

Centralità del Distretto nella gestione delle malattie respiratorie croniche ostruttive

I Piani Sanitari, le Linee Guida scientifiche e governative, nazionali e regionali, “la vita reale” dei pazienti

Le Malattie Respiratorie Croniche Ostruttive (MRCO), come altre patologie croniche, si inseriscono in un contesto sanitario in cui il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si trova ad affrontare diverse problematiche, tra cui quella di dover intercettare e rispondere adeguatamente ad una domanda crescente di assistenza che si connota per la lunga durata, la necessità di essere erogata in ambiti diversi e la necessità di essere supportata da adeguati servizi sociali.

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN)¹ ha notoriamente come obiettivo principale la promozione della salute cui sono finalizzate l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni e dei servizi sanitari. La priorità è di contrastare le principali malattie promuovendo l'assistenza sanitaria più efficiente insieme a comportamenti e stili di vita idonei per la salute dei cittadini. In particolare per quanto riguarda le MRCO, il PSN evidenzia la necessità di considerarle tra gli *obiettivi prioritari* per il peso clinico, umano e sociale ponendo l'accento sui vari obiettivi che contemplano: lo sviluppo delle conoscenze epidemiologiche, la prevenzione nella popolazione generale, il miglioramento della formazione dei professionisti sanitari, il miglioramento dell'accesso ai Servizi, la diagnosi precoce e la qualità della presa in carico dei malati, lo sviluppo dell'informazione, il supporto ai malati e ai familiari in collegamento con le associazioni dei pazienti, l'utilizzo di terapie tempestive ed appropriate fornendo le cure il più possibile sul

territorio. Inoltre, evidenzia la necessità di promuovere la qualificazione dei Servizi di diagnosi e cura migliorandone la qualità e l'accessibilità, valorizzando Linee Guida e percorsi condivisi, favorendo la concentrazione dell'offerta in *strutture qualificate* dotate di moderne tecnologie.

Il Piano Sanitario Regionale (PSR) Puglia 2008-2010² indica “*la centralità del territorio*” tra i valori costitutivi del modello di salute scelto, definisce il modello organizzativo da adottare in particolare per l'assistenza primaria ed intermedia e individua il Distretto come la sede di risposta appropriata e non differita alle condizioni di cronicità, di non autosufficienza e fragilità, in un'ottica di reale presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini. Infine il Piano Regionale vigente indica la necessità di attuare un processo riorganizzativo della *Macrostruttura Distretto* perché diventi pienamente punto di riferimento certo per la presa in carico globale dei bisogni di salute e centro di raccordo, fisico ed organizzativo, in cui si confrontino permanentemente tutti i Servizi al fine di garantire la continuità e l'appropriatezza dei diversi *setting* assistenziali, l'uso integrato delle risorse e l'integrazione interdisciplinare, interprofessionale ed intersettoriale.

La LR 25/2006 e il RR n. 6/2011 ribadiscono, in materia di organizzazione del Distretto Socio-Sanitario³ gli indirizzi del PSR, in materia di modello di riferimento laddove testualmente recita: “*Il Distretto è una Macrostruttura dell'Azienda, della quale costituisce articolazione territoriale, operativa, organizzativa e centro di coordinamento, responsabilità e costo. È la Macrostruttura che garantisce il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività sanitarie e socio-sanitarie a livello territoriale. Svolge la propria attività nell'ambito degli indirizzi impartiti dalla Direzione strategica della ASL, coerentemente con la programmazione regionale, per garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari e socio-sanitari individuati dal Programma delle Attività Territoriali (PAT). Ricerca, promuove e realizza opportune sinergie tra tutti i sistemi di offerta territoriale (Dipartimenti e Strutture Sovradistrettuali) e funge da strumento di coordinamento per il sistema delle cure primarie (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Continuità Assistenziale). È il centro di riferimento per il governo clinico e per il governo istituzionale del territorio di competenza. Tutela e presidia lo stato di salute della popolazione di ambito, attraverso l'organizzazione e la gestione delle cure primarie e intermedie, ove si realizza la sintesi tra la funzione di produzione, esercitata prevalentemente dalla Struttura Cure Primarie e Intermedie, e la funzione di committenza specificamente attribuita alla Direzione di Distretto.*”

Le Società Scientifiche pneumologiche italiane (AIMAR, AIPO e SIMeR) negli ultimi anni hanno intrapreso numerose iniziative per divulgare le più recenti acquisizioni soprattutto attraverso l'adattamento delle Linee Guida internazionali sulla diagnosi, trattamento e gestione^{4,5} delle più frequenti malattie respiratorie di importanza sociale: le malattie croniche ostruttive che comprendono essenzialmente l'Asma Bronchiale (AB) e la BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO).

L'attenzione delle Istituzioni Governative infine è fortemente accresciuta sia a livello nazionale⁶, sia a livello regionale attraverso l'elaborazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT)^{7,8,9}.

Alle Linee Guida (LG) scientifiche viene richiesto l'aggiornamento scientifico ossia di seguire la complessità eziologica, epidemiologica, fisiopatologica e clinica delle MRCO insieme all'importanza delle riacutizzazioni ed ai rapporti con le comorbidità. Viene richiesto altresì di valutare l'efficacia delle nuove opzioni diagnostiche e terapeutiche.

Le Linee Guida governative – di converso – devono valutare gli aspetti di Sanità Pubblica, svolgendo un compito non soltanto regolatorio, finalizzato ai costi ed al carico economico, ma anche di valutazione della prevalenza delle malattie nel territorio nazionale o regionale, della loro cronicità, disabilità e carico organizzativo. Tali azioni sono finalizzate a migliorare la prevenzione primaria (fumo e inquinamento), secondaria (diagnosi precoce) e terziaria (gestione appropriata), l'organizzazione dei servizi territoriali ed ospedalieri, l'elaborazione dei PDT, l'ottimizzazione dei costi attraverso indicazioni che stimolino interventi coordinati con la partecipazione diretta dei soggetti istituzionali e delle professionalità coinvolte. Sarebbe auspicabile che le LG regionali indicassero, per il futuro, l'adozione automatica degli aggiornamenti annuali delle LG scientifiche nazionali senza procedere alla relativa delibera di recepimento.

In sostanza alle Società Scientifiche viene richiesta la *competenza scientifica* e agli Enti Governativi la *competenza organizzativa ed economica* per la migliore utilizzazione possibile delle risorse.

Apparentemente soddisfatti delle dichiarazioni del PSN e del PSR, delle raccomandazioni scientifiche e delle raccomandazioni/regolamentazioni governative nazionali e regionali, che preconizzano “*una vita normale*” per gli asmatici ed una “*prevenibilità e trattabilità della malattia*” per i BPCO, la situazione nella vita reale smentisce queste affermazioni^{10,11} ed apre la riflessione su quanto debba essere ancora fatto, specie sul territorio, per contrastare queste malattie.

Il divario tra gli obiettivi fissati e la reale condizione di salute dei pazienti deve essere colmato dalle attività del Distretto Socio-Sanitario (DSS) nei tre settori cardini della Prevenzione, Assistenza e Riabilitazione.

Il Distretto socio-sanitario e l'attività di prevenzione

L'aspetto fondamentale della prevenzione è l'identificazione e la rimozione dei fattori di rischio, in particolare l'abolizione dell'abitudine al fumo, il controllo e la riduzione dell'esposizione a rischi ambientali esterni ed interni, lavorativi e domestici¹². Tali provvedimenti sono di grande rilievo anche per la prevenzione della patologia polmonare neoplastica.

Tali attività possono essere distinte in:

1. Interventi di prevenzione primaria sulla popolazione generale. Comportano iniziative per la *promozione della conoscenza delle MRCO* attraverso l'organizzazione di manifestazioni cittadine in occasione della "Giornata mondiale della spirometria" indetta annualmente. La finalità è di diffondere tra la gente l'idea della "*misura del respiro*" e la conoscenza delle "*Carte del rischio respiratorio*". Inoltre deve essere sollecitata la presa di coscienza, al di là delle leggi vigenti, su problematiche ambientali che incidono sulle allergie respiratorie, per esempio che i terreni agricoli vanno sempre coltivati e non abbandonati perché una maggiore quantità nell'aria di pollini di erbe infestanti contribuisce ad aumentare le allergie respiratorie e l'AB. Altro intervento di fondamentale importanza è l'istituzione di *Centri per la disassuefazione dal fumo* in cui un *team* costituito da pneumologo, psicologo, infermiere possa ottenere risultati tangibili. La lotta al tabagismo deve comprendere *iniziative di Educazione alla Salute* nelle scuole perché i ragazzi conoscano i problemi legati al fumo prima di esserne inizializzati, iniziative nei consultori per le donne in gravidanza ed in età fertile a tutela dei più indifesi tra i fumatori passivi quali i feti ed i neonati, ed infine manifestazioni pubbliche di sensibilizzazione alle problematiche del fumo attivo e passivo perché i fumatori attuali smettano, gli ex fumatori non riprendano ed i fumatori passivi esigano i propri diritti. L'attività dei Centri Antifumo deve essere effettuata in contesti

sanitari idonei, quali ad esempio le forme organizzate dei MMG, in quanto i fumatori manifestano importanti resistenze ad accedere a Servizi caratterizzati dal trattamento di altre forme di dipendenza.

2. Interventi di prevenzione secondaria sulla popolazione a rischio, finalizzata alla *diagnosi precoce delle MRCO*. Comprendono iniziative in collaborazione con i MMG perché, attraverso la continua presenza nelle sale di attesa dei loro studi professionali del foglio di Questionario validato per l'individuazione dei soggetti a rischio per le MRCO, i pazienti siano più propensi a sottoporsi all'esame diagnostico di *screening* rappresentato dalla *spirometria*.

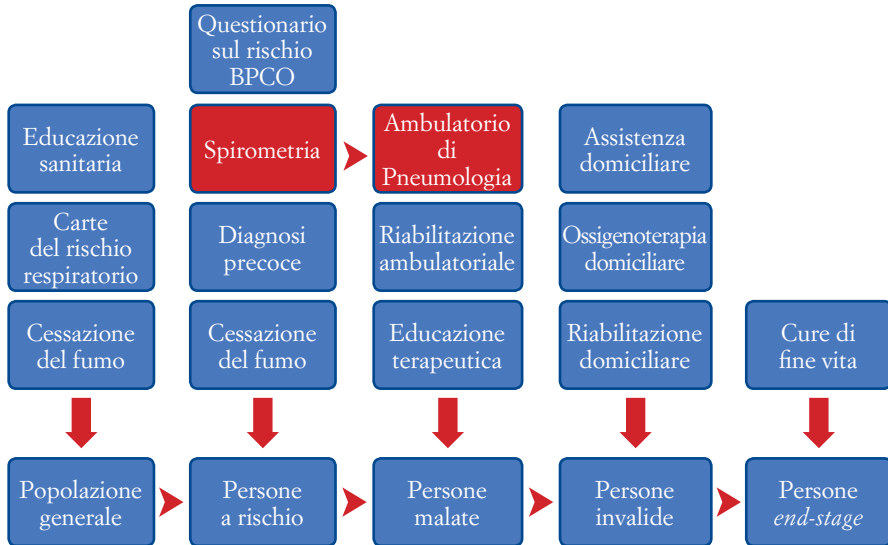
3. Interventi di prevenzione terziaria sulla popolazione malata perché la malattia non peggiori, attuando quindi *una corretta gestione assistenziale*. Il Distretto deve altresì organizzare con i MMG, secondo calendario regionale, la prevenzione vaccinale gratuita antinfluenzale per i pazienti con AB e BPCO ed anti-pneumococcica per la BPCO.

Il Distretto socio-sanitario e l'attività di assistenza

Contrastare le MRCO significa predisporre un *programma operativo* (Figura 1) con obiettivi raggiungibili volti a impedire la progressione delle patologie respiratorie verso i livelli più elevati di gravità, ridurre la prevalenza e l'incidenza, i ricorsi al Pronto Soccorso ed i ricoveri ospedalieri, le perdite lavorative e le assenze dalla scuola, diminuire – in tal modo – l'impatto socio-economico.

Nella Regione Puglia, per impulso dell'A.Re.S., è stato implementato il “*Modello assistenziale di gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici e di presa in carico dei soggetti con patologie croniche nel territorio della Puglia*”¹³ nel quale documento la BPCO è inclusa tra le patologie croniche considerate, con affidamento allo specialista pneumologo di importanti compiti per cui si dice che egli: “*fornisce consulenza per il primo inquadramento diagnostico, collabora alla definizione del piano delle cure, esegue il follow-up periodico definito nel piano delle cure, collabora con il MMG e rappresenta il riferimento per la gestione del paziente per le proble-*

Figura 1 - Percorso preventivo-assistenziale di attività distrettuale per pazienti BPCO



matiche complesse, gestisce il paziente in ossigeno-terapia a lungo termine e fornisce al MMG opportune indicazioni per la gestione della terapia”.

La migliore strategia del trattamento dei pazienti con MRCO in fase di stabilità richiede la valutazione dei sintomi, la misura del grado di ostruzione bronchiale e la valutazione del rischio di riacutizzazioni. La terapia farmacologica serve a ridurre l'intensità dei sintomi, a ridurre la gravità e la frequenza delle riacutizzazioni e a migliorare la qualità della vita e la tolleranza allo sforzo. La riabilitazione e la conservazione di una buona attività fisica sono parte integrante del piano terapeutico. L'Ossigeno-terapia a Lungo Termine (OLT) e la Ventilazione Meccanica Domiciliare sono interventi molto rilevanti nella gestione della BPCO stabile.

La Regione Puglia con l'istituzione del tavolo tecnico “Pneumologia” finalizzato a realizzare una collaborazione stabile tra il *Gruppo di Lavoro Health Technology Assessment Puglia* (GdL HTA) e le varie Società Scientifiche coinvolte, ha adottato importanti delibere per raccomandare e regolamentare l'appropriatezza prescrittiva in modo uniforme ed omogeneo per l'intero territorio regionale.

In particolare la nostra Regione, che sin dal 2011 si era dotata di

un PDT, con DGR n. 2580 del 30/12/2013 ha riscritto il “*Percorso Diagnostico Terapeutico per la Diagnosi e la Terapia della BPCO e dell’Asma*”⁷, e ha adottato con deliberazione A.Re.S. Puglia n. 129 del 710/2013 le “*Linee Guida regionali sulla ventilazione domiciliare: definizione ed acquisizione dei ventilatori per il trattamento ospedaliero e domiciliare della Insufficienza Respiratoria Cronica e dei Disturbi Respiratori del Sonno*”⁸. Con quest’ultima delibera è stato individuato, anche a livello delle strutture territoriali, un percorso diagnostico ben definito, la dotazione strumentale minima di ventilatori, la corretta gestione, le fasce di gravità dei pazienti e le tipologie clinico-assistenziali, i moduli prescrittivi unici per il ventilatore e per il relativo materiale di consumo, il modulo per il consenso informato, il modulo per l’ente erogatore di energia elettrica e per il 118. Sono stati altresì definiti il ruolo e gli obblighi delle ditte fornitrici.

L’assistenza a livello distrettuale deve essere garantita a livello *ambulatoriale e domiciliare*.

L’assistenza ambulatoriale dei pazienti viene erogata nell’Ambulatorio di Pneumologia del Poliambulatorio Specialistico che deve garantire la diagnosi corretta e la terapia appropriata. Nell’ambito della *Rete dei Poliambulatori Distrettuali* della Regione Puglia la specialità di Pneumologia è prevista in tutti e tre i livelli, ossia nei *Poliambulatori di Base* (istituiti nella misura di uno ogni trentamila abitanti), nei *Poliambulatori Specialistici* (uno ogni sessantamila abitanti) e nei *Poliambulatori Sovradistrettuali o di terzo livello* (uno ogni quattrocentomila abitanti).

Ogni ambulatorio deve possedere una dotazione strumentale minima che attualmente, sulla scorta degli atti regionali e dei requisiti di accreditamento adottati anche in altre realtà nazionali, potrebbe risultare la seguente: *spirometro professionale e misuratore di picco di flusso, spirometro portatile, emogasometro con ossimetro di tipo professionale, poligrafo per il monitoraggio cardiorespiratorio notturno completo (cd. Polisonnografia parziale), n. 4 ventilatori (1 CPAP, 2 autoCPAP, 1 Bilevel), ecografo, saturimetri con memoria, cassetta diagnostica di allergeni respiratori, tubercolina PPD per il test di Mantoux, serbatoio fisso e portatile di ossigeno liquido, materiale didattico educativo per il training all’autogestione della patologia respiratoria (es. scuola asma, BPCO, allergia, attività antifumo).*

Tale attrezzatura minima deve garantire la diagnosi e la terapia delle malattie respiratorie, la diagnosi e la terapia dell’Insufficienza Respiratoria Cronica (IRC) in particolare le prescrizioni di Ossigeno-Terapia Domiciliare a lungo Termine (OLT), la diagnosi e la terapia della Sindro-

me delle Apnee Ostruttive nel Sonno (OSAS) allorché effettuabile in regime ambulatoriale, la diagnosi e la terapia delle allergie respiratorie, la diagnosi e la terapia dell'Infezione Tubercolare Latente (ITL)¹⁴ diventata ormai di interesse multidisciplinare.

La Regione Puglia con delibera n° 1390 del 21.06.2011 pubblicata nel BURP n° 104/2011 e n° 682 del 2012 pubblicata nel BURP n° 70/2012 aventi per oggetto: “*Linee Guida per la corretta applicazione dell'Ossigenoterapia Domiciliare*” ha attivato la procedura per la fornitura dell'ossigeno liquido o dei concentratori di ossigeno ai pazienti affetti da IRC, avviando così un importante processo di regolamentazione. L'iter diagnostico per la valutazione clinica dell'istituzione dell'OLT ed il controllo dei pazienti ammessi è stato affidato ai Centri Specialistici prescrittori individuati dalla Regione, mentre i medici del distretto curano la fase autorizzativa e di liquidazione. Tutti i Centri sono vincolati al rispetto dei criteri di ammissione e del *follow-up* dei pazienti e all'adozione del relativo Modulo unico di Prescrizione/Autorizzazione del quale si auspica l'informatizzazione gestionale tra i tre soggetti coinvolti (*prescrittore, autorizzatore, fornitore*) in quanto la procedura, nonostante i miglioramenti rispetto al passato, viene ancora vissuta dai familiari del paziente come un peso burocratico evitabile.

L'Ambulatorio Distrettuale Pneumologico deve - per la centralità che il Distretto ricopre nella gestione della popolazione - essere incoraggiato ad organizzare *incontri di educazione terapeutica* con gruppi distinti di pazienti asmatici e BPCO essendone ormai codificati i contenuti, riguardanti in particolare lo stile di vita (alimentare e di esercizio fisico), i piani scritti di comportamento terapeutico, l'autogestione del paziente, i consigli per l'attività sessuale, il corretto utilizzo della terapia inalatoria orale, i minimi rimedi fisioterapici quali l'autogestione della tosse e gli incentivi del respiro.

Si consideri inoltre che anche la pratica fisioterapica ambulatoriale deve essere allocata presso l'Ambulatorio Distrettuale di Pneumologia per un *continuum assistenziale* secondo le direttive dello pneumologo clinico.

L'assistenza domiciliare ai pazienti invalidi deve essere organizzata attraverso il Servizio di Assistenza Domiciliare ed il Servizio di Riabilitazione distrettuale. Il primo si occuperà del monitoraggio diagnostico e terapeutico della malattia in particolare dell'intervento domiciliare dello pneumologo finalizzato anche alla formulazione ed aggiornamento del Piano Terapeutico dell'ossigeno liquido (OLT) ed alla valutazione ed aggiornamento della gestione dei ventilatori meccanici con il relativo mate-

riale d'uso. L'assistenza dei pazienti in ventilazione meccanica invasiva sarà garantita invece dalla Struttura Operativa aziendale e/o sovradistrettuale che si occupa di "Fragilità e complessità assistenziale".

Il Servizio di Riabilitazione Territoriale deve garantire la fisioterapia domiciliare respiratoria e motoria finalizzata al recupero delle autonomie.

L'Assistenza di fine vita alle persone in *end stage* deve essere erogata tramite le Residenze Sanitarie (RSA, hospice) o l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Altre attività del Distretto socio-sanitario

Il DSS deve occuparsi di altre attività corollarie quali:

1. Censimento dei pazienti con AB, BPCO e con IRC: deve essere effettuato e monitorato per ricavarne dati epidemiologici e per programmarne i servizi necessari. Ciò può essere effettuato attraverso gli attestati di malattia cronica registrati per l'AB (codice 007) e per l'IRC (codice 024) oppure attraverso i piani terapeutici rilasciati per l'OLT e la concessione dei ventilatori meccanici, pur sapendo che i dati degli asmatici sono sottostimati in quanto non tutti sono registrati e che per i pazienti con IRC occorre verificarne l'esistenza in vita. Al censimento possono contribuire attivamente i MMG con i loro *database* (*Allegato 1*).

2. Censimento delle malattie respiratorie rare perché possono rilevarsi peculiarità nel territorio di competenza¹⁵.

3. Normativa sulla partecipazione alla spesa sanitaria, ovvero *l'esenzione dal ticket* per patologia per le malattie croniche invalidanti, che dovrebbe essere opportunamente revisionata, o integrata a livello regionale, in quanto l'esenzione per patologia cronica di cui al DM del 28 maggio 1999 (GU 226 del 25.09.1999) riporta alcune anomalie o contraddizioni, infatti:

a) per l'AB, la lista delle prestazioni da esentare *non comprende* alcuni esami scientificamente previsti come il *test alla metacolina*, la *spirometria semplice* e le *prove allergiche per inalanti* codificate con il numero 91904, mentre comprende prestazioni più adatte

per i BPCO come il drenaggio posturale, la spirometria globale, l'elettrocardiogramma e l'ecocardiografia.

b) per l'IRC, la lista delle prestazioni esenti sorprendentemente non comprende qualunque tipo di spirometria, il *test* del cammino e la "saturimetria notturna" e considera invece le transaminasi.

c) la BPCO attende da tempo di essere inserita nell'elenco delle malattie invalidanti ai fini dell'esenzione dal *ticket*.

4. Analisi delle problematiche di lavoro riscontrate dagli Operatori Sanitari (OS) del DSS, verifica dell'efficacia della comunicazione, intesa come la capacità di sviluppare buoni sistemi di comunicazione sia all'interno dell'organizzazione sia verso l'esterno e lo sviluppo del *risk management*, ossia la capacità di rilevare, valutare e correggere gli errori: devono essere effettuati con processi di *audit*¹⁶.

5. Formazione degli OS: deve essere incoraggiata, programmata e supportata. La formazione e l'aggiornamento giocano difatti un ruolo determinante per ridefinire una nuova classe dirigenziale coprotagonista. Infatti nella Sanità "*le risorse umane sono la componente del sistema in grado di fare la differenza*".

Figura 2 - Miglioramento continuo della qualità



6. Miglioramento continuo della qualità, inteso come programma dell'organizzazione e come capacità di identificare ed implementare innovazioni e buone pratiche (*Figura 2*).

7. Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) nel singolo DSS: vanno scritti ed attuati anche come "*percorsi fisici*". A tal proposito si propone di adottare per le MRCO il modello realizzato di recente per la malattia diabetica¹⁷ applicando con successo la metodologia del *Lean Six Sigma*.

8. Integrazione tra MMG e pneumologi: va favorita attraverso incontri annuali che vertano sia sugli aggiornamenti scientifici sia sulla discussione delle prestazioni effettuabili, sulla loro indicazione, sulle modalità di accesso all'Ambulatorio Specialistico, sui percorsi riservati come per le prestazioni programmabili per il rinnovo dei piani terapeutici. In particolare la collaborazione tra i MMG e specialisti deve basarsi, nell'ambito di percorsi diagnostici e terapeutici (PDTA) condivisi ed appropriati per i diversi livelli di gravità della malattia, sul Piano di Gestione codificato (obiettivi, che fare, chi lo fa, indicatori), sul Piano di Monitoraggio (prestazioni, chi le fa) e l'Analisi del Processo Assistenziale per la BPCO in Medicina Generale secondo il Modello dei 4 scenari (Pz senza diagnosi e senza sintomi, Pz senza diagnosi ma con sintomi, Pz con BPCO diagnosticata e stabile, Pz con BPCO diagnosticata e sintomatica)¹⁸. Il Distretto deve pubblicare l'elenco degli Ambulatori di Pneumologia e gli esami che vi vengono effettuati nell'ottica della *Carta dei Servizi (Allegato 2)*.

9. Integrazione territorio-ospedale: richiede da un lato la disponibilità di posti letto nella Unità Operativa Pneumologica di riferimento, dall'altro la *dimissione protetta* con presa in carico da parte dei MMG e degli specialisti distrettuali.

10. Associazioni dei Pazienti (AP), autorevolmente rappresentate nelle MRCO: il loro coinvolgimento nelle decisioni gestionali è importante e rappresenta una risorsa per risolvere le problematiche familiari e sociali eventualmente presenti nei singoli casi. Le AP assumono infatti compiti di sostegno con iniziative che vanno dalla sensibilizzazione dell'opinione pubblica all'assistenza diretta del malato e della famiglia, dalla divulgazione di raccomandazioni mirate all'organizzazione di corsi educazionali, dalla richiesta di interventi legislativi di tutela e di prestazioni all'attivazione di azioni di formazione nelle scuole o nei posti di lavoro. Inoltre il parere del paziente deve essere inteso come la capacità del sistema di tenere in considerazione le opinioni, le preferenze e le segnalazioni degli utenti circa le principali criticità che interessano la BPCO¹⁹, al fine del miglioramento della pratica clinica.

11. Processo di empowerment, attraverso il quale i pazienti ed i cittadini possono acquisire competenze sulle proprie vite al fine di cambiare lo specifico ambiente sociale per migliorare l'equità e la qualità della vita. Sono disponibili numerosi documenti programmatici che prevedono varie forme di partecipazione dei cittadini e dei pazienti, ma in realtà tali interventi sono carenti o a macchia di leopardo.

Al Direttore del DSS, attesa la centralità della struttura nella complessa gestione delle MRCO, (Figure 3 e 4) spetta il compito di *coordinare gli interventi* e di *valutare l'ottimizzazione degli investimenti e dei costi* tenendo presente che ambulatori centralizzati e tecnologicamente adeguati sono più rispondenti all'obiettivo di erogare prestazioni di maggiore qualità ed efficacia, evitando di demandare ad altre strutture il completamento del percorso diagnostico terapeutico necessario, utile al paziente e pertanto sono da preferirsi ad ambulatori territorialmente più diffusi.

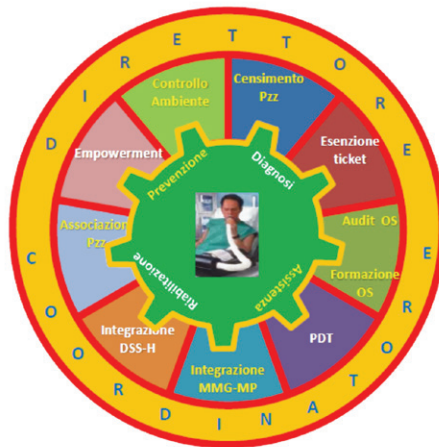
L'Ambulatorio di Pneumologia deve essere utilmente inserito in un Poliambulatorio ove il paziente con MRCO, notoriamente internistico, possa, all'occorrenza, essere rapidamente valutato anche in maniera interdisciplinare vista l'elevata frequenza di comorbidità, che per la BPCO sono rappresenta-

Figura 3 e 4 - Complessità della gestione delle MRCO

La ruota dentata distretto-centrica delle attività per i pazienti con BPCO e asma



La ruota dentata paziente-centrica delle attività per i pazienti con BPCO e asma



te soprattutto dalla cardiopatia ischemica ed ipertensiva, dal diabete mellito, dall'osteoporosi, dalla depressione e per l'AB dall'obesità, dal reflusso gastroesofageo e dalla poliposi nasale. L'individuazione, la raccolta e l'analisi periodica di un *set di indicatori* consente – ove adottato - al Direttore del Distretto, nella sua funzione manageriale, di gestire una serie di informazioni qualitative e quantitative che gli consentano di verificare l'avvicinamento agli obiettivi prefissati per favorire la corretta assunzione delle decisioni (*Allegato 3*).

Conclusioni

Il DSS deve far corrispondere azioni gestionali operative concrete alle indicazioni programmatiche di PSN, di PSR e alle Linee Guida scientifiche e governative, nazionali e regionali.

Il DSS allo scopo deve strutturarsi in maniera flessibile, agile, dinamica, capace di promuovere la virtuosa integrazione tra le figure professionali coinvolte a vario titolo nell'ambito delle cure territoriali.

Il DSS deve essere al centro dell'operatività diagnostico-assistenziale-gestionale dei pazienti con MRCO, perché gli compete mettere in atto gli interventi specifici per accorciare i tempi tra l'insorgenza dei sintomi e la diagnosi, per favorire l'equità di accesso ai Servizi, al trattamento e all'educazione, per ridurre ingiustificate discrepanze di ordine socio-economico e geografico, per aumentare l'aderenza del paziente alle prescrizioni e raccomandazioni del medico, per assicurare la disponibilità di moderni strumenti di diagnosi e di terapie sempre più efficaci e sicure, per migliorare l'efficacia dei servizi di base e specialistici e l'efficienza delle prestazioni fornite.

In altri termini, si tratta di avvicinare il paziente al medico, in particolare al MMG o PLS e allo pneumologo, per consentirgli di essere *protagonista* della gestione della propria malattia.

La sfida ulteriore prossima è di trasformare la “Centralità del DSS” nell'erogazione delle prestazioni sanitarie ai Pazienti con MRCO in “Centralità del Paziente” (*Figura 3*) rispetto alle azioni/ attività del DSS. Numerosi segnali ci confortano che il processo di cambiamento radicale è in atto nella nostra Regione, promuovendo la presa in carico e la continuità assistenziale nonché l'efficacia e la qualità nella realizzazione dei percorsi di prevenzione, di assistenza e di riabilitazione, così come è in atto il cambio di mentalità degli operatori sanitari distrettuali riempiendo di contenuti umani e sociali gli obiettivi di salute tecnicamente fissati dai Piani Sanitari.

Bibliografia

- 1) Piano Sanitario Nazionale 2011-2013. Ministero della Salute.
- 2) Piano Sanitario Regione Puglia di Salute 2008-2010. BURP n°150 del 26.09.2008.
- 3) Regolamento regionale Puglia del 18.04.2011 n° 6 “Regolamento di organizzazione del “Distretto Socio sanitario” pubblicato sul BURP n°62 del 26.04.2011.
- 4) Linee guida GINA italiane - 2014.
- 5) Linee guida GOLD - progetto GOLD Italia 2014.
- 6) Agenas – Linee Guida nazionali di riferimento per la prevenzione e la terapia della BPCO - 2010.
- 7) Regione Puglia - Percorso Diagnostico Terapeutico per la Diagnosi e la Terapia della BPCO e dell’Asma. DGR n. 2580 del 30/12/2013.
- 8) ARES Puglia - Linee guida regionali sulla ventilazione meccanica domiciliare - Tavolo Tecnico Pneumologia - DDG n. 129 del 7/10/2013.
- 9) Regione Puglia - Linee guida per la corretta prescrizione dell’ossigenoterapia domiciliare –DGR n. 682/2012.
- 10) De Marco R, et al. ISAYA study group. The control of asthma in Italy. A multicentre descriptive study on young adults with doctor diagnosed current asthma. *Allergy* 2003; 58: 221-8.
- 11) Allegra L, et al. Real-life prospective study on asthma control in Italy: cross-sectional phase results. *Resp Med* 2012; 106: 205-14.
- 12) European Respiratory Society. European Lung White Book 2013.
- 13) ARES Puglia. Modello assistenziale di gestione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici e di presa in carico dei soggetti con patologie croniche nel territorio della Puglia- Progetto NARDINO giugno 2011.
- 14) Castellana G, Lamorgese V, Castellana M. Manuale pratico - La Prevenzione della Tuberculosis e L’Infezione Tuberculare Latente. Edizione Radio. 2012.
- 15) Castellana G, et al. Microlitiasi alveolare polmonare: la casistica della Puglia. *Rass Pat App Respir* 2004;19: 323-8.
- 16) Progetto “Assessment percorsi gestionali P.T. di Conversano BA” - dicembre 2013.
- 17) “SMART CARE PROJECT” - Ottimizzazione dell’integrazione e coordinamento tra MMG e Specialisti per la cura del paziente Cronico” nel P.T. di Conversano - dicembre 2013.
- 18) La Gestione clinica integrata della BPCO. Edizione 2012.
- 19) in GARD Italy. La continuità assistenziale: Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva. 2011.

Allegato 1



Ricerca esenzioni ticket - Ricerca per codice dal sito <http://www.salute.gov.it/>

ASMA		INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA	
Codice esenzione: 007		Codice esenzione: 024	
	493;		518.81;
Prestazioni:			
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: QUANTITATIVO (per pannello, fino a 12 allergeni)	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
90.68.2	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO	90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]

91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]
91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA (fino a 12 allergeni)	\$ 90.41.2	TEOFILLINA
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI <i>ROUTINE</i> , NAS	90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
	Radiografia <i>standard</i> del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE
89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
93.18.1	ESERCIZI RESPIRATORI Per seduta individuale (ciclo di dieci sedute)		RADIOGRAFIA DEL TORACE DI <i>ROUTINE</i> , NAS

93.99	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE Drenaggio posturale per seduta (ciclo di dieci sedute)	87.44.1	Radiografia <i>standard</i> del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)
		88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia
		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
		93.18.1	ESERCIZI RESPIRATORI Per seduta individuale (ciclo di dieci sedute)
		93.99	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE Drenaggio posturale per seduta (ciclo di dieci sedute)
<p>* Prestazioni per le quali non è dovuto il pagamento della quota fissa; non è dovuto il pagamento della quota fissa per la prestazione '91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO' ad esse associata. \$ La prestazione riguarda il dosaggio dei farmaci eventualmente utilizzati. £ Prestazioni per le quali non è dovuto il pagamento della quota fissa</p>			

Allegato 2

Esempio di requisiti minimi per l'accreditamento di un ambulatorio distrettuale di pneumologia

Requisiti strutturali: La struttura dell'Ambulatorio deve prevedere un locale per stanza visite, un locale per il Laboratorio di Fisiopatologia Respiratoria, un locale per l'Educazione del Paziente ed eventuale Fisioterapia respiratoria. Inoltre occorre un corridoio di 30 metri per l'esecuzione del *test* del cammino, una stanza per l'attesa dei pazienti ed un serbatoio di ossigeno liquido per il rabbocco dei contenitori portatili in dotazione ai pazienti in OTLT.

L'Ambulatorio deve essere collocato in zona tale da favorire l'afflusso di pazienti (piano terra/zona piastra dei servizi/zona prossima all'ingresso) con rampe d'accesso o in altra collocazione con ascensore tanto da facilitare l'accesso ai portatori di *handicap* generale e specifico respiratorio (uso di protesi ventilatorie). Lo strumento principe del laboratorio di Fisiopatologia è lo spirometro che, se completo di cabina pletismografica, necessita di adeguato spazio e locale climatizzato. Gli esami spirometrici devono essere attuati istruendo l'utente anche con ordini spesso forniti ad alta voce dall'operatore che li esegue; ciò necessita di un ambiente riservato. Per il *test* del cammino deve essere disponibile un ambiente sufficientemente ampio da poter permettere un percorso pedonale ininterrotto per almeno sei minuti. L'emogasanalizzatore deve essere posto in uno spazio adeguato ed accessibile. I *test* di utilizzazione dell'ossigeno prevedono la permanenza dell'utente anche per vario tempo, perciò devono essere attuati in ambiente confortevole.

Requisiti tecnologici: La standardizzazione delle caratteristiche delle attrezzature utilizzate e l'uniformità delle norme di manutenzione costituiscono una premessa indispensabile per una corretta esecuzione degli esami. Le manovre di calibrazione degli strumenti sono il momento più importante del controllo di qualità, anche per il controllo delle infezioni e la sicurezza. Le norme standardizzate dell'esecuzione dei *test* devono essere rispettate come la manutenzione ordinaria e straordinaria. Devono essere previste verifiche tecnologiche e di sicurezza almeno annuali da parte del *team* aziendale con registrazione documentale ed aggiornamenti.

Requisiti organizzativi: Devono essere previste procedure per la gestione e rintracciabilità delle prenotazioni, delle liste d'attesa, delle urgenze e delle prestazioni. Inoltre per la gestione delle consulenze a reparti di degenza, *day hospital* e *day service*, all'attività ADI, infine per i rapporti con i MMG ed altri specialisti. L'attività dell'Ambulatorio di Pneumologia può essere inserita nei percorsi diagnostico-terapeutici di altre specialità mediche e chirurgiche committenti di specifiche indagini che solo questo laboratorio specialistico può effettuare garantendone la qualità del prodotto finale anche attraverso il monitoraggio degli specifici indicatori di *performance*.

Dotazione organica: L'organico deve comprendere: un medico specialista pneumologo dedicato ed un tecnico/infermiere esperto e con preparazione specifica di Fisiopatologia Respiratoria. I tecnici di fisiopatologia respiratoria e gli infermieri possono avere relativa autonomia funzionale (a volte gli esami sono refertati dai medici in modo differito), devono essere accuratamente istruiti con verifiche periodiche dell'aggiornamento continuo. Deve esser garantita la sostituzione da parte di altro personale istruito con procedure di affiancamento (istruzione ed inserimento del neo-assunto), emergenza organizzativa e garantite procedure per la continuità del servizio. Le tecniche usate per i *test* spirometrici devono essere standardizzate secondo norme internazionali con procedure *ad hoc* e percorsi con indicatori di qualità. La dotazione del personale va commisurata alla attività. Un laboratorio di Fisiopatologia deve attuare almeno 500 esami spirometrici ogni anno.

Esempi di indicatori nelle MRCO¹⁹

Sono rappresentati dai *trend* annuali relativi a:

Popolazione generale:

- incidenza, prevalenza e mortalità per AB, BPCO ed OSAS
- incidenza abitudine tabagica

Prevenzione:

- consumo di tabacco
- numero Centri antifumo
- tasso di vaccinazione antinfluenzale
- tasso di vaccinazione anti-pneumococcica
- % assistiti del MMG con oltre 40 anni: valore registrato delle Carte del Rischio Respiratorio
- % di assistiti del MMG con “*minimal advice*” antifumo

Diagnosi:

- offerta pneumologia globale rapportata alla popolazione
- numero ambulatori per esecuzione spirometria
- numero *test* eseguiti per ambulatorio
- tempi di attesa
- numero spirometrie registrate dai MMG

Assistenza ospedaliera:

- numero ricoveri per AB, BPCO, IRC ed OSAS
- numero ricorsi al Pronto Soccorso
- numero ricoveri in rianimazione

Assistenza territoriale:

- numero visite per paziente
- numero riacutizzazioni per paziente
- numero richieste visite specialistiche per paziente
- numero esenzioni per AB
- numero esenzioni per insufficienza respiratoria cronica
- numero assistiti in OTLT
- numero assistiti in ventilazione meccanica domiciliare
- numero DDD farmaci R03 per 1000 abitanti.