



COMUNICATO STAMPA

Bpco e applicazione Nota 99: ancora criticità per il territorio. La medicina generale: “Occorre investire su personale, strumentazione e nella formazione”.

Ancora priva di attrezzatura e formazione per rispondere alle richieste di un ambulatorio di 1° livello; la Pneumologia regionale non è adeguata nelle risorse umane e nelle attrezzature diagnostiche idonee per un ambulatorio di 2° livello per i pazienti più gravi.

7 maggio 2022 – Le Broncopneumopatie cronico ostruttive (Bpco) rappresentano vere e proprie “malattie sociali”, di grande impatto economico il cui costo raggiunge valori rilevanti ed il ritardo diagnostico può comportare non solo la persistenza di disturbi invalidanti, ma anche la progressione verso forme più gravi che inesorabilmente si ripercuotono sulla qualità di vita del paziente sotto vari punti di vista (sociale, personale, lavorativo). La loro diffusione in popolazione aumenta al crescere dell’età con i costi sociali e sanitari correlati.

Le risorse in arrivo dal Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresentano una grande opportunità per tutti, malati in primis, ma come utilizzarle al meglio? Come riorganizzare la filiera assistenziale? Cosa chiedere al territorio e cosa ai centri ad alta specializzazione? Come implementare la prevenzione delle complicanze? Ed in tutto questo come l’innovazione prodotta, introdotta e correttamente misurata, può trovare facile accesso creando valore? L’obiettivo di questo quinto incontro, “**FOCUS ON BPCO, NOTA 99: COME CAMBIA LO SCENARIO**”, con focus sulla Sicilia, organizzato da **Motore Sanità**, con il contributo incondizionato di GSK ed IT-MeD, è stato rispondere a questi interrogativi, con il supporto della comunità scientifica, delle associazioni pazienti, degli operatori sanitari e delle Istituzioni.

I dati parlano chiaro: l’Istat in Italia stima una prevalenza di Bpco del 5,6% (15-50% dei fumatori sviluppa Bpco) ed indicano una mortalità che pesa per il 55% nel totale delle malattie respiratorie ed in aumento progressivo nell’arco temporale 2010-2018. Questa malattia rappresenta la 4° causa di morte (6% di tutte le morti); la sua incidenza è in continuo aumento a causa di diversi fattori come il fumo, l’inquinamento oltre al graduale invecchiamento della popolazione. L’aderenza alla terapia resta assolutamente insoddisfacente e soprattutto bassa nel panorama delle malattie croniche, attestandosi in percentuali non superiori al 20%.

Altri numeri. L’accesso in ospedale per Bpco riacutizzata è considerato un indicatore di ospedalizzazione evitabile attraverso una efficace e tempestiva presa in carico dei pazienti sul territorio: in Italia il tasso di ospedalizzazione per Bpco riacutizzata è stato ancora di 1,07 per 1.000 nel 2020 e sono il 12,3% le riammissioni in ospedale entro 30 giorni dopo un primo ricovero (Fonte PNE 2021).

“Questi dati confermano la necessità di interventi organizzati per contenere la dimensione del problema e favorire una migliore gestione dei casi sul territorio – ha spiegato **Salvatore Scondotto**, Epidemiologo, Sicilia -. È fondamentale **ridurre il carico di malattia con il controllo dei principali fattori di rischio attraverso strategie di prevenzione primaria orientate in particolare al contrasto della diffusione dell’abitudine al fumo ed alla riduzione dell’esposizione al fumo passivo** tramite il rispetto del relativo divieto in ambienti di vita e di lavoro. Dal punto di vista assistenziale è necessario **rafforzare percorsi di gestione integrata sul territorio utili a contenere l’ospedalizzazione evitabile** che da fonte PNE si attesta nel nostro Paese e le forme gravi e **potenziare gli strumenti di epidemiologia valutativa disponibili**, attraverso l’uso integrato delle fonti sanitarie correnti, per il monitoraggio e la valutazione della qualità delle prestazioni. Misurare la performance del sistema sanitario attraverso opportuni indicatori rilevati dagli strumenti informativi, come nel caso di quelli oggi disponibili attraverso il Piano Nazionale Esiti o del Nuovo Sistema di Garanzia dei Lea, consente di innalzare la qualità e l’appropriatezza delle prestazioni rese all’utenza”.

“La Bpco è una malattia cronica complessa, prevenibile, trattabile e progressivamente ingravescente, una corretta gestione prevede interventi di prevenzione, diagnosi e terapia tempestivi - ha ribadito **Santino Marchese**, Presidente AIPO Sicilia -. Per il raggiungimento di tutto ciò è necessario un sistema integrato fra medici di medicina generale e specialisti pneumologi. L’Aifa con la Nota 99 ha vincolato i criteri prescrittivi dei farmaci inalatori a criteri diagnostici ben definiti, al fine di ottenere una maggiore appropriatezza, cercando inoltre di fare emergere quanto della Bpco è rimasto sommerso. Pur apprezzando tali aspetti non si può non rilevare che il provvedimento non tiene in considerazione due fattori fondamentali: 1) **la Medicina generale ancora priva di attrezzatura e formazione per rispondere alle richieste di un ambulatorio di 1° livello (spirometria semplice per eseguire FEV1/FVC); 2) la realtà pneumologica regionale non adeguata sia in termini di risorse umane (ospedaliere e territoriali), che di attrezzature diagnostiche idonee per un ambulatorio di 2° livello per i pazienti più gravi (spirometria globale, DLCO, etc.)**. È chiaro che i buoni propositi della Nota 99 sono destinati a fallire se non vengono sciolti tali nodi”. Quindi, secondo Santino Marchese, un’applicazione corretta della Nota 99 necessita di: “una **diversa organizzazione in tempi rapidi dei medici di medicina generale**, al fine di sopperire alle inadeguatezze sopra rilevate; un’**adeguata rete pneumologica organizzata con ambulatori di 2° livello** in modo da poter rendere fattive tutte le indicazioni della Nota 99, che si propone di valutare tutti i pazienti con diagnosi di Bpco e quelli con sospetta Bpco. In assenza di tutto questo si assisterà ad una organizzazione sanitaria a macchia di leopardo che porterà solo ad una situazione di caos, con pazienti che non potranno essere assistiti adeguatamente dal servizio pubblico e pneumologi mortificati che non potranno svolgere il loro lavoro specialistico”, ha concluso Marchese.

Gli **aspetti positivi della Nota Aifa 99** sono stati evidenziati da **Franco Magliozzo**, Segretario Provinciale SIMG Palermo. “La Nota mostra una **notevole tolleranza sulla tempistica relativa alla valutazione da parte dello specialista pneumologo**, tanto che nei pazienti di nuova diagnosi è consentito non solo eseguire una spirometria alla fine della fase acuta, ma se il FEV1 è < al 50%, abbiamo sei mesi di tempo per inviare il paziente allo specialista. Se il paziente è già in trattamento, allora i tempi si dilatano fino a 12 mesi, potendo comunque essere riutilizzata una spirometria precedentemente eseguita, la quale ci aveva permesso di prescrivere la terapia appropriata. La Nota

99 ribadisce pertanto l'importanza della spirometria nella diagnosi e nel follow-up della Bpco ma definisce i tempi precisi entro cui doverla eseguire o richiedere. Un aspetto, a mio avviso, molto positivo è che, **eseguita la spirometria, possiamo scegliere la terapia più adatta**, definendo la gravità della Bpco, in base ai sintomi che egli presenta, alla valutazione dei questionari mMRC e CAT, alla presenza di riacutizzazioni o ospedalizzazioni, riportando il medico di medicina generale nel ruolo centrale di clinico. La Nota 99 ha anche il merito di aver **eliminato il piano terapeutico per la doppia broncodilatazione**, offrendo al paziente una possibilità terapeutica da parte del proprio medico di medicina generale, relegata prima soltanto in ambito specialistico. È vero che esistono ancora delle criticità, e mi riferisco alla impossibilità di eseguire la spirometria da parte di alcuni pazienti, anche se la Nota contempla le controindicazioni permanenti delle persone con disturbi cognitivi o disabilità gravi e le controindicazioni temporanee. Infine, viste le criticità del territorio, occorre investire sul suo potenziamento, in termini di personale e strumentazione e al tempo stesso, investire nella formazione dei medici di medicina generale, dotarli di uno spirometro "intelligente" in modo da potere essere determinanti ed eseguire quanto indicato nella Nota medesima" ha concluso Francesco Magliozzo.

Ufficio stampa Motore Sanità

comunicazione@motoresanita.it

Laura Avalle - Cell. 320 098 1950

Liliana Carbone - Cell. 347 2642114

Marco Biondi - Cell. 327 8920962

www.motoresanita.it