

SENIOR ITALIA  
FEDERANZIANI



**Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute**

**Dipartimento Respiratorio**

**Rimini, 20-22 Novembre 2015**

- Il percorso di Senior Italia – FederAnziani
- Contesto epidemiologico delle patologie respiratorie (Asma + BPCO)
- Costi diretti e Indiretti delle patologie respiratorie (Asma + BPCO)
- PDTA - PIS 20/03/2014
- Focus su BPCO: Gestione integrata I – Il livello del rischio respiratorio
  - Gestione di primo livello: competenza della Medicina generale organizzata
  - Gestione di secondo livello: competenza dello Specialista di branca
- Requisiti di eccellenza in ambito respiratorio:
  - Ambulatorio specialistico
  - Ambulatorio MMG
  - Farmacia
- Relazione conclusiva - PIS 25/03/2015
- Il ruolo del paziente *senior* nelle patologie respiratorie (Asma e BPCO)
- Sintesi dei lavori

CGP + PIS

Attività  
Scientifica

Attività  
Sociale

Elenco eventi

CGP 2012 – Dipartimento respiratorio  
CGP 2013 – Dipartimento respiratorio  
PIS 20/03/2014 – Tavolo Asma e BPCO  
PIS 19/06/2014 – Tavolo respiratorio  
CGP 2014 – Dipartimento respiratorio  
PIS 25/03/2015 – Tavolo respiratorio  
CGP 2015 – Dipartimento respiratorio

Indagini + Survey

Indagine su Spirometrie in un campione *random* di >65  
*Survey* su cause di non Aderenza terapeutica nei pazienti/MMG/specialisti pneumologi  
Indagine nei centri anziani e centri di pneumologia su difficoltà nell'utilizzazione dei *device* nel paziente anziano cronico

Obiettivo

Oltre 300 Microconvegni sulla BPCO effettuati nel 2014 presso i Centri Anziani con focus su sensibilizzazione del paziente verso la bronchite cronica ed eventuale diagnosi precoce.

Con la collaborazione di:

- Al mondo, **oltre 235 mio** di persone sono affette da **asma** e **65 mio** soffrono di **BPCO** di grado moderato o grave.
- La BPCO causa ogni anno circa **350.000 morti** premature in Europa, causando circa il **55%** delle **morti per MRC** (Malattie Respiratorie Croniche)
- In Italia la prevalenza di Asma sulla popolazione assistibile è di **7,1%** (OsMed 2014), mentre quella della BPCO è del **3,3%**, con valori maggiori negli uomini (3,6%) rispetto alle donne (2,4%), e con valori crescenti in base all'età (18% ca. negli ultra 85enni)
- Le malattie respiratorie rappresentano in Italia la terza causa di morte dopo quelle cardiocircolatorie e tumori.
- La richiesta di **spirometria** da parte del MMG è stata effettuata per il **6,6%** dei soggetti affetti da asma e per il **13,6%** di quelli con BPCO.
- Per quanto riguarda l'aderenza al trattamento farmacologico, l'Asma registra ca il **12%** mentre la BPCO ca il **28%**
  - La presenza di **BPCO aumenta** inoltre l'**incidenza degli eventi cardiovascolari**: cardiopatia ischemica (+6,7 p.ti% nei pazienti con BPCO); aritmia cardiaca (+9,3 p.ti%); insufficienza cardiaca (+5,9 p.ti%); altre malattie cardiache (+12.6 p.ti%) e diabete mellito (+8.2 p.ti%)

Parametri	Basale		Follow-up	
	Costo Medio per Paziente (n=561)		Costo Medio per Paziente (n=561)	
	Valori in €	%	Valori in €	%
Terapia farmacologica principale	347,23	12,7%	663,78	31,1%
Terapia farmacologica concomitante	186,82	6,9%	256,44	12,0%
Ricoveri	1.519,67	55,8%	823,12	38,6%
Day Hospital	88,68	3,3%	70,41	3,3%
Accessi Pronto Soccorso	7,62	0,3%	3,83	0,2%
Visite MMG e Specialistiche	150,59	5,5%	93,99	4,4%
Esami	162,68	6,0%	124,66	5,8%
Accertamenti per effetti collaterali	0,70	0,0%	0,12	0,0%
Profilassi ambientale e aiuti domestici	3,07	0,1%	2,35	0,1%
Terapia alternativa	39,77	1,5%	5,88	0,3%
<b>Totale Costi Diretti</b>	<b>2.506,83</b>	<b>92,0%</b>	<b>2.044,58</b>	<b>95,9%</b>
<b>Δ basale - follow-up: -462,26 €</b>				
Assenze lavoro	216,84	8,0%	88,31	4,1%
<b>Totale Costi Indiretti</b>	<b>216,84</b>	<b>8,0%</b>	<b>88,31</b>	<b>4,1%</b>
<b>Δ basale - follow-up: -128,53 €</b>				
<b>Totale Costi</b>	<b>2.723,67</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.132,89</b>	<b>100,0%</b>
<b>Δ basale - follow-up: -590,79 €</b>				

**Costi Indiretti (in €) suddivisi per grado di severità della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)**

	Costo (euro/paziente/anno)			
	I Stadio	II Stadio	III Stadio	IV Stadio
Costi indiretti senza esacerbazioni	-	15,77	21,97	43,71
Costi indiretti per esacerbazioni	-	27,81	38,76	77,10

% richieste  
spirometrie x Asma

6,6%

% richieste di  
spirometrie x BPCO

13,6%

Num. spirometrie  
annue

474,7 mila

Potenziale risparmio

11 Mio/€

- In Italia si stimano il **6,6%** di **richieste di spirometrie semplici da parte del MMG** effettuate per pazienti con **Asma** e il **13,6%** per pazienti con **BPCO**, per un totale di **474,7** mila spirometrie
- Il tariffario nazionale delle prestazioni specialistiche evidenzia **23,24€** ogni spirometria semplice
- Pertanto, senza contare le spirometrie facenti parte di un intero **DRG** di ricovero, la spesa ammonta a **11 Mio €**
- Inserendo questo tipo di prestazioni nell'**Accordo Collettivo Nazionale**, si ipotizzano ambiti di risparmi per il **SSN**

## Prevenzione

- Prevenzione Primaria: Identificazione popolazione a rischio
- Effettuazione diagnosi precoce tramite screening spirometrico
- Individuazione precoce dei soggetti a rischio pre-acuzie
- Minimal Advice
- Questionari On Line
- Interventi di formazione alla autogestione Terapeutica
- Gestione integrazione Ospedale-Territorio

## Diagnosi

- Inquadramento e conferma diagnostica
- Applicazione linee guida per la diagnosi precoce
- Fenotipizzazione del paziente
- Applicazione diagnosi approfondita
- Gestione integrazione Ospedale-Territorio

## Trattamento

- Valutazione quadro socio-sanitario-economico del paziente
- Diagnostica di secondo livello : Pletismografia
- Impostazione approccio e soluzione terapeutica
- Definizione Piano di Cura Personalizzato
- Riabilitazione post-Acuzie
- Valutazione co-morbilità
- Valutazione aderenza terapeutica e interventi di controllo del MMG
- Gestione integrazione Ospedale-Territorio

## Monitoraggio

- Presa in carico dei pazienti
- Gestione soggetti in ossigenoterapia
- Valutazione e monitoraggio periodici (medicina di iniziativa, autovalutazione,..)
- Ulteriori interventi di counselling ed educazione sanitaria (stili di vita e autogestione)
- Raccolta dati clinici e alimentazione cartelle cliniche con condivisione a più livelli
- Gestione domiciliare Pre e Post Acuzie

### ATTIVITÀ CHIAVE

### ATTORI CHIAVE

- Mmg
- Pneumologo
- Broncopneumologo
- Dipart. Di Prevenzione
- Farmacie
- Istituzioni (ASL)
- Società civile

- Mmg
- Pneumologo
- Broncopneumologo
- ....

- Mmg
- Infermiere
- Pneumologo
- Broncopneumologo
- Fisiatra
- Assoc.ni pazienti
- ....

- Mmg
- Pneumoogo
- Broncopneumologo
- Infermiere
- Farmacia
- Assoc.ni pazienti
- ....

# **Schema di gestione primo - secondo livello della BPCO**

## **La Gestione di primo livello competenza della Medicina generale organizzata**



- Organizzazione del lavoro in Team mono professionale (AFT)
- Adozione della metodica della medicina di iniziativa
- Individuazione di sedi comuni di svolgimento delle attività di medicina di iniziativa (strutturazione della AFT)
- Acquisizione di personale di studio e sua specifica formazione
- Acquisizione di tecnologia diagnostica di primo livello e nella fattispecie:
  - Spirometro
  - Test diagnostico reversibilità (Broncodilatatore short acting)
  - Pulsì – ossimetro
- Adozione del sistema informativo di AFT in grado di garantire interoperabilità delle cartelle cliniche ed interoperabilità in modalità di telemedicina con la strumentazione diagnostica rappresentato dal Cloud di Netmedica Italia

## Diagnosi precoce

- Definire la coorte dei pazienti a rischio da avviare alla spirometria;
- Eseguire nel proprio setting una spirometria semplice orientata ad evidenziare una situazione di ostruzione bronchiale;
- Procedere ad una spirometria diagnostica (con test di reversibilità) per i pazienti che presentano un quadro ostruttivo;
- Programmare una rivalutazione periodica dei pazienti a rischio che non presentano una ostruzione e che pertanto non possono essere ancora diagnosticati come affetti da BPCO

## Stadiazione e Impostazione interventi

- Procedere alla definizione di gravità – stadio della malattia, utilizzando preferenzialmente l'algoritmo proposto dalle linee guida *Gold*, ed impostare conseguentemente la terapia farmacologica secondo linee guida, avendo cura di armonizzare la terapia specifica per la BPCO con le altre terapie necessarie al paziente nel quadro della gestione complessiva delle comorbidità;
- Assicurare la prevenzione vaccinale;
- Mettere in atto, anche con l'ausilio del personale, le misure preventive volte alla disassuefazione dal fumo ed all'allontanamento dagli inquinanti;
- Prescrivere la terapia per la disassuefazione da fumo nei fumatori disposti a smettere;
- Valutare lo stato di nutrizione e prendere gli opportuni provvedimenti;
- Prescrivere l'attività fisica nelle forme dovute;
- Mettere in atto, con l'ausilio del personale appositamente formato, le iniziative volte all'*empowerment* del paziente

## Follow-up di I livello

- Impostare la frequenza dei controlli successivi da eseguirsi sempre nel setting della Medicina Generale in un'ottica di medicina di iniziativa modulando la frequenza in funzione della gravità della patologia e quindi utilizzando come riferimento le seguenti cadenze:
- Valutazione clinica (sintomi, abitudine tabagica) CAT o mMRC + riacutizzazioni ogni 3-4 mesi;
- Valutazione clinico spirometrica (CAT o mMRC+ riacutizzazioni + spirometria):
  - classe A e B GOLD o 0-1 BODE: una volta l'anno;
  - classe C GOLD o 3 BODE: due volte l'anno;
  - classe D GOLD o 4 BODE tre volte l'anno.
- Rivalutazione clinico – spirometrica al bisogno al di fuori delle cadenze se:
  - peggioramento “spontaneo” dei sintomi;
  - riacutizzazione che non risponde a terapia;
  - pulsiossimetria PO2 sotto 90%.

- In fase di *follow up* e con paziente in terapia, è sufficiente una spirometria “semplice” in corso di terapia per cui il VEMS/CVF potrebbe, almeno nelle classi spirometriche 1 e 2 non essere  $<0.70$ . Per la restadiazione ci si riferisce al VEMS, dando per acquisita la diagnosi di BPCO e quindi la non reversibilità della ostruzione e quindi il VEMS/CVF  $<0.70$  dopo broncodilatazione in condizioni di base ( senza terapia).
- Riclassificazione del paziente nella classe di gravità e *resetting* della terapia se necessario;
- Rivalutazione di stato nutrizionale, attività fisica, *empowerment* e rinforzo delle indicazioni;
- Trattamento delle riacutizzazioni, sia in studio che a domicilio;
- Utilizzo della diagnostica a domicilio in modalità telemedicina.

Situazioni di Invio allo Specialista da parte del MMG:

1. Dopo la diagnosi, nel periodo successivo per spirometria “globale” con pletismografia corporea per la validazione del grado di iper-insufflazione-enfisema;
2. A giudizio del MMG in uno stadio nel quale a ostruzione moderata, si sommino sintomatologia di moderato impatto sulla vita del Paziente, alterazioni della nutrizione, pregresse riacutizzazioni (stadio C GOLD o 3 BODE) per una consulenza;
3. Facoltativamente a giudizio del MMG quando il paziente non risponde alle modifiche della terapia di fondo o della terapia per la riacutizzazione per una consulenza.

Inoltre tutte le volte che il MMG sentirà la necessità di acquisire una seconda opinione specialistica, potrà attivare la consulenza utilizzando la gestione condivisa tramite cruscotto di patologia se attivato. Utile e importante da usufruire per questo livello la tecnologia informatica.

Mantenendo contatto col MMG che gestisce ordinariamente le comorbidità, e nel suo complesso il paziente:

1. Sempre nello stadio D GOLD o 4 BODE;
2. Nei pazienti in OTLT;
3. Tutte le volte che il MMG lo ritenga utile;

Anche in questo caso le attività svolte dallo specialista devono essere annotate anche sulla cartella del MMG in modalità informatica tramite il cruscotto di patologia.

**Inoltre tutte le volte che il MMG sentirà la necessità di acquisire una seconda opinione specialistica, potrà attivare la consulenza in modalità telemedicina ed utilizzare la gestione condivisa del cruscotto di patologia.**

### Indicatori e livelli di eccellenza

Indicatore	Livelli di eccellenza
Uniformare i criteri di Priorità della visita specialistica pneumologica condivisa con i MMG	Presente
Avere un organizzazione (risorse umane, strumenti e spazi) che consenta di rispettare i tempi di attesa previsti dai criteri di priorità (tempo tra richiesta del MMG e consulenza Specialistica)	Presente
PDTA condiviso a livello multidisciplinare	Presente
Formazione continua a MMG, Assistente di Studio, personale infermieristico e tecnico, Farmacisti, Fisioterapisti	Presente
Educazione del Paziente alla Malattia	Presente
Comunicazione delle informazioni sanitarie dei Pazienti da Specialista a MMG	Presente
Avere una organizzazione che garantisca la presenza di una Infrastruttura tecnologica/informatica di collegamento tra i professionisti	Presente
Identificazione di Standard qualitativi Nazionali per i punti sopra indicati	Presente

**Indicatori e livelli di eccellenza**

Indicatore	Livelli di eccellenza
Applicazione dei criteri di Priorità della visita specialistica pneumologica	Presente
Struttura organizzata territoriale che consenta attività specialistica Pneumologica di primo livello (Spazi, Personale, Competenze e Tecnologia) Attività di Screening Spirometrico	Presente
Attività specialistica di secondo livello sul territorio	Presente
PDTA condiviso a livello multidisciplinare	Presente
Formazione continua a Assistente di Studio, personale infermieristico e tecnico, Farmacisti, Fisioterapisti	Presente
Educazione del Paziente alla Malattia ed alle modalità di autogestione	Presente
Comunicazione delle informazioni sanitarie dei Pazienti dal MMG a Specialista	Presente
Garantire la comunicazione e il collegamento tra i professionisti attraverso la corretta gestione ed archiviazione dati clinici e disponibilità di condivisione con lo Specialista	Presente
Coinvolgimento del 'Care Giver' nella gestione dell' Ambulatorio dedicato Polispecialistico (Gestione Spirometrie, Aderenza, prevenzione primaria.....)	Presente
Continuità assistenziale Ambulatoriale (H12, H24,...)	Presente
Attività di Pneumologia riabilitativa	Presente
Assistenza Respiratoria Domiciliare per pazienti in fase di Pre-Acuzie e Post -Acuzie	Presente

## Indicatori e livelli di eccellenza

Indicatore	Livelli di eccellenza
<b>Conoscenza della malattia</b>	<b>Presente</b>
<b>Identificazione e controllo dei fattori di rischi e aggravamento</b>	<b>Presente</b>
<b>Obiettivi della terapia</b>	<b>Presente</b>
<b>Piano di gestione della terapia scritto</b>	<b>Presente</b>
<b>Corretto utilizzo dei farmaci</b>	<b>Presente</b>
<b>Modalità di monitoraggio della malattia</b>	<b>Presente</b>
<b>Discussione degli argomenti portati da altri pazienti</b>	<b>Presente</b>
<b>Informazione e educazione all' utilizzo di terapia o mezzi terapeutici o situazioni particolari</b>	<b>Presente</b>



## Requisiti di Eccellenza

### Servizi amministrativi e front-office

- Prenotazioni CUP
- Pagamento ticket
- Ritiro referti

### Servizi professionali e informativi

- Programmi di educazione sanitaria (corretto uso del farmaco,...)
- Campagne vaccinali
- Screening di prevenzione (distribuzione test,...)
- Prestazioni analitiche di prima istanza (test glicemia, colesterolo,...)
- Prestazioni di secondo livello con dispositivi strumentali (misurazione pressione, spirometria, ECG-Telecardiologia,...)

### Servizi territoriali e logistici

- Consegna a domicilio (farmaci, prodotti sanitari,...)
- Raccolta farmaci non scaduti
- Prestazioni infermieristiche in farmacia (piccole medicazioni, iniezioni,...)
- Prestazioni fisioterapiche in farmacia
- Assistenza domiciliare (fisioterapista, infermiere, psicologo,..)
- Distribuzione di alimenti speciali, dispositivi medici,...

## Cause di Non Aderenza

## Ambiti di intervento

1

Ridotto grado di educazione e informazione relativamente alla cronicità, alla patologia e terapia

- **Empowerment del paziente e/o caregiver:** sviluppo della consapevolezza della cronicità ed educazione alla autogestione della patologia
- **Formazione operatori sanitari:** sviluppare il ruolo del farmacista, infermiere e assistente di studio nella sensibilizzazione del paziente sulla patologia e la terapia

2

Difficoltà d'uso del device nella terapia inalatoria

- **Empowerment del paziente:** addestramento del paziente da parte dei medici e delle altre figure professionali all'uso del device con Placebo e verifica della effettiva correttezza d'impiego
- **Formazione degli operatori sanitari** nel rinforzo delle informazioni sul device
- **Continuità terapeutica:** mantenimento della terapia nel paziente stabile con il dispositivo con cui ha familiarità d'uso

3

Mancanza di monitoraggio strutturato dell'aderenza

- **Evoluzione della Governance sanitaria a livello locale:** incentivazione del MMG alla gestione proattiva dell'agenda del paziente → piani di follow-up (visite regolari ed esami di controllo)
- **Strumenti di monitoraggio della aderenza:** utilizzo del calcolatore posologico della cartella clinica e del contatore posologico dei dispositivi

4

Complessità da politerapia

- **Formulazione di un piano terapeutico individuale personalizzato** sviluppato dal MMG in funzione del profilo dell'assistito e orientato ad una riduzione e semplificazione della terapia e alla valutazione dei fattori di rischio, con una condivisione multidirezionale delle informazioni

5

Difficoltà di accesso alle analisi

- **Accesso agli esami:**
  - implementazione della spirometria anche presso lo studio del MMG
  - sviluppo servizi di supporto specialistico in telemedicina

SENIOR ITALIA  
FEDERANZIANI



**Dipartimento Respiratorio**

**Sintesi dei lavori**

**Rimini, 20-22 Novembre 2015**

- Non esistono dati attendibili in Italia sulla frequenza reale delle malattie respiratorie croniche (le proiezioni ricavate da dati amministrativi sono approssimative)
- Molti malati non sanno di esserlo (sottodiagnosi e sottotrattamento)
- Alcuni di quelli in cura non sono correttamente diagnosticati per insufficiente utilizzo della spirometria (cui segue scarsa appropriatezza nella prescrizione dei farmaci)
- Scarsa integrazione (e notevole frammentazione) dei livelli di cura
- Scarsa aderenza alla terapia della persona malata di malattia respiratoria cronica ostruttiva anche per difficoltà nell'utilizzo dell'inalatore
- Riguardo ai disturbi respiratori del sonno una serie di criticità fra cui: malattia frequente non conosciuta, con complicazioni gravi e costi sociali elevati, disomogeneità tra regioni nella diagnosi e soprattutto nella prescrivibilità e nel rimborso dei trattamenti

### A) **Priorità**

1. la implementazione della gestione integrata dei casi noti (soprattutto per migliorare la aderenza alla terapia), 2. la identificazione dei casi non noti (medicina di iniziativa) e 3. la promozione della cessazione del fumo come misura preventiva e terapeutica

### B) **Realizzazione di obiettivi che superino le principali cause di non aderenza:**

1. Formazione degli operatori sanitari; 2. informazione del Paziente e di chi lo assiste; 3. attenzione alla ingiustificata modifica della terapia inalatoria (dispositivo); 4. definizione delle rispettive competenze di MG e specialisti (gestione integrata); 5. individuazione di strumenti di monitoraggio della aderenza; 6. Superamento delle difficoltà di accesso agli esami di monitoraggio (costo/liste di attesa)

### C) **Proposte di azioni per FederAnziani**

Avviare un'indagine sul paziente anziano in trattamento per BPCO volta a determinare le principali cause di non aderenza derivanti dalle caratteristiche dell'inalatore

SENIOR ITALIA  
FEDERANZIANI



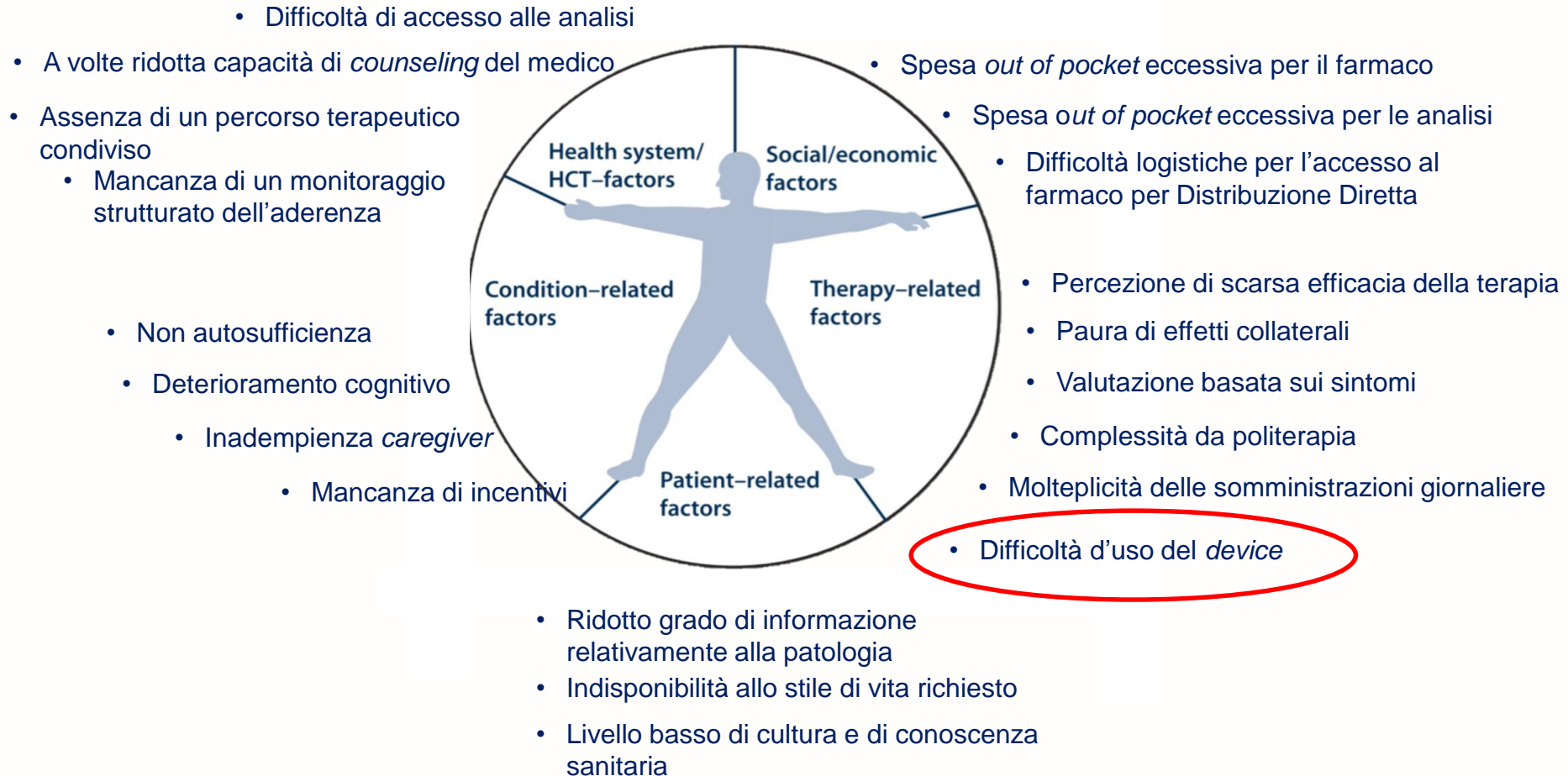
**Back-up**

**Progetto per la presa in carico nel paziente affetto da BPCO**

**22 Novembre 2015**

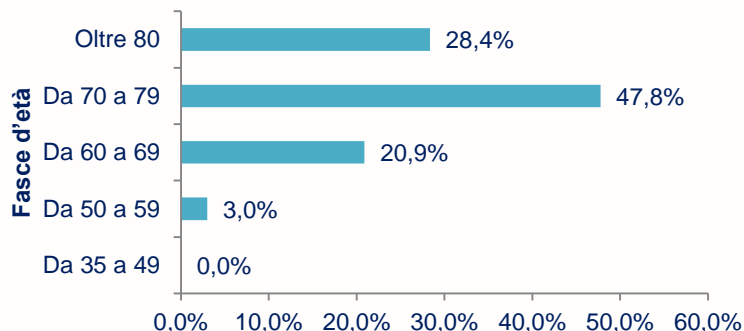
- Al **mondo**, circa **65 Mio** di persone soffrono di **BPCO** di grado moderato o severo
- La BPCO causa ogni anno circa **350.000 morti** premature in **Europa**, con circa il **55%** delle **morti per MRC** (Malattie Respiratorie Croniche)
- In **Italia** la prevalenza di BPCO sulla popolazione assistibile è del **3,3%**, con valori maggiori negli uomini (**3,6%**) rispetto alle donne (**2,4%**), e con valori crescenti in base all'età (**18% ca. negli ultra 85enni**)
- Le **malattie respiratorie** rappresentano in Italia la **terza causa di morte** dopo quelle cardiocircolatorie e i tumori.
- La BPCO registra inoltre circa il **28%** di aderenza al trattamento farmacologico
  - La presenza di **BPCO** aumenta inoltre l'**incidenza degli eventi cardiovascolari**: **cardiopatia ischemica** (+6,7 p.ti% nei pazienti con BPCO); **aritmia cardiaca** (+9,3 p.ti%); **insufficienza cardiaca** (+5,9 p.ti%); **altre malattie cardiache** (+12.6 p.ti%) e **diabete mellito** (+8.2 p.ti%)
- Il **48%** dei malati di BPCO finisce in ospedale per ricoveri dovuti a complicanze della patologia
  - I ricoveri incidono circa il **60%** sul totale dei costi per BPCO e variano da **€ 3,2 Mld** (costo basale) a **€ 1,6 Mld** (*follow-up*)

Il S.A.B.A. – *Strategic Advisory Board on Adherence* ha identificato un elenco di **cause di non aderenza** terapeutica declinando, in ambito respiratorio, **l'uso dell'inalatore** come “una delle cause che ne comportano un impiego errato (e minore efficacia) o l'abbandono totale della terapia da parte dei pazienti”





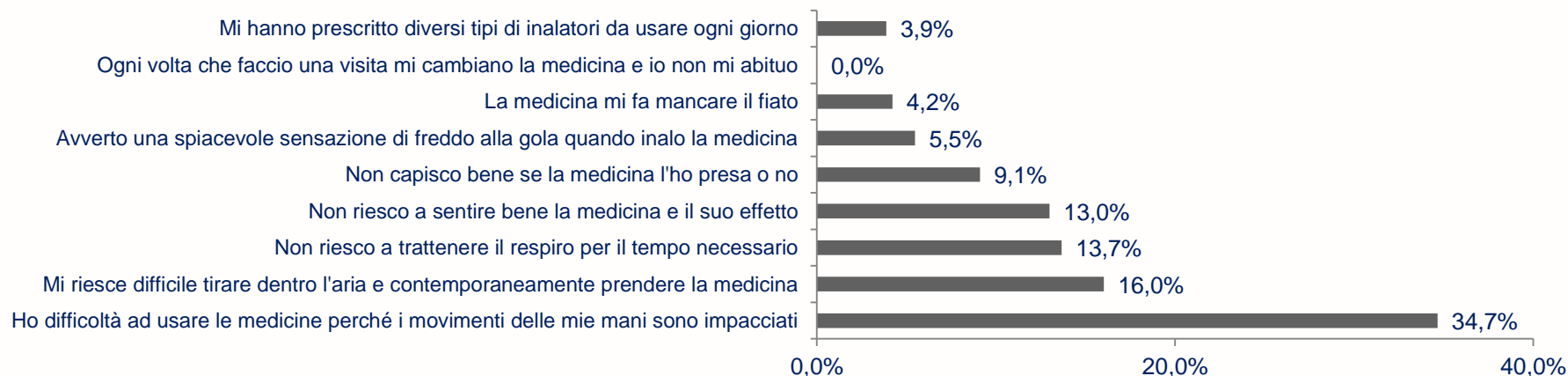
FederAnziani Senior Italia, con la collaborazione scientifica di AIMAR, ha chiesto ai propri pazienti di individuare le principali criticità riscontrate nell'utilizzo dei dispositivi medici:



- Sebbene l'uso del dispositivo inalatore venga spiegato dal medico al momento della prescrizione, in media, il **17,6%** di chi utilizza un *device* incontra difficoltà
- Sul totale di chi ha difficoltà nell'utilizzo del *device* (**17,6%**), il **76%** è **over 70**.
- I principali problemi sono di origine motoria (**34,7%**) e di coordinazione mano respiro (**16%**)



Base: totale delle difficoltà riscontrate



Indagine congiunta AIMAR FederAnziani su bisogni del paziente affetto da BPCO

- Durante il Punto Insieme Sanità del 25/03/2015, l'*Advisory Board* "Respiratorio" è emerso l'obiettivo di avviare una **indagine sul paziente anziano** in trattamento per **BPCO**, utilizzando dei *focus group* ed un **questionario standardizzato e validato**, finalizzata a:
  - definire e quantificare le **principali cause di non aderenza** alla terapia da parte del paziente anziano
  - valutare il livello di **soddisfazione** del paziente relativamente alla **facilità d'uso** degli inalatori
  - **incrociare** le **valutazioni** dichiarate con il **profilo anagrafico e sanitario** del paziente
  - **stimare l'impatto** delle caratteristiche degli inalatori **sull'aderenza** alla terapia
- Lo svolgimento delle attività prevede l'**attivazione** di un **Advisory Board** composto dalle principali società scientifiche in ambito respiratorio (**AIMAR, AIPO, SiMer**) che supporti scientificamente il progetto e ne convalidi i risultati



Aumentare la presa in carico

Diminuire i ricoveri

Aumentare aderenza terapia

Diminuire la spesa

- Con i livelli attuali di aderenza e prevalenza terapeutica la spesa totale per i farmaci è di **€ 629 Mio**, se la stessa aumentasse a **€ 1,2 Mld** si genererebbero risparmi di **€ 838 Mio** dovuti principalmente dalle minori ospedalizzazioni recidivanti



Totale popolazione con BPCO in Italia	Spesa <u>farmaceutica</u> per BPCO	Spesa <u>totale</u> annua per BPCO (costi diretti)	Risparmio da incremento spesa farmaceutica
1,8 Mio	As is: € 629.567.494 To be: € 1.202.473.913	→ € 4,5 Mld → € 3,7 Mld	€ 838 Mio



- Al netto della maggiore **spesa farmaceutica (+91%)** corrispondono:
  - una riduzione del **-44,5%** dei **costi ospedalieri** (ricoveri + day hospital + accessi al PS)
  - una riduzione del **18,44%** dei **costi diretti totali**

1

**Costituzione di un  
Advisory Board**

1

Costituzione di un *Advisory Board* formato da pneumologi, MMG, Senior Italia per la redazione di un questionario di valutazione delle criticità da parte del paziente nell'utilizzo degli inalatori

2

Supporto scientifico alla predisposizione di *focus group* e analisi dei risultati da essi derivanti

3

Somministrazione del questionario ed individuazione delle criticità

2

**Focus Group**

4

Individuazione di 4 Centri Sociali Anziani dislocati nelle 4 macroaree italiane dove coinvolgere almeno 10 iscritti, 5 con BPCO e 5 anziani di controllo

5

Osservazione e valutazione dei risultati derivanti dai questionari

6

Fornire supporto ai partecipanti durante lo svolgimento di queste attività tramite le figure multidisciplinari che prenderanno parte agli incontri

3

**Analisi dei risultati**

7

Approvazione scientifica dei principali risultati emersi con le Società Scientifiche

8

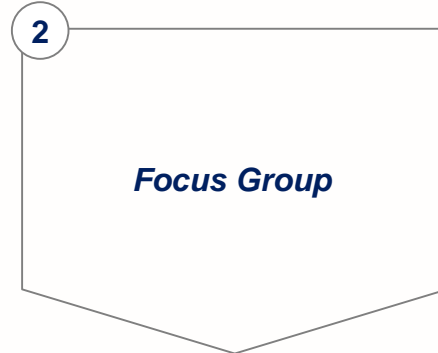
Approvazione tramite il proprio Comitato Scientifico di Senior Italia

9

Approvazione popolare con votazione degli aderenti rispetto ai risultati emersi

10

Comunicazione tramite i canali Senior Italia dell'apporto scientifico fornito grazie a questa ricerca



## OBIETTIVI

- Validazione del progetto da parte dell' *Advisory Board*
- Coinvolgimento delle 3 principali Società Scientifiche italiane all'interno del progetto: AIMAR, AIPO, SiMer

## ATTIVITÀ

### Costituzione *Advisory Board* "Respiratorio"

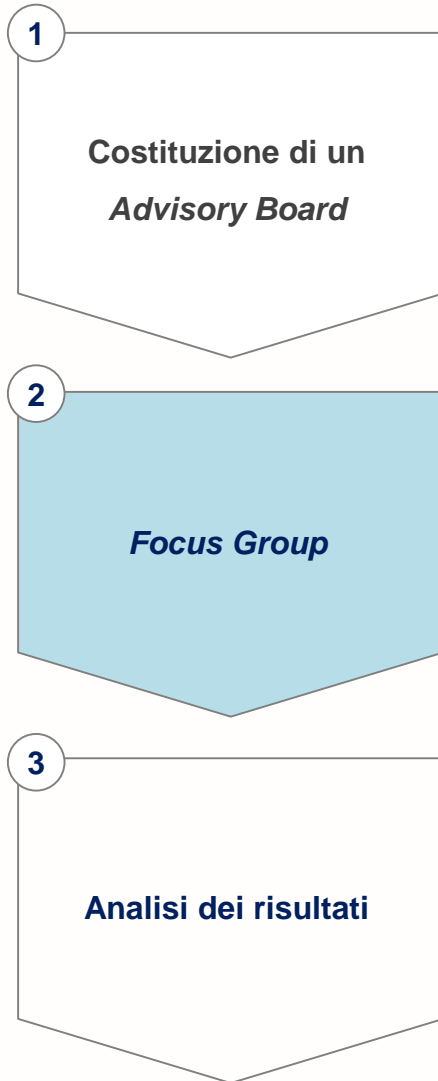
- *Kick off* per la condivisione della struttura del progetto
- Redazione di un questionario qualitativo sulle criticità riscontrate dai pazienti anziani nella gestione della terapia per la loro BPCO

### Supporto scientifico

- Supporto scientifico all'organizzazione, osservazione e predisposizione dei risultati emersi nei *focus group*
- Formazione dei referenti di Senior Italia per lo svolgimento dei suddetti *focus group*

### Questionario di valutazione

- Somministrazione del questionario ai partecipanti senior
- Individuazione delle principali criticità di utilizzo degli inalatori
- Individuazione delle caratteristiche ottimali per il corretto utilizzo del dispositivo



### OBIETTIVI

- Organizzazione di 4 *focus group* nelle 4 macro aree italiane: Nord Est, Nord Ovest, Centro e Sardegna, Sud e Sicilia
- Misurare i livelli di difficoltà di utilizzo dell'inalatore in base ad età e storia clinica del paziente
- Individuare le caratteristiche del *device* perfetto, in grado di soddisfare anche i pazienti più difficoltosi

### ATTIVITÀ

#### Organizzazione dei *focus group*

- Individuare 4 centri anziani in Italia in cui effettuare i *focus group* con 5 pazienti che già utilizzano un inalatore e 5 anziani senza patologia
- Somministrare lo stesso questionario ai casi e i controlli, e confrontare le principali differenze nelle risposte

#### Osservazione e Valutazione

- Tramite figure multidisciplinari, durante i *focus group* verranno osservate le principali difficoltà sia dei casi che dei controlli per il funzionamento dei diversi inalatori forniti ai partecipanti
- Le principali informazioni diventeranno parte integrante del documento dei risultati finale

#### Supporto ai partecipanti

- Senior Italia darà supporto ai partecipanti dei *focus group* con il proprio personale formato dalle Società Scientifiche partecipanti al progetto
- Per la fase di osservazione nei *focus group* saranno presenti 1 psicologo, 1 specializzando pneumologo, 2 economisti sanitari

1

**Costituzione di un  
Advisory Board**

2

**Focus Group**

3

**Analisi dei risultati**

### OBIETTIVI

- Calcolare il risparmio atteso dalla maggiore aderenza fornita dal “perfetto” inalatore
- Formalizzare l’approvazione del Comitato Scientifico ai risultati dell’indagine
- Comunicare formalmente a tutte le Istituzioni nazionali e locali l’interesse di Senior Italia allo sviluppo di quanto emerso e, coerentemente, richiedere la sua implementazione

### ATTIVITÀ

#### Approvazione scientifica

- Definizione delle Linee Guida da parte di un gruppo di 60-80 pneumologi selezionati, partendo dalle evidenze tratte dall’esperienza dei *focus group*

#### Approvazione Comitato Scientifico

- Presentazione dei risultati dell’*Expert Opinion Report* al Comitato Scientifico di Senior Italia per loro approvazione interna

#### Approvazione popolare

- Presentazione da parte del coordinatore dell’*Advisory Board* delle Linee Guida ai delegati nazionali e provinciali di Senior Italia per loro approvazione

#### Comunicazione

- Comunicato stampa relativo alle evidenze emerse
- Sensibilizzazione del mondo scientifico rispetto alle innovazioni apportate da questa ricerca allo stato dell’arte attuale