

PNRR FOCUS ON BPCO

## NOTA 99

COME CAMBIA LO SCENARIO

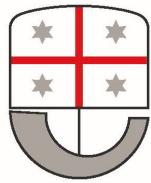
PIEMONTE, LIGURIA

6 Aprile 2022

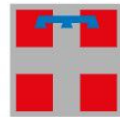




Con il patrocinio di



**REGIONE  
LIGURIA**



**REGIONE  
PIEMONTE**



Sezione Regionale Piemonte-Valle d'Aosta



## 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 7° posto (5,7% della spesa totale) attestandosi su 1,3 miliardi di €.

Tra queste la Broncopneumopatia cronico ostruttiva (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). 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, eccetera) 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 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.
- La prevalenza è verosimilmente più elevata in quanto essa viene spesso diagnosticata casualmente ed in fase di ricovero per riacutizzazione.

## 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. La NOTA 99: consente l'utilizzo delle terapie R03 ai Medici di Medicina Generale (MMG).



## **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 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 MMG può valutare il paziente con spirometria semplice eseguita nel setting della medicina generale o, se non disponibile, può inviarlo allo specialista (Pneumologo 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 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

### In Regione Liguria

La BPCO mantiene una prevalenza intorno al 6%, lievemente superiore alla media, con evidenti pressioni sul Sistema Sanitario Regionale Ligure, oggi macroscopiche per lo stress sulle Fisiopatologie Respiratorie dovuto alla prescrizione dell'esame "Spirometria Semplice" in virtù della nota 99, peraltro in un contesto già messo alla prova dal follow-up post COVID ("Spirometria Globale con diffusione per il CO"). Esistono tuttavia dei modelli virtuosi, esportabili. Presso l'ASL2 sono in progressivo apertura, dal novembre 2021, più postazioni spirometriche a gestione infermieristica (Cure Primarie), dislocate strategicamente sul Territorio ed in rete con la Pneumologia per un costante controllo di qualità, come deliberato da un PDTA Aziendale "Gestione integrata della BPCO". Grazie a questo modello è in atto un'azione proattiva volta a identificare la BPCO nei soggetti a rischio, inviati direttamente dalla Medicina Generale, ed è già predisposta una base per un potenziamento dell'offerta della "Spirometria Semplice", in attesa che questa venga erogata direttamente negli studi dei Medici di Medicina Generale (MMG). Presso l'ASL3 è attiva una storica collaborazione fra MMG e Pneumologia (presso la sede "La Colletta" di Arenzano) volta all'esecuzione ed interpretazione della Spirometria Semplice, con sperimentazioni, in tempi non sospetti, anche della Tele-Spirometria. Questo modello dovrebbe costituire una piattaforma in grado di rendere rapidamente operativa la Spirometria Semplice presso gli studi dei MMG, così come auspicato dalla nota 99, senza necessità di immediati iter formativi per coloro che fossero già agganciati a questo storico e virtuoso percorso.

### In Regione Piemonte

Per quanto riguarda l'altra regione presa in esame durante questo evento, il Piemonte, la Rete Clinico Assistenziale Pneumologica del Piemonte ha redatto il PDTA sulla BPCO nel 2018, revisionato nel 2022 come Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PSDTA), anche alla luce della Nota 99, tracciando i percorsi gestionali attraverso la mappatura dei vari Centri della regione.



Il PNRR, tra le varie cose, focalizza la maggiore gestione territoriale delle patologie croniche in generale, quindi anche quella respiratoria, con individuazione di setting adeguati e di risorse dedicate tra le quali il Medico di Medicina Generale, lo Specialista Pneumologo, l'infermiere e naturalmente la Riabilitazione.

La Nota 99 esprime un ruolo più attivo e un maggiore coinvolgimento nella gestione della BPCO sia in termini di scelta terapeutica che di valutazione funzionale. Sottolinea il concetto che l'esame spirometrico è condizione essenziale per fare diagnosi e gestire terapie, cosa forse banale ma non così scontata ad oggi, visto che un certo numero di pazienti esegue terapie inalatorie senza mai aver eseguito l'esame spirometrico.

Con il necessario e maggiore coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nella gestione della BPCO, la puntualizzazione dell'indispensabilità dell'esame spirometrico e la possibilità da parte del curante di gestire formulazioni terapeutiche non più soggette a prescrizioni con Piano terapeutico, è possibile che si possa arrivare ad un miglior controllo della patologia che notoriamente ha un grande impatto sul nostro Servizio Sanitario Nazionale e, nello stesso tempo, può migliorare l'aspetto dolente rappresentato dalla bassa aderenza.

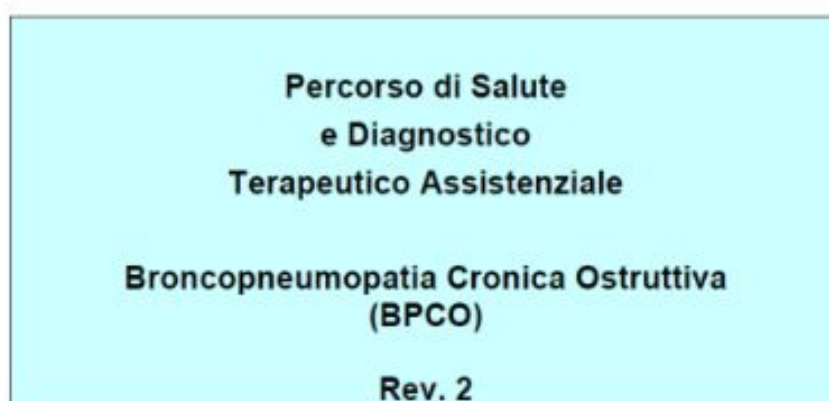
Processi, questi, che vanno inseriti su precisi percorsi (PSTDA) a cura di Reti laddove esistenti, oppure attraverso percorsi Ospedale-Territorio laddove non risultasse una rete, allo scopo di omogeneizzare i comportamenti e soprattutto la necessaria risposta alla domanda di salute.

### **NOTA AIFA 99: L'ESPERIENZA DEL TERRITORIO DI ALESSANDRIA**

- La BPCO e l'asma sono malattie croniche estremamente diffuse che rappresentano in maniera paradigmatica tutta una serie di difficoltà che le aziende sanitarie hanno nel garantire la presa in carico per i pazienti affetti da queste patologie.
- L'ASL AL e l'Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria hanno sviluppato un progetto mirato al rafforzamento della presa in carico attraverso lo sviluppo di un percorso condiviso, frutto di un approccio che ha incluso tutti gli attori e gli stakeholder coinvolti.



- Lo sviluppo del PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) è stato coerente con le Linee di indirizzo regionali 2018-2019 per il recepimento del Piano Nazionale Cronicità (Regione Piemonte 2018) che prevedono di rafforzare le cure primarie attraverso i PDTA quale strumento in grado di realizzare l'integrazione tra Medici di Medicina Generale, Specialisti e le risorse della comunità. Pubblicato a Giugno 2018.



## 2. REDAZIONE

Il committente del PSDTA è la Regione Piemonte

Data di stesura del primo documento	30 ottobre 2019	Stesura PDTA
Numero della revisione	1	Aggiornamento indicazioni
Data di revisione	30 ottobre 2020	
Numero della revisione	2	Adeguamento PDTA a PSDTA
Data di revisione	25/10/2021	





## PDTA INTERAZIENDALE PER BPCO E ASMA - ALESSANDRIA

Pazienti BPCO ASL AL

L'identificazione è avvenuta tramite l'applicazione di un algoritmo che ha interrogato tre flussi amministrativi: farmaceutica, ricoveri ed esenzioni

Distretto	Numero casi				Distribuzione per livelli di gravità			Prevalenza
	Lieve	Moderato	Grave	Totale	Lieve	Moderato	Grave	
Acqui Terme Ovada	378	1.303	624	2.305	16%	57%	27%	5,5%
Alessandria Valenza	812	2.296	1.246	4.354	19%	53%	29%	5,0%
Casale	431	1.356	759	2.546	17%	53%	30%	5,2%
Novi Ligure Tortona	596	2.215	937	3.748	16%	59%	25%	4,9%
<b>ASL AL</b>	<b>2.217</b>	<b>7.170</b>	<b>3.566</b>	<b>12.953</b>	<b>17%</b>	<b>55%</b>	<b>28%</b>	<b>5,1%</b>

Gravità	
LIEVE	FARMACI (ATC): nessuno dei farmaci R03 riportati nelle classi MODERATO – GRAVE
MODERATO	FARMACI (ATC): R03AC12 , R03AC13, R03AC18, R03AC19, R03BB04, R03BB05, R03BB06, R03BB07, R03BAxx , R03AKxx, R03AL03, R03AL04, R03AL05, R03AL06, R03DX07
GRAVE	FARMACI (ATC): R03AC12 , R03AC13, R03AC18, R03AC19, R03BB04, R03BB05, R03BB06, R03BB07, R03BAxx , R03AKxx, R03AL03, R03AL04, R03AL05, R03AL06, R03DX07 AND FARMACI (ATC) (solo casi con almeno 2 confezioni nel 2016): J01Cxx, J01Dxx, J01FAxx, J01MAxx OR SDO (ICD9CM) (diagnosi principale): 491.2*, 480-485, 518.81, 415

### BPCO: Indicatori di follow-up

Titolo	Descrizione	Dato lett.	Target	ASL AL (min-max)	Fonte
Vista pneumologica	N pazienti in Ossigenoterapia a lungo termine (OTLT) con almeno una visita annuale / Tot pazienti in OTLT OTLT: ossigenoterapia a lungo termine	ND	95%	60% (43%-77%)	La gestione clinica integrata della BPCO (2013) Parere esperti
Spirometria	N pazienti moderati - gravi con almeno una spirometria / Tot pazienti moderati - gravi	17% (Pari et al 2009)	50%	18% (12%-35%)	La gestione clinica integrata della BPCO (2013) Parere esperti
Emogasanalisi	N pazienti in OTLT con almeno un Emogasanalisi annuale / Tot pazienti in OTLT	ND	95%	42% (22%-61%)	La gestione clinica integrata della BPCO (2013) Parere esperti



## BPCO: Indicatori di trattamento

Titolo	Descrizione	Dato lett.	Target	ASL AL (min-max)	Fonte
Aderenza terapia farmacologica	Moderati – gravi: pazienti con almeno 9,6 confezioni in un anno di farmaci R03 / totale pazienti moderati – gravi con R03	27,9% (Osmed 2014)	95%	46% per $\geq 9$ conf. (43%-49%) [38% $\geq 10$ conf.]	Jung E. Respir Med 2009; 103: 525
Appropriatezza terapeutica	Numero pazienti moderati – gravi con almeno 3 confezioni (per anno) di ICS non associato a LAMA o LABA / totale pazienti moderati – gravi	12% (Studio Output 2009)	0%	17% (14%-19%)	Parere esperti
Riabilitazione respiratoria	Numero pazienti gravi con almeno una prestazione in 3 anni / Totale pazienti gravi	1,2% (Camp et al 2015)	95%	2,2% (0,7%-2,9%)	National Guideline Clearinghouse database Parere esperti
Vaccinazione anti-influenzale	Numero di pazienti con vaccinazione anti-influenza / numero di pazienti totali	$\geq 65$ anni 52% (Italia) 49% (Piemonte) 38% (ASL AL)	In linea con i dati regionali per pz over 65 anni	45%	LEA 2017
Intervento clinico minimo pz. fumatore	Numero di pazienti BPCO fumatori sottoposti ad intervento clinico minimo / numero di pazienti BPCO fumatori totali	ND	95%	ND	Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Aggiornamento 2008

- I dati del Rapporto OSMED 2020 indicano che, una volta iniziata la terapia di mantenimento, una parte dei pazienti va incontro a una interruzione precoce del trattamento. È riconosciuto che livelli adeguati di aderenza alla terapia producono diversi effetti sulla qualità della vita del paziente, come ad esempio un maggiore controllo dei sintomi e una diminuzione delle riacutizzazioni e del ricorso a cure sanitarie.

La percentuale di soggetti con alta aderenza al trattamento: 23% (-11,8% vs 2019)

La percentuale di soggetti con bassa aderenza al trattamento: 44% (+16,5% vs 2019)



- Dal 1° Settembre 2021 è entrata in vigore la Nota AIFA 99 per la terapia di mantenimento della BPCO. La Nota nasce quindi dall'esigenza di migliorare la gestione della patologia in termini di appropriatezza di diagnosi e terapia farmacologica.
- La Nota 99, così come la Nota 97 (FANV) e la Nota 100 (DM2), rientra nel progetto di maggior riconoscimento del ruolo primario della Medicina Generale nella gestione del paziente con patologie croniche.

Al fine di definire un migliore approccio terapeutico le variabili da considerare sono le seguenti:

- grado di ostruzione al flusso
- frequenza di riacutizzazioni
- sintomatologia dispnea (valutata attraverso il questionario mMRC<sup>^</sup>)
- capacità di svolgere esercizio fisico (valutata attraverso il questionario CAT<sup>^^</sup>)
- comorbilità e diverso profilo di eventi avversi

### **Indagine di 1° livello (spirometria semplice)**

#### **A chi farlo**

Tutti i pazienti in trattamento con una terapia inalatoria o che stanno per iniziarla debbono eseguire o aver eseguito una spirometria semplice.

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.



Una spirometria eseguita nell'ultimo anno è da ritenere valida.

In casi di episodi acuti il dato spirometrico dovrà essere rilevato dopo la fase acuta una volta raggiunta la stabilità clinica.

### **In quali tempi**

Pazienti già in trattamento:

- entro 1 anno dalla pubblicazione della nota AIFA 99

Nuovi trattamenti:

L'esecuzione di una spirometria semplice dovrà avvenire in tempi brevi (massimo 66 mesi), valutando la gravità clinica e nel rispetto dei tempi e dei modi previsti dai PDTA locali.

### **Note sulla terapia in corso**

La Nota AIFA 99 riguarda la prescrizione della terapia inalatoria di mantenimento nei pazienti con BPCO.

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.

Resta inteso che le triplici terapie (unico inalatore) rimangono di esclusiva prescrizione, mediante piano terapeutico, da parte degli specialisti operanti presso le strutture individuate dalla Regione, e dotate della strumentazione e della competenza necessaria per effettuare e interpretare indagini di secondo livello (spirometria globale, DLCO, tecniche di imaging, ecc).

.



## Indagine di 2° livello

**Invio allo specialista per eseguire indagini di 2° livello (spirometria globale, DLCO, tecniche di imaging, etc.).**

A chi farlo	In quali tempi	Note sulla terapia in corso
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pazienti di nuova diagnosi in cui viene riscontrato un FEV<sub>1</sub> &lt; 50% (misurato al di fuori della fase acuta).</li> <li>▪ 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.</li> </ul>	<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"> <li>▪ Pazienti già in trattamento in cui viene riscontrato un FEV<sub>1</sub> &lt; 50%;</li> <li>▪ Pazienti già in trattamento con una triplice terapia (inalatori separati);</li> <li>▪ Pazienti in trattamento con una associazione LABA/LAMA o LABA/ICS e che, a prescindere dal valore di FEV<sub>1</sub>, presentano una mancata/insufficiente risposta clinica alla terapia in termini di frequenti riacutizzazioni e/o persistenza della dispnea.</li> </ul>	<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"> <li>▪ Pazienti che hanno già eseguito una spirometria e sono in trattamento con una triplice terapia (unico inalatore) prescritta dallo specialista.</li> </ul>	<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>



## Considerazioni conclusive

In base alle prove di efficacia disponibili tutte le classi di farmaci migliorano, in varia misura, la dispnea, la tolleranza allo sforzo e, in taluni casi, riducono la frequenza delle riacutizzazioni o le ospedalizzazioni.

Va comunque considerato che in generale la popolazione inclusa negli studi registrativi presentava al basale un basso numero di riacutizzazioni. Inoltre, le evidenze attualmente disponibili derivate da studi di confronto fra le diverse classi e fra le diverse associazioni di farmaci non consentono di trarre conclusioni definitive circa differenze nel rallentamento della progressione della malattia, nella riduzione della mortalità totale e respiratoria.

Inoltre, all'interno delle singole classi di broncodilatatori a lunga durata d'azione (compresi quelli di recente commercializzazione) le prove di efficacia sono derivate, nella maggioranza dei casi, da studi vs placebo o, nel caso di confronti con un farmaco attivo, da ipotesi di non inferiorità.

Gli esiti primari scelti nella maggior parte degli studi sono rappresentati in genere dalla variazione di parametri spirometrici, quali il FEV1 e, in misura minore, dalla riduzione del numero delle riacutizzazioni. Sarebbe quindi necessario promuovere studi che realizzino confronti diretti fra le varie strategie terapeutiche, che selezionino tipologie di pazienti con caratteristiche più trasferibili alla pratica clinica e verifichino esiti di maggiore rilevanza clinica.

## **GESTIONE DELLE CRONICITA' – Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) – CASE DELLA COMUNITA'**

Gli elementi principali del modello operativo ipotizzato:

- Organizzazione del Team di lavoro (MMG; Infermieri; personale segretariale; sedi dell'office spirometry; MMG refertatori)
- Identificazione delle Responsabilità
- Screening della popolazione target (estrazione dal Data Base della popolazione target)



- Counseling al paziente (formazione e informazione al paziente)
- Gestione dell'agenda per la spirometria di primo livello (gestione delle sedute e degli appuntamenti)
- Esecuzione e refertazione spirometria di primo livello
- Eventuale invio a Centro specialistico
- Comunicazione AFT Centro Specialistico e Centro Specialistico AFT
- Soddisfazione del paziente (raccolta tramite questionario del grado di soddisfazione del paziente – giudizio su tutto il percorso – Questionario anonimo)

### **SEDE AFT IN CDC CON RUOLO UNICO**

È necessario prevedere che ogni AFT ponga la propria sede presso una casa della comunità hub o costituisca autonomamente una propria sede come casa della comunità spoke AFT. È auspicabile che ogni AFT abbia personalità giuridica con la possibilità di associarsi ad una società di servizi anche cooperativa, come previsto da Accordi Collettivi Nazionali (ACN).

### **RETE DI CONDIVISIONE DATI**

Indispensabile e preliminare al funzionamento del nuovo sistema di cure territoriale è la condivisione dei dati clinici degli assistiti tra MMG delle AFT, tra AFT e Medico di Continuità Assistenziale (MCA), tra AFT e 118, tra AFT e Pronto Soccorso, tra AFT e Specialisti ambulatoriali.



## **PRESA IN CARICO DEL PZ CRONICO: ESTRAZIONI**

Questa attività viene svolta nelle Case di Comunità HUB o SPOKE ad opera di personale infermieristico dedicato sotto la regia del MMG curante ma non richiede la presenza fisica del MMG nella Casa di Comunità.

## **TELEMEDICINA, DIAGNOSTICA DI BASE, CONSULENZA SPECIALISTICA**

Come detto precedentemente, questi strumenti debbono essere messi a disposizione del MMG sia nell'attività assistenziale dell'acuzie, sia nell'attività di gestione dei pazienti cronici.

## **IL PUNTO DI VISTA DEGLI MMG**

### **In materia del PNRR**

Il PNRR e le strutture che mette a disposizione sono delle opportunità, ma sono strutture da riempire. Bisogna capire con quale personale, con quali percorsi, con quali prestazioni. Prima di tutto però è necessario identificare chi fa cosa all'interno delle nuove strutture. Fino ad ora è stato definito all'interno del PNRR un contenitore per la sanità territoriale, ora che andrà definito il contenuto però dovrebbe essere fatto insieme alle società scientifiche ed i gruppi associazionistici degli MMG. Un progetto condiviso con tutti gli attori che dovranno lavorare nel nuovo progetto di medicina territoriale previsto dal PNRR è necessario per garantire un'efficacia nelle prestazioni di cura. Ancora non c'è stata una vera collaborazione tra MMG e decisori in materia.

### **In materia della NOTA 99**

#### **Pro**

- Chiarisce le modalità diagnostiche (scegliendo GOLD) escludendo che la diagnosi possa essere solo clinica.
- Abolisce PT su LABA/LAMA.
- Chiarisce che i MG formati possono interpretare e refertare le spirometrie (l'effettuazione la facevano già anche gli infermieri).
- Chiarisce (sia pur in modo non del tutto condivisibile) a chi spetta la presa in carico dei pazienti con BPCO.





## Contro

- Riferimento a GOLD ma poi se ne trascurano alcune parti fondamentali
- Non tutto è FEV1.
- I tempi della spirometria (sei mesi, dodici mesi, due anni, ecc.), e chi può parla (non gli specialisti privati).
- Il secondo livello prevede dotazioni non chiare (globale?, diffusione? HRTC?).
- Tempi spirometria semplice e globale, liste attesa, COVID19.
- La triplice estemporanea è consentita.

## 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, eccetera) 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 fundamentalmente 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.

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

**Piero Emilio Balbo**, Presidente AIPO Regione Piemonte

**Beatrice Biletta**, Dirigente Farmacista ASL AL

**Pier Claudio Brasesco**, Componente SIMG Liguria

**Maria Luisa D'Orsi**, Direttore SC Farmacia Territoriale e Responsabile ad interim SC Farmacia Ospedaliera ASL Alessandria

**Silvio Magliano**, Componente IV Commissione Sanità, Regione Piemonte

**Francesco Saverio Mennini**, Professore di Economia Sanitaria e Economia Politica, Research Director-Economic Evaluation and HTA, CEIS, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" - Presidente SIHTA

**Manlio Milanese**, Coordinatore Società Italiana Pneumologia Regioni Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta

**Giovanni Passalacqua**, Direttore Clinica Malattie Respiratorie e Allergologia Ospedale Policlinico San Martino, Genova

**Alberto Perboni**, Direttore Struttura Complessa a Direzione Ospedaliera S.C.D.O. Pneumologia A.O. San Luigi Gonzaga, Torino

**Roberto Prota**, Direttore Pneumologia Ospedale Mauriziano, Torino

**Franco Ripa**, Dirigente Responsabile Programmazione Sanitaria e Socio-sanitaria. Vicario Direzione Sanità e Welfare Regione Piemonte

**Francesca Romanin**, Motore Sanità

**Alessandro Stecco**, Presidente IV Commissione Sanità, Regione Piemonte

**Marzio Uberti**, Referente FIMMG Torino Area Pneumologica. Referente SIMG Area Nazionale Respiratoria

**Claudio Zanon**, Direttore Scientifico Motore Sanità



MOTORE  
SANITÀ

panacea

Con il contributo incondizionato di



IT-MeD



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