



Confederazione
Associazioni
Regionali di Distretto

*Società Scientifica delle attività
Sociosanitarie Territoriali*

Progetto CRONICITA'

***La buona pratica organizzativa e gestionale nel distretto
FOCUS ON Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva***

**Corso Residenziale
10 dicembre 2021**

Tavola rotonda:

*Focus - Il piano Aziendale per la presa in
carico integrata del paziente con BPCO*

Moderatore: Ugo Trama

Relatore e Conduttore: Fausto De Michele

UNRESOLVED
PROBLEMS





Criticità nella gestione della BPCO

1

Insufficienti interventi nella prevenzione primaria (rimozione fattori di rischio)

2

Il problema della diagnosi

3

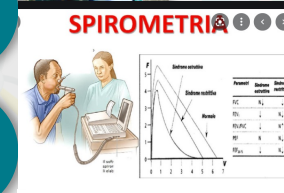
Inappropriatezza terapeutica e scarsa aderenza

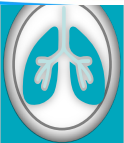
4

Riacutizzazione ed ospedalizzazioni

5

Carenza di supporto riabilitativo





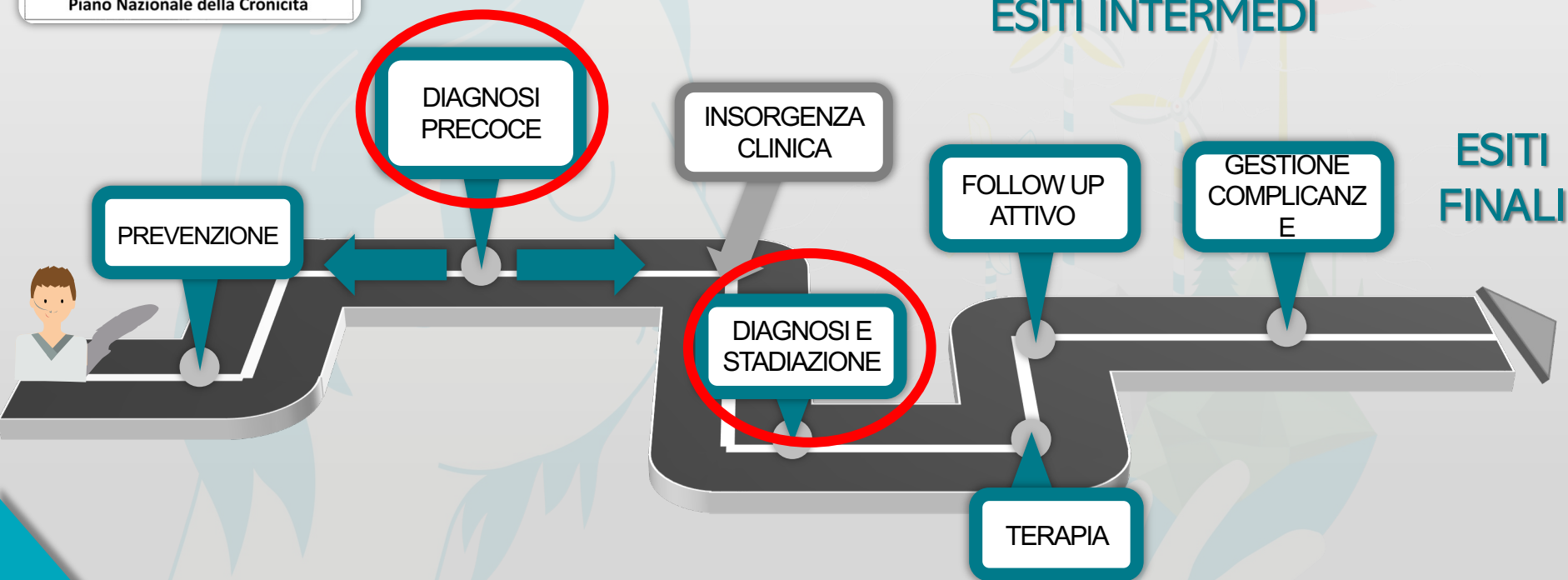
IL PERCORSO ASSISTENZIALE NELLA BPCO



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Piano Nazionale della Cronicità



BPCO



SOTTODIAGNOSI E DIAGNOSI TARDIVA

International Journal of COPD

Dovepress

open access to scientific and medical research

Open Access Full Text Article

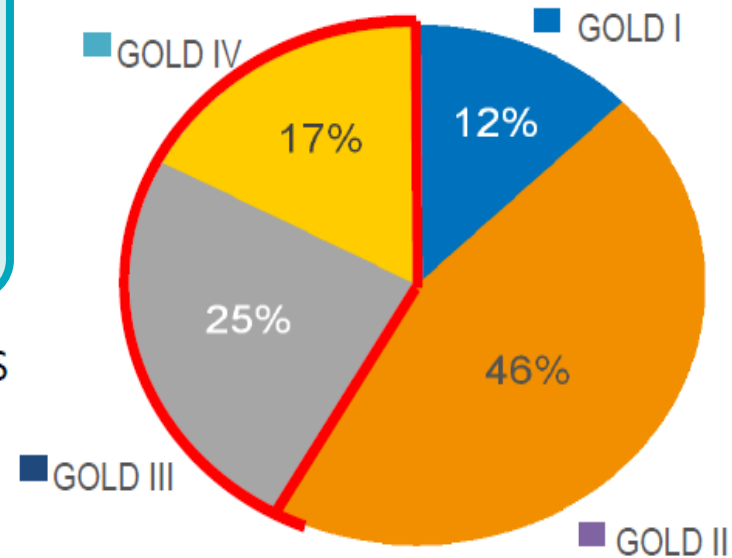
ORIGINAL RESEARCH

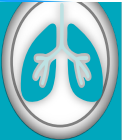
Severity of COPD at initial spirometry-confirmed diagnosis: data from medical charts and administrative claims

Around 33% of patients have progressed to GOLD Stage III or IV at diagnosis

- JK retrospective, cohort study¹
 - 22,821 patients >40 years
 - Data collected during 1990–2009
 - Coded diagnosis of COPD in primary care records
 - 42% GOLD Stage III or IV by time of diagnosis
- Similar effect was noted in study of US Lovelace Patient Database²
 - 31% of patients had GOLD Stage III or IV at diagnosis

Adapted from¹



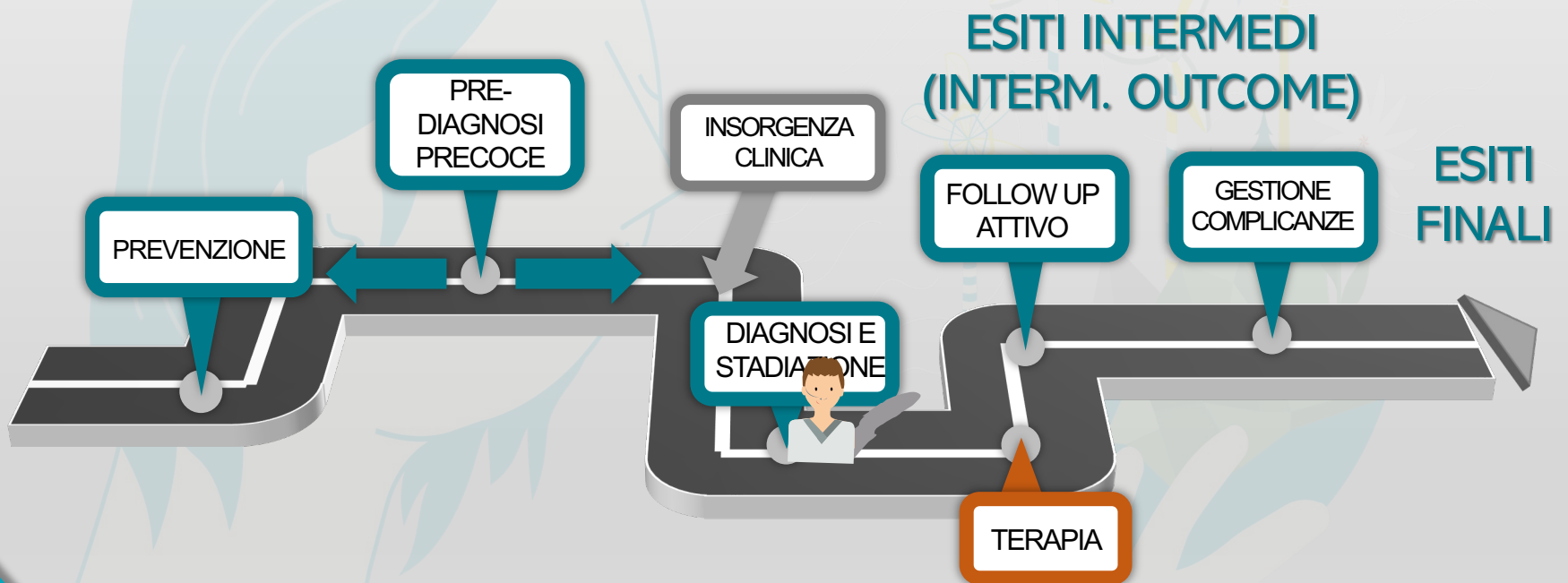


STRATIFICAZIONE DI GRAVITÀ





IL PERCORSO ASSISTENZIALE





Il Problema dell'Aderenza (Osmed 2019)

Tabella 4.1.9a. Aderenza al trattamento con farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie nella popolazione di età ≥45 anni

	Totale N=194.295	Nord‡ N=57.429	Centro N=47.333	Sud N=89.533
Bassa aderenza al trattamento con farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (%)*†				
45-54 anni	55,0	51,6	54,8	57,3
55-64 anni	51,8	49,6	52,2	52,9
65-74 anni	48,8	46,3	47,9	50,7
75-84 anni	46,1	44,5	44,6	48,2
≥ 85 anni	48,9	48,6	46,5	50,5
Donne	51,9	50,0	50,5	53,9
Uomini	47,2	44,6	47,0	48,9
Totale	49,9	47,7	49,1	51,8
Alta aderenza al trattamento con farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (%)*†				
45-54 anni	15,8	17,3	16,3	14,6
55-64 anni	18,6	20,4	18,9	17,4
65-74 anni	20,9	22,7	22,0	19,3
75-84 anni	22,3	24,3	22,9	20,6
≥ 85 anni	21,4	22,7	23,8	19,1
Donne	18,6	19,8	19,9	16,9
Uomini	21,7	24,1	22,0	20,1
Totale	19,9	21,7	20,8	18,3

*L'aderenza al trattamento è stata valutata solo per i nuovi utilizzatori con almeno 2 prescrizioni erogate. La bassa aderenza al trattamento è stata definita come copertura terapeutica (valutata in base alle DDD) <40% del periodo di osservazione, mentre l'alta aderenza è stata definita come copertura terapeutica ≥80% del periodo di osservazione (per ulteriori dettagli consultare i metodi statistici).

† Percentuali dei soggetti con bassa/alta aderenza relativamente alla categoria specificata.

20

L'uso dei
Farmaci
in Italia
Rapporto Nazionale
Anno 2019



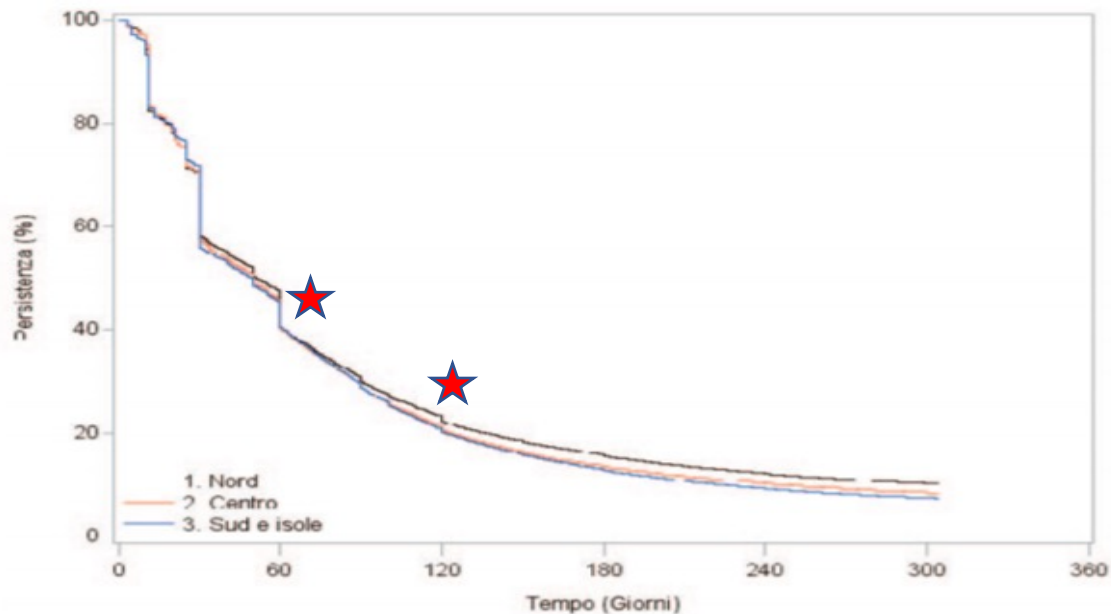
AIFA
AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO



Il Problema dell'Aderenza (Osmed 2019)

L'uso dei Farmaci in Italia
Rapporto Nazionale. Anno 2019

Figura 4.1.9a. Tempo (in giorni) alla discontinuazione del trattamento con farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie nella popolazione di età ≥ 45 anni, stratificato per area geografica. Le curve sono aggiustate per età e genere (il modello di Cox è stato utilizzato per la stima delle curve di persistenza)



Nota: Un'interruzione al trattamento si verifica se il soggetto non ha una prescrizione erogata entro 60 giorni (per maggiori dettagli consultare i metodi statistici). Per questo motivo, non possono osservarsi interruzioni negli ultimi 60 giorni dalla fine del follow-up (365 giorni).



IL PERCORSO ASSISTENZENZIALE





In Italia abbiamo circa 60.000 pazienti in O₂ terapia di lungo termine, la gran parte sono pazienti con BPCO in fase avanzata





REGIONE CAMPANIA



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Piano Nazionale della Cronicità

IQVIA

Progetto A.G.I.Re Campania

Percorso Diagnostico Terapeutico
Assistenziale (PDTA) BPCO
Broncopneumopatia cronica
ostruttiva

*Decreto Dirigenziale
N° 3 del 17 gennaio 2018*

Sessione formativa



BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

n. 10 del 5 Febbraio 2018

PARTE I Atti della Regione

Regione Campania

***Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)***

DECRETO N. 3 DEL 17/01/2018

OGGETTO: DCA n. 24/2017 Percorso Diagnostico terapeutico Assistenziale Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) – aggiornamento . Modifiche e integrazioni al DCA 24 del 29/03/2017 (acta vii: “attuazione degli interventi rivolti all’incremento della produttività e della qualità dell’assistenza erogata dagli enti del Servizio Sanitario Regionale”).



AIPO
ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PNEUMOLOGICI
EMFISIALARI



CARD
Confederazione
Associazione
Regionali di Distretto
Specialistica Cardiologia



SIMG
SOCIETA' ITALIANA DI
MEDICINA INTERNA
E SPECIALITÀ AFFINI



REGIONE CAMPANIA

Progetto A.G.I.Re Campania

**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
(PDTA) Asma Bronchiale**

Decreto Dirigenziale 92 del 18 Marzo 2021



Sessione formativa

Giunta Regionale della Campania

DECRETO DIRIGENZIALE

DIRETTORE GENERALE/
DIRIGENTE UFFICIO/STRUTTURA

Avv. Postiglione Antonio

DIRIGENTE UNITA' OPERATIVA DIR. / DIRIGENTE
STAFF

Dott.ssa Romano Maria Rosaria

DECRETO N°	DEL	DIREZ. GENERALE / UFFICIO / STRUTT.	UOD / STAFF
92	18/03/2021	4	0

Oggetto:

Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico (PDTA) Asma Bronchiale in Regione Campania

Data registrazione	
Data comunicazione al Presidente o Assessore al ramo	
Data dell'invio al B.U.R.C.	
Data invio alla Dir. Generale per le Risorse Finanziarie (Entrate e Bilancio)	
Data invio alla Dir. Generale per le Risorse Strumentali (Sist. Informativi)	



PROGETTO Agire

Appropriatezza clinica
Gestionale In
REgione Campania
per
BPCO e ASMA





Il progetto AGIRE: gli Obiettivi

Implementare i PDTA Regionali Respiratori¹ per



- ▶ migliorare l'**appropriatezza diagnostica** nelle cronicità respiratorie
- ▶ migliorare l'**appropriatezza terapeutica** e l'**aderenza alla terapia**
- ▶ migliorare la **gestione del percorso paziente** (ad esempio facilitare l'accesso alle diagnostiche, programmi di follow up, corretta ospedalizzazione, ...)
- ▶ ottimizzare l'**utilizzo delle risorse** (spesa farmaceutica e spesa ospedaliera)

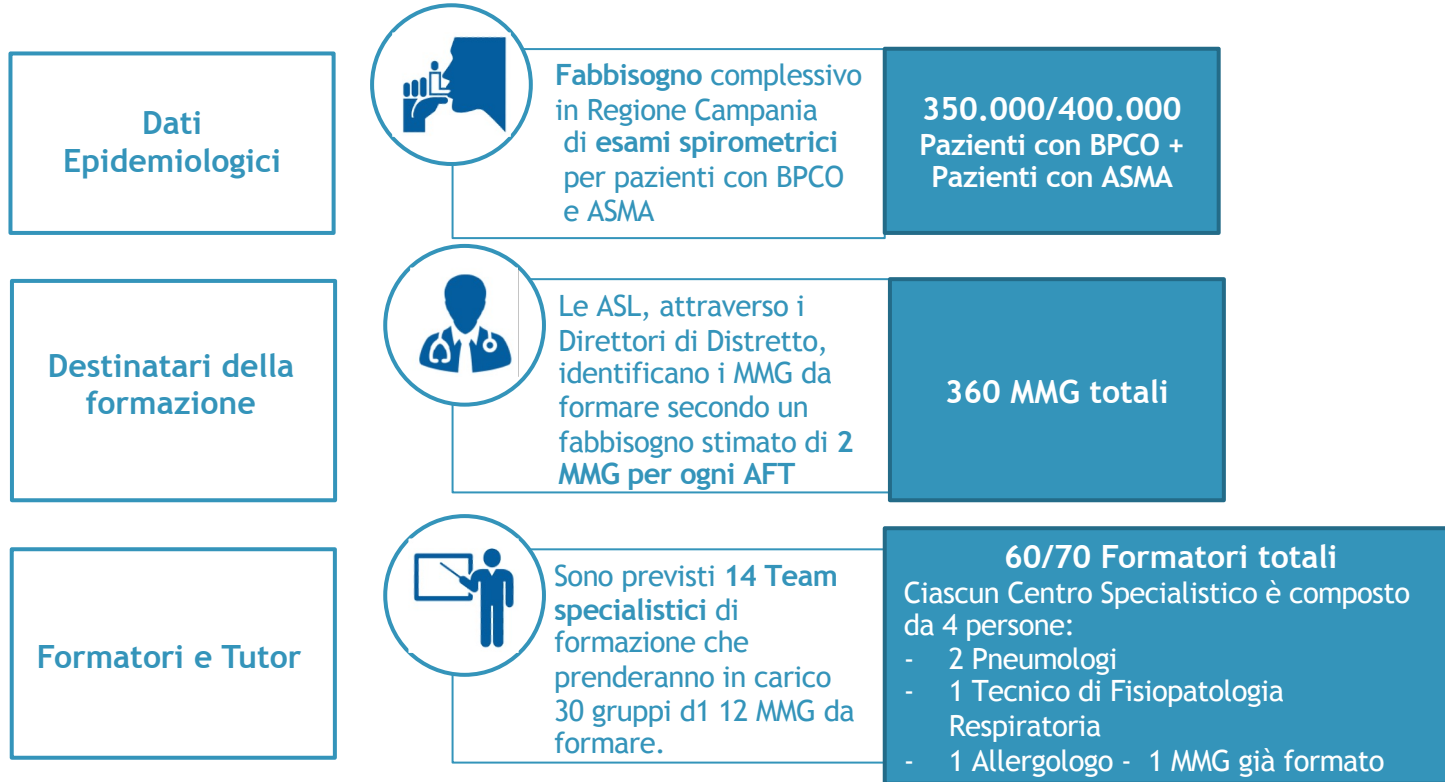


Il progetto AGIRE: la Strategia

Trasferire le competenze e le tecnologie per la diagnostica funzionale di 1° livello (**spirometria**) nel setting della Medicina Generale, nell'ambito del riassetto organizzativo delle Cure Primarie, in rete con l'attività Specialistica Territoriale ed Ospedaliera (2° livello)

Assicurare la «prossimità» di accesso alla diagnostica funzionale respiratoria per le cronicità respiratorie sia per il primo che per il secondo livello

Target dell'intervento formativo

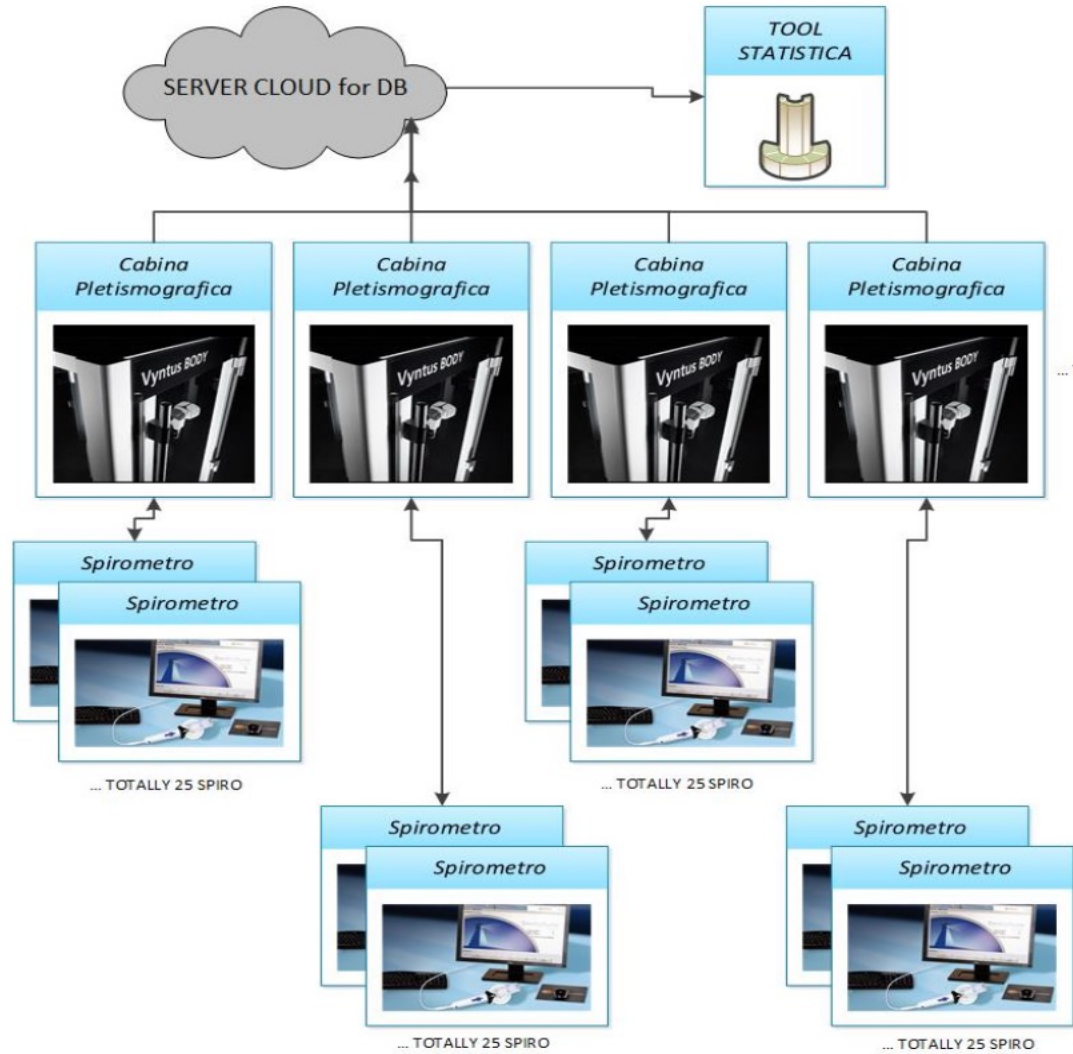


Oltre 300 eventi formativi teorico pratici
percorso di oltre 60 ore di formazione

Infrastruttura tecnologica del progetto AGIRE

17 (+6) stazioni funzionali di 2° livello
(*spirometria globale con pletismografia e DLCO*)
Di cui 3 integrazioni con TSCP

Stazioni funzionali di 1° livello
400 spirometri





Copyright © 2019 IQVIA. All rights reserved.

IMS Health & Quintiles are now




Progetto A.G.I.Re Campania

Cabina di Regia

Progetto A.G.I.Re Campania

Aggiornamento del Cruscotto di monitoraggio

2556544

09 Dicembre 2021



Il cruscotto della Cabina di Regia

Ambito di Monitoraggio	A. Adesione alla formazione	B. Efficacia della formazione	C. Aderenza ai PDTA Asma e BPCO	D. Efficacia dei PDTA Asma e BPCO
Obiettivo di monitoraggio	Monitorare l'adesione al processo formativo e all'utilizzo delle tecnologie	Monitorare l'effettiva attuazione del processo formativo sul campo	Monitorare gli indicatori di volume di attività in coerenza col PDTA Asma e BPCO	Monitorare gli indicatori di efficacia e efficienza in coerenza col PDTA Asma e BPCO
Indicatori	<i>A1. % di Partecipazione alla formazione</i>	<i>B1. % Macchine avviate</i>	<i>C1. % pazienti con diagnosi Asma/BPCO confermata da spirometria</i>	<i>D1. % Pazienti con BPCO con numero confezioni superiore a 80% (9,6)</i>
		<i>B2. N. Spirometrie refertate (con dettaglio validità in fase di formazione)</i>		<i>C2. N. nuove diagnosi in presenza di spirometria</i>
		<i>B3. N. Invii a Special Interest</i>		<i>D3. N. pazienti Asma con SABA utilizzati</i>
		<i>B4. % Saturazione slot disponibilità Special Interest</i>		

Il cruscotto della Cabina di Regia

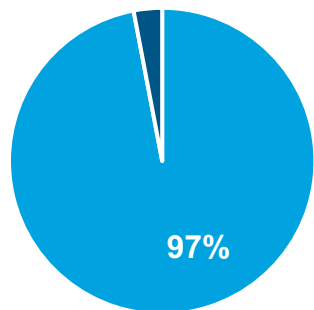
La presenza media nel 2020/2021 scende sotto la soglia target del 95%

A - Adesione alla formazione

A1. % Partecipazione alla formazione

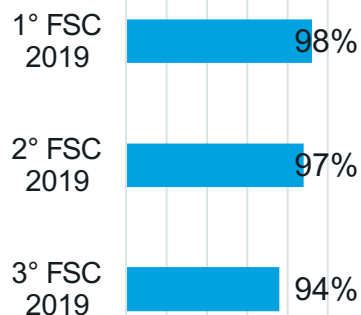
Target indicatore: >95%

Presenze complessive 3°/2019

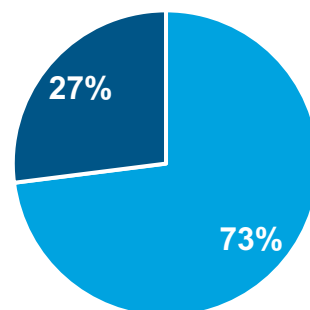


■ Presenti ■ Assenti

Presenze per incontro

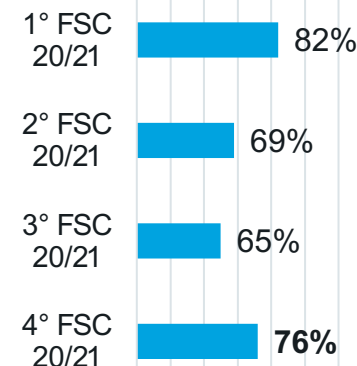


Presenze complessive 2020/2021



■ Presenti ■ Assenti

Presenze per incontro



Totale MMG partecipanti: 356

Totale MMG partecipanti: 392

Fonte: Dati aggiornati al 04/11/2021

This presentation is confidential and must not be used for purposes other than those for which has been drawn up and must not be disclosed, reproduced and/or revealed to third parties without the prior written consent of IQVIA

Il cruscotto della Cabina di Regia

A - Adesione alla formazione

	Presenti (n.)	Assenti (n.)	Partecipanti (n.)	Presenti (%)	Assenti (%)	NOTE
ASL BENEVENTO	13	7	20	65%	35%	Di 4 MMG inseriti dopo il 1° incontro, 2 non si sono presentati a nessun incontro. 3 MMG non hanno partecipato a nessun incontro. Totali 5 MMG non hanno seguito nessun incontro o hanno fatto 3 assenze.
ASL NA 1 CENTRO	39	19	58	67%	33%	11 MMG non hanno partecipato a nessun incontro o hanno fatto 3 assenze. Di 19 MMG inseriti dopo il 2° incontro, 9 non hanno partecipato a nessun incontro.
ASL NA 2 NORD	56	15	71	79%	21%	6 MMG non hanno partecipato a nessun incontro o hanno fatto 3 assenze. 1 MMG era assente anche al primo ciclo 2019
ASL NA 3 SUD	56	16	72	78%	22%	9 MMG non hanno partecipato a nessun incontro o hanno fatto 3 assenze. Di 11 MMG inseriti dopo il 1° incontro, 5 non hanno partecipato a nessun incontro.
ASL SALERNO	66	21	87	76%	24%	13 MMG non hanno partecipato a nessun incontro o hanno fatto 3 assenze. Di 17 MMG inseriti dopo il primo incontro, 7 non hanno partecipato a nessun incontro.
ASL CASERTA	48	11	59	81%	19%	10 MMG non hanno partecipato a nessun incontro o hanno fatto 3 assenze.
ASL AVELLINO	19	6	25	76%	24%	4 MMG non hanno partecipato a nessun incontro o hanno fatto 4 assenze. 2 MMG assenti anche ad alcuni incontri del 2019.
Totale	297	95	392	76%	24%	

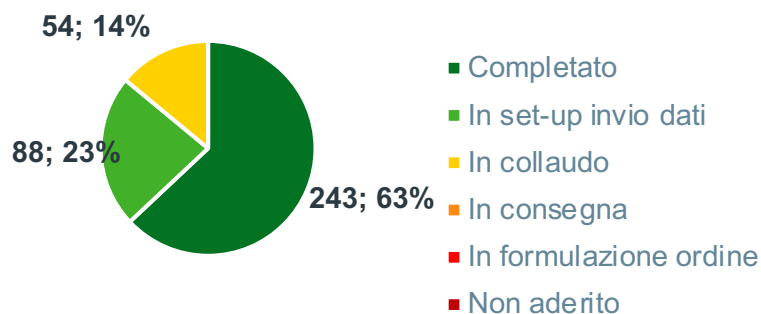
FONTE: Dati aggiornati al 04/11/2021

This presentation is confidential and must not be used for purposes other than those for which has been drawn up and must not be disclosed, reproduced and/or revealed to third parties without the prior written consent of IQVIA

Il cruscotto della Cabina di Regia

B - Efficacia della formazione: B1

B1. % Macchine avviate

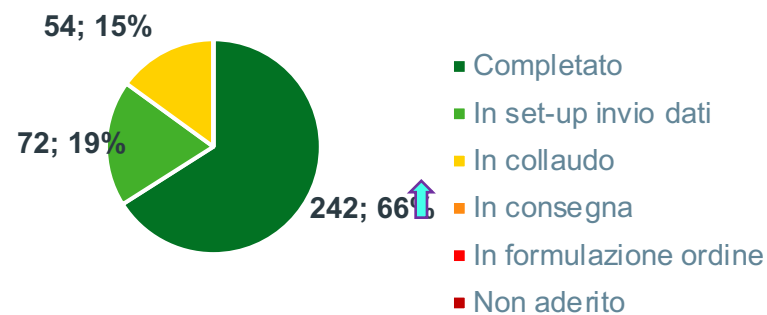


↑ Dall'ultima rilevazione (27/07) si osserva una variazione della % di **macchine in stato completato dal 44% al 63%**
 L'incremento è dovuto principalmente alle **macchine di I livello in stato completato** che passano **dal 46% al 66%**
 Anche le **macchine di II livello** riscontrano un incremento dello stato **completato** che passa da 0 a 6%; le macchine restanti risultano in **set-up invio dati**

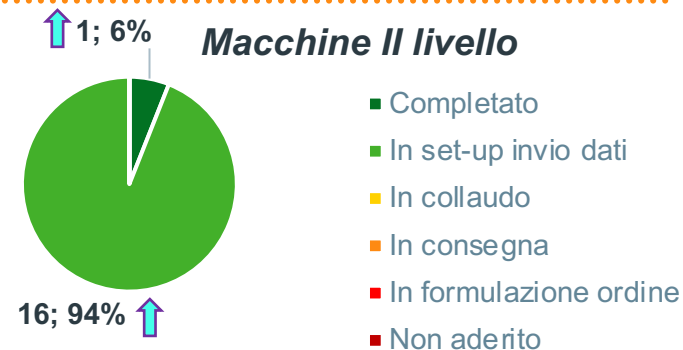
FONTE: Dati aggiornati al 10/11/2021

This presentation is confidential and must not be used for purposes other than those for which has been drawn up and must not be disclosed, reproduced and/or revealed to third parties without the prior written consent of IQVIA

Macchine I livello



Macchine II livello

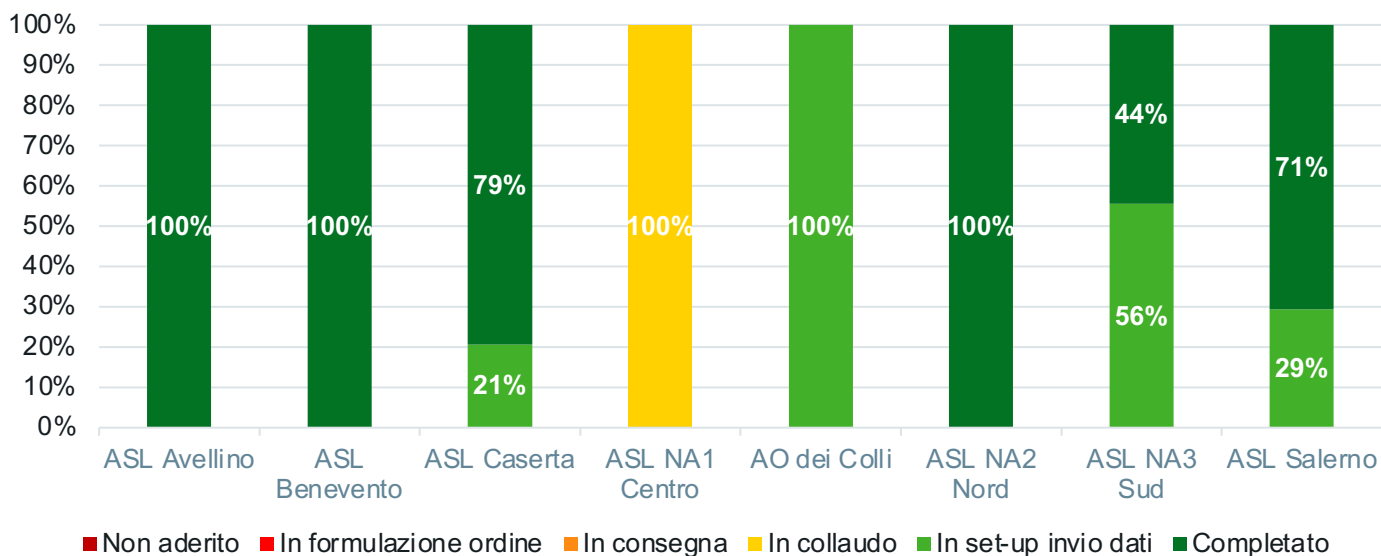


Il cruscotto della Cabina di Regia

MACCHINE
LIVELLO I

B - Efficacia della formazione: B1

Macchine di I livello



PUNTI DI ATTENZIONE

Dall'ultima rilevazione (27/07) si osserva:

- ASL Caserta passa al **79% in stato completato**, dal precedente 33%
- AO dei Colli passa al **100% in set-up invio dati**, dal precedente 25%
- ASL NA 3 Sud passa al **44% in stato completato**, dal precedente 100% in set up invio dati
- ASL Salerno passa al **71% in stato completato**, dal precedente 43%

Fonte: Dati aggiornati al 10/11/2021

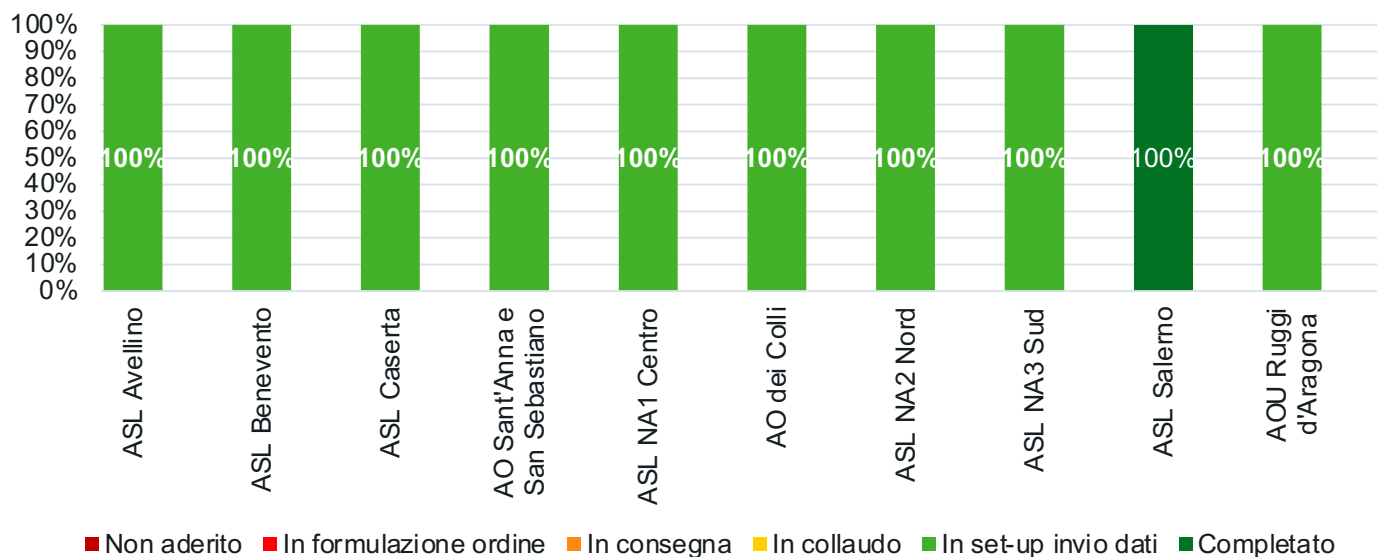
This presentation is confidential and must not be used for purposes other than those for which has been drawn up and must not be disclosed, reproduced and/or revealed to third parties without the prior written consent of IQVIA

Il cruscotto della Cabina di Regia

MACCHINE
LIVELLO II

B - Efficacia della formazione: B1

Macchine II livello



PUNTI DI ATTENZIONE

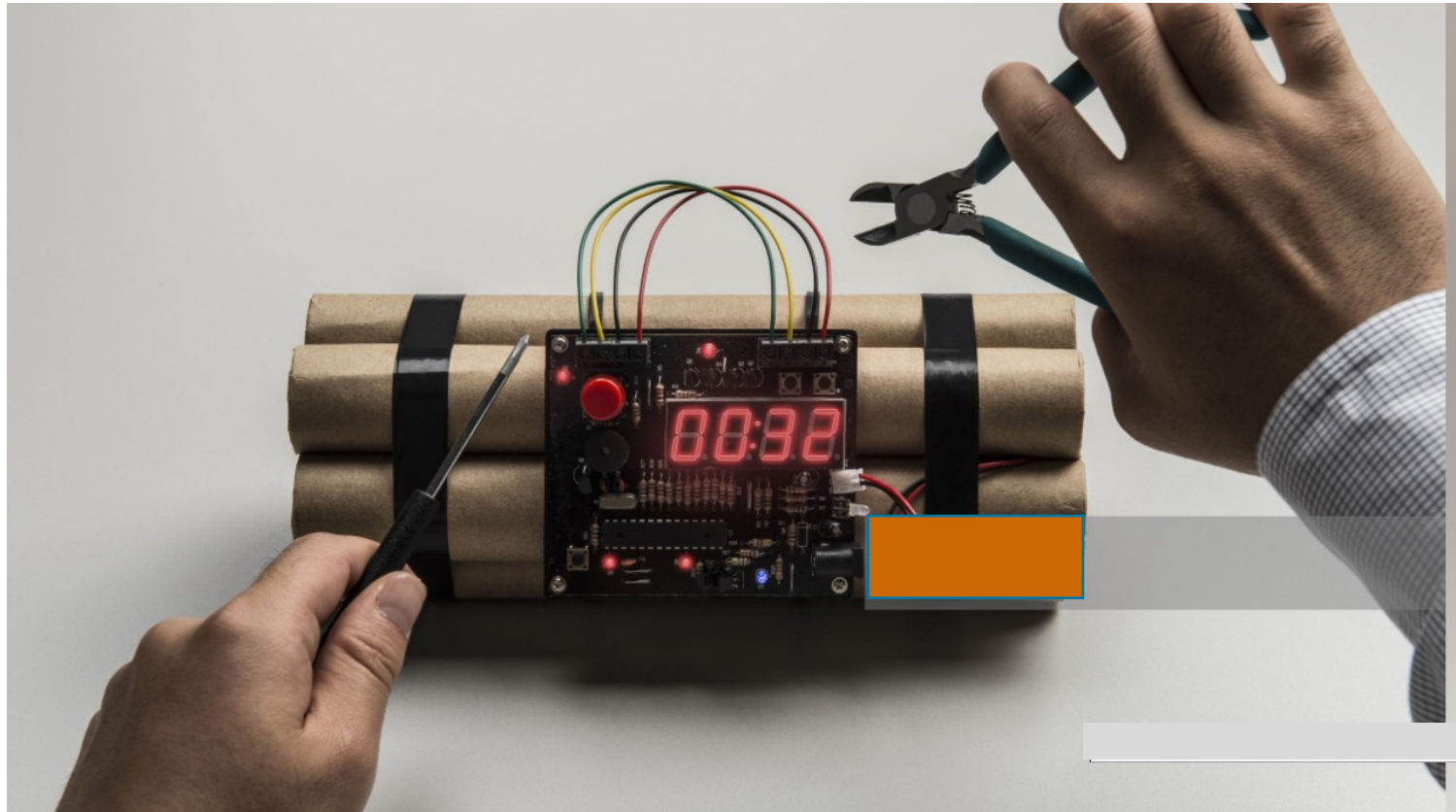
Dall'ultima rilevazione (27/07) si osserva:

- 📌 AO dei Colli passa al 100% in set-up invio dati, dal 67%
- 📌 ASL NA2 Nord passa al 100% in set-up invio dati, dal 50%
- 📌 ASL Salerno passa al 100% in collaudo, dal 100% in set-up invio dati
- 📌 Per le **macchine in set-up invio dati** è necessario l'intervento del CED (Centro Elaborazione Dati) per garantire la messa in rete delle macchine all'interno del sistema informativo aziendale

FONTE: Dati aggiornati al 10/11/2021

This presentation is confidential and must not be used for purposes other than those for which has been drawn up and must not be disclosed, reproduced and/or revealed to third parties without the prior written consent of IQVIA

Nota 99



Allegato - NOTA AIFA n. 99 per la prescrizione della terapia inalatoria di mantenimento con LABA, LAMA, ICS e relative associazioni precostituite (LABA/ICS, LABA/LAMA, LABA/LAMA/ICS) nei pazienti con BPCO.

Tab.1 Sintesi delle modalità di prescrizione e dei tempi di esecuzione della spirometria e ricorso allo specialista.

Cosa fare	A chi farlo	In quali tempi	Note sulla terapia in corso
<p>Indagine di 1° livello (spirometria semplice)</p> <p>* per specialista si intende: specialista pneumologo o specialista in medicina interna operante presso strutture identificate dalle Regioni e dotate della strumentazione diagnostica necessaria.</p>	<p>Tutti i pazienti in trattamento con una terapia inalatoria o che stanno per iniziarla debbono eseguire o aver eseguito una spirometria semplice.</p> <p>Il MMG, dopo adeguata formazione può eseguire ed interpretare una spirometria semplice allo scopo di confermare il sospetto diagnostico e valutare la gravità della patologia. In alternativa si dovrà ricorrere ad una struttura specialistica.</p> <p>Una spirometria eseguita nell'ultimo anno è da ritenere valida.</p> <p>In caso di episodi acuti (riacutizzazioni) il dato spirometrico dovrà essere rilevato dopo la fase acuta una volta raggiunta la stabilità clinica.</p>	<p>Pazienti già in trattamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> entro 1 anno dalla pubblicazione della nota AIFA 99. <p>Nuovi trattamenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> l'esecuzione di una spirometria semplice dovrà avvenire in tempi brevi (massimo 6 mesi), valutando la gravità clinica e nel rispetto dei tempi e dei modi previsti dai PDTA locali. 	<p>La Nota AIFA 99 riguarda la prescrizione della terapia inalatoria di mantenimento nei pazienti con BPCO.</p> <p>Una volta che il paziente sia stabilizzato il medico potrà considerare una terapia di mantenimento con i farmaci inclusi nella Nota, in base ai sintomi, ai fattori di rischio e al valore del dato spirometrico.</p> <p>Resta inteso che le triplici terapie (unico inalatore) rimangono di esclusiva prescrizione, mediante PT, da parte dello specialista*.</p>

In base al FEV₁ rilevato nella spirometria semplice e alla risposta clinica il MMG dovrà decidere se ricorrere ad una valutazione specialistica

Cosa fare	A chi farlo	In quali tempi	Note sulla terapia in corso
<p>Invio allo specialista* per eseguire Indagini di 2° livello (spirometria globale, DLCO, tecniche di imaging, ecc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pazienti di nuova diagnosi in cui viene riscontrato un FEV₁ < 50% (misurato al di fuori della fase acuta). ▪ Pazienti di nuova diagnosi nei quali il medico, per la presenza di importante sintomatologia e/o frequenti riacutizzazioni, consideri il quadro clinico grave o molto grave. 	<p>Entro 6 mesi dall'inizio della terapia.</p>	<p>Durante i 6 mesi che seguono la fase acuta e in attesa della valutazione specialistica sarà comunque possibile prescrivere tutti i farmaci inclusi nella nota con l'eccezione delle triplici terapie (unico inalatore) che rimangono di esclusiva prescrizione, mediante PT, da parte dello specialista*.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pazienti già in trattamento in cui viene riscontrato un FEV₁ < 50%; ▪ Pazienti già in trattamento con una triplice terapia (inalatori separati); ▪ Pazienti in trattamento con una associazione LABA/LAMA o LABA/ICS e che, a prescindere dal valore di FEV₁, presentano una mancata/insufficiente risposta clinica alla terapia in termini di frequenti riacutizzazioni e/o persistenza della dispnea. 	<p>Entro 1 anno dalla pubblicazione della Nota AIFA 99.</p>	<p>È possibile mantenere il trattamento in corso o modificarlo utilizzando i farmaci della Nota AIFA 99 nelle more dell'esecuzione della visita specialistica.</p> <p>Resta inteso che le triplici terapie (unico inalatore) rimangono di esclusiva prescrizione, mediante PT, da parte dello specialista*.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pazienti che hanno già eseguito una spirometria e sono in trattamento con una triplice terapia (unico inalatore) prescritta dallo specialista. 	<p>Fino alla scadenza del PT in corso.</p>	<p>Si potrà continuare la triplice terapia in corso fino al controllo specialistico già programmato.</p>

* per specialista si intende:
specialista pneumologo
o specialista in
medicina interna
operante presso
strutture identificate
dalle Regioni e dotate
della strumentazione
diagnostica necessaria.

.....Cosa rimane da fare

- Completare con la massima urgenza il dispiegamento e la messa in rete delle apparecchiature di primo e secondo livello
- Completare l'attività di formazione sul primo livello (medici subentrati, allineamento delle operatività, monitoraggio della qualità delle prestazioni erogate) e sul secondo livello (operatività piena delle stazioni specialistiche)

Riflessioni conclusive

- *Ineludibile necessità di un coordinamento tra Specialistica e Medicina Generale nella gestione delle Cronicità*
- *Necessità di un coinvolgimento delle istituzioni*
- *Necessità di ufficializzare le attività (che devono essere tracciate e «istituzionalizzate»)*
- *Necessità di misurare i risultati della progettualità e degli investimenti con specifici indicatori*

Allegato - NOTA AIFA n. 99 per la prescrizione della terapia inalatoria di mantenimento con LABA, LAMA, ICS e relative associazioni precostituite (LABA/ICS, LABA/LAMA, LABA/LAMA/ICS) nei pazienti con BPCO.

La prescrizione a carico del SSN dei farmaci inclusi nella nota per l'indicazione nella terapia inalatoria di mantenimento della BPCO è limitata ai pazienti con diagnosi certa di BPCO.

La sospetta diagnosi di BPCO in pazienti che presentano dispnea, tosse cronica od espettorazione ed una storia di esposizione a fattori di rischio **deve essere confermata mediante spirometria** che dimostri la presenza di una ostruzione bronchiale persistente:

FEV₁/FVC (dopo broncodilatazione) <0,70 (70%)

- se FEV₁ ≥50% il MMG potrà prescrivere direttamente la terapia inalatoria seguendo le raccomandazioni delle linee guida GOLD o richiedere la consulenza specialistica (pneumologo o specialista in medicina interna operanti presso strutture identificate dalle Regioni) su base clinica o secondo quanto previsto dai PDTA locali (vedi Tab. 1).
- se FEV₁ <50% la prescrizione del trattamento di mantenimento (superata la eventuale fase acuta che potrà essere gestita dal MMG a domicilio o in ospedale) richiede una valutazione del danno funzionale polmonare mediante l'esecuzione di indagini di secondo livello e una rivalutazione periodica del trattamento. Ciò potrà essere effettuato dallo specialista pneumologo o dallo specialista in medicina interna operante presso strutture identificate dalle Regioni e dotate della strumentazione diagnostica necessaria (vedi Tab. 1).

La prescrizione dello specialista dovrà avvenire compilando la scheda cartacea di valutazione e prescrizione di cui all'allegato 1.

Gli indicatori per ambito di monitoraggio



Ambito di monitoraggio	A. Adesione alla formazione	B. Efficacia della formazione	C. Aderenza ai PDTA Asma e BPCO	D. Efficacia dei PDTA Asma e BPCO
Obiettivo di monitoraggio	Monitorare l'adesione al processo formativo e all'utilizzo delle tecnologie	Monitorare l'effettiva attuazione del processo formativo sul campo	Monitorare gli indicatori di volume di attività in coerenza col PDTA Asma e BPCO	Monitorare gli indicatori di efficacia e efficienza in coerenza col PDTA Asma e BPCO
Indicatori A1. % di partecipazione alla formazione		B1. % Macchine avviate % pazienti	con diagnosi Asma/BPCO confermata da spirometria	D1. % Pazienti con BPCO con numero confezioni superiore a 80% (9,6)
		B2. N. Spirometrie refertate (con dettaglio validità in fase di formazione)		D2. N. ospedalizzazioni per Asma/BPCO
		B3. N. Invii a Special Interest		D3. N. pazienti Asma con SABA utilizzati
		B4. % Saturazione slot disponibilità Special Interest		

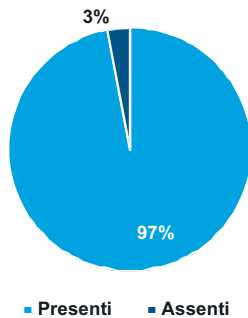
Il cruscotto della Cabina di Regia

A - Adesione alla formazione

A1. % Partecipazione alla formazione

Target indicatore: >95%

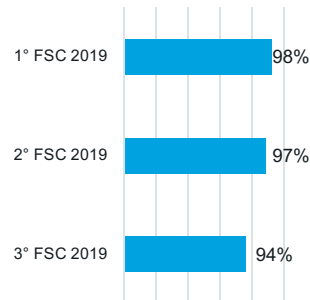
Presenze complessive 2019



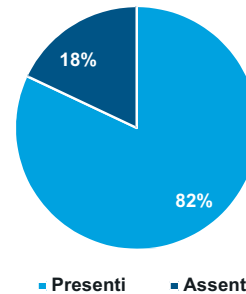
■ Presenti ■ Assenti

Totale MMG partecipanti: 356

Presenze per incontro



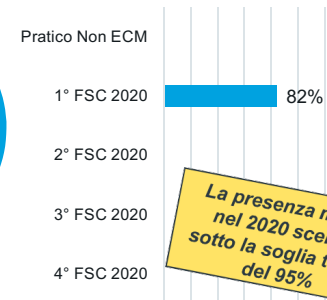
Presenze complessive 2020



■ Presenti ■ Assenti

Totale MMG partecipanti: 352

Presenze per incontro



La presenza media nel 2020 scende sotto la soglia target del 95%

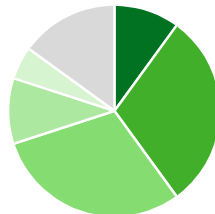
This presentation is confidential and must not be used for purposes other than those for which has been drawn up and must not be disclosed, reproduced and/or revealed to third parties without the prior written consent of IQVIA

Il cruscotto della Cabina di Regia

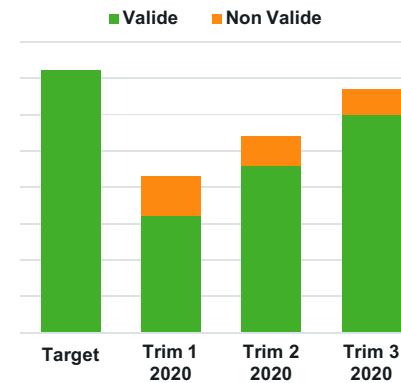
B - Efficacia della formazione

B1. % Macchine avviate

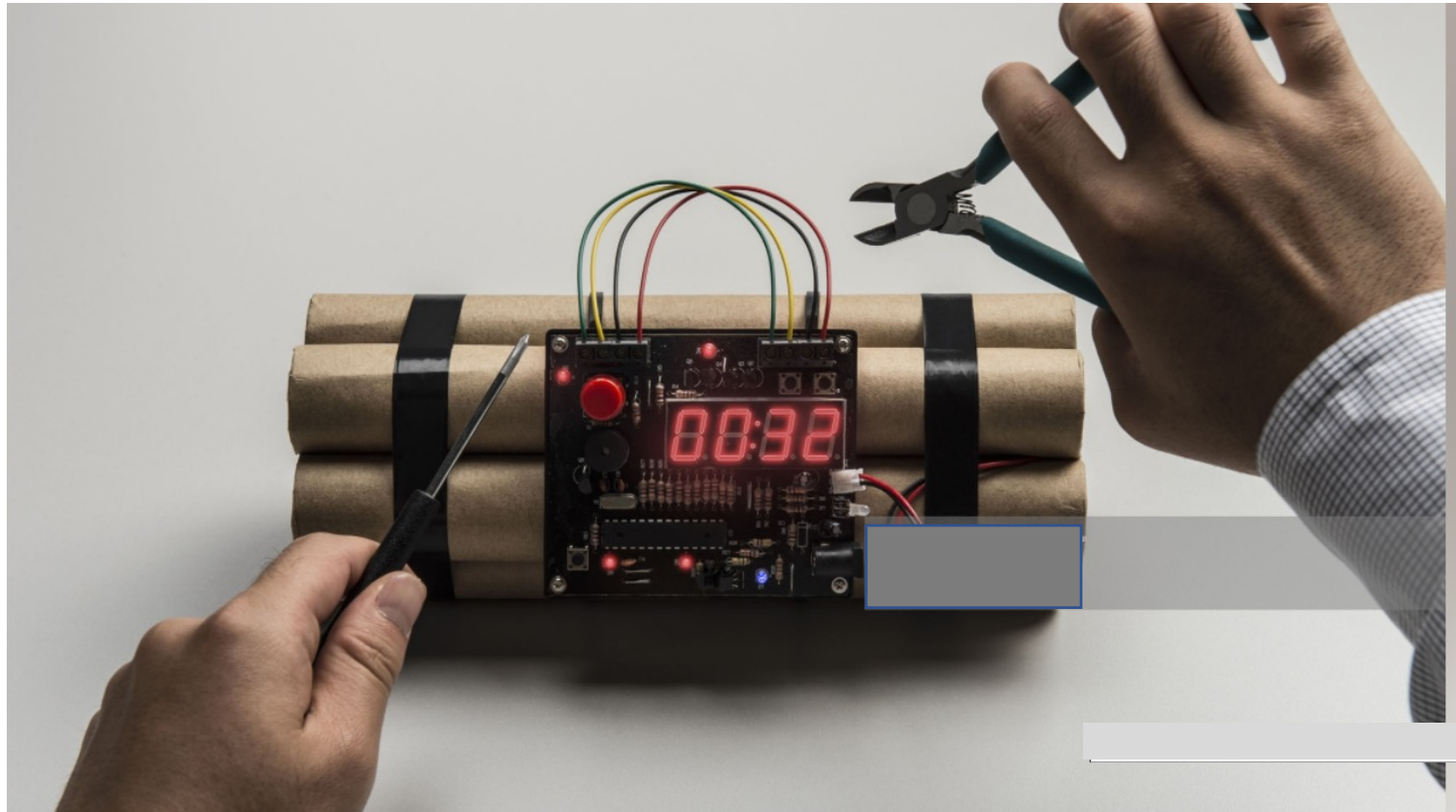
- Completato
- In set-up invio dati
- In collaudo
- In consegna
- In formulazione ordine
- Non aderito



*B2. N. Spirometrie refertate
(con dettaglio validità in fase di formazione)*



Nota 99



Allegato - NOTA AIFA n. 99 per la prescrizione della terapia inalatoria di mantenimento con LABA, LAMA, ICS e relative associazioni precostituite (LABA/ICS, LABA/LAMA, LABA/LAMA/ICS) nei pazienti con BPCO.

La prescrizione a carico del SSN dei farmaci inclusi nella nota per l'indicazione nella terapia inalatoria di mantenimento della BPCO è limitata ai pazienti con diagnosi certa di BPCO.

La sospetta diagnosi di BPCO in pazienti che presentano dispnea, tosse cronica od espettorazione ed una storia di esposizione a fattori di rischio **deve essere confermata mediante spirometria** che dimostri la presenza di una ostruzione bronchiale persistente:

FEV₁/FVC (dopo broncodilatazione) <0,70 (70%)

- se FEV₁ ≥50% il MMG potrà prescrivere direttamente la terapia inalatoria seguendo le raccomandazioni delle linee guida GOLD o richiedere la consulenza specialistica (pneumologo o specialista in medicina interna operanti presso strutture identificate dalle Regioni) su base clinica o secondo quanto previsto dai PDTA locali (vedi Tab. 1).
- se FEV₁ <50% la prescrizione del trattamento di mantenimento (superata la eventuale fase acuta che potrà essere gestita dal MMG a domicilio o in ospedale) richiede una valutazione del danno funzionale polmonare mediante l'esecuzione di indagini di secondo livello e una rivalutazione periodica del trattamento. Ciò potrà essere effettuato dallo specialista pneumologo o dallo specialista in medicina interna operante presso strutture identificate dalle Regioni e dotate della strumentazione diagnostica necessaria (vedi Tab. 1).

La prescrizione dello specialista dovrà avvenire compilando la scheda cartacea di valutazione e prescrizione di cui all'allegato 1.

Visto quello che è stato fatto

Cosa dobbiamo ancora fare

- ▶ Completare con la massima urgenza il dispiegamento e la messa in rete delle apparecchiature di primo e secondo livello
- ▶ Completare l'attività di formazione sul primo livello (medici subentrati, allineamento delle operatività, monitoraggio della qualità delle prestazioni erogate) e sul secondo livello (operatività piena delle stazioni specialistiche)

Riflessioni conclusive

- ▶ *Ineludibile necessità di un coordinamento tra Specialistica e Medicina Generale*
- ▶ *Necessità di un coinvolgimento delle istituzioni*
- ▶ *Necessità di ufficializzare le attività (che devono essere tracciate e remunerate)*
- ▶ *Necessità di misurare i risultati della progettualità e degli investimenti con specifici indicatori*

Gli indicatori per ambito di monitoraggio



Ambito di monitoraggio	A. Adesione alla formazione	B. Efficacia della formazione	C. Aderenza ai PDTA Asma e BPCO	D. Efficacia dei PDTA Asma e BPCO			
Obiettivo di monitoraggio	Monitorare l'adesione al processo formativo e all'utilizzo delle tecnologie	Monitorare l'effettiva attuazione del processo formativo sul campo	Monitorare gli indicatori di volume di attività in coerenza col PDTA Asma e BPCO	Monitorare gli indicatori di efficacia e efficienza in coerenza col PDTA Asma e BPCO			
Indicatori % di	A1. Partecipazione alla formazione	B1. % Macchine avviate <i>C1. % pazienti</i>	<i>con diagnosi Asma/BPCO confermata da spirometria</i>	D1. % Pazienti con BPCO <i>con numero confezioni superiore a 80% (9,6)</i>			
		B2. N. Spirometrie <i>refertate (con dettaglio validità in fase di formazione)</i>			C2. N. nuove diagnosi <i>in presenza di spirometria</i>	D2. N. ospedalizzazioni <i>per Asma/BPCO</i>	
		B3. N. Invii a Special Interest					D3. N. pazienti Asma <i>con SABA utilizzati</i>
		B4. % Saturazione slot <i>disponibilità Special Interest</i>					



Il progetto AGIRE: l'organizzazione¹ (1 di 2)

- ▶ **Formare** 2 MMG per ogni AFT (180) per **un totale di circa 360 MMG** in tutta la Regione Campania su contenuti clinici e soprattutto operativi²
- ▶ **Formare** i MMG in **gruppi di max 10-12 MMG** (31 gruppi di MMG) distribuiti su tutto il territorio regionale.
- ▶ **La Formazione:**
 - ▶ avrà un **approccio teorico-pratico**;
 - ▶ erogherà circa **60 ore in 24 mesi** (formazione + tutoraggio) per singolo gruppo di MMG
- ▶ **I Team di Formatori**
 - ▶ Saranno costituiti **14 team di formatori**;
 - ▶ I team saranno costituiti da **3 pneumologi ed 1 MMG**;
 - ▶ I Team prendono in carico, in media, **2 gruppi di MMG** con attività di formazione e tutoraggio³.

(1) Tutti i punti sono oggetto di approfondimento nel prosieguo dell'incontro
(2) Esecuzione e corretta interpretazione dell'esame spirometrico
(3) il modello è lo studio pilota dell'ASL NA2



Il progetto AGIRE: l'organizzazione¹ (2 di 2)

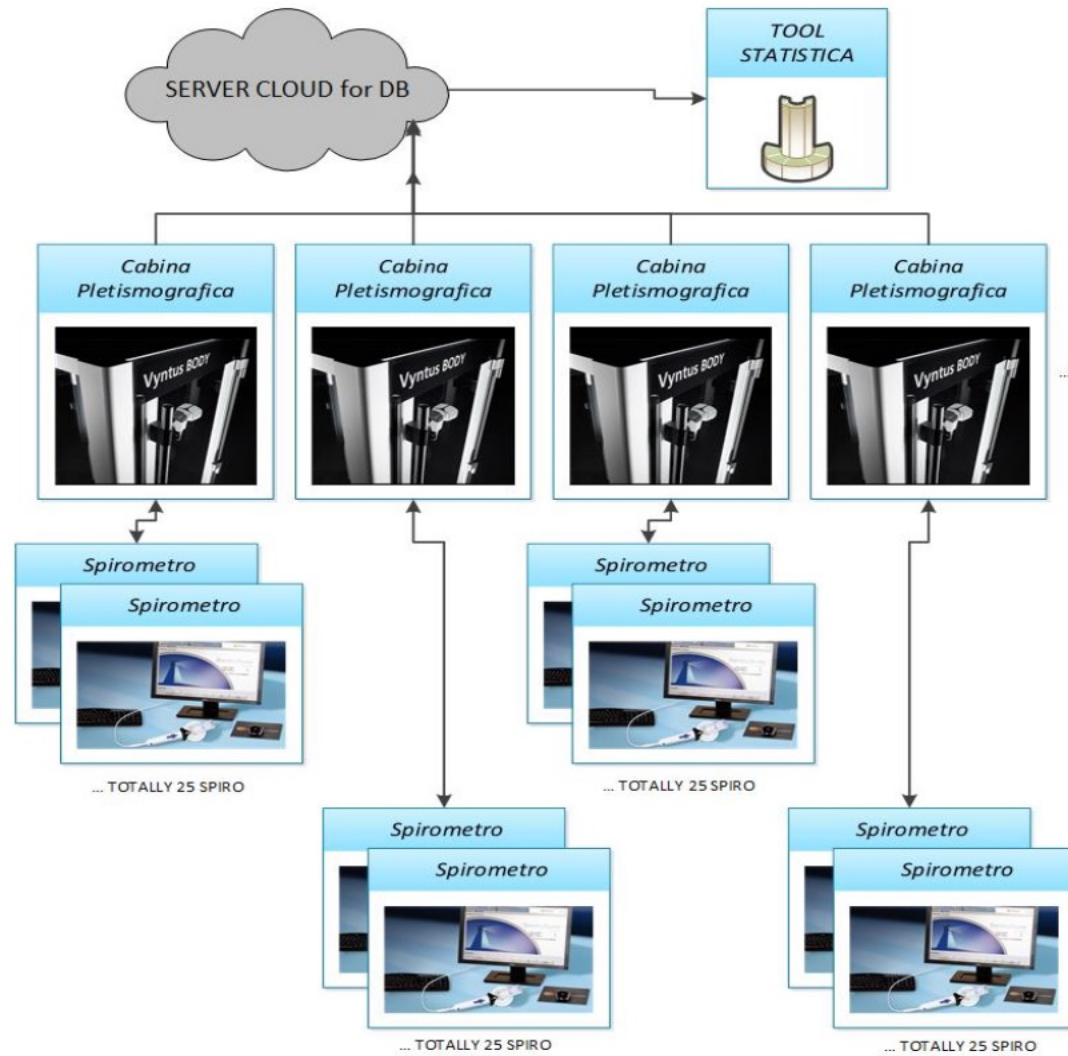
- ▶ Soresa ha provveduto alla **progettazione, acquisizione e realizzazione di una infrastruttura tecnologica di diagnostica funzionale respiratoria** collegata in rete con:
 - ▶ 360 stazioni 1° livello (spirometri)
 - ▶ 18 stazioni di 2° livello (specialistiche territoriali/ospedaliere)
 - ▶ un server centrale per monitoraggio del flusso dati e degli indicatori di processo e risultato previsti nel PDTA;
- ▶ Viene istituita una **Cabina di Regia** tra Istituzioni, Società Scientifiche per monitorare le attività e misurare gli esiti del progetto attraverso supporto tecnico di «**IQUVIA**»

(1) Tutti i punti sono oggetto di approfondimento nel prosieguo dell'incontro

Infrastruttura tecnologica del progetto AGIRE

17 (+6) stazioni funzionali di 2° livello
(*spirometria globale con pletismografia e DLCO*)
Di cui 3 integrazioni con TSCP

Stazioni funzionali di 1° livello
400 spirometri



IMS Health & Quintiles are now



Gli indicatori del sistema di monitoraggio

Gli indicatori per ambito di monitoraggio



Ambito di monitoraggio	A. Adesione alla formazione	B. Efficacia della formazione	C. Aderenza ai PDTA Asma e BPCO	D. Efficacia dei PDTA Asma e BPCO
Obiettivo di monitoraggio	Monitorare l'adesione al processo formativo e all'utilizzo delle tecnologie	Monitorare l'effettiva attuazione del processo formativo sul campo	Monitorare gli indicatori di volume di attività in coerenza col PDTA Asma e BPCO	Monitorare gli indicatori di efficacia e efficienza in coerenza col PDTA Asma e BPCO
Indicatori % di	A1. Partecipazione alla formazione	B1. % Macchine avviate C1. % pazienti	con diagnosi Asma/BPCO confermata da spirometria	D1. % Pazienti con BPCO con numero confezioni superiore a 80% (9,6)
		B2. N. Spirometrie refertate (con dettaglio validità in fase di formazione)	C2. N. nuove diagnosi in presenza di spirometria	D2. N. ospedalizzazioni per Asma/BPCO
		B3. N. Invii a Special Interest		D3. N. pazienti Asma con SABA utilizzati
		B4. % Saturazione slot disponibilità Special Interest		

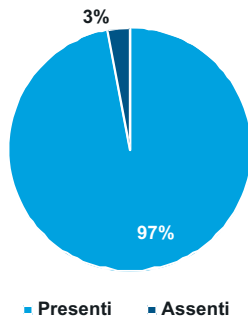
Il cruscotto della Cabina di Regia

A - Adesione alla formazione

A1. % Partecipazione alla formazione

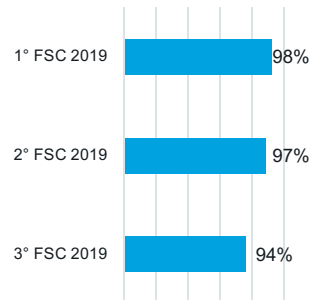
Target indicatore: >95%

Presenze complessive 2019

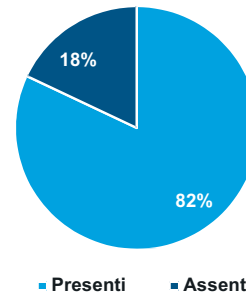


Totale MMG partecipanti: 356

Presenze per incontro

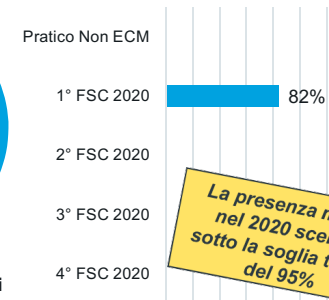


Presenze complessive 2020



Totale MMG partecipanti: 352

Presenze per incontro



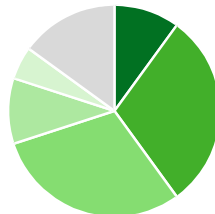
La presenza media nel 2020 scende sotto la soglia target del 95%

Il cruscotto della Cabina di Regia

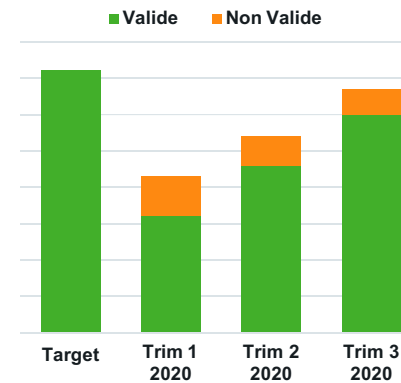
B - Efficacia della formazione

B1. % Macchine avviate

- Completato
- In set-up invio dati
- In collaudo
- In consegna
- In formulazione ordine
- Non aderito



*B2. N. Spirometrie refertate
(con dettaglio validità in fase di formazione)*



Le Modalità di misurazione

Dettaglio della misurazione Indicatori

Ambito di Monitoraggio	Indicatore	Target / Riferimento	Fonte	Responsabile invio	Avvio	Frequenza invio	
A	Adesione alla formazione	A1 % di Partecipazione alla formazione	>95%	Klink	Klink Event Manager	09/2019	Entro 7 gg dopo fine giro incontri
B	Efficacia della formazione	B1 % Macchine avviate	100% completata entro 20/03/2020	Care Fusion	Sales Manager (referente CareFusion)	01/03/2020	1 mese
		B2 N. Spirometrie refertate (con dettaglio validità in fase di formazione)	Almeno 10 per Special Interest entro 09/2020	Piattaforma Care Fusion	III livello (Referenti in Regione Campania)	Data avviamento completo macchine	Trimestrale
		B3 N. Invii a Special Interest	Tra 200 e 400 per Spec. Interest	Piattaforma Klink Solutions	Klink Responsabile comunicazione	01/2020	Trimestrale
		B4 % saturazione disponibilità Special Interest	Da definire	Piattaforma Klink Solutions	Klink Responsabile comunicazione	01/2020	Trimestrale
C	Aderenza ai PDTA Asma e BPCO	C1 % pazienti con diagnosi Asma/BPCO in presenza di spirometria	T0: valore al 31/12/2019	Report Pazienti MMG • SOGEI	Responsabile gestione Report MMG di Reg. Campania	03/2020	Trimestrale
		C2 N. nuove diagnosi di Asma/BPCO in presenza di spirometria	T0: Ultimo trimestre 2019	Report Pazienti MMG	Responsabile gestione Report MMG di Reg. Campania	03/2020	Trimestrale
D	Efficacia dei PDTA Asma e BPCO	D1 % Pazienti con BPCO con numero confezioni superiore a 80% (9,6)	T0: Ultimo anno solare disponibile	Report Pazienti MMG • Flussi F e D	So.Re.Sa – Referente area Data Analytics	03/2020	Annuale
		D2 N. ospedalizzazioni per Asma/BPCO	T0: Ultimo anno solare disponibile	Flusso SDO	So.Re.Sa – Referente area Data Analytics	03/2020	Annuale
		D3 N. pazienti Asma con SABA utilizzati	T0: Ultimo anno solare disponibile	Flusso Art.50 Report Pazienti MMG	Responsabile gestione Report MMG di Reg. Campania	03/2020	Annuale

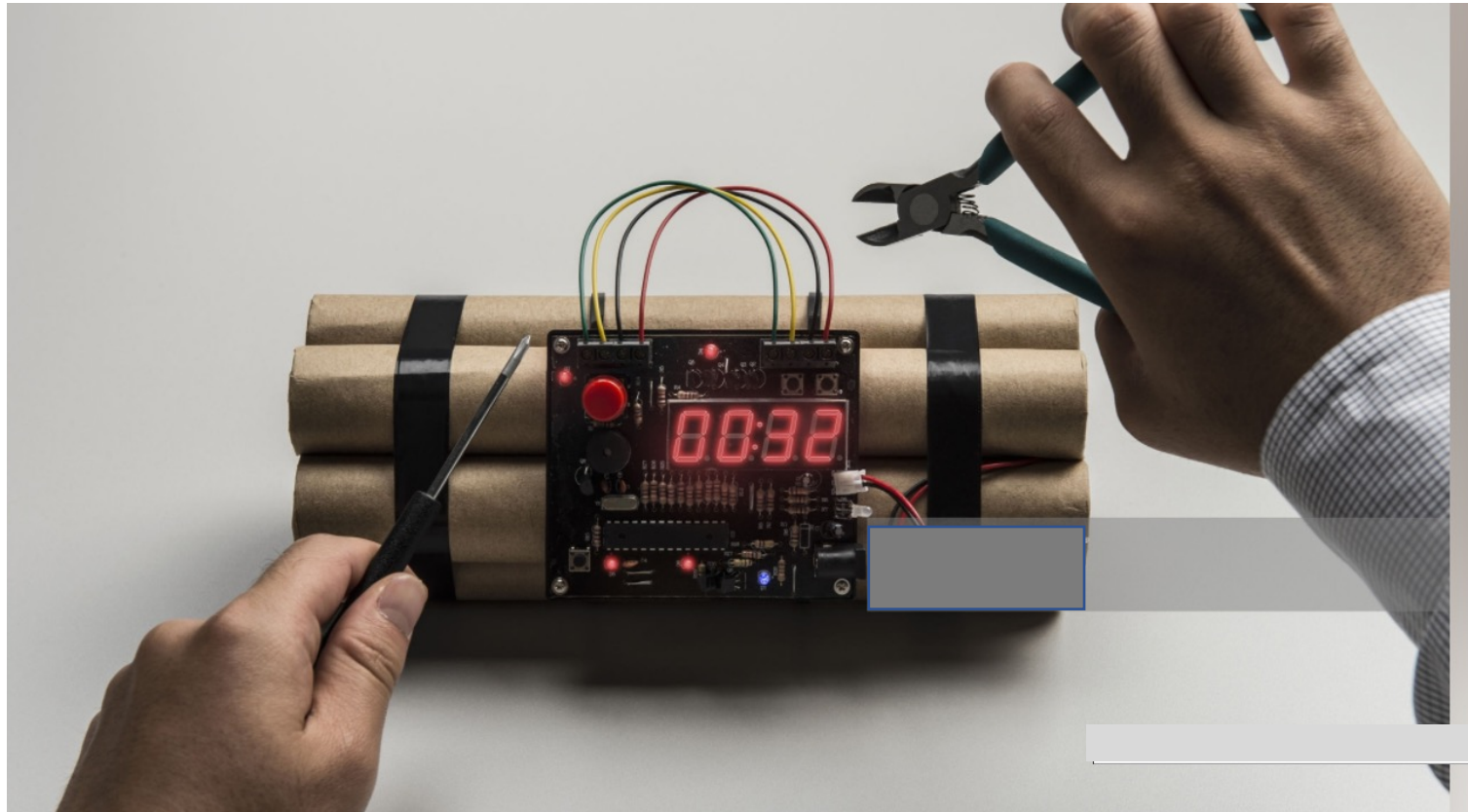
**Assicurare la «prossimità» di accesso
alla diagnostica funzionale respiratoria
per le cronicità respiratorie (e non solo)
sia per il primo che per il secondo livello**

**Inclusione e riconoscimento economico, nel contratto
decentrato regionale della Medicina Generale, della
spirometria e della partecipazione al percorso diagnostico
terapeutico della BPCO e dell'asma**

Riflessioni conclusive

- ▶ *Ineludibile necessità di un coordinamento tra Specialistica e Medicina Generale*
- ▶ *Necessità di un coinvolgimento delle istituzioni*
- ▶ *Necessità di ufficializzare le attività (che devono essere tracciate e remunerate)*
- ▶ *Necessità di misurare i risultati della progettualità e degli investimenti con specifici indicatori*

Nota 99



Allegato - NOTA AIFA n. 99 per la prescrizione della terapia inalatoria di mantenimento con LABA, LAMA, ICS e relative associazioni precostituite (LABA/ICS, LABA/LAMA, LABA/LAMA/ICS) nei pazienti con BPCO.

La prescrizione a carico del SSN dei farmaci inclusi nella nota per l'indicazione nella terapia inalatoria di mantenimento della BPCO è limitata ai pazienti con diagnosi certa di BPCO.

La sospetta diagnosi di BPCO in pazienti che presentano dispnea, tosse cronica od espettorazione ed una storia di esposizione a fattori di rischio **deve essere confermata mediante spirometria** che dimostri la presenza di una ostruzione bronchiale persistente:

FEV₁/FVC (dopo broncodilatazione) <0,70 (70%)

- se FEV₁ ≥50% il MMG potrà prescrivere direttamente la terapia inalatoria seguendo le raccomandazioni delle linee guida GOLD o richiedere la consulenza specialistica (pneumologo o specialista in medicina interna operanti presso strutture identificate dalle Regioni) su base clinica o secondo quanto previsto dai PDTA locali (vedi Tab. 1).
- se FEV₁ <50% la prescrizione del trattamento di mantenimento (superata la eventuale fase acuta che potrà essere gestita dal MMG a domicilio o in ospedale) richiede una valutazione del danno funzionale polmonare mediante l'esecuzione di indagini di secondo livello e una rivalutazione periodica del trattamento. Ciò potrà essere effettuato dallo specialista pneumologo o dallo specialista in medicina interna operante presso strutture identificate dalle Regioni e dotate della strumentazione diagnostica necessaria (vedi Tab. 1).

La prescrizione dello specialista dovrà avvenire compilando la scheda cartacea di valutazione e prescrizione di cui all'allegato 1.

Tab.1 Sintesi delle modalità di prescrizione e dei tempi di esecuzione della spirometria e ricorso allo specialista.

Cosa fare	A chi farlo	In quali tempi	Note sulla terapia in corso
<p>Indagine di 1° livello (spirometria semplice)</p> <p>* per specialista si intende: specialista pneumologo o specialista in medicina interna operante presso strutture identificate dalle Regioni e dotate della strumentazione diagnostica necessaria.</p>	<p>Tutti i pazienti in trattamento con una terapia inalatoria o che stanno per iniziarla debbono eseguire o aver eseguito una spirometria semplice.</p> <p>Il MMG, dopo adeguata formazione, può eseguire ed interpretare una spirometria semplice allo scopo di confermare il sospetto diagnostico e valutare la gravità della patologia. In alternativa si dovrà ricorrere ad una struttura specialistica.</p> <p>Una spirometria eseguita nell'ultimo anno è da ritenere valida.</p> <p>In caso di episodi acuti (riacutizzazioni) il dato spirometrico dovrà essere rilevato dopo la fase acuta una volta raggiunta la stabilità clinica.</p>	<p>Pazienti già in trattamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> entro 1 anno dalla pubblicazione della nota AIFA 99. <p>Nuovi trattamenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> l'esecuzione di una spirometria semplice dovrà avvenire in tempi brevi (massimo 6 mesi), valutando la gravità clinica e nel rispetto dei tempi e dei modi previsti dai PDTA locali. 	<p>La Nota AIFA 99 riguarda la prescrizione della terapia inalatoria di mantenimento nei pazienti con BPCO.</p> <p>Una volta che il paziente sia stabilizzato il medico potrà considerare una terapia di mantenimento con i farmaci inclusi nella Nota, in base ai sintomi, ai fattori di rischio e al valore del dato spirometrico.</p> <p>Resta inteso che le triplici terapie (unico inalatore) rimangono di esclusiva prescrizione, mediante PT, da parte dello specialista*.</p>

In base al FEV₁ rilevato nella spirometria semplice e alla risposta clinica il MMG dovrà decidere se ricorrere ad una valutazione specialistica

Cosa fare	A chi farlo	In quali tempi	Note sulla terapia in corso
<p>Invio allo specialista* per eseguire Indagini di 2° livello (spirometria globale, DLCO, tecniche di imaging, ecc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pazienti di nuova diagnosi in cui viene riscontrato un FEV₁ < 50% (misurato al di fuori della fase acuta). ▪ Pazienti di nuova diagnosi nei quali il medico, per la presenza di importante sintomatologia e/o frequenti riacutizzazioni, consideri il quadro clinico grave o molto grave. 	<p>Entro 6 mesi dall'inizio della terapia.</p>	<p>Durante i 6 mesi che seguono la fase acuta e in attesa della valutazione specialistica sarà comunque possibile prescrivere tutti i farmaci inclusi nella nota con l'eccezione delle triplici terapie (unico inalatore) che rimangono di esclusiva prescrizione, mediante PT, da parte dello specialista*.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pazienti già in trattamento in cui viene riscontrato un FEV₁ < 50%; ▪ Pazienti già in trattamento con una triplice terapia (inalatori separati); ▪ Pazienti in trattamento con una associazione LABA/LAMA o LABA/ICS e che, a prescindere dal valore di FEV₁, presentano una mancata/insufficiente risposta clinica alla terapia in termini di frequenti riacutizzazioni e/o persistenza della dispnea. 	<p>Entro 1 anno dalla pubblicazione della Nota AIFA 99.</p>	<p>È possibile mantenere il trattamento in corso o modificarlo utilizzando i farmaci della Nota AIFA 99 nelle more dell'esecuzione della visita specialistica.</p> <p>Resta inteso che le triplici terapie (unico inalatore) rimangono di esclusiva prescrizione, mediante PT, da parte dello specialista*.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pazienti che hanno già eseguito una spirometria e sono in trattamento con una triplice terapia (unico inalatore) prescritta dallo specialista. 	<p>Fino alla scadenza del PT in corso.</p>	<p>Si potrà continuare la triplice terapia in corso fino al controllo specialistico già programmato.</p>

* per specialista si intende:
specialista pneumologo
o specialista in
medicina interna
operante presso
strutture identificate
dalle Regioni e dotate
della strumentazione
diagnostica necessaria.



*Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale*

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2021. 0491500 05/10/2021 14,59

Mitt. : 500406 Politica del farmaco e disposi...

Dest. : C.F.I. CONS. FARM. INTERCOMUNALE

Classifica : 50.4. Fascicolo : 46 del 2021



*Ai Direttori Generali
AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.UU., IRCCS*

Oggetto: Presa in carico pazienti affetti da BPCO – Progetto AGIRE e Nota AIFA 99

Nell'ottica di una completa presa in carico territoriale dei pazienti affetti da BPCO e al fine di garantire un più equo e celere accesso delle cure, la Regione Campania ha avviato, già nel 2019, con il progetto AGIRE, un programma di implementazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) di BPCO ed Asma, al fine di assicurare ai pazienti l'effettuazione della spirometria di I-II livello in assenza di una rete assistenziale consolidata.

Tale progetto, in avanzata fase di realizzazione, consente di dare una adeguata risposta a queste indicazioni attraverso la infrastruttura tecnologica già acquisita dalle ASL (circa 380 spirometri di I livello, 2 Medici di Medicina Generale per ogni AFT), acquisizione coordinata con un percorso formativo teorico-pratico erogato ai Medici di Medicina Generale (MMG).

Progetto A.G.I.Re Campania

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
(PDTA) Asma Bronchiale
Decreto Dirigenziale 92 del 18 Marzo 2021



Sessione formativa

2556544
Maggio 2021



Giunta Regionale della Campania

DECRETO DIRIGENZIALE

DIRETTORE GENERALE/
DIRIGENTE UFFICIO/STRUTTURA

Avv. Postiglione Antonio

DIRIGENTE UNITA' OPERATIVA DIR. / DIRIGENTE
STAFF

Dott.ssa Romano Maria Rosaria

DECRETO N°	DEL	DIREZ. GENERALE / UFFICIO / STRUTT.	UOD / STAFF
92	18/03/2021	4	0

Oggetto:

Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico (PDTA) Asma Bronchiale in Regione Campania

Data registrazione	
Data comunicazione al Presidente o Assessore al ramo	
Data dell'invio al B.U.R.C.	
Data invio alla Dir. Generale per le Risorse Finanziarie (Entrate e Bilancio)	
Data invio alla Dir. Generale per le Risorse Strumentali (Sist. Informativi)	

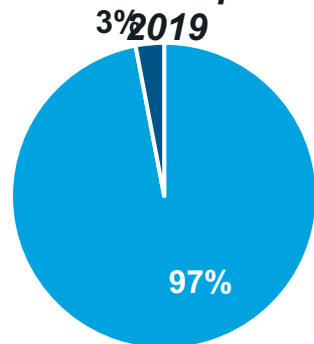
Il cruscotto della Cabina di Regia

A - Adesione alla formazione

A1. % Partecipazione alla formazione

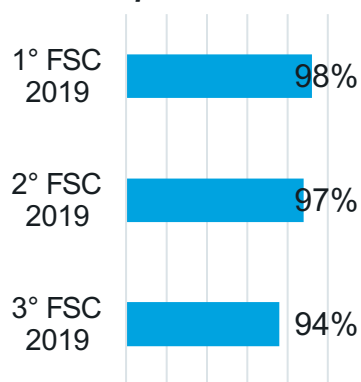
Target indicatore: >95%

Presenze complessive 3°/2019



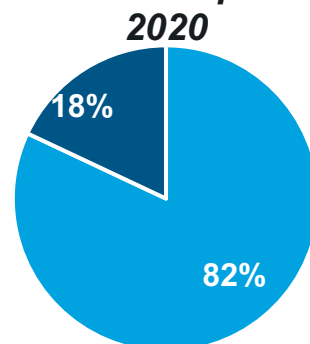
■ Presenti ■ Assenti

Presenze per incontro



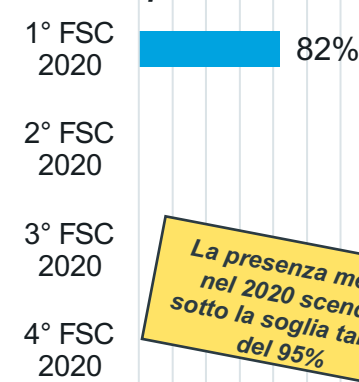
Totale MMG partecipanti: 356

Presenze complessive 2020



■ Presenti ■ Assenti

Presenze per incontro



La presenza media nel 2020 scende sotto la soglia target del 95%

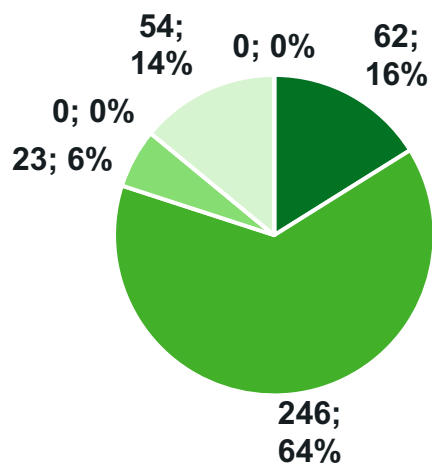
Totale MMG partecipanti: 352

Il cruscotto della Cabina di Regia

B - Efficacia della formazione

B1. % Macchine avviate

- Completato
- In set-up invio dati
- In collaudo
- In consegna
- In formulazione e ordine



PUNTI DI ATTENZIONE

Il numero delle macchine risulta aggiornato

Livello	N. Macchine	NOTE
I	368	(da 360)
IIa	12	(da 10)
IIb	5	(da 4)
Totale	385	374

Sono presenti n. 5 macchine esistenti

localizzate presso: l'AO Moscati, l'AO Rummo, l'AORN Cardarelli e l'ASL Salerno (Scafati e Polla). Le macchine (tutte di livello IIa), per essere messe in rete necessitano dell'aggiornamento del software e del computer, al netto di quella dell'AORN Cardarelli¹.

Si ritiene necessario valutare la possibilità di stimare le tempistiche utili a tali attività così da inserire anche le 5 macchine esistenti in rete.

¹ La macchina, seppur esistente, risulta nuova e pronta per essere messa in rete


FONTE: Dati aggiornati al 21/04/2021

This presentation is confidential and must not be used for purposes other than those for which has been drawn up and must not be disclosed, reproduced and/or revealed to third parties without the prior written consent of IQVIA

Il cruscotto della Cabina di Regia

MACCHINE
LIVELLO I

B - Efficacia della formazione

AZIENDA	<u>Non aderito</u>	<u>In formulazio ne ordine</u>	<u>In consegna</u>	<u>In collaudo</u>	<u>In set-up invio dati</u>	<u>Completat o</u>	Totale macchine	STATUS	
ASL Avellino					28		28	Tutte collaudate e consegnate presso le ASL. Verificare se sono presso ASL o MMG	2) 3) 4)
ASL Benevento					20		20	Le macchine si trovano presso la ASL (non consegnate ai MMG). Entro 10 gg messa in rete / in stato Completato	2) 3)
ASL Caserta					56	2	58	(56): la maggioranza oggi risulta consegnata ai MMG. Entro 40 gg messa in rete / in stato Completato	2) 3) 4)
ASL NA1 Centro		54					54	In attesa della formulazione dell'ordine da parte della ASL	1)
AO dei Colli				8			8	Macchine consegnate, da collaudare. Verificare se sono presso AO o MMG	2) 3) 4)
ASL NA2 Nord				11		60	71	(11): macchine consegnate, situate presso i MMG, già in rete. Necessaria autorizzazione della ASL affinché la Ditta ALTHEA possa raggiungere i MMG e fare il collaudo. (60): macchine collaudate e messe in rete presso la ASL; la maggioranza risulta consegnata agli MMG	5)
ASL NA3 Sud					54		54	Tutte collaudate e consegnate presso le ASL Verificare se sono presso ASL o MMG	2) 3) 4)
ASL Salerno					75		75		2) 3) 4)
Totale	0	54	0	19	233	62	368		
	0%	15%	0%	5%	63%	17%			

Fonte: Dati aggiornati al 21/04/2021

This presentation is confidential and must not be used for purposes other than those for which has been drawn up and must not be disclosed, reproduced and/or revealed to third parties without the prior written consent of IQVIA

PUNTI DI ATTENZIONE

- 1) In attesa della formulazione dell'ordine
- 2) Mancata contezza di dove siano localizzate le macchine: consegnate presso MMG o situate presso i magazzini delle Aziende
- 3) Mancata contezza dei MMG che sono stati sostituiti
- 4) Per le macchine in set-up invio dati consegnate agli MMG, per la messa in rete sarà necessario recarsi presso ciascun MMG. Diversamente, si prevede di utilizzare il primo incontro di FSC per tale attività
- 5) Mancata consegna delle macchine già collaudate e in rete presso i MMG

Il cruscotto della Cabina di Regia

MACCHINE
LIVELLO II

B - Efficacia della formazione

	Livello	<i>Non aderito</i>	<i>In formulazione ordine</i>	<i>In consegna</i>	<i>In collaudo</i>	<i>In set-up invio dati</i>	<i>Completato</i>	Totale macchine
Totale		0%	0%	0%	24%	76%	0%	
		0	0	0	4	13	0	17
<i>di cui</i>	<i>IIa</i>	0	0	0	3	9	0	12
<i>di cui</i>	<i>IIb</i>	0	0	0	1	4	0	5

- In collaudo** 24%

- ✓ AO dei Colli (3): 2 situate in reparti Covid; per una macchina è previsto il collaudo entro la prossima settimana
- ✓ ASL NA2 Nord (1): a seguito del sopralluogo è emersa l'assenza di prese di corrente

- In set-up invio dati** 76%

- ✓ E' necessario l'intervento del CED (Centro Elaborazione Dati) per garantire la messa in rete delle macchine all'interno del sistema informativo aziendale
- ✓ Si tratta di tutte le altre Aziende: ASL Avellino (1), ASL Benevento (1), ASL Caserta (2), AO Sant'Anna e San Sebastiano (1), ASL NA1 Centro (3), ASL NA2 Nord (1), ASL NA3 Sud (2), AOU Ruggi d'Aragona (1)



PUNTI DI ATTENZIONE

Necessaria comunicazione da parte delle Aziende per indicazione a poter accedere in Struttura (macchine in collaudo)



Stimolare un'efficace disponibilità e comunicazione con le ASL



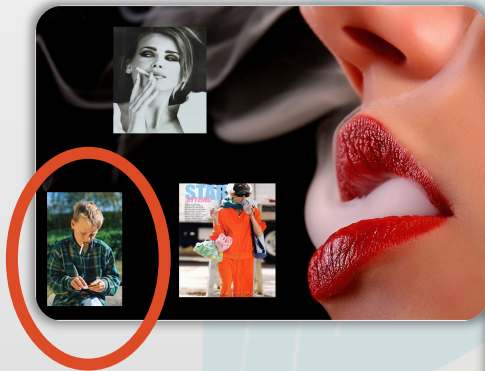
Sollecitare il CED per l'allineamento delle macchine all'interno del sistema informativo aziendale

Fonte: Dati aggiornati al 21/04/2021

This presentation is confidential and must not be used for purposes other than those for which has been drawn up and must not be disclosed, reproduced and/or revealed to third parties without the prior written consent of IQVIA



SOTTO DIAGNOSI E DIAGNOSI TARDIVE



PREVENZIONE

PRE-
DIAGNOSI
PRECOCE

INSORGENZA
CLINICA

DIAGNOSI E
STADIAZION
E

FOLLOW UP
ATTIVO

GESTIONE
COMPLICANZE

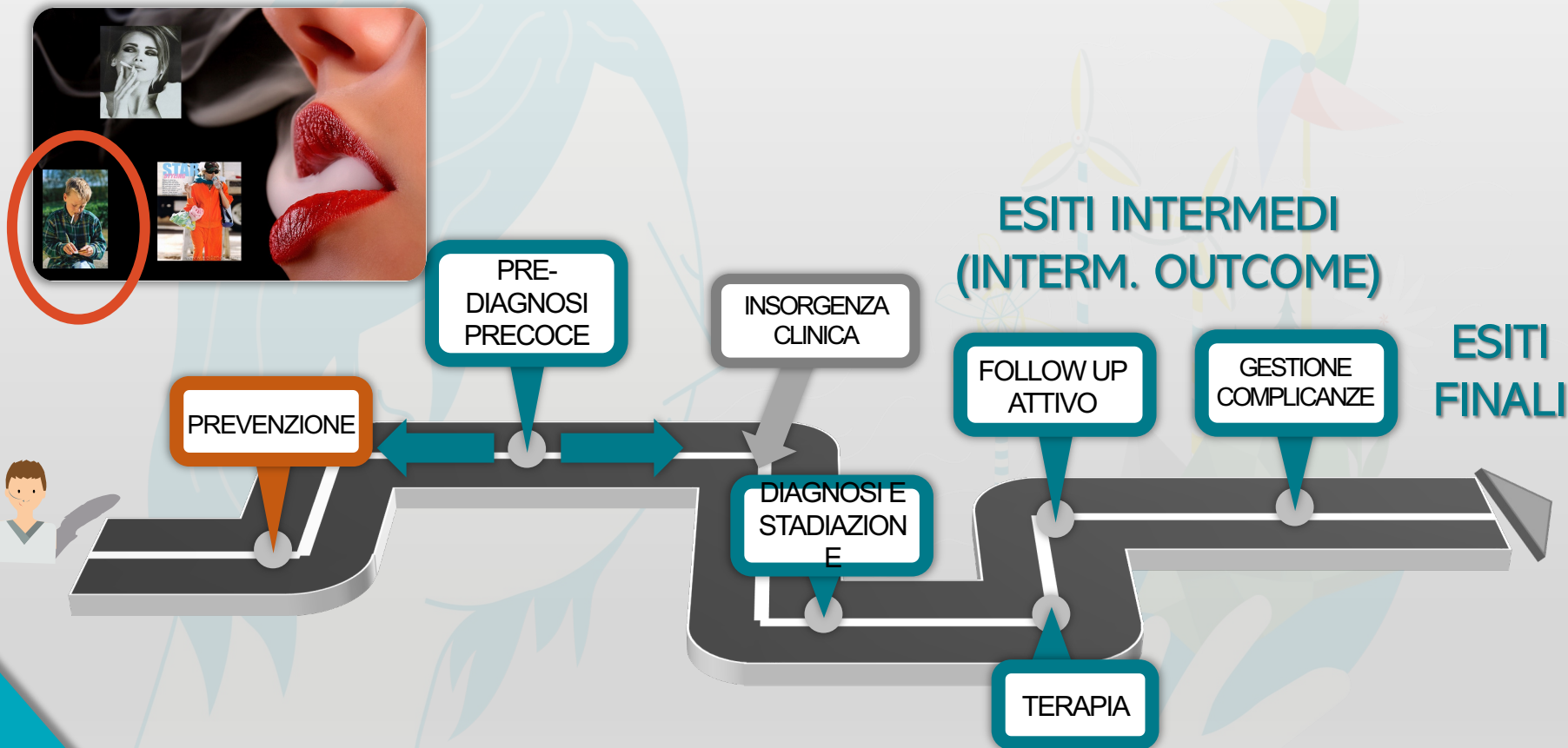
TERAPIA

ESITI INTERMEDI
(INTERM. OUTCOME)

ESITI
FINALI

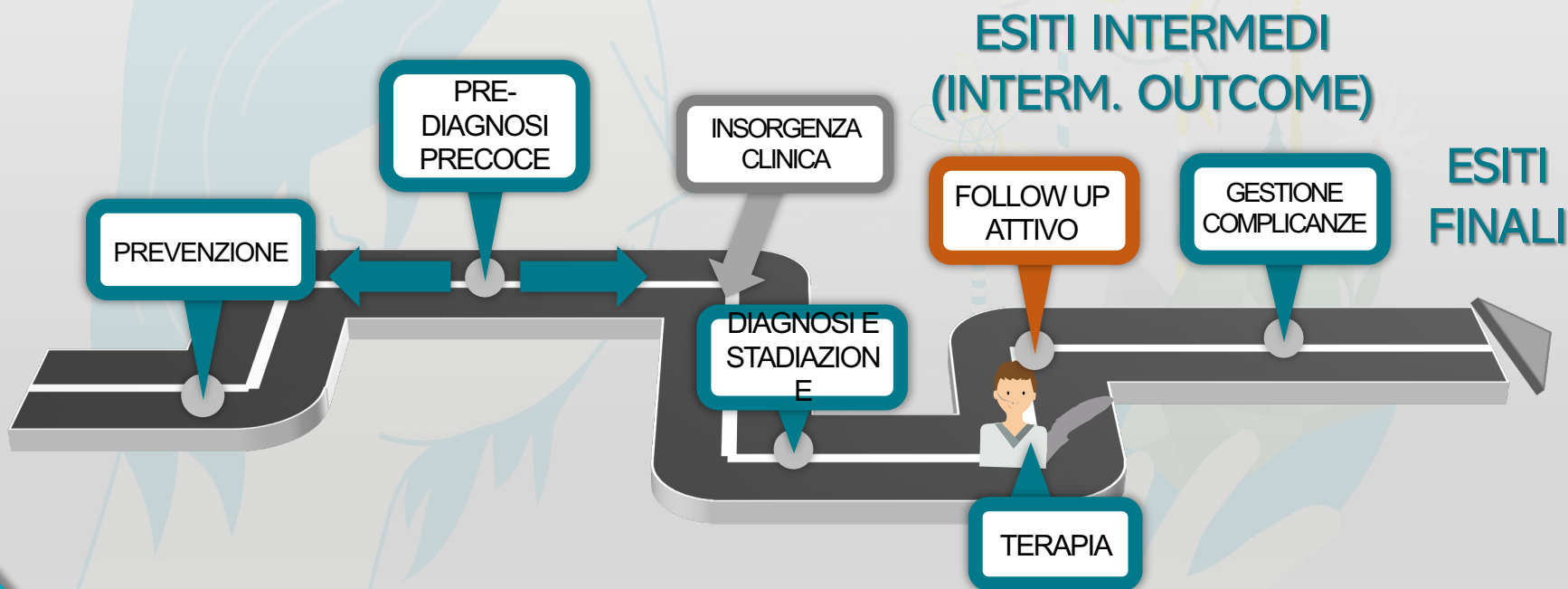


IL PERCORSO ASSISTENZIALE NELLA BPCO



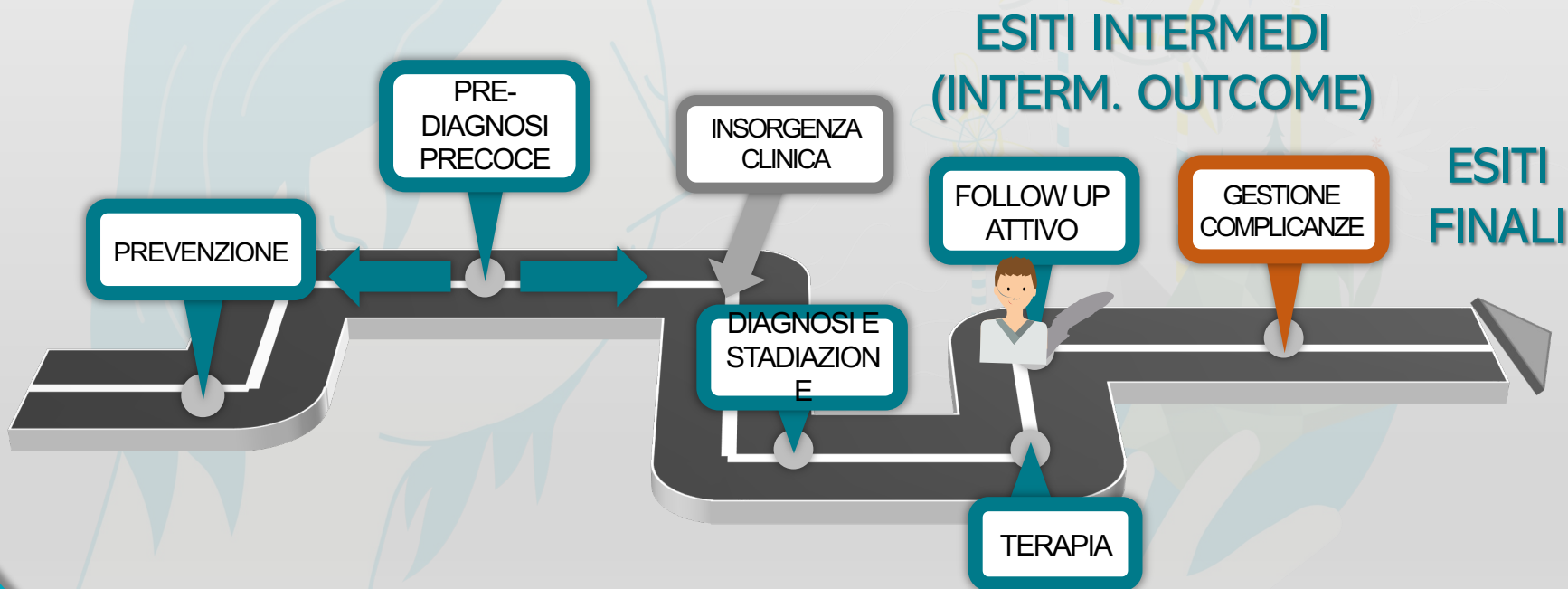


IL PERCORSO ASSISTENZIALE





IL PERCORSO ASSISTENZIALE





Allegato 4 - Aggiornamento LEA - Nuovo elenco DRG ad alto rischio di inappropriatazza - FOGLIO 1

DRG	MDC	TIPO DRG	Descrizione
006	1	C	Decompressione del tunnel carpale
008	1	C	Interventi sui nervi periferici e cranici e altri interventi sul sistema nervoso senza CC
012	1	M	Malattie degenerative del sistema nervoso (eccetto urgenze)
013	1	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare
019	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC
035	1	M	Altre malattie del sistema nervoso senza CC (eccetto urgenze)
036	2	C	Interventi sulla retina
038	2	C	Interventi primari sull'iride
039	2	C	interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
040	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni
041	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni
042	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto retina, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)
047	2	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC
051	3	C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia
055	3	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
059	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni
060	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni
061	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni
062	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni
065	3	M	Alterazioni dell'equilibrio (eccetto urgenze)
067	3	M	Epiglottite (eccetto urgenze)
069	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)
070	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni
071	3	M	Laringotracheite (eccetto urgenze)
073	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni
074	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni
088	4	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva