

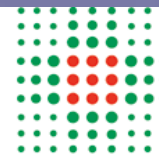
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

# V GIORNATA MONDIALE BPCO

DR.SSA MARIELLA MARTINI

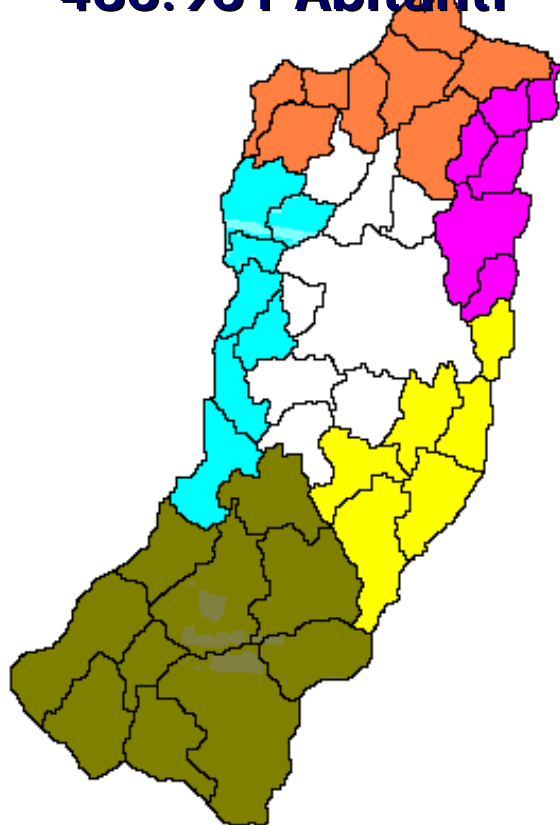
Direttore Generale

Azienda Sanitaria Locale Reggio Emilia



## Provincia di Reggio Emilia

**486.961 Abitanti**



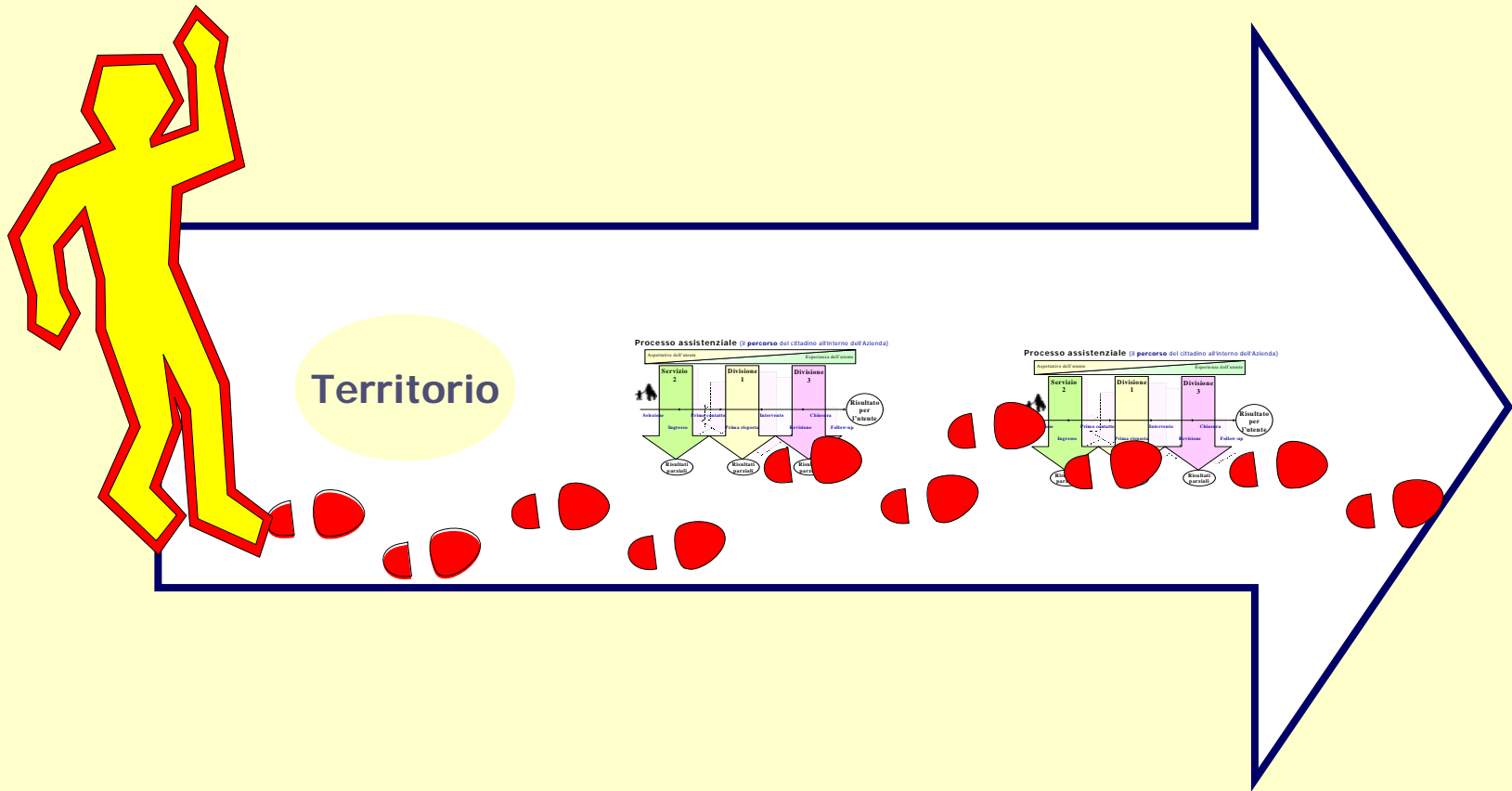
## Azienda USL di Reggio Emilia

6	Distretti
3776	Dipendenti
349	Medici di famiglia
71	Pediatri di famiglia
2.850	pazienti in ADI
2.040	persone fruitrici di Assegno di Cura
403	posti convenzionati di CentroDiurno
1.542	PL convenzionati di Casa protetta
193	PL convenzionati di RSA
5	Ospedali (817 posti letto)
650 mil. €	Bilancio
34 mil. €	per servizi socio-sanitari forniti da terzi

L'AUSL di Reggio Emilia sta affrontando il problema della BPCO come fase di un percorso di cura per pazienti affetti da Insufficienza Respiratoria che individua le Best Practices dalla fase di Promozione della Salute (counselling sugli adeguati stili di vita, ambulatori per il fumo, ecc.) a quella di diagnosi precoce, stadiazione, follow-up, fino alla fase terminale dei pz. in ventiloterapia.

**Momento fondamentale del percorso è la gestione integrata tra MMG e specialisti**

# IL “PERCORSO ASSISTENZIALE” COME METODO PER FOCALIZZARE IL LAVORO SUL PAZIENTE E SUI SUOI BISOGNI “GLOBALI” E PER MISURARE I RISULTATI



# OBIETTIVO:

## SVILUPPARE UN IMPIANTO DI GOVERNO CLINICO

basato su.....

- EVIDENZE
- CENTRALITA' DEL PAZIENTE, CONTINUITÀ DELLE CURE
- DOMICILIARITA'
- QUALITA' E APPROPRIATEZZA
- OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE
- MISURABILITA' DEI RISULTATI

# Setting idoneo al reclutamento della BPCO è l'ambulatorio dei MMG.

Prevalentemente uomini di età intorno ai 70 anni  
con storia di abitudine tabagica importante

- Con episodi di riacutizzazioni flogistiche respiratorie
- Spesso portatori di diverse patologie (apparato cardiovascolare, locomotore, digerente)
- Assidui frequentatori dell'ambulatorio di solito più preoccupati dei disturbi a carico dell'apparato locomotore o digerente

# DIAGNOSI

La maggior parte dei pazienti con sintomi quali tosse e catarro (allo stadio zero) non consultano il medico o tendono a nascondere la sintomatologia.

Questo spiega la notevole differenza della prevalenza di BPCO se ricercata attivamente con questionari rispetto a quella rilevata normalmente dal MMG (16% vs 5% in uno studio condotto a Pisa)

Nel 2020 si prevede che la BPCO rappresenterà la terza causa di morte nel mondo

Il pz. individuato spesso occasionalmente, viene avviato alle fasi successive del percorso che si sviluppano nell'ambulatorio pneumologico (diagnosi-stadiazione, impostazione follow-up) per rientrare nell'ambito della medicina generale per la gestione del follow-up a lungo termine.

# PERCORSO DEL PAZIENTE CRONICO



SINTOMI/PRESENZA  
PROBLEMA

DIAGNOSI E STRATIFICAZIONE

COMUNICAZIONE DIAGNOSI

DEFINIZIONE  
PROGRAMMA PERSONALIZZATO E  
CONDIVISIONE PATTO TERAPEUTICO

FOLLOW UP

Strumento di collegamento  
specialista/MMG è la **SCHEDA DI FOLLOW-  
UP** consegnata al pz. al momento  
dell'inserimento nel percorso e compilata  
da tutti gli attori.

# EDUCAZIONE TERAPEUTICA

*"empowerment" una rivoluzione prevedibile*

Aspetto fondamentale del percorso è l'educazione terapeutica del pz. fino alla condivisione del patto terapeutico.

Setting deve essere sia l'ambulatorio del MMG che l'ambulatorio specialistico e, nelle fasi avanzate, il domicilio.

Ruolo importante giocano gli infermieri, sia dell'ambulatorio specialistico che dell'ambulatorio del MMG che si occupano di:

- Counselling
- Compliance Terapeutica
- Raccordo tra specialista, MMG e paziente

# Obiettivi della gestione integrata della BPCO

1. Controllo dell'evoluzione della malattia } Diagnosi precoce-  
Corretta stadiazione
2. Riduzione dei ricoveri } Appropriatezza terapeutica
3. Mantenimento della massima autonomia possibile del paziente } Self-care
4. Valorizzazione delle professioni } Integrazione delle professioni
5. Ottimizzazione e controllo dell'utilizzo delle risorse } Ottimizzazione dell'organizzazione

# Strumenti di supporto alla gestione integrata

- Informatizzazione della cartella clinica specialistica e sua integrazione con quella del MMG attraverso il Progetto SOLE (attiva nel 2007)
- Protocolli condivisi per la diagnosi e la terapia
- Formazione integrata degli operatori
- Procedure aziendali per la prescrizione di ossigeno e ventilatori e loro monitoraggio
- Aggiudicazione di gara di appalto per il trattamento domiciliare delle patologie polmonari croniche

# Caratteristiche del SERVICE per il trattamento domiciliare delle patologie polmonari croniche

- Consegna del materiale necessario per il trattamento domiciliare delle patologie polmonari croniche entro 24 H dall'ordine al domicilio del paziente o località climatica di soggiorno nel territorio nazionale e fino al locale dove è prevista l'installazione;
- installazione nel pieno rispetto della vigente normativa;
- consegna della documentazione annessa con particolare riguardo a istruzioni d'uso in italiano
- consegna del numero verde per attivare la manutenzione correttiva (a guasto);

- formazione e informazione dell'utente con particolare riguardo alle corrette procedure di utilizzo e ai rischi specifici;
- formazione e informazione dell'utente circa i provvedimenti da adottare in caso di guasto, malfunzionamento e manovre da eseguire in caso di emergenza;

## OGGETTI del SERVICE:

- Ossigeno: liquido, gassoso, concentratori
- Ventilatori polmonari (cpap, bilevel, pressovolumetrici, volumetrici, multifunzione, a pressione negativa)
- Broncoaspiratori
- Aerosol
- Pulsossimetri
- Apparecchi per il monitoraggio della funzione cardiorespiratoria durante il sonno
- Materiali di consumo
- Sistema di telemedicina finalizzato al monitoraggio ed alla gestione a distanza del paziente totalmente dipendente dal ventilatore.

# PROCEDURE per uniformare il percorso di prescrizione della ossigeno e ventiloterapia:

Individuazione per ogni distretto di almeno un **PRESCRITTORE** che:

- Valuta l'appropriatezza delle richieste di ossigeno e ventiloterapia; individua la fonte di ossigeno più idonea tenendo conto del rapporto costo/beneficio.
- Trasforma la richiesta in prescrizione e la trasmette all'ufficio farmaceutico.
- Mantiene i contatti con la ditta fornitrice
- Collabora con il MMG al follow up, con possibilità di intervento domiciliare limitatamente ai casi ad alta complessità e difficoltà di trasporto.

. Tutte le fasi, dalla prescrizione alla fornitura, avvengono automaticamente, senza che il paziente o i familiari siano obbligati a recarsi personalmente presso gli uffici farmaceutici preposti.

# Alcuni dati AUSL RE

Tipologia	al 31/12/05	al 30/06/06
Pz. con ossigeno liquido	404	447
Pz. con concentratore	163	202
Pz. con ossigeno gassoso	25	61
<b>Totali in ossigeno</b>	<b>592</b>	<b>710</b>
Pz. in ventiloterapia	210	256

L'appropriatezza nell'uso della fonte di ossigeno permette di avere oltre un terzo dei pazienti con concentratore, con notevole contenimento dei costi:

Ossigeno liquido 220 euro/paziente/mese

Concentratore 100 euro/paziente/mese

# COSTI

	anno 2005	al 30/06/06
Ossigenoterapia domiciliare	1.089.893	654.667
Ventiloterapia domiciliare	512.407	251.998

Nonostante l'aumento dei costi unitari e l'aumento del numero dei pazienti in ossigeno e ventiloterapia si è riusciti a mantenere i costi.

**Ricoveri per insufficienza respiratoria cronica (Diagnosi principale ICD 9 CM 1997 491.20 - 491.21 - 518.81 negli ospedali pubblici e privati della Provincia  
anni 2000 - 2001 - 2002 - 2003 - 2004  
Conteggio delle "teste" (codice fiscale) per anno di dimissione**

<b>ANNO</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>Totale ricoveri nel periodo</b>
ricoveri complessivi	984	1.045	1.230	1.405	1.558	6.222
N. pazienti con ricovero nel periodo	811	864	1.016	1.194	1.265	4.246
incremento % rilevato nei pazienti ricoverati rispetto all'anno indice (2000)	100,00%	106,54%	125,28%	147,23%	155,98%	
incremento % rilevato nei pazienti ricoverati rispetto all'anno precedente		6,54%	17,59%	17,52%	5,95%	

**I ricoveri complessivi sono aumentati**

**I rericoveri incidono per 1/5 dei ricoveri totali**

**Sono diminuiti i ricoveri per BPCO senza IRC (ICD9 491.20) compresi quelli dovuti a riacutizzazioni (da 712 nel 2001 a 535 nel 2004)**

**Sono aumentati i ricoveri per BPCO con IRC (ICD9 518.81)**

# CONCLUSIONI

- la maggior parte dei costi che il SSN affronta per la BPCO è costituita da quelli ospedalieri (soprattutto dovuti a riadmissioni).
- è dunque conveniente puntare su una strategia di riduzione delle riadmissioni con il miglioramento della diagnostica e delle terapie
- notevole è anche il costo dell'ossigenoterapia, dovuto soprattutto al fatto che in Italia l'uso del concentratore è molto limitato.

**La gestione integrata della BPCO e la definizione delle competenze e responsabilità dei vari professionisti nel percorso sta ottimizzando l'utilizzo delle risorse:**

- ✓ **Maggior appropriatezza nei ricoveri**
- ✓ **Uso più adeguato delle fonti di ossigeno**

