



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Tavolo Tecnico Asma e Bpco

20 Marzo 2014

- **Contesto ed epidemiologia**
- **Il percorso del paziente**
- **Gestione appropriata e sostenibilità:**
 - **Requisiti di eccellenza Centri Specialistici**
 - **Requisiti di eccellenza UCCP**
 - **Requisiti di eccellenza Farmacie**
- **Possibili progettualità**

- La diffusione delle malattie respiratorie nel mondo ampia: 300 milioni gli asmatici, 210 milioni le persone affette da Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO). Quattro milioni di persone muoiono prematuramente ogni anno per problemi legati alle patologie respiratorie. In Italia le patologie respiratorie sono responsabili di 37.780 decessi (2011). Entro il 2020, la BPCO comporterà oltre 6 milioni di decessi ogni anno a livello mondiale, diventando la terza causa di morte
- La frequenza di BPCO clinicamente rilevante nei Paesi europei è compresa fra il 4 e il 10% della popolazione adulta. Circa 300.000 persone muoiono ogni anno in Europa a causa della BPCO. La BPCO rappresenta la principale causa di perdita di giornate lavorative in ambito respiratorio, nella UE circa 41.300 l'anno per 100.000 abitanti. In Europa, la perdita di produttività dovuta a BPCO ammonta a un totale annuo di 28,5 miliardi di Euro
- In Italia l'incidenza della BPCO è in continuo aumento, fino al 20% nell'anziano, per lo più di sesso maschile. La presenza di BPCO aumenta 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%)
- I costi della BPCO sono più del 6% della spesa sanitaria totale, pari a 6.773 milioni di euro, prevalentemente dovuta alle ospedalizzazioni, mentre il costo medio annuo per paziente è di 2.700 Euro

- Nel mondo 300 milioni di persone soffrono di asma bronchiale e 180 mila muoiono ogni anno a causa dell'asma
- In Italia il 6,1% della popolazione soffre di asma, pari a 3,6 milioni di persone (2011)
- L'attuale prevalenza di asma in Italia rappresenta una notevole fonte di costi sociali, socio-sanitari e umani. I costi diretti ammontano a circa l'1,2% della spesa sanitaria totale, pari a 1,3 miliardi di Euro
- I dati internazionali dimostrano purtroppo, che nonostante la diffusione delle linee guida GINA (Global Initiative for Asthma), questa patologia risulta tuttora non sufficientemente controllata
- La Commissione Tecnica Nazionale del “Dipartimento Respiratorio” sta lavorando sulle seguenti tematiche in funzione di abbattere gli sprechi economici, estrapolare sul territorio nazionale/regionale le criticità del settore, elaborare soluzioni concrete e sostenibili con un'ottimizzazione dell'outcome sul paziente e dell'impegno economico del SSN

Tema	Criticità	Soluzione
Sottostima della BPCO (specie negli stadi più lievi)	<ul style="list-style-type: none"> • Campagne di screening insufficienti scarso impiego della spirometria nella popolazione a rischio e generale • Mancanza di dati certi e metodologie variabili • Dati surrogati (SDO, accessi in PS, certificati di morte, etc.) • Fragilità respiratoria dell’Anziano 	<ul style="list-style-type: none"> • Osservatori e registri pubblici • Sistemi di codifica più accurati • Controlli di qualità (a campione) delle SDO
Accesso alla diagnosi, differenze regionali: le criticità dell’assistenza territoriale per i pazienti con malattie respiratorie croniche.	<ul style="list-style-type: none"> • Aree scoperte di servizi diagnostici (spirometria, gas-analisi, etc.) • Scarsa accessibilità a servizi specialistici minimi 	<ul style="list-style-type: none"> • Migliore distribuzione territoriale dei servizi • Migliore distribuzione dei distretti sanitari nelle ASP • Prenotazioni on-line • Creazione di servizi di telemedicina • Nursing domiciliare

Tema	Criticità	Soluzione
<p>Ruolo del medico di medicina generale nella gestione del paziente con BPCO e asma e prevenzione respiratoria. La gestione terapeutica del paziente con BPCO e asma in fase stabile</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Scarso impegno antifumo (insufficiente ‘minimal advice’) • Stili di vita poco salutari (disordine alimentare, vita sedentaria, etc.) • Scarsa educazione terapeutica del paziente e dei suoi familiari 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventi anti-fumo di vario livello (inclusa educazione preventiva nella scuola) e aumento dell’offerta anti-tabagica (per es. rimborso dei farmaci per la disassuefazione ai pazienti più gravi) • Proibizione delle sigarette-elettroniche nei locali pubblici e dispensatori automatici non esposti sulla pubblica via • Educazione alimentare • Vita attiva, esercizio fisico regolare • Riconoscimento della BPCO come malattia sociale (come già avvenuto per l’asma)
<p>Accesso alla diagnosi, differenze regionali: le criticità dell’assistenza territoriale per i pazienti con malattie respiratorie croniche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aree scoperte di servizi diagnostici (spirometria, gas-analisi, etc.) • Scarsa accessibilità a servizi specialistici minimi 	<ul style="list-style-type: none"> • Migliore distribuzione territoriale dei servizi • Migliore distribuzione dei distretti sanitari nelle ASP • Prenotazioni on-line • Creazione di servizi di telemedicina • Nursing domiciliare

Tema	Criticità	Soluzione
Prevenzione delle riacutizzazioni: BPCO, asma, interstiziopatie	<ul style="list-style-type: none"> • Scarsa conoscenza delle cause e dei meccanismi • Definizione incerta • Frequenti riacutizzatori 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificazione delle persone a rischio • Strategie farmacologiche e non
La vaccinazione stagionale antinfluenzale nel paziente con asma/BPCO	<ul style="list-style-type: none"> • Vaccinazione in calo nei soggetti non-rischio di età 65+ anni (<75%) • Vaccinazione in calo nei soggetti a rischio con età <65 anni • Campagne di stampa e allarmismo non giustificato • Scarso rilievo delle smentite a mezzo stampa 	<ul style="list-style-type: none"> • Campagne più efficaci (MinSal, ISS, AIFA, media) • Strategie organizzative (MMG, associazioni pazienti, etc.)
Il ruolo della riabilitazione respiratoria ambulatoriale	<ul style="list-style-type: none"> • Servizi di riabilitazione insufficienti sull'intero territorio • Pochi centri di riabilitazione accessibili solo in lungodegenza • Pochi servizi privati non convenzionati • In prevalenza affidati alle Unità di Fisiatria 	<ul style="list-style-type: none"> • Creazione di servizi equamente distribuiti • Maggiore identità e autonomia alle unità di riabilitazione respiratoria

- **Contesto ed epidemiologia**
- **Il percorso del paziente**
- **Gestione appropriata e sostenibilità:**
 - **Requisiti di eccellenza Centri Specialistici**
 - **Requisiti di eccellenza UCCP**
 - **Requisiti di eccellenza Farmacie**
- **Possibili progettualità**

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

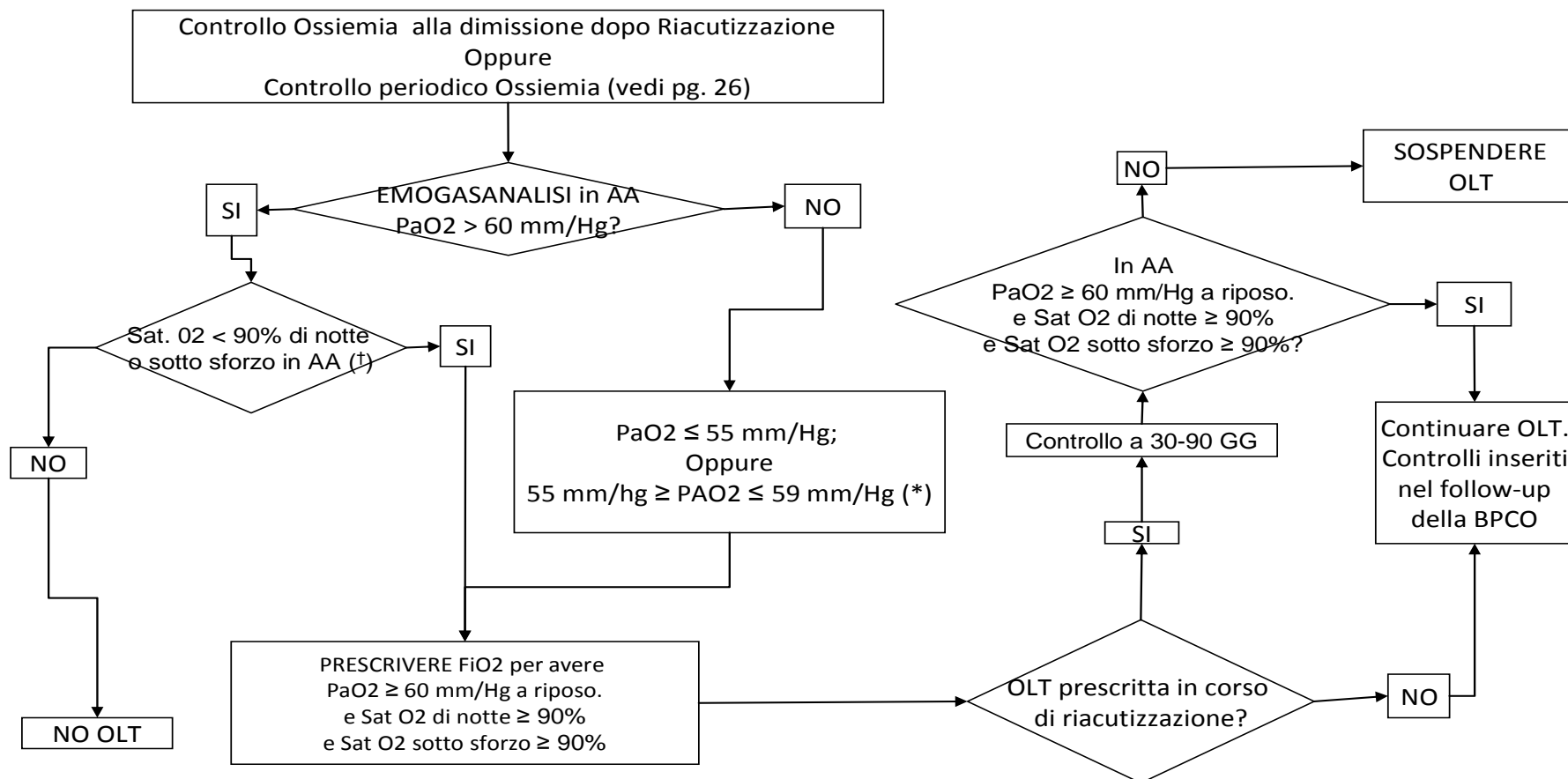
- Mmg
- Pneumologo
- Broncopneumologo
- Dipart. Di Prevenzione
- Farmacie
- Istituzioni (ASL)
- Società civile

- Pneumologo
- Broncopneumologo
- Mmg
-

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

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

Prima prescrizione e revisione della OLT



(†) nella desaturazione sotto sforzo, in alcuni studi, è stato evidenziato miglioramento della tolleranza all'esercizio fisico; senza nessun risultato sulla sopravvivenza. (linee guida AGENAS)

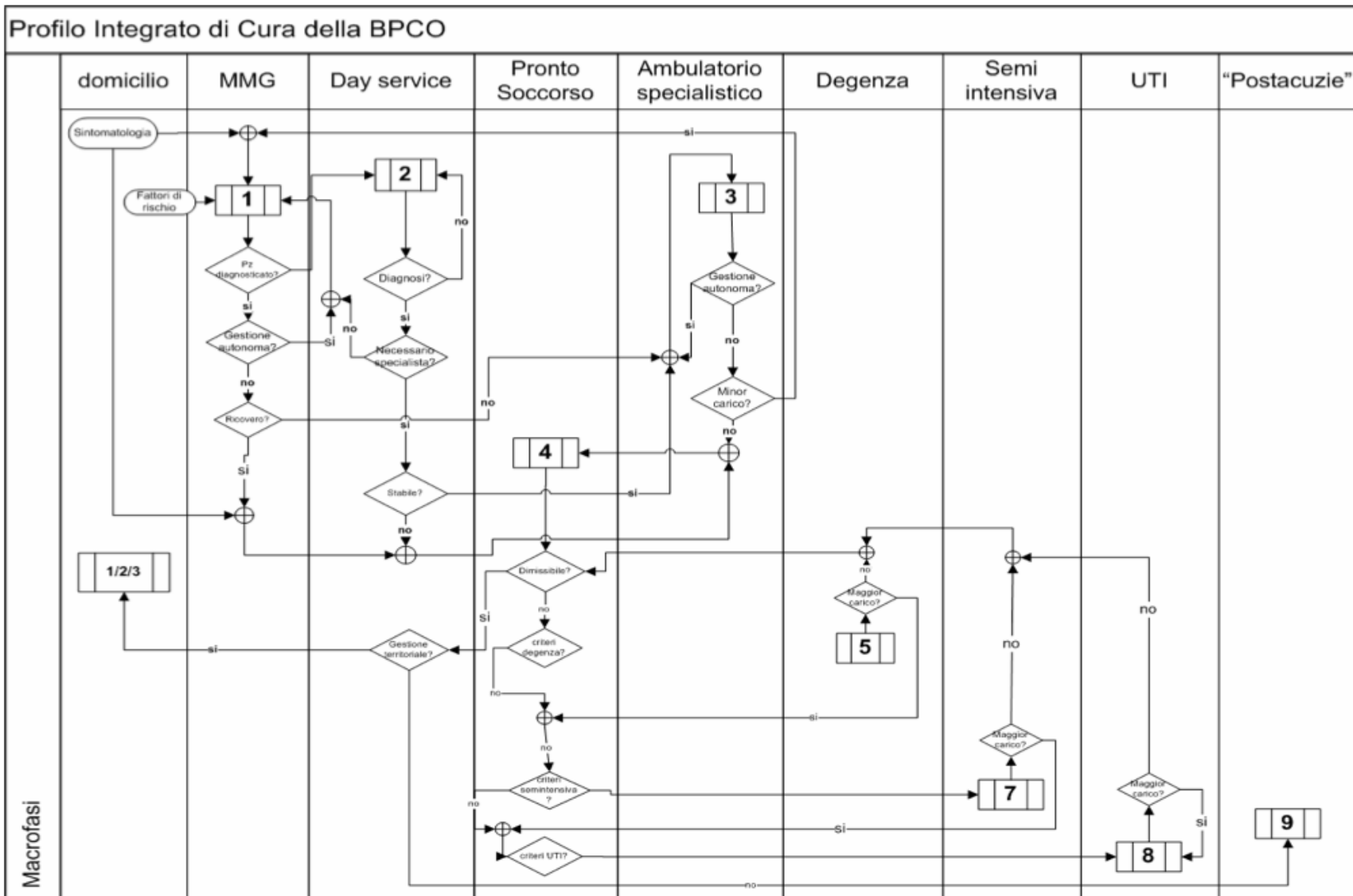
(*) In presenza di ipertensione polmonare, cuore polmonare, edemi declivi, eritrocitosi (ematocrito > 55%), deficit cognitivo (da Documento Intersocietario)

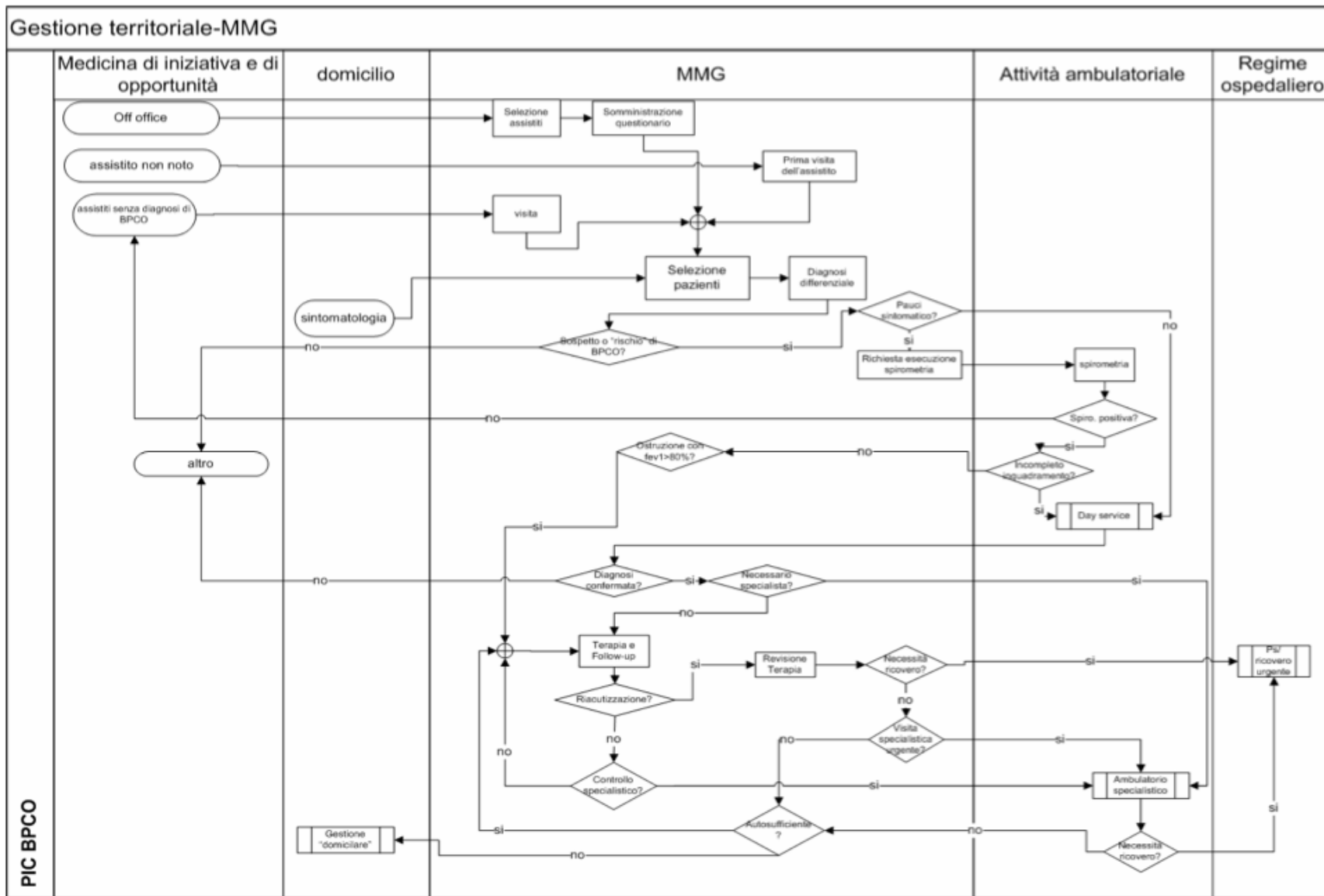
Modello GARD per la diagnosi precoce della BPCO

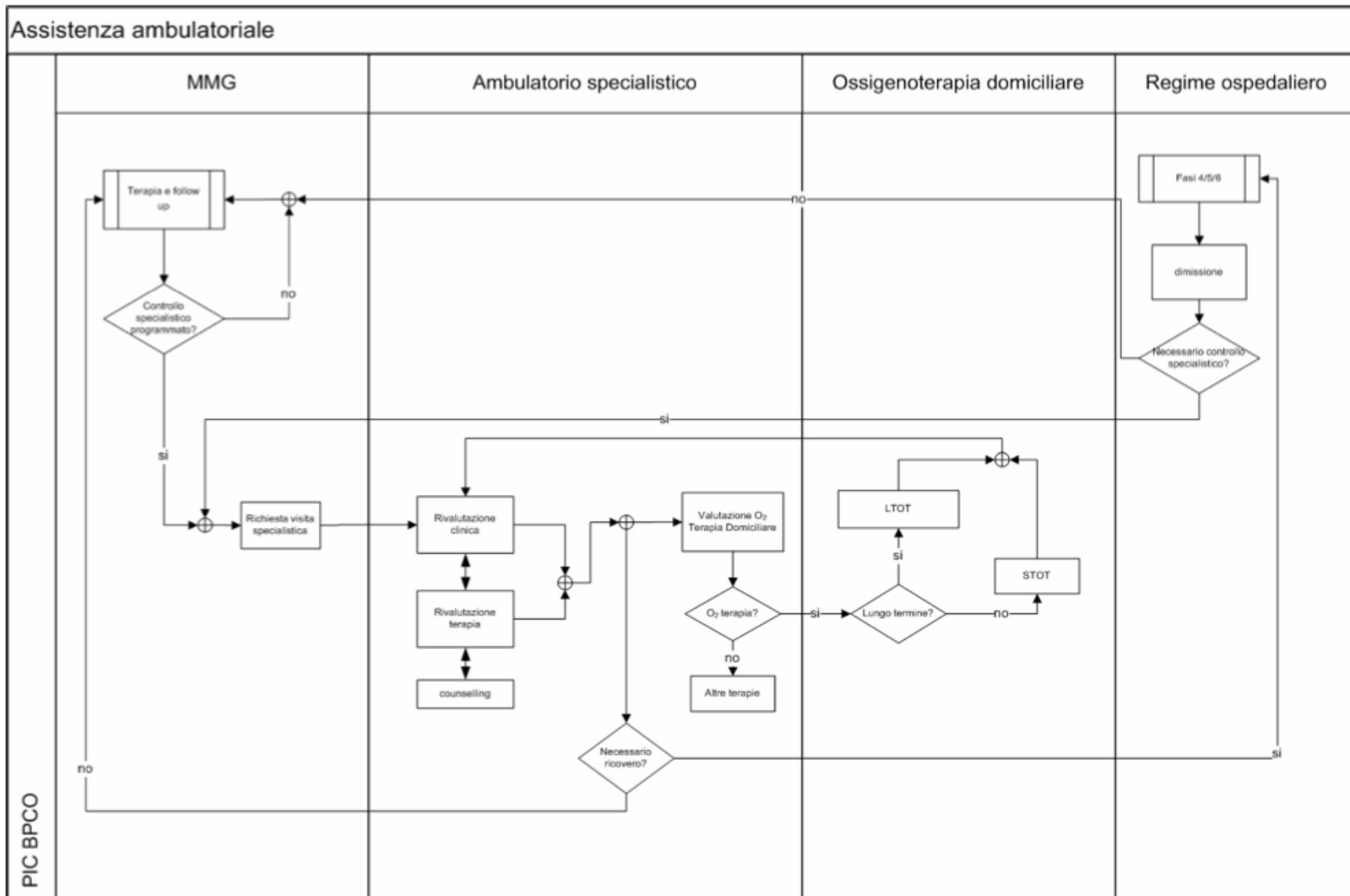
Raccomandazioni per il follow-up dei pazienti in base alle loro condizioni cliniche

PRESTAZIONI	MONITORAGGIO DELLA BRONCHITE CRONICA (SENZA OSTRUZIONE) E DELLA BPCO LIEVE (FEV ₁ /VC < 95 E FEV ₁ > 80%) ASINTOMATICA	MONITORAGGIO DELLA BPCO CON FEV ₁ < 80%, DISPNEA DA SFORZO EVENTUALI COMORBILITÀ	MONITORAGGIO DELLA BPCO CON FEV ₁ < 60% CON DISPNEA DA SFORZO, FREQUENTI RIACUTIZZAZIONI E COMORBILITÀ	MONITORAGGIO DELLA BPCO CON FEV ₁ < 50% CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA E CON COMORBILITÀ**
	Biennale	Annuale	Annuale	Annuale
Disassuefazione tabagica, se fumatore	tutti e/o centro antifumo	tutti e/o centro antifumo	tutti e/o centro antifumo	tutti e/o centro antifumo
Valutazione clinica (incluso indice di massa corporea, BMI, eventuale uso di questionari) e dei fattori di rischio	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista
Pulsossimetria	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista
Spirometria semplice	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista
Consulenza pneumologica	specialista pneumologo in caso di dubbio diagnostico	specialista pneumologo	specialista pneumologo	specialista pneumologo

La presa in carico del paziente con “Asma” e “BPCO” – Flusso complessivo [BPCO]







PREVENZIONE

Elemento chiave

- Profilo paziente
 - Paziente anziano soggetto a eventi asmatici
- Valore per il paziente
 - Presa in carico del paziente in fasi preliminari della patologia
- Partnership strategiche
 - Incentivazione da parte dell'ASL
- Attività chiave
 - Presenza Specialista/Formazione
- Risorse chiave
 - Assistente di Studio
- Comunicazione al Paziente
 - Comunicazione al paziente
- Canali presa in carico del paziente
 - Campagne di screening

Attore

- MMG e Farmacista
- MMG
- Resp. Distretto
- Pneumologo
- MMG
- Farmacia, MMG
- MMG/Farmacia

Requisiti di eccellenza (Indicatori)

- # di pazienti individuati
- # di pazienti individuati
- # di obiettivi
- Ore ambulatorio
- # Assistenti
- # Campagne
- # pazienti coinvolti

DIAGNOSI

Elemento chiave

- Profilo paziente
 - Paziente solo/isolato anziano, paziente complesso
- Valore per il paziente
 - Presa in carico del paziente anziano
- Partnership strategiche
 - Creazione integrazione MMG-Pneumologo
- Attività chiave
 - Rapido accesso allo Pneumologo
- Risorse chiave
 - Comunicazione informatica Psichistra-MMG
- Comunicazione al Paziente
 - Comunicazione al paziente
- Canali presa in carico del paziente
 - Presa in carico terapeutica del Paziente

Attore

- MMG e Caregiver
- MMG
- MMG/Pneumologo
- Pneumologo
- MMG-Pneumologo
- Pneumologo
- Pneumologo

Requisiti di eccellenza (Indicatori)

- # di pazienti visitati
- # di pazienti visitati, # di ricoveri, cessazione fumo
- # di riunioni
- Tempi di attesa della visita
- # di accessi alla cartella condivisa/mail
- # Campagne
- # pazienti coinvolti

TRATTAMENTO

Elemento chiave

- Profilo paziente
 - Paziente solo/isolato anziano, paziente complesso
- Valore per il paziente
 - Presa in carico del paziente anziano
- Partnership strategiche
 - Creazione integrazione MMG-Pneumologo
- Attività chiave
 - Favorire l'aderenza terapeutica
- Risorse chiave
 - Comunicazione informatica Pneumologo-MMG
- Comunicazione al Paziente
 - Comunicazione al paziente
- Canali presa in carico del paziente
 - Presa in carico terapeutica del Paziente

Attore

- MMG
- MMG
- MMG/Pneumologo
- Pneumologo, MMG e caregiver
- MMG-Pneumologo
- Pneumologo
- Pneumologo

Requisiti di eccellenza (Indicatori)

- # di pazienti trattati
- # di pazienti trattati
- # di riunioni
- # visite a Pneumologo e tempistica tra visite
- # di accessi alla cartella condivisa/mail
- # Campagne
- # pazienti coinvolti

FOLLOW-UP

Elemento chiave

- Profilo paziente
 - Paziente solo/isolato anziano, paziente complesso
- Valore per il paziente
 - Presa in carico del paziente anziano
- Partnership strategiche
 - Creazione integrazione MMG-Infermieri per nursing
- Attività chiave
 - Creazione della rete di Nursing
- Risorse chiave
 - Comunicazione MMG-Infermiera
- Comunicazione al Paziente
 - Comunicazione al paziente
- Canali presa in carico del paziente
 - Presa in carico Follow-Up

Attore

- MMG
- MMG
- MMG/Infermieri
- MMG, caregiver e Infermieri
- MMG-Infermiere
- MMG/Infermiere
- Infermiere

Requisiti di eccellenza (Indicatori)

- # di pazienti con F-Up
- # di pazienti con F-Up
- # di riunioni/comunicazioni
- # visite di assistenza
- # incontri
- # comunicazioni
- # pazienti con F-Up

- **Contesto ed epidemiologia**
- **Il percorso del paziente**
- **Gestione appropriata e sostenibilità:**
 - **Requisiti di eccellenza Centri Specialistici**
 - **Requisiti di eccellenza UCCP**
 - **Requisiti di eccellenza Farmacie**
- **Possibili progettualità**

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

- **Contesto ed epidemiologia**
- **Il percorso del paziente**
- **Gestione appropriata e sostenibilità:**
 - **Requisiti di eccellenza Centri Specialistici**
 - **Requisiti di eccellenza UCCP**
 - **Requisiti di eccellenza Farmacie**
- **Possibili progettualità**

Requisiti di eccellenza – “Asma e BPCO”

Ambulatorio Territoriale e Associazione MMG

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

- **Contesto ed epidemiologia**
- **Il percorso del paziente**
- **Gestione appropriata e sostenibilità:**
 - **Requisiti di eccellenza Centri Specialistici**
 - **Requisiti di eccellenza UCCP**
 - **Requisiti di eccellenza Farmacie**
- **Possibili progettualità**

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,...

- **Contesto ed epidemiologia**
- **Il percorso del paziente**
- **Gestione appropriata e sostenibilità:**
 - **Requisiti di eccellenza Centri Specialistici**
 - **Requisiti di eccellenza UCCP**
 - **Requisiti di eccellenza Farmacie**
- **Possibili progettualità**