

Prossimità e organizzazione delle cure: la medicina generale di domani tra demografia e cronicità

LA BPCO DALLA DIAGNOSI ALLA TERAPIA NELLA GESTIONE CONGIUNTA

Filippo Bove MMG FIMMG NAPOLI

**76° CONGRESSO
NAZIONALE**

7-12 ottobre 2019

Tanka Village - Villasimius (CA)

FIMMG®
Federazione Italiana Medici di Famiglia

Meus®
SOCIETÀ SCIENTIFICA DI MEDICINA

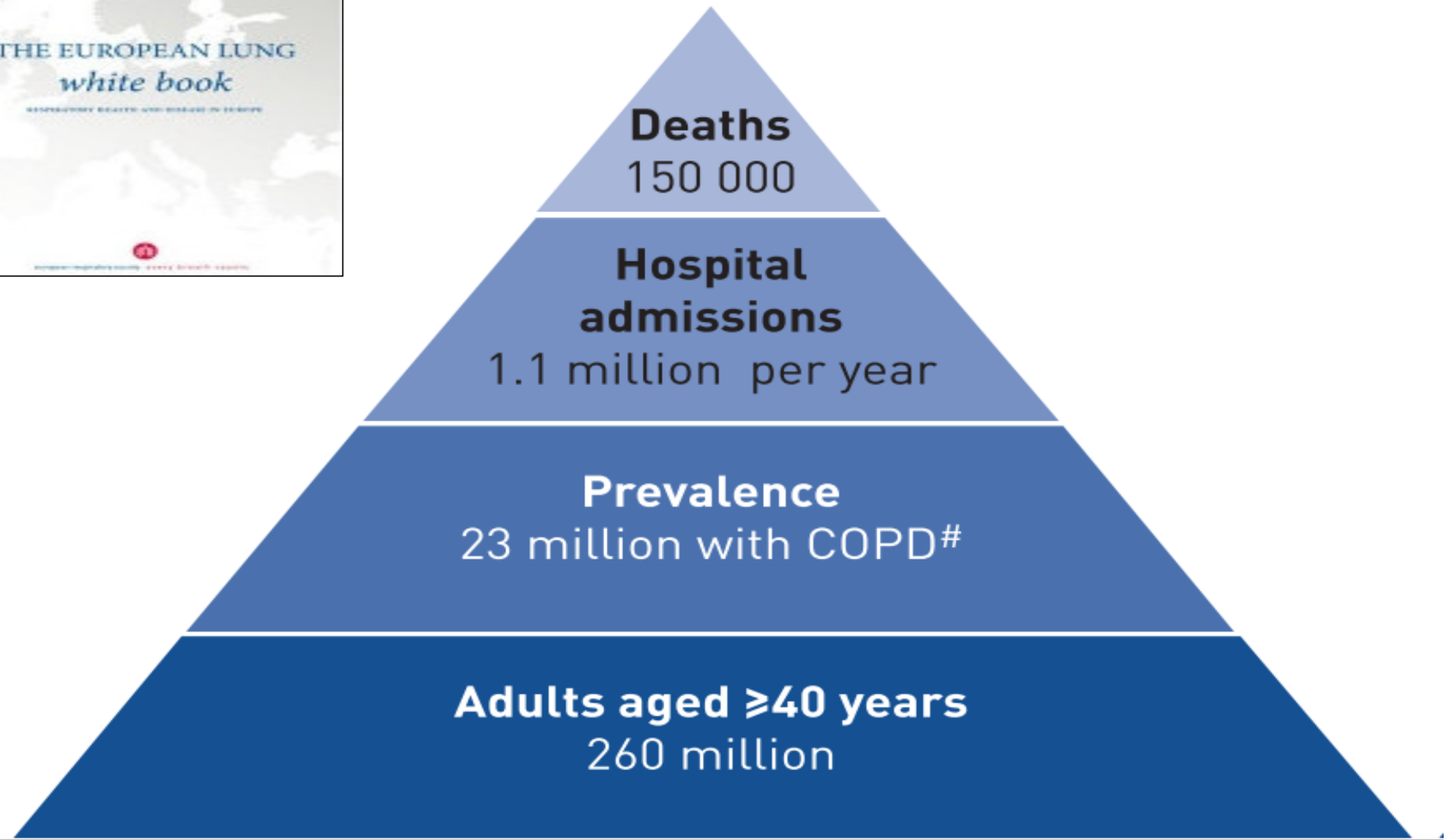


Analisi delle criticità clinico-gestionali

di cosa soffre la BPCO?



COPD in older adults





REVIEW ARTICLE

GLOBAL HEALTH

Measuring the Global Burden of Disease

Christopher J.L. Murray, M.D., D.Phil., and Alan D. Lopez, Ph.D.

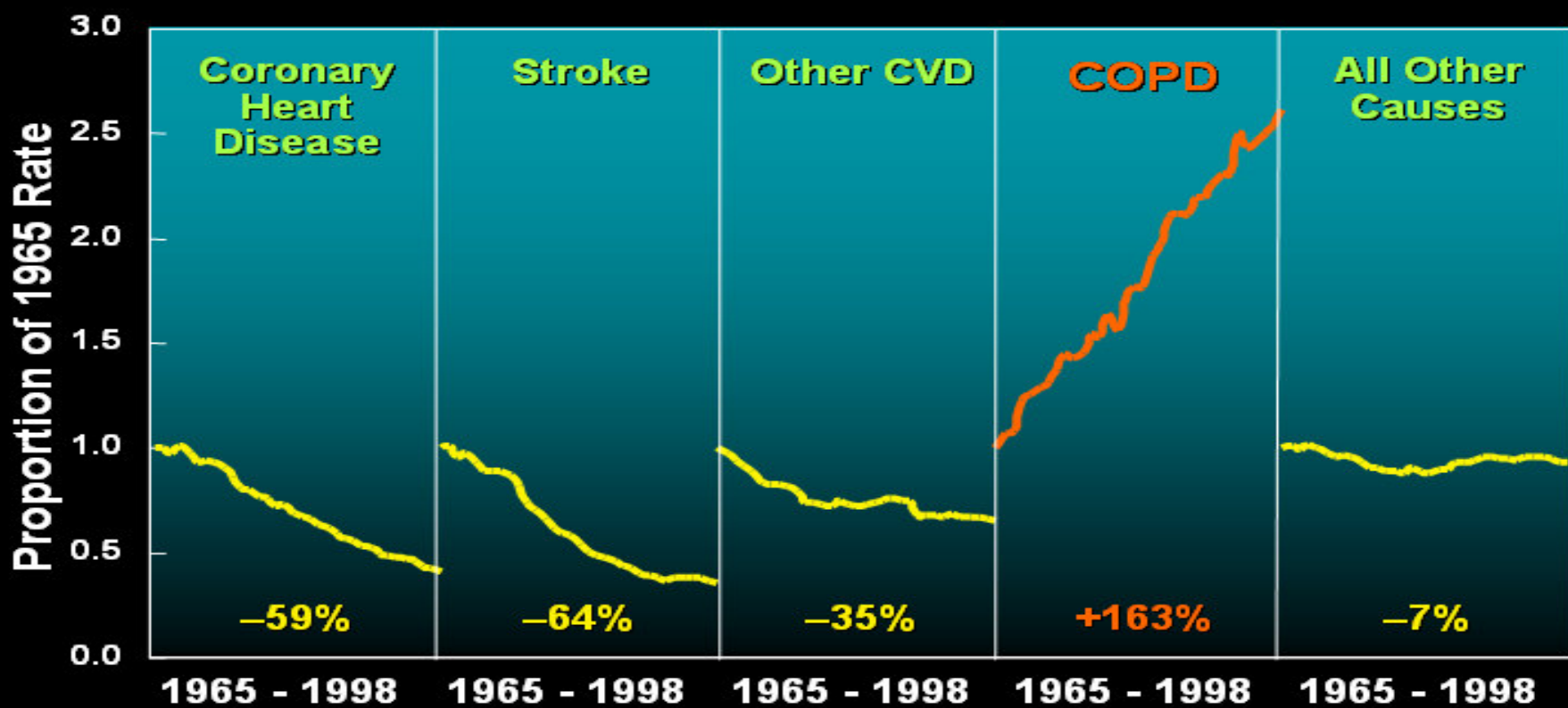
N Engl J Med 2013;369:448-57.

Table 1. Top 10 Causes of Death, Years of Life Lost from Premature Death, Years Lived with Disability, and Disability-Adjusted Life-Years (DALYs) in the United States, 2010.

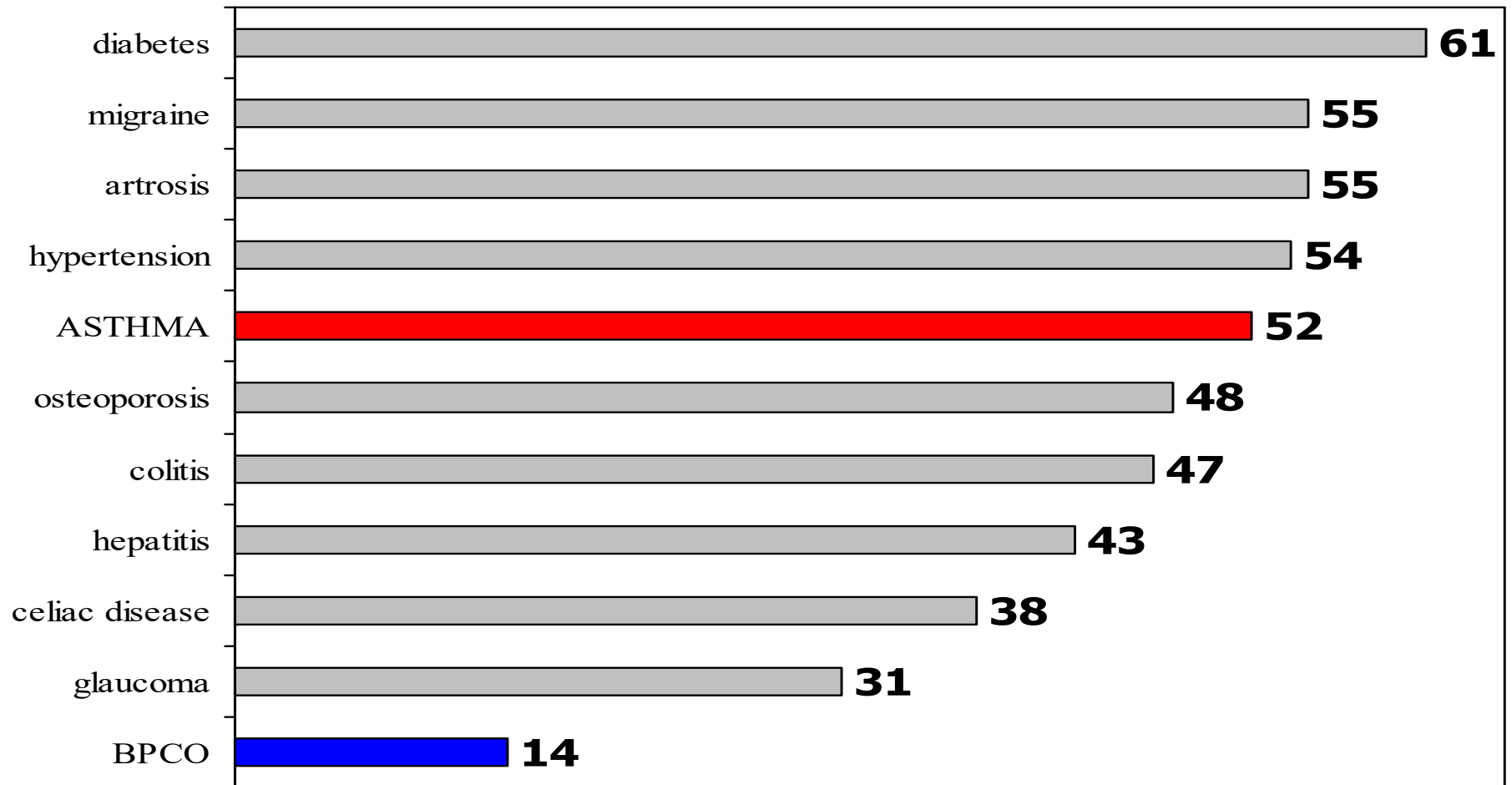
Cause of Death	Deaths (N=2664)		Years of Life Lost (N=45,145)		Years Lived with Disability (N=36,689)		DALYs (N=81,835)	
	Rank	No. (%)	Rank	No. (%)	Rank	No. (%)	Rank	No. (%)
	<i>in thousands</i>		<i>in thousands</i>		<i>in thousands</i>		<i>in thousands</i>	
Ischemic heart disease	1	563 (21.1)	1	7165 (15.9)	16	685 (1.9)	1	7850 (9.6)
Chronic obstructive pulmonary disease	5	154 (5.8)	4	1913 (4.2)	6	1745 (4.8)	2	3659 (4.5)
Low back pain	—	—	—	—	1	3181 (8.7)	3	3181 (3.9)
Cancer of the trachea, bronchus, or lung	3	163 (6.1)	2	2988 (6.6)	73	45 (0.1)	4	3033 (3.7)
Major depressive disorder	—	—	—	—	2	3049 (8.3)	5	3049 (3.7)
Other musculoskeletal disorders	36	14 (0.5)	37	254 (0.6)	3	2603 (7.1)	6	2857 (3.5)
Stroke	2	172 (6.5)	3	1945 (4.3)	17	629 (1.7)	7	2574 (3.1)
Diabetes mellitus	6	86 (3.2)	7	1392 (3.1)	8	1165 (3.2)	8	2557 (3.1)
Road-traffic injury	12	44 (1.7)	5	1873 (4.1)	26	373 (1.0)	9	2246 (2.7)



COPD MORTALITY IN USA

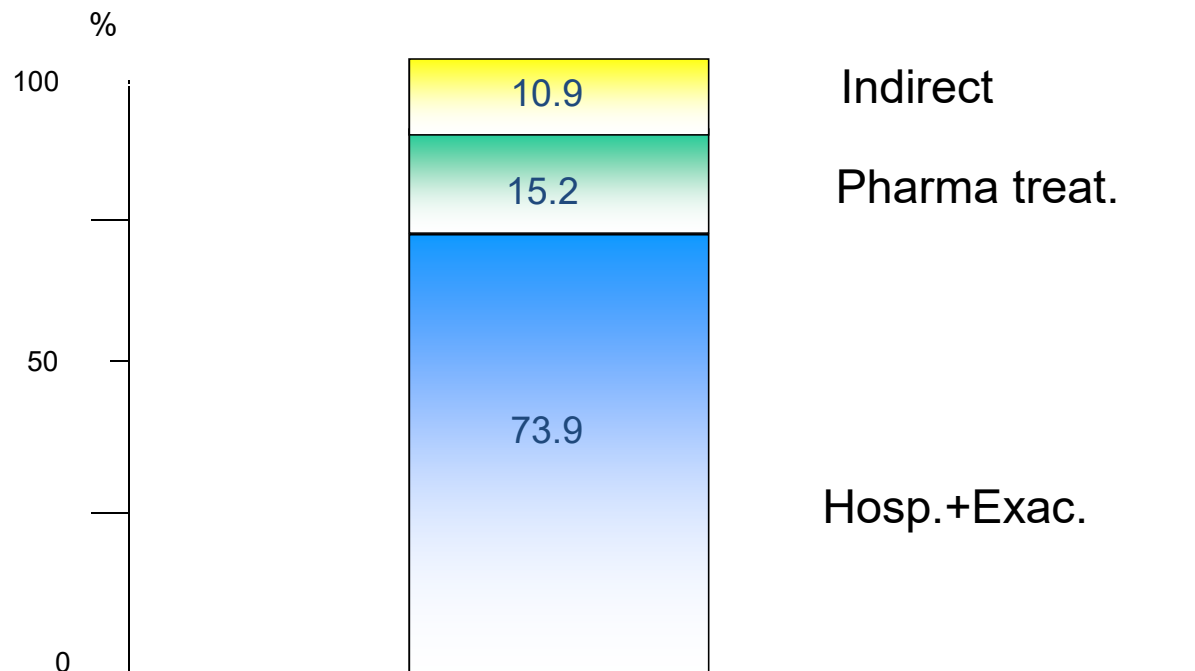


AWARENESS OF RESPIRATORY DISEASES





Annual cost of COPD: different components



Dal Negro R.W. et al. – ISPOR 2014;
Dal Negro R.W. et al, - Clin. Econ. Outcome Res.- 2015;7:153-9

Opportunities to diagnose chronic obstructive pulmonary disease in routine care in the UK: a retrospective study of a clinical cohort

Lancet Respir Med 2014

Rupert C M Jones, David Price, Dermot Ryan, Erika J Sims, Julie von Ziegenweidt, Laurence Mascarenhas, Anne Burden, David M G Halpin, Robert Winter, Sue Hill, Matt Kearney, Kevin Holton, Anne Moger, Daryl Freeman, Alison Chisholm, Eric D Bateman, on behalf of The Respiratory Effectiveness Group*

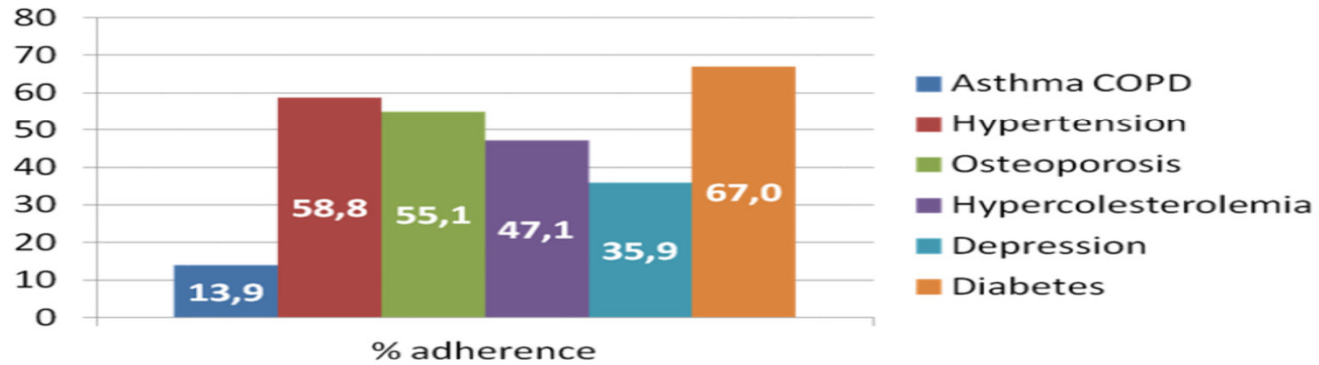
	Total (n=38 859)	Patients with data for FEV ₁ (n=22 821)*	Patients with no FEV ₁ data available (16 038)	p value
Age at diagnosis (years)				<0.0001†
Mean (SD)	67.5 (10.4)	66.3 (10.0)	69.1 (10.7)	
Median (IQR)	68 (60-75)	66 (59-74)	70 (62-77)	
Range	41-104	41-102	41-104	
GOLD FEV₁ impairment band* (n, %)				NA
FEV ₁ data‡ available	22 821 (59%)	..	..
GOLD I (FEV ₁ ≥80%)	2882 (7%)	..	..
GOLD II (FEV ₁ 50-79%)	10 347 (27%)	..	..
GOLD III (FEV ₁ 30-49%)	5669 (15%)	..	..
GOLD IV (FEV ₁ <30%)	3923 (10%)	..	..
FEV ₁ data‡ unavailable	16 038 (41%)	..	..
Place of diagnosis (n, %)				<0.0001
Primary care	38 282 (99%)	22 617 (99%)	15 665 (98%)	
Secondary care (inpatient or outpatient)	577 (1%)	204 (1%)	373 (2%)	



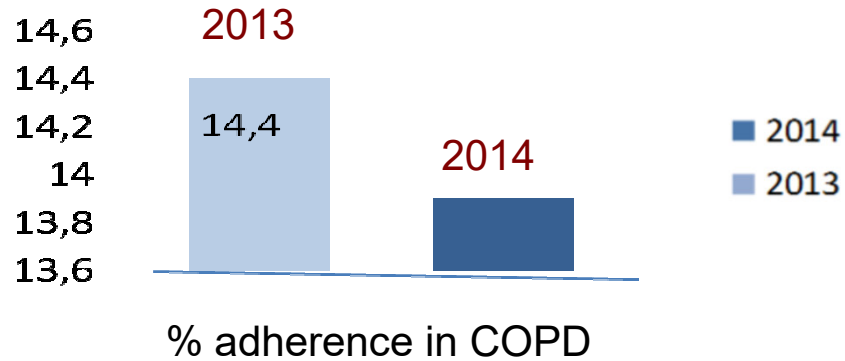


 ERS

ADHERENCE TO CHRONIC DISEASES THERAPY 2014

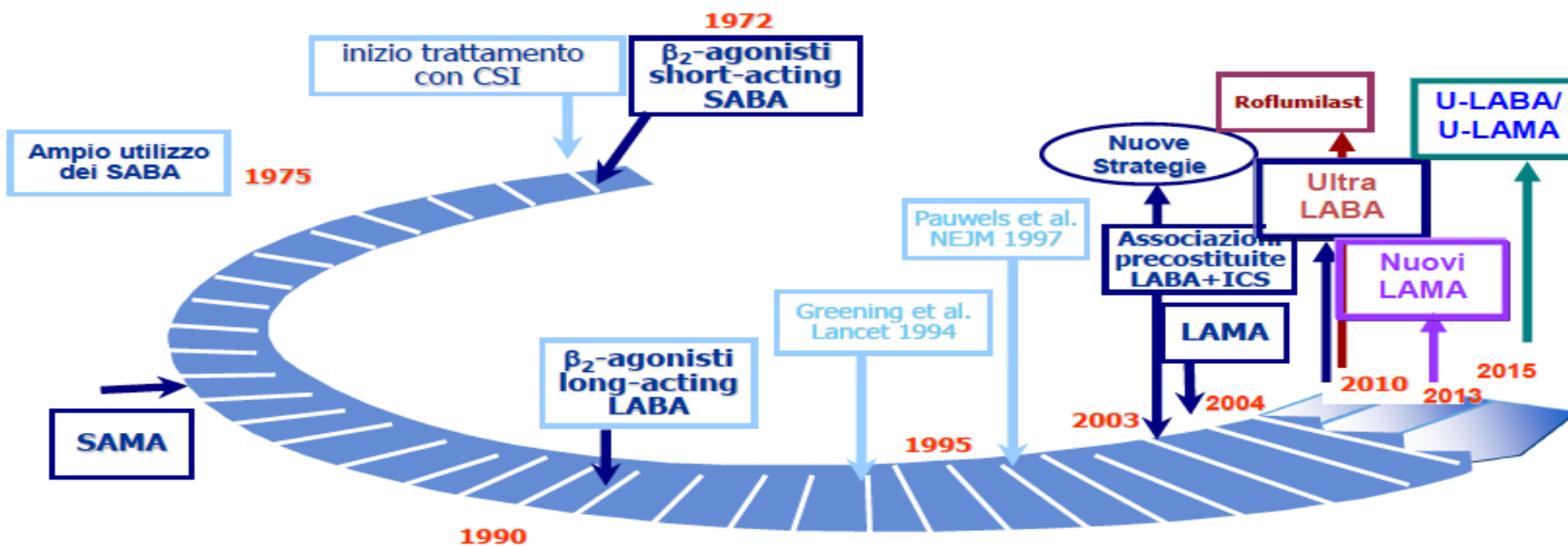


2



Source : AIFA – Italian Drug Agency
Osmed August 2015

European Respiratory Society every breath counts



Dal Negro R.W., 2013



- quantità
+ costose

Spesa lorda pro-capite

-3,00

-2,00

-1,00

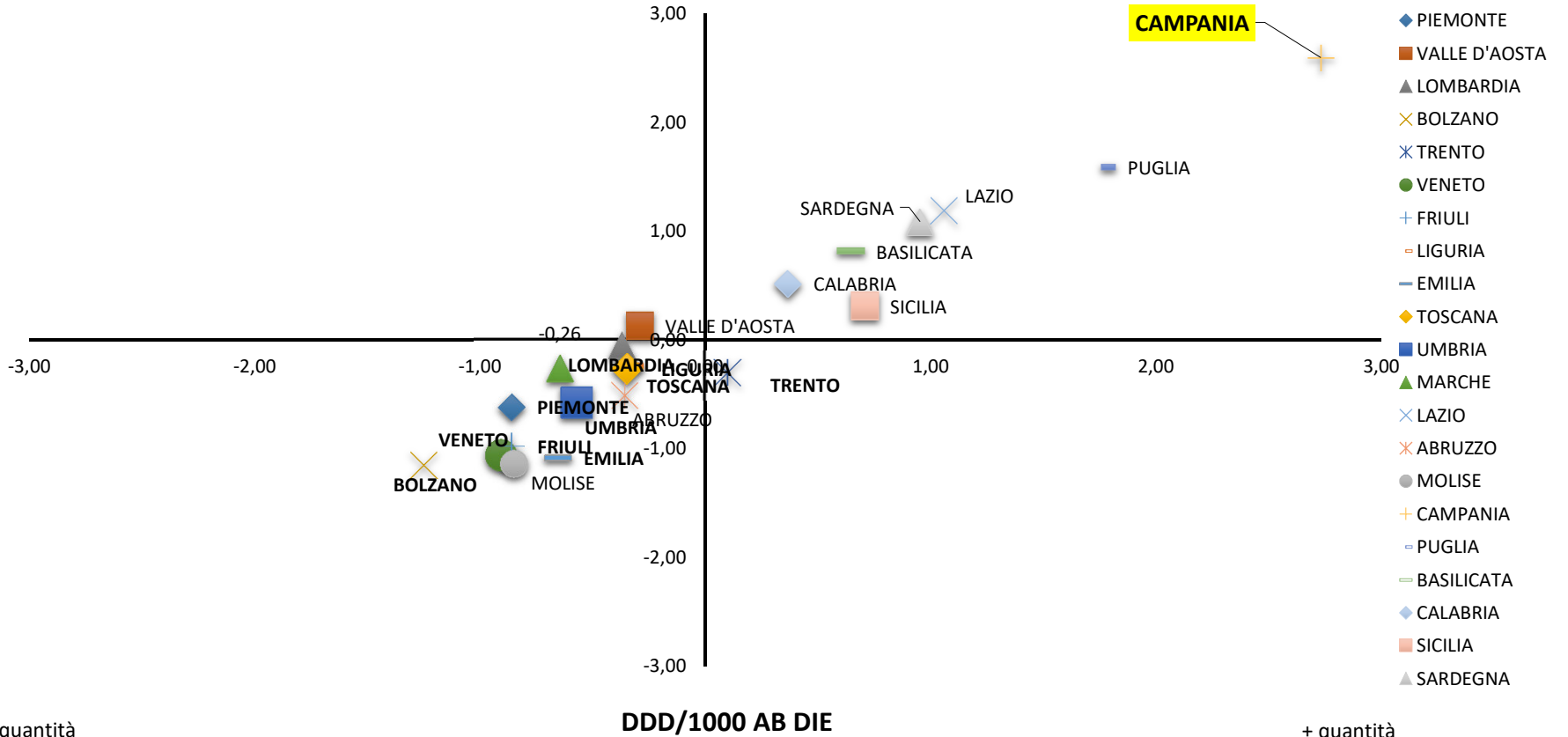
0,00

1,00

2,00

3,00

ATC R - Anno 2016



+ quantità
+ costose

- quantità
- costose

DDD/1000 AB DIE

+ quantità
- costose

- ◆ PIEMONTE
- VALLE D'AOSTA
- ▲ LOMBARDIA
- × BOLZANO
- × TRENTO
- VENETO
- + FRIULI
- LIGURIA
- EMILIA
- ◆ TOSCANA
- UMBRIA
- ▲ MARCHE
- × LAZIO
- × ABRUZZO
- MOLISE
- + CAMPANIA
- PUGLIA
- BASILICATA
- ◆ CALABRIA
- SICILIA
- ▲ SARDEGNA

LABA/ICS INDICATI ANCHE PER LA BPCO: DIFFERENZE

Principio_attivo	FORMULAZIONE		DOSI	DOSAGGIO (mcg)	ETA'	INDICAZIONE	Trattamento sintomatico di pazienti con BPCO
FORMOTEROLO/BECLOMETASONE	Sol. Pressurizzata extrafine	INAL	120	100/6	≥ 18 ANNI	ASMA/BPCO	Grave (FEV ₁ < 50% del normale) e storia di ripetute esacerbazioni, che abbiano sintomi importanti nonostante la terapia regolare con broncodilatatori a lunga durata d'azione.
	Polvere extrafine	POL					
SALMETEROLO/FLUTICASONE	Polvere Inalazione	DISKUS	60	50/500	> 12 ANNI	ASMA/BPCO	Con una FEV ₁ < 60% del normale previsto (prebroncodilatatore) ed una storia di riacutizzazioni ripetute, che abbiano sintomi significativi nonostante la terapia regolare con broncodilatatori.
		POLV.	60	50/500	> 12 ANNI	ASMA/BPCO	
FORMOTEROLO/BUDESONIDE	Polvere Inalazione	POLV.	120	160+4,5	> 12 ANNI	ASMA/BPCO	Grave (FEV ₁ < 50% del normale) e storia di ripetute esacerbazioni, con sintomi significativi nonostante la terapia regolare con broncodilatatori a lunga durata d'azione.
		POLV.	60	320/9	> 12 ANNI	ASMA/BPCO	
	Sosp. Pressurizzata	INAL	120	160+4,5	≥ 18 ANNI	BPCO	Con FEV ₁ < 70% del normale predetto (postbroncodilatatore) con una storia di riacutizzazioni nonostante la terapia regolare con broncodilatatori.
VILANTEROLO/FLUTICASONE	Polvere Inalazione	POLV.	30	92/22	> 12 ANNI	ASMA/BPCO	Con FEV ₁ < 70% del normale predetto (postbroncodilatatore) con una storia di riacutizzazioni nonostante la terapia regolare con broncodilatatori.





LAMA: INDICATI SOLO PER LA BPCO

Principio_attivo	Forma Farmaceutica	DOSE	N° DOSI	DOSE/DIE	N° confezioni annue concedibili dal SSN	Indicazioni
------------------	--------------------	------	---------	----------	---	-------------

Indicatore di **Iperprescrizione**

TIOTROPIO BROMURO	Polvere x inalazione	18 mcg cps	30	1	12	BPCO
	Soluzione x inalazione	2,5 mcg	60	2	12	

GLICOPIRRONIO BROMURO	Polvere x inalazione	44 mcg cps	30	1	12	BPCO
-----------------------	----------------------	------------	----	---	----	------

ACLIDINIO BROMURO	Polvere x inalazione	322 mcg	60	2	12	BPCO
-------------------	----------------------	---------	----	---	----	------

UMECLIDINIO BROMURO	Polvere x inalazione	55 mcg	30	1	12	BPCO
---------------------	----------------------	--------	----	---	----	------

Terapia Broncodilatatrice di mantenimento per alleviare i sintomi in pazienti adulti con broncopatia cronica ostruttiva

Esigenza del SSN

Anno	FONDO SANITARIO NAZIONALE		
	Fondi previsti dagli accordi nazionali	Fondi realmente assegnati	AMMANCO PER LE REGIONI
2014	109,928 miliardi <i>(Patto per la Salute)</i>	109 miliardi	928 milioni
2015	112,062 miliardi <i>(Patto per la Salute)</i>	109,715 miliardi	2,347 miliardi
2016	115,444 miliardi <i>(Patto per la Salute)</i>	111 miliardi *	4,444 miliardi
	113,097 miliardi <i>(Intesa 2.7.2015)</i>		2,097 miliardi

* Dal Stabilità, in attesa della cifra esatta

- Sostenibilità degli interventi
- Adozione di modelli di presa in carico basati sulla assistenza (abbandono della prestazione)
- Intercetto del bisogno di salute in un sistema fiduciario (conoscenza del territorio di cura)
- Consolidare l'alleanza terapeutica con l'adozione di PDTA

PROBLEMA

- Dobbiamo individuare e gestire una patologia cronica in crescente aumento con risorse contenute
- **RISPOSTA** = adozione di un modello **ASSISTENZIALE**
- **Utilizzare, migliorandole, le abilità dei Medici fiduciari (1° livello di intervento)**



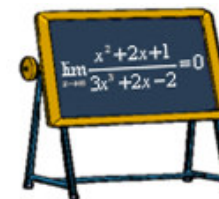
© Can Stock Photo - csp6665791





- **PERCORSO PDTA:**

- UN MODELLO COMPORTAMENTALE PERSEGUIRE
- **AUMENTA LA SENSIBILITA'** DEL MEDICO AD OGNI TIPO DI DOMANDA DI SALUTE
- RISPONDE COERENTEMENTE AD UN REQUISITO NON DECIFRATO DEL PAZIENTE CHE NON PREVEDE LA SOLA ESISTENZA DI PATOLOGIA (**BISOGNO ASSISTENZIALE**)
- **RIDUZIONE DELLA VARIABILITA'** DI INTERVENTO DEI MEDICI



cosa è un PDTA?

STRUMENTO DI GOVERNO DEI PROCESSI SANITARI

E' la contestualizzazione* delle Linee Guida, con la quale il paziente riceve una sequenza e una temporizzazione **preordinata**, **integrata** e **condivisa** di prestazioni di diagnosi e cura da parte del personale medico e non.

** adattamento alle risorse professionali, organizzative e tecnologiche disponibili in loco*





Differenze tra un PDTA ed una linea guida

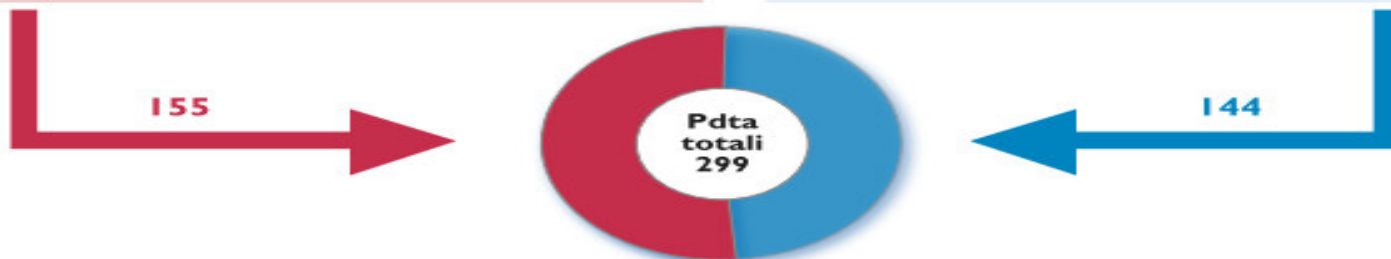
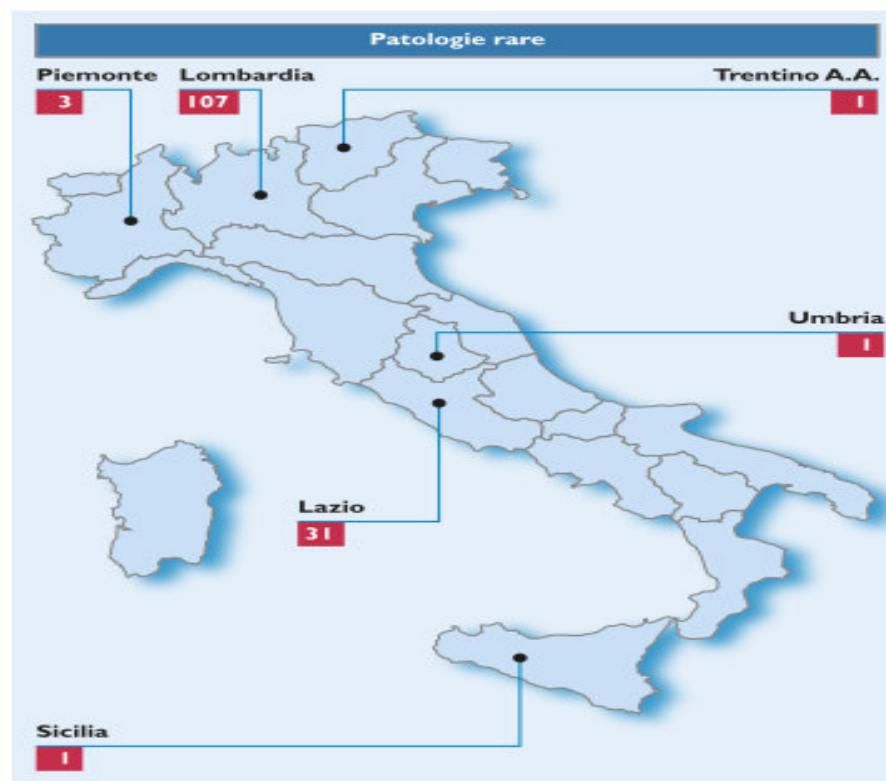
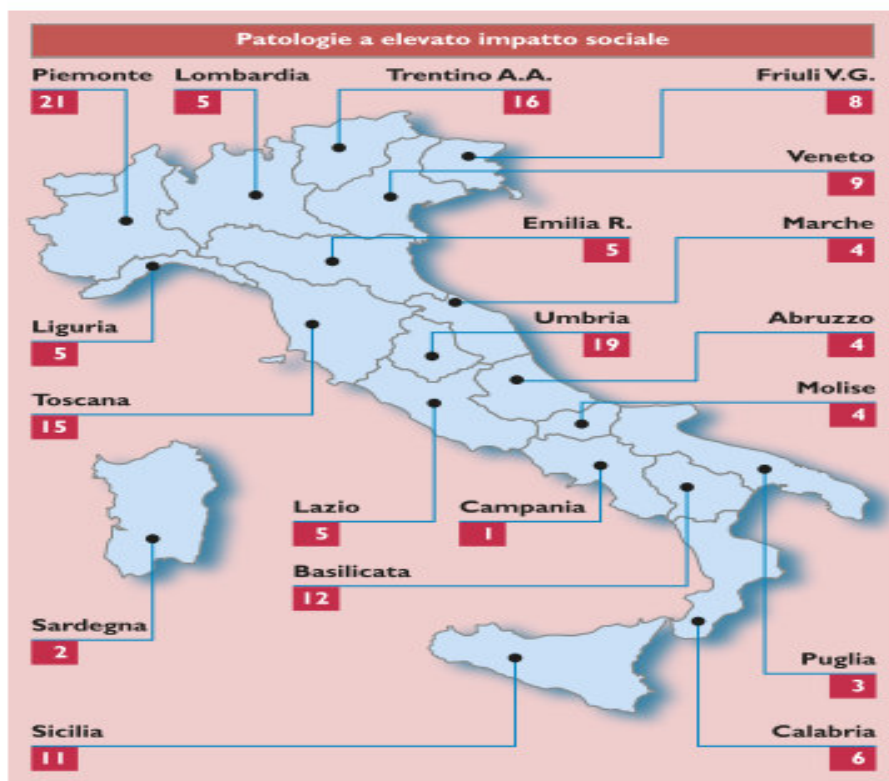
- *Chi fa cosa?*
- *In quale setting organizzativo?*
- *Con quali risorse?*
- *Come misuriamo il processo?*
- *Come misuriamo gli esiti?*
- *.....ed i contenuti clinici e scientifici?*

.... Per questo ci sono le linee guida e le evidenze della letteratura

Perché un progetto di implementazione?



Figura I - Ricognizione dei Pdta per Regione aggiornata a ottobre 2017





...dall'inizio del 2017

La Direzione Regionale delle Cure Primarie ha istituito un gruppo di lavoro integrato (Regione-Specialistica Ospedaliera- Specialistica Ambulatoriale- DS- MMG) con il compito di riformulare e aggiornare il PDTA regionale per la BPCO.

Regione Campania

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)



Regione Campania

Revisioni

Versione	Autore	Data	Revisione
1.01	Gruppo di lavoro PDTA BPCO	15/02/2017	Gruppo di lavoro PDTA BPCO
1.02	Gruppo di lavoro PDTA BPCO	08/03/2017	Gruppo di lavoro PDTA BPCO
2.01	Gruppo di lavoro PDTA BPCO	01/09/2017	Gruppo di lavoro PDTA BPCO

Documento rivisto da

Revisore	Data revisione
1	
2	
3	
4	
5	

Documento approvato da

Approvato da	Firma	Data revisione
1		
2		
3		
4		
5		

Regione Campania

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO)



Gruppo di Lavoro

Aurelio Bouché	Regione Campania Direttore Cure Primarie
Raffaela Errico	Dirigente Medico ASL CE
Gennaro Volpe	Direttore Dipartimento Assistenza Primaria e Continuità delle Cure ASL NAPOLI 1 CENTRO
Vincenzo D'Amato	Dirigente Medico della Struttura Commissariale
Fausto De Michele	Specialista Pneumologo Direttore UOSC Pneumologia 1 Dipartimento Oncopneumoematologico A.O. Cardarelli
Mario Polverino	Specialista Pneumologo Direttore Polo Pneumologico Asl Salerno Presso Presidio Ospedaliero Scarlato
Alessandro Vatrella	Specialista Pneumologo - Università Di Salerno Aou San Giovanni Di Dio E Ruggi D'aragona
Ilaria Marchetiello	Pneumologo -Specialista ambulatoriale ASLNA1
Luigi Sparano	MMG ASL NA 1 Centro
Filippo Bove	MMG ASL NA 2 Nord
Gaetano Piccinocchi	MMG rappresentante SIMG

Schema di lavoro del PDTA BPCO

	PREVENZIONE & EDUCAZIONE	DIAGNOSI	TERAPIA	RIACUTIZZAZIONE & OSPEDALIZZAZIONE	RIABILITAZIONE RESPIRATORIA
OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> Abolizione dei fattori di rischio 	<ul style="list-style-type: none"> Confermare la diagnosi di BPCO Favorire l'emersione della patologia non ancora diagnosticata 	<ul style="list-style-type: none"> Ridurre gravità e frequenza riacutizzazioni Verificare aderenza Migliorare qualità della vita 	<ul style="list-style-type: none"> Verificare aderenza Migliorare qualità della vita Ottimizzazione trattamento Applicazione corretti criteri ospedalizzazione Sceita del corretto setting sanitario 	<ul style="list-style-type: none"> Favorire il recupero funzionale dopo riacutizzazione Ridurre complicanze e disabilità residua
INPUT	<ul style="list-style-type: none"> Visita ambulatoriale 	<ul style="list-style-type: none"> Visita ambulatoriale Indicazione di spirometria e pulsossimetria 	<ul style="list-style-type: none"> Visita ambulatoriale 	<ul style="list-style-type: none"> Pulsossimetria Visita ambulatoriale o domiciliare 	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione team ospedaliero Visita ambulatoriale o domiciliare
ATTORI	<ul style="list-style-type: none"> MMG Infermiere Specialista pneumologo Centri Anti Fumo 	<ul style="list-style-type: none"> MMG Specialista pneumologo 	<ul style="list-style-type: none"> MMG Infermiere Specialista pneumologo 	<ul style="list-style-type: none"> MMG Infermiere Specialista pneumologo Ospedale 	<ul style="list-style-type: none"> Spec. Malattie apparato respiratorio Spec. Riabilitazione MMG Fisioterap / infermiere / psico / nutrizionista / ass sociale
SETTING	<ul style="list-style-type: none"> Studio del MMG AFT UCCP Centri Anti Fumo 	<ul style="list-style-type: none"> Studio del MMG AFT UCCP Ambulatorio peumo territoriale 	<ul style="list-style-type: none"> Studio del MMG AFT UCCP Ambulatorio peumo territoriale 	<ul style="list-style-type: none"> Studio del MMG AFT UCCP Ambulatorio peumo territoriale Ospedale 	<ul style="list-style-type: none"> Ricovero ord. Riab. Day Hosp. Riab. Ambulatorio Domicilio
OUTPUT	<ul style="list-style-type: none"> Registrazione dato fumo Tattamento del tabagismo 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnosi Eventuale prima visita specialistica 	<ul style="list-style-type: none"> Stadiazione del pazinete Prescrizione terapia Controlli programmati 	<ul style="list-style-type: none"> Tattamento della riacutizzazione Eventuale ricovero ospedaliero Follow up 	<ul style="list-style-type: none"> Attuazione progetto riabilitativo individuale Programma di follow up Valutazione esiti

Diagnosi

Percorso del Paziente con sospetta BPCO (case finding)

Referente	Luogo	Input	Azione	Output	Strumenti
- Medico di Medicina Generale	- Studio del MMG - AFT - UCCP	- Visita ambulatoriale - Indicazione della spirometria semplice con eventuale test di broncodilatazione	- Effettuare la Visita Effettuare somministrare questionario CAT e mMRC - Effettuare la spirometria semplice con eventuale test di broncodilatazione - Richiedere eventuale supporto specialistico per la diagnosi strumentale	- Verifica dato fumo - Eventuale conferma del sospetto diagnostico	- Questionario CAT e mMRC (Allegato B.2) - spirometro
- Specialista Pneumologo	- Ambulatorio pneumologia territoriale (Allegato B.1)	- visita specialistica	- Erogare visita specialistica e spirometria semplice o globale con eventuale test di broncodilatazione	- Spirometria semplice o globale con eventuale test di broncodilatazione - eventuale conferma sospetto diagnostico.	- Spirometro - Spirometro con possibilità esecuzione di spirometria globale +DLCO

Indicatori di processo

Indicatore	Referente	Livello organizzazione	Disponibilità temporale	Flusso	Responsabile elaborazione
N° di pazienti con diagnosi di BPCO e spirometria/N° di pazienti con diagnosi di BPCO	- MMG	- MMG - AFT - Distretto	- 12 mesi	- Debito Informativo MMG Art.7 AiR Regione Campania	- Comitato Aziendale per l'appropriatezza



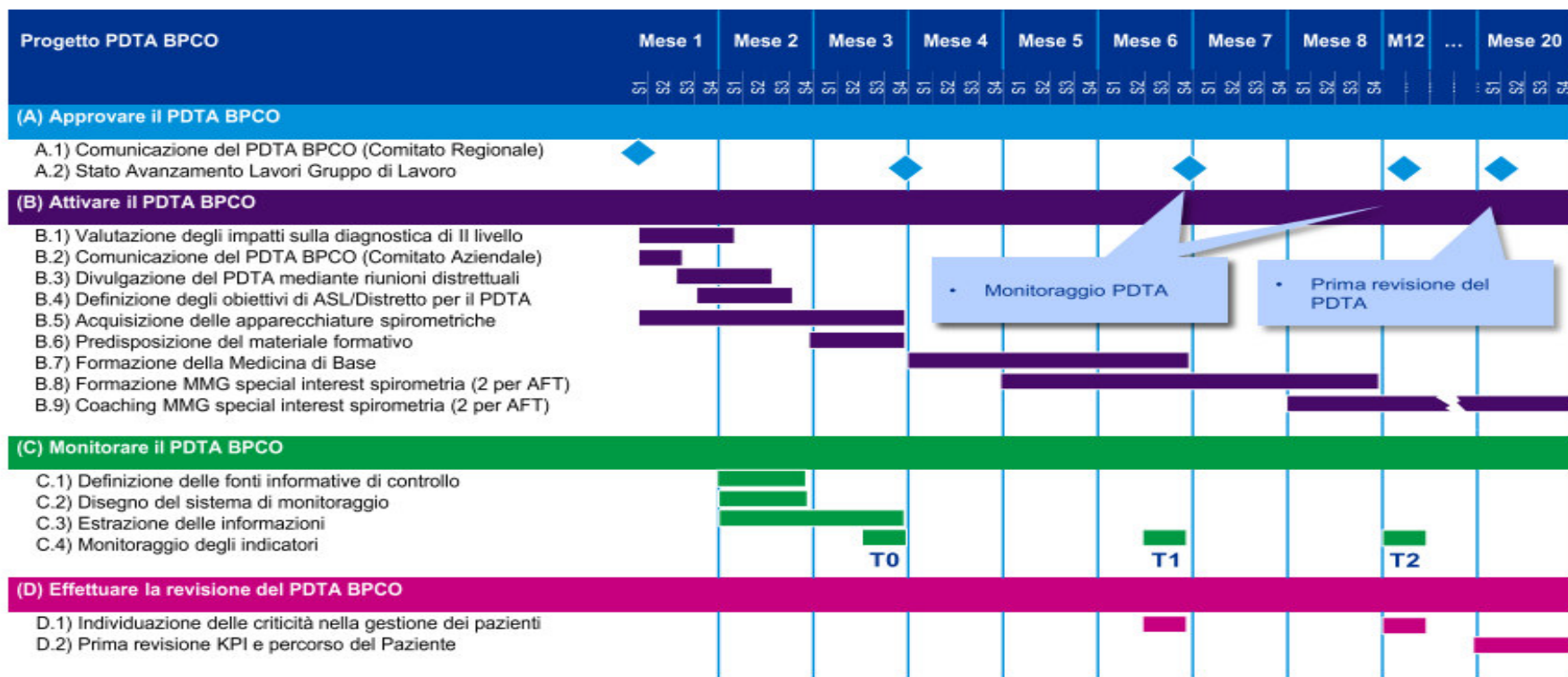
Indicatori di processo

Indicatore	Referente	Livello organizzazione	Disponibilità temporale	Flusso	Responsabile elaborazione
N° di pazienti trattati con broncodilatatori / N° di pazienti con diagnosi di BPCO	- MMG	- MMG - AFT - Distretto	- 12 mesi	- Farmaceutica	- Servizio informatico aziendale
N° di pazienti con diagnosi di BPCO che consumano almeno 8 confezioni di farmaci broncodilatatori all'anno / N° di pazienti trattati con BPCO	- MMG	- MMG - AFT - Distretto	- 12 mesi	- Farmaceutica	- Servizio informatico aziendale



Il cronoprogramma di implementazione del PDTA BPCO in Regione Campania

Per l'implementazione del PDTA BPCO è bene valutare un adeguato cronoprogramma di implementazione come di seguito riportato





Grazie per l'attenzione