



**CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE  
PER IL DIRITTO ALLA SALUTE  
II° CONGRESSO NAZIONALE  
IL DIRITTO ALLA SALUTE: UN DIRITTO INALIENABILE  
CRITICITÀ A CONFRONTO**

**COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE  
DIPARTIMENTO RESPIRATORIO**

La diffusione delle malattie respiratorie nel mondo è dimostrata da dati allarmanti: 300 milioni gli asmatici, 210 milioni le persone affette da Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), 400 milioni i pazienti con rinite allergica, 100 milioni con sindrome della apnea notturna, 50 milioni i portatori di altre patologie respiratorie meno comuni. 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. Fra le malattie respiratorie, la BPCO rappresenta la principale causa di perdita di giornate lavorative, 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 (6.9% nella popolazione generale vs 13.6% nei pazienti con BPCO); aritmia cardiaca (6.6% vs 15.9%); insufficienza cardiaca (2% vs 7.9%); altre malattie cardiache (10.7% vs 23.1%) e diabete mellito (10.5% vs 18.7%)].

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 3.623.046 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 1.341.600.000 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.

## SSN: CRITICITÀ E SOLUZIONI A CONFRONTO

- Prevenzione delle malattie respiratorie
- Il fumo nemico dell'apparato respiratorio
- Valutazione costo-beneficio della prevenzione
- Prevenzione obbligatoria: una soluzione concreta
- Accesso alla diagnosi, differenze regionali
- Liste d'attesa, percorso dedicato, differenze regionali
- Rapporto tra specialista e direttore generale
- Disomogeneità territoriali del protocollo terapeutico regionale e ospedaliero
- Ruolo del medico di medicina generale nel paziente con BPCO e asmatico
- Il paziente asmatico/con BPCO ed il Country Hospital
- Ruolo dello specialista pneumologo ed integrazione con il MMG
- L'importanza del *medical device* e corretto utilizzo
- Prevenzione degli accessi acuti in pronto soccorso
- Il paziente in ossigeno terapia: criticità di gestione
- Differenze regionali di distribuzione di ossigeno terapia
- Difficoltà di accesso alla ginnastica respiratoria per un buon recupero funzionale
- L'importanza della vaccinazione preventiva stagionale antinfluenzale nel paziente con asma/BPCO
- Gestione multidisciplinare del paziente complesso
- Ingresso di farmaci innovativi

## PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE IN AMBITO RESPIRATORIO

Il paziente, destinatario del servizio sanitario che lo Stato predispone per garantire la salute dei cittadini, incontra purtroppo numerose difficoltà nell'accesso alle cure e nel portare avanti il proprio percorso terapeutico.

Si evidenziano alcuni aspetti del rapporto tra pazienti e SSN che rappresentano delle criticità; veniamo lasciati soli, in alcune occasioni, ad affrontare le nostre "emergenze di salute".

Questo si verifica quando abbiamo bisogno di assistenza e ci rendiamo conto di quanto sia difficile accedere alle informazioni, soprattutto per un soggetto anziano che non abbia dimestichezza con il mondo di internet; per chi non è capace di sfruttare tutte le potenzialità di questo strumento, non si prevedono percorsi informativi in cui siano coinvolte persone che si curino di informare adeguatamente ed indirizzare verso la struttura più opportuna il paziente. Non solo, la criticità si acuisce nel successivo *step* dell'accesso alla diagnosi: per prenotare visite o esami si devono affrontare le liste d'attesa le quali, oltre ad essere lunghe, non vengono organizzate osservando dei criteri adeguati, come sarebbe quello della gravità del problema, in modo da dare priorità ai pazienti che necessitino urgentemente di cure. Parte del problema è rappresentato dal fatto che ospedali e ambulatori hanno una ricettività limitata,

osservano orari settimanali e giornalieri che non consentono la effettiva copertura e soddisfazione delle domande di assistenza sanitaria. Inoltre, dovrebbe essere interamente ri-pianificata la rete territoriale di assistenza, prevedendo delle agevolazioni per coloro che debbono affrontare viaggi per raggiungere le strutture sanitarie, essendo residenti in zone lontane dai centri di cura; non meno importante sarebbe affrontare seriamente la questione dell'assistenza farmaceutica a domicilio. E' chiaro che l'esistenza di tali barriere favorisce la ricerca dell'assistenza medica privata, magari di minor qualità, ma di più facile accesso.

Nell'ambito delle patologie respiratorie i pazienti riscontrano una tardiva presa in carico, che avviene solo quando la patologia ha ridotto di molto la capacità respiratoria residua; a quel punto i pazienti sono costretti a ricorrere agli specialisti. Occorrerebbe anticipare la fase di diagnosi delle patologie respiratorie un attraverso ricorso più capillare alla spirometria.-D'altra parte è critica l'informazione al paziente: ricorrere in modo sempre più intenso a campagne di informazione sulla gravità delle patologie respiratorie, sulle modalità di gestione della patologia stessa e sulla prevenzione attraverso l'informazione sugli impatti patologici del tabagismo. Altro elemento è creare dei riferimenti territoriali per il paziente sia nel clinico di base, sia nel Farmacista.

La qualità dei *medical device* è poi un altro elemento critico: il farmaco non raggiunge le basse vie aeree o risulta difficile o complesso da utilizzare, penalizzando la cura, specie per il paziente anziano.

Risulta di massima importanza stabilire delle linee guida univoche e dare indicazioni precise e valide ai pazienti, affinché non debbano acquistare due farmaci per rimediare all'inefficacia del primo.

Il paziente affetto da patologie dell'apparato respiratorio è statisticamente anziano, pertanto meno abbiente; perciò potrebbe trovarsi nella condizione di scegliere in base al prezzo piuttosto che alla qualità, andando incontro al peggioramento delle sue condizioni.

## LAVORI DELLA COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE

### Dipartimento Respiratorio

*SSN: criticità e soluzioni a confronto*

SINTESI DELLA DISCUSSIONE COLLEGALE E DOCUMENTO FINALE

#### Redazione a cura di:

Giuseppe Di Maria, Presidente della Federazione Italiana della Pneumologia e Past-presidente della Società Italiana di Medicina Respiratoria (S.I.Me.R.).

Fernando De Benedetto, Presidente della Associazione Scientifica Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie (A.I.M.A.R.).

Fausto De Michele, Presidente dell'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (A.I.P.O.).



#### Premessa

Dopo avere fatto il punto riguardo all'attività delle venti postazioni spirometriche ancora in corso e avere commentato favorevolmente l'alto tasso di adesione all'iniziativa, il Dipartimento Respiratorio si è riunito per discutere e riassumere l'attuale situazione nazionale e regionale riguardante l'assistenza alle persone affette da malattie respiratorie. Nel corso delle presentazioni dedicate a una varietà di argomenti ritenuti di primario interesse sono state individuate una serie di criticità la cui soluzione potrebbe essere ottenuta con interventi di tipo esclusivamente o prevalentemente organizzativo e a costi relativamente contenuti. Qui di seguito vengono elencate le criticità e le possibili soluzioni inerenti alcuni argomenti di patologia respiratoria particolarmente diffusi e rilevanti.

#### **Aspetti epidemiologici: L'esempio della BPCO**

Criticità:

- 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

BPCO sottostimata (specie negli stadi più lievi)

Soluzioni possibili:

- 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. Liste d'attesa, percorso dedicato, differenze regionali**

Criticità:

- Aree scoperte di servizi diagnostici (spirometria, gas-analisi, etc.)
- Scarsa accessibilità a servizi specialistici minimi

Soluzioni possibili:

- Migliore distribuzione territoriale dei servizi
- Migliore distribuzione dei distretti sanitari nelle ASP
- Prenotazioni on-line
- Creazione di servizi di telemedicina
- Nursing domiciliare

### **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**

Criticità:

- 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

Soluzioni possibili:

- 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)

## **Prevenzione delle riacutizzazioni: BPCO, asma, interstiziopatie**

Criticità:

- Scarsa conoscenza delle cause e dei meccanismi
- Definizione incerta
- Frequenti riacutizzatori

Soluzioni possibili:

- Identificazione delle persone a rischio
- Strategie farmacologiche e non

## **La vaccinazione stagionale antinfluenzale nel paziente con asma/BPCO**

Criticità:

- 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

Strategie:

- Campagne più efficaci (MinSal, ISS, AIFA, media)
- Strategie organizzative (MMG, associazioni pazienti, etc.)

## **Il ruolo della riabilitazione respiratoria ambulatoriale**

Criticità:

- 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

Soluzioni possibili:

- Creazione di servizi equamente distribuiti
- Maggiore identità e autonomia alle unità di riabilitazione respiratoria

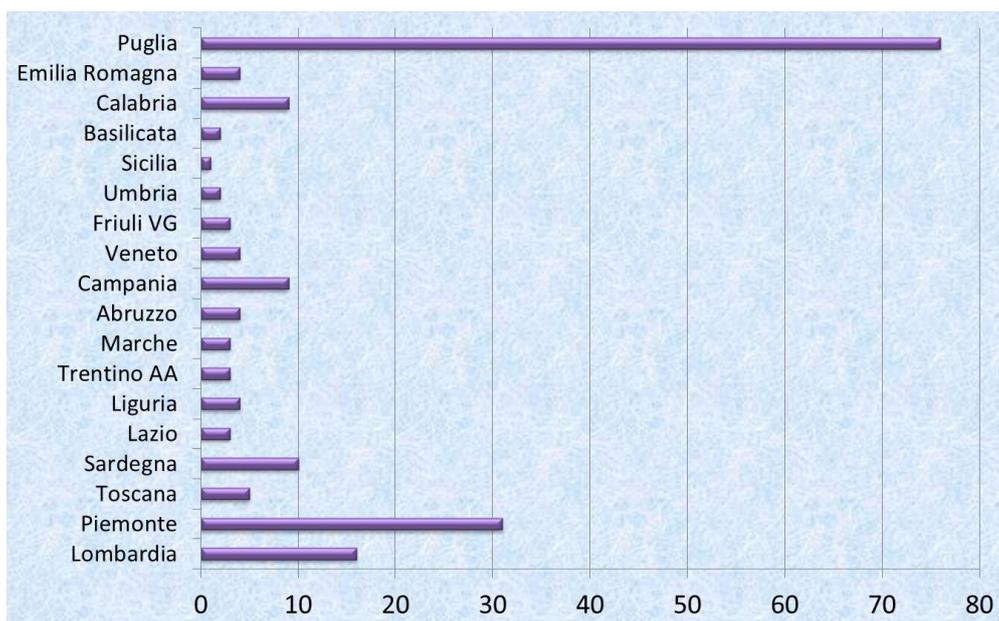
## Disomogeneità territoriali del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR) e Prontuario Terapeutico Aziendale (PTA)

L'esempio della fibrosi polmonare idiopatica:

**Tabella 1: Disomogeneità di centri prescrittori del Pirfenidone in Italia**

<b>Lombardia(16)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>AO S. Giuseppe MI</li> <li>AO S. Paolo MI</li> <li>AO S. Carlo MI</li> <li>AO Niguarda MI</li> <li>AO Sacco MI</li> <li>IRCCS Policlinico MI</li> <li>IRCCS Policlinico PV</li> <li>AO S. Gerardo MB</li> <li>AO Papa Giov XXIII BG</li> <li>Osp. Desio e Vimercate MI</li> <li>INRCA Casatenovo MI</li> <li>Osp Macchi VA</li> <li>Osp di Circolo Busto Arsizio</li> <li>Osp. Civili BS</li> <li>Osp Poma MN</li> <li>AO della Valtellina e Valchiavenna Sondalo SO</li> </ul>	<b>Piemonte (tutti = 31)</b> <i>Centri specialistici ed universitari di Pneumologia</i>	<b>Veneto(4)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>AO Padova</li> <li>AOU Verona</li> <li>AULSS 6 Vicenza</li> <li>AULSS 9 Treviso</li> </ul>	<b>Emilia Rom (4)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>AOU Parma</li> <li>AOU Policlinico Modena</li> <li>AOU S. Orsola Malpighi BO</li> <li>P.O. Forlì</li> </ul>
<b>Toscana(3+2 da autorizzare Pistoiesi e Paggiaro)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>AOU Pisana</li> <li>Policlinico Le Scotte SI</li> <li>AO Careggi Firenze</li> </ul>	<b>Liguria(4)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>IRCCS S. Martino GE</li> <li>PO S. Corona Finale L.</li> <li>PO S. Paolo Savona</li> <li>PO Sarzana SP</li> </ul>	<b>Umbria(2)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>AO Perugia</li> <li>AO Terni</li> </ul>	<b>Puglia (76)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>P.O. S. Paolo Bari</li> <li>P.O. Fallacara Triggiano</li> <li>P.O. Di Venere Carbonara</li> <li>P.O. Della Murgia Altamura</li> <li>P.O. Putignano</li> <li>IRCCS S. Maugeri Cassano</li> <li>Osp. Miulli Acquaviva delle Fonti BA</li> <li>A.O. Policlinico e Giovanni XXIII Bari</li> <li>17 Ambulatori distrettuali Bari e prov</li> <li>P.O. Bonomo Andria e Canosa</li> <li>9 Ambulatori distrettuali BAT e prov</li> <li>P.O. Fasano</li> <li>P.O. S. Pietro Vernotico</li> <li>5 Ambulatori distrettuali Brindisi e pr.</li> <li>P.O. Tatarella Cerignola</li> <li>P.O. San Severo</li> <li>9 Ambulatori distrettuali Foggia e pr.</li> <li>P.O. Casarano</li> <li>P.O. Copertino</li> <li>P.O. Scorrano</li> <li>EE Panico Tricase</li> <li>10 Ambulatori distrettuali Lecce e pr.</li> <li>P.O. SS Annunziata e Moscati TA</li> <li>P.O. Valle d'Itria Martina Franca</li> <li>5 Ambulatori distrettuali Taranto e pr</li> <li>2 CdC Taranto e prov</li> </ul>
	<b>Trentino Alto Adige(3)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Osp Gen Reg BZ+ strutture sanitarie ambul</li> <li>Osp. S. Chiara Trento</li> <li>Osp. Arco di Trento</li> </ul>	<b>Friuli V.G.(3)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>AO S. Maria degli Angeli PN</li> <li>AOU S-Maria della Misericordia UD</li> <li>AOU Osp Riuniti TS</li> </ul>	
<b>Sardegna (10)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ASL 1 PO Alghero</li> <li>ASL 1 PO Sassari</li> <li>ASL 2 PO Tempio</li> <li>ASL 2 Olbia</li> <li>ASL 2 Tempio</li> <li>ASL 3 PO Zonchello NU</li> <li>ASL 4 PO S. Barbara Iglesias</li> <li>ASL 8 PO SS Trinità CA</li> <li>ASL 8 PO Binaghi CA</li> <li>AOUSS Cagliari</li> </ul>	<b>Marche (3)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>AO Mazzoni ASUR 13 AP</li> <li>Osp. Prov Gen Macerata</li> <li>ASUR Ancona</li> </ul>	<b>Sicilia(1)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>AO Policlinico-Vitt. Emanuele Catania</li> </ul>	
	<b>Abruzzo(4)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Osp SS Salvatore AQ</li> <li>Osp SS Annunziata CH</li> <li>Osp Riuniti Mazzini TE</li> <li>Osp Civile PE</li> </ul>	<b>Basilicata(2)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>AOR S. Carlo PZ</li> <li>PO Madonna delle Grazie MT</li> </ul>	
<b>Lazio(3)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>AO S. Camillo Forlanini RM</li> <li>Policlinico Tor Vergata RM</li> <li>Policlinico Gemelli RM</li> </ul>	<b>Campania (9)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>AOU Federico II NA</li> <li>AOU SUN NA</li> <li>Osp dei Colli-Monaldi NA</li> <li>AO Ruggi d'Aragona SA</li> <li>AO Cardarelli NA</li> <li>AO Rummo BN</li> <li>AO Moscati AV</li> <li>AO S. Sebastiano CE</li> <li>Os. Umberto I Nocera SA</li> </ul>	<b>Calabria(9)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>AO Pugliese Ciaccio CZ</li> <li>PO Morelli RC</li> <li>AO Annunziata CS</li> <li>PO Jazzo ASP VV</li> <li>PO Tropea ASP VV</li> <li>PO Lametia Terme ASP CZ</li> <li>AOU Mater Domini CZ</li> <li>PO S. Giovanni di Dio ASP KR</li> <li>Pol. Madonna della Consol. RC</li> </ul>	

**Figura 1: Disomogeneità di centri prescrittori del Pirfenidone in Italia**



La Tabella 1 e la Figura 1 evidenziano la grande diversità numerica dei centri regionali autorizzati dai rispettivi assessorati della salute testimonia la disomogeneità e probabilmente l'iniquinà del sistema sanitario nazionale.

Possibile soluzione:

Progettare e rendere operativa una rete regionale costituita da centri pneumologici di primo livello, integrata con la medicina generale, per la selezione e lo smistamento dei casi probabili verso centri attrezzati a livello dei quali esista una buona integrazione col la medicina generale territoriale.

### **BPCO: l'educazione del paziente e l'aderenza alla terapia**

L'aderenza al trattamento dei pazienti con malattie respiratorie croniche come l'asma, la BPCO, le bronchiectasie e la fibrosi polmonare è spesso insufficiente. Diversi fattori, dipendenti dal paziente, dal medico e dalla terapia stessa possono influenzare l'aderenza. Spesso il paziente è poco aderente al trattamento perché ha una insufficiente conoscenza della propria malattia e del modo di trattarla. La tabella 2 riporta le percentuali di risposte esatte fornite dal paziente con BPCO alle domande di un questionario su alcuni argomenti inerenti il trattamento.

**Tabella 2: Conoscenza dei pazienti su alcuni aspetti inerenti la terapia della BPCO**

Argomento di terapia	Conoscenza (% risposte esatte)
Velocità d'azione broncodilatatori	22,22
Antibiotici e resistenza batterica	38,88
Distanziatori	8,3
Steroidi orali/effetto sui muscoli	8,33
Steroidi orali/effetti collaterali	19,44
Steroidi orali/indigestione	16,6
Steroidi in orali/appetito	11,1
Steroidi inalatori/sollievo della dispnea	5,5
Steroidi inalati/funzione respiratoria	0

L'educazione e alfabetizzazione dei pazienti con malattie respiratorie croniche dovrebbero essere poste al centro dei progetti condotti dalle istituzioni sanitarie e dalle associazioni di pazienti. Tali progetti potrebbero rappresentare un ottimo elemento sussidiario al trattamento farmacologico e alla riabilitazione. Così per quanto riguarda l'uso di dispositivi inalatori, una volta che il paziente abbia raggiunto familiarità con il dispositivo che eroga i farmaci inalatori e sia stabile non dovrebbe

essere avviato a nuovi dispositivi inalatori e comunque mai senza un'adeguata educazione e verifica sulle modalità d'uso.



Pur ritenendo importanti tutte le criticità elencate sopra, il Dipartimento Respiratorio ha individuato come priorità assoluta il riconoscimento della bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) come malattia sociale e pertanto sollecita la ripresa e la rapida conclusione dell'iter legislativo verso tale riconoscimento. Altro argomento non meno importante sul piano della prevenzione e del welfare è la lotta contro il tabagismo e l'inquinamento atmosferico degli agglomerati urbani. A proposito della lotta antifumo il Dipartimento ritiene che potrebbe essere vantaggioso riconoscere la rimborsabilità di almeno un trattamento farmacologico di disassuefazione per i pazienti con BPCO moderata o grave. In subordine auspica una maggiore attenzione della Conferenza Stato-Regioni per il riconoscimento dell'insufficienza respiratoria cronica come condizione patologica non reversibile da considerare alla stessa stregua di altre insufficienze d'organo come l'insufficienza cardiaca, renale ed epatica; nonché per una più equa presenza e/o distribuzione dei servizi diagnostici di malattie molto diffuse come l'asma e la BPCO, e dei centri autorizzati alla prescrizione di farmaci innovativi come l'inibitore della fosfodiesterasi 4 roflumilast e il principio attivo antifibrotico pirfenidone.