



RESPIRO FLEGREO 3.0 :

LA RAZIONALIZZAZIONE ED OTTIMIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA NELLE PATOLOGIE RESPIRATORIE

Massimo Smaldone

Cooperativa MG Area Flegrea

PROGETTO LEONARDO

Distretto 35 - ASL NA2 nord



Sala Convegni Multicenter School
Pozzuoli , 10 novembre 2018



Considerazioni

La Medicina Generale ha le caratteristiche ideali e la capillarità territoriale per essere garante di un processo di ottimizzazione dell'appropriatezza prescrittiva e miglioramento della sostenibilità nella BPCO estendendo le sue competenze prescrittive a tutte le classi farmacologiche .



Considerazioni

La Medicina Generale ha le caratteristiche ideali e la capillarità territoriale per essere garante di un processo di ottimizzazione dell'appropriatezza prescrittiva e miglioramento della sostenibilità nella BPCO

estendendo le sue competenze prescrittive a tutte le classi farmacologiche .



Global Initiative for Chronic
Obst obstructive
Lung
Disease



STRATEGIA GLOBALE PER LA DIAGNOSI,
IL TRATTAMENTO E LA PREVENZIONE
DELLA BPCO
(REPORT 2018)

una sospensione degli ICS.

Triplice terapia inalatoria

L'aumento del trattamento inalatorio verso una triplice terapia con un LABA più un LAMA più un ICS si può verificare con modalità differenti.¹³⁹ Questo approccio può portare a miglioramento della funzione respiratoria e degli indicatori clinici riportati dai pazienti.¹⁴⁰⁻¹⁴³ Aggiungere un LAMA a una terapia con LABA/ICS in atto migliora la funzione polmonare e gli indicatori clinici riportati dai pazienti, in particolare il rischio di riacutizzazioni.^{141,144-146} Uno studio clinico randomizzato non ha riportato alcun beneficio dopo l'aggiunta di ICS al LABA più LAMA sulle riacutizzazioni.¹⁴⁷ Uno studio clinico randomizzato in doppio cieco, a gruppi paralleli, riporta che il trattamento con triplice terapia inalatoria a piccole particelle ha maggiori benefici clinici se paragonata alla terapia con tiotropio in pazienti con BPCO sintomatica, VEMS<50%, e storia di riacutizzazioni.¹⁴⁸ Un altro studio clinico randomizzato in doppio cieco riportava benefici sull'uso di un singolo inalatore per la triplice terapia paragonato con terapia ICS/LABA in pazienti con BPCO avanzata.¹⁴⁹

Corticosteroidi orali

mente du
nel temp
osservat
per cui, s
durante il
pia con r
anche util

Antibiot

In studi p
non avev
zazioni ne
cia della
un period
cio.¹⁶³ Stu
re di alcu
L'azitromi
na) oppu
ministrato
hanno ric
standard.
a maggio

Triplice terapia inalatoria

- Aggiungere un LAMA ad una terapia con LABA/ICS migliora la funzione polmonare e gli indicatori clinici riportati dai pazienti , in particolare il rischio di riacutizzazioni (141,144-146)

Single inhaler extrafine triple therapy versus long-acting muscarinic antagonist therapy for chronic obstructive pulmonary disease (TRINITY): a double-blind, parallel group, randomised controlled trial



Jørgen Vestbo, Alberto Papi, Massimo Corradi, Viktor Blazhko, Isabella Montagna, Catherine Francisco, Géraldine Cohuet, Stefano Vezzoli, Mario Scuri, Dave Singh

Summary

Background Limited data are available for the efficacy of triple therapy with two long-acting bronchodilators and an inhaled corticosteroid in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). We compared treatment with extrafine beclometasone dipropionate, formoterol fumarate, and glycopyrronium bromide (BDP/FF/GB; fixed triple) with tiotropium, and BDP/FF plus tiotropium (open triple).

Methods For this double-blind, parallel-group, randomised, controlled trial, eligible patients had COPD, post-bronchodilator forced expiratory volume in 1 s (FEV₁) of less than 50%, at least one moderate-to-severe COPD exacerbation in the previous 12 months, and a COPD Assessment Test total score of at least 10. After a 2-week run-in period receiving one inhalation per day via single-dose dry-powder inhaler of open-label 18 µg tiotropium, patients were randomised (2:2:1) using an interactive response technology system to 52 weeks treatment with tiotropium, fixed triple, or open triple. Randomisation was stratified by country and severity of airflow limitation. The primary endpoint was moderate-to-severe COPD exacerbation rate. The key secondary endpoint was change from baseline in pre-dose FEV₁ at week 52. The trial is registered with ClinicalTrials.gov, number NCT01911364.

Findings Between Jan 21, 2014, and March 18, 2016, 2691 patients received fixed triple (n=1078), tiotropium (n=1075), or open triple (n=538). Moderate-to-severe exacerbation rates were 0.46 (95% CI 0.41–0.51) for fixed triple, 0.57 (0.52–0.63) for tiotropium, and 0.45 (0.39–0.52) for open triple; fixed triple was superior to tiotropium (rate ratio 0.80 [95% CI 0.69–0.92]; p=0.0025). For week 52 pre-dose FEV₁, fixed triple was superior to tiotropium (mean difference 0.061 L [0.037 to 0.086]; p<0.0001) and non-inferior to open triple (−0.003 L [−0.033 to 0.027]; p=0.85). Adverse events were reported by 594 (55%) patients with fixed triple, 622 (58%) with tiotropium, and 309 (58%) with

Published Online

April 3, 2017

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30188-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30188-5)

See Online/Comment

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30567-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30567-6)

Division of Infection, Immunity and Respiratory Medicine, University of Manchester, Manchester, UK (Prof J Vestbo DMedSci, Prof D Singh MD), University Hospital South Manchester NHS Foundation Trust, Manchester, UK (Prof J Vestbo, Prof D Singh); Research Centre on Asthma and COPD, University of Ferrara, Ferrara, Italy (Prof A Papi MD); Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Parma, Parma, Italy (Prof M Corradi MD);

- Uno studio clinico randomizzato (TRINITY) in doppio cieco, a gruppi paralleli, riporta che il trattamento con triplice terapia inalatoria a piccole particelle ha maggiori benefici clinici se paragonata alla terapia con tiotropio in pazienti con BPCO sintomatica , VEMS < 50% e storia di riacutizzazioni .

Extrafine inhaled triple therapy versus dual bronchodilator therapy in chronic obstructive pulmonary disease (TRIBUTE): a double-blind, parallel group, randomised controlled trial



Alberto Papi, Jørgen Vestbo, Leonardo Fabbri, Massimo Corradi, Hélène Prunier, Géraldine Cohuet, Alessandro Guasconi, Isabella Montagna, Stefano Vezzoli, Stefano Petruzzelli, Mario Scuri, Nicolas Roche*, Dave Singh*

Summary

Background Evidence is scarce on the relative risk-benefit of inhaled triple therapy, consisting of inhaled corticosteroid, long-acting muscarinic antagonist, and long-acting β_2 -agonist, versus dual bronchodilation for chronic obstructive pulmonary disease (COPD). We aimed to compare a single-inhaler triple combination of beclomethasone dipropionate, formoterol fumarate, and glycopyrronium (BDP/FF/G) versus a single-inhaler dual bronchodilator combination of indacaterol plus glycopyrronium (IND/GLY) in terms of the rate of moderate-to-severe COPD exacerbations over 52 weeks of treatment.

Methods This randomised, parallel-group, double-blind, double-dummy study was done at 187 sites across 17 countries. Eligible patients had symptomatic COPD, severe or very severe airflow limitation, at least one moderate or severe exacerbation in the previous year, and were receiving inhaled maintenance medication. After a 2 week run-in period with one inhalation per day of IND/GLY (85 μ g/43 μ g), patients were randomly assigned (1:1), via an interactive response technology system, to receive 52 weeks of treatment with two inhalations of extrafine BDP/FF/G (87 μ g/5 μ g/9 μ g) twice per day or one inhalation of IND/GLY (85 μ g/43 μ g) per day. Randomisation was stratified by country and severity of airflow limitation. The primary endpoint was the rate of moderate-to-severe COPD exacerbations across 52 weeks of treatment in all randomised patients who received at least one dose of study drug and had at least one post-baseline efficacy assessment. Safety was assessed in all patients who received at least one dose of study drug. This study is registered with ClinicalTrials.gov, number NCT02579850.

Findings Between May, 29 2015, and July 10, 2017, 1532 patients received BDP/FF/G (n=764) or IND/GLY (n=768). Moderate-to-severe exacerbation rates were 0.50 per patient per year (95% CI 0.45–0.57) for BDP/FF/G and 0.59 per patient per year (0.53–0.67) for IND/GLY, giving a rate ratio of 0.848 (0.723–0.995, p=0.043) in favour of BDP/FF/G. Adverse events were reported by 490 (64%) of 764 patients receiving BDP/FF/G and 516 (67%) of 768 patients receiving IND/GLY. Pneumonia occurred in 28 (4%) patients receiving BDP/FF/G versus 27 (4%) patients receiving IND/GLY. One treatment-related serious adverse event occurred in each group: dysuria in a patient receiving BDP/FF/G and atrial fibrillation in a patient receiving IND/GLY.

Published Online
February 8, 2018
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30206-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30206-X)
See Online/Comment
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30252-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30252-6)

*Contributed equally

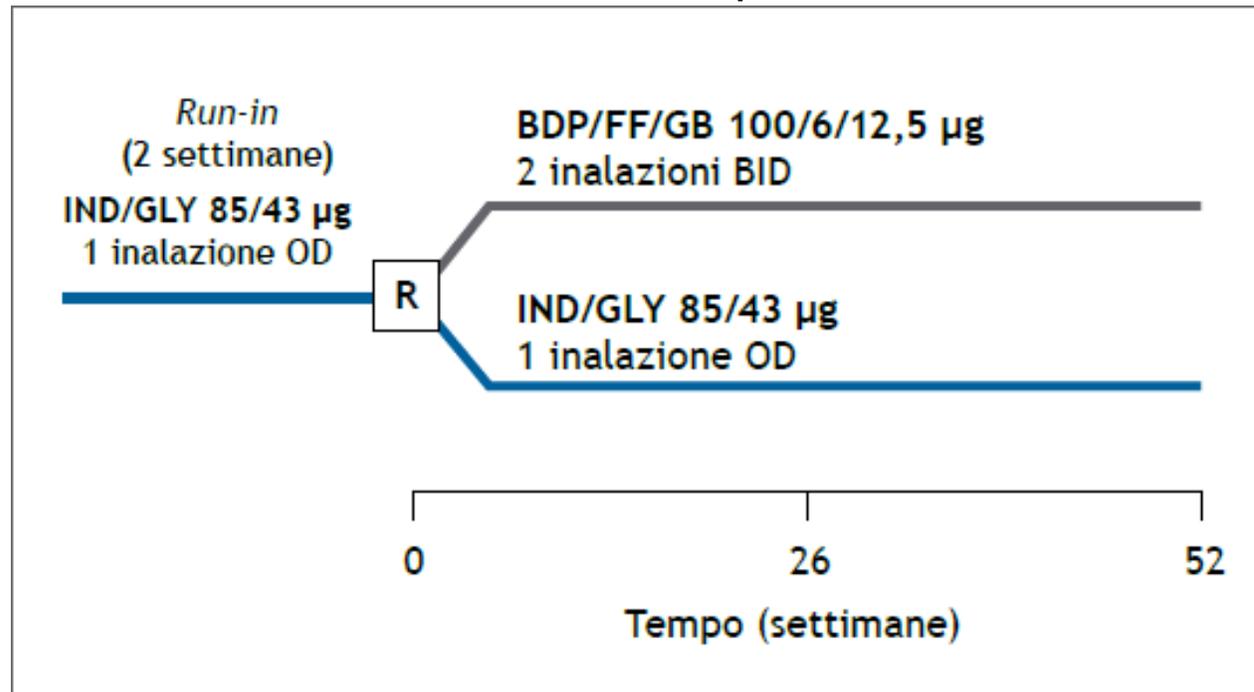
Research Centre on Asthma and COPD, University of Ferrara, Ferrara, Italy (Prof A Papi MD); Division of Infection, Immunity and Respiratory Medicine and Manchester University NHS Foundation Trust, University of Manchester, Manchester, UK (Prof J Vestbo DrMedSci, Prof D Singh MD); Department of Medicine, University of Ferrara, Ferrara, Italy (Prof L Fabbri MD); COPD Center, Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg, Sweden (Prof L Fabbri); Department of Medicine and Surgery, University of Parma, Italy (Prof M Corradi MD); Global Clinical Development, Chiesi Farmaceutici SpA, Parma, Italy (H Prunier MSc).

TRIBUTE

Disegno: doppio cieco, randomizzato, multinazionale multicentrico a 2 bracci paralleli a controllo attivo.

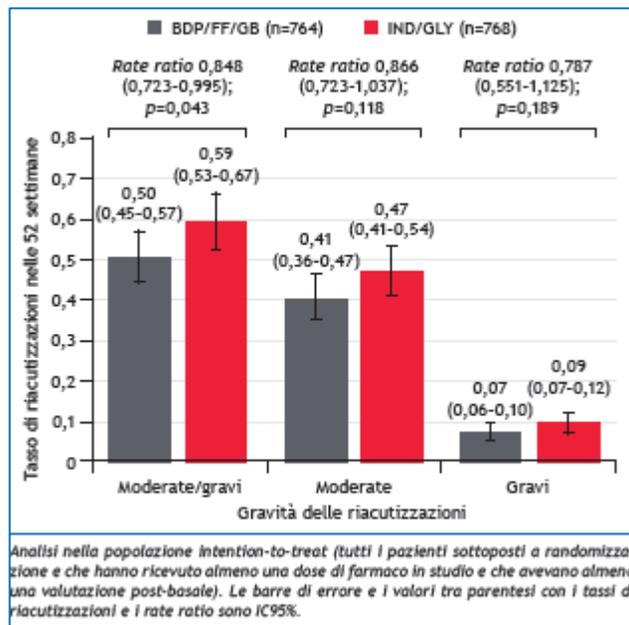
Endpoint primario: Superiorità di BDP/FF/G vs IND/GLY in termini di tasso di riacutizzazioni moderate/gravi nelle 52 settimane di trattamento

Endpoint secondari: Differenza dal basale del FEV1 pre-dose, SGRQ, sicurezza



1532 pazienti
randomizzati

Risultati: tasso di riacutizzazione



Si è osservato un tasso di riacutizzazioni moderate/gravi di 0,50 per anno per paziente nel gruppo trattato con BDP/FF/GLY rispetto ad un tasso di 0,59 per il gruppo di IND/GLY con una riduzione del tasso di riacutizzazioni moderate/gravi del **15,2%** usando BDP/FF/GLY rispetto all'associazione LABA/LAMA testata (p=0,043).

Sicurezza

L'aggiunta di BDP extrafine ad un'associazione LABA/LAMA non comporta aumento di eventi avversi e del rischio di polmonite

Eventi avversi ed eventi avversi seri (popolazione di sicurezza)								
Caratteristiche		BDP/FF/GB (n=764)	IND/GLY (n=768)	Caratteristiche				
				BDP/FF/GB (n=764)	IND/GLY (n=768)			
Eventi avversi	Totale	490 (64%)	516 (67%)	Eventi avversi seri	Totale	117 (15%)	130 (17%)	
	BPCO	273 (36%)	288 (38%)	BPCO	61 (8%)	69 (9%)		
	Nasofaringite	43 (6%)	37 (5%)	Polmonite	18 (2%)	17 (2%)		
	Cefalea	44 (6%)	35 (5%)	Insufficienza cardiaca	6 (1%)	7 (1%)		
	Polmonite	28 (4%)	27 (4%)	Morte	3 (<1%)	8 (1%)		
	Infezione del tratto respiratorio	22 (3%)	28 (4%)	Cardiopatia ischemica	Totale	2 (<1%)	11 (1%)	
	Dispnea	23 (3%)	24 (3%)	Infarto miocardico	1 (<1%)	8 (1%)		
	Mal di schiena	21 (3%)	23 (3%)	Coronaropatia	1 (<1%)	2 (<1%)		
	Ipertensione	15 (2%)	26 (3%)	Ischemia miocardica	0	1 (<1%)		
	Tosse	13 (2%)	25 (3%)	Fibrillazione atriale	0	7 (1%)		
	Insufficienza cardiaca	15 (2%)	16 (2%)	Insufficienza respiratoria	3 (<1%)	4 (1%)		
	Cardiopatia ischemica	Totale	8 (1%)	16 (2%)	Neoplasia polmonare	4 (1%)	2 (<1%)	
		Infarto miocardico	1 (<1%)	8 (1%)	Eventi avversi correlati al trattamento	Totale	43 (6%)	37 (5%)
		Angina pectoris	5 (1%)	1 (<1%)	Candidosi orale	12 (2%)	6 (1%)	
		Coronaropatia	2 (<1%)	4 (1%)	Secchezza della bocca	3 (<1%)	6 (1%)	
		Ischemia miocardica	2 (<1%)	4 (1%)	Tosse	1 (<1%)	7 (1%)	
				Eventi avversi seri correlati al trattamento	1 (<1%)	1 (<1%)		
				Eventi avversi gravi	86 (11%)	87 (11%)		
				Eventi avversi che hanno portato ad interruzione del farmaco	37 (5%)	47 (6%)		
				Eventi avversi che hanno portato a decesso	16 (2%)	21 (3%)		

I dati sono n (%). Sono riportati gli eventi avversi occorsi in $\geq 2\%$ in qualsiasi gruppo per gli eventi avversi e $\geq 0,5\%$ in qualsiasi gruppo per eventi avversi seri ed eventi avversi correlati al trattamento.

Single inhaler triple therapy versus inhaled corticosteroid plus long-acting β_2 -agonist therapy for chronic obstructive pulmonary disease (TRILOGY): a double-blind, parallel group, randomised controlled trial



Dave Singh, Alberto Papi, Massimo Corradi, Hona Pavlišová, Isabella Montagna, Catherine Francisco, Géraldine Cohuet, Stefano Vezzoli, Mario Scuri, Jørgen Vestbo

Summary

Background Few data are available for the efficacy of “triple therapy” with two long-acting bronchodilators and an inhaled corticosteroid in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). We designed this study to assess efficacy of single-inhaler combination of an extra fine formulation of beclometasone dipropionate, formoterol fumarate, and glycopyrronium bromide (BDP/FF/GB) in COPD compared with beclometasone dipropionate and formoterol fumarate (BDP/FF) treatment.

Methods TRILOGY was a randomised, parallel group, double-blind, active-controlled study done in 159 sites across 14 countries. The sites were a mixture of primary, secondary, and tertiary care providers, and specialist investigation units. Eligible patients with COPD had post-bronchodilator forced expiratory volume in 1 s (FEV₁) of lower than 50%, one or more moderate-to-severe COPD exacerbation in the previous 12 months, COPD Assessment Test total score of 10 or more, and a Baseline Dyspnea Index focal score of 10 or less. Patients who met the inclusion and exclusion criteria at screening entered a 2-week open-label run-in period where they received beclometasone dipropionate (100 µg) and formoterol fumarate (6 µg) in two actuations twice daily. Patients were then randomly assigned (1:1) with an interactive response technology system to either continue BDP (100 µg) and FF (6 µg) or step-up to BDP (100 µg), FF (6 µg), and GB (12·5 µg) in two actuations twice daily for 52 weeks via pressurised metered-dose inhaler. The three co-primary endpoints were pre-dose FEV₁, 2-h post-dose FEV₁, and Transition Dyspnea Index (TDI) focal score, all measured at week 26 in the intention-to-treat population (all patients who were randomly assigned and received at least one dose of study drug and had at least one post-baseline efficacy assessment). Safety outcomes were measured in the safety population (all patients who were randomly assigned and received at least one dose of study drug). Secondary endpoints included moderate-to-severe COPD exacerbation rate over 52 weeks. This study is registered with ClinicalTrials.gov, number NCT01917331.

Findings Between March 21, 2014, and Jan 14, 2016, 1368 patients received either BDP/FF/GB (n=687) or BDP/FF (n=681). At week 26, BDP/FF/GB improved pre-dose FEV₁ by 0·081 L (95% CI 0·052–0·109; p<0·001) and 2-h post-

Lancet 2016;388: 963–73

See Editorial page 936

See Comment page 937

Centre for Respiratory Medicine and Allergy, University of Manchester, Manchester, UK

(Prof D Singh MD, Prof J Vestbo MedSc), Research Centre on Asthma and COPD, University of Ferrara, Ferrara, Italy (Prof A Papi MD);

Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Parma, Italy

(Prof M Corradi MD); Odborný

Plicni Lékar, Poliklinika Moravský Krumlov, Moravský Krumlov, Czech Republic

(Pavlišová MD); Global Clinical Development, Chiesi

Farmaceutici SpA, Parma, Italy

(Montagna MSc, S Vezzoli MSc,

M Scuri MD); and Global Clinical Development, Chiesi SAS,

Courbevoie, France

(C Francisco MSc, G Cohuet MSc)

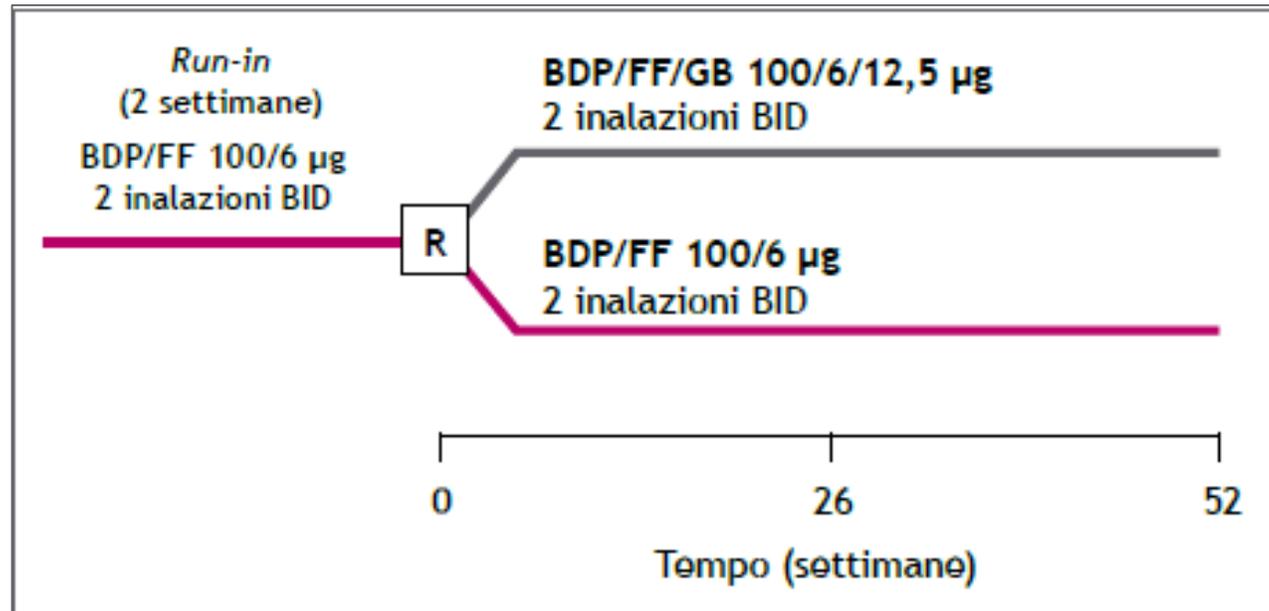
Correspondence to: Prof Dave Singh, Centre for

TRILOGY

Disegno: doppio cieco, randomizzato multinazionale multicentrico a 2 bracci paralleli a controllo attivo.

Endpoint primari: superiorità di BDP/FF/GB rispetto a BDP/FF (variazione rispetto al basale del FEV1 pre-dose e 2h post-dose, Transition Dyspnea Index focal score alla settimana 26)

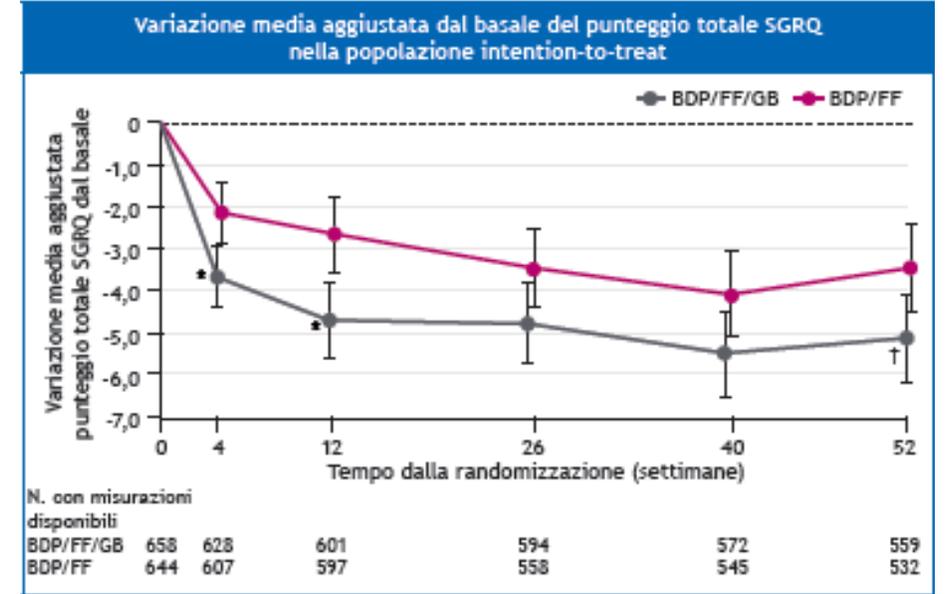
Endpoint secondari: tasso riacutizzazioni, SGRQ, Sicurezza



1368 pazienti
randomizzati

QoL: SGRQ

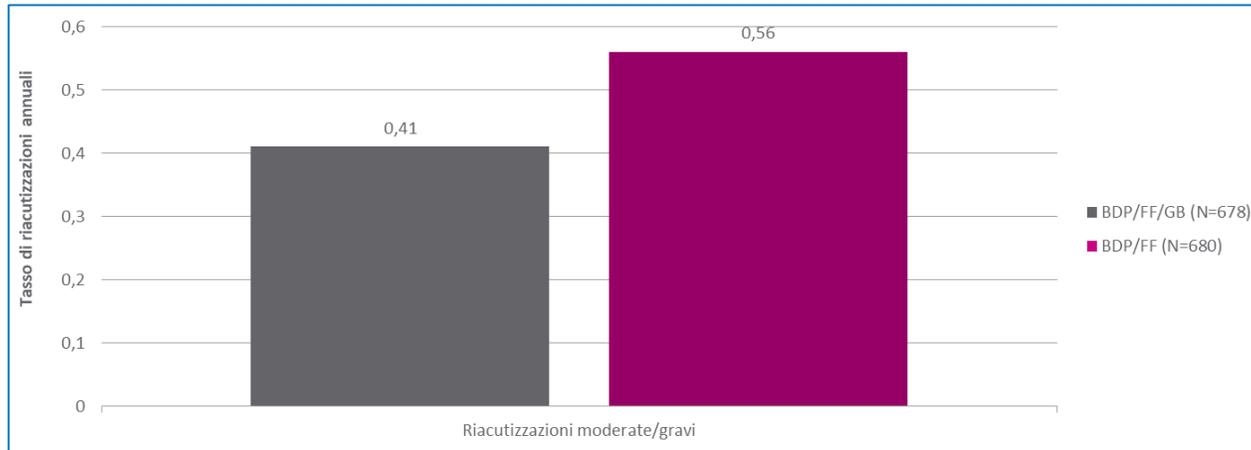
Endpoint	BDP/FF/GB (N=687)	BDP/FF (N=680)	Adjusted mean difference between treatments
SGRQ total score			
Baseline	52-29 (16-84)	50+32 (16-50)	
Week 26	-4-76 (-5-69, -3-83)	-3-43 (-4-38, -2-47)	-1-33 (-2-66, 0-01); p=0-051
Week 52	-5-12 (-6-18, -4-06)	-3-43 (-4-51, -2-35)	-1-69 (-3-20, -0-17); p=0-029



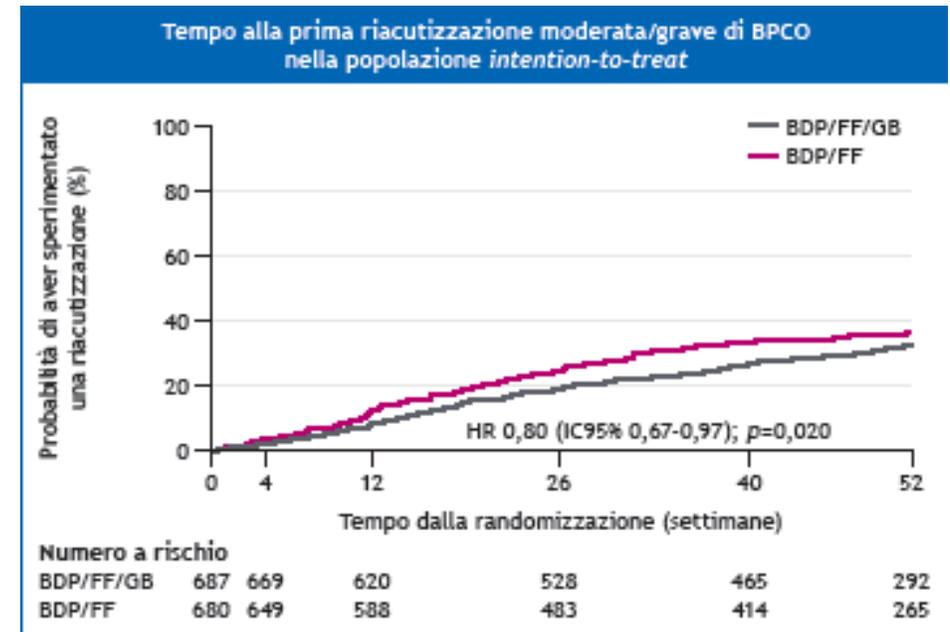
- Miglioramento clinicamente rilevante (≥ 4 unità) a tutte le visite nei pz trattati con BDP/FF/GB
- significativo del SGRQ rispetto al basale nel gruppo trattato con BDP/FF/GB a 12 (p<0,01) e 52 (p<0,05) settimane

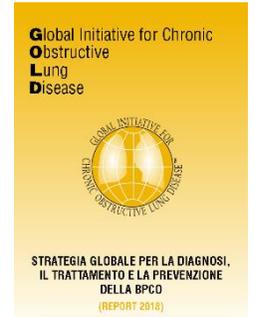
Riacutizzazioni moderate/gravi

- Il tasso annuo corretto di riacutizzazioni moderate/gravi si è significativamente ridotto con l'impiego di BDP/FF/GB del 23% rispetto a BDP/FF



Elaborato da testo





- Bibliografia

Singh D, Papi A, Corradi M, et al. Single inhaler triple therapy versus inhaled corticosteroid plus long-acting beta2-agonist therapy for chronic obstructive pulmonary disease (TRILOGY): a doubleblind, parallel group, randomised controlled trial. **Lancet 2016**; 388(10048): 963-73.

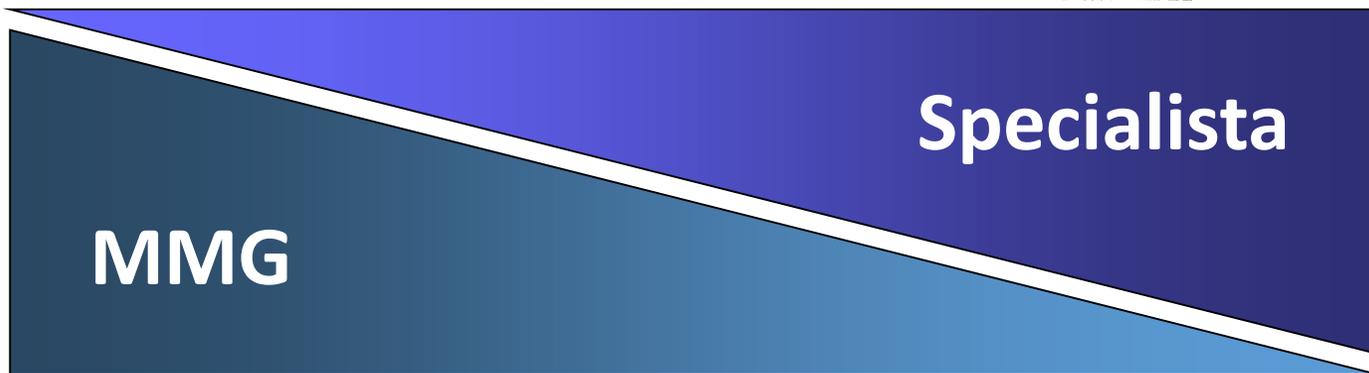
Vestbo J, Papi A, Corradi M, et al. Single inhaler extrafine triple therapy versus long-acting muscarinic antagonist therapy for chronic obstructive pulmonary disease (TRINITY): a double-blind, parallel group, randomised controlled trial. **Lancet 2017**; 389(10082): 1919-29.

Lipson DA, Barnacle H, Birk R, et al. FULFIL Trial:Triple Therapy for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. **Am J Respir Crit Care Med 2017**; 196(4): 438-46

Punti di forza della triplice associazione precostituita

- Micronizzazione (formulazione extra fine 1.1)
- Doppia somministrazione
- Percentuali di polmoniti sovrapponibili a placebo
- Costo minore della triplice estemporanea
- Maggiore aderenza
- Pubblicazioni internazionali (LANCET et al.)
- Ricerca e produzione italiana

Intensità assistenziale



Gravità



Analisi database MMG: l'80% dei pazienti che vengono visitati sono di stadio lieve/moderato



Ruolo del MMG (1)

- 1. Individua e monitora i soggetti a rischio
- 2. Formula diagnosi , se necessario , con gli specialisti di riferimento
- 3. Imposta e monitora il trattamento farmacologico



Ruolo del MMG (2)

- 4. Tratta le riacutizzazioni , se necessario , con gli specialisti di riferimento
- 5. Pianifica il follow-up (rapid o slow decliner's)
- 6. Effettua interventi di educazione sanitaria e di counselling al paziente e ai suoi familiari



Quale futuro vorremmo per

reSPIRO  3.0 ?
flegreo 



CREAZIONE DI UN NETWORK



CHE COSA E' UN NETWORK

Un Network è l'insieme di due o più persone che decidono di lavorare insieme , scambiando e/o condividendo le proprie informazioni e le proprie risorse , nonostante siano appartenenti a diverse organizzazioni
(a livello locale, provinciale , regionale , nazionale e/o internazionale)



PERCHE' UN NETWORK

Il Network è una struttura dove ogni singolo puo' trarre grande utilita' dall' altro senza depauperarlo né sfruttarlo

La rete disegna un circuito virtuoso , ed ognuno puo' diventare collettore e snodo di energie



COME E' STRUTTURATO UN NETWORK

Il Network è una rete e non una piramide

Si sviluppa su un livello orizzontale piuttosto che verticale

E' basato su relazioni piuttosto che su imposizioni



Gestione piu' razionale delle risorse ,
finalizzata alla eliminazione
degli sprechi e alla
riduzione dei capitoli di spesa inappropriati
(*es. controlli ripetuti*)



E consentirebbe di :

1. Ottimizzare l'accessibilità ai servizi diagnostico – terapeutici
2. Migliorare la qualità del servizio reso al paziente
3. Assicurare l'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici condivisi
4. Garantire un approccio multidisciplinare rapido
5. Assicurare un continuum terapeutico assistenziale ottimale in modo da limitare anche eventuali successive ospedalizzazioni



Si è piu' volte postulata la necessita'
di una messa in rete (piattaforma digitale)
tra la struttura ospedaliera e la medicina del territorio
al fine di promuovere la continuita' assistenziale
(un '*ponte*') nella cura delle patologie respiratorie .

ed ancora :

offrire l'opportunità al MMG , di accedere alla
documentazione clinica del paziente da lui seguito

(lettera di dimissioni da degenza ordinaria o DH , comprendenti tutti i referti
delle indagini strumentali e di laboratorio) ;

con ampia garanzia del rispetto della privacy





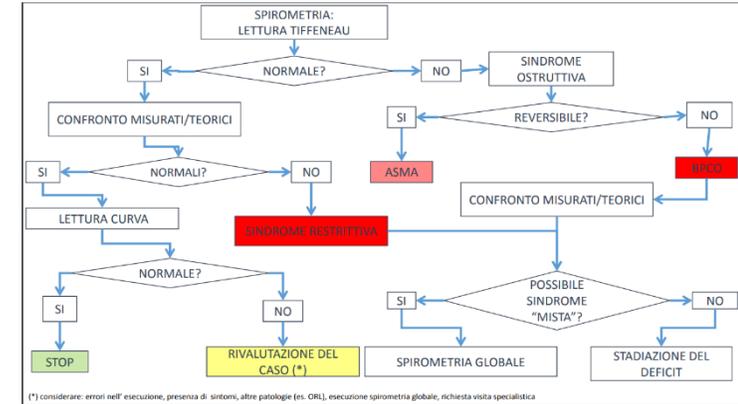
Le strutture ospedaliere potrebbero favorire la comunicazione tra le Unità Operative (U.O.) e i M.M.G. dando attuazione a spazi di comunicazione con i medici di reparto

(es.: fascia oraria di disponibilità);

Ogni U.O., a sua volta, dovrebbe essere fornita dei recapiti e relativi orari di servizio di tutti i MMG del territorio

PROVE DI FUNZIONALITA' RESPIRATORIA

- Parliamo di spirometria semplice quando lo studio viene condotta sulla sola curva espiratoria forzata (curva flusso-volume o volumetria dinamica).
- Quando invece vengono misurati anche tutti i volumi statici si parla di spirometria globale.



QUESITO	CRITERI CLINICI	CRITERI ORGANIZZATIVI	CRITERI SOCIO/ASSISTENZIALI
Quando si attiva la consulenza pneumologica?	Rapido aggravamento della funzione respiratoria FEV1		
Quando si attiva l'assistenza domiciliare?	Paziente con difficoltà di deambulazione	Possibilità di accesso domiciliare da parte dell'IP e disposizione di spirometro portatile	Presenza di condizioni abitative e familiari che lo consentono.
Quando si ricovera il paziente?	Grave insufficienza respiratoria Riacutizzazioni che non rispondono alla terapia	Necessità di terapia infusiva non praticabile a domicilio	Riacutizzazioni gravi in anziani soli senza supporto familiare

II LIVELLO

Quando ?

- Pluripatologia

- Quando serve una consulenza plurispecialistica
- Opportunita' del supporto di un reparto di Medicina interna

altre esigenze dei pazienti respiratori :

- ACUZIE
 - Prescrizione OSSIGENO
 - Prescrizione VENTILATORI
 - DIAGNOSTICA di II LIVELLO

Quali le opportunità diagnostiche offerte dal II livello ?

- SPIROMETRIA GLOBALE con studio della diffusione (DLCO)
- EMOGASANALISI
- POLISONNOGRAFIA





OPTIMUM

Garantire una **facilitazione degli ACCESSI**
(una sorta di priorit  in base ai livelli di gravita')

CONDITIO

La necessita' di un **TRIAGE TERRITORIALE**

Ma chi potrebbe farlo ?

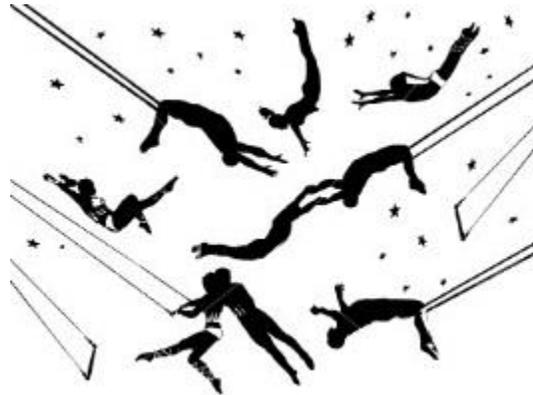
MMG con opportune competenze

Specialisti ambulatoriali

Nell'ottica di un
inquadramento del
paziente respiratorio ,
in futuro ,
si potrebbe pensare anche
ad un **PACC respiratorio**

- RIABILITAZIONE

La riabilitazione polmonare migliora i sintomi e la qualità di vita



univadis®

**Gli editoriali Univadis,
ultimi aggiornamenti**

7 Novembre 2018

**Aggiornate le linee guida GOLD per la presa in carico della
BPCO**

Qualsiasi paziente con dispnea, tosse cronica, catarro e/o storia di esposizione a fattori di rischio deve essere valutato per una possibile diagnosi [...]

*“Quando soffia
il vento del
CAMBIAMENTO
alcuni costruiscono
MURI, altri
mulini a vento.”*

Purtroppo sottovalutiamo che il cambiamento
fa parte del processo naturale delle cose .

Se camminiamo controcorrente impiegheremo molta piu' forza
e andremo nella direzione sbagliata

Seguendo la corrente il percorso sara' piu' veloce e leggero



Il più grande spreco nel mondo è la differenza tra ciò che siamo e ciò che potremmo diventare.

Herbster



COMPITI DEL MMG :

.....responsabilita' complessiva in ordine alla tutela della salute del proprio assistito che si estrinseca in compiti

- preventivi
- diagnostici
- terapeutici
- riabilitativi
- educazione sanitaria

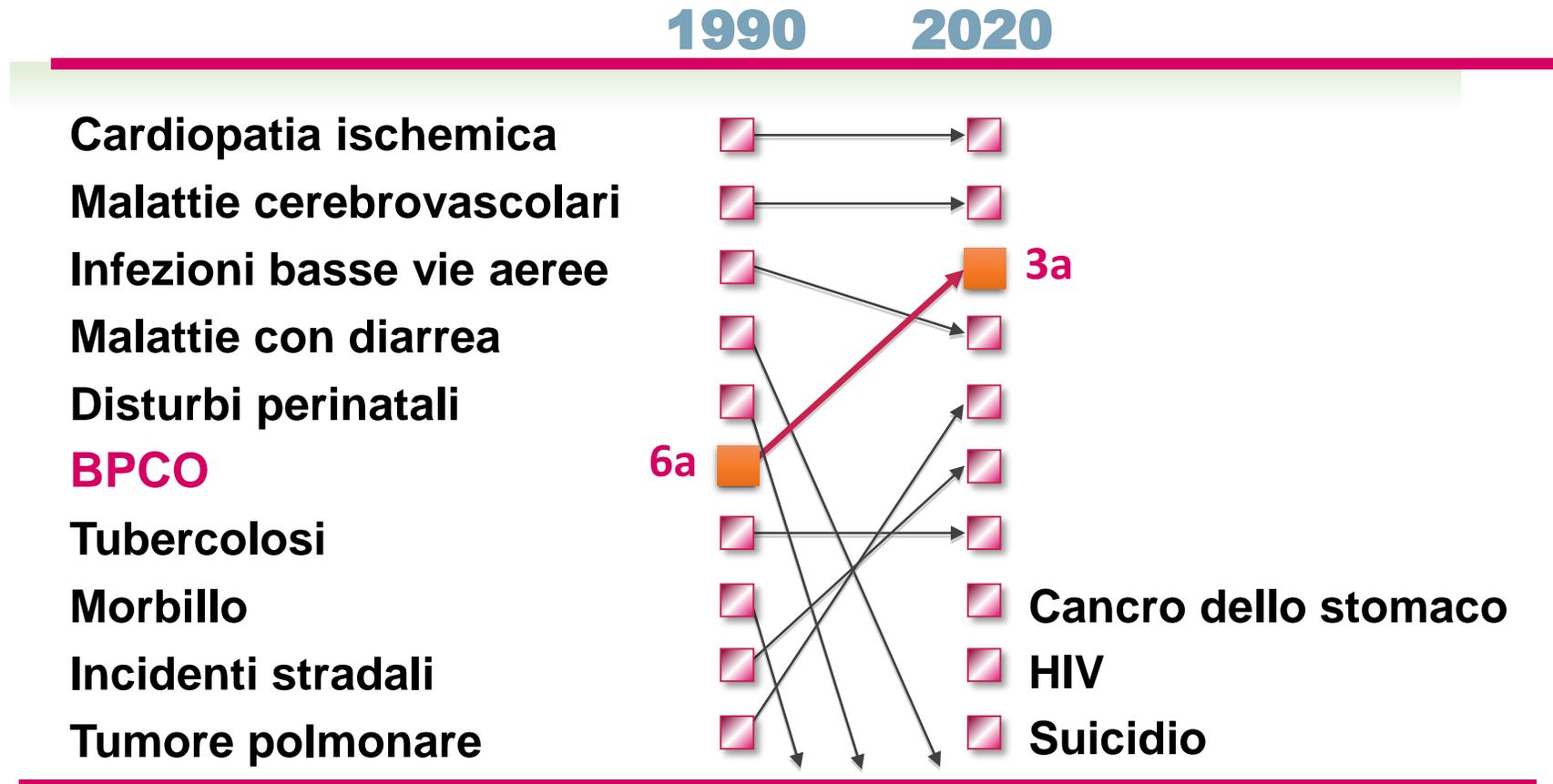
art. 31 ACN

DEFINIZIONE

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), una frequente malattia prevenibile e trattabile, è caratterizzata da una persistente limitazione al flusso aereo, che è solitamente evolutiva e associata ad una aumentata risposta infiammatoria cronica delle vie aeree e del polmone a particelle nocive o gas. Le riacutizzazioni e la presenza di comorbidità contribuiscono alla gravità complessiva nei singoli pazienti.



La BPCO diverrà la terza causa di mortalità nell'anno 2020



Murray & Lopez 1997



Tutti pensano
a cambiare il mondo,
ma nessuno pensa
a cambiar se stesso.

(Lev Tolstoj)



«Is time to be as aggressive with prevention
as we were with intervention»

M.J.Wolk past president ACC



MASSIMO SMALDONE



MASSIMO SMALDONE



Principali metodiche di studio della funzione respiratoria





MASSIMO SMALDONE



- Aggiungere un LAMA a una terapia con LABA/ICS in atto migliora la funzione polmonare e gli indicatori clinici riportati dai pazienti, in particolare il rischio di riacutizzazioni.

Analisi database MMG: l'80% dei pazienti che vengono visitati sono di stadio lieve/moderato



Informazioni ai pazienti



- conoscenza della malattia e diagnosi
- fattori scatenanti e comportamenti a rischio
- farmaci utilizzabili nella terapia in fase stabile ed in presenza di riacutizzazioni
- corretto utilizzo degli inalatori
- messa in atto di corretti stili di vita, compresa la cessazione all'abitudine tabagica
- conoscenza del ruolo e modalità di accesso ai servizi sanitari coinvolti nel percorso





Linee Guida



MASSIMO SMALDONE

