

Sorveglianza nell'ambito delle patologie respiratorie



COMPONENTI DEL GRUPPO

- **Baraldi Eugenio** - SIMRI
- **Bevilacqua Marcantonio** - SNAMID
- **Bruschelli Carla** - SIMG
- **Claudio Maria Sanguinetti** - FISAR
- **D'Argenio Paolo** - Coordinatore PASSI
- **Di Maria Giuseppe** - SIMER
- **Dottorini Maurizio** - ACCP
- **Falcone Franco** - Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO)
- **Ferrante Gianluigi**
- **Fausta Franchi** - Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus
- **Frateiaci Sandra** - FederASMA e ALLERGIE Onlus – Federazione Italiana Pazienti
- **Giampaoli Simona** - Istituto Superiore di Sanità
- **Isnardi Emanuele** - AITFR
- **Laurendi Giovanna** - Ministero della Salute, DG Prevenzione
- **Moretti Anna Maria** - PI
- **Paggiaro Luigi** - Progetto Libra
- **Privitera Emilia** - ARIR
- **Rusticali Bruno** - AGENAS
- **Rossi Oliviero** - SIAIC
- **Viegi Giovanni** - CNR

Coordinatori:	Segreteria Scientifica di GARD – Italy
Giovanna Laurendi - Ministero della Salute, DG Prevenzione	Sonia Mele - Ministero della Salute, DG Prevenzione
Anna Maria Moretti - PI	

Linee di attività 2013-2014

- Ambiente e malattie respiratorie
- Sorveglianza nell'ambito delle malattie respiratorie (dati nazionali eterogenei, sottostima della prevalenza di patologia)
- Formazione: Asma ed allergie nel bambino
- Fumo ed ambiente domestico
- Continuità assistenziale: Insufficienza Respiratoria (ossigenoterapia domiciliare modelli integrati di assistenza domiciliare al paziente respiratorio)

La sorveglianza nell'ambito delle malattie respiratorie

- Introduzione
- Costi
- Analisi contesto attuale
- Discussione
- Conclusioni e proposte

Introduzione

Sorveglianza

(Perché)

- Avere informazioni adeguate a stimare frequenza ed evoluzione temporale dei fattori di rischio per la salute;
- Diffusione delle misure di prevenzione;
- Informazioni utili per valutare progressi e risultati raggiunti;
- Orientare le scelte strategiche e le decisioni operative.

Sorveglianza

Il documento analizza i dati attualmente disponibili per le malattie respiratorie croniche ed i relativi fattori di rischio, sottolineando le attuali criticità e proponendo un set di possibili indicatori da individuare su base nazionale, per il controllo e la sorveglianza delle malattie respiratorie croniche.

Costi

Costi

- Le patologie respiratorie croniche sono particolarmente rilevanti non solo per il peso epidemiologico ma anche per il risvolto economico e sociale e per la loro ricaduta su tutti i diversi livelli e strati del sistema sanitario e sociale.
- Esse gravano sui malati, il sistema sanitario e la società, in termini di sofferenze, disabilità e costi diretti e indiretti.
- La durata media della BPCO la trasforma nella malattia più costosa esercitando il suo peso maggiore, in termini di consumo di risorse, soprattutto nelle fasi avanzate e terminali complicate dall'insufficienza respiratoria (IR).
- Una ricerca analitica di letteratura sui costi della BPCO relativamente al periodo 1998-2010 ha confermato che la voce di costo più rilevante è tuttora quella relativa alla ospedalizzazione, quindi afferente ai costi diretti.

Analisi contesto attuale

ISTAT (1/2)

- Nella classificazione delle malattie del sistema respiratorio, nelle voci di causa di morte, vengono codificate: influenza e polmonite (influenza, virus influenzale identificato e non, polmoniti di varia natura), altre infezioni acute delle basse vie respiratorie (bronchite acuta, bronchiolite acuta, infezione acuta delle basse vie respiratorie non specificata), malattie croniche delle basse vie respiratorie (bronchite non specificata come acuta o cronica, bronchite cronica specificata e non, enfisema, altre pneumopatie ostruttive croniche, asma, bronchiectasia), malattie polmonari da agenti esterni (pneumoconiosi di varia natura, condizioni morbose respiratorie da diversi agenti esterni) , pneumopatie che interessano prevalentemente l'interstizio (ARDS, edema polmonare, pneumopatie interstiziali, altre malattie dell'apparato respiratorio (insufficienza respiratoria non classificata altrove, disturbi respiratori in malattie classificate altrove).

ISTAT (2/2)

- L'andamento delle percentuali dei decessi per malattie respiratorie sul totale dei decessi reperiti dai dati Istat dall'anno 2006 all'anno 2012 sono nell'anno 2006 il 6,39% , 2007 il 6,6, %, 2008 il 6,49 %, 2009 il 6,82 %, anno 2010 il 6,67 %, anno 2011 il 6,86 %, anno 2012 il 7,12%.
- Nel quadriennio 2009-2012 vengono specificati i decessi per patologie respiratorie con dati numerici, che le differenziano, rilevando come le malattie croniche delle basse vie respiratorie registrino in modo costante il maggior numero di decessi, le morti per polmonite e altre malattie del sistema respiratorio siano in aumento e quelle relative all'asma in decremento.
- Dalla estrapolazione dai dati ISTAT viene confermato che le malattie dell'apparato respiratorio nel triennio 2010-2012 rappresentano la terza causa di morte dopo le malattie del sistema circolatorio e i tumori.

Centro Nazionale Ricerca (CNR) (1/2)

- Dal 1991 al 2010 è stato osservato un incremento della prevalenza di asma dal 4.1% al 6.6% nella popolazione giovane adulta (20-44 anni). Anche nelle prevalenze di sibili, di difficoltà di respiro e di costrizione toracica sono stati osservati incrementi dal 10.1% al 13.9%, dal 7.7% al 8.5% e dal 7.6% al 10.2% rispettivamente.
- 2009-2011 Pisa, progetto Europeo IMCA2 (*Indicators for Monitoring COPD and Asthma in the EU*), è stata condotta una terza indagine trasversale per valutare lo stato di salute respiratoria della popolazione generale. Rispetto alle prime due indagini (PI1-PI2), è emersa una prevalenza più elevata di malattie/sintomi respiratori: tosse usuale 18.8%, espettorato usuale 21.4%, attacchi di asma correnti 7.7%, BPCO 10.4% e asma 8.3%.

Centro Nazionale Ricerca (CNR) (2/2)

- Lo studio SIDRIA riporta un incremento di prevalenza di asma nei bambini (6-7 anni) e adolescenti (13-14 anni) da 9.1% a 9.5% e da 9.1% a 10.4%, rispettivamente.
- Studio SIDRIA2 ha osservato nei bambini e adolescenti una prevalenza di sintomi asmatici pari al 13.5% e una prevalenza di tosse o espettorato pari al 6.8% .
- Nello studio sul campione di popolazione generale del Delta Padano, è stato riportato un tasso di prevalenza dell'ostruzione delle vie aeree variabile dall'11% al 57% in soggetti con età ≥ 46 anni, applicando differenti criteri di ostruzione.
- I dati mostrano come nelle ultime decadi vi sia stato un generale incremento dei sintomi/malattie respiratori nella popolazione Italiana. L'asma ha raggiunto prevalenze del 6-8% in campioni di popolazione generale e nei giovani adulti; il 9-10% dei bambini soffre di asma.

Health Search

(Dati raccolti da Medici di Medicina Generale)

- Prevalenza di BPCO mostra un trend crescente che varia dal 2.1% del 2003 al 2.9% del 2011, con stime sensibilmente maggiori negli uomini (2.8% nel 2003 vs. 3.5% nel 2011) rispetto alle donne (1.5% nel 2003 vs. 2.3% nel 2011).

Health Examination Survey (HES) e Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia (PASSI) (1/4)

- *L'Health Examination Survey (OEC/HES) 2008-2012* è una indagine parzialmente supportata dal Ministero della Salute e realizzata dall'Istituto Superiore di Sanità in accordo di collaborazione con l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO-HCF), svolta per valutare lo stato di salute della popolazione generale adulta (35-79 anni) italiana attraverso la somministrazione di un questionario sull'autodichiarazione di alcune patologie cronicodegenerative, tra cui l'asma bronchiale e la broncopneumopatia cronica ostruttiva, e la misurazione diretta con la spirometria degli indicatori di funzionalità respiratoria.

Health Examination Survey (HES) e Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia (PASSI) (2/4)

- Nell'indagine svolta tra il 2008 ed il 2012 il 9.8% (I.C. 95%: 9,2%-10,4%) delle persone tra 35-79 anni ha riferito di aver avuto una diagnosi di bronchite cronica, asma bronchiale, enfisema o insufficienza respiratoria. Più in dettaglio la prevalenza di MRC aumenta nelle persone più anziane (14,5% nella fascia di età 70-79 anni), in quelle con basso livello di istruzione (11,1% nelle persone con titolo di studio elementare o media inferiore), nei fumatori correnti (10,6%) e negli ex-fumatori (11,2%) e nelle persone in sovrappeso (9,6%), in modo particolare negli obesi (12,8%).

Health Examination Survey (HES) e Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia (PASSI) (3/4)

- Il sistema PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) è il sistema di sorveglianza sui principali fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili in Italia, sostenuto dal Ministero della Salute con il suo Centro Nazionale di Prevenzione e Controllo delle Malattie (CCM).

Health Examination Survey (HES) e Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia (PASSI) (4/4)

- Oltre a rilevare i fattori di rischio individuali della malattia respiratoria cronica (MRC), il sistema è in grado di stimare la frequenza di persone tra 18 e 69 anni che dichiarano di avere avuto la diagnosi di una malattia respiratoria cronica (bronchite cronica, asma bronchiale, enfisema polmonare, insufficienza respiratoria) e la diffusione, tra queste, di alcuni fattori di esposizione e di protezione quali l'esposizione al fumo attivo e passivo, l'eccesso ponderale, la sedentarietà, la frequenza di tentativi riusciti e falliti di cessazione del fumo, l'attenzione e la messa in pratica del *minimal advice* da parte degli operatori sanitari, l'adesione da parte dei cittadini alla campagna vaccinale antinfluenzale. Inoltre PASSI può descrivere nelle persone con MRC la qualità della vita connessa alla salute, attraverso la misurazione degli *Healthy Days*, e la presenza di sintomi di depressione, attraverso il *Patient Health Questionnaire (PHQ-2)*.

Health Examination Survey (HES) e Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia (PASSI) (1/2)

- I dati PASSI 2008-2014 mostrano che, tra le persone con MRC, il 34% continua a fumare; circa tre persone su 10 riportano che è consentito fumare nella casa in cui vivono; il 13% sostiene che il divieto di fumo non è rispettato nei luoghi di lavoro.
- Dai dati PASSI risulta che tra le persone con MRC più della metà sono in eccesso ponderale (IMC>25).
- Tra le persone con MRC più di un terzo (37%) è sedentario.

Health Examination Survey (HES) e Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia (PASSI) (2/2)

- La copertura vaccinale attuale tra i 18-64enni con MRC è del 26%, valore che indica chiaramente un forte scostamento dagli obiettivi minimi perseguibili.
- I dati PASSI 2008-2014 sulla qualità di vita connessa alla salute, mostrano che la percentuale di intervistati che percepiscono un cattivo stato di salute e di quelli che sono stati male per almeno 2 settimane, dal punto di vista fisico, psicologico o funzionale è molto più alta tra le persone con MRC rispetto a quelle senza MRC. Anche la presenza di sintomi depressivi (umore depresso e perdita di interesse per le attività della vita), negli ultimi 30 giorni, è più che doppia tra le persone con MRC rispetto alle altre.

Discussione

Discussione (1/2)

- In base ai dati mostrati, la condizione delle persone affette da MRC è suscettibile di grandi miglioramenti per tutti i fattori presi in considerazione.
- Per quanto riguarda la BPCO, i dati riportati nel data base Health Search (3%) sono sensibilmente inferiori rispetto a quanto emerso dagli studi epidemiologici, che riportano una diagnosi di BPCO nel 10.4% della popolazione e ostruzione delle vie aeree con prevalenza variabile dall'11% al 57%, a seconda del criterio spirometrico utilizzato. Questa ampia forbice di valori è principalmente dovuta ai differenti criteri di valutazione dell'ostruzione bronchiale che possono essere utilizzati.
- Sarebbe quindi necessario ed auspicabile condurre periodicamente indagini epidemiologiche respiratorie sulla popolazione italiana che utilizzino il medesimo criterio di valutazione della malattia, per ottenere dati comparabili che permettano di conoscere l'effettivo carico delle malattie respiratorie croniche e la loro evoluzione nel nostro Paese.
- L'esatta dimensione del fenomeno necessita di essere valutata tramite interventi adeguati di sorveglianza sanitaria: la sottostima della diagnosi di BPCO, che è responsabile di circa il 55% dei morti per MRC, comporta pesanti conseguenze in termini di prevenzione e gestione sia per i pazienti (tardato riferimento di sintomi cronici) che per i medici (scarso utilizzo della spirometria).

Discussione (2/2)

Fare emergere una conoscenza il più oggettiva possibile sulle malattie respiratorie consentirebbe di:

- sviluppare un percorso standardizzato per ottenere dati sui fattori di rischio, sull'incidenza della malattia e sui suoi trends, sulla valutazione e possibilità di scambio di buone pratiche, sulla qualità ed affidabilità delle cure, sulla spesa correlata e su ogni altro elemento che possa permettere un'appropriata sorveglianza delle malattie respiratorie croniche;
- valutare la situazione attuale e, attraverso l'esame dei trend negli ultimi 10 anni delle principali patologie respiratorie, rappresentare un'analisi preliminare dei dati che consenta di far emergere le malattie respiratorie croniche come prioritarie nella sanità pubblica e quindi indirizzare la scelta politico-strategica nella giusta direzione;
- indirizzare le azioni di prevenzione verso i fattori di rischio più diffusi tra le persone con MRC;
- svolgere attività di advocacy finalizzata ad aumentare la consapevolezza su queste patologie e creare alleanze per stimolare l'attenzione alle malattie respiratorie attraverso programmi di informazione, strategie per l'educazione ed il supporto individuale e delle famiglie;
- verificare puntualmente i risultati dei programmi intrapresi.

Proposte (1/2)

Considerando che:

- nell'ambito degli Indicatori sanitari della Comunità Europea si evidenzia una generale mancanza di dati per numerosi indicatori, nonché la mancanza di standardizzazione dei dati raccolti da paesi diversi e anche all'interno dello stesso paese, e considerando altresì i lunghi tempi necessari alla messa in opera di sistemi sanitari informatizzati, risulta evidente come ad oggi l'unica metodologia affidabile sia quella degli studi cross-sectional ripetuti sulla popolazione generale.
- Durante il secondo semestre europeo in cui l'Italia ha avuto la Presidenza, la riunione Chief Medical Officer, tenutasi a Roma nell'ottobre 2014, ha sottolineato la necessità di migliorare e standardizzare la sorveglianza epidemiologica e la raccolta di dati sensibili nell'ambito delle malattie respiratorie.
- Anche il primo Workshop Internazionale "Large scale population-based surveys on respiratory health in Italy and Europe", tenutosi a Verona nell'ottobre 2014, ha evidenziato l'importanza della sorveglianza epidemiologica condotta secondo metodi e protocolli standardizzati, che consiste proprio nella capacità di provvedere alla raccolta di preziose informazioni tramite questionari e test obiettivi, non sostituibili dalle statistiche sanitarie di routine.

Proposte (2/2)

Proposta set di indicatori

Utilizzando i sistemi informativi esistenti:

- Mortalità (ISTAT) BPCO-ASMA (divisi per età e sesso)
- Prevalenza (PASSI- HES-ISTAT) (health Search diagnosticata dal mmg)
- Ricoveri e costi (SDO)
- Numero di accessi pronto soccorso.

Conclusioni

- Si impone una riflessione su come migliorare efficienza e qualità del sistema;
- La Sorveglianza rappresenta un momento importante nella pianificazione di un intervento sanitario, soprattutto in funzione delle scelte strategiche istituzionali.
- Numerosi elementi della letteratura scientifica di settore evidenziano che un investimento in interventi di prevenzione, purché basati sull'evidenza scientifica, costituisce una scelta vincente, capace di contribuire a garantire, nel medio e lungo periodo, la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale (SSN).
- Una corretta prevenzione delle malattie respiratorie croniche risulta imprescindibile per consentire di conciliare una ottimale assistenza sanitaria con una spesa pubblica sostenibile.
- Un impegno programmato per la prevenzione primaria delle malattie respiratorie croniche (tramite l'eliminazione o il controllo dei fattori di rischio) e per la prevenzione secondaria/terziaria delle conseguenze delle suddette patologie potrebbe avere un notevole impatto sulla salute pubblica.
- L'attenzione deve essere focalizzata sulla prevenzione, riducendo i fattori di rischio a livello individuale e agendo in maniera sistemica per rimuovere le cause che impediscono ai cittadini scelte di vita salutari. Sono noti diversi fattori che aumentano il rischio di sviluppare la malattia, alcuni di essi modificabili (fumo di sigaretta, sovrappeso/obesità, sedentarietà e abuso di alcool, ecc...), sui quali, pertanto, la prevenzione può intervenire, e altri non modificabili (età, generale, menopausa e familiarità).