

# VI Convegno Nazionale ANMDO-CARD

## «L'APPROPRIATEZZA NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: Condivisione di strategie tra ospedale e territorio»

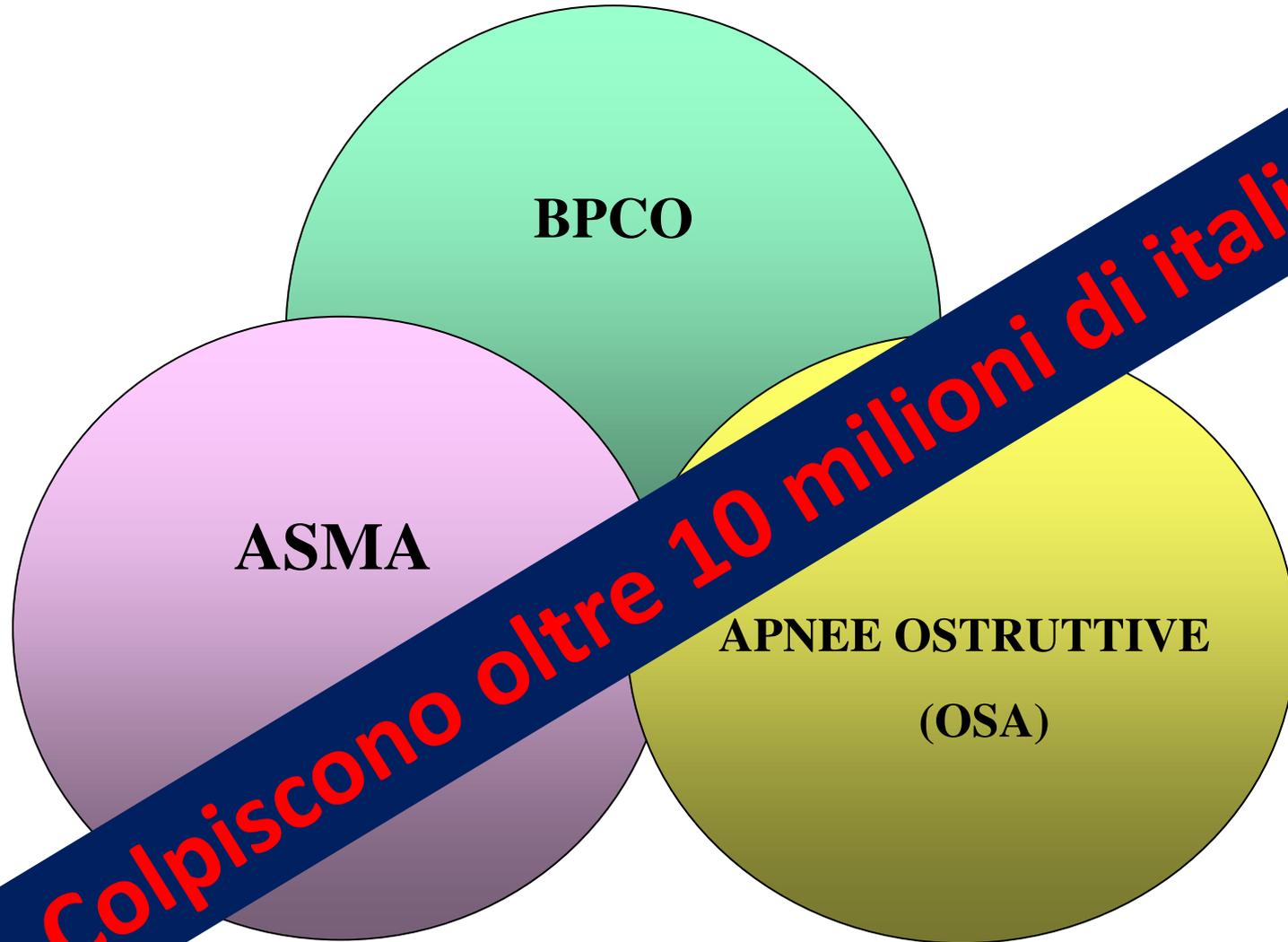
Napoli, 25 - 26 settembre 2017 | Hotel Excelsior



**PATOLOGIE RESPIRATORIE:**  
*dal trattamento dell'asma grave  
alla gestione della BPCO*

Fausto De Michele

# LE CRONICITA' RESPIRATORIE

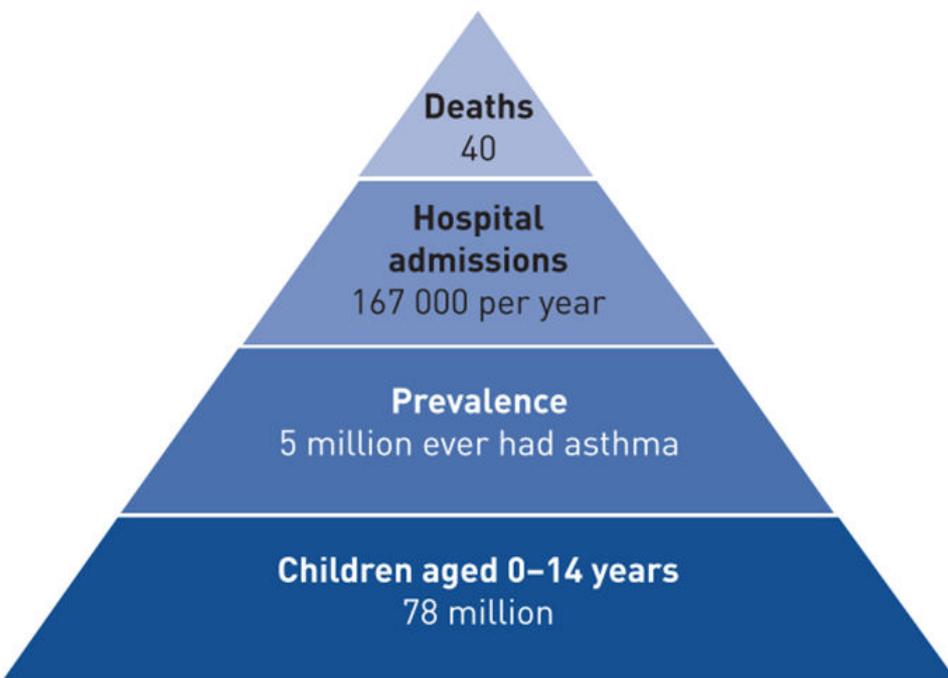


**Colpiscono oltre 10 milioni di italiani**



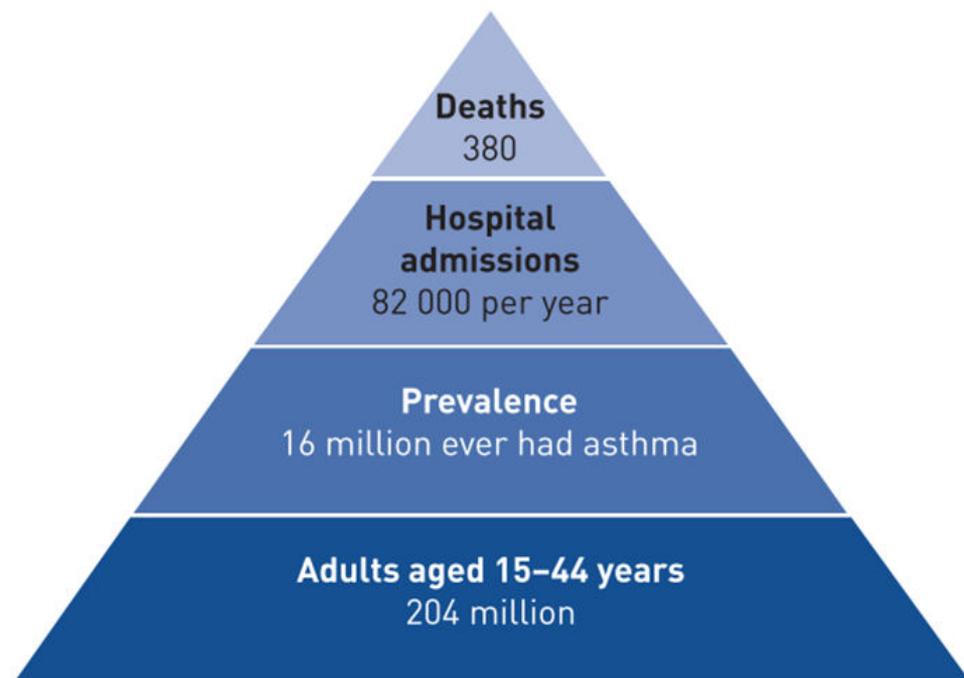
a)

### Asthma in children



b)

### Asthma in young adults



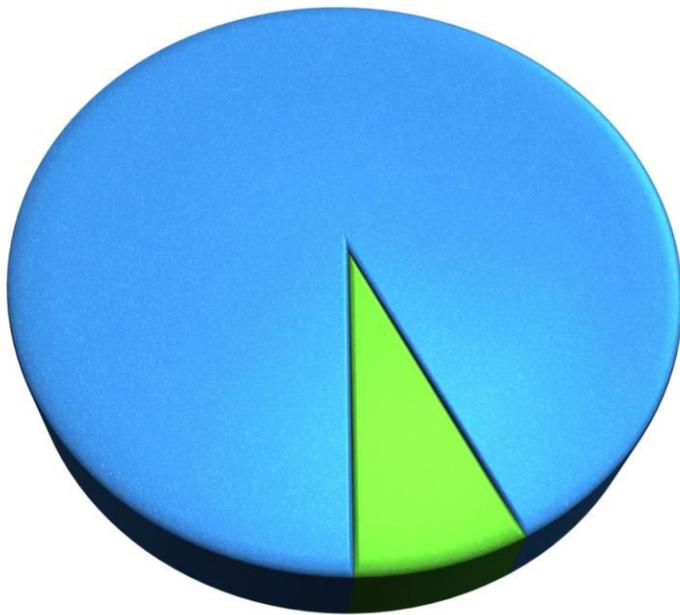
## COSA SI INTENDE PER ASMA GRAVE?



*Definiamo “grave” un asma che richieda alti livelli di trattamento, come stabilito dalle linee guida internazionali (step 4-5 delle linee guida GINA) o trattamento con corticosteroidi per via generale, per oltre la metà del tempo nell’anno precedente, per ottenere un adeguato livello di controllo della malattia o che rimanga incontrollata nonostante i trattamenti.*

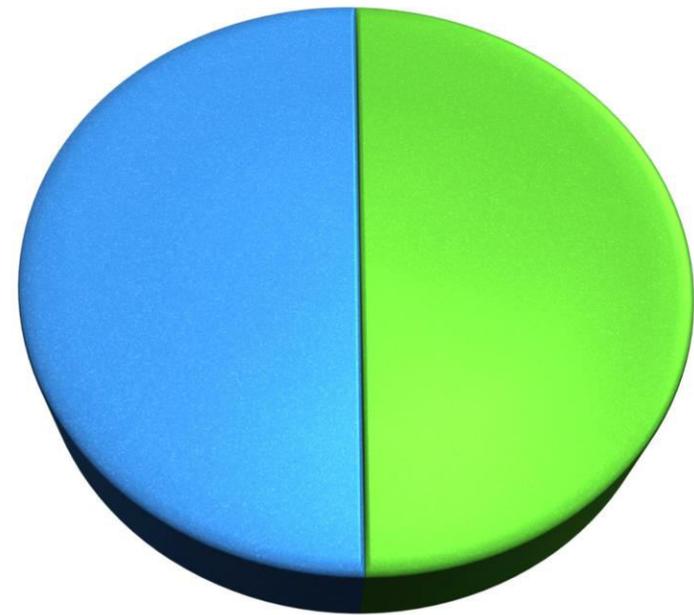
# Severe Asthma Burden

**Asthma Prevalence**



● **Severe Asthma**  
5-10%

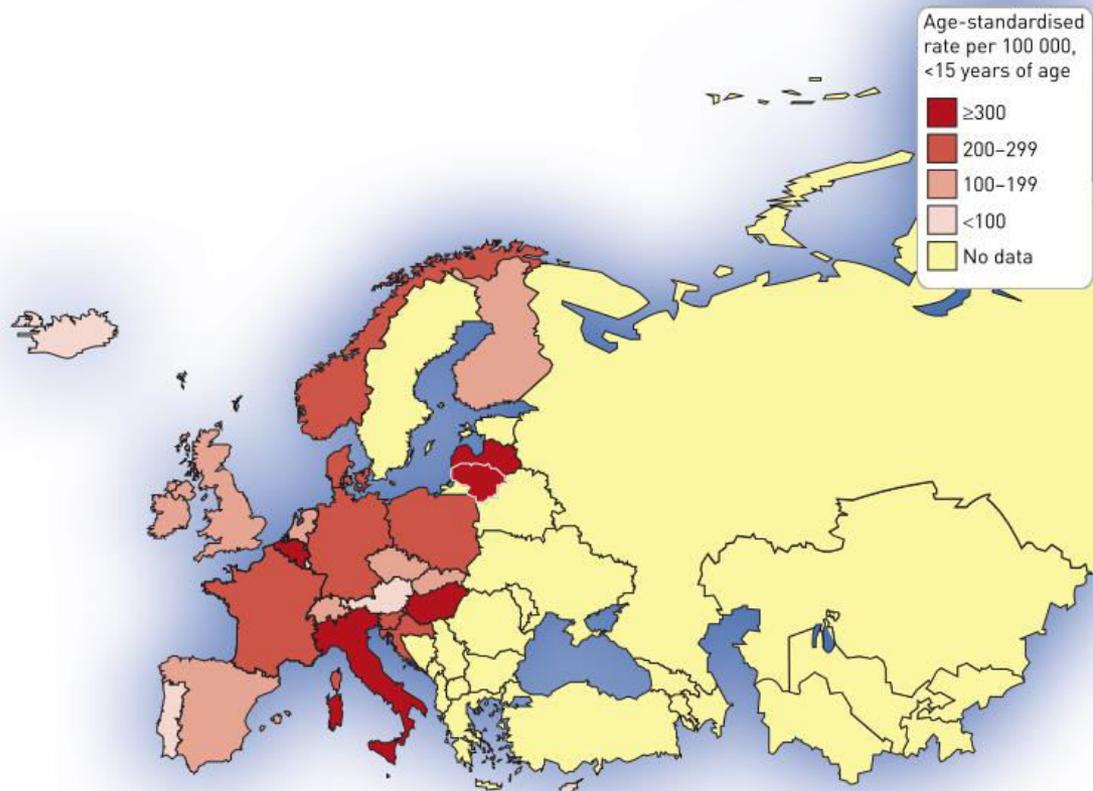
**Total Asthma Cost**



● **Severe Asthma**  
50%

**Pelaia G, Vatrella A., Maselli R.**

## Tasso di ospedalizzazione per asma in età pediatrica



**Figure 5** – Hospital admission rate for asthma in children. Data from World Health Organization Hospital Morbidity Database, October 2011 update, and Eurostat, March 2012 update.

THE EUROPEAN LUNG  
*white book*

RESPIRATORY HEALTH AND DISEASE IN EUROPE



European Respiratory Society | Asthma | Chronic Obstructive Pulmonary Disease

# Gestione graduale - Farmacoterapia

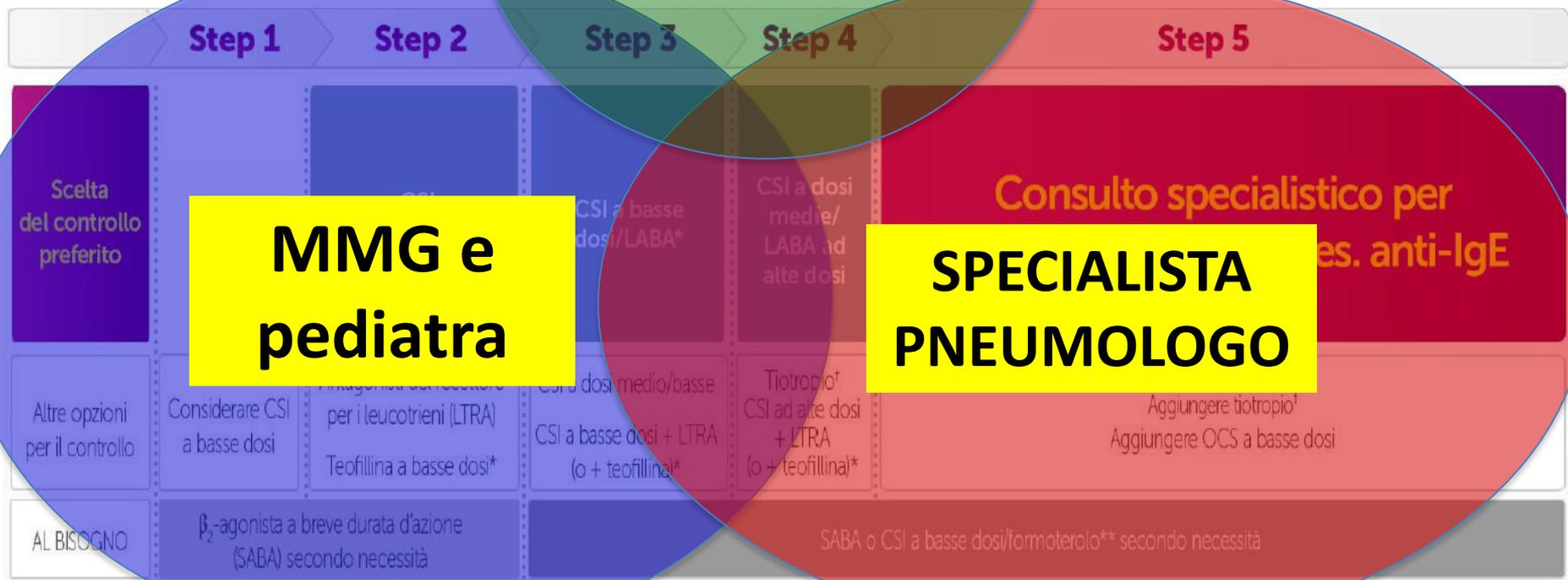
Ridotta

Elevata

**MMG  
PNEUMOLOGO  
PEDIATRA**

**MMG e  
pediatra**

**SPECIALISTA  
PNEUMOLOGO**





*Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

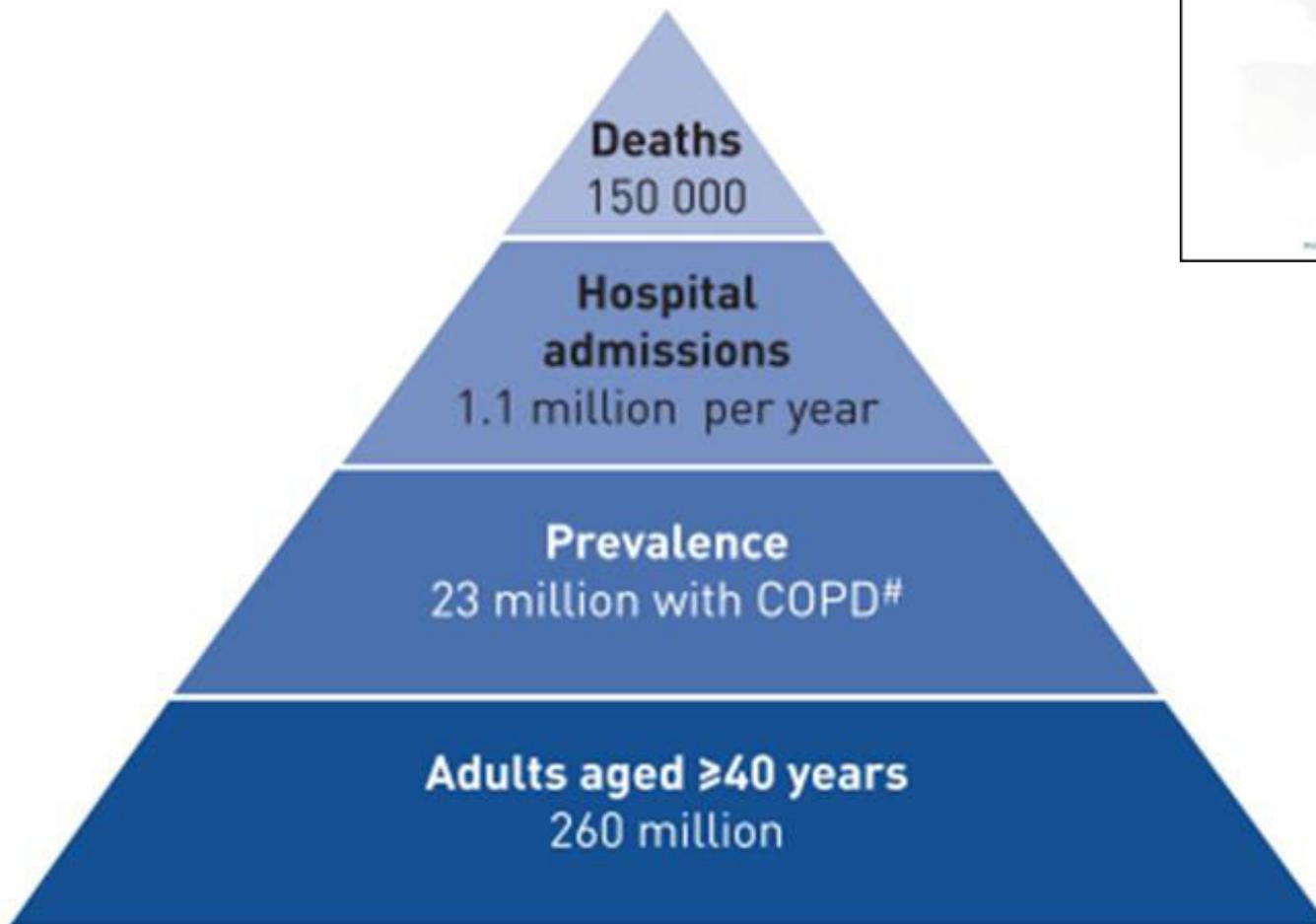
## Piano Nazionale della Cronicità

### E) La cronicità in età evolutiva

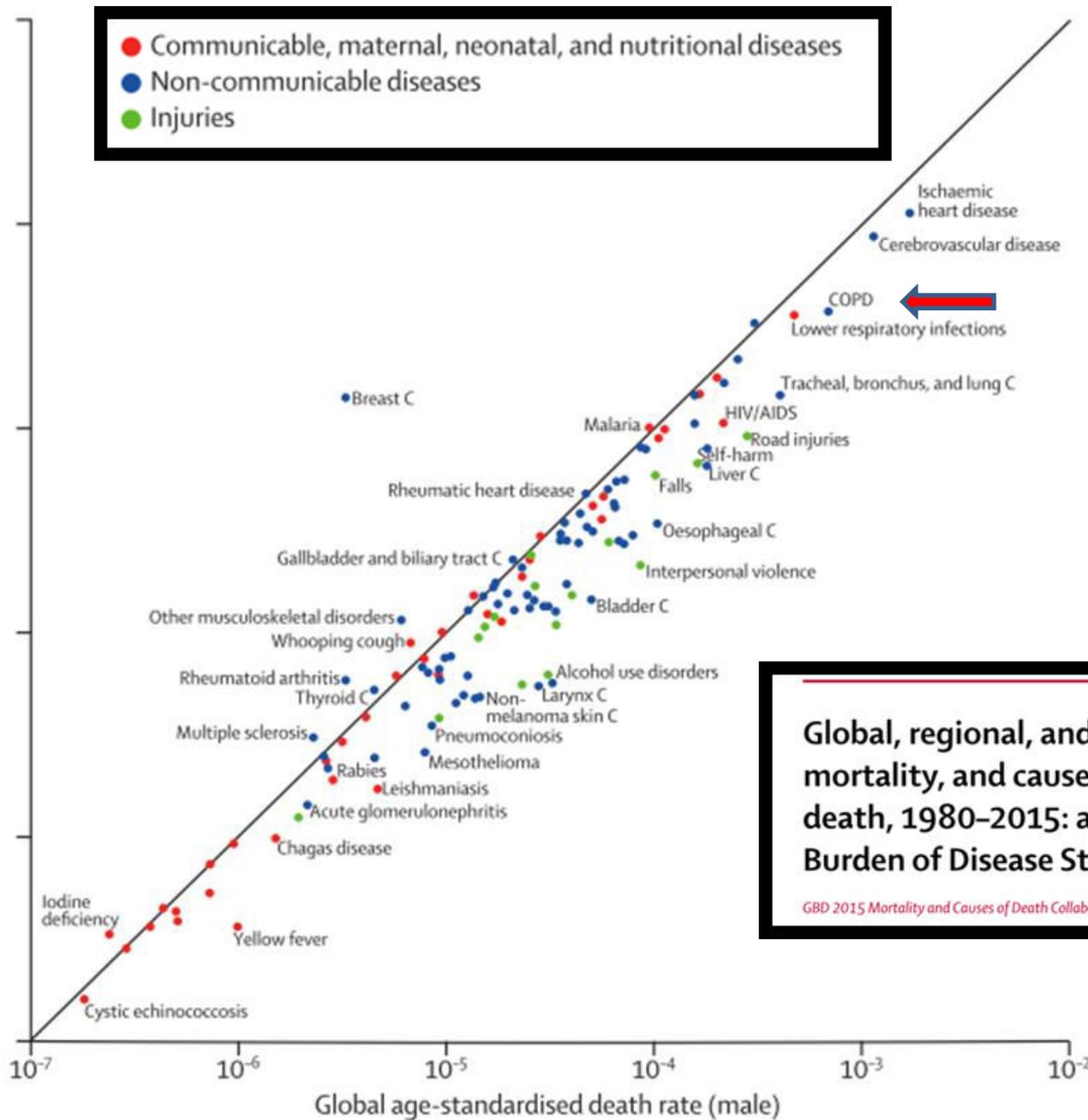
1. La continuità assistenziale al bambino con cronicità
2. Il ruolo delle famiglie
3. Gli ambiti relazionali specifici per l'età (scuola, sport, socialità)
4. Il passaggio dalla gestione pediatrica a quella dell'adulto

c)

## COPD in older adults



2015



**Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015**

*GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators\**

**Lancet 2016; 388: 1459–544**

## Measuring the Global Burden of Disease

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

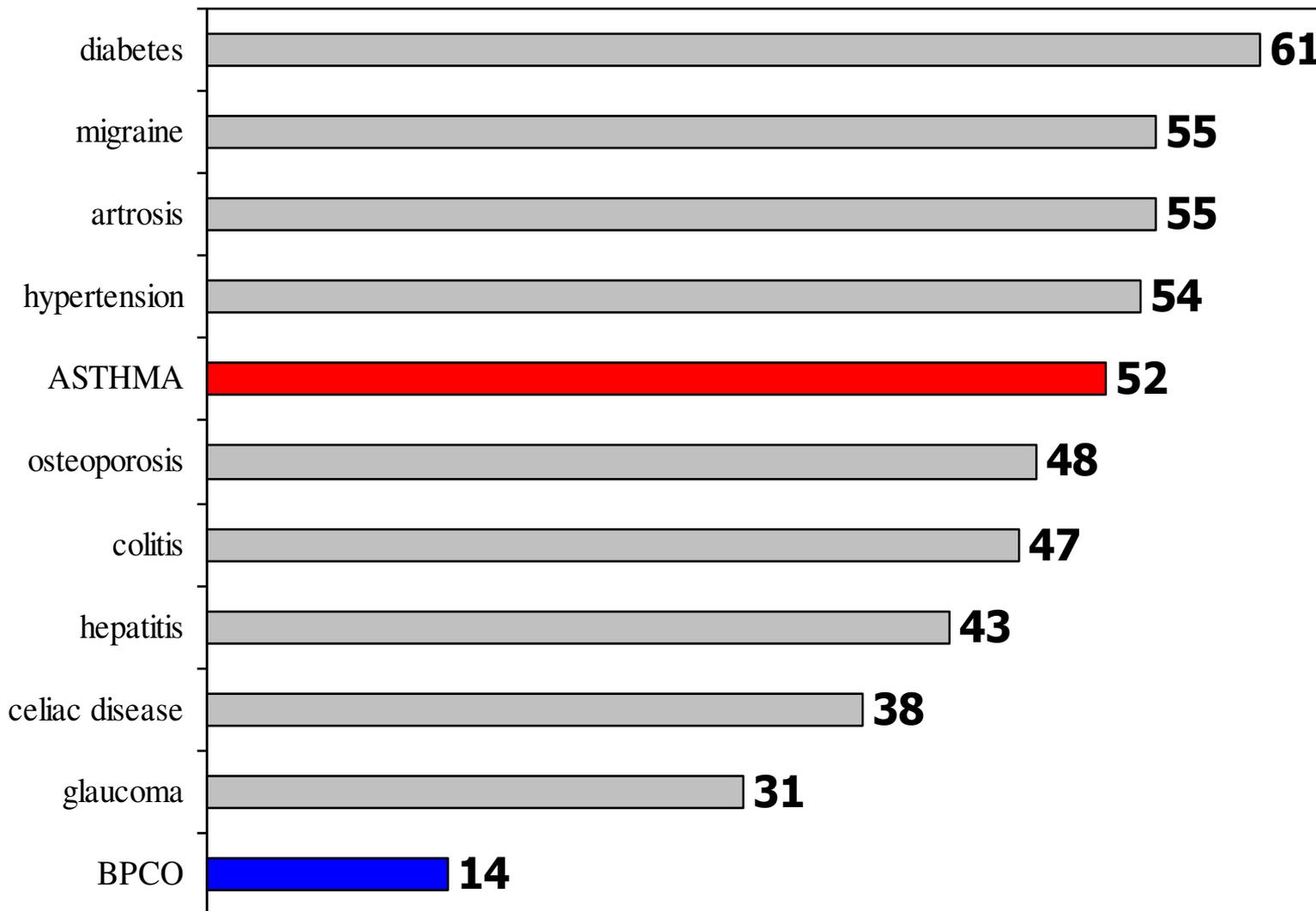
N Engl J Med 2013;369:448-57.

**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)

# AWARENESS OF RESPIRATORY DISEASES

---

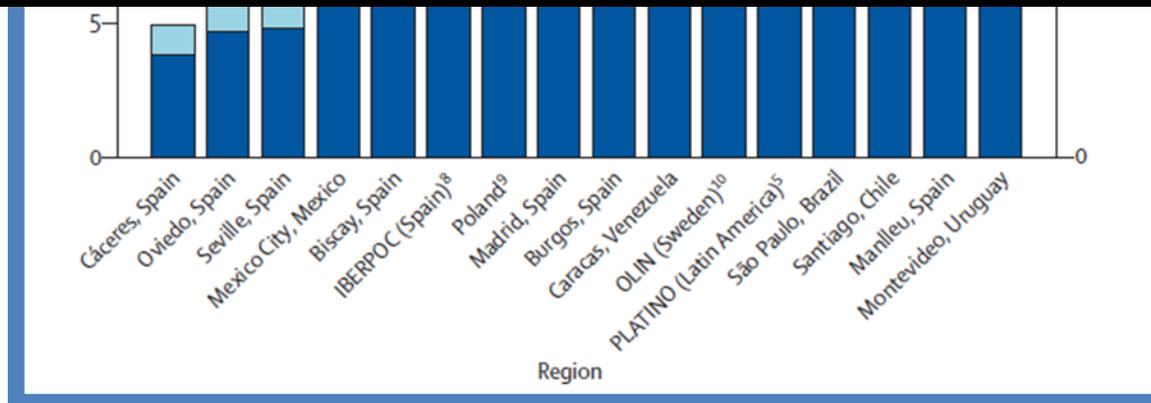




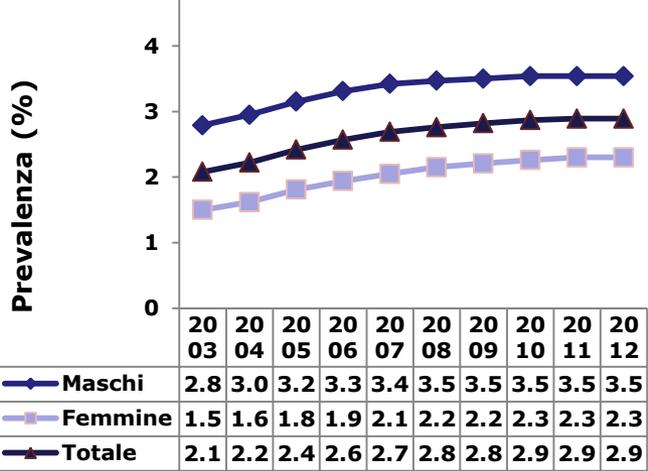
# COPD: an underdiagnosed disease

## *Chronic obstructive pulmonary disease*

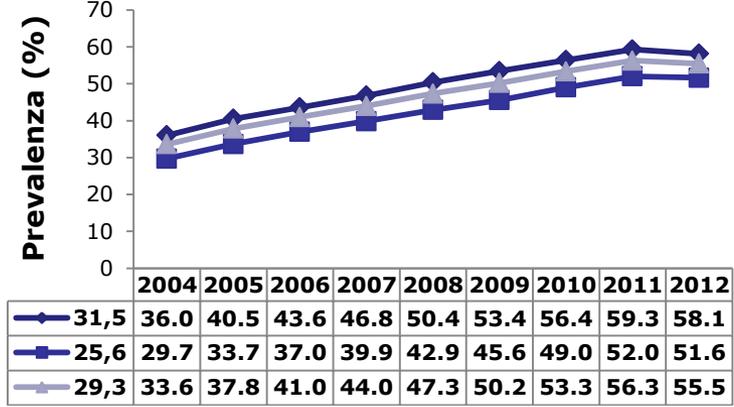
It has been reported that only **21–25%** of persons identified at screening as having COPD, already had a prior diagnosis of COPD. Undiagnosed individuals with COPD may have indirect costs related to morbidity, but, since the large majority of these have mild disease, we have assumed that those without a diagnosis have no treatment or indirect costs attributable specifically to COPD. The lack of data on this point may, however, again result in significant underestimation of costs.



**Prevalenza BPCO in Medicina Generale  
anni 2003-2012**



**Percentuale di spirometrie nei pazienti  
con diagnosi di BPCO in Medicina Generale**



**Manca all'appello circa il 50%  
dei pazienti BPCO**

**Dei pazienti noti il 45% non ha  
mai fatto una spirometria**

**Quante *overdiagnosis* nei  
pazienti BPCO noti ma senza  
spirometria?**

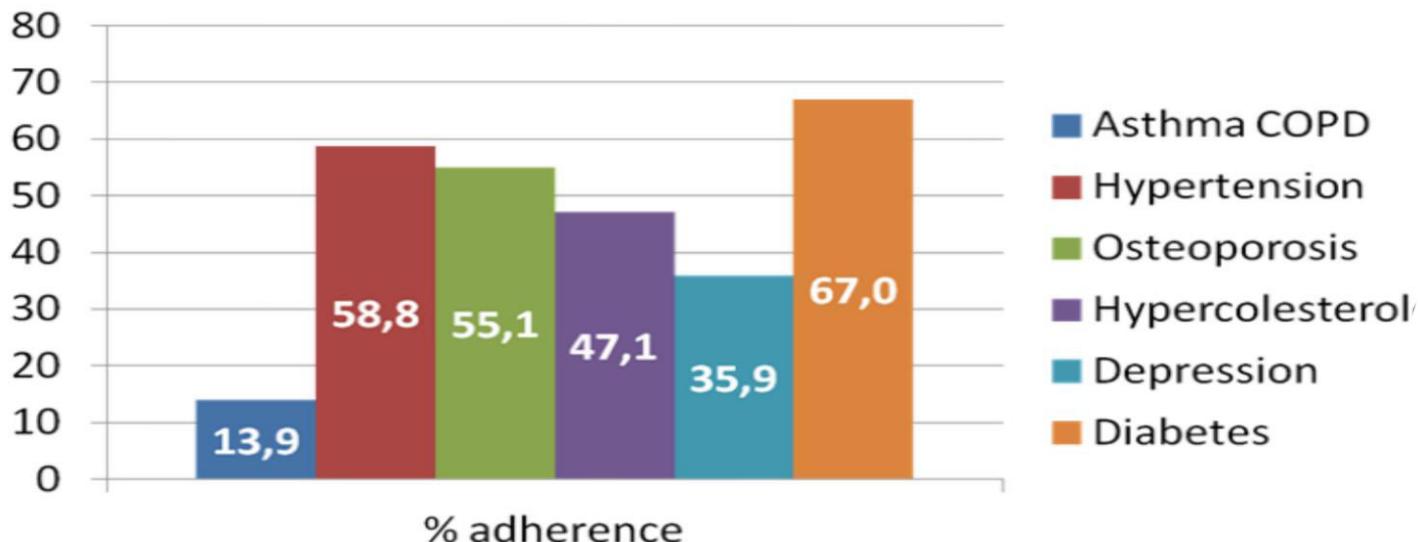
# Opportunities to diagnose chronic obstructive pulmonary disease in routine care in the UK: a retrospective study of a clinical cohort

Lancet Respir Med 2014

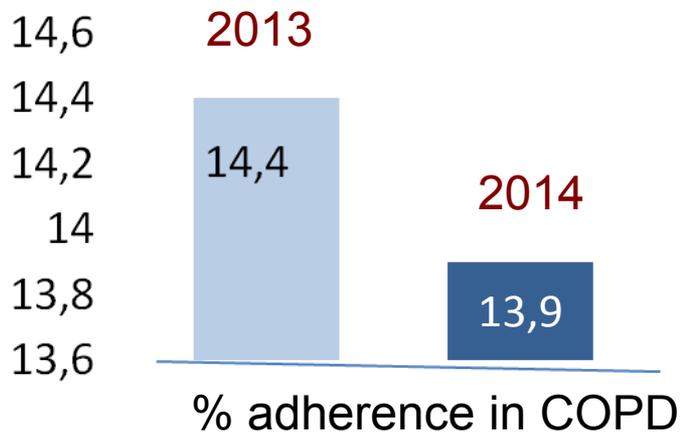
Rupert C M Jones, David Price, Dermot Ryan, Erika J Sims, Julie von Ziegenweidt, Laurence Mascarenhas, Anne Burden, David M G Halpin, Robert Winter, Sue Hill, Matt Kearney, Kevin Holton, Anne Moger, Daryl Freeman, Alison Chisholm, Eric D Bateman, on behalf of The Respiratory Effectiveness Group\*

	Total (n=38 859)	Patients with data for FEV <sub>1</sub> (n=22 821)*	Patients with no FEV <sub>1</sub> data available (16 038)	p value
<b>Age at diagnosis (years)</b>				<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	
<b>Place of diagnosis (n, %)</b>				<0.0001
Primary care	38 282 (99%)	22 617 (99%)	15 665 (98%)	
Secondary care (inpatient or outpatient)	577 (1%)	204 (1%)	373 (2%)	
<b>GOLD FEV<sub>1</sub> impairment band* (n, %)</b>				NA
FEV <sub>1</sub> data‡ available	22 821 (59%)	..	..	
GOLD I (FEV <sub>1</sub> ≥80%)	2882 (7%)	..	..	
GOLD II (FEV <sub>1</sub> 50-79%)	10 347 (27%)	..	..	
GOLD III (FEV <sub>1</sub> 30-49%)	5669 (15%)	..	..	
GOLD IV (FEV <sub>1</sub> <30%)	3923 (10%)	..	..	
FEV <sub>1</sub> data‡ unavailable	16 038 (41%)	..	..	

## ADHERENCE TO CHRONIC DISEASES THERAPY 2014



2



■ 2014  
■ 2013

Source : AIFA – Italian Drug Agency  
Osmed August 2015



# Inhaler Devices & Drugs >250 = Confusion!



## Which inhaler is right for your patient ?

*"The proliferation of inhalation devices has resulted in a confusing number of choices for the health-care provider and in confusion for both clinicians and patients trying to use these devices correctly."*

**In Italia abbiamo circa 60.000 pazienti in O2 terapia domiciliare a lungo termine, la gran parte sono pazienti con BPCO in fase avanzata**





*Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

## Piano Nazionale della Cronicità

### PARTE SECONDA

1. Malattie renali croniche e insufficienza renale
2. Artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva
3. Rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn
4. Insufficienza cardiaca cronica
5. Malattia di Parkinson e parkinsonismi
6. BPCO e insufficienza respiratoria cronica
7. Insufficienza respiratoria cronica in età evolutiva
8. Asma in età evolutiva
9. Malattie endocrine croniche in età evolutiva
10. Malattie renali croniche in età evolutiva

# GAZZETTA UFFICIALE



DELLA REPUBBLICA ITALIANA

*PARTE PRIMA*

Roma - Sabato, 18 marzo 2017

SI PUBBLICA TUTTI I  
GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA  
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO  
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

N. 15

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI  
12 gennaio 2017.

**Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.**

# Elenco di malattie e condizioni croniche invalidanti

## BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO) NEGLI STADI CLINICI "MODERATA", "GRAVE" E "MOLTO GRAVE"

**Codice 057**

### PRESTAZIONI

### FREQUENZA

	VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* NOTA)	ogni 6 mesi
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT)	ogni 6 mesi
90.27.1	GLUCOSIO	ogni 6 mesi
90.44.1	UREA	ogni 6 mesi
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	ogni 6 mesi
90.62.2	EMOCROMO: ESAME CITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	ogni 6 mesi
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	ogni 6 mesi
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	ogni 6 mesi
91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	ogni 6 mesi
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]	ogni 6 mesi
89.44.2	TEST DEL CAMMINO CON VALUTAZIONE DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA [WALKING TEST]	ogni 6 mesi
87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	ogni 12 mesi
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	ogni 12 mesi
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico e Carbossiemoglobina.	ogni 6 mesi
	OPPURE	
89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	ogni 6 mesi
89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA / PULSOSSIMETRIA	ogni 12 mesi
93.18.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA DI GRUPPO relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 60 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Max 6 pazienti. Ciclo fino a 10 sedute	ogni 12 mesi



*Direzione Generale della Programmazione sanitaria*  
Aggiornamento del Decreto 12 dicembre 2001 sul Sistema di  
Garanzie per il monitoraggio dei livelli di assistenza:  
valutazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali

Versione 7 – 21 giugno 2017

## **NUOVO SISTEMA DI GARANZIA DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA**

# **MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEI PERCORSI DIAGNOSTICO- TERAPEUTICO ASSISTENZIALI**

### **Sommario**

1. Obiettivi .....	5
2. Definizioni utilizzate.....	7
3. Protocolli per la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA):	
3.1 Broncopneumopatie cronico-ostruttive (BPCO).....	14
3.2 Scenpenso cardiaco.....	35
3.3 Diabete .....	58
3.4 Tumore operato della mammella nella donna.....	97
3.5 Tumori operati del colon e del retto.....	135



Regione Campania

## Gruppo di Lavoro

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

## 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?*
- *Modello di implementazione*
- *.....ed i contenuti clinici e scientifici?*

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

# Documenti e linee guida disponibili sulla BPCO

- ◉ *GOLD Executive Summary 2017*
- ◉ *Documento GOLD 2016*
- ◉ *Statement ERS/ATS 2015*
- ◉ *Documento GOLD 2015*
- ◉ *Documento gestione integrata BPCO - AIMAR-AIPO-SIMeR-SIMG 2013*
- ◉ *Linee guida FADOI 2012*
- ◉ *Linee guida SEPAR 2012*
- ◉ *Documento ARCH BRONCOPNEUMOL 2012*
- ◉ *Linee guida ACP/ACCP/ATS/ERS 2011*
- ◉ *Linee guida NICE 2010*
- ◉ *Linee guida GOLD 2007*
- ◉ *Linee guida ACP 2007*
- ◉ *Linee guida ACP 2007*
- ◉ *Statement ATS/ERS 2004*

## 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?*
- *Modello di implementazione*
- *.....ed i contenuti clinici e scientifici?*

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

# **Allegato F.1 – Piano operativo di implementazione del PDTA BPCO della Regione Campania**

## **L'obiettivo del Piano Operativo Del PDTA BPCO**

- Attivare e portare a regime il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della Broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO) in regione Campania.

## **Le attività del Piano Operativo del PDTA BPCO**

- Comunicare tramite il Comitato Regionale il progetto di implementazione del PDTA BPCO.
- Attivare il PDTA BPCO tramite un progetto formativo che:
  - realizza l'informazione delle ASL, dei Distretti e delle nuove Cure Primarie (AFT e UCCP)
  - realizza un percorso di formazione poi che coinvolga tra i 300 e i 350 MMG in Regione che permetta la gestione operativa della spirometria;
  - integra il PDTA nei meccanismi operativi (es. indicatori di prestazione) dell'ASL e del Distretto.
- Realizzare il sistema di monitoraggio del PDTA BPCO che attivi la realizzazione dell'architettura informativa necessaria;
- Effettuare la prima revisione del PDTA BPCO in coerenza col Piano Regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016-2018.

# VI Convegno Nazionale ANMDO-CARD

## «L'APPROPRIATEZZA NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: Condivisione di strategie tra ospedale e territorio»

Napoli, 25 - 26 settembre 2017 | Hotel Excelsior

**PATOLOGIE RESPIRATORIE:**  
*dal trattamento dell'asma grave  
alla gestione della BPCO*

Fausto De Michele

**Grazie per  
l'attenzione!**

