

PNRR FOCUS ON BPCO NOTA 99

COME CAMBIA LO SCENARIO

ABRUZZO, LAZIO, PUGLIA

11 Aprile 2022



Con il patrocinio di



www.motoresanita.it





INTRODUZIONE DI SCENARIO

La spesa a livello UE per le malattie croniche è pari a circa 700 miliardi di euro l'anno ed in Italia i malati cronici sono 24 milioni, assorbendo una gran parte delle risorse riversate in sanità. Nel nostro Paese considerando le sole cronicità respiratorie, nel 2020 la spesa per farmaci è al settimo posto (5,7% della spesa totale) attestandosi su 1,3 miliardi di €.

Tra queste la BPCO è una cronicità che deriva da una interazione complessa tra fattori genetici ed ambientali, con un impatto rilevante sia sulla vita dei pazienti e delle famiglie che sui servizi sanitari. Nel mondo si stima che circa 328 milioni di persone siano affette da questa malattia che rappresenta la 4° causa di morte (6% di tutte le morti).

E la sua incidenza è in continuo aumento a causa di diversi fattori come il fumo, l'inquinamento oltre al graduale invecchiamento della popolazione.

In Italia i dati ISTAT stimano 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. Ma la prevalenza è verosimilmente più elevata in quanto essa viene spesso diagnosticata casualmente ed in fase di ricovero per riacutizzazione.

Nonostante lo scenario descritto l'aderenza alla terapia resta assolutamente insoddisfacente e soprattutto bassa nel panorama delle malattie croniche, attestandosi in percentuali non superiori al 20%. Tutto questo porta ad uno scarso controllo e ad un aumento del rischio di riacutizzazioni e ricoveri, generando un prevenibile consumo di risorse.

Si può comprendere facilmente come il livello di diagnosi e di presa in carico appropriate, debba essere implementato attraverso una maggiore integrazione tra i vari referenti della catena assistenziale, con l'utilizzo di nuove tecnologie (farmaci, devices, telemedicina, informatizzazione, etc.) ed una maggior diffusione degli expertise consolidati.



IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)

- La missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha un grande obiettivo: migliorare il Servizio sanitario nazionale (SSN) dal punto di vista dell'efficacia/efficienza per ridurre al minimo l'impatto delle disuguaglianze sociali tra le persone che accedono al sistema salute.
- Le misure prese oggi devono dare i propri effetti in un tempo relativamente breve; i fondi che arriveranno dall'Europa dovranno infatti essere spesi entro 5 anni.
- Secondo la maggior parte degli esperti, la riuscita del piano si misurerà valutando non solamente l'impatto economico, ma anche quello sociale ed una delle sfide più rilevanti sarà sicuramente il sistema di gestione della cronicità

CRONICITÀ BPCO: INCIDENZA, CAUSE E MORTALITÀ

- La sua incidenza è in continuo aumento a causa di diversi fattori come fumo, inquinamento, graduale invecchiamento della popolazione.
- In Italia i dati ISTAT stimano una prevalenza del 5,6% (15-50% dei fumatori sviluppa BPCO) ed indicano una mortalità del 55% nel totale delle malattie respiratorie, in aumento progressivo nell'arco temporale 2010-2018.
- Ma la prevalenza è verosimilmente più elevata in quanto essa viene spesso diagnosticata casualmente ed in fase di ricovero per riacutizzazione.

CRONICITÀ BPCO: CONTESTO SOCIO-ECONOMICO

- La spesa UE per le malattie croniche è pari a circa 700 miliardi di € l'anno ed in Italia i malati cronici sono 24 milioni, assorbendo una gran parte delle risorse riversate in sanità.



- Nel nostro Paese considerando le sole cronicità respiratorie, nel 2020 la spesa per soli farmaci è al settimo posto (5,7% della spesa Totale) attestandosi su 1,3 miliardi di €.
- Tra queste la BPCO è la più rilevante sulla vita dei pazienti, delle famiglie e sui servizi sanitari e deriva da una interazione complessa tra fattori genetici ed ambientali.
- Nel mondo si stima che circa 328 milioni di persone siano affette da questa malattia, che rappresenta la 4° causa di morte (6% di tutte le morti).

CRITICITÀ E SOLUZIONI PROPOSTE

Nonostante lo scenario descritto, vi sono ancora molti problemi assistenziali irrisolti:

- L'aderenza alla terapia resta assolutamente insoddisfacente e bassa nel panorama delle malattie croniche, attestandosi in percentuali inferiori al 20%.
- Questo porta ad uno scarso controllo e ad un rischio aumentato di riacutizzazioni e ricoveri, generando un prevenibile consumo di risorse.
- Diagnosi e presa in carico appropriate devono essere implementate attraverso una maggiore integrazione tra i referenti della catena assistenziale, rendendo disponibile l'utilizzo delle nuove tecnologie (farmaci, devices, telemedicina, informatizzazione, etc..) a tutti i professionisti.
 - NOTA 99: Consente l'utilizzo delle terapie R03 ai Medici di Medicina Generale



NOTA AIFA 99 LUCI E OMBRE. BEST PRACTICE REGIONALE, IL DECALOGO INTERPRETATIVO

1. La spirometria con test di broncodilatazione è indagine diagnostica indispensabile per confermare diagnosi di BPCO
2. L'esame spirometrico → entro 6 mesi dal sospetto diagnostico per i pazienti di nuova diagnosi
3. Per il paziente già in trattamento la conferma diagnostica con spirometria → entro 12 mesi dall'entrata in vigore della Nota 99
4. MMG può valutare il paziente con spirometria semplice eseguita nel setting della medicina generale o, se non disponibile, può inviarlo allo specialista (PNE o Internista)
5. MMG può prescrivere tutti i farmaci della classe R03 ad eccezione delle triplici associazioni fisse LABA/LAMA/ICS di competenza dello specialista
6. Nella scelta terapeutica → raccomandazioni Gold lasciando comunque autonomia prescrittiva
7. Non è consentito prescrivere i farmaci inalatori della classe R03 in un paziente con BPCO senza inserire la Nota 99 (la terapia inalatoria per asma bronchiale non rientra in Nota 99)
8. La sospensione del trattamento cronico in un paziente già in cura per BPCO rappresenta un atto di omissione di cure mediche
9. Importanza del dato clinico associato a quello strumentale nei soggetti altamente sospetti BPCO
10. Il tempo necessario per la conferma diagnostica richiesto in Nota 99 deve tenere conto delle disponibilità e dell'offerta da parte dei centri specialistici



CONTESTO SOCIO-EPIDEMIOLOGICO REGIONALE E MODELLO DI GESTIONE CRONICITÀ BPCO

PUGLIA

È imprescindibile la presa di conoscenza della epidemiologia della patologia a livello del territorio, Puglia e Provincia di Bari, che vede una stima di prevalenza della BPCO nella popolazione generale del 4-6%, con 2.5-3 milioni di pazienti in Italia e circa 250-300 mila in Puglia.

L'aderenza alla terapia (con più dell'80% dei giorni coperti dalla terapia) si attesta intorno al 13,9%, mentre il 62,8% hanno meno del 20% di giorni coperti dalla terapia.

Popolazione Adulta Provincia di Bari	Pazienti con BPCO in base a prevalenza (5%)	Spirometrie necessarie a 6 mesi	Spirometrie necessarie a 12 mesi	Spirometri disponibili per spirometrie 99	Spirometrie eseguibili al giorno e totale anno
1.230.025	61510	15.500	46.010	????	?

Aderenza ai PDTA per la BPCO in Puglia

Indicatore	BPCO	Anno Coorte / Anno Valutazione	% Aderenti	Denominatore	Numeratore
PDTA01	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con broncodilatatori a lunga durata d'azione	2015/2017	37.98%	2820	1071
		2016/2018	34.20%	2658	909
		2017/2019	30.80%	2474	762
		2018/2020	35.25%	2383	840
BPCO					
PDTA02	Adeguatezza del numero di visite pneumologiche	2015/2017	53.37%	2820	1505
		2016/2018	55.49%	2658	1475
		2017/2019	55.05%	2474	1362
		2018/2020	55.52%	2383	1323



Elementi fondamentali del PDTA

	STEP 1 <i>Prevenzione Educazione</i>	STEP 2 <i>Diagnosi</i>	STEP 3 <i>Terapia</i>	STEP 4 <i>Riacutizzazione Ricovero</i>	STEP 5 <i>Riabilitazione Respiratoria</i>
OBIETTIVO	Abolire i fattori di rischio	Conferma della diagnosi Emersione della patologia	Controllo dei sintomi Ridurre le riacutizzazioni	Ricovero appropriato Corretto setting di ricovero	Recupero funzionale Miglioramento qualità di vita
INPUT	Visita ambulatoriale	Visita ambulatoriale Richiesta di ia	Visita ambulatoriale	Visita ambulatoriale Pulsossimetria	Visita ambulatoriale /domiciliare o in corso di ricovero
ATTORI	MMG Specialista pneumologo	MMG Specialista pneumologo	MMG Specialista pneumologo	MMG Specialista pneumologo	Team multidisciplinare
SETTING	Studio del MMG Centri Antifumo	Studio del MMG AFT Ambulatorio pneumologia territorio	Studio del MMG AFT Ambulatorio pneumo territorio	Studio del MMG AFT Ambulatorio pneumologia territorio Ospedale	Ricovero Riabilit. DS Domicilio Ambulatorio
OUTPUT	Registrazione dato fumo Trattamento del tabagismo	Diagnosi e stadiazione Visita specialistica	Prescrizione terapia Programma di follow-up	Risoluzione della riacutizzazione Presenza in carico postricovero	Valutazione degli esiti Riduzione delle complicanze e delle disabilità residue

Numerose criticità organizzative a livello territoriale:

INDAGINI DI 1° LIVELLO: ruolo del Medico di Medicina Generale

La Nota 99 prevede:

“tutti i pazienti in trattamento con terapia inalatoria o che stanno per iniziarsela debbono eseguire una spirometria semplice, il MMG dopo adeguata formazione può eseguire e interpretare una spirometria semplice”



1. Mancato finanziamento per la strumentazione già previsto dalla legge 27 dicembre 2019, n. 160: La maggior parte degli ambulatori di MMG sono sprovvisti sia di strumentazione idonea (spirometri).
2. Un'adeguata formazione, che prevede almeno un training in presenza in integrazione con gli specialisti pneumologi della durata di almeno 50 ore complessive.

È necessario dunque:

1. l'aumento del personale (assunzione di Infermieri e medici)
2. Definire dei protocolli di periodi di formazione degli stessi
3. adeguata fornitura delle strumentazioni (spirometri) ai Medici di Medicina Generale

“In alternativa si dovrà ricorrere ad una struttura specialistica”.

Ma attualmente ambulatori specialistici territoriali presentano una carenza di organico e delle attrezzature per esami di I e II livello.

INDAGINI DI 2° LIVELLO: Pneumologo-Internista

Anche in questo livello si evidenziano delle criticità:

1. Insufficienza del numero di personale sanitario deputato alla effettuazione della spirometria globale DLCO e tecniche di imaging tutti luoghi già in carenza di personale e sovraccarico di lavoro, specie nel perdurante periodo (seppure migliorato) della pandemia da COVID.
2. Carenza delle attrezzature per l'esecuzione delle indagini funzionali respiratorie, spirometri spirometria globale DLCO e tecniche di imaging di varia tipo e di individuazione di alterazioni di parametri complessi quali VR, ITGV, Raw e DLCO necessarie per gli esami di secondo livello atti a dare una corretta diagnosi di ostruzione di flusso



La proposta:

Per il superamento di dette criticità onde mettere in atto in maniera corretta e definitiva la Nota 99 si richiede agli organi istituzionali regionali lo slittamento di 24 mesi della applicazione della stessa.

Slittamento temporale utile a:

- **Fornire la strumentazione** (spirometri) e il personale necessario agli ambulatori ospedalieri, territoriali e agli studi dei MMG
- **Formare i professionisti con percorsi di apprendimento** compatibili con le ordinarie attività sanitarie svolte
- **Eseguire indagine di 1° livello su ogni paziente attualmente in trattamento** (carico di lavoro a T0)
- **Garantire priorità alle nuove diagnosi**, data l'impossibilità di fornire il farmaco adeguato in assenza di spirometria

LAZIO

La Regione Lazio ha vissuto una forte ondata pandemica da Covid-19 che ha impegnato fortemente, e impegna ancora oggi, molte delle pneumologie della Regione. Questa situazione, legata ad una scarsa organizzazione regionale della medicina del territorio, ha comportato molte difficoltà nell'attuare il PDTA regionale per la BPCO e attuare la Nota 99.

La soluzione, secondo i panelist intervenuti, deve essere individuata attraverso un potenziamento della medicina del territorio e della medicina domiciliare. Secondo gli esperti la percentuale di quelle persone che potrebbero essere curate a casa è elevata con effetti anche migliori e migliorativi rispetto al sistema attuale, invece sono ancora curate in strutture ospedaliere e in reparti che non sono adeguati a quel tipo di patologia.



Già all'interno della stessa regione è possibile notare differenze di approccio alla malattia tra gli ospedali nell'impostazione della cura e quindi è importante che ci sia una cabina di regia che consenta al malato di avere la miglior cura in luoghi consoni alla sua patologia. Questo porterebbe un vantaggio migliorativo per il paziente e consentirebbe di liberare posti letto che potrebbero essere utilizzati da chi ne ha la necessità. È importante cercare di ottimizzare in questo senso i nuovi fondi che arriveranno con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), con una pianificazione e una programmazione adeguata.

I numeri delle spirometrie nel Lazio

	Spirometria semplice	Spirometria globale
ASL ROMA1		
Policlinico Umberto I	nd	nd
A.O. San Giovanni Addolorata	17/10/2022	17/10/2022
Ospedale Cristo Re	nd	nd
Poliambulatorio Nuovo Regina Margherita	22/4/22, 12/2022	29/11/2022
Ospedale San Filippo Neri	nd	nd
Ospedale Santo Spirito	30/11/2022	-
Casa di Cura Salus Infirmorum	24/5/2022	-
Poliambulatorio Trionfale	28/6/2022	28/06/2022
ASL ROMA 2		
Policlinico Agostino Gemelli	nd	nd
Policlinico Casilino	nd	-
Policlinico di Tor Vergata	nd	nd
Ambulatorio di Medicina dello Sport Viale Monza	nd	-
Ospedale Madre Giuseppina Vannini	nd	-
Ospedale Sandro Pertini	11/1/2023	11/01/2023
Poliambulatorio CTO Garbatella	15/11/2022	-
Poliambulatorio Santa Caterina della Rosa L.go Preneste	20/1/2023	nd
Poliambulatorio Via Antistio	nd	nd
Poliambulatorio via di Decima	5/12/2022	-
ASL ROMA 3		
A.O. San Camillo-Forlanini	26/11/2022	26/11/22
Ospedale G.B Grassi di Ostia	nd	-
Ospedale San Giovanni Battista	nd	nd
Poliambulatorio Casal Bernocchi, Acilia	10/9/2022	10/9/2022
Poliambulatorio Coni Zugna, Fiumicino	nd	-
Poliambulatorio Sant'Agostino, Ostia	nd	nd


ASL ROMA 4

Ospedale San Paolo Civitavecchia	nd	nd
Poliambulatorio Anguillara	25/10/2022	25/10/2022
Poliambulatorio Campagnano	20/10/2022	-
Poliambulatorio Fiano Romano	6/10/2022	6/10/2022
Poliambulatorio Ladispoli	28/10/2022	28/10/2022
Poliambulatorio Padre Pio Bracciano	nd	nd
Poliambulatorio S Oreste	22/8/2022	-

ASL ROMA 5

Poliambulatorio Guidonia	nd	-
Poliambulatorio Monterotondo	2/11/2022	-
Poliambulatorio Palombara	nd	nd
Poliambulatorio Tivoli	nd	-

ASL ROMA 6 (CASTELLI)

Casa Salute Rocca Priora	14/7/2022	-
Ospedale Castelli	nd	-
Ospedale Regina Apostolorum	nd	-
Poliambulatorio Ariccia	nd	nd
Poliambulatorio Velletri	nd	-
Poliambulatorio Villa Albani	nd	-

Spirometria semplice
Spirometria globale
ASL VITERBO

Ospedale Civitacastellana 8/4, 4/10/22

ASL FROSINONE:

Ospedale Santa Scolastica di Cassino	15/6/22	nd
Ospedale Pontecorvo	nd	nd
Ospedale San Benedetto Alatri	nd	-
Ospedale Spaziani di Frosinone	nd	-
Ospedale SS Trinità di Sora	nd	nd

ASL RIETI

Ospedale San Camillo De Lelli di Rieti:	13/4/22	13/4/22
Poliambulatorio Viale Matteucci (Rieti)	nd	
Poliambulatorio Magliano Sabino	nd	
Poliambulatorio Sant'Elpidio	nd	
Poliambulatorio Poggio Mirteto	nd	
Poliambulatorio Antrodoco	nd	

ASL LATINA

Ospedale Santa Maria Goretti	nd	nd
Poliambulatorio Piazza Celli	nd	nd



ABRUZZO

La Regione Abruzzo ha strutturato un PDTA dedicato alla BPCO, ma gli esperti sanitari lamentano come il PDTA sia meramente uno strumento organizzativo e necessità quindi di una struttura su cui applicarlo.

In Abruzzo per rendere pienamente operativo il PDTA sono necessari maggiori professionisti dal personale medico specializzato a quello infermieristico e maggiori strumentazioni soprattutto sul territorio. In questo contesto non è semplice in Regione applicare la Nota 99, anche se con l'ultimo aggiornamento è stata inserita all'interno del PDTA regionale.

Anche la formazione dei professionisti della sanità è un punto cruciale su cui la Regione Abruzzo deve lavorare per riuscire a migliorare l'approccio alla BPCO.

CONCLUSIONI

In Italia i dati ISTAT stimano una prevalenza di BPCO del 5,6% (il 15-50% dei fumatori sviluppa BPCO), ma la sua prevalenza è verosimilmente più elevata in quanto viene spesso diagnosticata casualmente e in fase di ricovero per riacutizzazione. Nonostante lo scenario descritto, l'aderenza alla terapia resta insoddisfacente, attestandosi in percentuali non superiori al 20%. Tutto questo porta a uno scarso controllo e ad un aumento del rischio di riacutizzazioni e ricoveri, generando un prevenibile consumo di risorse. Il livello di diagnosi e di presa in carico appropriate deve essere implementato attraverso una maggiore integrazione tra i vari referenti della catena assistenziale, con l'utilizzo di nuove tecnologie (farmaci, devices, telemedicina, informatizzazione, etc.) e una maggior diffusione degli expertise consolidati. Le risorse in arrivo dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresentano una grande opportunità per tutti, malati in primis, ma per utilizzarle al meglio è necessaria una programmazione a livello regionale che investa anche nella medicina di iniziativa, potendo in questo modo risparmiare molte risorse dovute a ospedalizzazioni e riacutizzazioni da poter investire in altro modo.

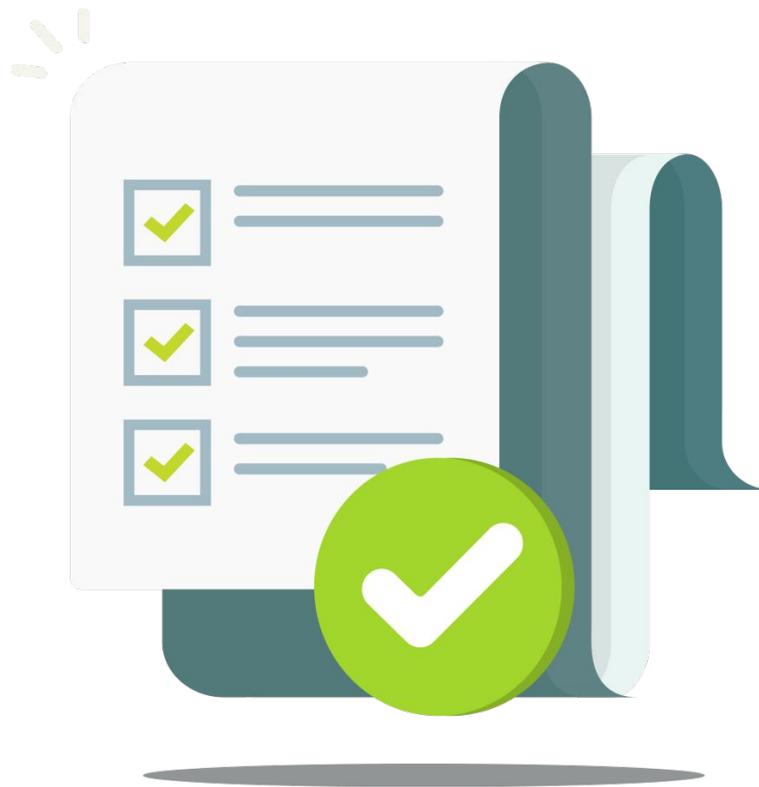


CALL TO ACTION

- Il Medico di Medicina Generale deve decidere insieme al paziente cosa fare: nel momento in cui si fa un patto terapeutico si possono avere buoni risultati di persistenza e di aderenza terapeutica. Infatti l'aderenza non è solo aspetto organizzativo e tecnologia, ma è anche comunicazione, rapporto medico-paziente, ingaggio vero, fiducia, affidamento totale.
- L'aderenza terapeutica per la BPCO passa anche attraverso nuovi modelli organizzativi che consentano una ottimizzazione delle risorse, dalle aree vaste alle reti regionali. Occorre ridefinire la continuità ospedale-territorio, per garantire accesso, appropriatezza e direzione unitaria. Pertanto si rende sempre più necessario pensare ad una cartella clinica trasversale "alimentata" da tutti (MMG, caregiver, specialista territoriale e specialista ospedaliero).
- Ritornare a valorizzare il rapporto tra il medico e il paziente mettendo in campo più educazione al paziente e più tempo da dedicare (attualmente sono indicati 20 minuti di tempo per la prima visita e 15 minuti per la seconda visita, tempi che certamente non aiutano al perseguimento di un tasso più alto di aderenza). Proprio il momento di comunicazione, di educazione e di ingaggio (in particolare sui pazienti che hanno scarsa familiarità e attitudine all'aderenza) porta al self management, una condizione in cui il paziente è più consapevole e più responsabilizzato nel seguire in modo attento, persistente ed aderente la terapia.
- Il ruolo del Medico di Medicina Generale deve essere fondamentale quello di refertare la spirometria. La sua attuazione deve essere focalizzata nei centri di cura territoriale e dovrebbe essere eseguita, per far fronte alla carenza di medici, da personale infermieristico o tecnico specializzato. Riuscire ad eseguire e far refertare la spirometria vicino al domicilio del paziente garantisce sia una maggiore rapidità nell'esecuzione che una maggiore aderenza da parte del paziente.



- L'esecuzione della spirometria semplice, che è un valido strumento per monitorare il paziente, spesso è fatta in modo irregolare, per brevi periodi, determinando aumento delle riacutizzazioni e degli accessi ospedalieri. La riduzione delle riacutizzazioni deve essere un obiettivo primario, visto che incidono sul declino di funzione respiratoria e sulla mortalità comportando quindi un enorme costo sia sociale che economico per il SSN.





SONO INTERVENUTI (I NOMI SONO RIPORTATI IN ORDINE ALFABETICO):

Daniele Amoruso, Giornalista Scientifico

Michele Ancona, Dipartimento Pneumologia SIMG Bari

Ettore Attolini, Direttore Area Programmazione Sanitaria AReSS Agenzia Regionale Strategica della Salute e Sociale, Regione Puglia

Antonio Aurigemma, Componente VII Commissione Sanità, Regione Lazio

Elisiana Carpagnano, Direttore UOC Malattie Apparato Respiratorio Policlinico di Bari

Alberto Chiriatti, Vice Segretario Regionale Vicario FIMMG Lazio

Francesco Colasuonno, Funzionario Dipartimento Promozione della salute Servizio Politiche del Farmaco Regione Puglia

Salvatore D'Antonio, Presidente Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus

Maria Pia Foschino Barbaro, Direttore Medicina Specialistica Ospedali Riuniti AOU Foggia

Vincenzo Gigantelli, Direttore Distretto ASL Bari

Stefania Greco, Presidente AIPO Lazio

Michele Lisco, Medico Medicina Generale Simg Brindisi

Donato Monopoli, Presidente FIMMG Regione Puglia

Paola Rogliani, Professore Associato Malattie Apparato Respiratorio Dipartimento Medicina Sperimentale Università di Roma, Direttore UOC Malattie Apparato Respiratorio Dipartimento di Emergenza Policlinico Tor Vergata, Roma

Fabio Valente, Vice Segretario Vicario FIMMG Roma

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità



MOTORE
SANITÀ

Panacea

Con il contributo incondizionato di



IT-MeD



www.motoresanita.it