

DOCUMENTO DI SINTESI

PNRR FOCUS ON BPCO

NOTA 99

COME CAMBIA LO SCENARIO

VENETO

6 Maggio 2022



www.motoresanita.it

Con il patrocinio di





SALUTI DELLE AUTORITÀ

La governance regionale deve prima di tutto iniziare a organizzare servizi omogenei per i cittadini, il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) rappresenta un'occasione di confronto su cosa fare e con tempi definiti, ma i modelli organizzativi non li detta il PNRR, li creano le persone che hanno piena consapevolezza di che cosa si può fare.

Inoltre, in Veneto come nel resto d'Italia, è necessario dare piena attuazione ai Livelli essenziali di assistenza (LEA), quindi essere in accordo tutti gli attori del Servizio sanitario nazionale (SSN) su che cosa garantire al cittadino in ogni sede; è fondamentale concordare tra professionisti di tutti gli ambiti, specialistici e neo specialistici, ciò che il sistema garantisce al cittadino, in modo che la presa in carico non sia soltanto un modo di dire ma un modo di fare.

Infine, si deve superare il concetto dei silos e pensare alle reti che non hanno soltanto il significato di condivisione clinica ma anche il significato di condivisione organizzativa, e su queste reti dovrà esserci il cittadino.

INTRODUZIONE DI SCENARIO

La spesa a livello UE per le malattie croniche è pari a circa 700 miliardi di euro l'anno e 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, una cronicità che deriva da una interazione complessa tra fattori genetici e ambientali, con un impatto rilevante sia sulla vita dei pazienti e delle famiglie, sia 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).



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) e indicano una mortalità che pesa per il 55% nel totale delle malattie respiratorie e in aumento progressivo nell'arco temporale 2010-2018. Ma la 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 assolutamente insoddisfacente e soprattutto bassa nel panorama delle malattie croniche, attestandosi in percentuali non superiori al 20%. Tutto questo porta a uno scarso controllo e a 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.) e una maggior diffusione degli expertise consolidati.

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)

- La missione 6 del PNRR ha un grande obiettivo: migliorare il 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 e 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) e 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 e 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 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 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 stimano circa 328 milioni di persone 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 a uno scarso controllo e a 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 MMG





NOTA AIFA 99 LUCI E OMBRE

BEST PRACTICE REGIONALE, IL DECALOGO INTERPRETATIVO

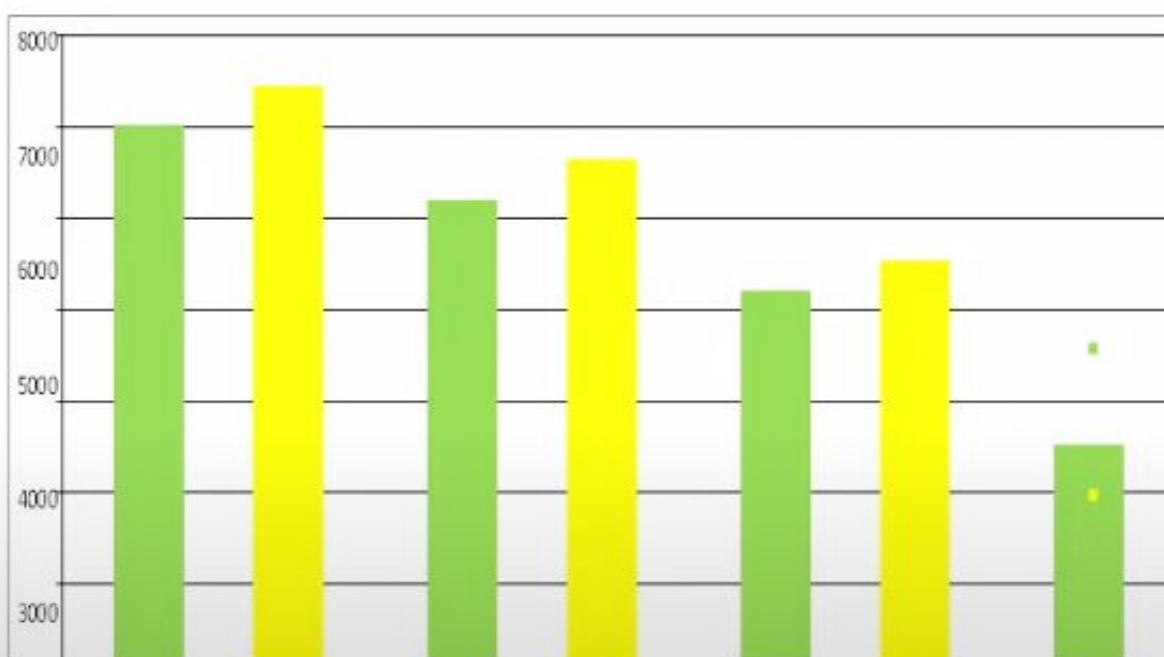
1. La spirometria con test di broncodilatazione è un'indagine diagnostica indispensabile per confermare la BPCO.
2. L'esame spirometrico → entro 6 mesi dal sospetto diagnostico per i pazienti di nuova diagnosi.
3. Per il paziente già in trattamento la conferma diagnostica con spirometria → entro 12 mesi dall'entrata in vigore della nota 99.
4. Il Medico di Medicina Generale (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. Il 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 di 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

Uno dei primi concetti da analizzare per comprendere in che contesto in Veneto ed in Italia si gestisce la BPCO è quello del numero dei posti letto disponibili alla Pneumologia. Infatti, come evidenziato dai dati del Ministero della Salute questi posti letto sono stati quasi dimezzati negli ultimi 20 anni.

Numero posti letto pneumologia in Italia:



Gli esperti intervenuti nel corso del panel hanno sottolineato come questo numero di posti letto non sia adeguato, ma la problematica principale è costituita dal fatto che quasi mai alla diminuzione di posti letto è corrisposto un investimento per le cure a livello territoriale.



Cause più frequenti di ospedalizzazione a livello italiano:

DRG	DIMISSIONI	%
Insufficienza cardiaca e shock		
Edema polmonare e insufficienza respiratoria	135.909	2,1
Psicosi		
Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	73.550	1,1
Insufficienza renale		
Malattie cardiovascolari eccetto infarto acuto		
Esofagite gastroenterite e miscellanea		
Chemioterapia		
Setticemia senza ventilazione meccanica		
Malattia polmonare cronica ostruttiva	42.228	0,7
Intervento cardiovascolare con stent medicato		
Ischemia cerebrale transitoria		
Neoplasie dell'apparato respiratorio	42.247	0,7
Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare e del pancreas		
Anomalie dei globuli rossi età >17 anni		
Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC		
Polmonite semplice e pleurite età > 17 anni senza CC	32.704	0,5
Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente		

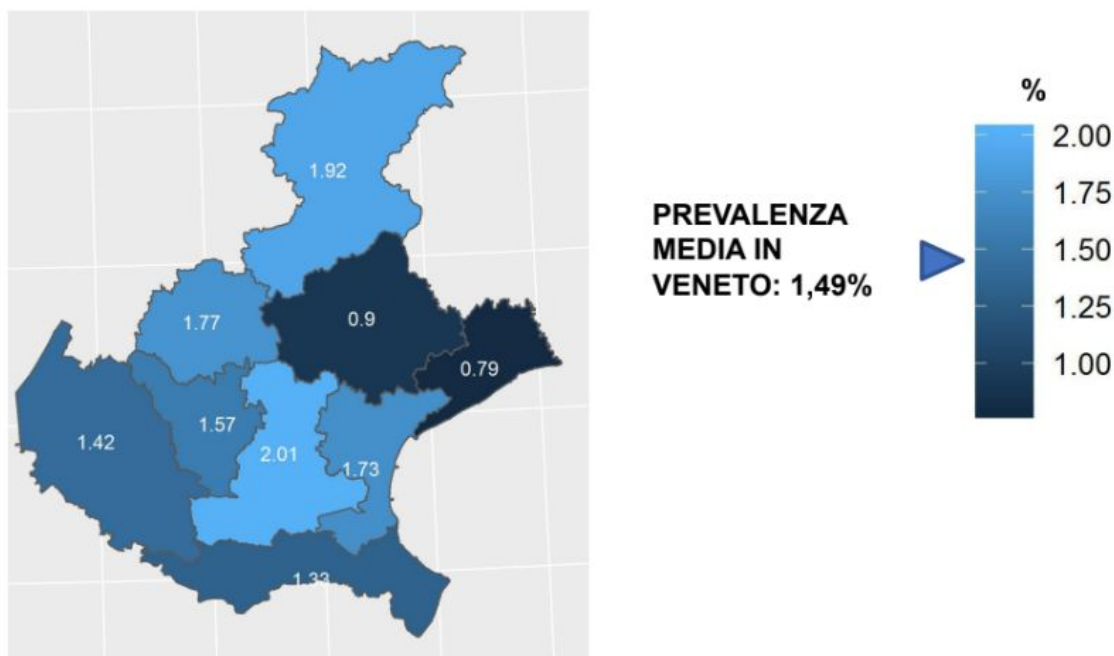
Il grafico mostra come molto spesso non vengano ricoverate i pazienti con BPCO riacutizzata. Questo però non rappresenta un dato positivo poiché in ospedale non si ricovera più per BPCO ma per sintomi ancora più gravi, mostrando quindi un problema di sottodiagnosi di questa malattia.

Il più grande problema per la presa in carico dei pazienti con BPCO è quindi la sottodiagnosi di questa patologia



Dati epidemiologici nel Veneto

Il sistema IVAQ permette al Servizio sanitario regionale (SSR) Veneto di produrre dei dati di prevalenza estremamente precisi.



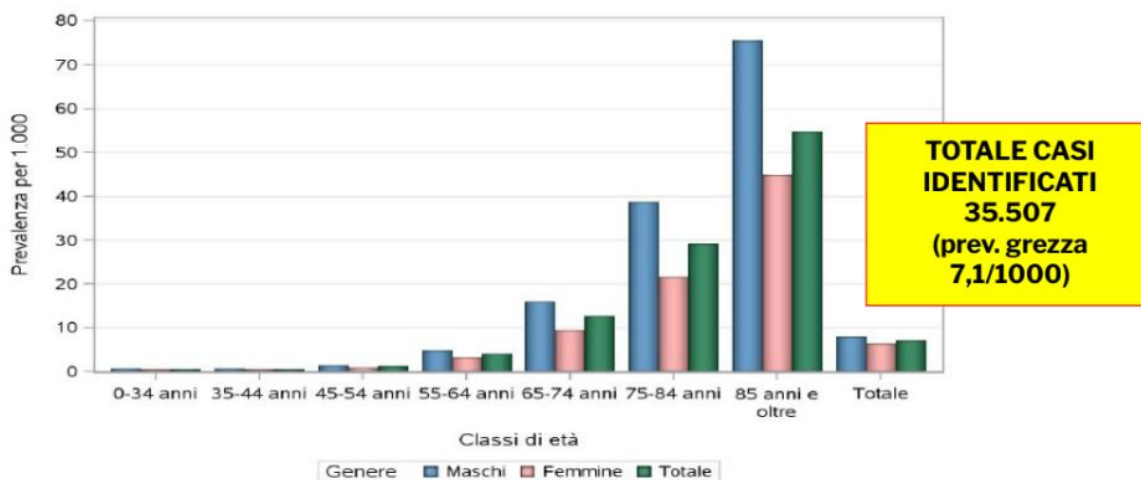
Fonte: Cruscotto Arsenà.IT - dati IVAQ - Elaborazione a cura di Regione Veneto - U.O. Cure primarie
prevBpco40: valore di prevalenza BPCO >= 40 anni (media degli ultimi valori registrati da n.2882 MMG nel 2020. Estrazione al 18/02/2022.

Questo grafico oltre che la prevalenza mostra anche come in Regione Veneto esistano determinate zone più impegnate nel case findind rispetto ad altre zone che non riescono ad intercettare i casi di BPCO.



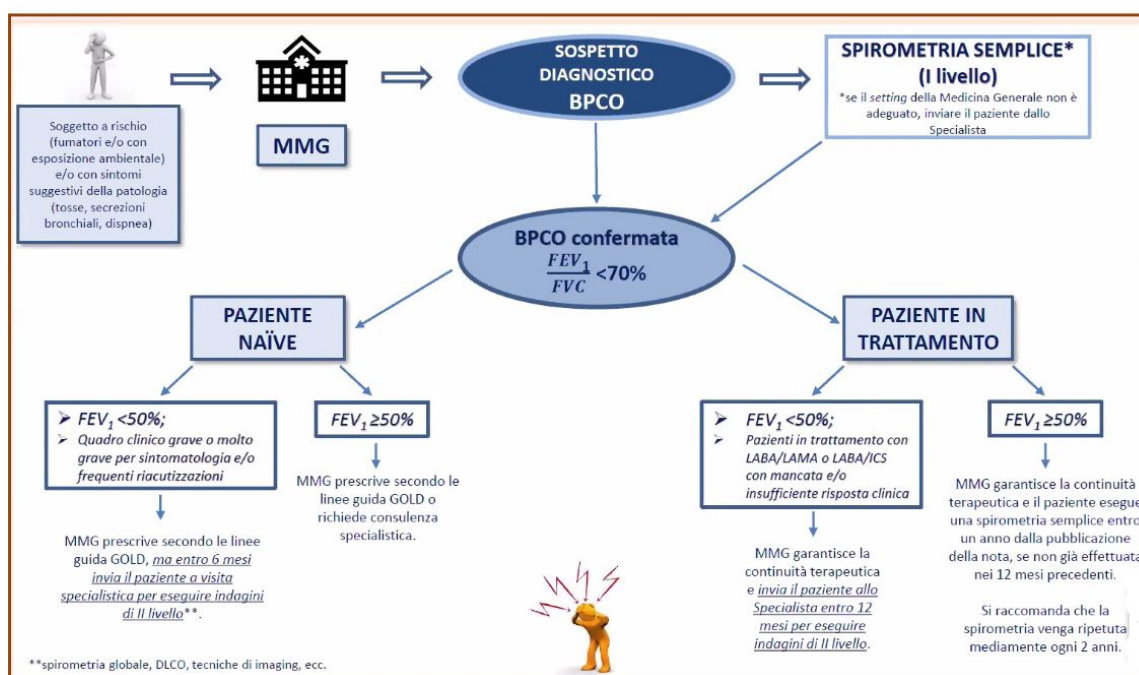
Prevalenza BPCO grado moderato severo in Veneto

Figura 3.1. BPCO di grado moderato/severo. Prevalenza per età e genere. Veneto, anno 2019. Fonte: archivio regionale ACG.



C'è una certa discrepanza sulle capacità del sistema tra l'individuare sul momento dei pazienti negli ambulatori dei Medici di medicina generale (MMG) e negli ospedali e quelli che sono i sistemi di ricerca epidemiologica riescono a tracciare ed individuare.

PERCORSO DELLA NOTA 99





Terapia della BPCO e Nota99

Come scegliere la terapia giusta? Tutte le raccomandazioni delle linee guida concordano nel definire la terapia inalatoria con broncodilatatori come cardine del trattamento farmacologico della BPCO stabile.

- Strategia terapeutica “a gradini”
- Principali varianti da considerare nella scelta della terapia inalatoria iniziale in presenza di quadro clinico stabile:
 - grado di ostruzione di flusso
 - frequenza di riacutizzazioni sintomatologia (dispnea, capacità di svolgere esercizio fisico)
 - presenza di comorbidità
- le scelte successive dipenderanno dalla risposta clinica e dalla tollerabilità del trattamento

Strumento prescrittivo

In occasione della visita, lo Specialista è tenuto a compilare la scheda cartacea di valutazione e prescrizione, motivando la scelta della strategia terapeutica proposta al fine di condividerla col MMG.

Aderenza al trattamento e somministrazione inalatoria

- Nel trattamento per via inalatoria risulta essenziale porre attenzione nell'educazione e nell'addestramento del paziente alla corretta tecnica inalatoria.
- La scelta del dispositivo inalatorio deve essere personalizzata e dipende da: disponibilità del prodotto, costo, medico prescrittore, abilità e preferenza del paziente.



- Essenziale fornire istruzioni, mostrare la corretta tecnica inalatoria e verificare ad ogni controllo che il paziente continui a utilizzare correttamente il proprio inalatore.
- La tecnica inalatoria e l'aderenza alla terapia dovrebbero essere verificate prima di concludere che la terapia in atto è inadeguata.

Rapporto OSMED 2020 → Pur in presenza di una condizione invalidante, l'aderenza alla terapia nella BPCO arriva al 20-24%

Evidenze cliniche → Una buona aderenza alla terapia si associa a una riduzione >40% dei tassi di ricovero ospedaliero.

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 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.

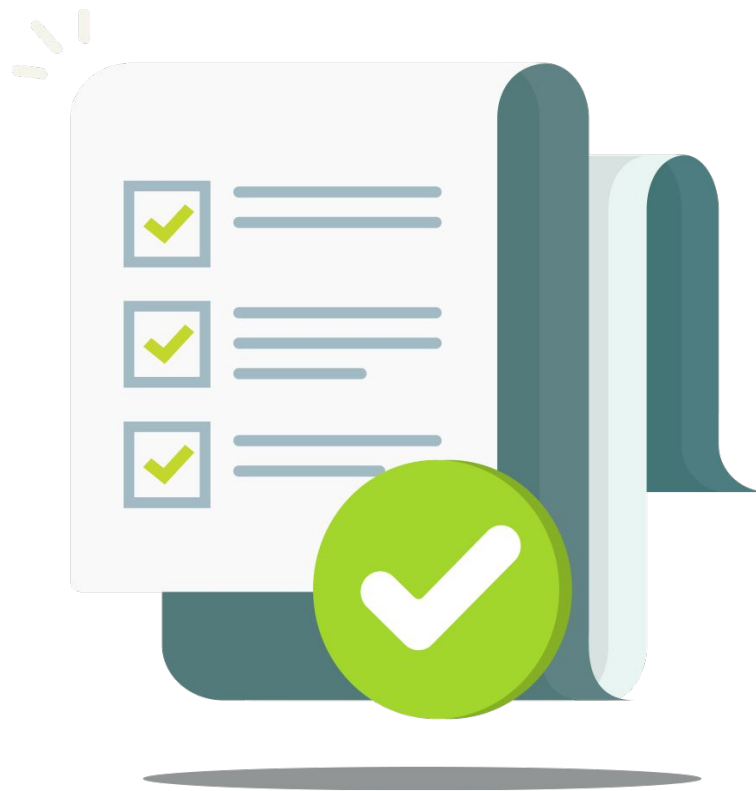


CALL TO ACTION

- Il MMG 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 dell'MMG deve essere fondamentalmente 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.



- Nell'ambito dell'esecuzione della spirometria semplice, che è un valido strumento per monitorare il paziente, spesso la terapia 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.
- Il SSR deve aumentare i posti letto disponibili in Pneumologia, quasi dimezzati negli ultimi 20 anni.



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

Vito Bossone, Medico di Medicina Generale ULSS 6 Euganea

Gian Luca Casoni, Direttore UOC Pneumologia ULSS 5 Polesana

Mirko Claus, UO Cure Primarie - Direzione Programmazione Regione del Veneto

Luciano Flor, Direttore Generale Area Sanità e Sociale Regione del Veneto

Roberta Joppi, Responsabile UOS Ricerca Clinica e Valutazione Farmaci e Nucleo per la Ricerca Clinica (N.R.C.), ULSS 9 Scaligera

Vincenzo Lolli, Segretario SIFO Regione Veneto e Direttore UOC Farmacia Ospedaliera - Ospedale Santa Maria Regina degli Angeli ADRIA (RO) ULSS 5 Polesana

Claudio Micheletto, Direttore UOC Pneumologia AOU Verona

Ugo Moretti, Responsabile dei Centri Regionali di Farmacovigilanza Regione del Veneto

Andrea Moser, Medico di Medicina Generale ULSS 9 Scaligera

Maurizio Scassola, Segretario Regionale FIMMG Veneto

Fabiola Talato, Medico di Medicina Generale, Coordinatrice della Medicina di Gruppo Integrata "Guizza"

Carlo Tommasini, Direzione scientifica Motore Sanità

Stefano Vianello, Direttore Funzione Territoriale ULSS 3 Serenissima - Presidente CARD Veneto

Susanna Zardo, Direttore UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale ULSS 3 Serenissima



MOTORE
SANITA'

panacea

Con il contributo incondizionato di



IT-MeD



www.motoresanita.it