

Il contributo dello specialista

Anna Ferrara

spec. Ambulatoriale in allergologia ed immunologia clinica

La spirometria in medicina generale, il progetto reSpiro
Flegreo: l'esperienza, i risultati e le prospettive



11 novembre 2017

Sala Multicenter School



Il Distretto

“E’ il punto di riferimento per il soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini.”

Il D.Lgs. 229/1999 lo identifica quale luogo privilegiato per l’integrazione socio-sanitaria,

ovvero per la realizzazione della integrazione tra i servizi che erogano prestazioni sanitarie e fra questi e i servizi che erogano prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, offrendo una risposta coordinata e continuativa ai bisogni di salute della popolazione. Il distretto è luogo sia di produzione diretta di servizi che di committenza; il citato D.Lgs. attribuisce ad esso autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria.”

Art. 1 - compiti e funzioni dello Specialista Ambulatoriale

Al fine di concorrere ad assicurare la tutela della salute degli assistiti nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali e uniformi di assistenza e con modalità rispondenti al livello più avanzato di appropriatezza

“Se l'intento è quello di spostarsi dalla medicina tradizionale alla medicina preventiva e dal promuovere farmaco al promuovere salute, questi prodotti potrebbero risultare molto utili nella riduzione dell'incidenza di tali patologie e potrebbero quindi risultare un reale risparmio per il SSn.”

Prof. Giorgio Colombo, università di Pavia, dip. Scienze del Farmaco S.A.V.E. Studi Analisi Valutazioni Economiche Milano

- - si fa parte attiva della continuità assistenziale per i propri pazienti;
- - attraverso le sue scelte diagnostiche, terapeutiche e assistenziali persegue gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse.

L'uso dei probiotici, ad esempio, consente:

- una riduzione di 6,6 milioni di pazienti affetti da infezioni respiratorie
- una riduzione di 473.000 cicli di terapia antibiotica
- una riduzione di 1,5 milioni di giorni di malattia in meno.

Il risparmio totale per il SSn francese ammonta a 37,7 milioni di euro all'anno.

Lenoir-Wijnkoop I, et al., PloS One. 2015 Apr.10;10(4):e012275.doi:10.1371/journal.pone.eCollection 2015

Patologie a notevole impatto economico

- Il 70% della spesa sanitaria, che oggi si aggira intorno ai 140mld di euro è a copertura dei costi legati alla gestione delle cronicità
- Circa il 38% è malato di patologie croniche, quali diabete, ipertensione, BPCO, **asma** e malattie connesse all'età avanzata
- La letteratura nazionale e internazionale evidenzia l'efficacia dei nutraceutici nella prevenzione e nell'integrazione della terapia farmacologica delle patologie croniche.

Art. 1 - compiti e funzioni dello Specialista Ambulatoriale

Al fine di espletare i suoi compiti e funzioni nel rispetto dei principi sopra indicati,

il **medico specialista ambulatoriale**,

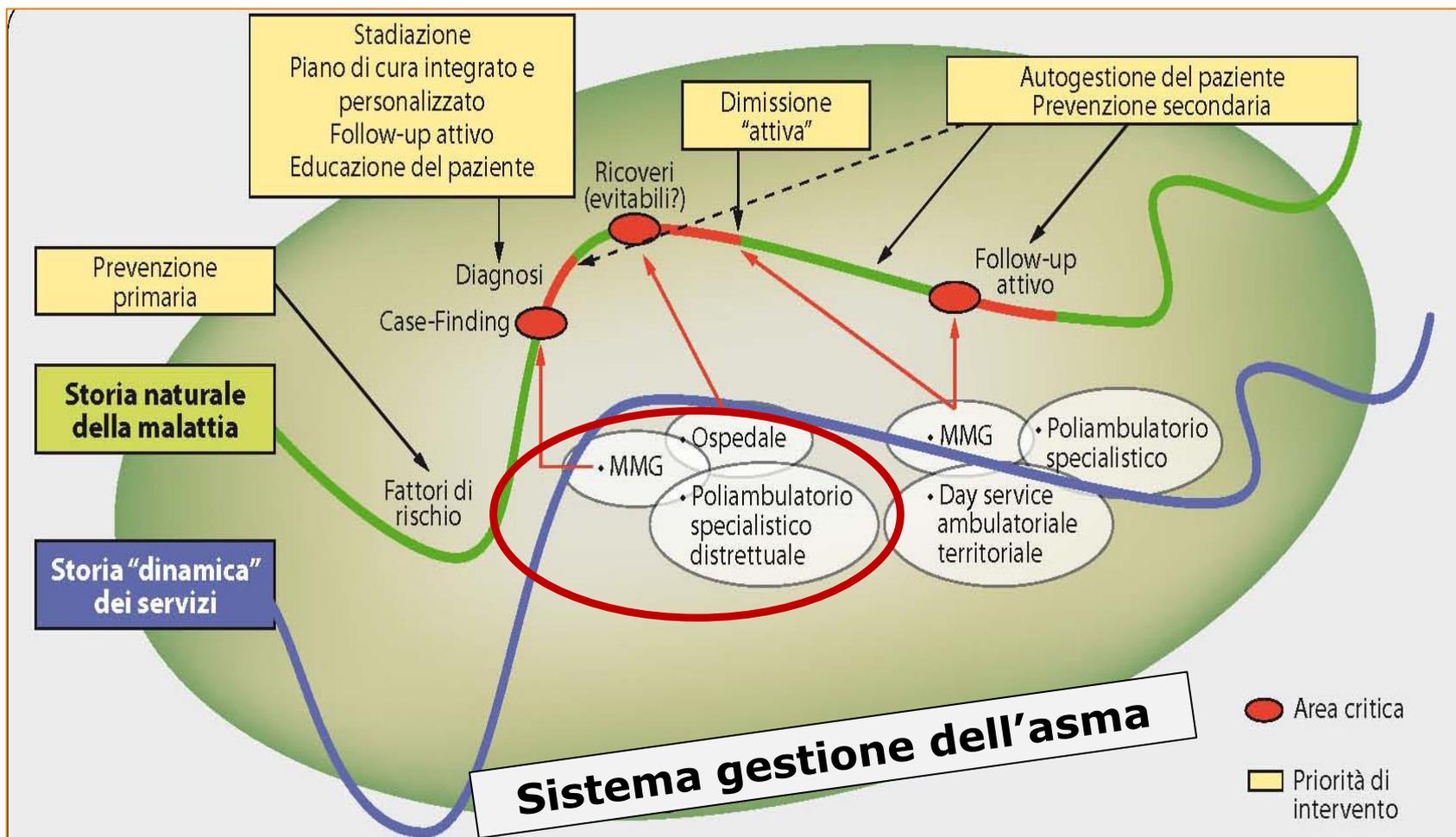
come definito dall'art.2 dell' ACN (2015),

1. svolge la propria attività facendo parte integrante di un'aggregazione funzionale territoriale di medici specialisti ambulatoriali e
2. opera all'interno di una specifica unità complessa delle cure primarie (UCCP), quando attivata come previsto dall'art. 3 dell' ACN, che può comprendere la collaborazione anche di altri operatori sanitari e sociali.

Art. 2 – aggregazione funzionale territoriale dei medici specialisti ambulatoriali

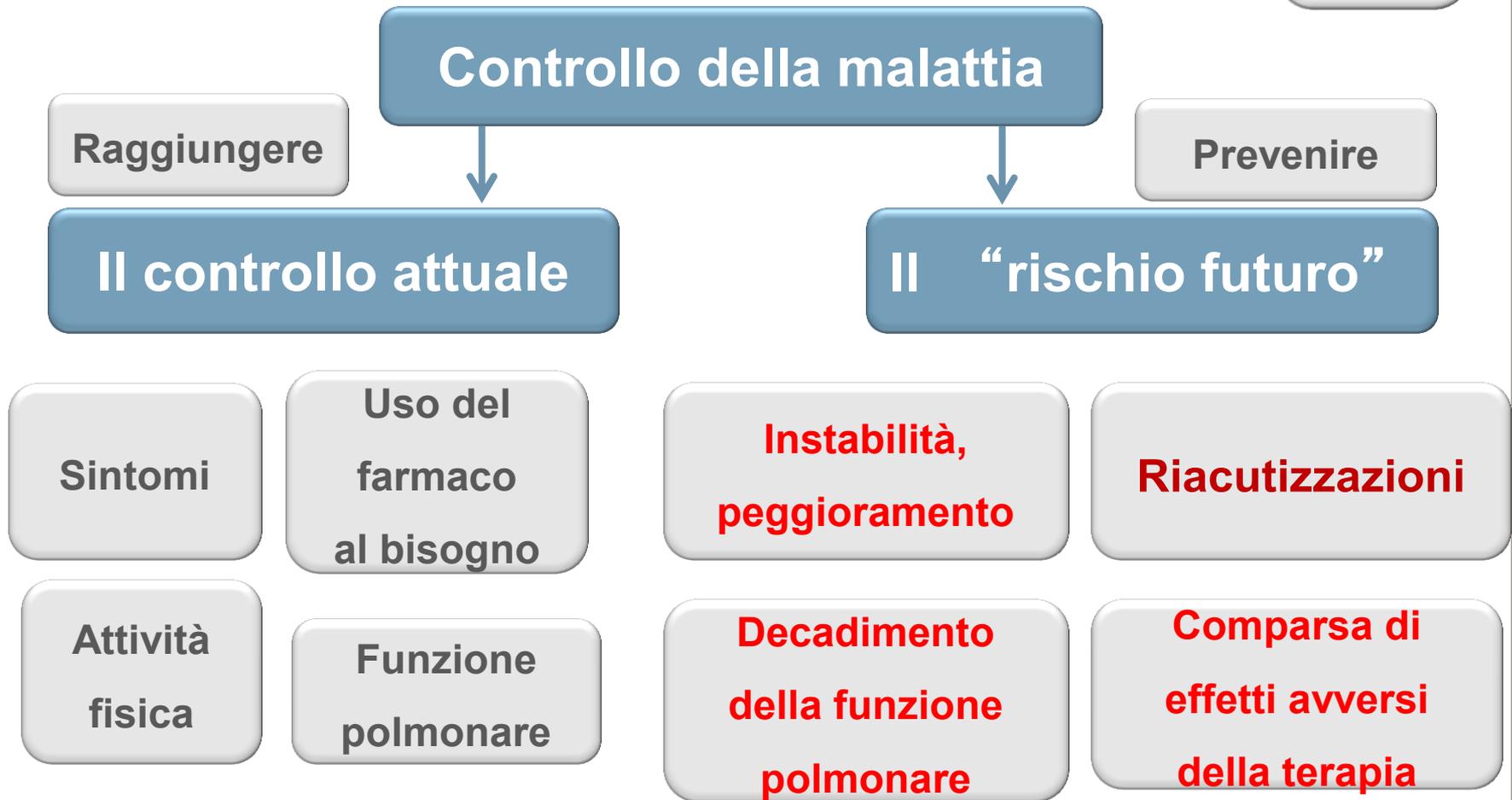
I medici convenzionati partecipano all'aggregazione funzionale indicata dalla Regione allo scopo di:

1. Promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei LEA, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione interdisciplinare e con l'assistenza ospedaliera.
2. Promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della “*evidence based medicine*”, nell'ottica più ampia della “*clinical governance*”; sia tra i professionisti appartenenti alla stessa branca, sia tra i professionisti appartenenti a branche diverse impegnati nell'affrontare problemi comuni sotto il profilo diagnostico, clinico e terapeutico che, con responsabilità diverse, devono essere chiamati a sviluppare interventi mirati a obiettivi comuni.



È noto che gli interventi di gestione integrata più efficaci sono proprio quelli che agiscono su tutti i livelli della "storia naturale" della malattia

Obiettivi del trattamento dell'asma: controllo attuale vs rischio futuro



Il comma 4 dell'art.6 assume una particolare rilevanza nell'ottica del superamento della visione meramente "prestazionale" della specialistica ambulatoriale in quanto attribuisce alle AFT degli Specialisti dei compiti di "sistema" all'interno del Servizio Sanitario Regionale. Questi compiti inoltre vengono affidati non ai singoli professionisti in quanto tali, ma alla aggregazione professionale in quanto equipe di operatori, al fine di promuovere da parte delle Aziende lo sviluppo delle AFT degli specialisti mediante la costituzione di una rete

Gli specialisti ambulatoriali, i veterinari di cui all'art. 7, comma 4 ed i professionisti operanti all'interno della UCCP devono impegnarsi a garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire, in particolare, dai pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi, di tutte le età. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di pazienti va perseguita l'integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello.

Disease management

Il Disease Management (DM) è una metodologia basata su un approccio integrato alla malattia, teso al miglioramento dei risultati clinici e della qualità dei servizi offerti all'utente, nell'ottica di una razionalizzazione delle spese.

Il DM “spazia” dalla promozione alla salute, alla prevenzione, alla diagnosi, al trattamento, alla riabilitazione portando vantaggi al paziente, al medico, all'amministratore.

Le patologie in cui il DM trova la sua naturale applicazione sono: ***il diabete, l'asma, le malattie cardiache, le neoplasie, la depressione, le malattie prostatiche.....,in effetti tutte le patologie croniche***

Perché le patologie croniche?

L'aumento delle persone affette da patologie croniche è dovuto al decisivo effetto del SSn, nonché al miglioramento delle condizioni igienico sanitarie, economiche e sociali, all'innalzamento dell'età media alle conoscenze sull'impatto degli stili di vita e dell'ambiente sulla salute e alla disponibilità di nuove terapie farmacologiche (**esposomica**).

Lo straordinario aumento delle condizioni cliniche con andamento cronico (cosiddette “cronicità”) richiede nuovi modelli organizzativi, centrati sulle cure territoriali e domiciliari integrate, delegando all'assistenza ospedaliera la gestione dei casi acuti/complessi non gestibili dagli operatori sanitari delle CP.

Le patologie croniche

In questo nuovo modello,

l'appropriatezza e l'efficacia dell'assistenza sono assicurati dalla "presa in carico" del cittadino che, accanto al modello globale, presuppone interventi differenziati per ciascuna patologia cronica, oltre che da procedure "convenzionali", inclusi i *Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)*, il cui carattere e natura longitudinale, interdisciplinare e multidimensionale integra gli interventi degli operatori sanitari delle CP e specialistiche.

Tale modello risponde all'obiettivo di consentire ad ogni paziente di ricevere le cure appropriate al momento giusto e nel luogo giusto, ricevendo l'assistenza di operatori sanitari che, per ruolo e competenze, possono prenderlo in cura.

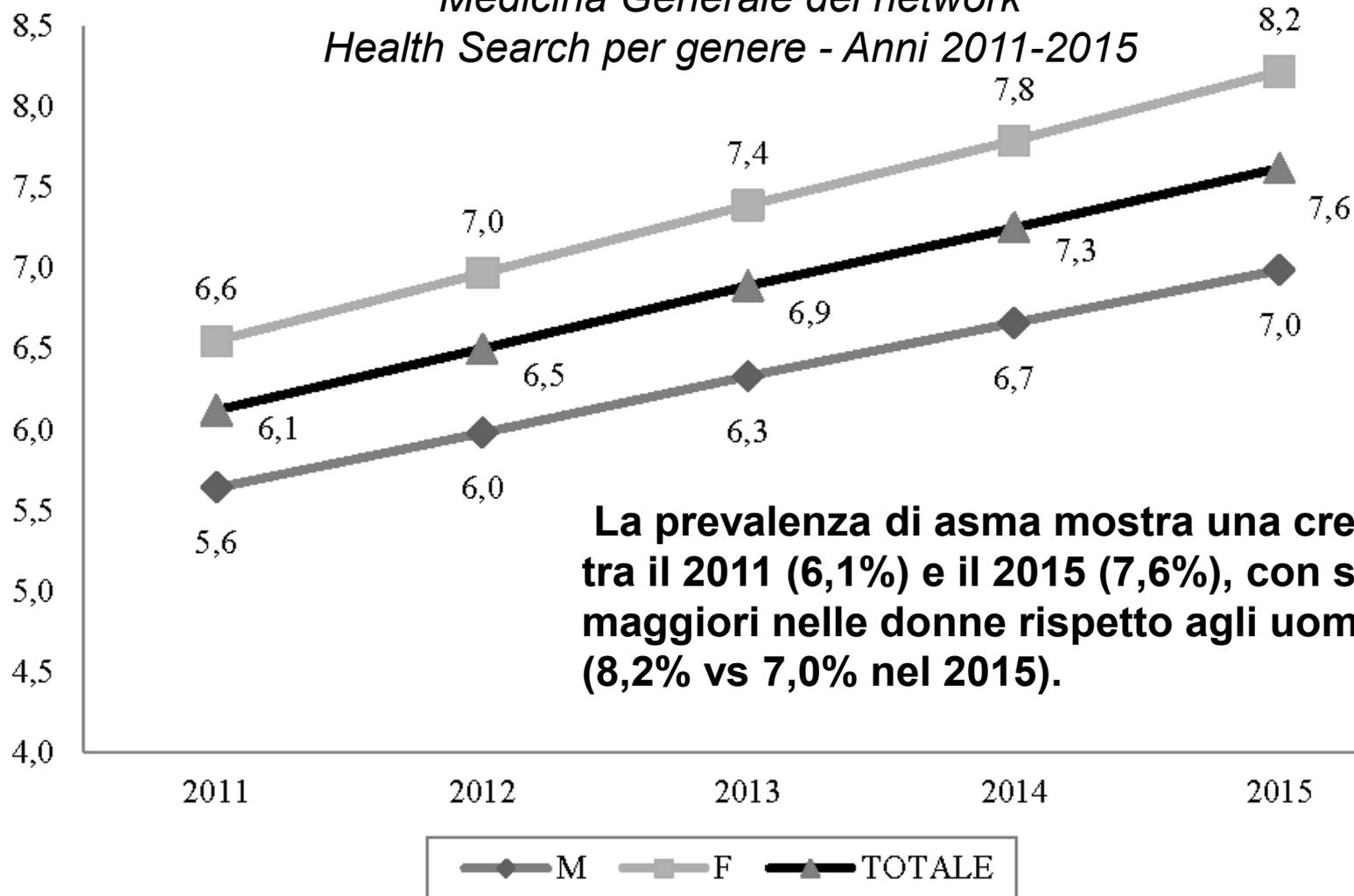
Tutto ciò, allo scopo di affrontare e risolvere i problemi di salute con un approccio sistemico e multidimensionale.

- L'asma è una patologia la cui prevalenza nel nostro Paese supera il 4% ed è caratterizzata da un elevato impatto socio-economico per il nostro SSN, con costi diretti e indiretti che sommano a 4Mdl di euro.
 - Una gestione terapeutica appropriata può consentire un buon controllo clinico, oltre che una gratificante qualità di vita nella maggior parte dei Pazienti asmatici.
-
- ISTAT, Ricorso ai servizi sanitari in Italia, 2013
 - Dal Negrone RW, Micheletto C, Tosatto R, Dionisi M, Turco P, Donner CF. Cost of asthma in Italy: result of SIRIO study. Respir Med. 2007;101 (12):2511-9
 - WAO. Global surveillance and control of chronic respiratory disease: a comprehensive approach. 2007.



*Prevalenza (valori per 100) lifetime di asma bronchiale in carico alla
Medicina Generale del network*

Health Search per genere - Anni 2011-2015

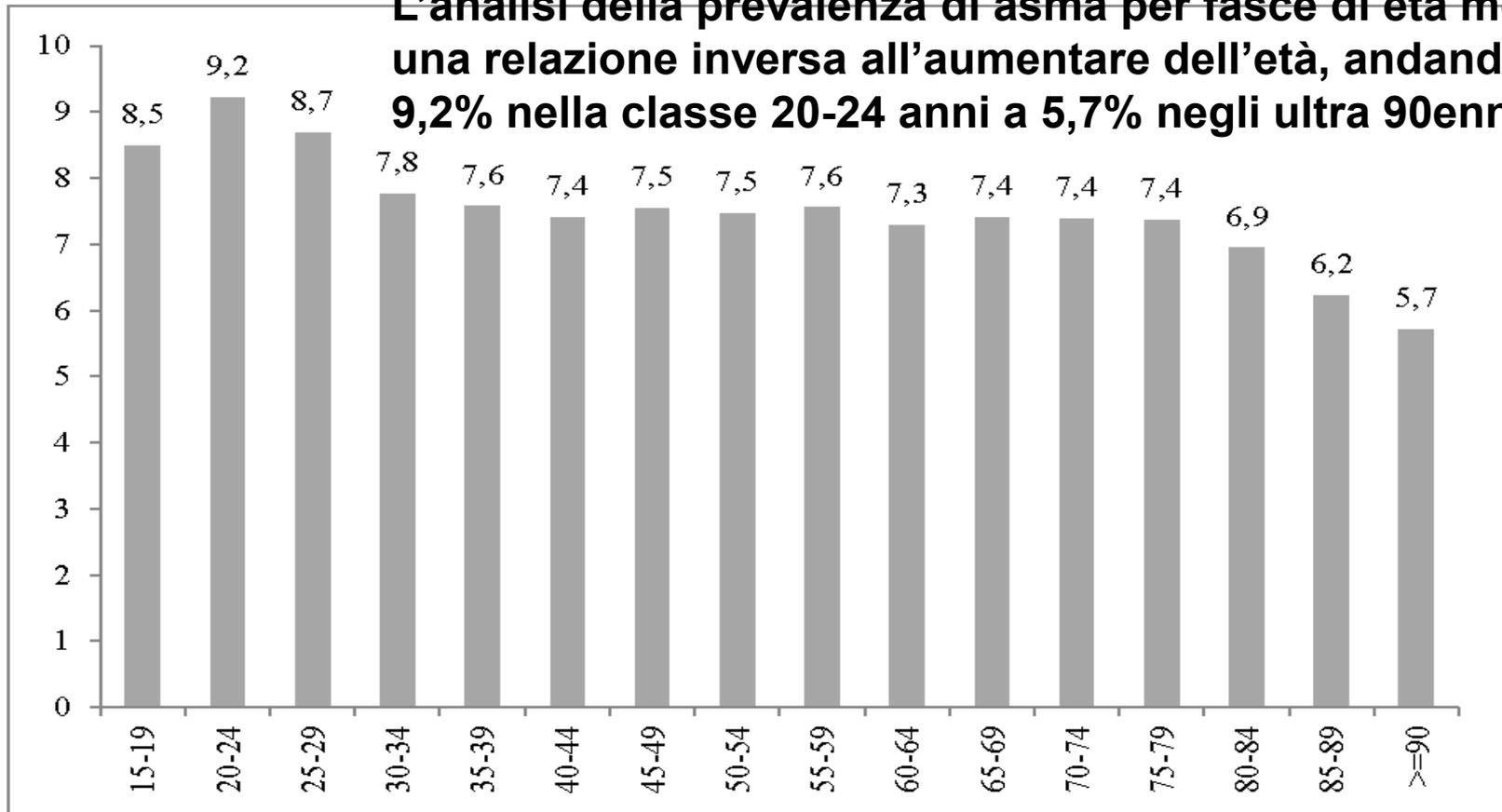


Fonte dei dati: Health Search - IMS LPD. Anni 2011-2015.

Prevalenza (valori per 100) lifetime di asma bronchiale in carico alla
Medicina Generale del network

Health Search per classe di età - Anno 2015

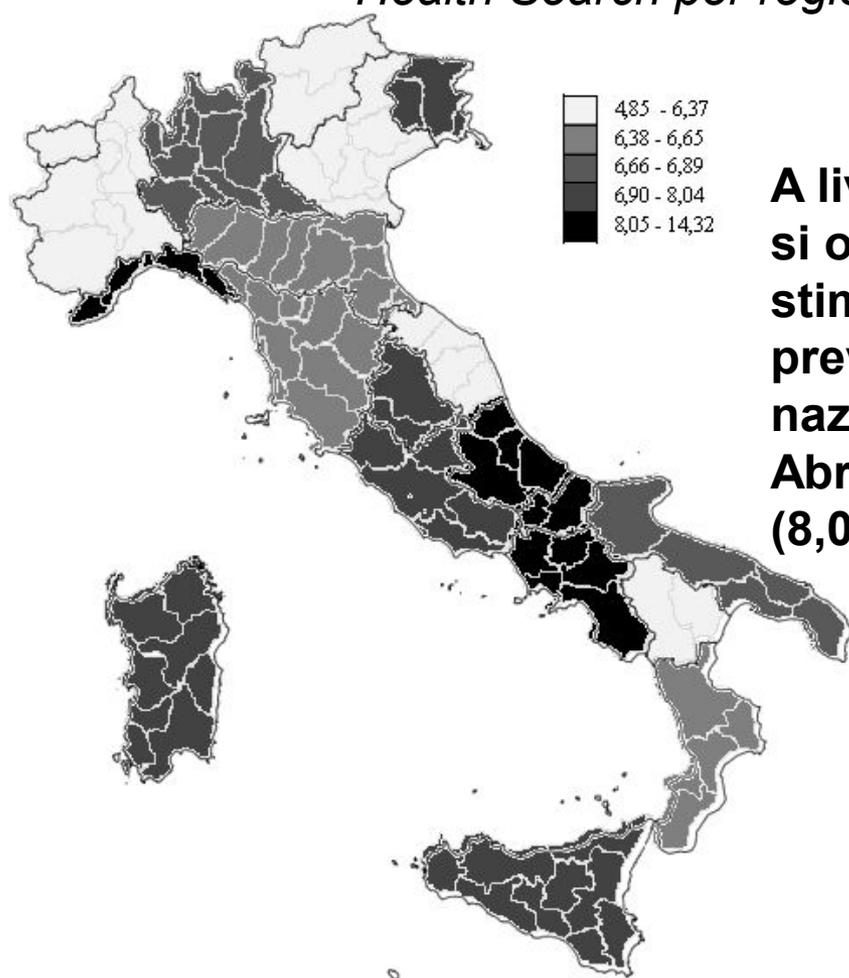
L'analisi della prevalenza di asma per fasce di età mostra una relazione inversa all'aumentare dell'età, andando dal 9,2% nella classe 20-24 anni a 5,7% negli ultra 90enni



Fonte dei dati: Health Search - IMS LPD. Anno 2015.

Prevalenza (valori per 100) *lifetime di asma bronchiale* in carico alla Medicina Generale del *network*

Health Search per regione. Anno 2015



A livello regionale, si osserva una elevata variabilità nelle stime di prevalenza; le regioni con la prevalenza più elevata rispetto al dato nazionale sono: Campania (14,3%), Abruzzo (8,3%), Liguria (8,0%) e Sicilia (8,0%)

Popolazione Campania		5.869.000
Popolazione > 6 anni	94,8%	5.565.573
Pop affetta da Asma	6,7%	372.893
Pop affetta da Asma Grave	7,5%	27.967
Pop affetta da Asma Grave non controllata	20%	5.593
Pop affetta da Asma Grave non controllata Allergica (=IgE mediata)	60%	3.356
Pop affetta da Asma Grave non controllata Allergica con IgE tra 30-1500 UI/ml	53%	1.779
Gestione pneumologi (<i>dato italia</i>)	40%	711
<u>Gestione allergologica (dato Italia)</u>	12%	213
Gestione pediatri (<i>dato italia</i>)	10%	178
Gestione MMG (<i>dato italia</i>)	38%	676

The global burden of asthma GINA // Korn, Allergologie (2012)

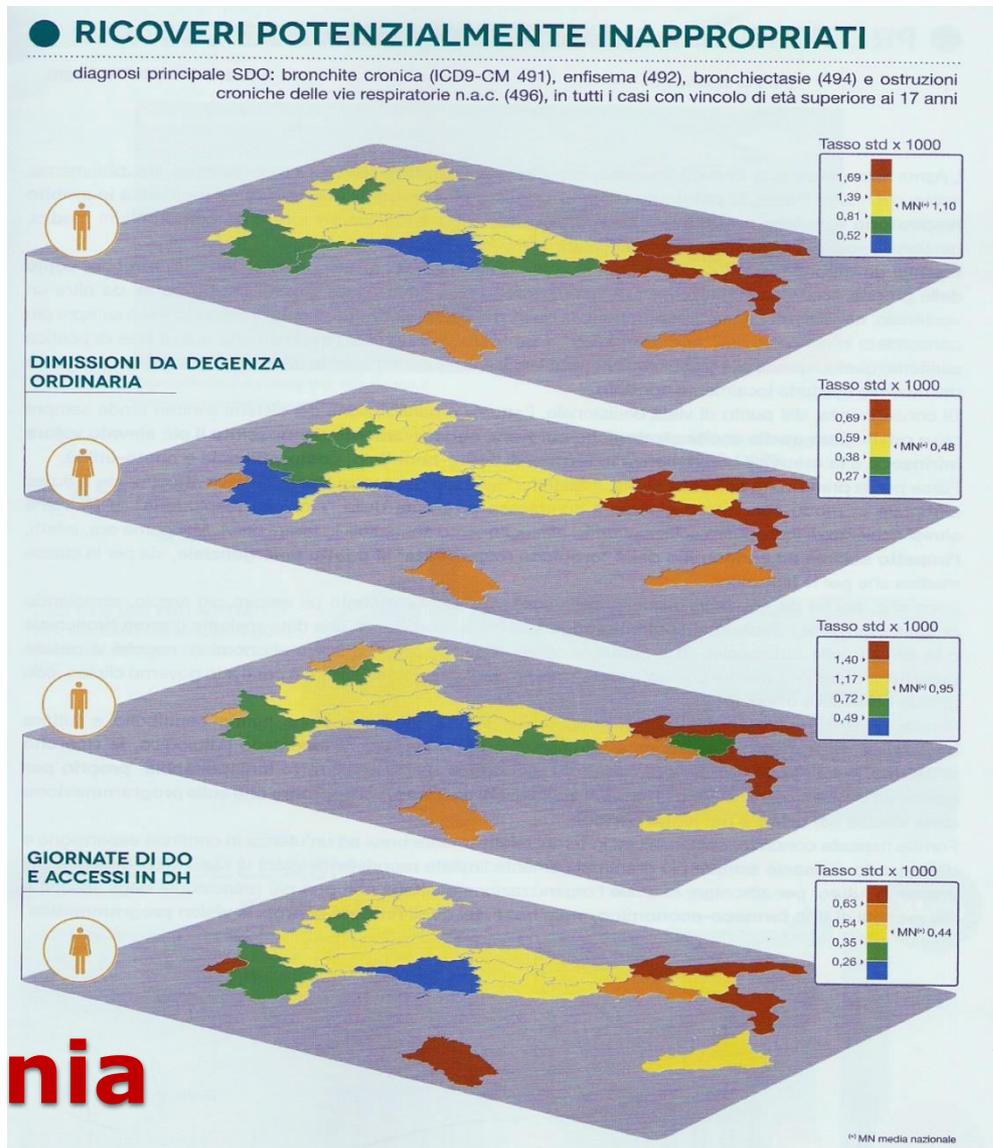
Kardos et al. Current Med Res & Opin 2011 // Asthma and Allergy
Foundation of America //

Grimaldi-Bensouda PAX Study Group (Chest, 2013) *anna ferrara*

Secondo i dati ARSAN
(Agenzia Sanitaria
Regionale) si stimano
circa 10000 pazienti
asmatici in terapia
cronica e si registrano
circa 300 ricoveri /anno
per asma .

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA
REGIONE CAMPANIA n24 DEL
16 giugno 2008

.....in Campania



Ospedalizzazione per asma (adulti e anziani)



Razionale

L'asma è un disordine cronico delle vie aeree che comporta una complessa interazione tra ostruzione al flusso aereo, iperresponsività bronchiale e infiammazione sottostante. Questa interazione, altamente variabile tra i pazienti e nell'ambito dello stesso paziente, determina le manifestazioni cliniche e la gravità dell'asma nonché la risposta al trattamento.

L'asma è una delle più comuni cause di ricovero ospedaliero o di ricorso al Pronto Soccorso. Fattori ambientali come l'inquinamento dell'aria, l'esposizione occupazionale ad irritanti o altra esposizione ad allergeni risultano responsabili di un aumento dei tassi di ospedalizzazione o di una esacerbazione dei sintomi dell'asma. *Le linee guida tuttavia evidenziano che l'asma è una patologia cronica facilmente trattabile ed efficacemente gestibile in ambito extra-ospedaliero.*

US Department of Health and Human Services. AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality. *Asthma admission rate (area-level): rate per 100,000 population.*

US Department of Health and Human Services. AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality. *Adult Asthma admission rate.*



La stima dei ricoveri ospedalieri per asma negli adulti e negli anziani rappresenta un indicatore dell'appropriatezza e dell'efficacia del processo di assistenza e di gestione del soggetto affetto da questa patologia in uno specifico territorio, anche in termini di educazione sanitaria e di accessi alle CP.

Tabella A24. Ospedalizzazione (per 10000 abitanti) per asma negli adulti. Popolazione totale

Regione	Numerosità	Tasso grezzo	Tasso standard
Piemonte	345	9,566	9,401
Valle d'Aosta	12	11,880	11,840
Lombardia	1.875	24,723	24,741
Trentino Alto Adige	152	20,089	20,485
Veneto	774	20,467	20,491
Friuli V. Giulia	133	13,042	12,385
Liguria	304	22,044	21,986
Emilia Romagna	619	18,093	17,244
Toscana	577	19,217	19,068
Umbria	177	25,273	25,041
Marche	177	14,343	14,066
Lazio	820	19,283	19,404
Abruzzo	337	32,324	32,109
Molise	89	35,244	34,302
Campania	1.062	24,129	24,529
Puglia	654	30,205	30,871
Basilicata	119	24,718	24,971
Calabria	328	20,444	20,895
Sicilia	815	20,790	20,889
Sardegna	510	37,877	39,016
ITALIA	10.191	21,645	21,645

2015

Tabella A22. Ospedalizzazione (per 10000 abitanti) per asma negli adulti. Popolazione maschile

Regione	Numerosità	Tasso grezzo	Tasso Standard
Piemonte	109	5,979	5,907
Valle d'Aosta	6	8,155	7,871
Lombardia	638	18,438	18,405
Trentino Alto Adige	63	16,397	16,709
Veneto	227	13,403	13,421
Friuli V. Giulia	46	9,082	9,005
Liguria	113	16,516	16,514
Emilia Romagna	161	10,819	10,530
Toscana	136	12,190	12,331
Umbria	58	23,605	23,271
Marche	62	11,480	11,396
Lazio	296	15,158	15,236
Abruzzo	129	24,597	24,398
Molise	32	27,603	26,003
Campania	381	16,557	16,548
Puglia	351	22,087	22,275
Basilicata	42	18,391	18,207
Calabria	139	14,398	14,454
Sicilia	326	15,378	15,360
Sardegna	185	27,722	28,510
ITALIA	3.500	15,552	15,552

Tabella A23. Ospedalizzazione (per 10000 abitanti) per asma negli adulti. Popolazione femminile

Regione	Numerosità	Tasso grezzo	Tasso standard
Piemonte	276	12,845	12,619
Valle d'Aosta	10	15,395	15,662
Lombardia	1.174	30,487	30,407
Trentino Alto Adige	97	23,546	23,959
Veneto	500	27,025	26,966
Friuli V. Giulia	91	16,627	15,505
Liguria	208	26,856	26,927
Emilia Romagna	404	24,758	23,485
Toscana	347	25,584	25,288
Umbria	86	26,799	26,676
Marche	101	16,986	16,594
Lazio	502	22,987	23,108
Abruzzo	218	39,446	39,322
Molise	55	42,312	42,021
Campania	764	31,127	31,800
Puglia	634	37,639	38,743
Basilicata	71	30,692	31,126
Calabria	245	26,104	26,966
Sicilia	568	25,707	25,862
Sardegna	342	47,436	48,833
ITALIA	6.891	27,226	27,226

Tabella A27. Ospedalizzazione (per 10000 abitanti) per asma negli anziani. Popolazione totale

Regione	Numerosità	Tasso grezzo	Tasso standard
Piemonte	127	14,39	14,38
Valle d'Aosta	0	0,00	0,00
Lombardia	575	35,64	35,78
Trentino Alto Adige	60	38,12	38,18
Veneto	227	27,88	27,82
Friuli V. Giulia	69	27,46	26,95
Liguria	87	21,77	21,67
Emilia Romagna	278	31,44	31,23
Toscana	165	21,17	21,03
Umbria	46	24,68	24,84
Marche	64	20,21	20,34
Lazio	244	26,95	27,05
Abruzzo	113	44,36	44,44
Molise	39	58,04	57,76
Campania	208	26,00	25,60
Puglia	255	40,55	40,26
Basilicata	54	49,39	48,97
Calabria	109	32,18	32,10
Sicilia	170	20,51	20,58
Sardegna	137	53,25	53,28
ITALIA	3.027	28,84	28,84

Tabella A25. Ospedalizzazione (per 10000 abitanti) per asma negli anziani. Popolazione maschile

Regione	Numerosità	Tasso grezzo	Tasso standard
Piemonte	34	9,47	9,51
Valle d'Aosta	0	0,00	0,00
Lombardia	146	23,07	23,12
Trentino Alto Adige	19	30,30	30,29
Veneto	52	16,10	16,12
Friuli V. Giulia	23	23,82	23,27
Liguria	20	12,56	12,38
Emilia Romagna	59	16,13	16,09
Toscana	32	9,92	10,10
Umbria	19	24,07	24,13
Marche	15	11,20	10,93
Lazio	90	23,78	23,98
Abruzzo	36	33,29	33,28
Molise	19	66,48	66,25
Campania	61	18,33	18,12
Puglia	65	24,27	24,24
Basilicata	20	41,43	41,44
Calabria	33	22,62	22,72
Sicilia	54	15,19	15,16
Sardegna	43	39,08	39,49
ITALIA	840	19,45	19,45

Tabella A26. Ospedalizzazione (per 10000 abitanti) per asma negli anziani. Popolazione femmine

Regione	Numerosità	Tasso grezzo	Tasso standard
Piemonte	93	17,77	17,71
Valle d'Aosta	0	0,00	0,00
Lombardia	429	43,76	43,90
Trentino Alto Adige	41	43,29	43,66
Veneto	175	35,63	35,54
Friuli V. Giulia	46	29,73	29,52
Liguria	67	27,87	27,95
Emilia Romagna	219	42,25	42,07
Toscana	133	29,12	28,87
Umbria	27	25,14	25,29
Marche	49	26,82	27,23
Lazio	154	29,22	29,16
Abruzzo	77	52,52	52,55
Molise	20	51,79	51,69
Campania	147	31,46	30,83
Puglia	190	52,63	51,98
Basilicata	34	55,68	54,11
Calabria	76	39,41	39,10
Sicilia	116	24,51	24,60
Sardegna	94	63,83	63,53
ITALIA	2.187	35,40	35,40

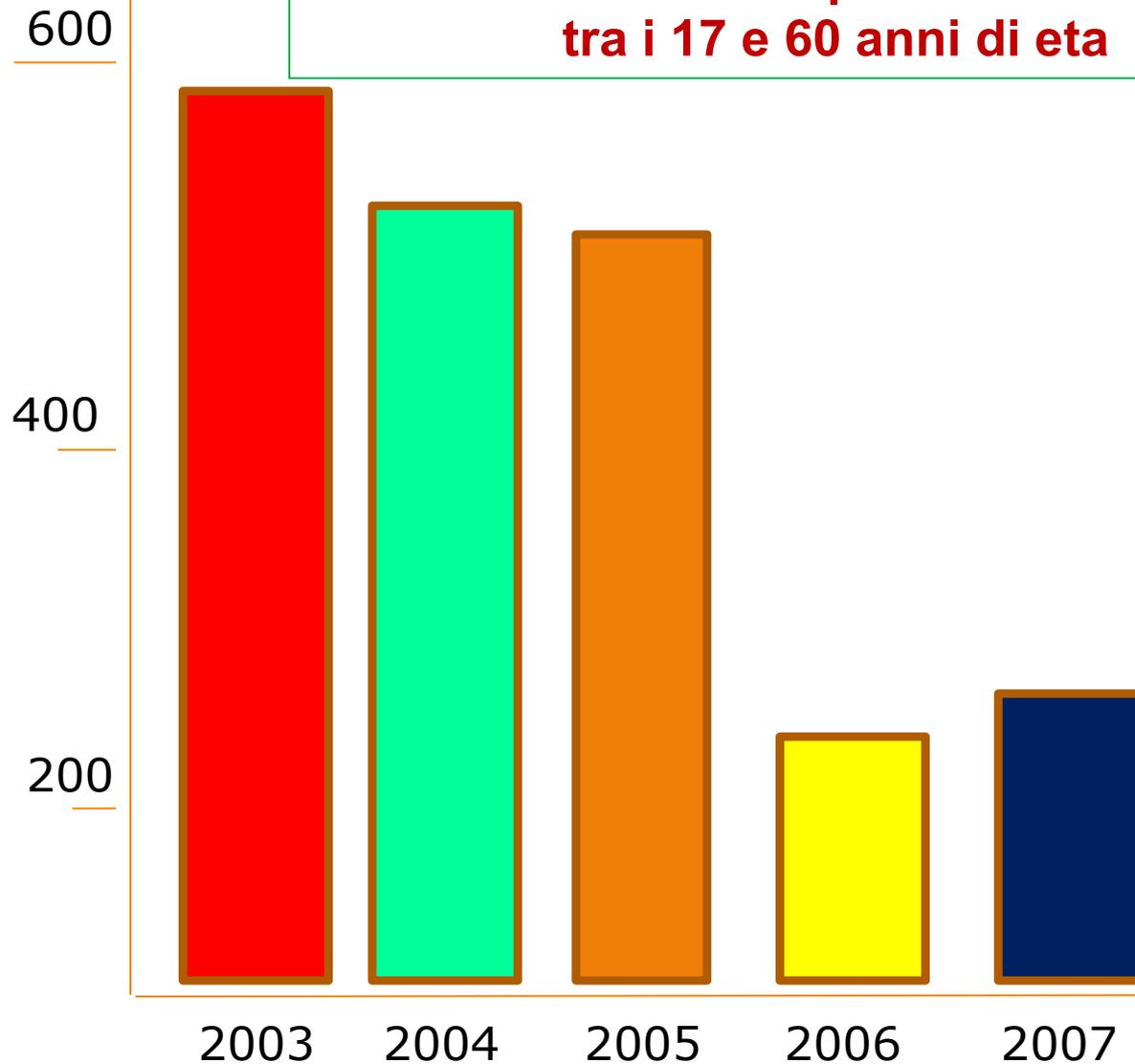


Stando alle evidenze della letteratura internazionale, il rischio di ospedalizzazione per asma negli adulti e in età senile diminuisce se vengono garantite una buona accessibilità alle strutture presenti sul territorio e una corretta gestione del paziente dal punto di vista dell'appropriatezza terapeutica e della continuità delle cure.

Bibliografia di riferimento

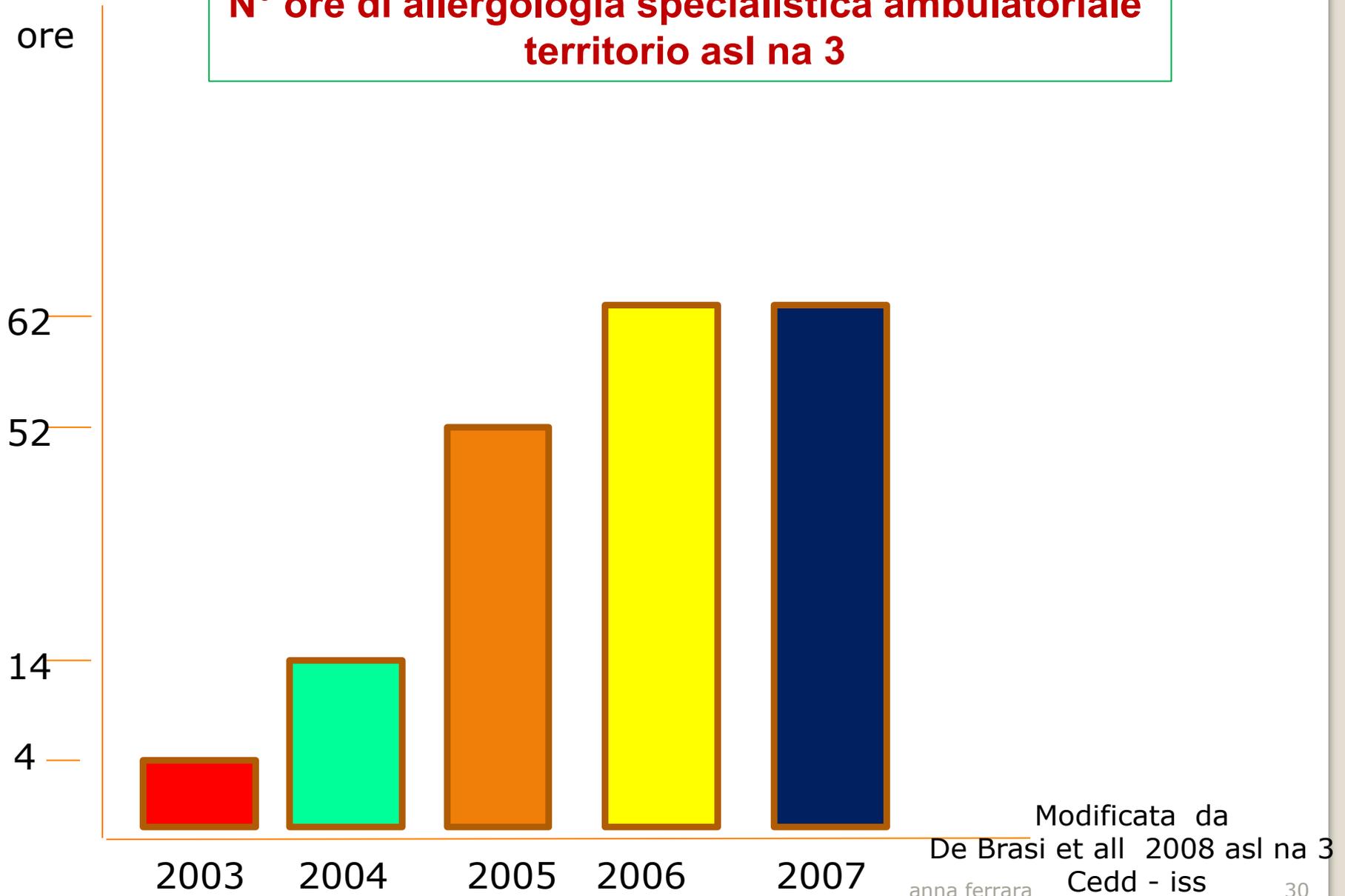
- Bellia V, Antonelli Incalzi R. *Respiratory Diseases in the Elderly*. European Respiratory Society Monograph (Ed.). Sheffield, UK: European Respiratory Society; Vol. 43 2009. Disponibile all'indirizzo: <http://erm.ersjournals.com/content/ermrde/1> ; ultima consultazione 24/11/2010.**
- US Department of Health and Human Services. AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality. *Asthma admission rate (area-level): rate per 100,000 population*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=15407>; ultima consultazione 24/11/2010.**
- World Health Organization. *Chronic respiratory diseases. Asthma*. Geneva: WHO; 2010. Disponibile all'indirizzo: www.who.int/respiratory/asthma/en/; ultima consultazione 24/11/2010.**

**Analisi degli accessi in PS per patologia
asmatica in acuto ospedale San Giovanni di Dio
tra i 17 e 60 anni di eta**



Modificata da
De-Brasi et all 2008 asl na 3
anna ferrara Cedd - iss

**N° ore di allergologia specialistica ambulatoriale
territorio asl na 3**



“Esiste una correlazione inversa tra i Costi dei Farmaci e il Numero degli Allergologi. Più alto è il numero degli Allergologi, minore è il costo per Farmaci Anti-Asmatici”

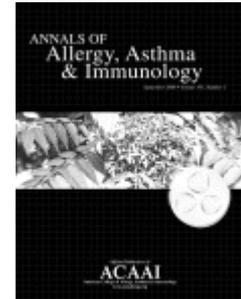
***The cost of asthma treatment in Spain.
Considerations for the rationalisation of the cost.
Committee of Immunotherapy of the SEAIC , 1997***



ELSEVIER

Annals of Allergy, Asthma & Immunology

Volume 101, Issue 3, Pages A4, 225-336 (September 2008)



Cost-effectiveness of specific subcutaneous immunotherapy in patients with allergic rhinitis and allergic asthma

[Bernd Brüggenjürgen MD*](#) [Thomas Reinhold MSc*](#) [Randolf Brehler MD†](#) [Eckard Laake MD‡](#) [Günther Wiese MD§](#) [Ulrich Machate MD||](#) [Stefan N. Willich MD, MPH](#)

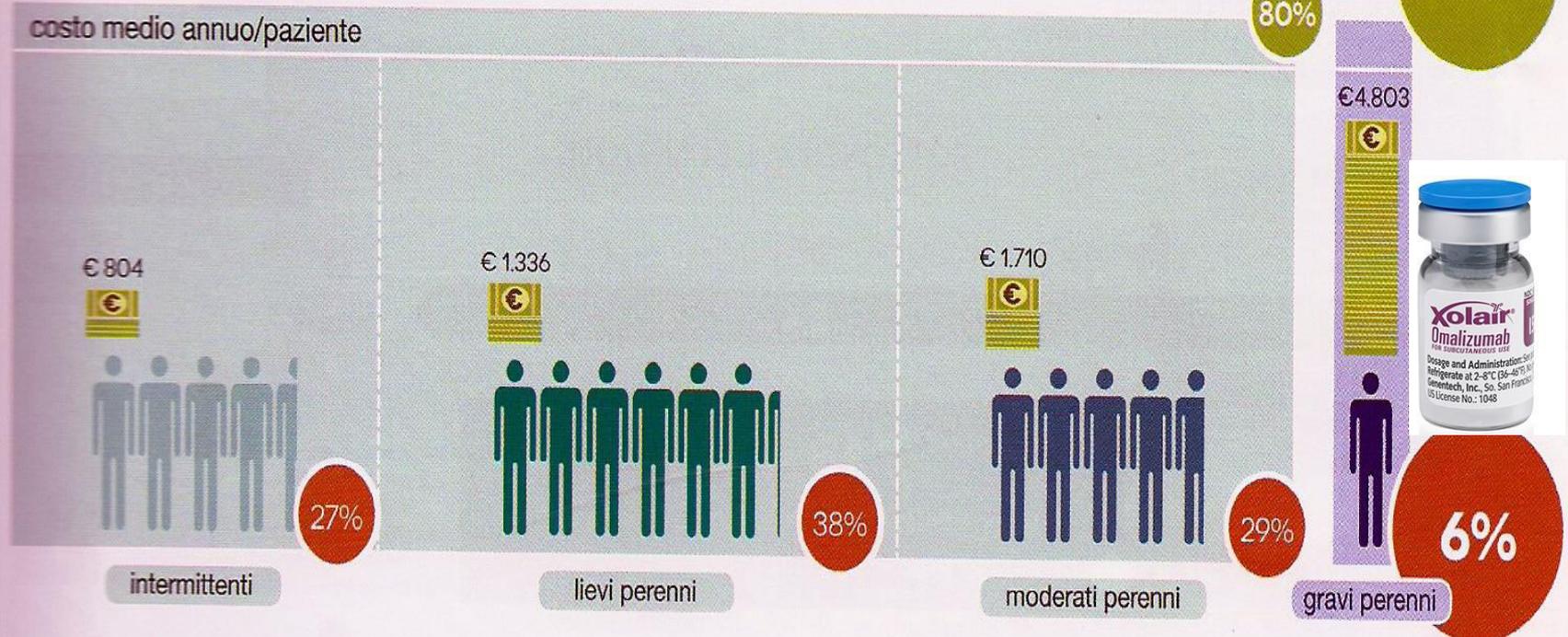
Results

The SCIT and ST (symptomatic treatment) combination was associated with annual cost savings of €140 per patient. After 10 years of disease duration, SCIT and ST reach the breakeven point. The overall incremental cost-effectiveness ratio (ICER) was €-19,787 per quality-adjusted life-year (QALY), with a range that depended on patient age (adults, €-22,196; adolescents, €-14,747; children, €-12,750). From a third-party payer's perspective, SCIT was associated with slightly additional costs. Thus, the resulting ICER was €8,308 per QALY for all patients.

Componenti del costo medio annuale di un paziente adulto asmatico in Italia, in funzione del livello di controllo

COSTI DELL'ASMA

per livello di severità



Il 20% del costo annuo è dovuto esclusivamente alle **FORME GRAVI** che incidono solo per il 6% di tutti i pazienti.

Il continuo aumento della prevalenza della malattia allergica in tutto il territorio nazionale non è oggi supportato in modo coerente da una efficace risposta delle strutture assistenziali, insufficienti per gestire una patologia di interesse sociale.

L'offerta di "care" è rilevabile come una realtà "a macchia di leopardo" in assenza di un quadro organizzativo che delinei i bisogni da soddisfare e le modalità di intervento .

Impatto socioeconomico

Di fatto al momento non è chiaro l'esatto impatto epidemiologico e le conseguenze economiche indotte da un lato dal trattamento complessivo delle allergopatie, che per loro natura sono patologie persistenti nel tempo quindi da gestire nel lungo periodo, e dall'altro dalla mancanza di una diagnosi precoce e di un trattamento idoneo a ridurre l'incidenza degli oneri sociali indiretti e del "maggior costo delle complicanze".

Oggi il ritardo di diagnosi, calcolato dall'inizio dei sintomi, varia da 6 mesi a circa 3 anni per le malattie cutanee e dai 3 ai 5 anni per le allergie a prevalente interessamento respiratorio: tempo più che sufficiente per una riduzione della reversibilità.

Allergic Diseases: time elapsing from symptom start and first allergological clinical evaluation.

An Italian experience

Di Rienzo V. et al. 2013

Pazienti arruolati	1000
• Asma	109
• Rinite	314
• A+R	307
• Skin diseases	270

Tempo intercorrente tra la comparsa di sintomi A/R e diagnosi clinica-allergologica **49 mesi**

Tempo intercorrente tra la comparsa di sintomi Skin e diagnosi clinica- allergologica **23 mesi** (p< 0,0001)

In Campania il tempo intercorrente tra la prima visita dal MMG e la diagnosi clinica allergologica è il più lungo d'Europa.

299 giorni nella Na3sud è il tempo intercorrente nel 2010 tra la prima prescrizione e la diagnosi allergologica

.....in Campania

Gestione integrata e percorsi assistenziali

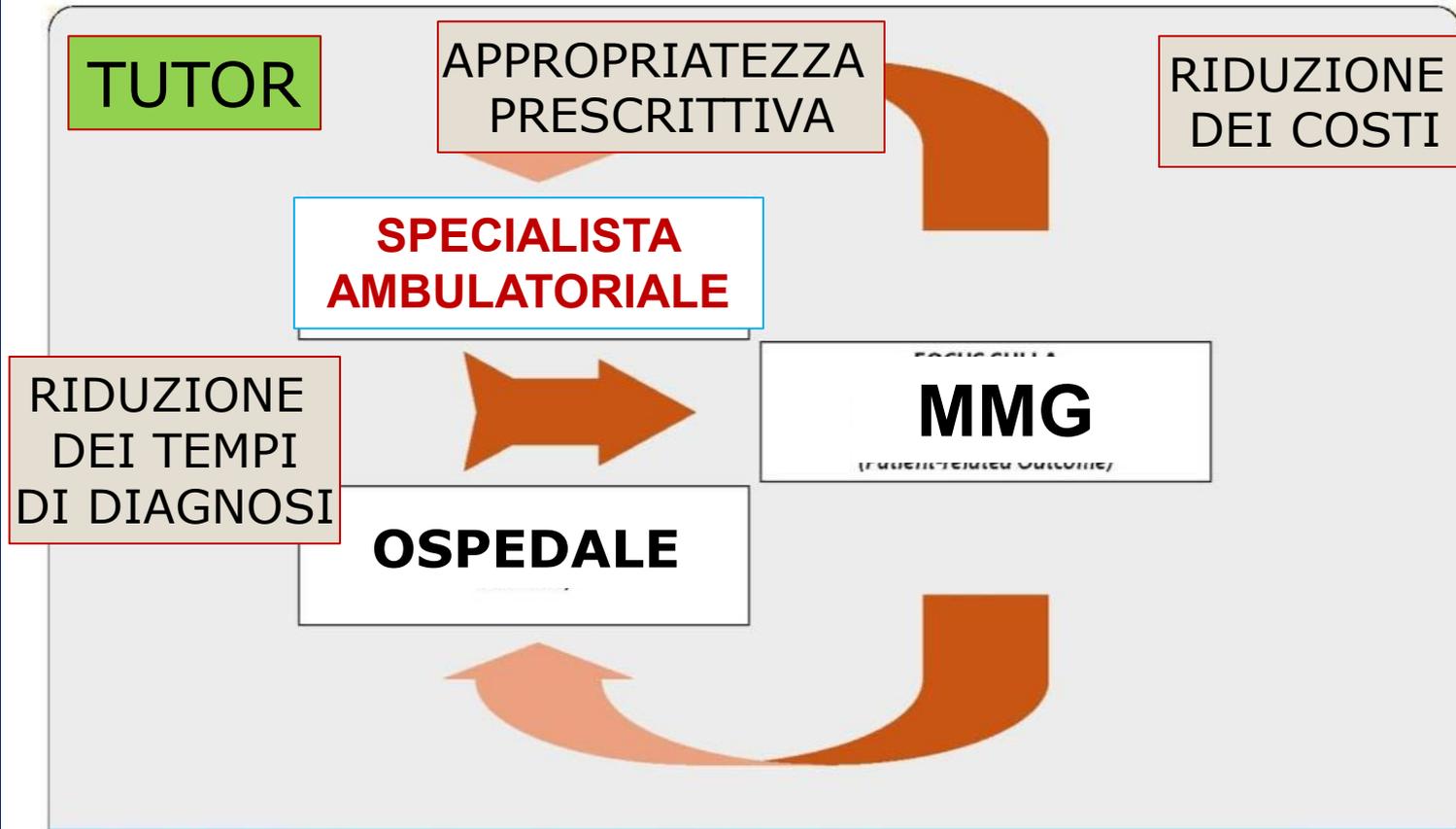


Figura 15. APPROCCIO MULTIDIMENSIONALE E SISTEMICO AI RISULTATI.

il presidente del Sumai-Assoprof Giuseppe Nielfi ha specificato come ci sia l'esigenza "**di trovare un equilibrio tra l'ospedale e il territorio**" e in questo senso ha evidenziato come

lo **specialista ambulatoriale** si pone "**al centro tra due livelli d'integrazione**. Un livello orizzontale che lo vede integrarsi con i medici di medicina generale e uno verticale come anello di congiunzione tra l'ospedale e il territorio

Sumai-Assoprof 2010

NETWORK

CONCLUSIONI

- La gestione del paziente asmatico, attraverso un sistema integrato e multidisciplinare, rappresenta alla luce dei dati statistici il primo sistema di contenimento della spesa sanitaria e della ospedalizzazione non appropriata.
- Lo specialista ambulatoriale assume un ruolo importante nella gestione delle “cronicità” come interfaccia tra MMG e ospedale integrandosi nel percorso dell’aggregazione funzionale territoriale .
- L'appropriatezza diagnostica e prescrittiva permette di raggiungere gli obiettivi terapeutici e di ottimizzare l'uso delle risorse economiche.