

***"Il Distretto Socio Sanitario:
una identità incompiuta?
Esperienze a confronto."***

"L'Appropriatezza nel Progetto Quadro BPCO"

***Silvana Melli
Cosimo Esposito***

**Bari, 27 e 28 Ottobre 2011
"Cittadella della Cultura"**

PROGETTO MONDIALE BPCO

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

GARD Participant



Linee-Guida Italiane
Ferrara, 6-8/3/2008

Diagnosi di BPCO

SINTOMI

Dispnea
Limitazione
all'esercizio
Tosse ed
Escreato

ESPOSIZIONE A FATTORI DI RISCHIO

Tabacco
Agenti occupazionali
Inquinamento indoor/outdoor



```
graph TD; A[SINTOMI  
Dispnea  
Limitazione all'esercizio  
Tosse ed Escreato] --- B[ESPOSIZIONE A FATTORI DI RISCHIO  
Tabacco  
Agenti occupazionali  
Inquinamento indoor/outdoor]; B --> C[SPIROMETRIA];
```

SPIROMETRIA

Progetto QuADRO

Qualità, Audit, Dati, Ricerca e Outcome

Sviluppare una **metodologia** per la gestione appropriata dei percorsi di salute per pazienti affetti da BPCO, attraverso la corretta diagnosi e terapia.

Progetto QuADRO

Qualità, Audit, Dati, Ricerca e Outcome

Il progetto prevede l'attività di autoanalisi da parte del Medico di Medicina Generale e successivi "incontri tra pari" per condivisione delle esperienze personali e discussione sugli ambiti di non appropriatezza.

Diversi approcci alla qualità dell'assistenza

Clinical governance

Organizzativo – manageriale

- Approccio sistemico
- Scarsa attenzione ai contenuti clinici e all'efficacia e alla appropriatezza delle prestazioni

Medico – tecnico

- EBM
- Scarsa attenzione agli aspetti organizzativi e gestionali



**Education
and
training**

**Risk
management**

**Clinical
audit**

**Clinical
governance**

Openness

**Clinical
effectiveness**

**Research
and
development**

Audit clinico

L'audit clinico è una componente fondamentale della clinical governance.

Se vogliamo che il **"governo"** della sanità sia sempre più guidato dagli obiettivi di salute e non solo da vincoli economico/finanziari dobbiamo fare in modo che i dati relativi ai processi di cura e agli esiti delle cure per le principali patologie siano disponibili.

Fasi dell'audit clinico: il ciclo della qualità

5 implementare il cambiamento

2 definire criteri, indicatori e standard

1 identificare l'ambito e lo scopo

4 confrontare i risultati con lo standard

3 osservare la pratica e raccogliere i dati



Percezioni dei professionisti in tema di audit

Vantaggi

- Benefici professionali:
- spinta al cambiamento dei comportamenti
- miglioramento della performance
- miglioramento nel lavoro di gruppo
- miglioramento della soddisfazione
- miglioramento delle cure del paziente

Svantaggi

- sottrazione di tempo al lavoro clinico
- Limitazione alla autonomia del lavoro clinico
- atteggiamenti negativi, associati a sospetti circa motivazioni, timori di intimidazione o di ridicolo
- senso di abbandono per mancanza di supporto e facilitazione

Realtà Operative progetto QuADRO (Aggiornamento 2011)

- **PIEMONTE:** ASL Cuneo 1, Cuneo 2, Novara, Vercelli, Biella, Torino 5, VCO, Alessandria, Torino 4;
- **LOMBARDIA:** ASL Cremona, Lodi, Milano 1, Milano 2, Brescia, Lecco;
- **LIGURIA:** ASL 3 Genovese;
- **VENETO:** ULSS Chioggia, Ovest Vicentino, Pieve di Soligo, Cittadella, Este, Rovigo;
- **FVG:** Accordo regionale (6 ASS e 2 AO);
- **EMILIA ROMAGNA:** AUSL Ferrara, Ravenna;
- **MARCHE:** Accordo regionale – 3 Aree Vaste (Pesaro Urbino, Fermo, Ascoli Piceno);
- **CAMPANIA:** Avellino, Napoli 1 Centro, Napoli 2 Nord, Napoli 3 Sud, Salerno;
- **BASILICATA:** ASP Matera, Potenza;
- **PUGLIA:** Bari, BAT, Brindisi, Foggia, Lecce, Taranto;
- **CALABRIA:** ASL Cosenza;
- **SICILIA:** ASP Trapani.



Progetto QuADRO

PUGLIA

QUADRO PUGLIA

ASL PUGLIA 6

Comitato Scientifico

A.Re.S.	Dr. ATTOLINI
AIPO	Dr.ssa GIORGIO
Pneumologo	AIPO
Direttore di Distretto	ASL
MMG referente	SIMMG

QUADRO PUGLIA

OBIETTIVO

Management del paziente con BPCO
Prevenzione primaria-secondaria-terziaria

MMG COINVOLTI	335
Paz. potenziali BPCO da validare	16.530

Sintesi risultati

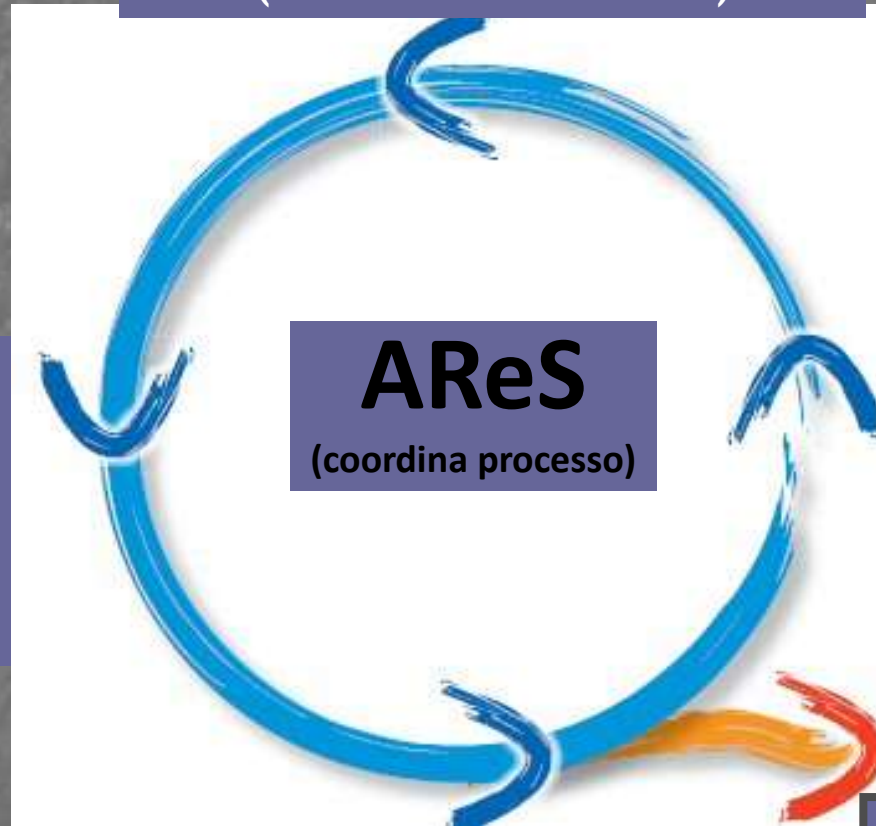
- ❑ **Pazienti fumatori n.d.** **12,5%**
- ❑ **% di pazienti avviati ad un processo di smoking cessation** **40%**
- ❑ **Prevalenza BPCO paz. > 40 anni** **3,1%(teorico 10%)**
- ❑ **% pazienti con spirometrie effettuate** **63%**

Stadio Gold	% pz QuADRO	% pz teorico *
Stadio I	9,2	42,0
Stadio II	36,0	41,0
Stadio III	38,6	13,0
Stadio IV	16,0	4,0

LE FASI DEL PROGETTO

FASE B

Identificazione coorte pazienti
(Osservazione realtà)



FASE A

Definizione processo
di cura ideale

FASE C

Confronto pratica
attuale vs
cura ideale
(*autoanalisi*)

FASE E

Informazione
Scientifica
Collaborativa

FASE D

Intervento di
miglioramento

Progetto QuAdro BPCO

- ✓ Identificazione della coorte dei pazienti
- ✓ Invio elenco dei pazienti a ciascun medico per verifica
- ✓ Il medico valida la coorte di pazienti integrando con dati clinici : stadiazione, fumo, vaccini comorbidità (facoltativo) attraverso una scheda informatizzata
- ✓ Il medico conferma o rigetta la diagnosi ed inserisce altri pazienti non segnalati

Audit del progetto QuADRO

- ✓ Processo di miglioramento della qualità professionale basato sulla revisione della documentazione clinica
- ✓ Identificazione da parte di Cineca dei pazienti con possibile “BPCO” mediante data bases amministrativi forniti da

FONTI INFORMATIZZATE →

- SDO
- Farmaceutica
- Spirometria, EGA..
- Esenzione per IR (cod 24)

- ✓ Rivalutazione dei casi da parte dei MMG

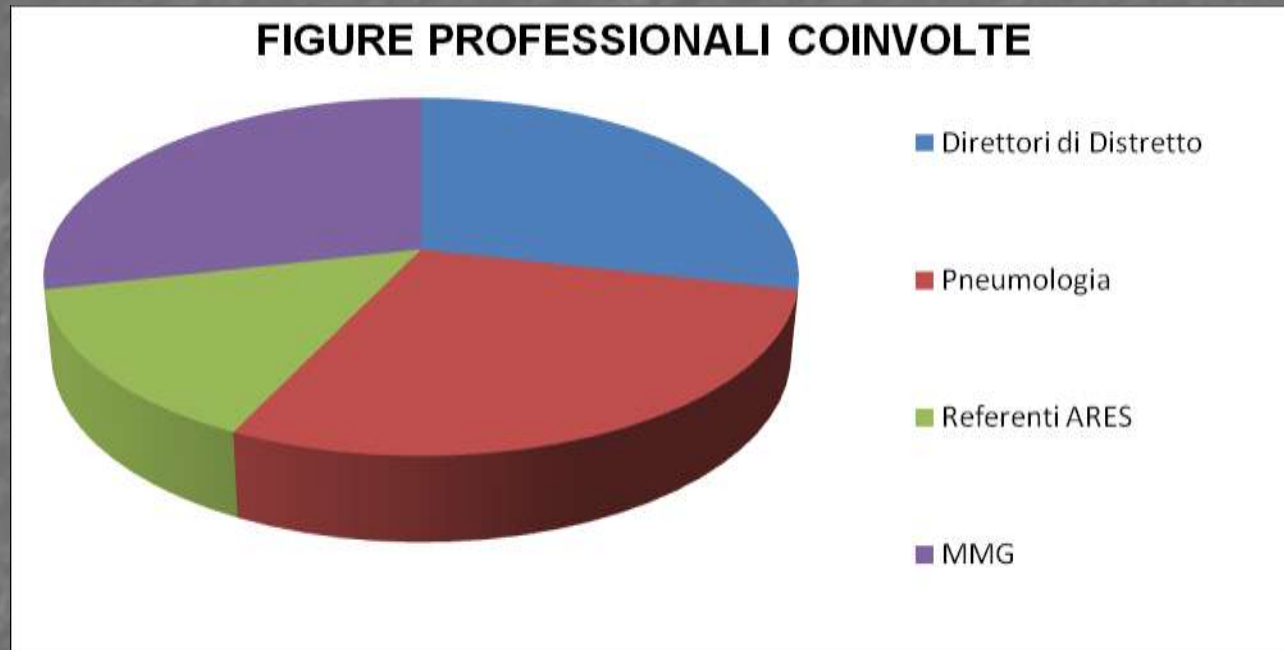
Criteria utilizzati per l'identificazione dei pazienti

- ✓ età uguale o superiore a 40 anni (cut-off)

+ ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI

- ✓ assunzione di farmaci definiti traccianti per la patologia in studio (codice ATC R03: farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie), fatta eccezione per R03BC sostanze antiallergiche e R03DC antileucotrienici e gli R03 prescritti in modo occasionale (ossia chi riceve prescrizioni/anno inferiori (\leq) a 2 confezioni o con durata di terapia inferiore (\leq) a 1 mese).
- ✓ esenzione per patologia (Codice 024=insuffic. respiratoria cronica)
- ✓ SDO con diagnosi principale o secondaria per BPCO (Codice ICD-IX=491.2)
- ✓ Prestazioni specialistiche o diagnostiche (almeno 2 dei seguenti esami):
 - Spirometria (89.37)
 - Emogasanalisi (89.651)
 - Test del cammino (89.44.2)
 - Radiografia torace (87.44.1)

IL NETWORK SCIENTIFICO



Il coinvolgere, stimolare e responsabilizzare tutti gli attori permette un approccio complessivo multidisciplinare, con l'impiego di tutte le parti interessate nel raggiungimento di obiettivi di appropriatezza.

Il raggiungimento di tali obiettivi richiede il confronto, la sinergia, la collaborazione e condivisione delle conoscenze tra professionisti, organizzazioni ed istituzioni.

IL NETWORK SCIENTIFICO

- ✓ **Luogo di incontro e di confronto sui temi affrontati dal progetto.**
- ✓ **Permette di condividere esperienze, impostazione del progetto, risultati aggregati raggiunti.**
- ✓ **Identifica in maniera concertata gli strumenti necessari per favorire lo sviluppo del progetto con i migliori standard qualitativi.**
- ✓ **Condivide all'interno di un sito internet le evidenze del percorso.**

IL NETWORK SCIENTIFICO

ARGOMENTI TRATTATI NEGLI INCONTRI

Identificazione della coorte di pazienti potenziali BPCO e stesura griglia

Estrazione dei dati

Indicatori delle griglie

Diagnosi di BPCO e spirometria

Modalità di coinvolgimento dei MMG

Modalità di presentazione dei dati ai MMG

Percorsi formativi

Rapporto tra specialisti e MMG

Criticità e aree di miglioramento nell'attuazione del PDTA

Database

Incontri tra pari

Fasi di un processo di audit clinico

Il ritorno dei dati ai medici

Appropriatezza prescrittiva e stadi della malattia

Informazione Scientifica Collaborativa

Audit Clinico, Ricerca, Sviluppo

Descrizione della popolazione in studio

ASL	N. medici partecipanti al progetto	N. medici che hanno inserito dati / N. totale partecipanti (%)	N. Pazienti da validare	% pazienti registrati
Brindisi	56	26,8	3432	18,2
Taranto	40	100,0	1807	90.2
BAT	33	57,6	1646	46,1
Bari	75	41,3	3127	27.7
Foggia	66	57,6	2019	56,3
Lecce	85	51,8	4315	34,9
Totale	355	52,7	16346	39,5

- Vaccinazione antiinfluenzale 88%
- Vaccinazione antipneumococcica 65,4%
- Gestione farmacologica

TIPO DI FARMACO	Stadio gold			
	I (N=255)	II (N=883)	III (N=951)	IV (N=391)
ANTICOLINERGICI	23,1	28,2	28,3	27,6
ANTICOLINERGICI+ALTRI	11,1	12,2	12,7	10,5
DERIVATI XANTINICI	12,4	16,3	20,9	21,2
ICS (CORTICOSTEROIDI INALATORI)	26,8	33,7	36,5	37,3
ICS+LABA	34,2	50,1	54,2	56,3
LABA	9,3	11,6	12,6	14,1
OSSIGENO	3,6	3,7	2,5	5,1
SABA	5,3	10,0	13,8	17,4
STEROIDI	8,9	14,8	12,3	10,7

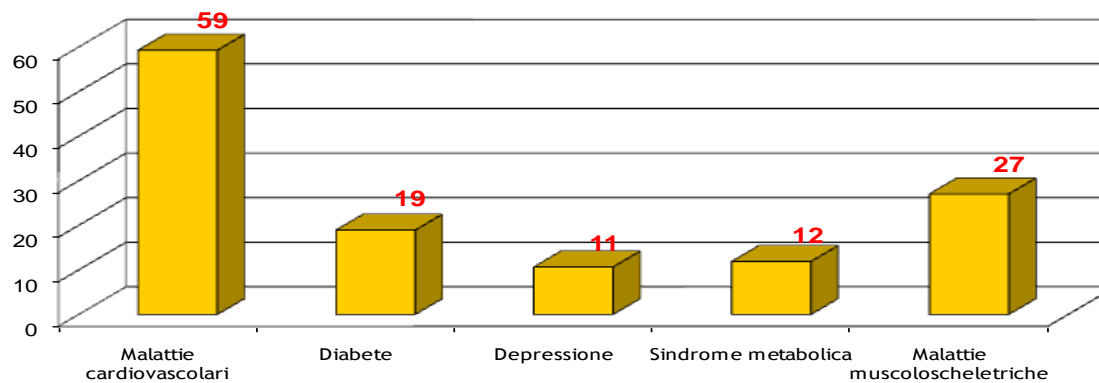
SABA: Salbutamolo (R03AC02), Terbutalina (R03AC03), Fenoterolo (R03AC04)
LABA: Salmeterolo (R03AC12), Formoterolo (R03AC13), Procaterolo (R03AC16)
ICS: Glicorticoidi → Beclometasone (R03BA01), Budesonide (R03), Flunisolide (R03BA03), Betametasona (R03BA04), Fluticasone (R03BA05)
ICS+LABA: Salmeterolo+fluticasone(R03AK06), Formoterolo+Budesonide (R03AK07)
ANTICOLINERGICI: Ipratropio Bromuro(R03BB01), OXITROPIO BROMURO (R03BB02), Tiotropio Bromuro(R03BB04)
ANTICOLINERGICI E ALTRI: Fenoterolo altri (R03AK03), Salbutamolo + altri (R03AK04)
DERIVATI XANTINICI: Teofillina (R03DA04)
STEROIDI: H02

Aderenza al trattamento farmacologico

Anno	Tipo di farmaco	Stadio I	Stadio II	Stadio III	Stadio IV
2008	ANTICOLINERGICI	3.14	3.88	3.40	3.96
	ANTICOLINERGICI+ALTRI	1.45	2.10	2.99	2.05
	DERIVATI XANTICI	6.22	4.22	5.01	4.85
	ICS	2.28	2.77	2.95	4.41
	ICS+LABA	3.91	4.07	4.69	5.30
	LABA	6.15	5.08	4.75	5.09
	OSSIGENO	.	0.57	2.13	1.55
	SABA	3.17	3.80	4.53	5.70
	STEROIDI	2.47	2.52	2.34	2.33

Comorbidità

Distribuzione pazienti per patologie



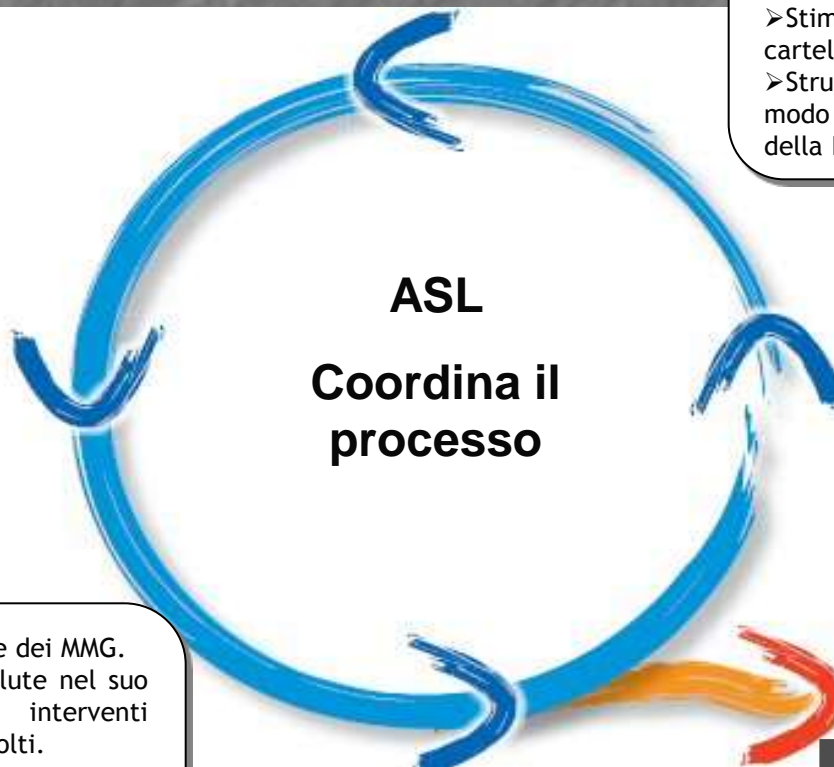
I RISULTATI DEL PROGETTO

- Audit clinico quale scelta metodologica associata ad un percorso formativo.
- Costituzione di schema formativo standard comprendente tecniche di audit, contenuti scientifici ed obiettivi degli incontri tra pari.
- Buona comunicazione tra MMG e Specialisti.

Miglioramento
indotto
dall'autoanalisi

- Presa in carico del paziente da parte dei MMG.
- Consapevolezza del problema di salute nel suo complesso e condivisione degli interventi correttivi con tutti gli operatori coinvolti.
- Importanza della terapia continuativa.
- Continuità assistenziale Specialista - MMG.
- Possibile utilizzo di uno schema che riconduca l'adozione corretta della terapia ai 4 stadi della malattia.
- Partecipazione attiva del malato.

Integrazione tra dati
amministrativi
e dati clinici



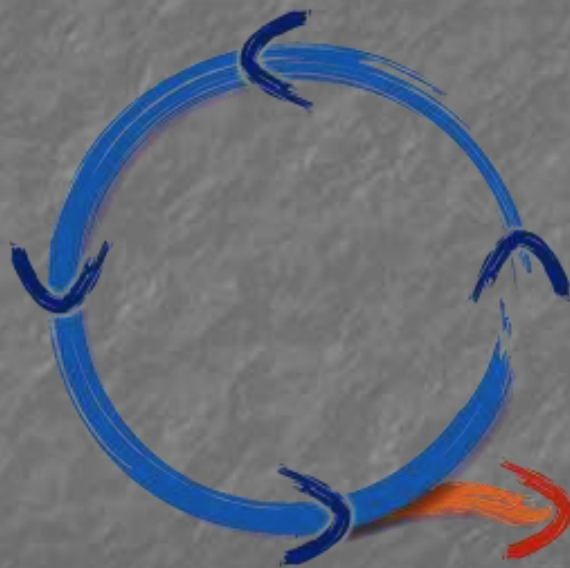
Presenza in carico
del paziente BPCO

- Valutazione complessiva della gestione del paziente BPCO in appropriatezza.
- Spirometria come punto centrale per diagnosi e stadiazione della malattia.
- Stimolo all'inserimento di tutti i dati nella cartella clinica informatizzata.
- Struttura della cartella clinica informatizzata in modo da favorire prevenzione e diagnosi precoce della BPCO.

Elaborazione
PDTA *evidence
based*

- Necessità di diffusione ed implementazione locali di PDTA.
- Inclusione della BPCO nella programmazione sanitaria.
- Introduzione di indicatori di riferimento, per favorire il monitoraggio dell'attuazione del PDTA.

“ INCONTRI TRA PARI ”



EVIDENZE

1. Utilizzo insufficiente dell'indagine spirometrica
2. Scarsa adesione del pz al trattamento farmacologico
3. Liste di attesa troppo lunghe per indagine spirometrica
4. No stadio GOLD dopo spirometria da parte dello specialista
5. Sottodiagnosi soprattutto negli stadi precoci della malattia
6. Inappropriatezza prescrittiva di alcuni specialisti
7. Diagnosi BPCO in assenza di indagine spirometrica (reparto di Medicina, Geriatria)
8. Assenza di centri anti fumo
9. Scarsa collaborazione tra mmg e specialista
10. Scarsa applicazione delle linee guida
11. Scarsa attenzione alla lotta al tabagismo da parte del mmg
12. Sottovalutazione dei sintomi iniziali da parte del pz e del mmg

Criticità

- ❑ Diagnosi numerose ma probabilmente effettuate in modo non rigoroso
- ❑ Sottovalutazione del dato fumo
- ❑ Sotto-utilizzazione della spirometria
- ❑ Terapia farmacologica sotto-utilizzata
- ❑ Terapia farmacologica non coerente con le linee guida (mancata stadiazione)

PROPOSTE

- 1) Utilizzare i dati del progetto QuADRO per la definizione di un PDT per la BPCO
- 2) Richiesta di disponibilità allo specialista ad effettuare spirometrie programmate negli ambulatori di medicina associata
- 3) Campagna regionale antifumo, con particolare attenzione ai giovani
- 4) Molti MMG auspicano la facilitazione della office-spirometry nei loro ambulatori dopo training formativo o di forme di telespirometria tipo Progetto Strategico.
- 5) Si richiede che sia resa obbligatoria nelle lettere di dimissione e nei referti di visita specialistica la precisazione dello stadio di BPCO
- 6) Richiesta di esenzione per patologia
- 7) Più “ medicina d’iniziativa “ – individuazione precoce del pz
- 8) Rendere obbligatorio la registrazione (dimissioni, data base mmg) del tabagismo
- 9) Corso di formazione per migliorare il counseling nel pz BPCO per promuovere l’attività fisica nell’anziano, il corretto utilizzo dei device e i tempi corretti di terapia

Confronto tra medici ASL TA

- 1) **Riscontro di una bassa percentuale di pazienti in stadio I e II rispetto alla media nazionale.**
- 2) **Cause possibili: la sottovalutazione dei sintomi iniziali da parte del paziente e suo ricorso tardivo al medico; la modalità dello studio (utilizzo di farmaci per le patologie ostruttive, esenzioni per patologie, ricoveri ecc.) che rendeva proibitiva l'identificazione dei pazienti negli stadi I e II mentre privilegiava quella negli stadi avanzati.**
- 3) **Alcuni MMG hanno evidenziato il fenomeno di induzione non sempre appropriata dei ricoveri e delle prescrizioni farmaceutiche da parte degli Specialisti**
- 4) **I MMG hanno evidenziato la carente precisazione dello Stadio da parte dei Medici Ospedalieri nella lettera di dimissione o nel report di visita ambulatoriale.**
- 5) **I MMG lamentano la carenza di Centri antifumo di riferimento.**
- 6) **Alcuni medici hanno evidenziato la parziale corrispondenza tra i dati inviati ed i dati rilevati da Cineca.**

RICHIESTE E PROPOSTE ASL TA

- 1) Alcuni MMG richiedono di misurare l'eventuale cambiamento indotto da progetto verificando i risultati in termini di diagnostica e di terapia prima e dopo il Progetto.**
- 2) Sarebbe opportuno confrontare l'eventuale modifica delle prescrizioni dopo il Progetto con le prescrizioni di Colleghi non coinvolti nello studio per rilevare le differenze.**
- 3) Si suggeriscono campagne regionali di educazione alla cessazione del fumo attraverso la proiezione di materiale audiovisivo da proiettare nelle sale di attesa dei MMG ed il potenziamento dei Centri antifumo**
- 4) Molti MMG auspicano la facilitazione della spirometria (OFFICE SPIROMETRY) nella diagnostica di primo livello della BPCO nei loro ambulatori dopo training formativo o di forme di telespirometria tipo Progetto Strategico.**
- 5) 5. Si richiede che sia resa obbligatoria nelle lettere di dimissione e nei referti di visita specialistica la precisazione dello stadio di BPCO.**

PRIMI EFFETTI PROGETTO QUADRO

- ☐** Linee Guida dell'A.Re.S. sull'ASMA E BPCO inviate all'attenzione di tutti i D.G.
- ☐** Sensibile aumento della richieste di esami spirometrici da parte del MMG
- ☐** Focalizzazione dei clinici sulla terapia in termini di appropriatezza