

## **Esperienza di applicazione di PDTA nella BPCO**

### **R. Bartolomucci**

Il 7 ottobre 2015 è stato pubblicato il decreto n° 200474/2015 del Commissario ad acta relativo alla gestione del paziente cronico da utilizzarsi a livello territoriale per la Broncopneumopatia Cronico Ostruttiva (BPCO), Scompenso Cardiaco, Terapia anticoagulante orale (TAO) e Diabete.

Con il Decreto della Regione Lazio n°113 del 11 aprile 2016<sup>1</sup> si iniziava la sperimentazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della Broncopneumopatia Cronico Ostruttiva (BPCO) in due distretti della ASL Roma E attualmente Roma 1: Distretti 1 e 14.

I due Distretti sono stati scelti in quanto sedi di due super Unità di Cure Primarie (UCP) di venti Medici di Medicina Generale ciascuno che svolgevano la loro attività assistenziale all'interno dei Presidi della ASL: Casa della Salute di via Fra' Albenzio per il Distretto 1 e Poliambulatorio di Piazza San Zaccaria Papa per il Distretto 14.

Nel Distretto 1, nella stessa Casa della Salute, esisteva già la possibilità di eseguire gli accertamenti previsti per la diagnosi e relativa presa in carico dei pazienti con sospetta BPCO per l'avvio al percorso (PDTA).

Nel Distretto 14, invece, è stato necessario attivare, nel Comprensorio di Santa Maria della Pietà, un Ambulatorio di Pneumologia e Spirometria, gestito dai Pneumologi del San Filippo Neri, da affiancare ai preesistenti ambulatori di Cardiologia e Radiologia. Si precisa che il PDTA prevede anche la partecipazione dei Professionisti Infermieri con finalità di assistenza e formazione del Paziente.

Nella presentazione si farà riferimento solo alla esperienza del Distretto 14 riguardante l'attività dei venti Medici di Medicina Generale (MMG) della UCP di San Zaccaria Papa e l'attività di altri cinque Medici di una UCP territoriale.

Sono stati esaminati circa cento pazienti di cui il 70% con diagnosi confermata di BPCO.

Dei settanta pazienti esaminati sono stati avviati al percorso sessanta pazienti, mentre dieci sono stati esclusi per limiti di età (superiore agli ottanta anni).

Non è stato possibile ottenere dal Distretto i dati ufficiali definitivi.

Il bilancio provvisorio della nostra esperienza è basato sulla valutazione degli obiettivi finora raggiunti e delle criticità superate.

Per l'identificazione degli obiettivi del PDTA si è tenuto conto del Decreto del commissario ad Acta «Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in

carico del paziente cronico e relativo percorso attuativo e degli «Obiettivi salute e medicina d'iniziativa» previsti dall'ultimo ACN del 21/12/2017<sup>2</sup>.

Per l'identificazione delle criticità nella gestione della BPCO si è preso spunto dalla ricerca «PDTA standard per le patologie croniche, 11 ASL a confronto nella gestione della rete dei servizi per BPCO, tumore polmonare, ictus, scompenso cardiaco e artrite reumatoide» effettuata dall'Università Bocconi di Milano (Cergas) e FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie ospedaliere)<sup>3</sup>.

La finalità dello studio era quella di valutare la possibilità di raggiungere il maggior numero di obiettivi previsti nelle linee di indirizzo per il paziente cronico descritte nel decreto.

1. Incrementare il numero di diagnosi precoci corrette e di un'adeguata stadiazione della BPCO. Obiettivo raggiunto. All'inizio della sperimentazione si partiva da un basso livello di diagnosi, spesso tardive, da una difficile differenziazione tra asma e BPCO, tests di valutazione funzionale ventilatoria (spirometria) troppo poco richiesti. Tutti i parametri sono migliorati con l'applicazione del PDTA.
2. Trattare i pazienti affetti da BPCO conformemente allo stato di gravità, secondo le linee guida indicate nel decreto della regione Lazio (1). Obiettivo raggiunto. All'inizio della sperimentazione venivano spesso utilizzate terapie non conformi alle attuali evidenze riportate da linee guida; non veniva rispettata la continuità terapeutica.
3. Attivare interventi di formazione e sensibilizzazione degli operatori sanitari. Obiettivo non raggiunto. Si è rilevata una bassa aderenza da parte dei MMG (dieci su venticinque) dovuta a scarsa motivazione. Il PDTA è recepito come un ulteriore aggravio burocratico piuttosto che un elemento di valorizzazione della professionalità nella prevenzione, diagnosi e trattamento delle malattie croniche non trasmissibili.
4. Razionalizzazione degli accessi e miglioramento della disponibilità dei servizi diagnostico-terapeutici-riabilitativi. Obiettivo raggiunto. Gli accessi previsti alla sede del PDTA (Santa Maria della Pietà), programmati e prenotati dal MMG insieme al paziente, sono sostanzialmente due per la presa in carico e prevedono: l'esecuzione di esami ematochimici, rx torace, spirometria semplice, test di BD farmacologica, visita cardiologica, ecg, visita pneumologica.
5. Riduzione del numero di riacutizzazione di BPCO. Obiettivo raggiunto. I pazienti arruolati sono in gran parte di neo diagnosi e non eseguivano alcun trattamento specifico. In generale, però, si è già registrata una riduzione delle riacutizzazioni, dovuta probabilmente ad una continuità terapeutica rispettata.
6. Miglioramento della gestione della riacutizzazione e qualità dell'intervento. Obiettivo raggiunto. Il PDTA consente la rivalutazione specialistica, laboratoristica e strumentale in tempi molto brevi, con accessi razionalizzati secondo criteri ben definiti.
7. Soddisfazione del paziente con relativo miglioramento della qualità della vita; facilità di accesso agli esami necessari per la diagnosi; facilità di accesso alle cure.

Obiettivo raggiunto. E' stato l'elemento più evidente del percorso. La totalità dei pazienti ha espresso la sensazione di vivere una sanità totalmente diversa, tutta al positivo.

Lo studio si proponeva anche di valutare se le criticità nella gestione del paziente affetto da BPCO venivano migliorate dall'applicazione del percorso.

1. Molteplicità degli erogatori di servizi. Superata. Riduzione drastica degli erogatori ad un solo erogatore, Santa Maria della Pietà, in ambito territoriale extra ospedaliero.
2. Eterogeneità dei flussi informativi con meccanismi di accesso complessi e a volte insuperabili. Non superata. L'accesso ai servizi informatici avviene da parte del MMG, richiede l'utilizzo di due password ed è esclusivamente rivolto alla prenotazione degli esami e delle visite, trascurando completamente la comunicazione tra i vari attori.
3. Scarsa tenuta di comportamenti coordinati spesso dovuta alla molteplicità delle relazioni contrattuali. Superata. Ogni attore gestisce il proprio campo d'azione seguendo procedure predefinite e catalogate.
4. Scarsa centralità delle professioni infermieristiche e creazione di ambulatori dedicati. Non superata. Non esistono ambulatori dedicati, gestiti da professionisti infermieri a stretto contatto col MMG, che potrebbero migliorare soprattutto gli aspetti della prevenzione e dell'adesione alla terapia.
5. Scarsa propensione all'interscambio tra pluralità di saperi nel rapporto tra ospedale e territorio. Non superata. Il dialogo tra professionisti è mediato solo dal paziente e spesso non ci si conosce tra attori dello stesso progetto.

In conclusione il bilancio di questo periodo di sperimentazione del PDTA BPCO nel distretto 14 della ASL Roma 1 è sicuramente positivo avendo raggiunto la maggior parte degli obiettivi che ci si era posti e superato molte delle criticità che si erano presentate. La soddisfazione dei pazienti che hanno intrapreso il percorso è andata oltre ogni aspettativa del medico e del paziente stesso. Fondamentale è la motivazione di tutti gli operatori, ma, in particolare, dei MMG quali principali artefici dei PDTA.

È fortemente auspicabile che vengano attivati interventi di formazione e sensibilizzazione.

È fondamentale che si crei una comunicazione efficace e condivisa tra tutti gli operatori sanitari, che vengano resi omogenei i flussi informativi con modalità di accesso semplici e diretti, oltre a prevedere lo strumento dell'audit clinico per il confronto tra professionisti.

Tutto ciò al fine di rendere tutti protagonisti di un cambiamento che, da qui a breve, inevitabilmente modificherà l'idea di sanità di ogni cittadino ed operatore sanitario.

## BIBLIOGRAFIA

1. Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta (delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013) n.U00113 del 11 aprile 2016. DCA 7 ottobre 2015, n. 474. Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) e Diabete - prestazioni prescrivibili. [http://www.regione.lazio.it/binary/rl\\_sanita/tbl\\_normativa/SAN\\_DCA\\_U00113\\_11\\_04\\_2016.pdf](http://www.regione.lazio.it/binary/rl_sanita/tbl_normativa/SAN_DCA_U00113_11_04_2016.pdf).
2. Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta (delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013) n. U00474 del 07 ottobre 2015. Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e relativo percorso. [http://www.regione.lazio.it/binary/rl\\_sanita/tbl\\_normativa/SAN\\_DCA\\_U00474\\_7\\_ottobre\\_2015\\_Linee\\_di\\_indirizzo\\_per\\_la\\_gestione\\_a\\_livello\\_territoriale\\_della\\_presa\\_in\\_carico\\_d\\_el\\_paziente\\_cronico\\_e\\_relativo\\_percorso\\_attuativo.pdf](http://www.regione.lazio.it/binary/rl_sanita/tbl_normativa/SAN_DCA_U00474_7_ottobre_2015_Linee_di_indirizzo_per_la_gestione_a_livello_territoriale_della_presa_in_carico_d_el_paziente_cronico_e_relativo_percorso_attuativo.pdf).
3. Tozzi VD, Longo F, Pacileo G, Salvatore D, Pinelli N, Morando V. PDTA standard per le patologie croniche, 11 ASL a confronto nella gestione della rete dei servizi per BPCO, tumore polmonare, ictus, scompenso cardiaco e artrite reumatoide. [A cura di] Cergas, FIASO, Egea, 2014. <https://www.unibocconi.it/wps/wcm/connect/72064c0b-017f-4682-b36d-d651681d246f/PDTA.pdf?MOD=AJPERES>.

Dott. Remo Bartolomucci, MMG, Asl RM1 - Distretto 14 - UCP S. Zaccaria Papa

Per la corrispondenza: [studiobartolomucci@gmail.com](mailto:studiobartolomucci@gmail.com)