

PROGETTO BPCO *distretto 8 genovese*

Prove di funzionamento di una AFT
e di implementazione del ruolo unico

ORGANIZZAZIONE come fine,
INTEGRAZIONE nelle due principali attività
AFFIANCAMENTO come metodo,
RACCOLTA DI INDICATORI idonei a valutare l'efficienza
come strumento di prospettiva per:

- **ACCOGLIENZA h 24 e 7g/7 in coordinamento** tra i due principali attori (MMG e Medico di C.A.)
 - **GOVERNO CLINICO DELLA CRONICITA'**
-
-

Ambito di riferimento

Trattandosi di un progetto voluto e disegnato dal basso e basato sull'adesione volontaria (seppure remunerata) ha dovuto scontare le differenti disponibilità dei medici.

Quindi non si è potuto coinvolgere una intera AFT(23 MMG),
ma hanno aderito **16 MMG appartenenti** alle 3 diverse AFT
dello **stesso DISTRETTO 8** dell'ASL 3 GENOVESE
con un bacino di utenza di circa **21.000 persone:**
i due (fin'ora separati) **settori lavorano in coordinamento**

I Componenti del TEAM

(visto che la fase sperimentale del progetto non ha ancora generato risorse da riallocare) sono remunerati con risorse finalizzate aziendali

- **16 MMG** afferenti al Distretto 8 genovese
 - **8 medici di CA**
 - sia con ruolo principale nella medicina di iniziativa (tutti)
 - sia con attività istituzionale di accoglienza festiva e notturna (quelli afferenti allo stesso distretto)
 - **4 infermiere** dei MMG con funzioni sia cliniche che organizzative nella gestione dei percorsi
-
-

Presupposti necessari:

- Disponibilità di un database unico dove i MMG che gestiscono e raccolgono **dati** (cartelle cliniche supportate da softwares diversi tra loro) **possano conferirli criptati e aggiornati** in tempo reale
 - Accreditamento all'accesso (salvo il consenso informato dell'assistito) da parte di tutti i MMG e i Medici di C.A. partecipanti
 - Messa a disposizione (remunerata) da parte dei MMG di locali, strumenti e personale infermieristico addestrato
-
-

ACCOGLIENZA FUNZIONALMENTE INTEGRATA h24 e 7g/7

- In caso di accesso notturno o festivo da parte del **Medico di C.A.**, questi è in grado di accedere alla cartella clinica sul data base remoto mediante dispositivo portatile.
 - Come attività di supporto, al **sabato mattina 8-12**, presso due ambulatori (dislocati in modo idoneo) due **MMG** a turno sono disponibili per necessità non differibili e anch'essi sono in grado di accedere al data base remoto.
 - **Traccia e descrizione** di ogni accesso restano a disposizione del medico titolare della scelta (avvisato quotidianamente)
-
-

GOVERNO DELLA CRONICITA' ***gestita con medicina di iniziativa***

Tutti i dati clinici accentrati e aggiornati possono essere consultati *oltre che con accesso alle singole cartelle*

anche con *accesso a dati aggregati* per patologie, terapie, accertamenti ecc. modalità necessaria a implementare la MEDICINA DI INIZIATIVA, il SELF AUDIT e l' AUDIT DI GRUPPO.

La scelta della **BPCO** come patologia su cui misurarsi è stata dettata dalla relativa *semplicità dei dati clinici* da raccogliere, dalla sostanziale *condivisione delle linee guida* nazionali, ma anche dalla sicura *necessità di migliorare* appropriatezza diagnostica, terapeutica e aderenza

Obiettivi in ambito BPCO

- Rivalutazione diagnostica e terapeutica dei **MALATI NOTI**
 - Diagnosi precoce su gruppi di assistiti con **RISCHIO DI MALATTIA MISCONOSCIUTA**
 - Screening opportunistico gestito autonomamente dal medico di fiducia in base a criterio clinico in **SOGG. A RISCHIO DI CONTRARRE MALATTIA**
-
-

Definizione dei gruppi

- **MALATI NOTI** sono solo quelli con diagnosi codificata di BPCO (estratti dal software)
 - Soggetti con **SOSPETTO DI MALATTIA MISCONOSCIUTA** (estratti dal software)
 - 1) sono fumatori noti
 - 2) presentano in cartella problemi analoghi (affanno, tosse, bronchite, dispnea)
 - 3) hanno avuto almeno 2 prescrizioni/anno di farmaci “respiratori”
 - Soggetti a **SCREENING OPPORTUNISTICO** sono quelli dei quali è nota solo al MMG familiarità, esposizione o altro
-
-

Percorsi

- **BPCO NOTI** (senza una spirometria registrata nell'anno):
 - 1) **spirometria**
 - 2) ev. **stadiazione spirometrica**
 - 3) **questionari** per valutazione sintomi e limitazione attività
 - 4) **anamnesi** (assistita dall'accesso ai dati clinici) per valutazione rischio di riacutizzazioni
 - 5) ev. **inquadramento in classi (ABCD)**
 - 6) **rinvio al curante** (con copia di ogni indagine eseguita e delle linee guida internazionali) per eventuale revisione diagnostica o terapeutica
-
-

Percorsi

- PAZIENTI (non BPCO) appartenenti a una delle 3 classi (SOSPETTA MALATTIA MISCONOSCIUTA):
 - 1) questionario sul rischio di malattia
 - 2) ev. spirometria
 - 3) se non normale prosegue percorso...
 - 4) rinvio al curante

Percorsi

- **SOGGETTI SCELTI e inviati dal MMG**, non BPCO e non appartenenti alle 3 categorie:
 - 1) questionario sul rischio di malattia
 - 2) spirometria
 - 3) se non normale prosegue percorso...
 - 4) rinvio al curante

RUOLI

- **MMG** accede ai 2 elenchi assistiti (esclude i soggetti ev. i non eleggibili) che il software ha generato, e li affida all'infermiera, riceve i pazienti di ritorno dal percorso seguito, ev. rivaluta diagnosi e terapia.
- **INFERMIERA** si occupa delle convocazioni e programma gli accessi secondo il calendario concordato, accoglie l'assistito, somministra i questionari, esegue ev. spirometrie, lo affida al Medico di C.A. (che in questo caso opera come componente del TEAM di medicina proattiva), registra in cartella i risultati ottenuti.
- **MEDICO DI C.A.** valuta questionari, spirometria, fa ev. stadiazione spirometrica, valuta rischio di riacutizzazioni con anamnesi e accesso alla cartella clinica, ev. inquadra in classi, rinvia il paz. munito di linee-guida al MMG

Ruolo del SOFTWARE

- In ambito di **ACCOGLIENZA** permette l'accesso ai dati clinici dei singoli assistiti (problemi, terapie, accertamenti e loro risultati se registrati, allergie) e ai dati anagrafici. Consente interventi più appropriati e la registrazione di chi li ha effettuati oltre alla descrizione dell'accesso.
 - In ambito **GOVERNO DELLE CRONICITA'** consente l'accesso a classi di assistiti raggruppati secondo indicatori condivisi (presenza di malattia, di terapie, di accertamenti ecc) per predisporre attività di medicina di iniziativa che, ideate e organizzate dal MMG, possono essere svolte secondo le modalità concordate da altri componenti del TEAM
-
-

I nostri dati in 12 mesi su 21.000 iscritti

Soggetti BPCO NOTI

| | |
|----------------------------------|-------------------------|
| Prevalenza BPCO noti: | da 1.2% a 2% (450 paz.) |
| BPCO con spiro nell'anno: | da 14% a 47% |
| BPCO con rivalutazione completa: | da 0% a 36% |
| BPCO con vis. spec nell'anno | da 22% a 14% |

SOGGETTI A DIAGNOSI PRECOCE

(circa 2.300)

Hanno risposto a convocazione 420

Hanno fatto spirometria ecc. 205

SOGGETTI A SCREENING OPPORTUNISTICO

(soggetti nonBPCO, non app. alla classe prec, in età idonea)

Sono stati convocati 100

Hanno fatto spirometria ecc. 80

IL TOTALE DI SPIROMETRIE ESEGUITE
NELL'ANNO E' CIRCA 600

DATI aprile 2014

| | |
|--|-------------|
| <u>Prevalenza</u> BPCO | 1.2% |
| BPCO con <u>SPIRO prescritta</u> nell'anno prec. | 14% |
| BPCO con <u>VIS. SPEC.</u> prescritta nell'anno prec. | 22 % |

Alcuni dati su cui riflettere:

BPCO in ter. con LAMA/LABA da 23.4% a 30%
(ma solo il 50% con aderenza > 8 mesi/anno)

BPCO in ter. con CSI da 22% a 15%
(ma 0% con aderenza > 8 mesi/anno)

BPCO in ter. con CSI+LAMA/LABA 37%
(ma 0% con aderenza >8 mesi/anno)

BPCO non trattati con LAMA/LABA/CSI 41%

LINEE DI SVILUPPO

Ridurre il carico di malattia significa essenzialmente
Ridurre le riacutizzazioni (con e senza ricovero)

I **fattori di rischio** più importanti per la progressione della BPCO:

1- il numero di riacutizzazioni

2- la persistenza dell'esposizione

3- la scarsa aderenza alla terapia

TUTTI ELEMENTI SU CUI LA M.G.
E' POTENZIALMENTE IN GRADO DI AGIRE

RIACUTIZZAZIONI:

- corretta stadiazione
- appropriata terapia
 - estesa copertura vaccinale

PERSISTENZA ESPOSIZIONE:

- registrazione dato fumo
- counseling conseguente

ADERENZA TERAPEUTICA:

- medicina di iniziativa sui non aderenti
 - educazione sull'uso dei devices
-
-

TRAGUARDI 2016:

NO diagnosi senza spirometria

NO diagnosi senza stadiazione

NO farmaci senza diagnosi

NO BPCO senza vaccinazione
