

Modello gestionale di una patologia cronica quale la BPCO nell'ambito delle attività di una casa della salute nel Lazio, ASL/Roma 4 distretto 2 (Cerveteri-Ladispoli)

Giuseppe Donato¹, Luciana Cacciotti², Maddalena Leoni³, Elena Lucia⁴, Clara Zaccari⁵

¹ Medico di Medicina Generale, Coordinatore del Modulo di Medicina Generale presso la Casa della Salute Distretto 2 dall'agosto 2015 al giugno 2016; ² Medico di Medicina Generale Counselor, Responsabile dell'Ambulatorio della Dismissione dal Fumo presso la Casa della Salute Distretto 2; ³ Medico referente dell'Unità Operativa di Cure Primarie e Specialistiche del Distretto 2 ASL Roma 4; ⁴ Collaboratore professionale sanitario infermieristico di riferimento del team infermieri assegnati al Modulo della Medicina Generale durante lo studio presso la Casa della Salute; ⁵ Direttore Sanitario Distretto 2 presso la ASL RmF, attuale Roma 4

Introduzione

Con l'introduzione di nuovi modelli organizzativi e assistenziali per la Medicina Generale, quali le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), entrambe previste nella Legge 189/2012, legge Balduzzi, e nel Patto per la Salute del 2014, si è voluto stimolare un diverso approccio soprattutto nella gestione delle patologie croniche.

Nella Regione Lazio questa esigenza ha portato a ripensare la offerta assistenziale territoriale prevedendo strutture entro le quali l'offerta dei servizi distrettuali potesse meglio garantire una "presa in carico" completa del paziente con particolari esigenze di cura.

Sono nate, quindi, le "Case della Salute", che via via hanno interessato sempre più distretti in ambito regionale e che hanno voluto rappresentare quelle strutture al cui interno il cittadino potesse trovare una assistenza di prossimità in grado di "farsi carico" delle sue problematiche di salute, sia acute che croniche.

È soprattutto verso le patologie croniche che lo sforzo organizzativo/normativo è stato maggiore, vedendo nel contempo la nascita di linee guida organizzative e quindi di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) riguardanti la bronchite cronica ostruttiva (BPCO), il diabete mellito,

lo scompenso cardiaco cronico, la gestione della terapia anticoagulante orale (TAO).

Con il Decreto del Commissario ad Acta n. U00428 del 4 ottobre 2013, integrato dal DCA n. U00023 del 30 gennaio 2014, sono state definite le Linee guida regionali per la realizzazione delle Case della Salute. Con il successivo Decreto del Commissario ad Acta n. 00040 del 14 febbraio 2014, sono stati approvati i 3 importanti documenti:

1. il "Percorso attuativo delle Case della Salute – DCA 428/2013", che definisce le indicazioni attuative per l'attivazione delle Case della Salute;
2. lo "Schema di Intesa Attivazione della Casa della Salute", che deve essere sottoscritto per ciascuna Casa della Salute da attivare nella Regione Lazio;
3. i "Requisiti minimi autorizzativi - Casa della Salute", a integrazione dei requisiti di cui al DCA n. U0008 del 10 febbraio 2011.

Successivamente, con il Decreto del Commissario ad Acta n. U00474 del 7 ottobre 2015, venivano emanate le Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e relativo percorso attuativo, e con il Decreto del Commissario ad Acta n. U00581 del 14/12/2015 veniva anche emanato il "Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018", primo vero PDTA regionale.

Attività/percorso

Entro tale contesto normativo è stata avviata/inaugurata, il 25 maggio 2015, la prima casa della salute della ASL RmF, Distretto 2 comprendente i comuni di Cerveteri e Ladispoli.

In attesa delle disposizioni circa le modalità organizzative relativamente alla assistenza rivolta ai malati cronici, così come solo successivamente avvenuto attraverso i decreti precedentemente citati, la direzione sanitaria distrettuale e i medici di famiglia del distretto, a vario titolo rappresentati, hanno da subito inteso avviare il modulo assistenziale della Medicina Generale organizzando un percorso rivolto ai pazienti affetti da BPCO, pensando di sperimentare un modello eventualmente utilizzabile anche per altre patologie croniche.

Dal 15 luglio 2015 al 23 maggio 2016 sono state svolte presso la casa della salute 55 sedute ambulatoriali dirette alla valutazione dei pazienti con sospetta o franca patologia, sedute ambulatoriali svolte dal medico di medicina generale (MMG) assistito da infermiere facente parte del team.

Preliminarmente, nel mese di giugno 2015, è stata inviata a tutti i MMG del Distretto 2, oltre che a tutti i medici di continuità assistenziale e della medicina dei servizi operanti nel distretto, una richiesta

di adesione volontaria alla attività clinico-assistenziale da garantire presso i locali della casa della salute.

La modalità operativa era stata precedentemente valutata e predisposta in numerosi incontri avuti dalla direzione aziendale con i rappresentanti della Medicina Generale e della continuità assistenziale del territorio.

Si è voluto proporre un modello assistenziale che, privilegiando quanto previsto dal *Chronic Care Model* nella assistenza medica dei pazienti affetti da malattie croniche, fosse anche in grado di fornire una utile occasione di lavoro in rete, anticipatorio di quanto si pensa possa presto avvenire con la istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).

Hanno risposto fornendo la propria adesione volontaria

- 25 MMG, divenuti successivamente 23;
- 6 medici medicina servizi, divenuti successivamente 1;
- 2 medici continuità assistenziale, divenuti successivamente 1;
- 4 infermieri del Poliambulatorio di Ladispoli.

Operativi 25 medici.

In agosto è stato nominato dal direttore generale della ASL il coordinatore per il modulo della Medicina Generale nell'ambito di uno dei MMG.

Le attività svolte hanno preliminarmente previsto:

- l'invio a ogni medico del Distretto dell'elenco dei propri pazienti cronici (BPCO e/o diabete) trasmesso dal Dipartimento di Epidemiologia e aggiornato dalla Medicina di Base (MdB) del distretto;
- l'invito rivolto a tutti i MMG del distretto (52) a inviare alla CdS i pazienti eleggibili (presenti nell'elenco e a loro non noti, oppure con sospetto di BPCO e al di fuori dell'elenco) utilizzando un modulo di invio predisposto a tale scopo dal coordinatore e condiviso da tutti i partecipanti;
- l'apertura di una agenda CUP di prenotazione, visibile a regione, a costo zero, denominata "CdS ambulatorio medici di medicina generale" con sedute, dal lunedì al venerdì, dalle 9,30 alle 12,30, dove venivano prenotati i pazienti inviati dai medici e con appuntamenti dati ai pazienti dalle infermiere operanti pres-

so la CdS (il tutto gestito attraverso contatti telefonici con numeri dedicati presenti presso il Punto Unico di Accesso distrettuale, PUA).

Sono state svolte, inoltre, le seguenti attività di supporto/promozione formativa:

- incontri con associazioni di volontariato quali l'AVO di Ladispoli (maggio 2015);
- incontri con gli operatori sanitari sull'uso della cartella informatizzata LAIT (giugno-luglio 2015);
- preparazione di un modello cartaceo di cartella per BPCO, condivisa con tutti gli operatori coinvolti, in particolare con lo specialista pneumologo presso il Poliambulatorio di Ladispoli;
- incontri, tra i mesi di agosto e settembre, organizzati dal coordinatore MMG sulla linea guida adottata (GOLD), con particolare riferimento alle sue raccomandazioni e alle modalità di adattamento locale;
- definizione di un set di indicatori da prevedere in una banca dati allestita ad hoc e organizzata da collega della medicina dei servizi con orario dedicato;
- incontri con lo specialista pneumologo di riferimento su lettura e interpretazione del referto spirometrico;
- incontro nel febbraio 2016 presso la casa della salute con la dr.ssa Rosa Stella Principe e il suo staff del centro per la dismissione dal fumo del San Camillo di Roma sulle modalità operative/organizzative nell'offerta al soggetto fumatore del supporto medico/psicologico/educazionale per la dismissione dal fumo.

Oltre che alla stimolazione di un lavoro di "rete", la attività svolta ha sin dall'inizio stimolato un lavoro in *team* in grado di assicurare, ben definendo ruoli e compiti di ogni attore presente nel processo assistenziale, quelle sinergie professionali indispensabili per un corretto *case management*.

- **l'infermiere:**
 - accoglie il paziente;
 - informa e riceve il consenso;
 - effettua una serie di prestazioni tra cui la spirometria semplice;
 - procede con le attività concordate e definite in apposita scheda;
- **il medico:**
 - effettua l'esame clinico e obiettivo;
 - definisce le eventuali prestazioni

specialistiche da effettuare nel percorso;

- predispone la ricetta SSR (*tipologia di richiesta "altro" – diagnosi "Percorso PDTA"*);
 - valuta la eventuale terapia in atto;
 - informa, tramite lettera consegnata al paziente, il MMG del paziente medesimo sul percorso che viene attivato e sull'esito dello stesso;
 - stabilisce i tempi del successivo follow-up;
 - **lo specialista pneumologo:**
 - rivaluta il paziente inviatogli dal MMG per:
 - definire una diagnosi sospetta;
 - stadare la malattia;
 - definire la terapia;
 - considerare altre diagnosi broncopneumologiche possibili;
 - esegue la spirometria globale o con test di bronco stimolazione;
 - valuta la necessità di ossigenoterapia;
 - stabilisce *follow-up/rivalutazione specialistica*;
 - **lo specialista cardiologo:**
 - esegue valutazione clinica ed elettrocardiografica in caso di dispnea non sicuramente pneumologiche;
 - **lo specialista radiologo:**
 - interviene nella esecuzione della rx torace standard quando richiesta da LG;
 - **il medico della medicina dei servizi** (dal mese di settembre 2015 sino al mese di aprile 2016 è stato assegnato al *team* un medico dei servizi, per 7 ore settimanali):
 - raccoglie i dati dalle cartelle cartacee trasferendoli su *software*;
 - valuta quantitativamente la attività assistenziale erogata/svolta.
- Le prestazioni specialistiche richieste dal medico con la ricetta SSR sono state prenotate direttamente dall'infermiere al CUP (è stato utilizzato uno spazio dell'agenda specialistica pneumologica dedicato al percorso PDTA e denominato "PDTA-BPCO", lo stesso è stato predisposto per le prestazioni cardiologiche che si rendevano necessarie).
- L'infermiere ha fornito al paziente gli appuntamenti specialistici, o direttamente al ter-

mine della visita o con successivo contatto telefonico, e, alla conclusione del percorso, ha fornito anche l'appuntamento per la visita di *follow-up* secondo i tempi previsti dalla LG/DCA regionale.

Il medico e l'infermiere hanno compilato la cartella cartacea, ciascuno per la propria parte, e al termine della valutazione hanno approfondito gli eventuali aspetti specifici del caso, se necessario anche con l'ausilio dello specialista.

L'invio del paziente da parte del MMG alla CdS prevedeva tre possibilità:

- **sospetto diagnostico** (pazienti con le caratteristiche previste nella LG e tali da far SOSPETTARE la presenza di BPCO);
- **approfondimento diagnostico** (pazienti presenti nel database regionale e nell'elenco inviato ai MMG ma senza alcune caratteristiche per fare diagnosi di BPCO, oppure in terapia con farmaci per BPCO ma senza un chiaro percorso diagnostico);
- **follow-up di caso diagnosticato** (pazienti già con diagnosi effettuata e con possibilità di inserimento nel registro/percorso attivato presso la CdS).

Risultati

Complessivamente sono state svolte 55 sedute ambulatoriali da parte dei MMG. Hanno preso contatto con il PUA della Casa della Salute n. 220 pazienti inviati da tutti i MMG del distretto che li hanno selezionati in base alla presenza di sospetto diagnostico di BPCO, oppure diagnosi dubbia o stadio di malattia da definire.

- n. 177 pazienti sono effettivamente giunti all'osservazione del team MMG/infermiere e arruolati;
- n. 106 pazienti (59,9%) sono risultati eleggibili per essere inseriti nel percorso del PDTA;
- n. 71 pazienti non sono stati inseriti dal team nel PDTA in quanto risultati non affetti da BPCO;
- n. 28 dei 106 pazienti hanno interrotto il PDTA per diagnosi non confermata dopo approfondimento specialistico;
- n. 78 dei 106 pazienti inseriti alla prima valutazione nel PDTA sono stati diagnosticati come realmente affetti da BPCO (Figg. 1, 2).

In base al FEV1 i pazienti con BPCO risultavano suddivisi come illustrato nella Figura 3.

FIGURA 1.

Pazienti coinvolti nella esperienza assistenziale.

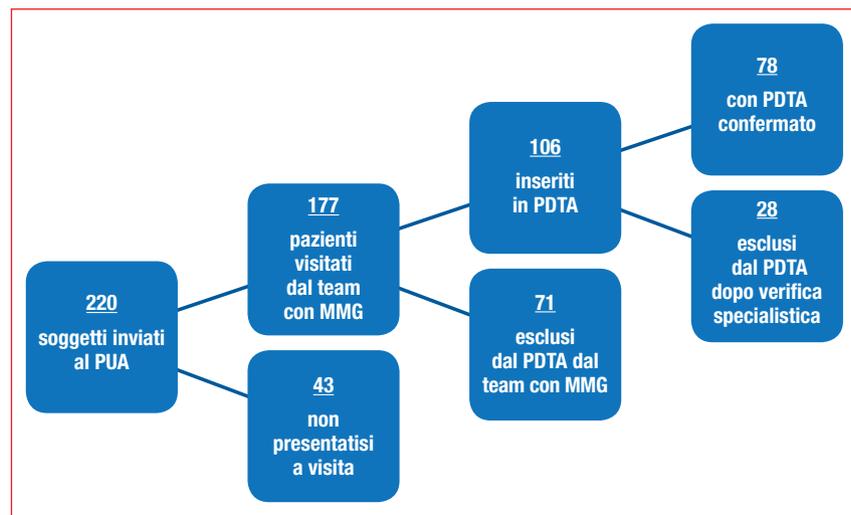
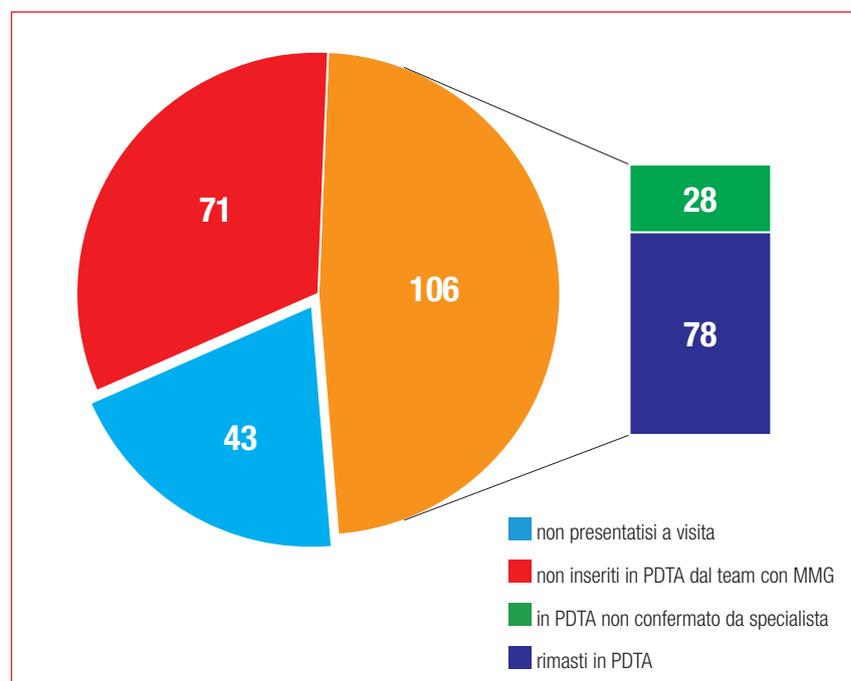


FIGURA 2.

Distribuzione dei pazienti coinvolti nella esperienza assistenziale.



Dei 177 pazienti giunti alla osservazione del team comprendente il MMG, l'invio da parte del proprio medico di famiglia era avvenuto (Fig. 4):

- in 81 per sospetto diagnostico;
- in 42 per approfondimento diagnostico;
- in 30 per follow-up;
- in 24 manca dato.

Ottantaquattro di questi erano maschi e 93 femmine, con una età media di 69,75 anni.

I dati registrati in cartella dal team erano molteplici, in particolare:

- **BMI** (Body Mass Index);
- la **dispnea**, secondo il questionario modificato del *Medical Research Council* somministrato al paziente e valutato insieme al MMG (Tab. I). Tale parametro ha portato a stratificare la popolazione (Fig. 5);
- la **tosse cronica**, definita come

FIGURA 3.

Distribuzione secondo FEV1 dei pazienti diagnosticati con BPCO.

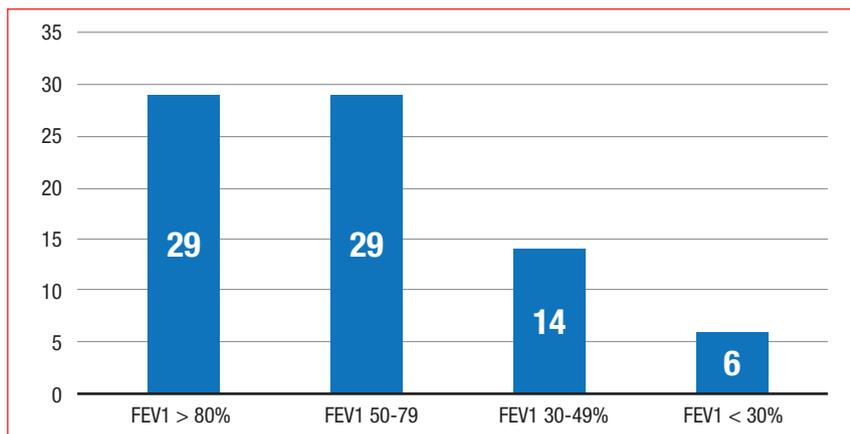


FIGURA 4.

Motivo di invio da parte del medico curante.

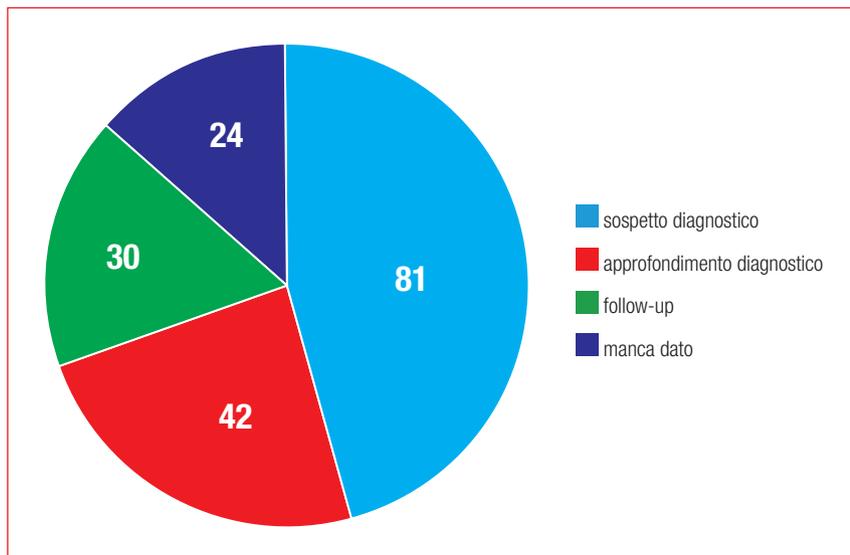


TABELLA I.

Questionario modificato del Medical Research Council per la valutazione del grado di dispnea.

Per favore barrare la casella che vi riguarda (una sola)	
mMRC grado 0. Ho dispnea solo sforzi intensi	<input type="checkbox"/>
mMRC grado 1. Mi manca il fiato se cammino veloce (o corsa) in piano o in lieve salita	<input type="checkbox"/>
mMRC grado 2. Su percorsi piani cammino più lentamente dei coetanei, oppure ho necessità di fermarmi per respirare quando cammino a passo normale	<input type="checkbox"/>
mMRC grado 3. Ho necessità di fermarmi per respirare dopo aver camminato in piano per circa 100 metri o per pochi minuti	<input type="checkbox"/>
mMRC grado 4. Mi manca il fiato a riposo per uscire di casa o per vestirmi/spogliarmi	<input type="checkbox"/>

“tosse quotidiana produttiva, per almeno tre mesi all’anno, da almeno due anni consecutivi”;

- il punteggio derivante dal questionario **CAT** (*COPD Assessment Test*), somministrato al paziente dall’infermiere prima della visita effettuata con il MMG e registrato in cartella. Secondo tale valutazione sono emersi i seguenti dati (Fig. 6);
- la **vaccinazione antiinfluenzale** nell’anno precedente o in corso, con 54 dei 78 pazienti con BPCO confermata e inseriti nel PDTA, risultanti vaccinati;
- la **vaccinazione antipneumococcica**, con il dato esiguo di soli 14 casi di vaccinati nella popolazione con BPCO.

I pazienti visitati presentavano spesso altre patologie croniche, tra quelle riportate in cartella dai vari MMG emerge il dato illustrato nella Figura 7, con ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari e diabete mellito, quali patologie maggiormente presenti nei pazienti con BPCO.

Molta attenzione è stata prestata alla raccolta del dato **sul fumo**, e questo perché sin dall’inizio del percorso è stata valutata la possibilità di prevedere un sostegno per la dismissione dal tabagismo da offrire ai pazienti fumatori e con BPCO, così come previsto dalle linee guida quale intervento indispensabile per un reale controllo della patologia.

In base al dato fumo i pazienti sono risultati distribuiti così come riportato nella Figura 8. E tra i pazienti affetti da BPCO e con fumo in atto, la distribuzione dei fumatori a seconda della gravità della patologia risultava quella descritta nella Tabella II.

Tra i fumatori era stato calcolato anche il *pack years* (numero di sigarette fumate die diviso 20 x numeri anni fumo), e ciò per omogeneizzare il parametro ai fini di una valutazione del possibile danno da tabagismo.

La distribuzione emersa risulta quella illustrata nella Figura 9, laddove emerge la condizione prevalente di “forti fumatori” nella popolazione indagata.

A tutti i fumatori veniva valutato e registrato in cartella il problema tabagismo secondo lo schema delle cinque A (intervento conosciuto come *counselling* delle 5 A e che consiste nel:

- chiedere (**Ask**) se il soggetto è fumatore o meno;
- consigliare (**Advise**) di smettere tramite messaggi chiari e personalizzati;
- valutare (**Assess**) la volontà di smettere;

FIGURA 5.

Grado della dispnea secondo la tabella del medical research council nei pazienti inviati presso la casa della salute.

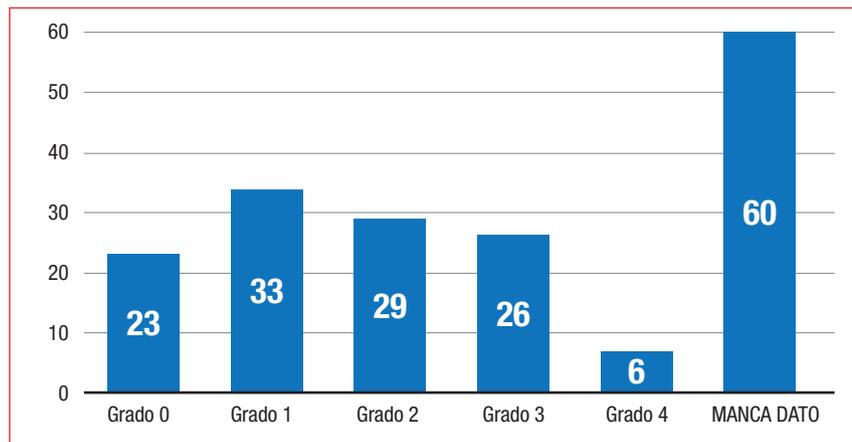


FIGURA 6.

Punteggi rilevati con la somministrazione del questionario CAT nella popolazione valutata presso la casa della salute.

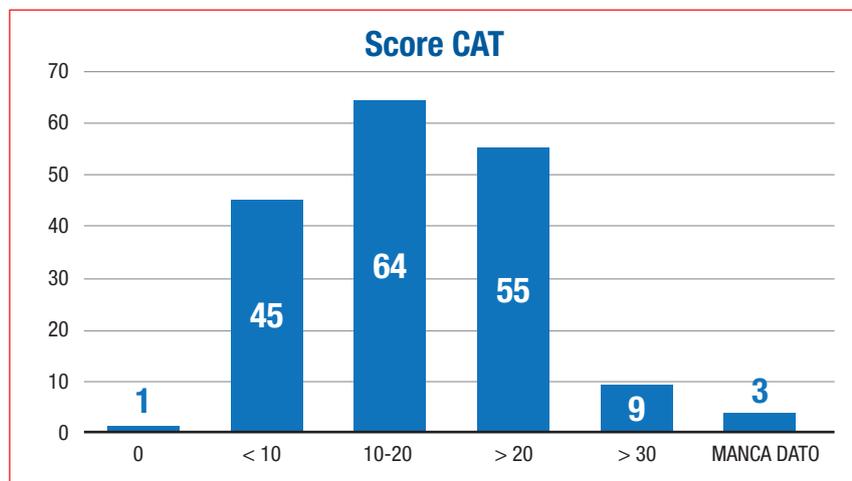
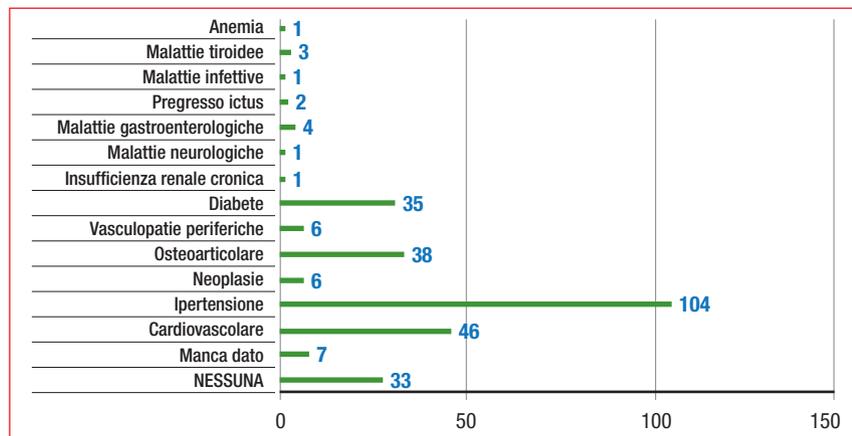


FIGURA 7.

Altre principali patologie presenti nella popolazione valutata.



- fornire assistenza (**Assist**) nella fase di cessazione;
- pianificare (**Arrange**) il follow-up e gli interventi di sostegno).

Tale dato è stato considerato da parte del MMG in cartella in n. 153 pazienti.

Così come proposto dalla LG e successivamente dal PDTA Regionale, la considerazione/domanda sul fumo è elemento importante del percorso terapeutico, essendo non insignificante la percentuale di pazienti che già in questo modo sono indotti alla cessazione dell'uso di tabacco.

Al fine di completare il percorso assistenziale relativamente a un elemento così importante per la evoluzione della patologia bronchiale, dal mese di aprile 2016 è stato attivato un **ambulatorio per la cessazione del fumo** organizzato e diretto da una collega di Medicina Generale operante nel distretto, aderente al PDTA sin dall'inizio, diplomata *counsellor* nazionale.

L'ambulatorio locale è in collegamento con quello presso il San Camillo di Roma diretto dalla dr.ssa Rosa Stella Principe, al quale possono essere indirizzati pazienti che per ragioni di orario o di accessibilità non trovano comodo l'accesso alla casa della salute. L'offerta ambulatoriale di sostegno ha riguardato essenzialmente i pazienti con BPCO diagnosticata e inseriti nel PDTA, definendo una classe di priorità attraverso la gravità della riduzione del flusso espiratorio (FEV1) e la motivazione a smettere espressa al MMG al momento della prima visita.

Le sedute settimanali, della durata di 3 ore circa, hanno coinvolto 18 dei 72 pazienti fumatori, di questi 13 hanno abbandonato il percorso quasi sempre dall'inizio e 5 hanno smesso di fumare. Il percorso prevede, per i pazienti che hanno smesso di fumare, follow-up con visite prima quindicinali e poi mensili fino al dodicesimo mese per consolidare il cambiamento dello stile di vita e prevenire eventuali ricadute (dati relativi ai primi 6 mesi di attività).

Nel corso del PDTA, in fase di accertamento diagnostico, sono state effettuate le seguenti prestazioni specialistiche:

- visite pneumologiche: 45;
- spirometrie semplici o globali: 45;
- visite cardiologiche ed ECG: 8;
- radiografie del torace a pazienti neodiagnosticati: 4;
- emogasanalisi: 2.

FIGURA 8.

Rilevamento del dato sul fumo di tabacco tra i soggetti valutati presso la casa della salute.

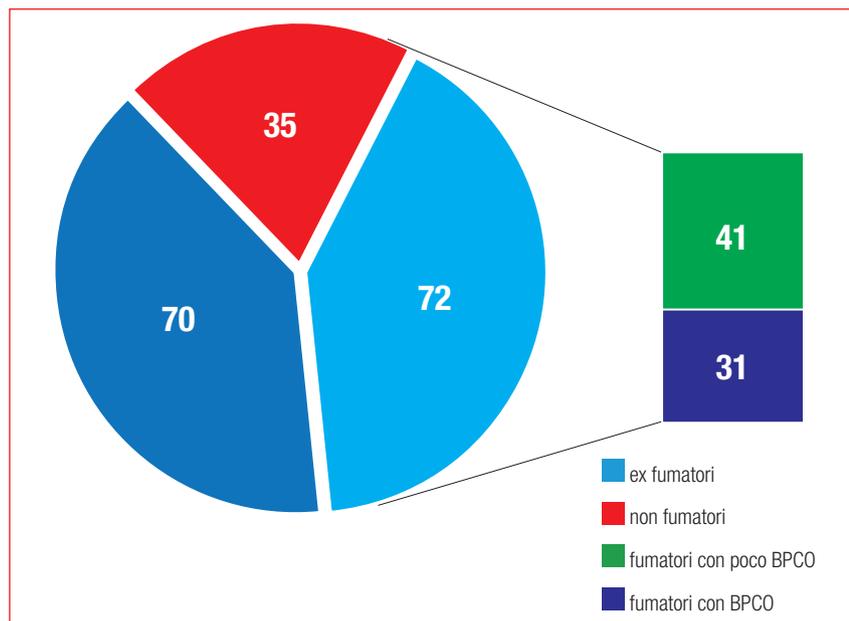
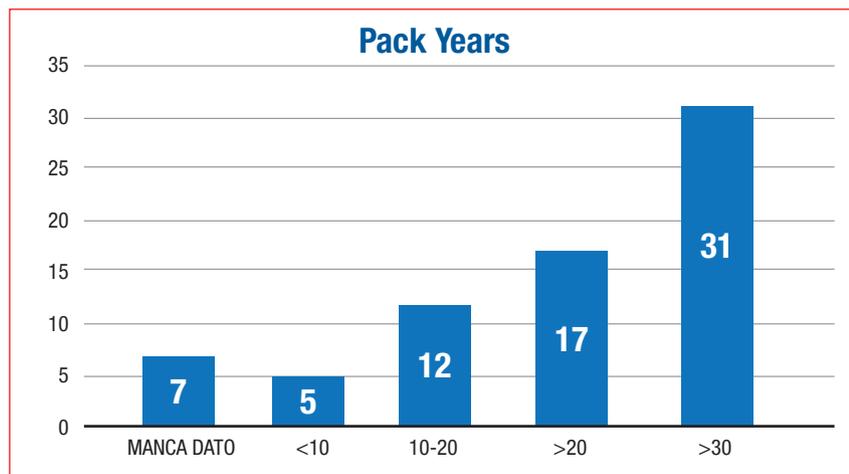


FIGURA 9.

Distribuzione del dato sul fumo secondo il calcolo del pack year tra i soggetti fumatori visitati presso la casa della salute.



Nel corso del follow-up del PDTA sono state effettuate le ulteriori seguenti prestazioni specialistiche (Fig. 10):

- visite pneumologiche: 92;
- spirometrie semplici/globali: 58;
- test di broncodilatazione: 5;
- visite cardiologiche: 2.

Considerazioni finali e criticità

L'esperienza maturata in circa 10 mesi presso il distretto sanitario considerato ha

interessato una popolazione di MMG già ampiamente strutturati in forme associative (medicina di gruppo, unità di cure primarie) e con una distribuzione territoriale degli studi che permette una buona offerta, e per orari di apertura e per collocazione geografica, di quella "prossimità" al paziente che è negli scopi delle case della salute laziali (Tab. III). Quello che si è quindi voluto favorire era la creazione di un percorso assistenziale in grado di sperimentare modalità ope-

TABELLA II.

Distribuzione dei pazienti fumatori tra quanti considerati affetti da BPCO secondo la stadiazione riferita al FEV1.

Gravità BPCO secondo FEV1 in pazienti fumatori	
BPCO stadio 1	15
BPCO stadio 2	9
BPCO stadio 3	5
BPCO stadio 4	2

rativa sempre più necessarie nella futura attività del MMG, inserito come parte attiva e centrale nel più ampio contesto delle cure primarie.

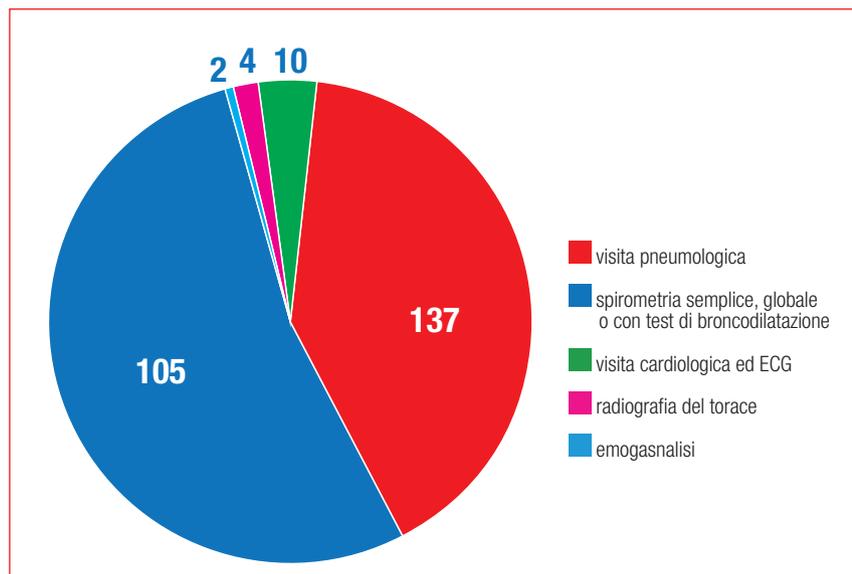
Il punto di forza del percorso realizzato può senz'altro essere rappresentato da una esperienza che ha portato 25 medici – nella quasi totalità MMG – a:

1. attuare un approccio proattivo nella gestione delle patologie croniche, in particolare della BPCO;
2. sensibilizzare e formare gli operatori sanitari a una gestione *evidence based* della problematica clinica;
3. stimolare la adozione di un linguaggio e comportamento clinico/assistenziale comune e condiviso nei confronti della patologia trattata;
4. stimolare la formazione tra pari e il confronto dialettico nella acquisizione delle conoscenze;
5. proporre un lavoro in team attraverso l'esperienza multidisciplinare e multi professionale (contatti costanti, facilitati dalla condivisione di spazi comuni, con lo specialista pneumologo, cardiologo, radiologo e, soprattutto, con gli infermieri adeguatamente formati sulla problematica clinica affrontata).

L'esperienza ha, inoltre, portato a sperimentare l'attuazione di una agenda interna al CUP (centro unico prenotazione) distrettuale, tale da facilitare enormemente l'accesso alle visite e alle prestazioni da parte del paziente, essendo ogni appuntamento fornito dai vari operatori senza necessità da parte dell'utente di disagi quali quelli rappresentati da liste di attesa non facilmente gestibili. C'è da segnalare come tale modalità è in corso di introduzione anche per quei PODTA che nel frattempo

FIGURA 8.

Prestazioni specialistiche erogate ai pazienti valutati presso la casa della salute.



PDTA, non prevedeva nessun onere da parte dell'utenza, essendo stato sin dall'inizio inteso come gratuito. Le ulteriori visite/prestazioni prescritte su ricettario sanitario regionale, qualora non ci fosse stata alcuna forma di esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria, venivano addebitate secondo quanto previsto per ogni utente dalla normativa regionale.

Al riguardo va segnalato che nei nuovi LEA l'introduzione della BPCO, tra le patologie croniche con esenzione del ticket, avrebbe, se presente, ulteriormente facilitato la fruibilità del servizio da parte del paziente.

Un punto di criticità della sperimentazione può essere rappresentato dal non avere avuto la possibilità di usare una cartella elettronica condivisa, soprattutto tra specialista, MMG e centro della casa della salute. Tale elemento è senz'altro indispensa-

TABELLA III.

Popolazione assistibile (relativi all'anno 2012) tra i MMG e PLS e loro distribuzione nelle varie forme associative nel Distretto sanitario 2 della ASL RMF (attuale Roma 4).

Forme associative		Forme associative non UCP/UCPP		Medici singoli		Tot
UCP (Medicina Generale)	UCPP (Pediatria)	Medicina di gruppo MMG	Medicina in associazione MMG	MMG	PLS	
7 (tutte M. di Gruppo)	2 (M. in associazione)	1	1			11
30 MMG	9 PLS	3	4	19	2	67
41.438 (66%) assistibili	7.840 (85%) assistibili	2.575 (4%) assistibili	4.725 (7%) assistibili	14.397 (23%) assistibili	1.407 (15%) assistibili	72.382 assistibili
assistibili UCP + assistibili UCPP = 49.278 = 68% degli assistibili totali		10% degli assistibili totali		assistibili medici singoli (MMG e PLS) = 15.804 = 22% del totale		72.382

la Regione sta introducendo nel sistema delle cure primarie laziali.

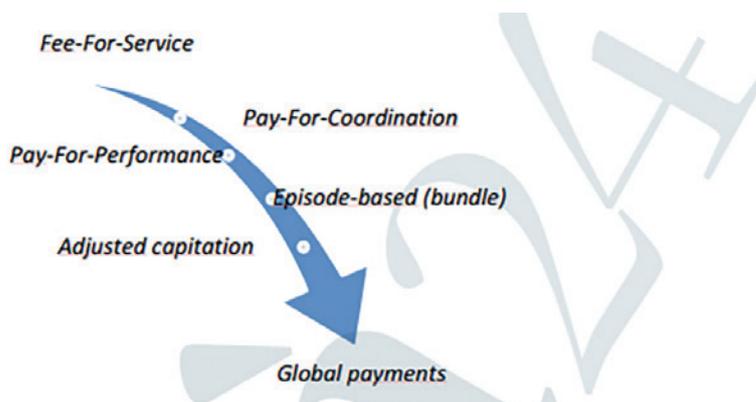
Le sedute ambulatoriali hanno permesso ai MMG di accedere a un compenso orario da

parte dell'azienda sanitaria di 27,46 euro lordi. Il primo accesso presso l'ambulatorio del team, accesso finalizzato a inquadrare il paziente e a inserirlo eventualmente nel

bile quando si parla di modelli gestionali ispirati al *chronic care model*, e la nostra esperienza ha avuto l'occasione di verificarlo.

La **BPCO** è, fra le patologie croniche, quella in cui la MG mostra forse le maggiori criticità. La principale è la sottodiagnosi. È necessaria una medicina di tipo proattivo per migliorare la gestione dei pazienti affetti da BPCO. Le forme associative possono essere uno strumento utile per migliorare le nostre performance. La sottodiagnosi è principalmente a carico degli stadi iniziali di patologia. Iniziative, in una medicina in gruppo in Italia, in MG, hanno dimostrato di poter avere una ricaduta positiva in tale senso (Bettini GL, et al. *BPCO a 270°*. Rivista SIMG 2013;(6):11-5). Un recente studio dell'ATS (Martinez FJ, et al. *A new approach for identifying patients with undiagnosed chronic obstructive pulmonary disease*. Am J Respir Crit Care Med 2017;195:748-56) svolto anch'esso nel setting della MG, con l'utilizzo del PEF insieme a un questionario (CAPTURETM 5 item), ha portato alle stesse conclusioni. La registrazione del dato fumo, principale fattore di rischio per BPCO, e la spirometria in office (positiva in tale senso l'esperienza all'ultimo Congresso Nazionale della SIMG, con una forte partecipazione dei colleghi MMG alle sessioni sulla spirometria), in alternativa l'uso di strumenti più semplici (PIKO 6, AIR Smart), possono essere utili per screenare quei pazienti da inviare a consulenza specialistica. Dei 177 pazienti inviati presso la casa della salute nel Lazio, 81 erano per sospetto diagnostico. Sarebbe interessante sapere in quanti di essi è stata fatta una diagnosi in stadio precoce. Altri dati che fanno riflettere, nell'esperienza dei colleghi del Lazio, sono la bassa prevalenza della vaccinazione, e che ben 13 dei 18 pazienti decidano di abbandonare dall'inizio l'ambulatorio per la cessazione del fumo. In un PDT è comunque bene che siano ben codificate le indicazioni alla consulenza specialistica, con l'obiettivo di ridurre, quanto possibile le liste d'attesa. Il ruolo del MMG deve essere quello della presa in carico del paziente BPCO, in maniera prevalente negli stadi meno avanzati, e in gestione integrata, multidisciplinare, con lo specialista, per i pazienti in stadio avanzato o in caso di difficoltà diagnostica. La mancanza, come nell'esperienza del Lazio, di una cartella elettronica condivisa è una criticità, che va contro, quanto peraltro affermato nel recente Piano Nazionale delle Cronicità, dove si auspica l'adozione di sistemi informativi integrati e vengono valutate nuove forme di remunerazione, fra cui quelle a pacchetto (bundled), che integrano una serie di servizi relativi a una specifica malattia cronica (Figg. 1, 2 tratte dal Piano Nazionale della Cronicità).

FIGURA 1.
Sistemi di remunerazione con progressiva capacità di promozione dell'integrazione delle cure per il malato cronico



Francesco Paolo Lombardo
Responsabile Area Progettuale Pneumologica, SIMG

FIGURA 2.

SANITÀ DIGITALE

- SISTEMI INFORMATIVI INTEGRATI
- TELEMEDICINA
- WEB E SALUTE

OGGETTIVO

Promuovere l'impiego di modelli, tecniche e strumenti della sanità digitale nella gestione della cronicità al fine di garantire continuità e migliore qualità dell'assistenza, migliore efficacia, efficienza e appropriatezza

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. sperimentare modelli di assistenza che riescano a coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente (Teleassistenza domiciliare, Teleconsulto specialistico, telemonitoraggio medicale, Telesorveglianza, Telecontrollo, Telesoccorso, Teleallarme);
2. analizzare modelli, processi e modalità di integrazione dei servizi di telemedicina nella pratica clinica;
3. diffondere nei cittadini, nei pazienti, negli operatori e nelle istituzioni la cultura della telemedicina;
4. potenziare percorsi di formazione e aggiornamento continuo per gli operatori dei servizi di telemedicina;
5. produrre studi di fattibilità e di analisi costo-beneficio e condividere le esperienze in telemedicina.

RISULTATI ATTESI

- Implementazione dei servizi di telemedicina;
- Incremento di modelli di assistenza che sappiano coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente-persona.