

PNRR FOCUS ON BPCO

# NOTA 99

COME CAMBIA LO SCENARIO

NAZIONALE





**14 Giugno 2022**  
dalle 10,00 alle 13,00

**ROMA**

HOTEL NAZIONALE (Sala Cristallo)  
Piazza di Monte Citorio, 131

Con il patrocinio di





## INTRODUZIONE DI SCENARIO

La BPCO è una cronicità con un impatto rilevante sia sulla vita dei pazienti e delle famiglie che sui servizi sanitari, tanto che nel mondo rappresenta la 4a causa di morte con una incidenza in continuo aumento a causa di diversi fattori (fumo, inquinamento, graduale invecchiamento della popolazione).

In Italia i dati ISTAT ne stimano una prevalenza del 5,6% (verosimilmente sottostimata in quanto spesso la diagnosi avviene casualmente o in fase di ricovero per riacutizzazione) ed indicano una mortalità che pesa per il 55% nel totale delle malattie respiratorie.

Ma nonostante lo scenario descritto, l'aderenza alla terapia resta assolutamente insoddisfacente (circa 20%) causando uno scarso controllo della malattia, un aumento del rischio di riacutizzazioni e ricoveri; tutti fattori che provocano un prevenibile consumo di risorse inappropriate.

La gestione delle cronicità in epoca post-covid-19 ha inoltre messo in evidenza la necessità di ampliare i servizi sanitari a scenari diversi creando una nuova realtà organizzativa in grado di implementare la prossimità delle cure facilitando il livello di diagnosi, di presa in carico, di aderenza.

Una realtà nella quale devono essere valorizzate tutte le tecnologie (farmaci e devices) in grado di garantire questo già a livello territoriale.

Cogliendo la necessità di questi cambiamenti Aifa attraverso la nota 99 ha aperto alla medicina di famiglia la prescrivibilità di alcuni farmaci, importanti terapie di fondo (LABA e LAMA, loro associazioni e associazioni LABA-ICS), che prima gli erano preclusi, essendo ad appannaggio solo specialistico. Attraverso questa nuova nota l'obiettivo è garantire appropriatezza e sostenibilità, in un unico percorso di continuità delle cure.

Motore Sanità, a completamento della road map che su questo argomento ha attraversato le principali regioni Italiane, ha raccolto l'attuale situazione di accesso alle cure con le buone pratiche già attuate e le principali criticità riscontrate attraverso l'esperienza di pazienti, specialisti, MMG, tecnici di programmazione sanitaria ed istituzioni regionali.



## PNRR e cronicità

- La missione 6 del PNRR ha un grande obiettivo: migliorare il SSN nella efficacia/efficienza e
- Ridurre al minimo l'impatto delle disuguaglianze sociali per chi accede al sistema salute.
- Le misure prese devono dare i propri effetti in un tempo relativamente breve; i fondi
- Europei dovranno essere spesi entro 5 anni.
- La riuscita del piano si misurerà valutando non solamente l'impatto economico, ma anche
- quello sociale ed una delle sfide più rilevanti sarà la gestione della cronicità.
- La spesa UE per le malattie croniche è pari a circa 700 MLD €/anno ed in Italia i malati cronici
- Sono 24 milioni, assorbendo gran parte delle risorse della Sanità.

## Cronicità BPCO: impatto

- Nel mondo l'incidenza è in continuo aumento a causa di diversi fattori come fumo, inquinamento, graduale invecchiamento della popolazione; si stima che circa 328 milioni di persone siano affette da questa malattia, che rappresenta la 4a causa di morte (6% di tutte le morti).
- Italia: i dati ISTAT stimano una prevalenza del 5,6% (15-50% dei fumatori sviluppa BPCO) e mortalità del 55% sul totale delle malattie respiratorie, in aumento progressivo (2010-2018); dati sottostimati poiché la BPCO è diagnosticata spesso casualmente ed in fase di ricovero per riacutizzazione.
- Situazione Italia cronicità respiratorie: 2020 spesa soli farmaci 1,3 MLD €, 7° posto (5,7% spesa Totale).
- La BPCO è la più rilevante sulla vita dei pazienti, delle famiglie e dei servizi sanitari.



## Nota AIFA 99 impatto iniziale

1. RIDUZIONE UTILIZZO TERAPIE LONG ACTING “DI MANTENIMENTO”
2. INCREMENTO DELLE TERAPIE SHORT ACTING “AL BISOGNO”

### COSA È SUCCESSO?

- Indisponibilità dell'esecuzione degli esami spirometrici secondo le tempistiche indicate in NOTA 99?
- Difficoltà interpretative su alcuni aspetti clinici indicati in NOTA 99?
- Necessità di formazione specifica su gestione NOTA 99?



## Nota AIFA 99 interpretazioni:

- La spirometria con test di broncodilatazione: diagnostica indispensabile per conferma diagnosi BPCO
- Pazienti di nuova diagnosi: spirometria entro 6 mesi dal sospetto diagnostico
- Paziente in trattamento conferma spirometrica entro 12 mesi dall'entrata in vigore nota 99
- MMG può valutare il paziente con spirometria semplice nel setting di medicina generale o inviare a specialista (PNE o Internista)
- MMG può prescrivere farmaci della classe R03 ad eccezione di triplici associazioni fisse LABA/LAMA/ICS che restano competenza dello specialista
- Nella scelta terapeutica → raccomandazioni Gold lasciando comunque autonomia prescrittiva
- Non consentito prescrivere i farmaci inalatori della classe R03 in un paziente BPCO senza inserire la nota 99 (asma bronchiale non rientra in nota 99)
- Sospensione del trattamento cronico in un paziente già in cura per BPCO rappresenta omissione di cure mediche
- Importanza del dato clinico associato a quello strumentale nei soggetti altamente sospetti BPCO
- Tempo necessario per conferma diagnostica richiesto in nota 99 deve tenere conto della disponibilità e offerta da parte dei centri specialistici



## SALUTI DELLE AUTORITÀ

La BPCO è una delle dieci patologie inserite nella seconda parte del PNRR. Una malattia che corrisponde a criteri ben precisi che non riguardano soltanto l'epidemiologia ma problemi come il ritardo della diagnosi, problemi di accesso alla cura e l'invalidità e la disabilità che la patologia può portare.

L'ultimo aspetto è di particolare importanza perché comprende la necessità da parte del SSN di garantire la riabilitazione per migliorare la qualità della vita del paziente e la riabilitazione per rallentare l'esordio delle complicanze della malattia.

Un altro aspetto che ha fatto porre la BPCO all'interno del PNRR è il suo peso assistenziale: la BPCO è una malattia interdisciplinare, non solo il peso sanitario ma spesso anche quelli sociali.

## LA COMPLESSITÀ GESTIONALE DELLA CRONICITÀ BPCO

La malattia viene diagnosticata spesso molto tardi, quando i danni sono molto evidenti. La spirometria dovrebbe essere eseguita nelle persone a rischio alla comparsa dei primi sintomi, che sono la tosse e la difficoltà respiratoria da sforzo.

L'altro aspetto da migliorare rimane l'aderenza, purtroppo la terapia inalatoria molto spesso viene usata al bisogno, non regolarmente. L'aderenza alla terapia inalatoria, secondo gli ultimi dati dell'Osservatorio sul consumo dei farmaci, risulta sempre inferiore al 50%, determinando aumento delle riacutizzazioni e delle ospedalizzazioni.

Anche il ricorso alla spirometria risulta non ottimale: la BpcO è correttamente diagnosticata solo nel 40% dei casi, secondo dati internazionali che riguardano tutta Europa.

La nota 99 arriva in un momento particolare perché i reparti di Pneumologia devono smaltire il lavoro arretrato post-Covid. Nel periodo di pandemia le spirometrie sono state bloccate, le prenotazioni erano riservate solo ai casi urgenti ed ora molti pazienti richiedono test di funzionalità respiratoria.

La nota 99 stabilisce però un principio fondamentale: il trattamento farmacologico è corretto e adeguato solo dopo una precisazione diagnostica. Per la BPCO la diagnosi non può essere solo clinica ma con la spirometria e la dimostrazione di un deficit ostruttivo.



*Contesto italiano: cause più frequenti di ospedalizzazione*

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

Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del SSN 2014





Sottodiagnosi

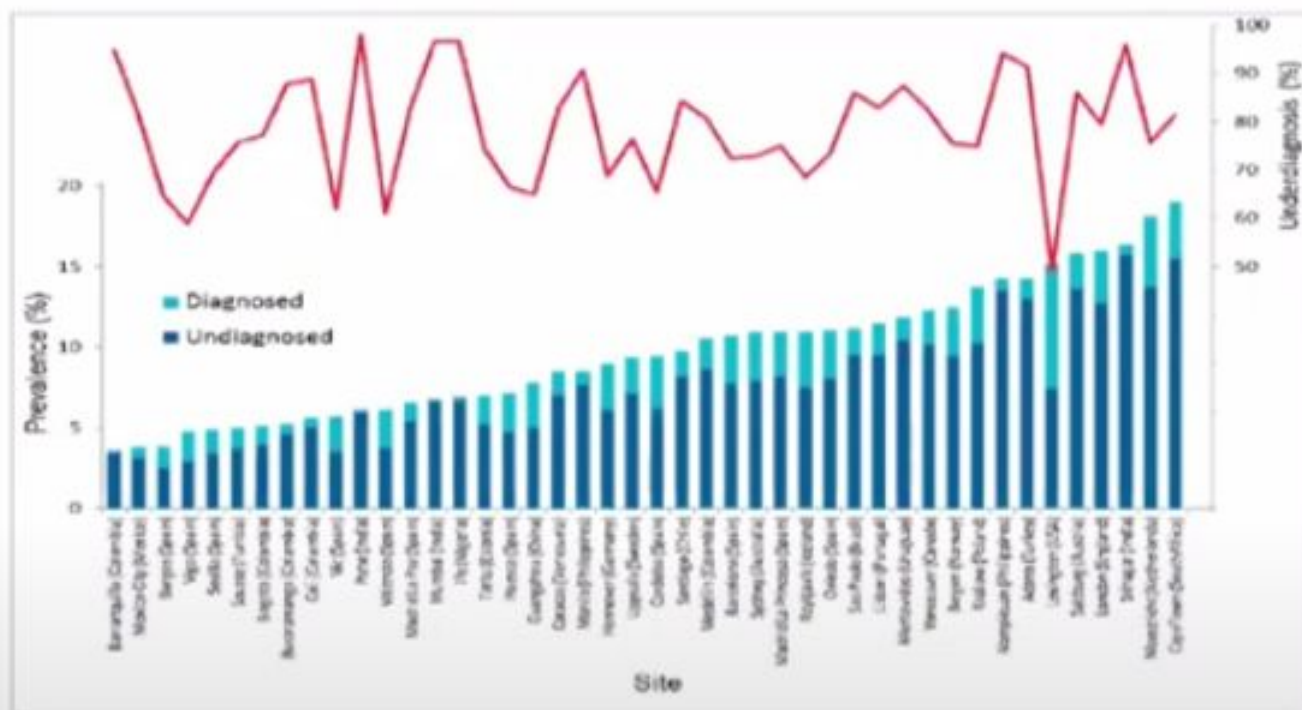


Figure 2 – Prevalence of diagnosed and undiagnosed COPD (postbronchodilator FEV<sub>1</sub>/FVC < LLN) and relative underdiagnosis by study site. See Figure 1 legend for expansion of abbreviation.



Sebbene sia sintomatico, solo la metà dei soggetti con BPCO grave è adeguatamente etichettata.

La BPCO di solito non viene diagnosticata fino a quando non è clinicamente evidente e già avanzata.

	<u>Criteria of COPD</u>	<u>Diagnosed (%)</u>
• NHANES III, USA	BTS	37
• IBERPOC, Spain	ERS	22
• DIMCA, Netherlands	CNSLD	35
• OLIN, Sweden	BTS	31
• An European assumption	clinical	25

Questa sottodiagnosi della BPCO è superiore a quella osservata in altre malattie croniche prevalenti, vale a dire:

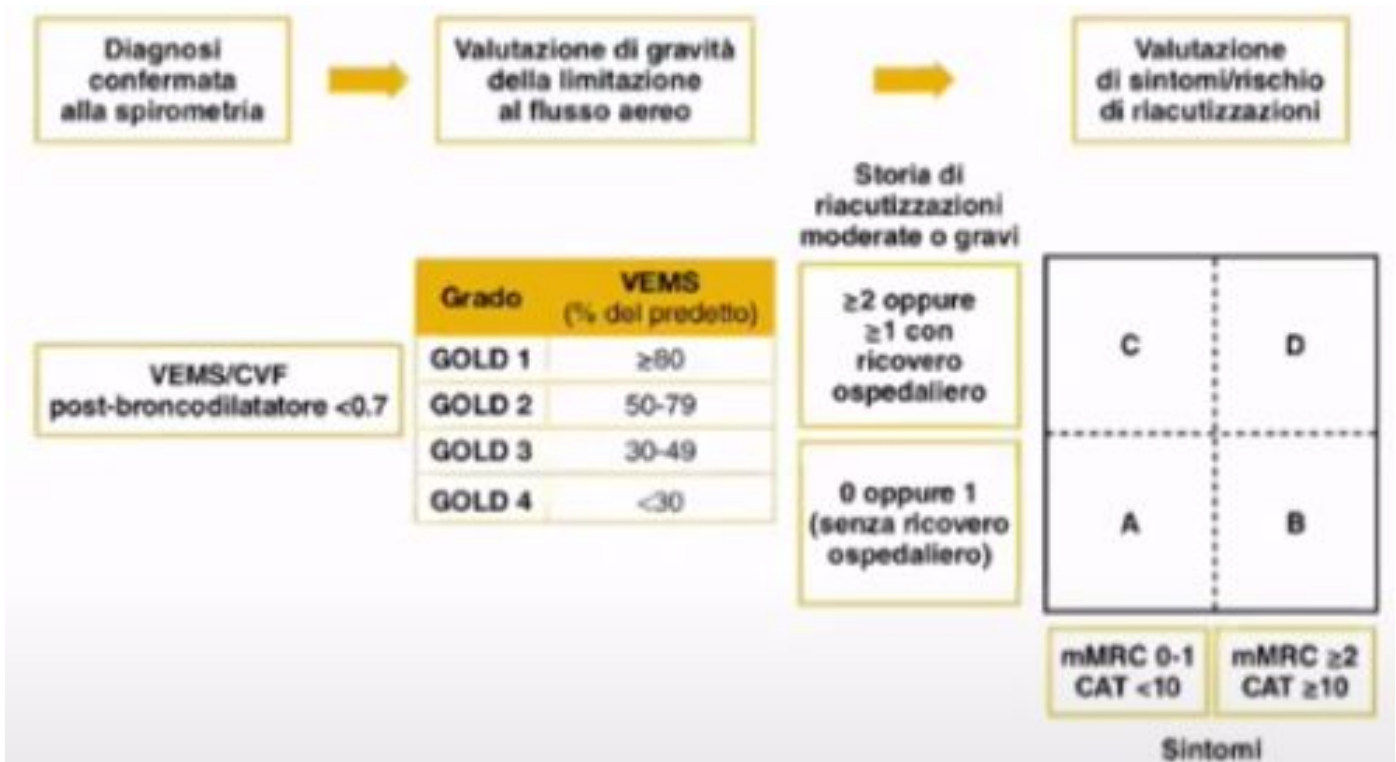
- Diabete 50%
- Ipertensione arteriosa 30%
- Scompenso cardiaco 10%



## Come migliorare la sottodiagnosi

La diagnosi clinica di BPCO dovrebbe essere presa in considerazione in tutti i pazienti che presentano dispnea, tosse cronica o espettorazione e/o una storia di esposizione ai fattori di rischio per la malattia. La spirometria è necessaria per fare diagnosi clinica in questo contesto clinico; la presenza di un rapporto VEMS/CVF <0.70 post-broncodilatazione conferma la presenza di ostruzione bronchiale persistente.

### Lo strumento di valutazione ABCD modificato





### *Obiettivi del trattamento farmacologico*



Riuscire a ridurre le riacutizzazioni è estremamente importante per ridurre la mortalità della malattia. L'impatto farmacologico è così importante per la BPCO da riuscire a ridurre il trend di mortalità che era in costante crescita.



## La Nota 99 inquadra l'intera gestione del paziente BPCO

La Nota 99 per la prescrizione a carico del SSN della terapia inalatoria di mantenimento con LABA, LAMA, ICS e relative associazioni precostituite nei pazienti con BPCO non si limita ad estendere ai MMG la prescrivibilità delle “duplici associazioni” riservando ai centri specialistici abilitati quelle delle “triplici”, bensì definisce chi, come e quando deve intervenire sul paziente BPCO.

- Per la conferma diagnostica con spirometria e valutazione di gravità dell'ostruzione, in caso sia di nuove diagnosi che di pazienti già in trattamento.
- Per la strategia terapeutica “a gradini”, correlata alla gravità e all'evoluzione clinica secondo gli scenari identificati dalle linee guida GOLD (gruppi A-D).
- Per il follow-up ordinario oppure in presenza di peggioramento grave o riacutizzazione.

### *Nuove diagnosi*

Per le nuove diagnosi, una spirometria semplice dovrebbe essere eseguita:

- In presenza di un sospetto diagnostico
- In ogni caso dopo la risoluzione di una eventuale fase acuta quando il quadro clinico si è stabilizzato

L'esecuzione di una spirometria durante la fase acuta non consente di definire in modo corretto il reale livello di gravità dell'ostruzione.



## GESTIONE DEL PAZIENTE DA REMOTO

In una popolazione con un costante allungamento della vita media e quindi caratterizzata da un aumento della prevalenza delle malattie croniche, è ormai indifferibile la progettazione di nuovi modelli assistenziali.

In tale ambito la pandemia da virus SARS-COV-2 ha spontaneamente generato un rimodellamento delle attività cliniche, ambulatoriali e di formazione/aggiornamento professionale, con nuove modalità di contatto e consultazione (videovisite, videocall, webinar).

### Che cosa serve per una visita da remoto

Strumentazione del medico:

- PC/notebook, in alternativa tablet o smartphone.
- Microfono, webcam
- Programma dedicato
- Connessione internet stabile ed efficiente

Strumentazione al paziente:

- Tablet o smartphone
- Saturimetro/pulsossimetro
- Termometro
- Sfigmomanometro
- Glucometro



## LA NECESSITA' DI TERRITORIALIZZARE LE CURE COME:

Emerge la necessità di cambiare l'approccio: da cura della patologia a cura della persona, anche attraverso la ri-attualizzazione delle forme aggregative della Medicina Generale e la loro sinergia con l'ambiente specialistica, al fine dell'implementazione di vere e proprie reti professionali.

Si tratta in poche parole di mutare la metodologia operativa: da una pratica professionale di "attesa" ad una "proattiva", orientata a forme di iniziativa di gestione della salute.

## IL PUNTO DI VISTA DEL MMG

### 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

### Nota 99: **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 farla (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

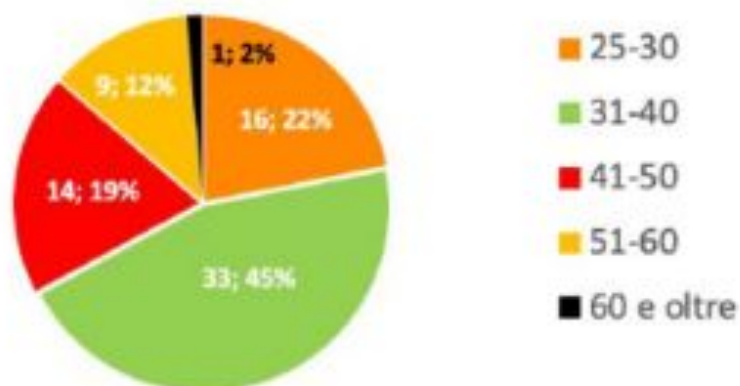


## PROGRAMMARE UNA MEDICINA DI INIZIATIVA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON BPCO IN MEDICINA GENERALE: IL SONDAGGIO

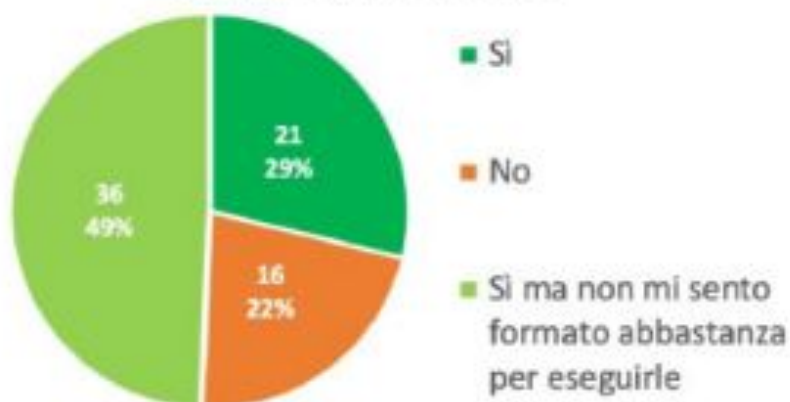
### MMG e spirometria

Nel sondaggio presentato nel corso del panel il 78% dei medici ha dimostrato di essere interessato alla possibilità di esecuzione di spirometrie nel proprio studio: 45% di loro rientrava nella fascia di età compresa tra 31 e 40 anni.

FASCE D'ETÀ TRA I MEDICI PARTECIPANTI AL SONDAGGIO



TI PIACEREBBE POTER EFFETTUARE SPIROMETRIE NEL TUO AMBULATORIO?

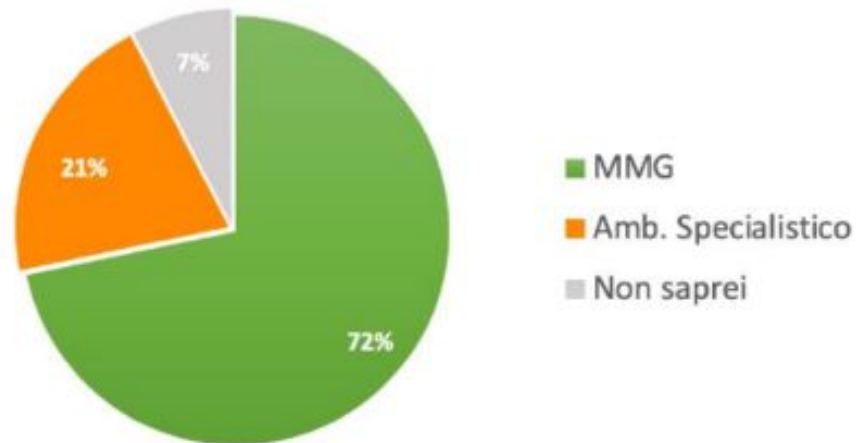






## Pazienti e spirometria

DOVE PREFERIRESTI ESEGUIRE LA SPIROMETRIA  
FOSSE POSSIBILE SCEGLIERE?



I risultati ottenuti dal sondaggio sono orientati verso l'esecuzione dell'esame presso gli studi della Medicina Generale.

Questa preferenza potrebbe essere dovuta al rapporto di fiducia che si viene a creare tra il paziente ed il proprio medico curante, come anche all'età media elevata dei partecipanti ai sondaggi: quasi il 40% della popolazione presa in esame rientra nella categoria degli ultra-settantenni.



## IL PROBLEMA DELL'ADERENZA NELLA BPCO

Aderenza significa entrare in un programma di trattamento discusso e concordato con il medico e mantenerlo nel tempo

- Fissare e rispettare le visite di controllo
- Assumere i farmaci seguendo le prescrizioni e in modo corretto
- Modificare lo stile di vita quando opportuno (aumentare l'attività fisica, modificare la dieta, smettere di fumare)

L'aderenza presuppone cambiamenti profondi che riguardano la sfera:

- Cognitiva (conoscenze, convinzioni)
- Comportamentale (acquisizione di abilità e competenze)
- Emotiva (riconoscimento e gestione delle emozioni suscitate dalla presenza di una patologia e dalla necessità di effettuare un trattamento)

Il cambiamento non è un fenomeno del tipo "tutto o niente", ma un processo graduale che attraversa specifici stadi, seguendo un percorso ciclico e progressivo

L'aderenza alle terapie rappresenta un grande problema nella BPCO e le dimensioni di tale problema non si sono modificate negli anni.

A titolo esemplificativo nello scempenso i dati dimostra percentuali:

- Il 12% dei pazienti non acquista i farmaci che gli sono stati prescritti.
- IL 12% dei pazienti non inizia il trattamento acquistato.
- IL 29% non continua la terapia per il tempo indicato dal medico.

Nella BPCO non vi sono dati così chiari recenti ma sicuramente il quadro è ancora più deludente



## CONTROINDICAZIONI ALLA SPIROMETRIA Update ATS –ERS 2019

Alcune condizioni cliniche quali pneumotorace o recenti interventi chirurgici addominali, toracici, oculari, possono rappresentare delle controindicazioni all'esecuzione dell'esame spirometrico.

Tali controindicazioni non sono assolute, ma relative e/o temporanee, e pertanto nella maggioranza dei casi compatibili con la tempistica prevista dalla nota per eseguire la spirometria. In altri casi le condizioni del paziente potrebbero non consentire in modo permanente l'esecuzione dell'esame spirometrico.

Generalmente tali condizioni rendono impossibile anche le manovre associate alla somministrazione per via inalatoria della terapia. In tali circostanze, i pazienti, se necessario, potrebbero essere sottoposti ad una valutazione clinica e strumentale da parte di specialisti in pneumologia o medicina interna operanti presso strutture identificate dalle Regioni al fine di individuare una eventuale terapia alternativa.

Dovute ad aumentate richieste miocardiche o a incremento della pressione arteriosa	IMA nell'ultima settimana( 1 wk ) - Ipotensione sistemica o ipertensione severa - Aritmia atriale e/o ventricolare significative - Scompenso cardiaco non compensato Ipertensione polmonare non controllata - Cuore polmonare acuto - Embolia polmonare - Storia di sincoper legata a sforzo espiratorio o Tosse
Dovute a incremento della pressione intracranica/ intraoculare	Aneurisma cerebrale o MAV - Interventi di Neurochirurgia nelle ultime 4 settimane - Trauma cranico recente con sintomi persistenti - Chirurgia oculare (con tempistiche differenti a seconda del tipo di intervento) in genere da almeno una settimana di intervallo
Dovute ad aumentata pressione nei seni paranasali o dell'orecchio medio	Chirurgia dei seni paranasali o dell'orecchio medio o infezione nell'ultima settimana
Dovute ad aumento delle pressioni intratoraciche e/o addominale	Pnumotorace in atto - Chirurgia Toracica nelle ultime 4 settimane - Chirurgia addominale nelle ultime 4 settimane - Gravidanza in stato avanzato di gestazione
Chirurgia dei seni paranasali o dell'orecchio medio o infezione nell'ultima settimana	Chirurgia dei seni paranasali o dell'orecchio medio o infezione nell'ultima settimana (N.B. l'Update è stato pubblicato prima della pandemia COVID, sono stati già pubblicati documenti relativi all'Infezione SARS COV-2)



## CONCLUSIONI

La Bpco è una malattia cronica complessa, prevenibile, trattabile e progressivamente ingravescente; una corretta gestione prevede interventi di prevenzione, diagnosi e terapia tempestivi.

Per il raggiungimento di tutto ciò è necessario un sistema integrato tra 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:

- La Medicina Generale sta attualmente attraversando una fase di riorganizzazione con l'offerta di una diagnostica di I livello che preveda anche l'esecuzione di esami spirometrici di primo livello presso i propri studi, attraverso progetti formativi alcuni dei quali in svolgimento da qualche anno ed altri in corso di implementazione);
- La realtà pneumologica regionale non è 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 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.



## CALL TO ACTION EMERSE DAL PERCORSO MACROREGIONALE

- **FORMAZIONE, NUOVO RUOLO MMG-OPERATORI SANITARI, PROSSIMITÀ:** Il MMG referta ed interpreta la spirometria presso il proprio studio, avvalendosi eventualmente dell'esecuzione pratica della medesima da parte di un infermiere o di un tecnico specializzato. Eseguire e refertare la spirometria vicino al domicilio del paziente garantisce maggiore rapidità, è più gradita al paziente stesso e contribuisce a decongestionare le liste d'attesa..
- **ORGANIZZAZIONE CATENA ASSISTENZIALE:** ridefinire la continuità ospedale-territorio per garantire accesso, appropriatezza e direzione unitaria → indispensabile rendere disponibile cartella clinica trasversale "alimentata" da tutti (MMG, caregiver, specialista territoriale e specialista ospedaliero).
- **MONITORAGGIO E VALUTAZIONE RISULTATI (differenze regionali):** attraverso indicatori PNE e PNC.
- **RETE OSPEDALIERA:** i SSR devono aumentare la disponibilità di posti letto in Pneumologia, quasi dimezzati negli ultimi 20 anni.
- **SBUROCRATIZZARE-FORMARE:** valorizzare il rapporto medico/paziente, il momento di comunicazione, educazione e ingaggio porta al self management → paziente più responsabilizzato nel seguire in modo aderente la terapia.
- **ADERENZA:** Il MMG dovrebbe decidere insieme al paziente che cosa fare → patto terapeutico nel momento in cui si stabiliscono insieme gli obiettivi.
- **TERAPIA:** dopo l'esecuzione spirometria semplice spesso la terapia è fatta in modo irregolare, per brevi periodi, determinando un aumento delle riacutizzazioni e degli accessi ospedalieri. Rimuovere il disallineamento interpretativo sulla NOTA 99, nota di alto valore.
- **OBIETTIVO TERAPEUTICO:** La riduzione delle riacutizzazioni deve essere un obiettivo primario, dato che incidono su ospedalizzazioni, declino di funzione respiratoria e sulla mortalità.



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

**Rossana Boldi**, Vice Presidente XII Commissione (Affari Sociali) Camera dei Deputati

**Francesco Buono**, Segretario organizzativo FIMMG Roma

**Francesco Colasuonno**, Responsabile PO Registri di Monitoraggio AIFA e Centri Prescrittori Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa, Regione Puglia

**Salvatore D'Antonio**, Presidente Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus

**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

**Claudio Micheletto**, Presidente Eletto AIPO - Direttore UOC Pneumologia AOUI Verona

**Paola Pisanti**, Consulente Esperto Malattie Croniche, Ministero della Salute

**Valentina Solfrini**, Direzione Sanitaria AOU Modena

**Ugo Trama**, Responsabile Farmaceutica e Protesica della Regione Campania

**Marzio Uberti**, Referente Area Pneumologia SIMG

**Claudio Zanon**, Direttore Scientifico Motore Sanità



Con il contributo incondizionato di



**ORGANIZZAZIONE**

Anna Maria Malpezzi - 329 97 44 772



**SEGRETERIA**

Elisa Spataro - 350 16 26 379

Ramona Musso - 380 891 68 35



segreteria@panaceascs.com



MOTORE  
SANITÀ

Panacea



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