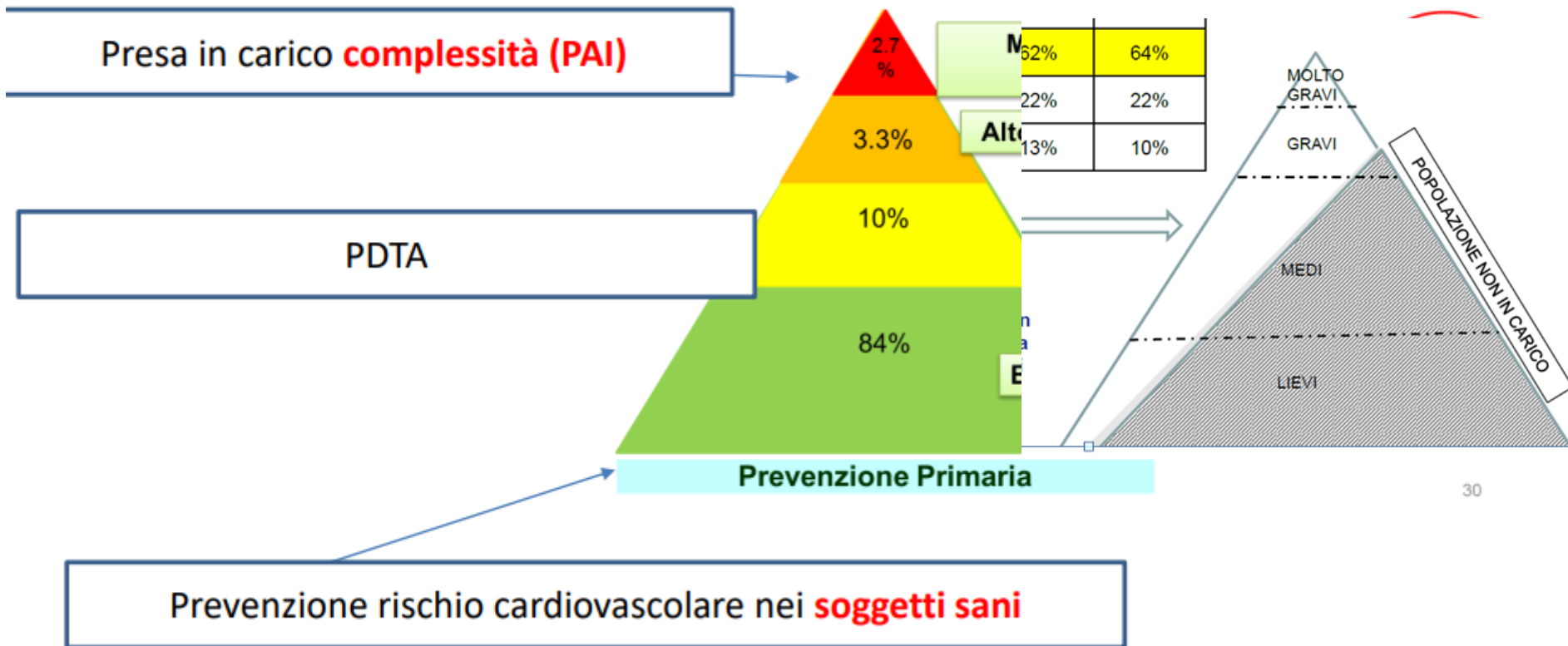
	A	B	C	Tutte le aziende
Lievi	4%	4%	3%	4%
Medi	69%	63%	62%	64%
Gravi	20%	23%	22%	22%
Molto gravi	7%	10%	13%	10%



- 2/3 della popolazione in carico ha uno stadio di malattia moderato
- Circa i 2/3 della popolazione non è presa in carico [Lo studio BOLD ha calcolato che la prevalenza, diagnosticata in base ai criteri spirometrici, è pari a circa il 10% (fonte: www.erswhitebook.org)]

Osservatorio sui modelli di presa in carico delle cronicità
La gestione integrata della BPCO Bocconi 2018

Progetto riskER (Drssa I Cacciapuoti Bologna 1/2019



Redesigning Primary Care: A Strategic Vision To Improve Value By Organizing Around Patients Needs'

Necessità di dare valore alle Cure primarie mediante:

- Ciclo di gestione : PDTA
- Unità funzionali organizzate intorno al paz
- Presa in carico personalizzata, percorso di patologia (Disease management)

Elementi distintivi nella gestione delle patologie croniche

1. Un sistema di copertura universale (arruolamento)
2. Le cure erogate siano gratuite, e comunque eventuali costi non siano un deterrente per rinunciare alla cura.
3. L'organizzazione dei servizi deve focalizzarsi sulla prevenzione della salute, oltre la cura della patologia.
4. La priorità deve essere data al supporto all'auto-cura (self- management), sia nei riguardi dei pazienti che delle loro famiglie/caregiver.
- 5. Il luogo elettivo e la priorità nella gestione delle patologie croniche sono le cure primarie e l'organizzazione di team multi-disciplinari e multi-professionali.**
- 6. Lo sviluppo di approcci di popolazione e l'analisi dei bisogni della popolazione, attraverso la stratificazione dei rischi per offrire servizi commisurati a tali rischi e bisogni.**
- 7. L'assistenza deve essere fortemente integrata per consentire ai professionisti delle cure primarie di avere accesso immediato al supporto e alla consulenza degli specialisti.**
8. Utilizzare al massimo le potenzialità offerte dalle tecnologie informatiche per migliorare la gestione integrata delle patologie croniche.
9. Garantire il coordinamento effettivo e monitorato, nonché la continuità delle cure.
10. Fare in modo che le suddette 9 caratteristiche siano parte coerente di un approccio strategico di cambiamento.

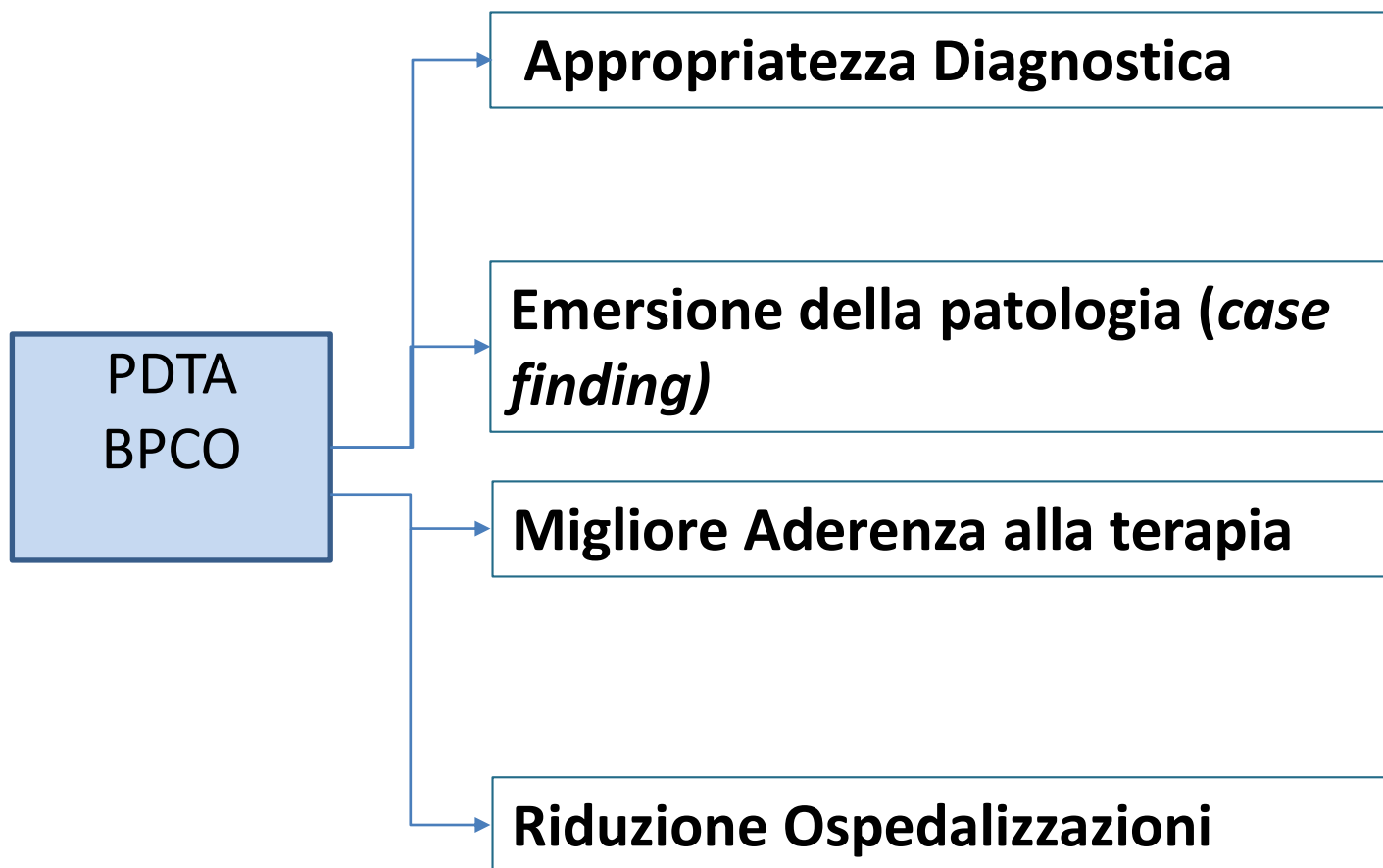
Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. Health Economics, Policy and Law 2010; 5: 71–90 22

Indicazioni Regionali per la Gestione Integrata della BPCO Regione Emilia Romagna 11.06.2018

1- Il piano nazionale cronicità del 2016 ha inserito la BPCO fra le malattie ad alta rilevanza epidemiologica e assistenziale, auspicando il precoce inserimento del paziente in un percorso strutturato (PDTA)

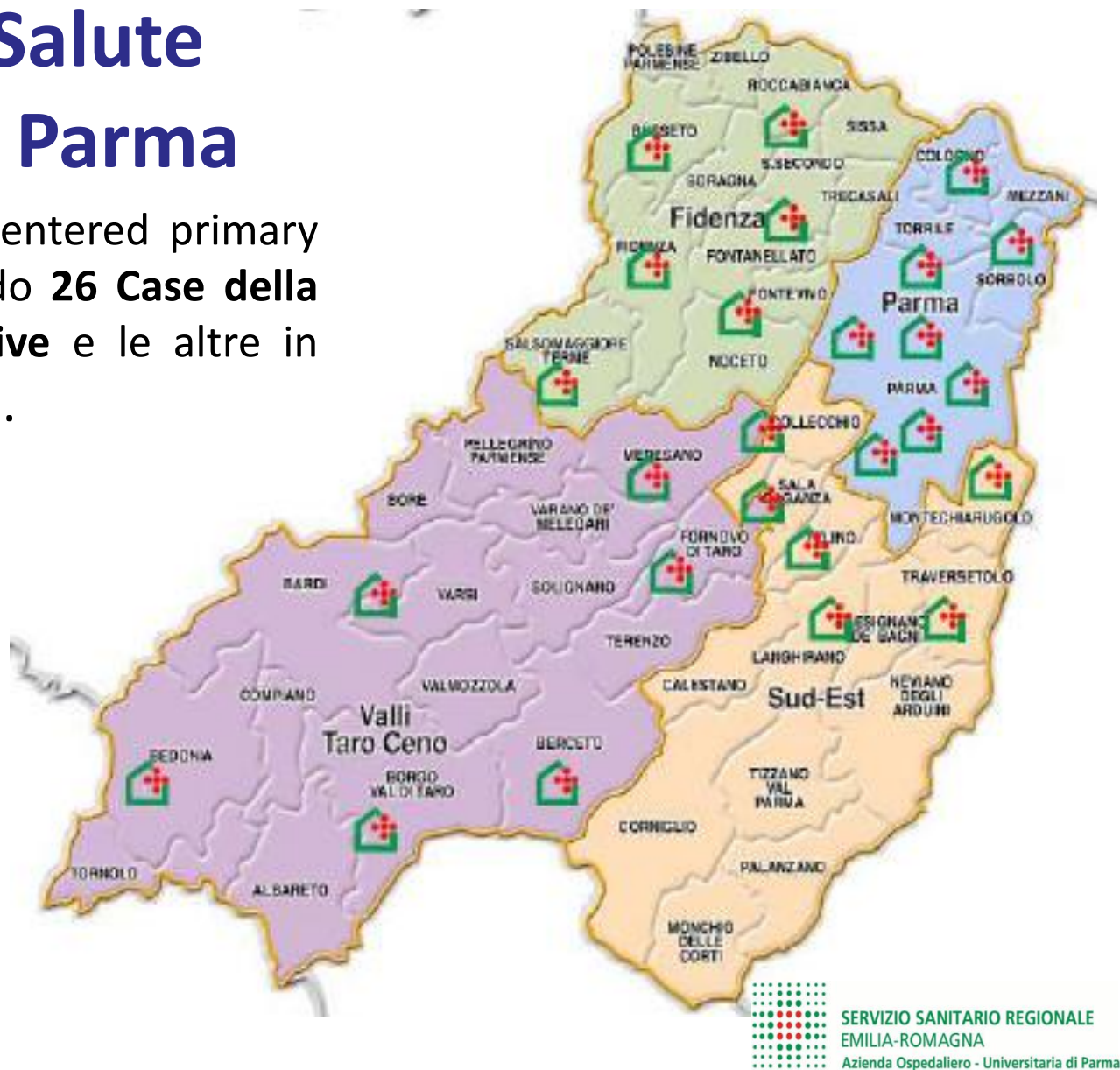
2- in Emilia Romagna le indicazioni della Regione per la gestione integrata della BPCO individuano le Case Della Salute come opportunità per coordinare e integrare le varie competenze all'interno di percorsi assistenziali

Obiettivi PDTA integrato ospedale - territorio



Case della Salute Provincia Di Parma

sul modello di “patient centered primary care” si stanno realizzando **26 Case della Salute: 19 (73%) già attive** e le altre in apertura nei prossimi anni.



Ruolo del territorio e dell'ospedale: la Casa della Salute e l'ambulatorio cronicità

Ambulatorio Gestione cronicità:

- rappresenta il luogo e la modalità operativa in cui si realizza la presa in carico della cronicità secondo il paradigma della medicina di iniziativa e della continuità dell'assistenza.
- è presente in tutte le CdS a medio/alta complessità (Hub) nella logica della rete assistenziale integrata.

E' il Nuovo modello Hub&Spoke delle CdS, con Hub che si fa carico della responsabilità organizzativa



Case Management e Disease Management- Ruolo ambulatorio Cronicità nell'ambito del PDTA BPCO

- L'ambulatorio della cronicità non deve essere un contenitore ma un TEAM di professionisti: MMG, infermiere, specialista che collaborano nei vari percorsi
- Nostra intenzione sarebbe **riprogettare l'ambulatorio cronicità** delle case della salute come luogo ideale per il «disease management» del paziente affetto da BPCO
- Il fine sarebbe spostare l'attività diagnostico-assistenziale – formativa e preventiva dal II livello ospedaliero al I livello territorio

Medico di base : case management

Specialista: disease management

Percorso BPCO: paziente a rischio

A CHI	Pazienti età>40 aa asintomatico o con dispnea da sforzo, oppure tosse e/o espettorazione cronica (almeno 3 mesi all'anno per due anni consecutivi), fumo>15-20 pacchi/anno e/o rischio lavorativo.		
CHI FA	COSA	QUANDO	DOVE
MMG Infermiere amb cronicità	Valutazione del rischio BPCO mediante: algoritmo USL - valutazione del questionario - numero di pack-years	Al 1° accesso	Ambulatorio MMG/ ambulatorio cronicità
Infermiere	Counseling Fumo	Al 1° accesso	Amb cronicità
MMG, Infermiere Pneumologo	Spirometria semplice Ostruzione Bronchiale? <u>SI Paziente entra nel PDTA</u> NO STOP Continua Counseling Fumo	Al 2° accesso	Amb cronicità
Pneumologo	valutazione gravità malattia e indicazioni per controlli (disease management):Visita presso cds, entra pdta BPCO, esito terapia , emogas, invio a domicilio, invio day service riabilitativo, invio osp comunità, invio reparto riabilitativo, invio PS	Al 2° accesso	Amb cronicità

Risorse Umane e Materiali

N° ipotetico pazienti BPCO per la provincia di Parma: 11.000 pazienti




Risorse umane e materiali:

- 1 infermiera per ogni ambulatorio cronicità
- 1 pneumologo che assicura una visita a tempi fissi per ogni ambulatorio cronicità, presumibilmente 1 volta al mese
- 1 spirometro per ogni casa della salute medio-grande secondo il modello HUB and spoke
- Dotazione informatica (computer e stampante)

Costi:

- Infermiera per ambulatorio (se non prevista nella casa della salute), 4 h settimana per il pdta BPCO, ma condivisa con altri progetti (scompenso, diabete ecc)
- Corso di formazione infermiera e MMG per la gestione spirometro
- spirometro

Vantaggi ipotetici in termini di Sostenibilità economica

- 1- Aumento appropriatezza gestione farmaci  **Riduzione
spesa farmaceutica**
- 2- Riduzione degli accessi ambulatori ospedalieri  **Riduzione
*liste di attesa per visita pneumologica***
- 3 Corretta allocazione del paz in funzione della gravità: ambulatorio 2 livello, day service, ospedale di comunità , reparto ospedaliero, Pronto Soccorso  **Riduzione
*ricoveri inappropriati***

Problemi comuni a tutti i PDTA

1 Case Finding:

- come farlo?

1- algoritmo dimissioni, prescrizioni farmaceutiche, LEA (ma valido per paz gravi o già noti)

2- questionario

2 Spirometria

- Dove? Amb Cronicità sul modello HUB and Spoke

- Chi? Infermiera amb cronicità- MMG- pneumologo in funzione del setting

Indicatori di risultato:

OBIETTIVO	INDICATORE	DENOMINATORE	NUMERATORE	VALORE ATTESO
Garanzia della disponibilità di presa in carico	Struttura	Numero di CdS	Numero di CdS in cui è attivato l'ambulatorio cronicità per la BPCO	≥80%
Garantire l'appropriatezza della terapia	Processo	Coorte di BPCO	Utilizzo farmaci LABA/ICS nella BPCO	- 30%
Integrazione ospedale territorio	Esito	Coorte di BPCO	Numero di spirometrie eseguite presso l'amb cronicità rispetto al numero di paz affetti da BPCO	≥70%
Evitare il ricorso inappropriato al PS	Osservazione/Esito	Coorte di BPCO	Numero di accessi al PS con codice bianco e verde	Trend
Garantire l'appropriatezza al ricovero	Esito	Coorte di BPCO	N°paz dimessi con diagnosi di BPCO (DRG 088)	- 20%