

**AFT , Organizzazione e valutazione del
Medico di Medicina Generale**

Identificazione dei pazienti BPCO ed

«obbligo» (etico) di vaccinazione
Luigi Sparano

NABGELI 23 ottobre 2015 Ordine dei Medici

Parole chiave

- **AFT** **Aggregazione Funzionale Territoriale**
- **MMG**
- **Valutazione del rischio**
- **Riferimenti ed obblighi dell'ACN e dell'AIR**
- **Individuazione della BPCO**
- **Vaccinazione antipneumococcica**

Obiettivi e compiti della Medicina Generale

- **Sistema**

- o popolazione a rischio in ambito territoriale AFT

- **Individuale**

- o Arruolamento della popolazione in carico al singolo MMG

- **Complessivo**

- o Gestione del PDTA delle malattie respiratorie

- o Appropriatazza nell'uso del farmaco

- o Prevenzione Vaccinale

Obblighi in ACN

- Promuovere ed aderire alle campagne vaccinali art 45 comma n
- AIR prevenzione non oncologica:
le vaccinazioni

COMPITI di una AFT

- **ACCRESCERE LA SENSIBILITA' DIAGNOSTICA VERSO IL PAZIENTE A RISCHIO DI MALATTIA**
- **INDIVIDUARE E SELEZIONARE I PAZIENTI A RISCHIO**
- **COSTRUIRE UN MODELLO APPROPRIATO DI INTERVENTO=PDTA**
- **GESTIONE DELLA CRONICITA'**
- **PROMUOVERE ADEGUATI STILI DI VITA**
- **ADERENZA TERAPEUTICA E FOLLOW UP**
- **SOSTENIBILITA' DEGLI INTERVENTI TERAPEUTICI (APPROPRIATEZZA TERAPEUTICA)**

**BISOGNA INDIVIDUARE SCELTE
CONDIVISE PER GARANTIRE
EQUITÁ e SOSTENIBILITÁ.**



- **Intercetto** della domanda di salute ed appropriatezza degli interventi
- Sistema di tipo **fiduciario** e di continuità delle cure
- Modello di cura di tipo «**assistenziale**» non legato alle prestazioni ma alla presa in carico

Strumenti

- Reti
- Piattaforma
- Gestionali individuali
- Report PDTA
- Valutazione della fragilità

CARTELLE CLINICHE WE



dreamstime.com

- L'utilizzo di una piattaforma informatica consente in tempo reale di:
 1. **Accedere alle cartelle informatiche** di tutta la popolazione assistita (terapie in corso, esami eseguiti, problemi clinici aperti, vaccinazioni, screening oncologici, visite domiciliari) indipendentemente dai diversi gestionali in possesso dei singoli MMG
 2. **Costruire** le liste di pazienti affetti da patologie croniche (ogni MMG è in grado dalla piattaforma di conoscere l'aderenza al trattamento dei pazienti affetti da diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie)

AFT



AFT MODELLO H 12



LE DIMENSIONI DEL PROBLEMA

- Le Malattie dell' apparato respiratorio rappresentano la 3a causa di morte in Italia
- **OGNI MMG CON 1000 scelte può individuare 100 con BPCO lieve 15 con BPCO moderata 5 con BPCO grave 0-5 molto grave**
- Le BPCO rappresentano il 50-55% delle morti per malattie dell'apparato respiratorio
- La mortalità interessa le fasce di età più avanzate e maggiormente i maschi rispetto alle femmine

MMG/BPCO

- **Definizione diagnostica**



Tracciati report (alert)

- ANAMNESI (personale,lavorativa)
- TABAGISMO
- UTILIZZO DEI FARMACI RESPIRATORI
- RICOVERI
- VISITE SPECIALISTICHE
- SPIROMETRIA



Quali I pazienti a rischio aumenta con età ≥ 50 e la presenza di patologie concomitanti^{1,2}

Patologie di Base
(Fattori di rischio) 1-6

- **Immunocompromissione**
- Diabete Mellito
- Immunodeficienza congenita o acquisita (compreso HIV)
- Neoplasie ematologiche o generalizzate
- Trapianto ematopoietico
- Terapia immunosoppressiva (compresi corticosteroidi sistemici)

- **Organo-correlate**
- Asplenia anatomica o funzionale
- Malattie croniche di cuore, polmoni, fegato e reni
- Perdita di liquido cerebrospinale
- Trapianto d'organo

- **Legati allo stile di vita**
- Alcolismo
- Fumo

- **Altro**
- Impianto cocleare

1. Butler JC *et al.* Epidemiology of pneumococcal infections in the elderly. *Drugs Aging*. 1999;15 Suppl 1:11-9. 2. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR. Prevention of Pneumococcal Disease. ACIP Recommendations 1997;46:RR-8. 3. World Health Organization. 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine. WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec*. 2008;83:373-384. 4. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recommendations and Reports. Preventing Pneumococcal Disease Among Infants and Young Children. 2000;49 (RR-9):1-35. 5. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR. Recommended Adult Immunization Schedule 2009;57:Q1-Q4. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5753a6.htm>. Accessed May 26 2011. 6. Centers for Disease Control and Prevention. *Epidemiology and Prevention of Vaccine Preventable Diseases. The Pink Book*. 11th Edition. May 2009.

Malattie polmonari croniche ostruttive

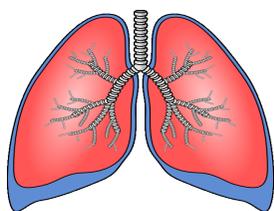
BPCO: Prevalenza in Italia

Le valutazioni di mortalità/morbosità per BPCO comprendono di norma, in maniera non uniforme, bronchite cronica, enfisema ed asma 15

- Riguardo alla morbosità, nel **2004 la BPCO** è risultata essere la quarta causa di malattia cronica in Italia, **con 4 milioni** di persone colpite 15
- Dopo artrosi/artrite, ipertensione ed osteoporosi, la BPCO è, con il diabete, la malattia a maggiore **prevalenza nella popolazione anziana** (circa **6%**, Istat 2005) 15
- **Bronchite cronica ed asma** colpiscono **più del 20% della popolazione anziana (>64 anni)** 15

PDTA DELLA BPCO

- VISITA GENERALE
- PERSONA A RISCHIO CON SINTOMI RESPIRATORI
- SPIROMETRIA SEMPLICE
- ANOMALIA OSTRUTTIVA NO
- FOLLOW UP



PDTA DELLA BPCO

- VISITA GENERALE
- PERSONA A RISCHIO CON SINTOMI RESPIRATORI
- SPIROMETRIA SEMPLICE
- ANOMALIA OSTRUTTIVA SI
- SPIROMETRIA GLOBALE
- ANOMALIA OSTRUTTIVA SI
- BPCO
- STADIAZIONE E TRATTAMENTO

ANOMALIA OSTRUTTIVA NO

ALTRI ACCERTAMENTI

Report MALATTIE RESPIRATORIE

- Anamnesi 1= asma allergico, rinite 2= dermatite atopica
- Fumo
- Spirometria
- PEF FEV1

- GINA (stadio 1,2,3,4)
- RICOVERI

Migliorare la capacità diagnostica dei MMG

La diagnosi di BPCO si basa sull'anamnesi di presenza di fattori di rischio e sulla documentazione di una persistente riduzione del flusso aereo, in presenza o meno di sintomi, dopo aver escluso altre cause di bronco-ostruzione cronica.

La spirometria rappresenta il test strumentale meglio standardizzato, più riproducibile ed oggettivo; esso rappresenta il gold standard per la diagnosi e l'inquadramento della BPCO.

Gli operatori sanitari che trattano pazienti con BPCO dovrebbero avere la possibilità di eseguire una spirometria senza difficoltà.

AUMENTARE LA SENSIBILITA' DIAGNOSTICA SIGNIFICA:

- UTILIZZARE LA CARTELLA CLINICA
- RACCOGLIERE I DATI ANAMNESTICI
- I SINTOMI GUIDA
- COSTRUIRE “LISTE DI SOGGETTI A RISCHIO”
- ESTRARRE I DATI (UTILIZZARE TRACCIATI REPORT INFORMATICI INSERENDO I DATI SIGNIFICATIVI)

COSTRUIRE LA TERAPIA ADEGUATA



VACCINAZIONE
ANTI
PNEUMOCOCCICA
13 CONIUGATA

USARE BENE I FARMACI

- le terapie farmacologiche per essere rimborsabili dal SSN devono essere coerenti con le indicazioni del farmaco (NOTE AIFA/INDICAZIONI)
- evitare l'uso off label* (non rimborsabile dal SSN) responsabilità professionale
- Appropriatelyzza degli interventi ex art 25 ACN
Uffici di Coordinamento delle attività distrettuali
- AUDIT terapeutico e clinico

RUOLO DEL MMG NEL FOLLOW-UP DEL PAZIENTE CRONICO

RAFFORZARE L'ADERENZA TERAPEUTICA semplificare, educare, fornire informazioni, prendersi cura, dedicare tempo, guadagnando tempo	APPUNTAMENTI "TEMPO DEDICATO" USO DELLA VACCINAZIONE ANTIPNEUMOCOCCICA 12 CONIUGATA	SOSTENERE LE CURE TRASFERENDO FIDUCIA AL PAZIENTE	RIDURRE LE SITUAZIONI IMPREVISTE CONTROLLANDO L'USO DEI FARMACI	INTEGRAZIONE CON LO SPECIALISTA "GESTIONE DEI CASI COMPLESSI"
GOVERNO DELLA CONTINUITA' DELLE CURE	APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE	VERIFICA DELL'ADESIONE ALLA TERAPIA	VERIFICA DELL'ADESSA FARMACOLOGICA	UTILIZZO DEI PDTA

CONCLUSIONI

- **ADERIRE** A PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI APPROPRIATI PDTA/BPCO
- **INDIVIDUARE** E SELEZIONARE TEMPESTIVAMENTE I PAZIENTI A RISCHIO AL FINE DI EVITARE LA PROGRESSIONE DELLA MALATTIA VERSO L'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (UTILIZZO OTTIMALE DEI GESTIONALI DEL MMG)
- **GESTIONE** DELLA CRONICITA' E PREVENZIONE DEL RISCHIO MEDIANTE L'USO DELLA VACCINAZIONE (ANTIPNEUMOCOCCICA ANTI-INFLUENZALE)
- **AFFINARE** GLI STRUMENTI ORGANIZZATIVI DEL MMG PER MIGLIORARE L'ADERENZA TERAPEUTICA
- **SOSTENIBILITA'** DEGLI INTERVENTI TERAPEUTICI (APPROPRIATEZZA TERAPEUTICA)

