



**Servizio “Analisi, Verifica e
Valutazione delle Performances
e delle Innovazioni”
Ricerca & Sviluppo -**



REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI DELLE UNITA' DI PNEUMOLOGIA TERRITORIALE

Tavolo tecnico Pneumologia

M. Carone (coordinatore), E. Costantino, P. Barone, F. Dadduzio, G. D' Ambrosio, M.P. Foschino, V. Giorgio, R. Lagioia, G. Massari, A.M. Moretti, M. Patricelli, O. Resta, E. Sabato, R. Sabato, S. Scoditti, C. Tarantino, E. Tupputi, M. Virgilio

a cura di:

F. Dadduzio, M. Patricelli, E. Sabato, C. Tarantino

INDICE

Pag. 2	Indice
Pag. 3	Premessa, materiali, metodi, obiettivi e conclusioni
Pag. 5	Generalità e quadro normativo
Pag. 7	Prestazioni erogate e relativi codici
Pag. 8	Personale
Pag. 9	Dotazione strumentale minima
Pag. 10	Pneumologia distrettuale
Pag. 11	Bibliografia

PREMESSA

Con Delibera n. 35 del 13 marzo 2013 è stato istituito un tavolo tecnico “ Pneumologia “ finalizzato a “ realizzare le condizioni per una collaborazione stabile tra il gruppo di lavoro HTA ed i rappresentanti delle Società Scientifiche AIPO, SIMeR, Fondazione Salvatore Maugeri, Università, altre società scientifiche quali AIMAR e SIMG, varie AASSLL, AA.OO-Universitarie, IRCCS e Enti Ecclesiastici

Il tavolo tecnico si è insediato formalmente il 3 aprile 2013 ed ha impegnato i propri componenti in sottogruppi di lavoro su specifiche tematiche all’ interno di obiettivi generali descritti nella delibera n. 35.

In data 30 luglio 2013 è stato consegnato al gruppo di lavoro HTA AReS Puglia il documento “ Linee Guida sulla Ventilazione meccanica domiciliare; definizione ed acquisizione dei ventilatori polmonari per il trattamento ospedaliero e domiciliare della insufficienza respiratoria cronica e dei disturbi respiratori del sonno “. Tale documento è stato recepito integralmente da AReS Puglia con la delibera n. 129 del 7 ottobre 2013 e trasmessa all’ Assessorato alle Politiche della Salute.

I sottogruppi di lavoro, a partire dal 3 aprile 2013, hanno lavorato al fine di produrre i seguenti ulteriori documenti:

- 1) Modelli organizzativi, tecnologici e strutturali delle U.O. di Pneumologia Ospedaliera
- 2) Requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi delle U.O. di Pneumologia Territoriale
- 3) Percorsi diagnostico-terapeutici e di follow-up dei disturbi respiratori del sonno (DRS) e della sindrome delle apnee notturne ostruttive (OSAS) in particolare
- 4) Differenze di genere nella BPCO. Dati di ospedalizzazione nella regione Puglia (tale documento è stato elaborato in collaborazione con i dott. M.S.Gallone, D. Parisi, C. Germinarlo)

MATERIALE E METODI

Per la stesura del documento “**Requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi delle U.O. di Pneumologia Territoriale**” il sottogruppo di lavoro ha seguito il seguente cronoprogramma:

- 1) lettura e rielaborazione dei dati di letteratura scientifica, delle linee guida nazionali, delle linee di indirizzo delle altre regioni attualmente esistenti, nonché della normativa di legge;
- 2) revisioni seriate del documento secondo il metodo di correzione e riproposta online con inclusione delle nuove proposte;
- 3) valutazione nelle riunioni di gruppo della stesura più recente del documento con registrazioni di tutti gli ulteriori suggerimenti proposti;
- 4) stesura della versione finale del documento

OBIETTIVI

Definizione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi delle U.O. di Pneumologia Territoriale in un contesto complesso quale la realtà regionale pugliese in cui sempre maggior peso viene dato alla gestione domiciliare del paziente cronico. Tale definizione ha come scopo quello di garantire la decongestione degli ospedali ed un ottimale contemporaneo servizio al paziente a livello territoriale.

CONCLUSIONI

Sono stati definiti i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi delle U.O. di Pneumologia Territoriale tali da offrire una completa offerta diagnostico-terapeutica al paziente affetto da patologie pneumologiche trattabili a livello extra-ospedaliero.

GENERALITA'

La Pneumologia pugliese si deve fondare sulla valorizzazione e sul potenziamento delle due realtà fondamentali su cui si articola:

A. Le Unità Operative di PNEUMOLOGIA TERRITORIALE

B. Le Unità Operative di PNEUMOLOGIA OSPEDALIERA

Tali realtà devono essere intese come di pari valore, autonome l'una dall'altra ma funzionalmente interdipendenti tra loro.

L'aumentata incidenza di patologie respiratorie ed il conseguente rilevante impatto sociale deve determinare un'adeguata risposta sanitaria al fine di:

- A. migliorare la qualità dell'assistenza, privilegiando ove possibile il trattamento domiciliare
- B. migliorare la qualità di vita dei pazienti affetti da insufficienza respiratoria
- C. migliorare la qualità delle prestazioni mediche pneumologiche
- D. ottimizzare la spesa sanitaria
- E. decongestionare le U.O. di Terapia Intensiva Generale (rianimazione)

UU. OO. di PNEUMOLOGIA TERRITORIALE

Negli ultimi anni si è potuto assistere, grazie anche ai progressi della medicina, ad un aumento della vita media .

Ciò ha portato però un invecchiamento della popolazione generale e quindi un aumento delle patologie croniche quali la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) e l'Insufficienza Respiratoria Cronica.

La patologia respiratoria è una delle maggiori cause di morte e morbilità nel mondo e le attese per il futuro prospettano un aumento in frequenza delle morti causate dalla BPCO e dal cancro del polmone, forme entrambe ricollegabili ai rischi del fumo di tabacco ed all'ambiente.

Le cause di morte relative a questi gruppi rappresentano in Italia più del 14% dei decessi annuali e l'impatto delle malattie respiratorie sulla struttura sanitaria ospedaliera italiana supera annualmente il 6,5% dei ricoveri ordinari.

L'aumento delle patologie respiratorie, in particolar modo della broncopneumopatia cronica e dell'Insufficienza Respiratoria Cronica (dovuta anche a malattie non prettamente pneumologiche, quali malattie neuromuscolari come la SLA), porta a un maggior impiego di risorse, umane e finanziarie, per l'assistenza dei pazienti.

Pertanto è importante non trascurare la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione di tali affezioni, cercando di offrire al paziente una continuità diagnostico-terapeutica con un'integrazione fra le strutture territoriali e quelle ospedaliere.

A tal proposito ben si adattano le UU. OO. di Pneumologia Territoriale, quali strutture affidate a Specialisti del settore che costituiscano un efficace filtro al ricovero ospedaliero.

Tali strutture hanno il compito di svolgere, per la patologia respiratoria, attività specialistica preventiva, diagnostica e terapeutica, nonché da filtro e da preparazione al ricovero, oltre a permettere la dimissione anticipata e protetta, la continuità terapeutica guidata, la riabilitazione extraospedaliera.

Un tempo queste strutture erano deputate al controllo capillare della tubercolosi, ora invece oltre a continuare a svolgere i vecchi compiti sono diventate di strategica importanza nell'ambito pneumologico: fungono da filtro nei ricoveri (con il monitoraggio clinico, il trattamento domiciliare e la prevenzione) evitando che le Divisioni ospedaliere vengano congestionate da ricoveri impropri per condizioni patologiche che possono essere gestite ambulatorialmente.

Inoltre è fondamentale il ruolo delle strutture di Pneumologia territoriale nella gestione domiciliare dei pazienti in ossigenoterapia a lungo termine e soprattutto in ventilazione meccanica domiciliare, i quali altrimenti non potrebbero essere seguiti efficacemente.

Il Servizio di Assistenza Respiratoria Domiciliare (effettuato dalle Pneumologie Territoriali) mira a trasferire al domicilio del paziente la tecnologia e le competenze specialistiche pneumologiche, in modo da avere un continuo monitoraggio del paziente.

Ciò permette un evidente miglioramento della qualità di vita e della sopravvivenza dei malati, consentendo inoltre di ridurre i costi.

Per quanto riguarda la tubercolosi è essenziale un maggior controllo su tutta la popolazione a rischio. La sorveglianza antitubercolare deve essere svolta con protocolli condivisi e articolati anche con i Dipartimenti di Prevenzione (con una particolare sensibilità con quelle realtà come i CARA e gli Istituti Carcerari) e con la Medicina del Lavoro, con i relativi medici competenti per quanto attiene il monitoraggio del personale sanitario.

L'incentivazione delle UU. OO. di Pneumologia Territoriale favorirà l'identificazione precoce dei malati e la loro cura (spesso anche a domicilio) potendo così anche intervenire sui contatti (familiari, ecc.).

QUADRO NORMATIVO:

I C.P.A. (Consorti Provinciali Antitubercolari) sono sorti come enti preposti alla lotta alla TBC con **legge del 24/07/1919**. Nel tempo hanno svolto attività specialistica non più soltanto fisiologica, ma anche pneumologica, in rapporto al sempre più frequente riscontro di broncopneumopatie croniche invalidanti e di tumori polmonari.

Legge 833/1978 di riforma sanitaria: i C.P.A. sono ricompresi nell'ambito del Servizio di Prevenzione e di Igiene Ambientale delle U.S.L., assicurando prestazioni in campo pneumologico.

Legge Regionale n° 36 del 20/07/1984 Art. 29, punto d): sono soppressi i C.P.A. con conseguente cessazione dell'attività giuridica. I Presidi ed i Servizi già dipendenti dagli stessi sono attribuiti alle USL nel cui ambito sono compresi. Le USL sono tenute ad assicurare le prestazioni relative.

Delibera G. R. n° 614 del 16/05/2000: stabilisce i compiti del SIP (servizi di igiene pubblica) e del SP (servizio di pneumologia) riguardo al nuovo programma di prevenzione e controllo della TBC.

Legge Regionale n°1 del 12/01/2005, art. 21 ".....nell'Azienda USL sono previste obbligatoriamente le seguenti strutture complesse.....) servizi di pneumofisiologia, istituiti, alla data del 31 dicembre 2003, dalle aziende sanitarie sulla base delle direttive regionali emanate con

deliberazioni della Giunta regionale n. 3227 del 23 luglio 1996 e n. 614 del 16 maggio 2000, a seguito della soppressione dei Consorzi provinciali antitubercolari (CPA)”.

PRESTAZIONI EROGATE E RELATIVI CODICI

- ❖ Attività ambulatoriale di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie respiratorie (visite pneumologiche ecc.)
- ❖ Prevenzione, diagnosi e cura della TB. Sorveglianza delle categorie a rischio
- ❖ Educazione sanitaria rivolta ai pazienti per il training all'autogestione della patologia respiratoria (scuola asma, BPCO, allergia)
- ❖ Attività educazionale rivolta alla popolazione, con interventi nelle scuole e realizzazione di specifici corsi di formazione per MMG
- ❖ Prevenzione e la cura del tabagismo (Centro antifumo)
- ❖ Prescrizione e monitoraggio della ossigenoterapia a lungo termine
- ❖ Assistenza Respiratoria Domiciliare per i pazienti in OLT e in ventilazione meccanica domiciliare
- ❖ Pneumologia Riabilitativa ambulatoriale per quei pazienti che non necessitano di riabilitazione respiratoria omnicomprensiva di almeno 3 ore al giorno
- ❖ Monitoraggio cardio-respiratorio e adattamento al ventilatore polmonare

In particolare vengono erogate le seguenti prestazioni:

Visita pneumologica	cod. R17
Visita pneumologica di controllo	cod. R171
Spirometria semplice	cod. 89371
Test di broncodilatazione farmacologia	cod. 89374
Prelievo arterioso	cod. 91485
Emogasanalisi arteriosa	cod. 89651
Monitoraggio incruento della saturimetria arteriosa	cod. 89655
Test del cammino 6min	cod. 89442
Visite domiciliari + Emogasanalisi arteriose + Spirometrie a domicilio dei pazienti impossibilitati a raggiungere gli ambulatori	cod. R0173 (+89651+91485)
Prescrizione dell'Ossigenoterapia a Lungo Termine (OLT)	
Dosaggio dell'Ossido Nitrico(FeNO) nell'espriato-	cod. 89386
Diffusione Alveolo-capillare del CO(DLCO)	cod. 89383
Spirometria globale	cod. 89372
Resistenze vie aeree	cod. 89381
Visita allergologica	cod. R027
Immunizzazione	cod. 9912
Prove allergometriche	cod. 91904
Saturimetria notturna	cod. 89655
Monitoraggio cardiorespiratorio notturno	cod. 8917
Intradermoreazione di Mantoux,	cod. 90781
Screening antitubercolari per i contatti di pazienti affetti da tbc (parenti ma anche scuole, Centri di raccolta per Extracomunitari, istituti di ricovero per cronici, istituti di ricovero per anziani, carcere, ecc).	
Riabilitazione respiratoria individuale	cod. 93181
Riabilitazione respiratoria collettiva	cod. 93182
Respirazione a pressione positiva intermittente	cod. 9391
Cure domiciliari per pazienti con tbc dimessi dagli ospedali	
Attività amministrative per i rapporti con l'INPS.	

PERSONALE

1 Direttore

1 Pneumologo per distretto S. S. o 1 ogni 60.000 abitanti, a seconda delle caratteristiche del territorio

2 Infermieri per ambulatorio

1 Collaboratore Amministrativo

2 Fisioterapisti per ASL

Disponibilità auto per accessi domiciliari

Si sottolinea che:

- ❖ **la figura di un Direttore è indispensabile al fine di coordinare e di uniformare le prestazioni nei vari Distretti, anche ai sensi della succitata Legge 1/2005**

- ❖ **gli pneumologi distrettuali devono operare in stretto coordinamento funzionale con il Direttore delle U.O. di Pneumologia Territoriale o - laddove manchi quest'ultimo - con il Direttore delle U.O. di Pneumologia Ospedaliera limitrofa, al fine di coordinare e di uniformare le prestazioni ed i percorsi diagnostico-terapeutici.**

DOTAZIONE STRUMENTALE MINIMA

❖ PER OGNI ASL

- 1 Spirometro con cabina pletismografia e modulo per DLCO
- 2 Polisonnigrafi
- 2 Cyclette
- 1 tapis roulant
- 1 armoergometro
- 1 Lettino per drenaggio
- 1 CPAP
- 2 AUTOCPAP
- 1 Bi-Level

❖ PER CIASCUN AMBULATORIO:

- 1 emogasometro portatile
- 1 spirometro con modulo per volume residuo
- 1 saturimetro con memoria, software e possibilità di stampa
- 1 Spirometro portatile
- 1 Erogatore di gas medicali
- 1 Aspiratore
- 1 Kit per diagnostica allergologica

PNEUMOLOGIA DISTRETTUALE

In attesa che sia attuata in tutto il territorio della Regione Puglia la **Legge Regionale n°1 del 12 Gennaio 2005, art. 21** di cui sopra, è necessario che ciascun ambulatorio distrettuale di pneumologia - per garantire un servizio adeguato alle esigenze della popolazione - posseda i seguenti requisiti minimi:

- 1 emogasometro portatile (anche condiviso con altri ambulatori)
- 1 spirometro (meglio se con modulo per volume residuo e DLCO)
- 1 saturimetro con memoria, software e possibilità di stampa

Gli pneumologi distrettuali devono operare in stretto coordinamento funzionale con il Direttore delle U.O. di Pneumologia Territoriale o - laddove manchi quest'ultimo - con il Direttore delle U.O. di Pneumologia Ospedaliera limitrofa, al fine di coordinare e di uniformare le prestazioni ed i percorsi diagnostico-terapeutici.

BIBLIOGRAFIA

1. **Legge 833/1978** di riforma sanitaria
2. **Legge Regionale n° 36 del 20/07/1984**
3. **Delibera G. R. n° 614 del 16/05/2000**
4. **Legge Regionale n°1 del 12/01/2005**
5. **Progetto di ricerca: “Metodologie e strumenti per la standardizzazione di percorsi diagnostici e terapeutici” La Gestione del Paziente con Insufficienza Respiratoria Cronica - Carlo LEO, Eugenio SABATO, Ottavio NARRACCI**
6. **Delibera 41/2012 AReS Puglia: Accordo di collaborazione con il Ministero della Salute per la realizzazione del progetto “ Modello di assistenza pneumologica territoriale per i pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica “**