



SOCIETÀ ITALIANA DI
PNEUMOLOGIA

1° SEMINARIO
NAZIONALE
DEDICATO
PNEUMOLOGY AROUND THE CLOCK

Comunicazione, ufficio stampa, editoria: Marielena Rodi

Newsletter

edizione speciale

Dicembre 2016



Presente e futuro della Pneumologia in Italia

Le novità dal Primo seminario nazionale

Il nostro successo



Il riordino sanitario regionale, il ruolo del paziente polmonare, l'aderenza terapeutica, gli effetti della sigaretta elettronica, sono solo alcuni dei temi affrontati dal **27 al 29 ottobre 2016** durante il "Primo **seminario nazionale dedicato alla**

pneumologia", organizzato dalla Società italiana di Pneumologia.

Luminari, ricercatori e professori universitari di tutto il mondo si sono incontrati e confrontati per la prima volta in Puglia, ad Alberobello.

Durante la tre giorni è stata approfondita, anche attraverso nuove teorie scientifiche, l'assistenza alle malattie respiratorie croniche nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e regionale, partendo da dati e studi nazionali e internazionali. Il seminario ha anticipato le discussioni **in Senato il 3 e 4 novembre scorsi, riguardo la gestione delle malattie respiratorie croniche in riferimento al Decreto Balduzzi** e che potrebbe diventare il preludio di una rivoluzione sanitaria.

5

L'evento, cui sono stati riconosciuti 23 crediti validi per la formazione ecm dei medici, ha ottenuto il patrocinio del Ministero della Salute e ha anticipato le discussioni in Senato della conferenza del 3-4 novembre

3

Il paziente al centro





Aderenza alla terapia

Se si sviluppa bene la rete sanitaria che già esiste tra ospedale, medico curante e farmacista, **i costi per paziente si riducono dell'85%**



Il seminario è stato coordinato da **Emmanuele Tupputi**, consigliere nazionale della Sip e coordinatore nazionale delle sezioni regionali Sip

I numeri.

Case history Andria: raddoppiate le prestazioni e gli incassi dei ticket

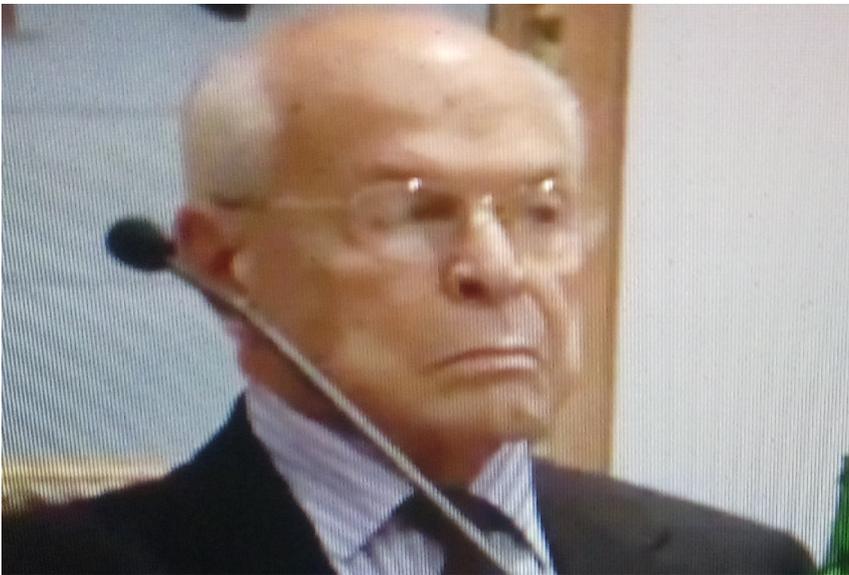
“Nel mio ambulatorio – riferisce Tupputi – non ci sono segreti. Tutti sono alla pari. Con una decina di strumenti si fa la diagnostica e abbiamo ottenuto risultati incoraggianti.

In 3 anni abbiamo raddoppiato i risultati: siamo passati dalle 4243 prestazioni del 2013 alle 7221 del 2014, alle 8864 del 2015. Nel 2016, a metà ottobre viaggiamo intorno alle 9mila. Ottomila prestazioni significano 450mila euro di ticket incassati. Se gli strumenti ci sono il lavoro non manca e nemmeno le entrate”. “Ad Andria – aggiunge – abbiamo sviluppato un progetto a costo quasi pari a zero, su 20 pazienti seguiti da uno staff pubblico. Dopo l'ospedale il modello adottato prevedeva l'assistenza domiciliare di un gruppo di lavoro composto da uno specialista in rianimazione, un medico di medicina generale, un medico del distretto, un infermiere e uno pneumologo”.

“Il primo di una lunga serie”

Emmanuele Tupputi

Il termine 'gestione' assume un ruolo determinante. “La Puglia – spiega **Emmanuele Tupputi**, coordinatore del gruppo di lavoro 'Organizzazione' nell'ambito del seminario di Pneumologia di Alberobello – è pioniera in Italia per l'assistenza domiciliare. La complessiva riduzione di posti-letto/abitanti impone uno spostamento dell'assistenza verso il territorio delle patologie croniche fra cui la Bpco. Il riequilibrio e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale costituisce uno degli obiettivi della politica sanitaria”. Quanto costa, dunque un paziente polmonare? “Un singolo Drg, un ricovero ospedaliero – chiarisce – **può costare fino a 4mila euro**. Sarebbe da aggiungere poi, il costo dell'apparecchio e dell'ossigeno. Tuttavia se il paziente polmonare aderisse effettivamente alla sua terapia, i costi scenderebbero a **600 euro l'anno**”.



“Potenziare le strutture ospedaliere di controllo”

Carlo Grassi, decano della Pneumologia italiana

“Sul piano operativo – interviene **Carlo Grassi, decano e maestro della pneumologia italiana** – è importante potenziare le strutture ospedaliere di controllo per lo screening della popolazione e per il follow-up dei malati dimessi da strutture ospedaliere. Per queste ultime è auspicabile un potenziamento quantitativo, data l'importanza del ricovero di questi malati in strutture in grado di controllare la situazione della patologia acuta e di identificare precocemente anche le cosiddette malattie rare, che si riscontrano sempre più frequentemente con un controllo valido sulla popolazione generale. Ultimo elemento non trascurabile, è l'aumento dell'aspettativa di vita che comporta un adeguato controllo di una popolazione che ne ha raddoppiato l'entità nel corso dell'ultimo secolo”.

La Bpco, altrimenti definita Broncopneumopatia cronica ostruttiva

Insieme all'Asma, la Bpco, rientra nelle patologie dei Lea, Livelli essenziali di assistenza, vale a dire quelle prestazioni e quei servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

L'ospedale viene concepito come snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità che interagisca con le specialità ambulatoriali e con l'assistenza primaria attraverso la formazione di reti multispecialistiche dedicate. **Come vengono suddivisi i ruoli?** La rete multispecialistica si avvale di pneumologi, medici di medicina generale, cardiologi, psicologi, infermieri, fisioterapisti e assistenti sociali. Al team di medici di famiglia, in apposite sedi con personale appositamente formato, spetta la selezione dei pazienti, gli esami di primo livello (in primis la spirometria), il coinvolgimento del paziente nel percorso di cura e la presa in carico una volta dimesso dall'ospedale. Ai Distretto sanitario spetta il censimento dei pazienti, la spesa sanitaria, la formazione degli operatori e l'integrazione tra medici di medicina generale e pneumologi. Allo specialista pneumologo spetta il compito di effettuare esami di secondo livello per una corretta stadiazione della patologia e quindi una terapia appropriata e l'eventuale attivazione di un percorso riabilitativo. La novità è che anche alle farmacie viene chiesto un coinvolgimento nel promuovere le attività di educazione sanitaria, prevenzione primaria e secondaria. L'aderenza alla terapia è fondamentale. Tramite il database del servizio farmaceutico territoriale è possibile monitorare l'attività terapeutica del paziente. “Personalmente – ribadisce Tuppusti – attraverso questo metodo di osservazione ho potuto constatare che il 90% circa dei miei pazienti segue la cura correttamente. Non è difficile intuire l'abbattimento della spesa sanitaria”. Gestione domiciliare quindi, diventa la parola d'ordine.

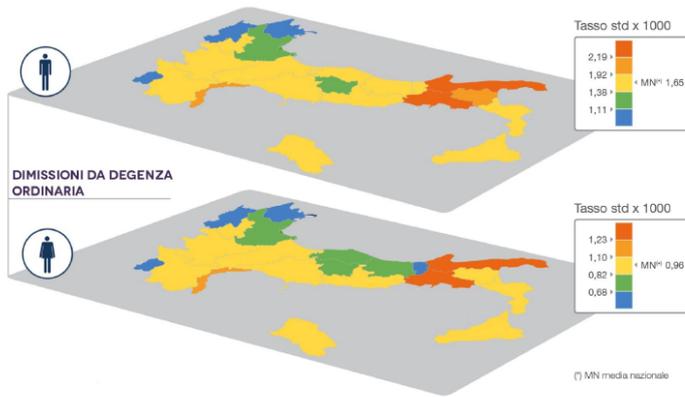


Il focus del seminario

Il seminario ha visto 200 medici tra partecipanti e relatori da tutta Europa e dagli Stati Uniti, e ha messo in risalto alcuni temi importanti; anzitutto che in Italia (e in Puglia) c'è ancora un'alta incidenza di ricoveri per la Bpco. Poi che c'è ancora una spesa farmaceutica eccessiva per questi pazienti e manca una codifica regolamentata dell'assistenza domiciliare. Inoltre è stata messa in discussione la diagnostica delle patologie respiratorie croniche riprendendo la radiografia del torace con la Tac, specialmente nell'enfisema polmonare.

RICOVERI POTENZIALMENTE INAPPROPRIATI

diagnosi principale SDO: asma (ICD9-CM 493) e - con alcuni vincoli su diagnosi secondarie, procedure ed età - altri versamenti pleurici (511.8-9), altre malattie del polmone (518.8), enfisema compensatorio (518.2) ed edema polmonare acuto n.s. (518.4)

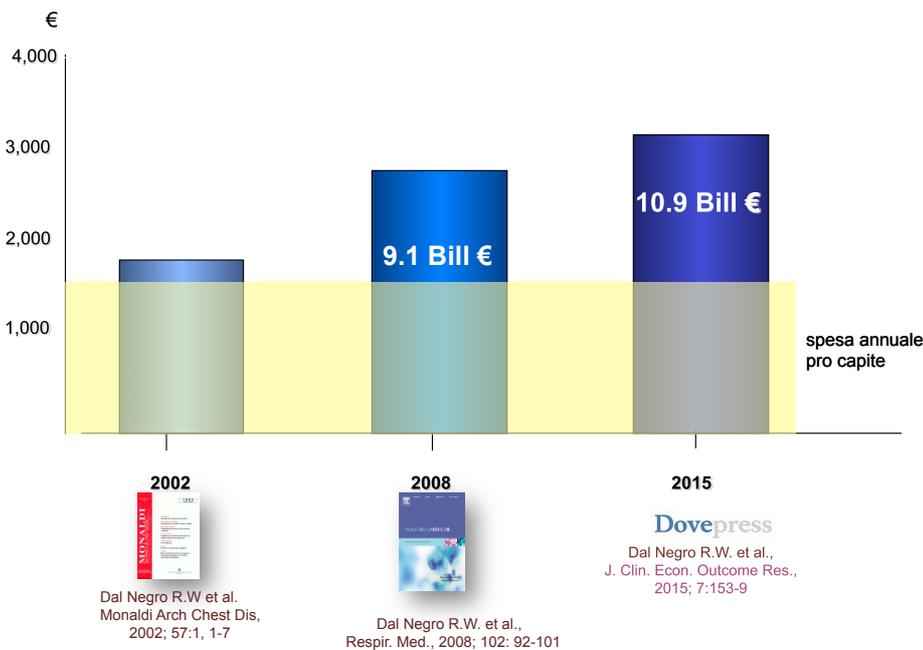


I ricoveri potenzialmente inappropriati sono stati identificati come cause di ricovero per le quali la letteratura scientifica e le linee guida valutano più opportune risposte sanitarie diverse dall'ospedalizzazione.

Fonte: ERA - Epidemiologia e Ricerca Applicata - Dati 2008

I NUMERI DI ASMA & BPCO 9

COPD: progression of the mean annual cost/patient



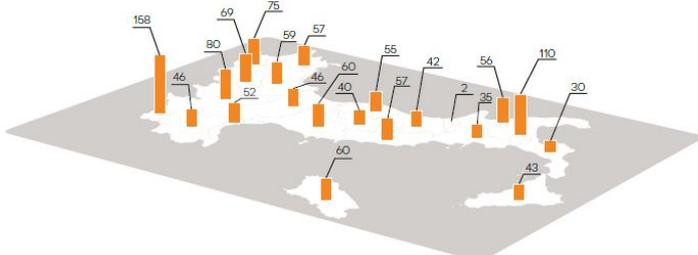
I costi della Sanità in Italia

Roberto Walter Dal Negro, specialista in Pneumologia e dirigente della sezione di Pneumologia del Centro medico specialistico (Cems) di Verona, fa i conti con gli sprechi sulla spesa sanitaria pubblica. "La Puglia - dice - ha il tasso di ospedalizzazione più alto della media nazionale, è in cima assieme a Sicilia e Campania. Un paziente Bpco costa 3.200 euro all'anno, il doppio della spesa prevista dall'assistenza sanitaria. Il 72% del costo della malattia oggi in Italia dipende dal ricovero ospedaliero, un paziente quando si aggrava 7 volte su 10 ricorre al pronto soccorso e si ricovera". Si potrebbe - sarebbe la conclusione - ridurre questa spesa gestendo la malattia sul territorio ed evitando l'ospedalizzazione.

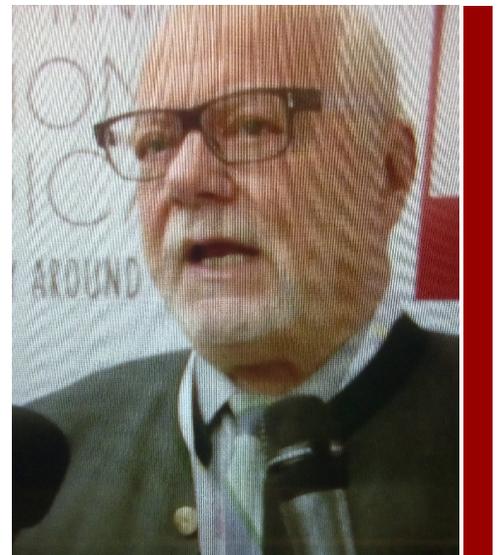
PRESTAZIONI DI PNEUMOLOGIA

numero di prestazioni per 1.000 assistiti

Rilevazione delle PRESTAZIONI erogate per branca specialistica DELL'ATTIVITÀ CLINICA, DI LABORATORIO, DI DIAGNOSTICA per immagini e diagnostica strumentale delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate.



"I costi pro-capite annuali - in 20 anni - sono raddoppiati. Siamo passati da 1200 euro del 1997 a 3800 euro del 2016"





Stefano Nardini
Presidente del Centro studi Sip

“Tornare indietro sulla delega alle regioni nella Sanità”

La conferenza di consenso al Senato

La IV Consensus conference di Medicina respiratoria, 'La gestione della Bpco: modello per le malattie respiratorie croniche? Parliamo di competenze, organizzazione, responsabilità, sostenibilità', coordinata dal Centro studi Sip (Società italiana di Pneumologia) a Roma il 3-4 novembre, è stata organizzata con il modello standard di conferenza di consenso-dissenso definita dal Ministero della Salute e aveva lo scopo di fornire a tutti i portatori di interesse una guida per la programmazione e la gestione dell'assistenza alle malattie respiratorie croniche nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

Quattro i sottotemi: Competenze, Organizzazione, Responsabilità, Sostenibilità.

A ciascun tema corrisponde un gruppo di studio interdisciplinare costituito da un coordinatore (specialista pneumologo senior, un esperto – sempre specialista pneumologo – e da un insieme interdisciplinare di altre figure mediche, professionali e di pazienti portatori di interesse verso la materia, medici di

medicina generale, rappresentanti delle istituzioni, dei farmacisti, di Federanziani).

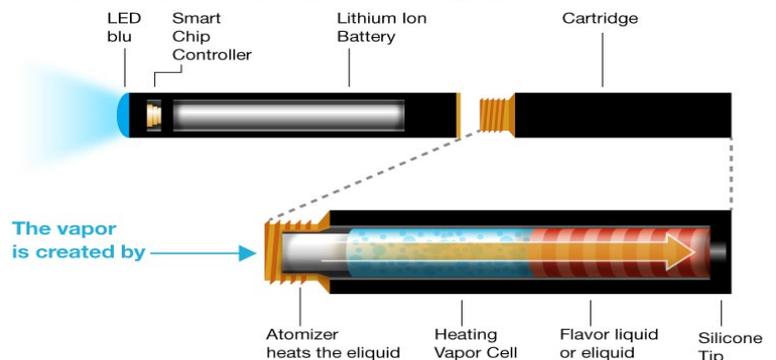
“Io credo – riferisce Stefano Nardini, presidente del Centro studi Sip – che sia molto opportuno tornare indietro sulla delega per le Regioni sulla Sanità perché questo ha portato – è la mia opinione personale – a uno spreco di denaro pubblico e anche a disparità di cure nei confronti di cittadini di differenti regioni. Senza contare poi, che probabilmente ritornando a un modello centralizzato sono possibili economie di scala che in questo momento non ci sono. Non c'è dubbio che ci sono in Italia delle Regioni che marcano meglio sulla Sanità di altre, e queste possono costituire un modello per tutte le altre. Per quanto invece attiene lo spostamento sul territorio di alcune attività che in questo momento sono accentrate sull'ospedale, i passi che sono stati fatti fino adesso sono piuttosto timidi. Indubbiamente occorre un maggiore coordinamento e anche – a mio avviso – lo stanziamento di fondi, perché questo coordinamento avvenga fra varie figure professionali che debbono portare il loro contributo alla gestione della malattia cronica, in particolare respiratoria”.



Sigaretta elettronica, danno cronico?

“Si pensava – riferisce Peter V. Dicpinigaitis, professore Albert Einstein College of Medicine di New York, autore di una nuova ricerca pubblicata recentemente dal Time (<http://time.com/3860166/ecigs-research/>) – che la sigaretta elettronica fosse assolutamente tranquilla e non dannosa, viceversa lo è per i prodotti che consente di inalare, soprattutto i vapori che costituiscono la sigaretta elettronica e i prodotti aromatici per dare sapore”. “Certo è che per calcolare il danno cronico occorre del tempo; oggi ne misuriamo gli effetti sulla tosse”.

Inside of Electronic Cigarette





Il passaggio del testimone

Edizione 2017: Pescara

"Tra le quattro grandi patologie croniche che condizionano il destino della grande maggioranza della popolazione del nostro paese – commenta **Fernando De Benedetto**, responsabile scientifico della prossima edizione 2017 a Pescara – le patologie respiratorie croniche, sono le più carenti, quelle su cui c'è più da lavorare, perché si è partiti o si è arrivati a queste esplosioni soprattutto sul dato epidemiologico che è l'invecchiamento generale della popolazione. 15 anni fa gli ultra-

sessantacinquenni erano intorno al 13-15%, tra 8 anni, secondo le stime, saranno il 32% della popolazione. Sono numeri che non siamo pronti ad affrontare e che richiederanno risorse economiche importanti, modelli organizzativi importanti, supporti organizzativi multidisciplinari integrati (cioè con diverse figure che dovranno collaborare con dei disegni strutturali di assistenza a questi pazienti che bisognerà fare), e in questi lo pneumologo avrà un ruolo. A ottobre 2017, dal 12 al 14, l'appuntamento si rinnova per portare avanti il lavoro (complessivamente durerà i prossimi 6-8 anni)".

Le relazioni del seminario

La gestione dell'asma 'real life', di G. Abatecola

Polmonite a focolai multipli, di I. Ali

Edema nelle fasi avanzate della Bpco: cuore polmonare cronico o scompenso cardiaco?, di S. Carlone

Bpco: small airways, di G.E. Carpagnano

Bpco/Asma: Acos?, di M. Cazzola

La gestione delle cronicità respiratorie complesse sul territorio. Comprehensive of the component Icf Core set for Copd, di G. Coratella

I fenotipi dell'asma, di A.G. Corsico

Gerd: solo patologia gastro-esofagea?, di G. D'Ambrosio

Supplementazione nutrizionale nel paziente con BPCO grave: nuove prospettive, di F. De Benedetto

Respiro, di V. Delcuratolo

Effect of Tobacco and electronic cigarette use on cough reflex sensitivity, di P. Dicpinigaitis

How to treat cough associated with common cold, di R. Eccels

Gsk: l'azienda del farmaco e la ricerca collaborativa in ambito respiratorio, di R. Falzarano e F. Arpinelli

L'asma: il punto di vista dell'internista, di L. Francese

Ruolo delle riacutizzazioni di Bpco nella progressione della patologia, di S. Locicero

Il post-acuto: la riabilitazione respiratoria, di M. Maiellari

Asma grave: come riconoscerla, come gestirla, di L. Mandurino

La gestione integrata delle comorbidità, di E. Massari

La termoplastica bronchiale, di C. Mereu

La gestione domiciliare infermieristica del paziente in Olt e Niv, di F. Monterisi

Cough as a disease: the novel vision, di A.H. Morice

La Governance, ovvero verso un unico Pdta condiviso per la Bpco, di S. Nardini

Tecnica endoscopica e pleuroscopica: quale ruolo?, di S. Orlando

Asma. La terapia di combinazione: confronti e strategie, di G. Pelaia

Le strategie per migliorare l'aderenza alla terapia, di M. Polverino

Il Training respiratorio: quali strategie di intervento?, di A. Privitera

La gestione integrata del respiro. Il ruolo dello psicologo, di R. Tupputi

Bpco e disturbi respiratori nel sonno, di O. Resta

Inquadramento delle Osas e percorso diagnostico, di A. Sanna

Ruolo del nursing, di A. Serafino

La gestione delle cronicità respiratorie complesse sul territorio, di E. Tupputi

La gestione domiciliare del paziente in Olt e Niv, di A.R. Tusino