

# DOCUMENTO DI SINTESI

## PNRR FOCUS ON BPCO NOTA 99 COME CAMBIA LO SCENARIO

LOMBARDIA

7 Aprile 2022



[www.motoresanita.it](http://www.motoresanita.it)

Con il patrocinio di





## 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.



## 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.



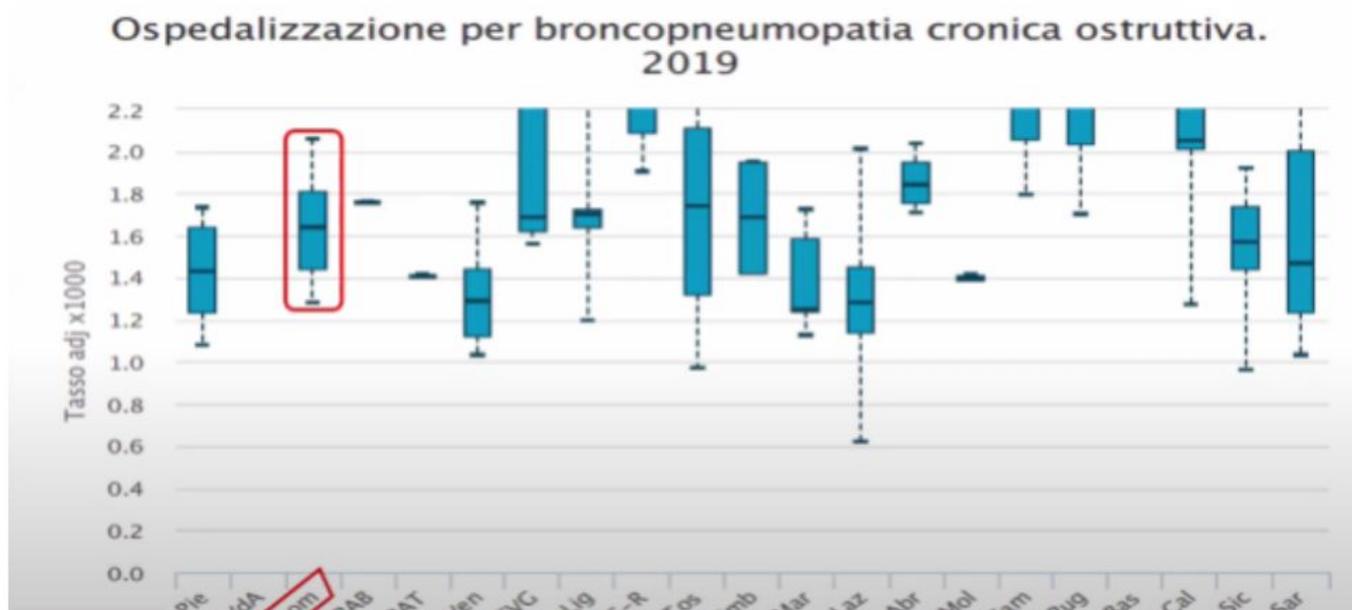
## CONTESTO SOCIO-EPIDEMIOLOGICO REGIONALE

Esiste una marcata differenza di prevalenza della BPCO tra regioni del sud-centro-nord. La Lombardia, però, tra le regioni del nord (quelle con minor prevalenza), ha il tasso di prevalenza più alto.

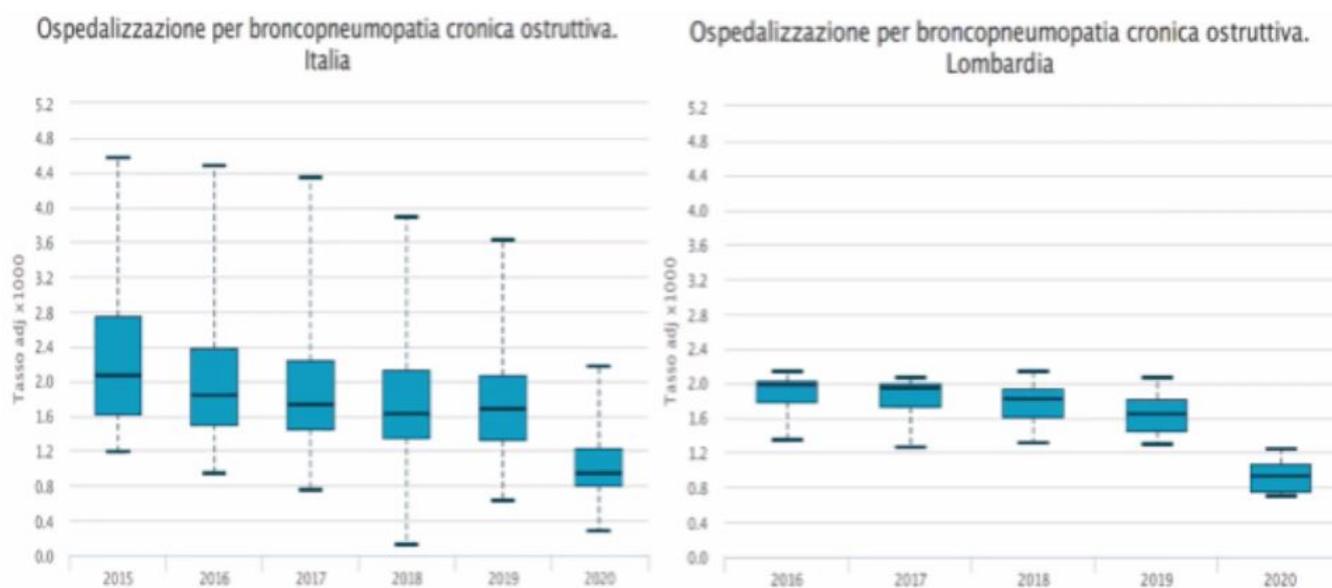




Dal punto di vista delle ospedalizzazioni per BPCO riacutizzata, la Regione Lombardia si attesta in linea con il dato italiano.

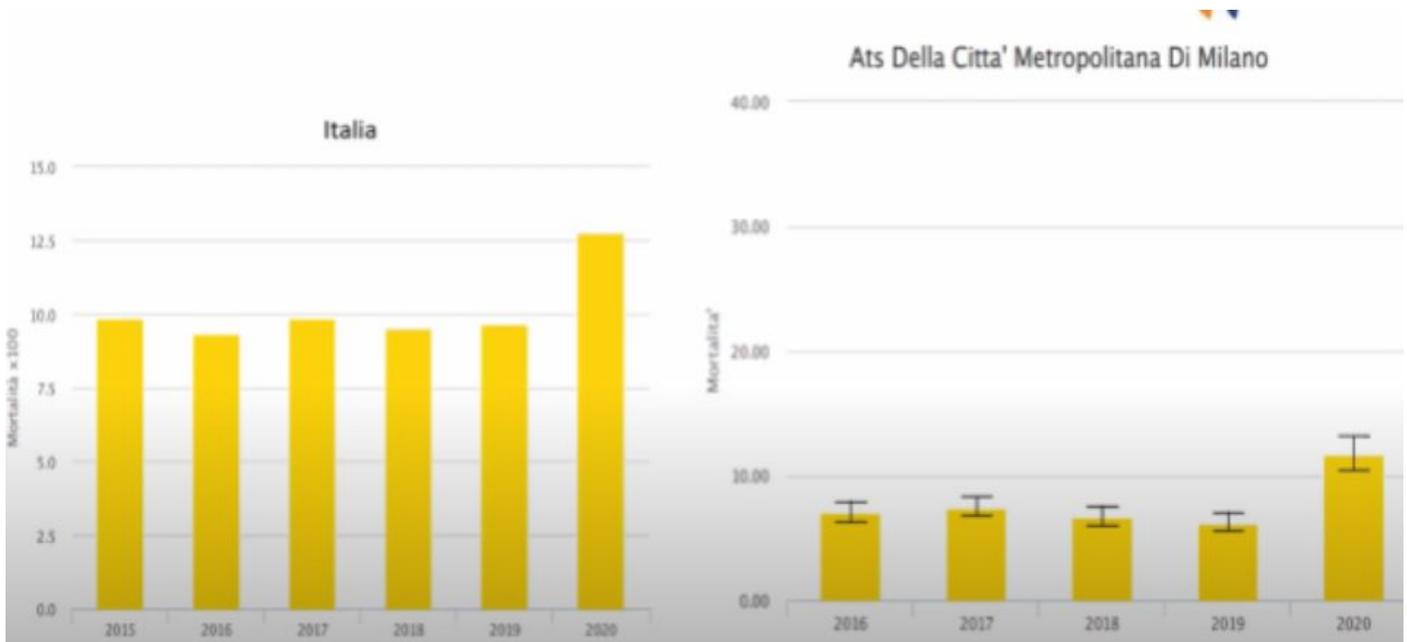


Dal punto di vista delle ospedalizzazioni per BPCO riacutizzata, la Regione Lombardia si attesta in linea con il dato italiano.

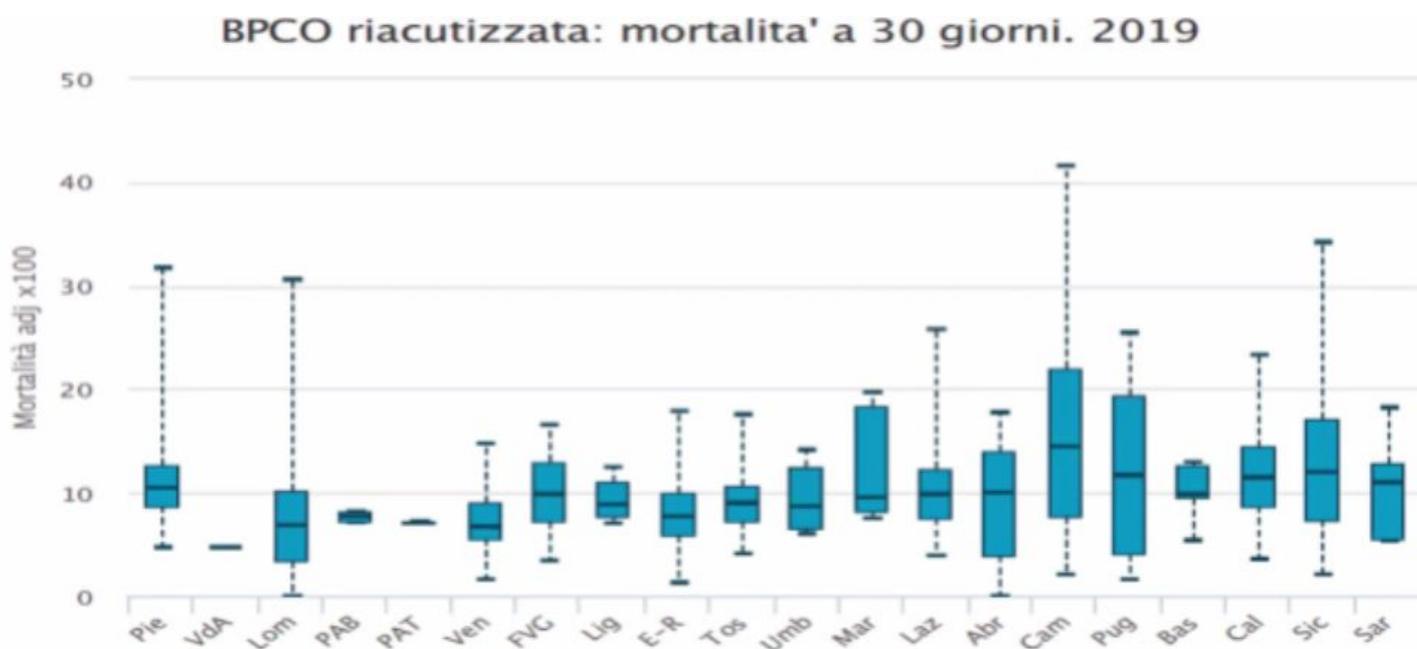




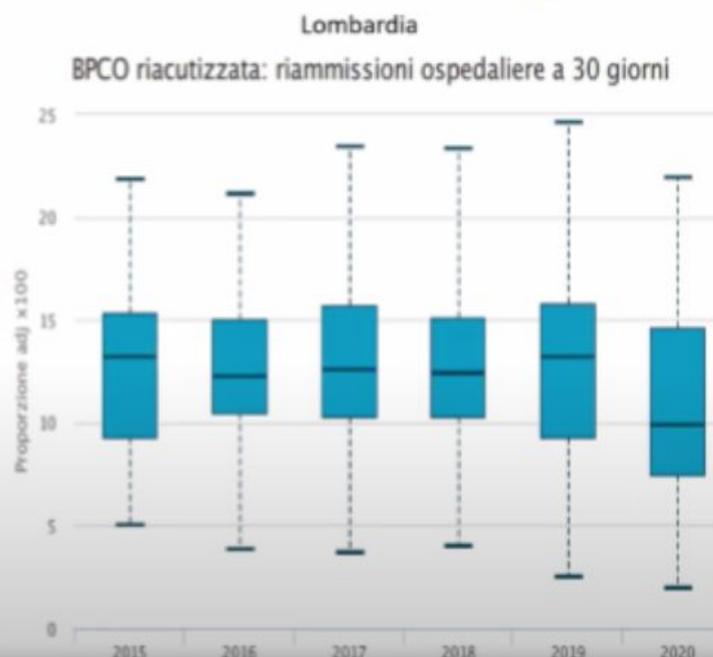
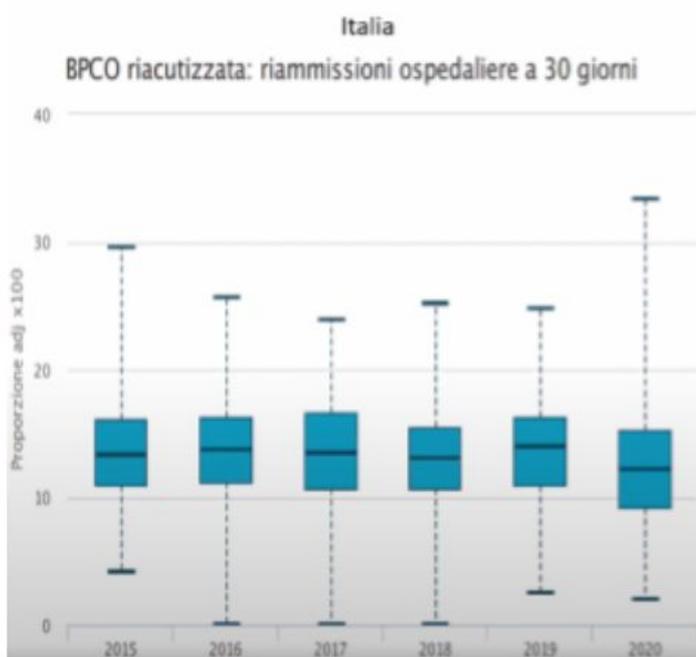
Se però da un lato c'è stata una diminuzione di riacutizzazione, dall'altro c'è stata una ricaduta nel tasso di mortalità a 30 giorni. Questo dato è prevalentemente dovuto all'emergenza sanitaria per il Covid-19, che ha visto spostare l'attenzione e le risorse verso l'epidemia a dispetto della cronicità, questo poi ha comportato il ricovero di pazienti con BPCO riacutizzata già in una fase avanzata.



Analizzando però i dati nazionali nel periodo dell'emergenza Covid-19, si può osservare che la Regione Lombardia ha un tasso di mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata mediamente più basso della media nazionale e tra i più bassi a livello nazionale.



I dati relativi alle riammissioni a 30 giorni per BPCO riacutizzata non hanno visto grandi variazioni nel periodo Covid-19 e vedono il dato lombardo in linea con quello nazionale.





Un dato interessante da analizzare è dove vengono ricoverati i pazienti.

SDO 2015 - Dimissioni per MDC 04 Malattie e disturbi apparato respiratorio

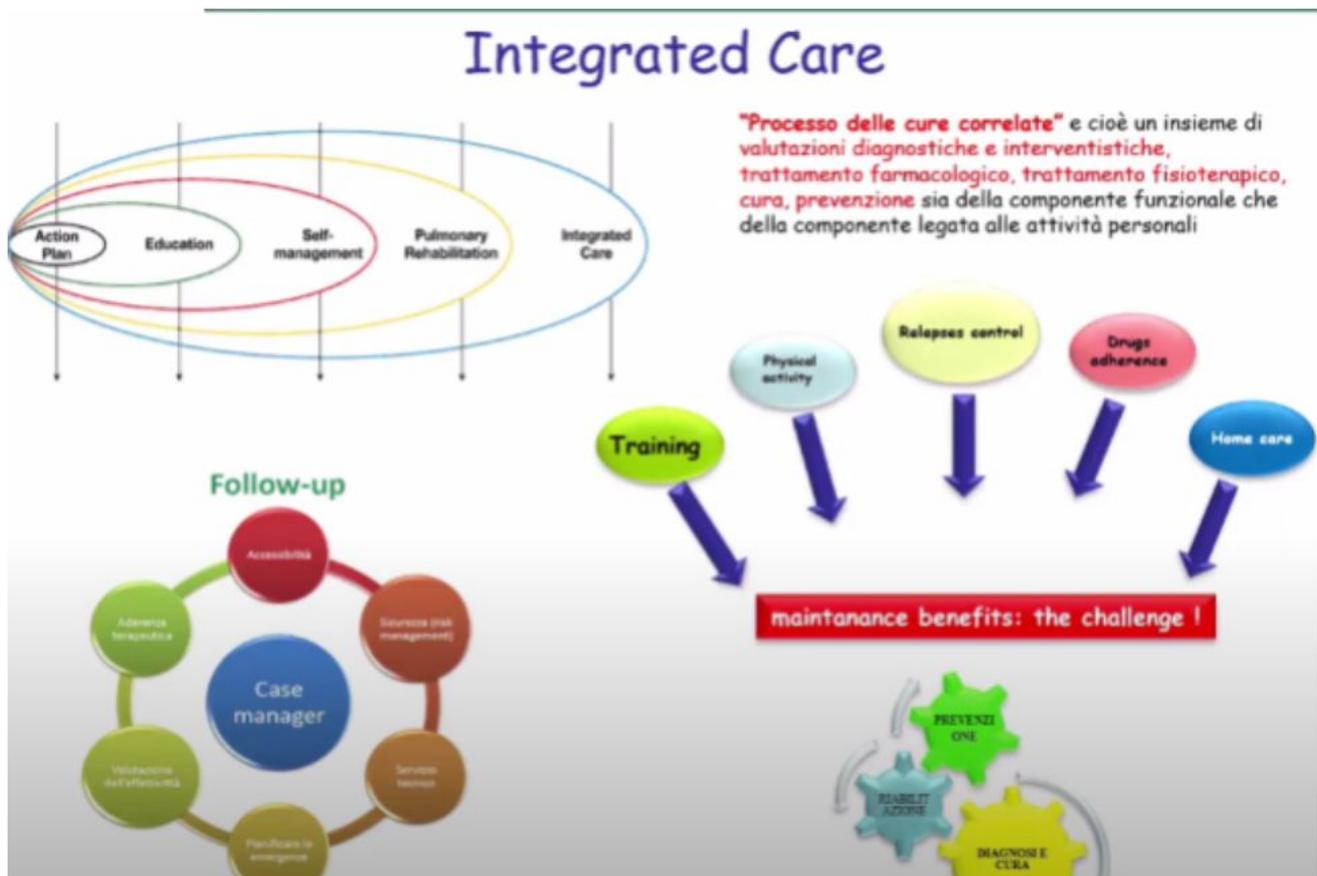
	68-Pneumologia	26-Medicina	39-Pediatria	56-Riabilitazione	Altri Reparti	Totale complessivo
Totali complessivi	17.866	40.321	10.981	9.006	29.149	107.323
924 PAVIA OSP. S.MATTEO	1635	446	226		718	3025
906 BRESCIA SPEDALI CIVILI	1598	1003			1223	3824
078 VIMERCATE OSP. CIVILE	993	428	119		228	1768
908 CREMONA ISTITUTI OSPITALIERI	950	384	164	37	421	1956
907 MANTOVA OSP. C.POMA	949	350	148	5	705	2157
920 CASATENOVDO I.N.R.C.A.	889			893		1782
915 MILANO OSP. S.CARLO	793	768	209	146	274	2190
367 MILANO OSP. S. GIUSEPPE MI-CU	781	244		121	206	1352
066 GARBAGNATE MIL. OSP. SALVINI	757	286	235		137	1415
209 CREMA OSP. MAGGIORE	753	231	110		171	1265
909 MONZA OSP. S.GERARDO	695	581			1020	2296
901 VARESE OSP. CIRCOLO	652	656	262	145	1143	2858
203 MORTARA OSP. ASILO VITTORIA	618	140			5	763
904 SONDALO E.O. BORMIO E SONDALO	560	97		233	249	1139
156 DESENZANO E.O. DESENZ. LONATO	539	100	199		102	940
004 BUSTO ARSIZIO OSP. CIRCOLO	536	468	184		267	1455
067 LODI OSP. MAGGIORE	507	368	177		198	1250
274 ESINE OSP. VALCAMONICA	498	281	126	1	114	1020
943 ROZZANO IST.CL. HUMANITAS	496	341		58	1113	2008
916 MILANO OSP. SACCO	491	513	132	30	577	1743
905 BERGAMO O. PAPA GIOVANNI XXIII	409	400	182		730	1721
914 MILANO OSP. S. PAOLO	366	825	248		454	1893
925 MILANO FOND. IRCCS POLICLINICO	358	1019	683		1151	3211
902 COMO OSP. S. ANNA	318	227	233		697	1475
075 ABBIATEGRASSO OSP. CIRCOLO	305	126			9	440
947 S.DONATO M. IST.POL. S.DONATO	302	207		5	152	666
913 MILANO OSP. NIGUARDA	118	1096	260		735	2209

Come si può osservare (il grafico prende in considerazione tutte le malattie e i disturbi dell'apparato respiratorio e non solo BPCO), solo il 18,54% dei ricoveri avviene in pneumologia, mentre la maggior parte, il 41,85%, finisce in medicina generale; il 30,25% in altri reparti e il 9,3% in riabilitazione.



## MODELLO DI GESTIONE CRONICITÀ BPCO

Il modello deve partire da quello generale di gestione delle patologie croniche che si basa sul processo integrato di cure.



Per riuscire a garantire il miglior processo delle cure correlate, il SSR lombardo mette in campo un importante numero di strutture ambulatoriali specialistiche e una significativa attività ambulatoristica:



N° UO	N visite/anno
4	500-1000
6	1000-2000
6	2000-3000
2	3000-4000
5	4000-6000
6	> 6000

N° UO	Ambulatori
28	Pneumologia
25	Insuff Respiratoria
24	Allergologia Respiratoria Asmologia
15	Interstiziopatie
14	Distrurbi Respiratori del sonno
14	Tisiologia
12	Oncologia Polmonare
8	Ipertensione Polmonare
7	Riabilitazione
7	Neuromuscolari

### Uso appropriato della terapia

Un altro caposaldo del modello di gestione lombardo è il buon uso del farmaco. Questo si traduce nella riduzione massima nell'utilizzo inappropriato del farmaco, migliorando in questo modo la performance della terapia, la qualità della vita del paziente e riducendo quindi il numero di riacutizzazioni.

### Educazione del paziente

Un aspetto fondamentale è l'educazione e la formazione del paziente. Per riuscire in questo, in Regione Lombardia sono numerosissime le attività e le campagne di formazione.



- A lti alla sigaretta
- B uona diagnosi
- C orretta terapia

- D ecidi per la riabilitazione
- E sigi continuità di cura
- F ai presente la tua fragilità

## Gestione ossigeno terapia

Altro pilastro della gestione della BPCO in Lombardia è un ottimo sistema di gestione, prescrizione e utilizzo della ossigeno terapia e, per un piccolo sottogruppo di pazienti in fase avanzata di malattia, della NIV (respirazione meccanica avanzata) che viene consegnata presso il domicilio dei pazienti.

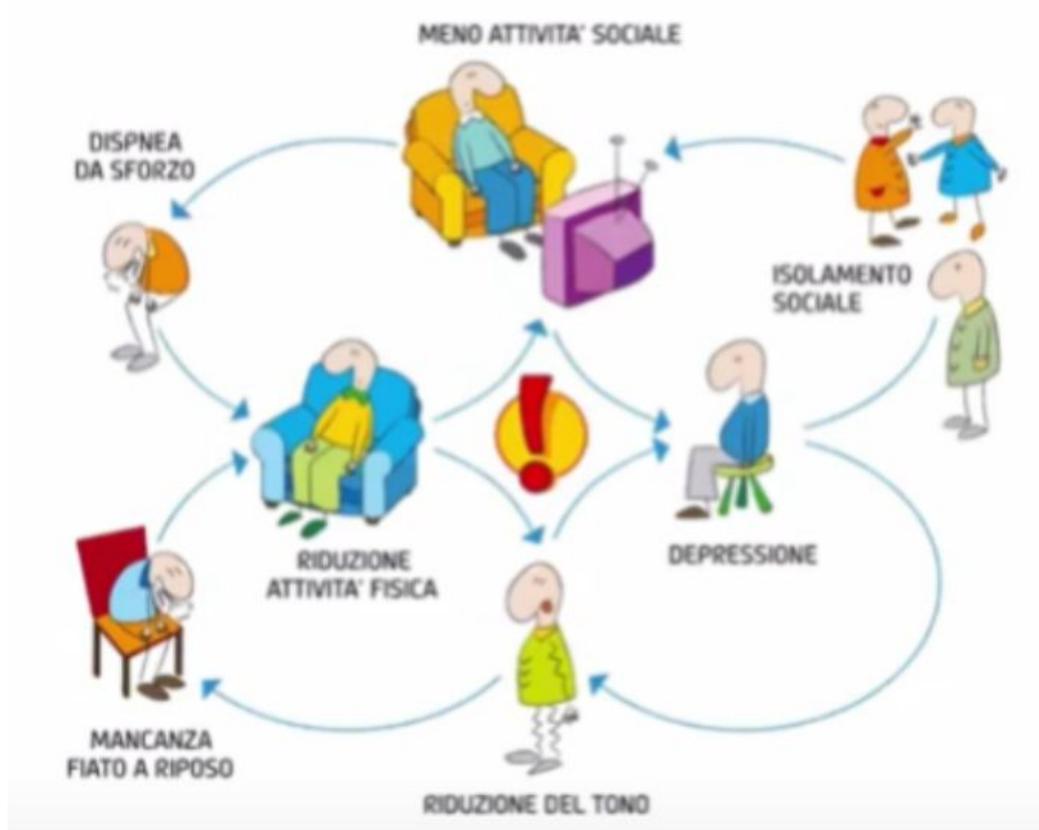
## Sistema di cure domiciliari

Un buon modello di gestione della cronicità da BPCO non può prescindere da un buon sistema di cure domiciliari di tipo respiratorio. Questo sistema di cure domiciliari è attualmente poco utilizzato e poco standardizzato. Per riuscire a creare un buon sistema di cure domiciliari è necessario però creare prima una stretta collaborazione tra tutti gli attori che concorrono alla presa in carico del paziente. Nel sistema di cure domiciliari un ruolo fondamentale può essere svolto dal telemonitoraggio e dalla televisita.



## Riabilitazione

Esistono ormai evidenze scientifiche che dimostrano l'importanza e gli effetti benefici della riabilitazione. La riabilitazione è inoltre in grado di spezzare il circolo vizioso in cui può cadere un paziente con BPCO.



Anche se in Italia i percorsi riabilitativi sono pochi e mal distribuiti, da qui uno scarso accesso da parte dei pazienti. La Lombardia, sotto questo punto di vista, ha fatto molto per favorire la riabilitazione.



## PNRR

Conclusioni sul modello di gestione cronicità BPCO in Lombardia

- Il modello di terapia integrata sulla cronicità è il modello vincente.
- Ogni cronicità si merita un consultant, un case manager e un caregiver.
- Esistono numerose criticità che provengono dal paziente, dalla famiglia, dagli operatori e dagli organizzatori sanitari.
- Le cure correlate (politerapie farmacologiche, interventi, training ed esercizi) possono essere una risposta.

## 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.

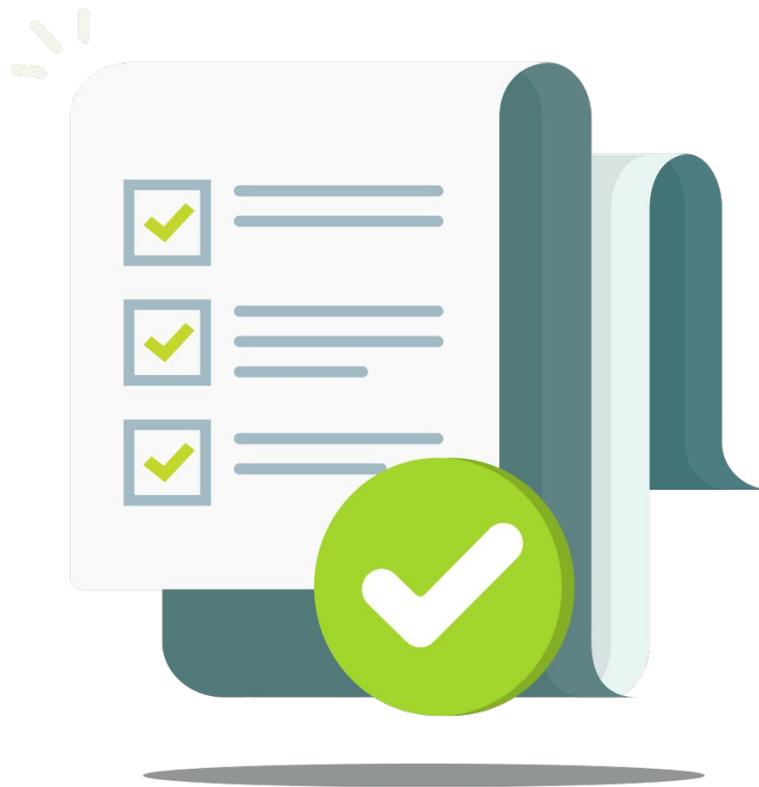


## CALL TO ACTION

- 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.



- 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 Servizio Sanitario Nazionale.
- La farmacia deve essere protagonista del percorso di cura alla luce dei nuovi compiti stabiliti dalla Legge dei servizi.
- La territorialità garantisce una pronta risposta al paziente: l'aderenza alla terapia e la telemedicina sono un importante tassello nella cura, insieme al MMG, del paziente.





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

**Carlo Borghetti**, Vicepresidente Consiglio Regionale, Componente III Commissione Permanente Sanità e Politiche Sociali, Regione Lombardia.

**Francesco Bortolan**, Dirigente Unità Organizzativa Osservatorio Epidemiologico Regionale, Regione Lombardia.

**Ovidio Brignoli**, Vice Presidente SIMG.

**Mauro Calzolari**, Componente Area pneumologica SIMG Lombardia.

**Davide Croce**, Direttore Centro Economia e Management in Sanità e nel Sociale LIUC Business School, Castellanza (VA).

**Marco Maria Fumagalli**, Componente III Commissione Sanità e Politiche Sociali Regione Lombardia.

**Maurizio Marvisi**, Presidente Eletto FADOI Lombardia.

**Paola Pedrini**, Segretario Regionale FIMMG Lombardia.

**Annarosa Racca**, Presidente Federfarma Lombardia.

**Roberto Carlo Rossi**, Presidente Regionale SNAMI, Presidente OMCeO Milano.

**Pierachille Santus**, Presidente SIP-IRS Lombardia.

**Paolo Tarsia**, Direttore Pneumologia Ospedale Niguarda, Milano.

**Simona Tironi**, Vicepresidente III Commissione permanente - Sanità e politiche sociali.

**Michele Vitacca**, Dirigente S.C. Pneumologia Riabilitativa, Fondazione Maugeri IRCCS Lumezzane (BS).

**Claudio Zanon**, Direttore Scientifico Motore Sanità.



MOTORE  
SANITÀ  
WEBINAR

panacea

Con il contributo incondizionato di



IT-MeD



[www.motoresanita.it](http://www.motoresanita.it)