

ASMA E BPCO TRA CRONICITA' ACUTIZZAZIONI E ADERENZA ALLA TERAPIA

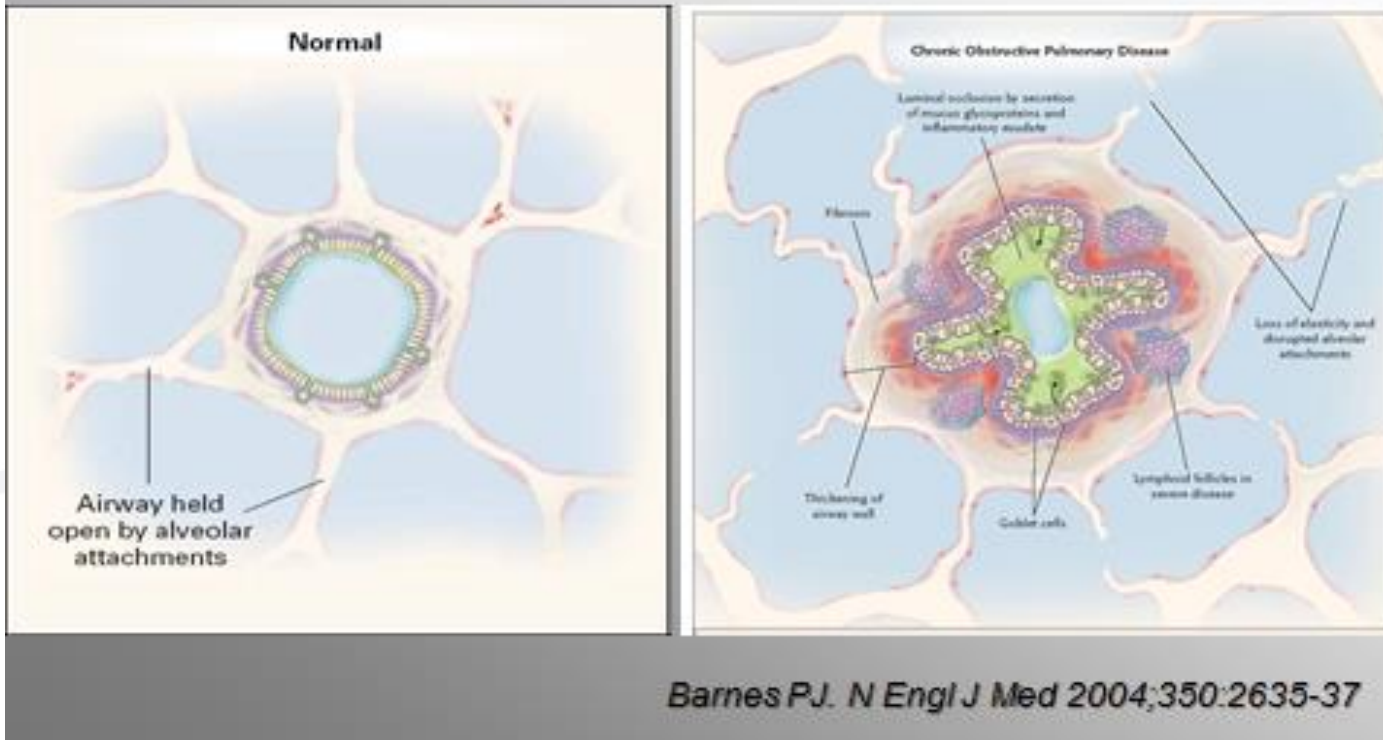


Giorgio Carbone

sum.school
SIMEU
accademia
dei direttori
BOLOGNA 18-19 SETTEMBRE 2017



HUMANITAS
GRADENIGO

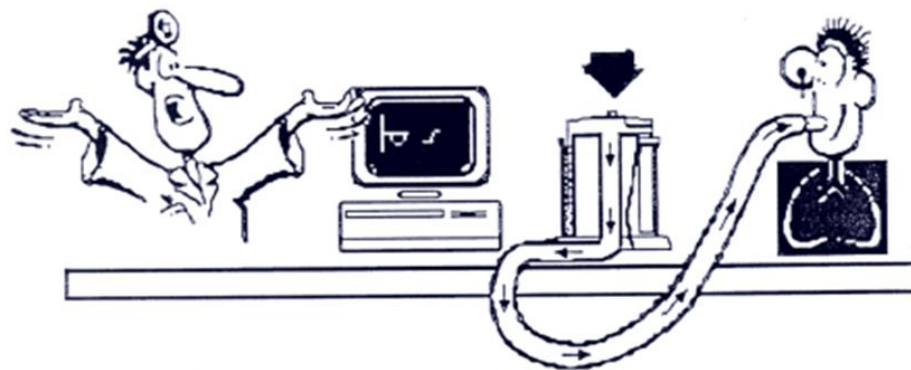


WOB: Equazione di moto

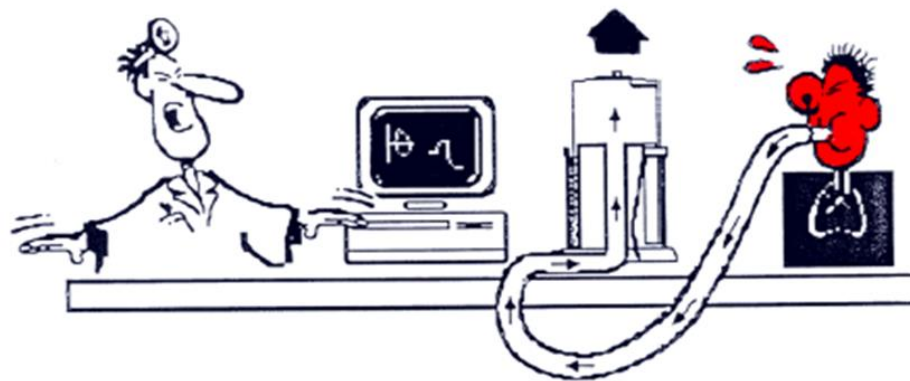


Durante l'ESECUZIONE PROVA:

- far eseguire al paziente, seduto in normale condizione di riposo, una rapida inspirazione massimale (assicurarsi che il paziente abbia, in campana, aria sufficiente da inspirare);

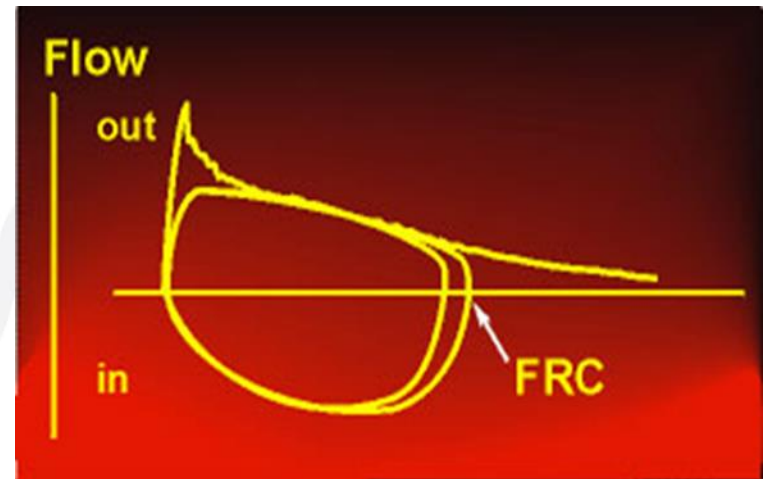
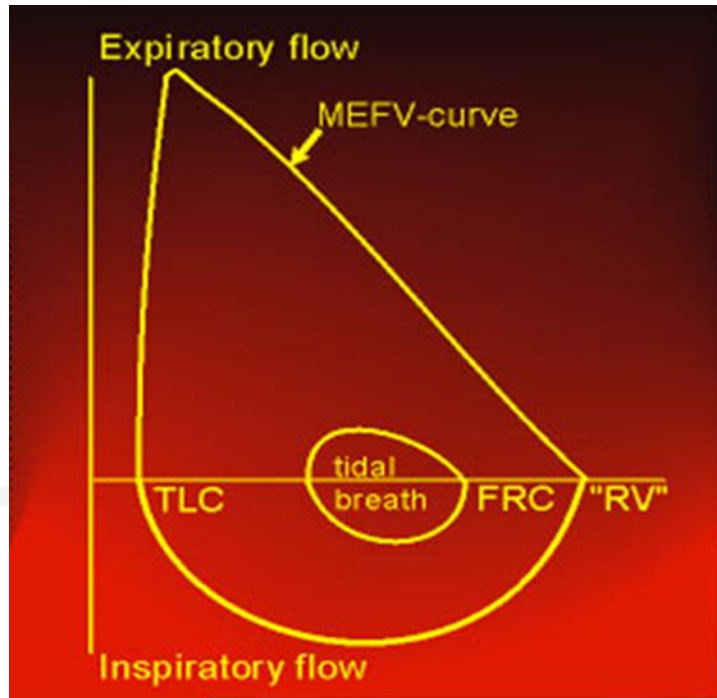


- fargli tenere un attimo di apnea;
- fargli eseguire un'espiazione massimale forzata (è importante incitare il paziente durante tutta la fase espiratoria);



- al termine dell'espiazione il paziente torna a respirare tranquillamente;
- battere un tasto o aspettare la fine del quadro per finire la prova;
- scollegare il paziente.

Flow-Volume curve



Opzioni terapeutiche: farmaci per la BPCO

Beta₂-agonisti
Beta₂-agonisti a breve durata d'azione
Beta₂-agonisti a lunga durata d'azione
Anticolinergici
Anticolinergici a breve durata d'azione
Anticolinergici a lunga durata d'azione
Combinazione di beta₂-agonisti a breve durata d'azione + Anticolinergici a breve durata d'azione nello stesso inalatore
Methylxanthine
Steroidi inalatori
Combinazione di beta₂-agonisti a lunga durata d'azione + steroidi inalatori nello stesso inalatore
Steroidi sistemici
Inibitori delle fosfodiesterasi 4

- I farmaci broncodilatatori a lunga durata d'azione non solo riducono i sintomi e migliorano la qualità della vita, ma riducono anche le riacutizzazioni ed i conseguenti ricoveri in ospedale

- **Le più comuni cause di riacutizzazioni di BPCO sono le infezioni virali della alte vie aeree e dell'albero tracheobronchiale**
- **La diagnosi si basa esclusivamente sul quadro clinico del paziente che riferisce un cambiamento brusco dei sintomi rispetto alla variabilità giornaliera**
- **L'obiettivo del trattamento è quello di minimizzare l'impatto clinico della riacutizzazione e di prevenire la comparsa di riacutizzazioni successive**

MORTALITA' E RICOVERI

- *> 70 anni: maschi 20%; femmine 15%*
- *Ca. 5% delle cause di morte. 15% a 3 mesi da acutizzazione*
- *Ricovero ca. 200 per 100 mila abitanti (variabilità in europa di oltre 10 volte). Il 50% nuovo ricovero entro anno.*
- *Ospedalizzazione dipende:*
 1. *Età media*
 2. *Acutizzazioni precedenti*
 3. *Comorbidità*
 4. *Qualità di vita e livello sociale*
 5. **Posti letto**
 6. **Organizzazione PS**



Medico d'Urgenza, attore nella gestione della BPCO

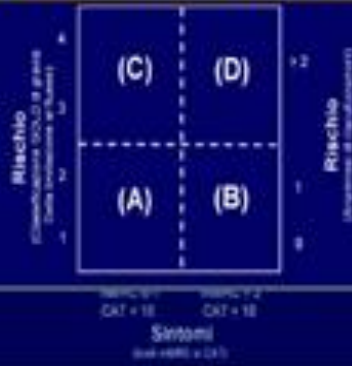
1. *Valutazione e monitoraggio della malattia*
2. *Riduzione dei fattori di rischio*
3. *Gestione della malattia stabile*
4. ***Gestione dell'acutizzazione: precocità di approccio con broncodilatatori e inibitori dell'inflammazione***

SVILUPPI FUTURI

- *Definizione precisa del fenotipo*
- *Prevenzione, educazione (fumatori in riduzione in tutta europa), riabilitazione e approccio del medico*
- *Politiche per la riduzione dell'esposizione ambientale*



Progetto strategico mondiale per la diagnosi, trattamento e prevenzione della BPCO 2011:
Valutazione combinata di gravità della BPCO



Progetto strategico mondiale per la diagnosi, trattamento e prevenzione della BPCO 2011: Valutazione combinata della gravità della BPCO

Nel valutare il rischio, tenere in considerazione il valore più alto fra gravità della ostruzione bronchiale o storia di riacutizzazioni

Paziente	Caratteristiche	Classificazione Spirometrica	Riacutizzazioni/ anno	mMRC	CAT
A	Basso rischio Sintomi lievi	GOLD 1-2	≤ 1	0-1	< 10
B	Basso rischio Sintomi gravi	GOLD 1-2	≤ 1	≥ 2	≥ 10
C	Alto rischio Sintomi lievi	GOLD 3-4	≥ 2	0-1	< 10
D	Alto Rischio Sintomi gravi	GOLD 3-4	≥ 2	≥ 2	≥ 10

La mancata o non corretta assunzione dei medicinali o la non aderenza alla terapia prescritta causa in Europa 200.000 morti l'anno ed il costo della non aderenza è stimato tra gli 80 e i 120 miliardi di euro l'anno

Acute exacerbation of COPD in ED

(F. Germini et al.....SIMEU Study Group)

- *4396 pazienti (1° genn. 14 al 31 dic. 14)*
- *34 centri (universitari e non)*
- *Età media 76.6 anni con 38.8% femmine*
- *Comorbidità: Insuff. Cardiaca 26.4% e CAD 22.6, DM 22.8%, Cancro 13.2%*
- *Insuff. Respiratoria 30.4%, Polmonite 11%*
- *Trattamento: O2 59.9%, broncodilatatori 60.8%, steroidi inalatori 56.9%, steroidi 53.1%, ATB 22.8%, Teofillina 4.3%, NIMV/CPAP 8.6%*

Acute exacerbation of COPD in ED

(F. Germini et al.....SIMEU Study Group)

- *Esito: dimessi 27.1%, OBI 2.6%, ricoverati 64.6%
(Medicina/Geriatria 64.6%, Pneumologia 18.1%, TI 1.7%)*
- *Morti in H 3.6%, MV 2%, degenza 10.8 gg.*
- *Lo 0.5% di tutti gli accessi in ED*
- *Costo medio del ricovero: 3822 Euro*
- *Costo medio dell'accesso in Ambulanza (54.7%): 118 Euro*
- *Costo medio della visita in ED: 242 Euro*
- *Costo medio per paziente in ED: 2619.2 Euro*

3/4 della spesa per la BPCO va in ricoveri



PROGETTO INTERATENEO "FARMACIA DI COMUNITÀ"

DIABETE - BPCO – DISLIPIDEMIE - SCOMPENSO CARDIACO

Con il patrocinio di:



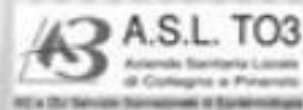
simeu



Università di Torino



Ordine dei Farmacisti Federfarma Piemonte



➤ **FORMAZIONE**

Diabete 2013: 900 farmacie, 1500 farmacisti

Diabete 2014: 500 farmacie; 760 farmacisti

Diabete 2015: 4 farmacie; 8 farmacisti

BPCO 2014: 600 farmacie; 736 farmacisti

BPCO 2015: 201 farmacie; 242 farmacisti

Dislipidemie 2014: 600 farmacie; 776 farmacisti

Dislipidemie 2015: 122 farmacie; 134 farmacisti

Scompenso cardiaco 2014: 600 farmacie 667 farmacisti

Scompenso cardiaco 2015: 180 farmacie 220 farmacisti

➤ **STUDIO OSSERVAZIONALE:** questionari **ADERENZA** e **PREVENZIONE**

Diabete 10000 + 3000 (Fase I e II)

➤ Valutazione dell'**EFFICACIA DEL RUOLO DEL FARMACISTA** su:

aderenza e prevenzione

aderenza linee guida diabete (GID)

riduzione della spesa sanitaria

2015→ Progetto esecutivo all'interno del Programma CCM 2015, Ministero della Salute -Centro Nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie "La farmacia dei servizi per il controllo delle patologie croniche: sperimentazione e trasferimento di un modello di intervento di prevenzione sul diabete tipo 2."

OBIETTIVO GENERALE:

Verificare la fattibilità, la trasferibilità e l'efficacia di un modello di intervento per il controllo del diabete, centrato sulla farmacia dei servizi.

OBIETTIVO SPECIFICO 1:

Individuare gli elementi che maggiormente influenzano la **fattibilità** e il **successo del modello organizzativo piemontese**.

OBIETTIVO SPECIFICO 2:

Realizzare un pacchetto formativo standard di formazione a distanza (**FAD**) **per i farmacisti**.

OBIETTIVO SPECIFICO 3:

Alla luce dei risultati della valutazione di processo (obiettivo 1), ridefinire il protocollo operativo dell'intervento, centrato sulla farmacia dei servizi e mirato alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria del diabete.

OBIETTIVO SPECIFICO 4:

Verificare sul campo la trasferibilità dell'intervento in diversi contesti territoriali regionali e provinciali.

OBIETTIVO SPECIFICO 5:

Valutare l'efficacia dell'intervento in termini di riduzione dei **ricoveri impropri e degli accessi al Pronto Soccorso** per i pazienti diabetici in Piemonte.

OBIETTIVO SPECIFICO 6:

Promuovere un'azione di *equity audit* basata sull'**analisi dei determinanti sociali** della frequenza di diabete misconosciuto e della non aderenza alle terapie raccomandate e (limitatamente al Piemonte) sulla valutazione dell'impatto dell'intervento sulle disuguaglianze.

OBIETTIVO SPECIFICO 7:

Valutare l'impatto economico dell'intervento in Piemonte.

OBIETTIVO SPECIFICO 8:

Avviare la fase pilota di adattamento del modello ad altre **patologie croniche**.

GRAZIE A...



Roberto Gnani
Teresa Spadea
e
Giuseppe Costa



Università di Torino
Dipartimento di Scienza e
Tecnologia del Farmaco

Francesca Baratta
Marco Parente

Massimo Colino

Beatrice Iozzino
Irene De Pellegrini
Irene Pignata

Fabrizio Dassetto
Gilda Spremulli



Giorgio Carbone



Ezio Festa



Mario Giaccone

Ordine dei Farmacisti della provincia di Torino



Massimo Mana

Federfarma Piemonte

Per mantenere e potenziare i livelli di salute, il SSN (Servizio Saniatrio Nazionale) tende ad ottimizzare le risorse **attenuando la pressione sugli ospedali e diminuendo gli accessi inappropriati al Pronto Soccorso.**

Per concorrere ad una adeguata, innovativa, continua e personalizzata presa in carico del paziente si presenta quindi la possibilità e **la necessità di una Farmacia di Comunità intesa come un presidio socio-sanitario polivalente** in cui il focus dell'attività del farmacista passa dal farmaco al paziente/cliente.

Il farmacista è quindi il fondamentale protagonista di questa evoluzione: **capace di fornire consigli e informazioni sull'uso dei medicinali in collaborazione con i medici, promuovere un uso razionale dei medicinali, seguire l'aderenza alla terapia dei pazienti, avvisare adeguatamente il paziente sulle possibili reazioni avverse o interazioni e monitorare le eventuali conseguenze, valutare i miglioramenti dello stato di salute, contribuire a promuovere uno stile di vita sano e la prevenzione delle malattie.**

CONCLUSIONI

- 1. Rischio di sviluppo BPCO inversamente correlato con stato socio-economico*
- 2. Intervento preventivo più importante è l'interruzione del fumo (Aderenza alla terapia)*
- 3. L'ospedalizzazione dipende fortemente da:*
 - Età popolazione*
 - Disponibilità posti letto*
 - Organizzazione ED*

