



21-24 NOVEMBRE 2023
AREZZO FIERE E CONGRESSI

18



Le esigenze organizzative e la presa in carico e gestione tempestiva del paziente

ANTONINO MAZZONE

Direttore Dipartimento Area Medica
HONORARY FOLLOW FADOI
PROF Medicina Interna dipartimento di studi europei
Jean Monnet University

Legnano H nuovo



#ForumRisk18

23 NOVEMBRE | Tavolo 1

14:30 - 18:30 | **L'OTTIMIZZAZIONE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI DI GESTIONE DEI PAZIENTI CON ILDS**
Esperienze a confronto e proposte migliorative

A cura di Forum Risk Management in Sanità*

Coordinano: **Enrico Dall'ardi** (Presidente Commissione per l'Innovazione e la Sicurezza in Sanità) e **Alberto Drei** (Coordinatore)

Apertura: **Alberto Drei** (Coordinatore)

1 Sessione: **Il Ruolo del team multidisciplinare nella gestione del paziente con fibrosi polmonare progressiva secondaria a malattia reumatica**
Modelli organizzativi della presa in carico delle ILDS

Criticalità diagnostico-terapeutiche e bisogni organizzativi insoddisfatti: la voce del paziente
Sara Severoni (Vicepresidente ANMOP COV)

La multidisciplinarietà quale strategia organizzativa per la gestione di bisogni complessi: il razionale clinico
Antonino Mazzone (Direttore Obitorio area malattie reumatiche ASST Ovest Milano)

Tavola rotonda: **Il Punto di vista delle direzioni sanitarie: le leve organizzative chiave da implementare per l'ottimizzazione dell'approccio Multidisciplinare**

Ottavio Alessandro Nicastro (Direttore Sanitario ASU Rizzolo), **Franco Rizzato** (Direttore Sanitario Azienda Socio Sanitaria Territoriale Pavia), **Laura Chiappa** (Direttore Sanitario Fondazione IRCCS Cà' Granda/Ospedale Maggiore Policlinico Milano)

2 Sessione: **Evoluzione dei modelli di gestione organizzativa: il valore del setting territoriale**
Insorgenza di ILDS secondarie a malattie reumatiche: i risultati di una indagine RWVE basata su indicatori organizzativi
Luca Degli Esposti (Presidente e Direttore Ospedale DCO)

Accesso tempestivo ai centri di assistenza e continuità terapeutica: il punto di vista delle associazioni pazienti
Antonella Cellario (Presidente AIRA/NOI app)

Le esigenze organizzativa e la presa in carico e gestione tempestiva del paziente
Antonino Mazzone (Direttore Dipartimento area medico e medicina interna ASST Ovest Milano)

Tavola rotonda: **Il valore del setting territoriale per l'ottimizzazione del journey del paziente: dalla diagnosi al follow up**

Eivira Bianco (Direttore Sanitario ASU Caraggi, Firenze) e **Rosa Parfida** (Direttore Sanitario ASU Policlinico di Bari)



www.forumriskmanagement.it



*Il sottoscritto **ANTONINO MAZZONE**
in qualità di moderatore, relatore, formatore, tutor, docente,
all'evento
ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 17 del Reg.
Applicativo dell'Accordo Stato-Regione del 5 novembre 2009, che
negli ultimi due anni ha avuto rapporti diretti di finanziamento con i
seguenti soggetti portatori di interessi commerciali in campo
sanitario:*

*Conference fees (last three years):
BMS,Boeringher, Daichi Sankio,
Italfarmaco, Merck ,Pfizer ,Mundipharma,
Bayer ,Novartis, Sanofi-aventis*

FADOI/ Negli Usa è boom di assunzioni mentre in Italia si tagliano i posti letto

La centralità degli internisti

Reparti per densità di cura e letti "flessibili" per gestire le cronie



Il «New England Journal of Medicine» pubblica regolarmente dal 2009 aggiornamenti sulla formazione medica e l'organizzazione ospedaliera. Da una recente analisi emerge che negli Stati Uniti nel corso degli ultimi 13 anni (1996-2009) la presenza degli specialisti in medicina interna (gli hospitalist) è cresciuta dal 5,6% al 19%, a differenza di quanto è avvenuto per altre figure specialistiche (gastroenterologia, cardiologia, nefrologia ecc.) che in termini di incremento non hanno registrato aumenti significativi nel periodo preso in esame.

Negli States gli «hospitalist» sono passati dal 5,6% al 19%

Il progressivo incremento dei medici internisti negli ospedali americani è andato di pari passo con l'innalzamento della vita media della popolazione e con il conseguente aumento di patologie croniche, come diabete mellito, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco, broncopneumopatie croniche ostruttive, malattie oncologiche, malattie neurologiche degene-

rativie, malattie reumatiche, ecc. In termini statistici la situazione sociale nel nostro Paese non differisce da quella americana: gli over 65 rappresentano circa il 20% della popolazione e gli ultrasettantenni sono quasi 3 milioni, molti di loro affetti da una patologia acuta e da 3-4 patologie croniche. Si tratta di pazienti che necessitano di molte cure e di un approccio "olistico", che sappia rispondere alla loro realtà complessa e polipatologica.

Ma a fronte di ciò, in Italia, non esiste una realtà di accoglienza medico-ospedaliera altrettanto strutturata, anche se di fatto il medico internista per la sua capacità di visione olistica del paziente ha acquisito un ruolo sempre più determinante nella organizzazione ospedaliera anche al servizio di settori apparentemente lontani da lui come ad esempio l'ortopedia e la chirurgia.

Esistono già numerose esperienze di presa in carico di pazienti anziani pluripatologici sottoposti a interventi ortopedici o chirurgici da parte degli internisti con risul-

ti rilevanti in termini di outcome. In questo approccio nella ortopedia e nella medicina perioperatoria e nella sua capacità di affrontare il paziente critico dovunque esso si trovi all'interno dell'ospedale, l'internista ospedaliero italiano si sta avvicinando molto alla figura dell'Hospitalist americano.

Noi di Fadoi crediamo che nei prossimi anni sarà necessario affrontare questa nuova realtà in maniera sistematica, sia attraverso un'appropriate organizzazione intraospedaliera che consenta di gestire al meglio la complessità di questi pazienti, sia attraverso una maggiore integrazione tra Medicina interna e Medicina generale.

Negli ultimi anni abbiamo purtroppo assistito a continui tagli di posti letto ospedalieri senza che vi fosse una parallela realizzazione di strutture di supporto a livello territoriale. Ne è derivata una situazione difficile da gestire in reparti come quelli di Medicina interna, che, sempre più affollati (oltre 1,5 milioni di ricoveri, di cui l'80% proveniente dalle strutture di Pronto soccorso), hanno dovuto sempre più spesso ricorrere alla logica di "appoggiare" i propri malati presso altri reparti, con tutti i rischi legati a forme di assistenza non

adeguate alla complessità del paziente. E ai faticosi turnover dei Medici internisti in corsia corrispondenti sul territorio, un medico di famiglia solo e a disagio con i "senzaiani" affetti da molteplici patologie, spesso di difficile gestione.

Per affrontare questa situazione sarà necessario cominciare a ragionare sul cambiamento, sulle diverse realtà culturali e sociali con cui il mondo della Sanità deve confrontarsi. Per questo devono essere implementati nuovi schemi organizzativi.

A esempio un'organizzazione dei reparti di Medicina interna secondo il criterio dell'intensità di cura, un'area di accoglienza differenziata in relazione ai bisogni dei pazienti, che si avvarrà di team di medici e infermieri in grado di assistere pazienti che necessitano di prima assistenza per gravi patologie, come ictus, edema polmonare acuto, ecc. Andrà introdotto anche il concetto di posto letto "flessibile", cioè non etichettato all'interno di un settore spacia-

lizzato con una funzione monotematica, in quanto oggi antiscientifico e antiscientifico.

In sintesi, sarà importante rivalutare un modello di assistenza che metta il paziente al centro dell'attenzione di tutti gli operatori della Sanità e che si avvalga di figure mediche capaci di gestire questo cambiamento.

Fadoi stiamo investendo molto sull'importanza di una formazione che passi attraverso l'acquisizione di molte competenze: la conoscenza, l'esperienza, nei grandi ospedali a contatto con il paziente, l'abilità tecnica e quella relazionale - perché crediamo che questa sia la strada più efficace per arrivare ad affrontare la complessità assistenziale degli anni futuri.

Carlo Nozzoli, Presidente nazionale Fadoi
Antonio Mazzone, Presidente Fondazione Fadoi
Federazione delle Associazioni dei dirigenti ospedalieri internisti

NOVEMBRE 2023
10 FIERE E CONGRESSI



Le esigenze organizzative
INTEGRAZIONE OSPEDALE
TERRITORIO
TELEMEDICINA

e la presa in carico
SPECIALISTA NEI GRUPPI DI CURA
PRIMARIE
PERCORSO EARLY ARTHRITIS

#ForumRisk18



www.forumriskmanagement.it



la **nostra**
storia
la scriviamo
noi





cordo tra generalisti e ospedale». Il raccordo territorio-ospedale, in quanto realtà di solito poco
zione tra i diversi livelli di assistenza così delineato – dicono i partecipanti al progetto pilota – garantisce una sostanziale
con garanzia di ricovero "preferenziale". Per Santagati «ieri l'ottica prevalente era quella della malattia separata nelle sue fasi; oggi l'impegno deve essere quello del malato affrontato con approccio globale». «Come? Unificando il governo funzionale e l'organizzazione de servizi – dettaglia il direttore generale dell'a.o. di Legnano – perché più o meno tutti i piani



Legnano - MARINO CASELLA

21-24 NOVEMBRE 2023
AREZZO FIERE E CONGRESSI



PRESENZA DEGLI SPECIALISTI NEI GRUPPI DI CURE PRIMARIE

- 1 REUMATOLOGO**
- 2 PNEUMOLOGO**
- 3 DIABETOLOGO**
- 4 CARDIOLOGO**
- 5 INTERNISTA**

in atto in Lombardia

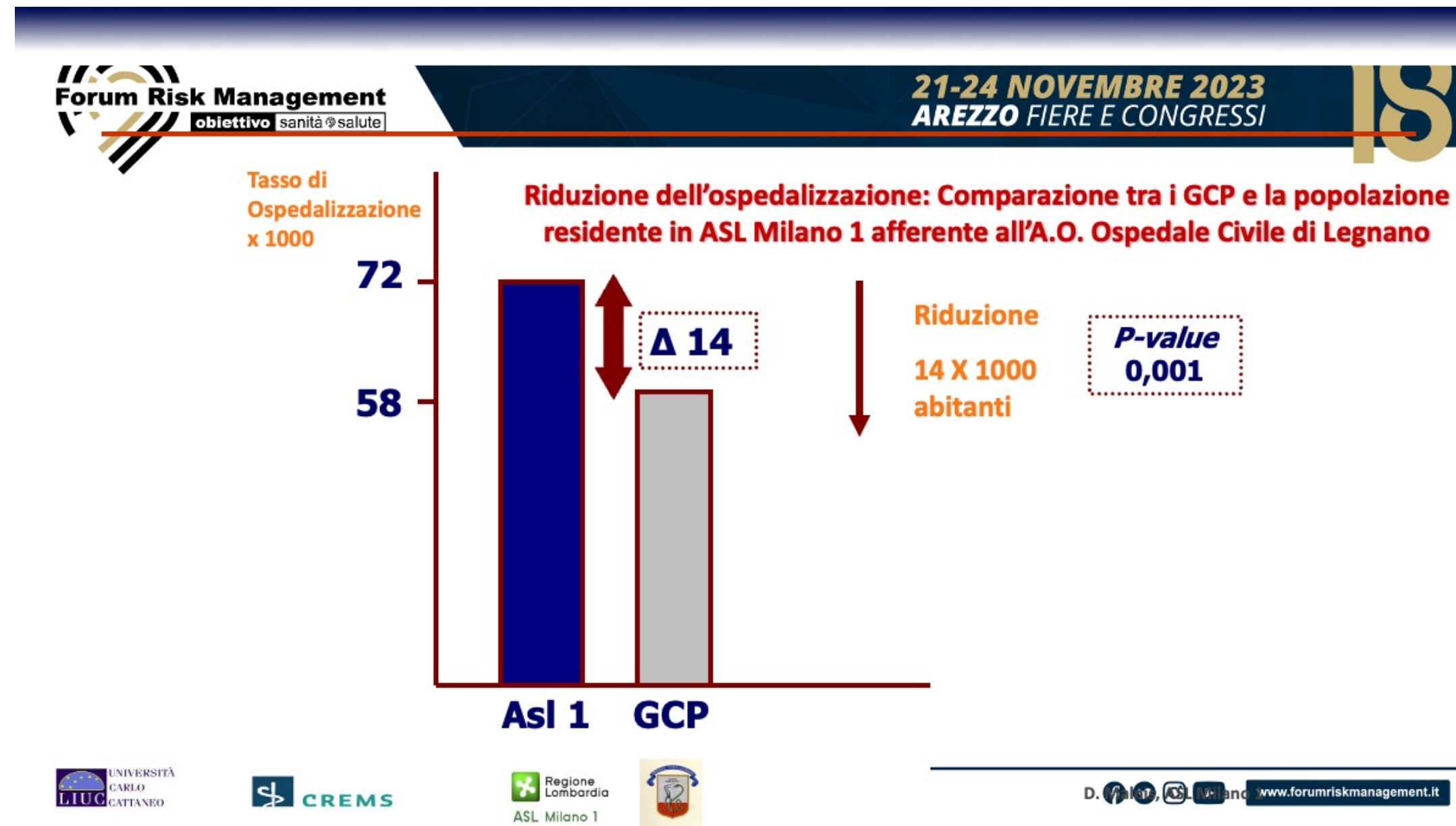
Specialisti dal generalista

D'intesa con i Gruppi di cure primarie sono garantite prestazioni specialistiche che evitano ricoveri impropri
Il progetto pilota avviato dall'azienda ospedaliera di Legnano e dall'Asl Milano 1

Il collegato alla Finanziaria 2008, che prevede un rafforzamento della medicina territoriale e un suo maggiore coordinamento con l'ospedale, di fatto riprende l'esperienza di un "progetto pilota" in atto in Lombardia, più esattamente a Legnano. Del resto, per gestire le patologie più problematiche in regime extra ospedaliero e per tentare di ricorrere al ricovero solo nei casi

#ForumRisk18

www.forumriskmanagement.it





AZIENDA OSPEDALIERA
OSPEDALE CIVILE DI LEGNANO
 Ospedali: Legnano - Cuggiono - Magenta - Abbiategrasso

Sistema Sanitario Regione Lombardia

21-24 NOVEMBRE 2023
AREZZO FIERE E CONGRESSI

Risultati di efficacia

Percentuale di re-ricoveri nel periodo 01/09/2010 - 30/11/2013

Percentuale di re-ricoveri entro 30 giorni con medesima diagnosi sul totale dei Pazienti presi in carico per scompenso cardiaco/insufficienza respiratoria/BPCO *	6%
*(nei dati di riferimento di letteratura tale percentuale varia dal 28 al 40%)	
Percentuale di re-ricoveri entro 90 giorni con medesima diagnosi sul totale dei Pazienti presi in carico per scompenso cardiaco/insufficienza respiratoria/BPCO	9,6%



AZIENDA OSPEDALIERA
OSPEDALE CIVILE DI LEGNANO
 Ospedali: Legnano - Cuggiono - Magenta - Abbiategrasso

Sistema Sanitario Regione Lombardia

21-24 NOVEMBRE 2023
 AREZZO FIERE E CONGRESSI
 The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE



PERSPECTIVE

Thirty-Day Readmissions — Truth and Consequences
 Karen E. Joynt, M.D., M.P.H., and Ashish K. Jha, M.D., M.P.H.
 N Engl J Med 2012; 366:1366-1369

I. Stefani, A. Mazzone

Comment:

The importance of a comprehensive vision

Although hospital's patient population and the resources of the community, important drivers of readmission rates, are indeed factors that are difficult for hospitals to change, our experience confirms the importance of organizational models to ensure Hospital/Territory integration and protect resignations. In 2008 **Legnano Hospital (Italy)** started a project for territorial medicine and hospital activity coordination, through General Practitioners Primary Care Groups, with activities provided by integrated hospital specialists, and protected resignation (clinic/phone management, personalized care plan, PCG involvement). Overall readmissions for heart or respiratory failure and OCBP within 30 days was significantly reduced from 28% to 6%. Our experience confirms importance of a comprehensive vision to achieve reduction in readmissions rate and appropriate use of the beds, particularly for chronic illness.

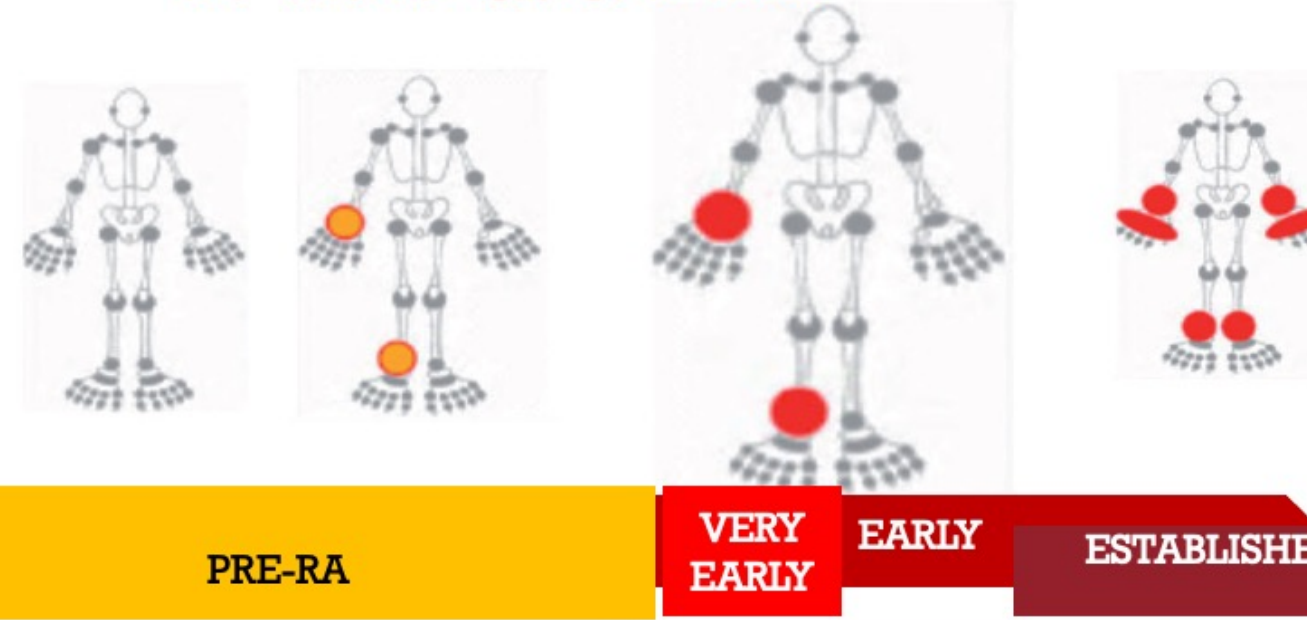


21-24 NOVEMBRE 2023
AREZZO FIERE E CONGRESSI

18

DIAGNOSTIC CHALLENGE TO BETTER local **OUTCOMES**

EARLY arthritis



WINDOW OF OPPORTUNITY

< 12 weeks
 < 1 years
 < 2 years

#ForumRisk18

www.forumriskmanagement.it



21-24 NOVEMBRE 2023
AREZZO FIERE E CONGRESSI

Progetto "Early Diagnosis in Rheumatic Diseases" teleconsulto

- Protocollo di intesa effettuato con i MMG in modo da rendere più agevole la comunicazione tra Medico di Medicina Generale e Specialisti Reumatologi
- Webinar sincroni con MMG con la condivisione di Linee guida per la diagnosi ed impostazione di una prima terapia nelle patologie reumatologiche di maggiore frequenza nell'attesa della valutazione specialistica (polimialgia reumatica, artrosi, connettiviti, arterite di Horton, artriti, osteoporosi)
- Numero telefonico dedicato e teleconsulto per il **contatto diretto con lo Specialista e slots dedicati alle visite**

Feed Back

- Diminuzione del 40% di accessi impropri
- 60% impostazione di una terapia di 1° livello domiciliare (gota – osteoporosi- polimialgia reumatica)
- Prescrizione di indagini di 1° livello già orientate alla diagnosi (inizio più tempestivo di terapie mirate)

#ForumRisk18

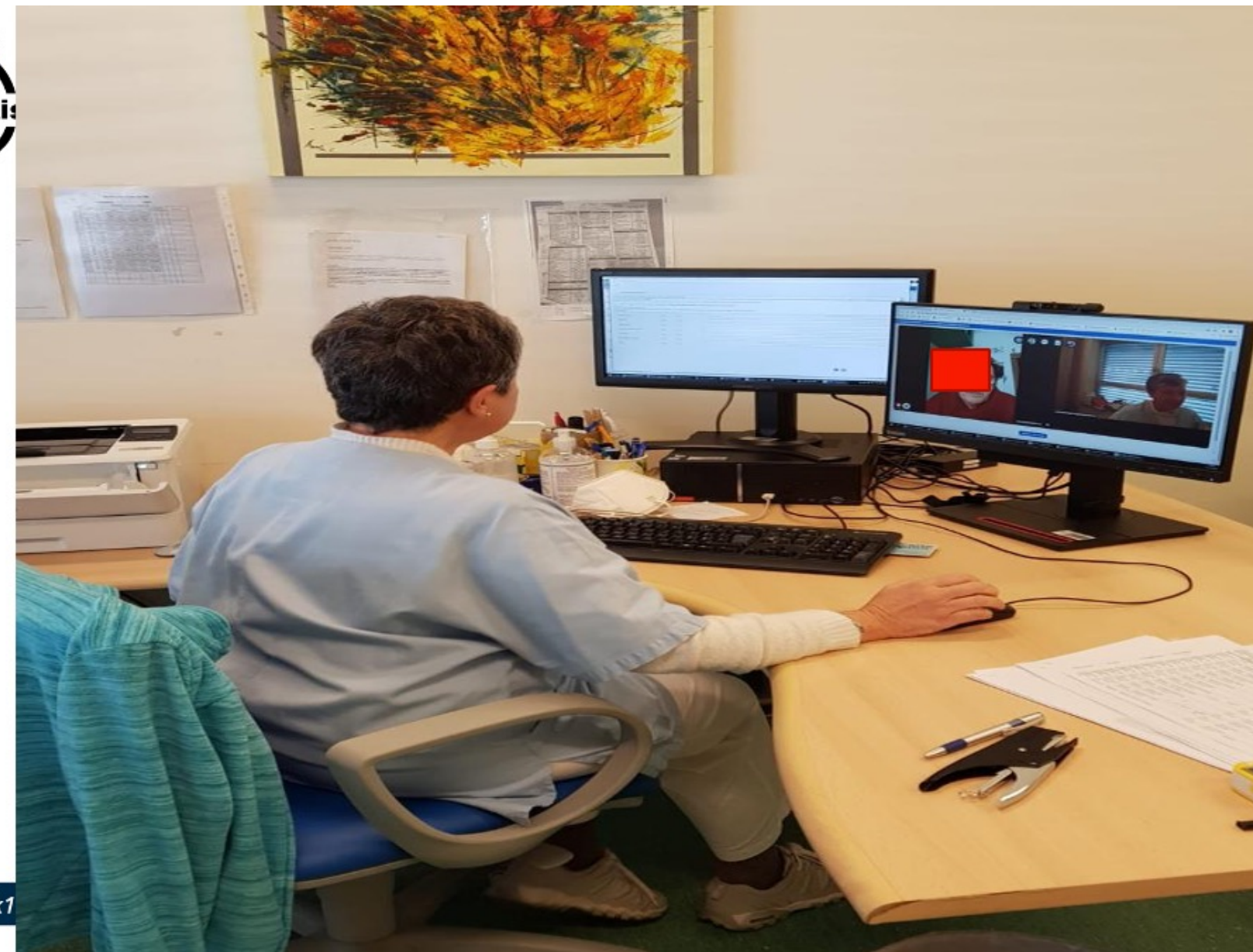


www.forumriskmanagement.it



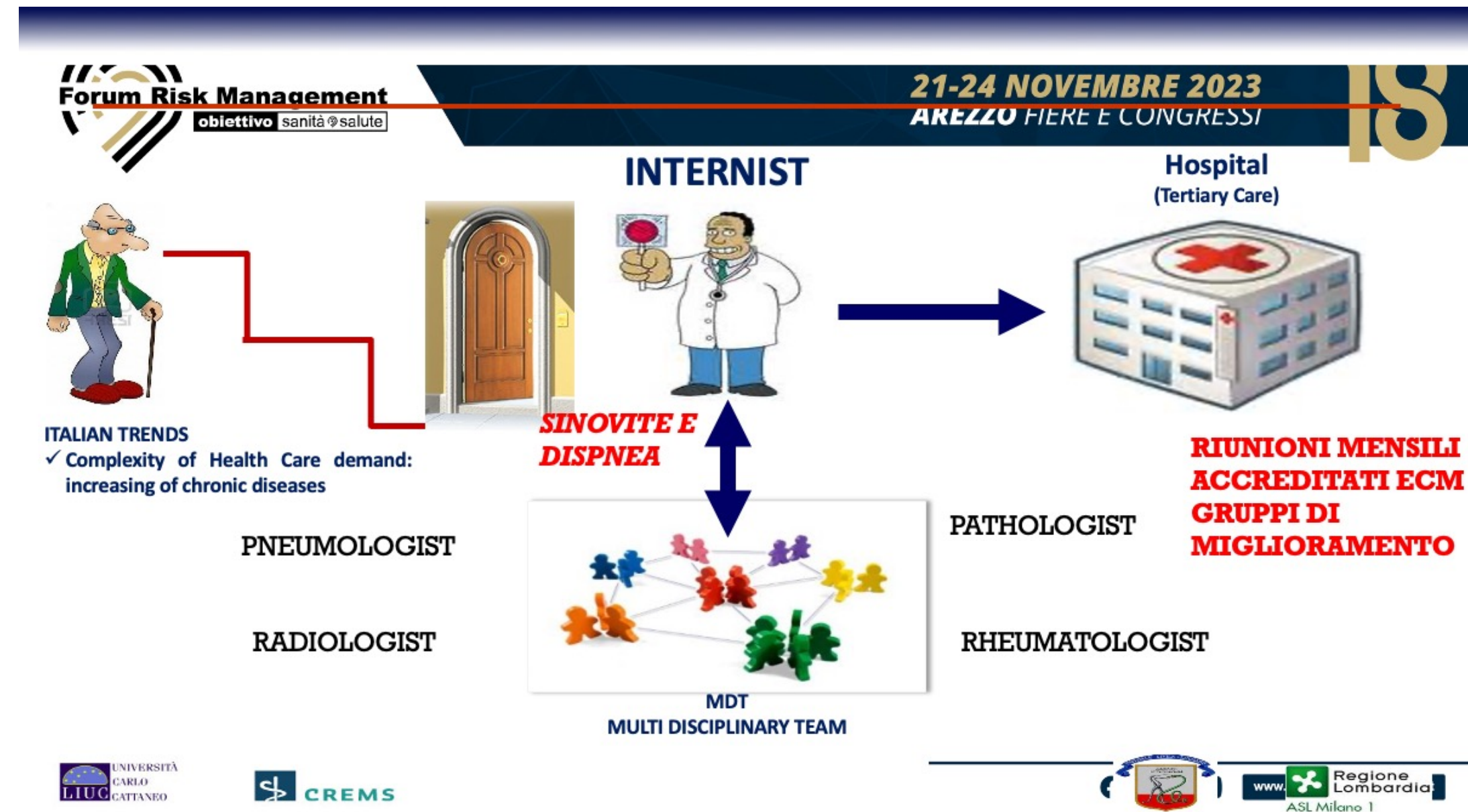
r
e
u
m
a
t
o
l
o
g
i
a

#ForumRisk1



A
S
T
O
V
E
S
T
M
I
L
A
N
E
S
E

www.forumriskmanagement.it



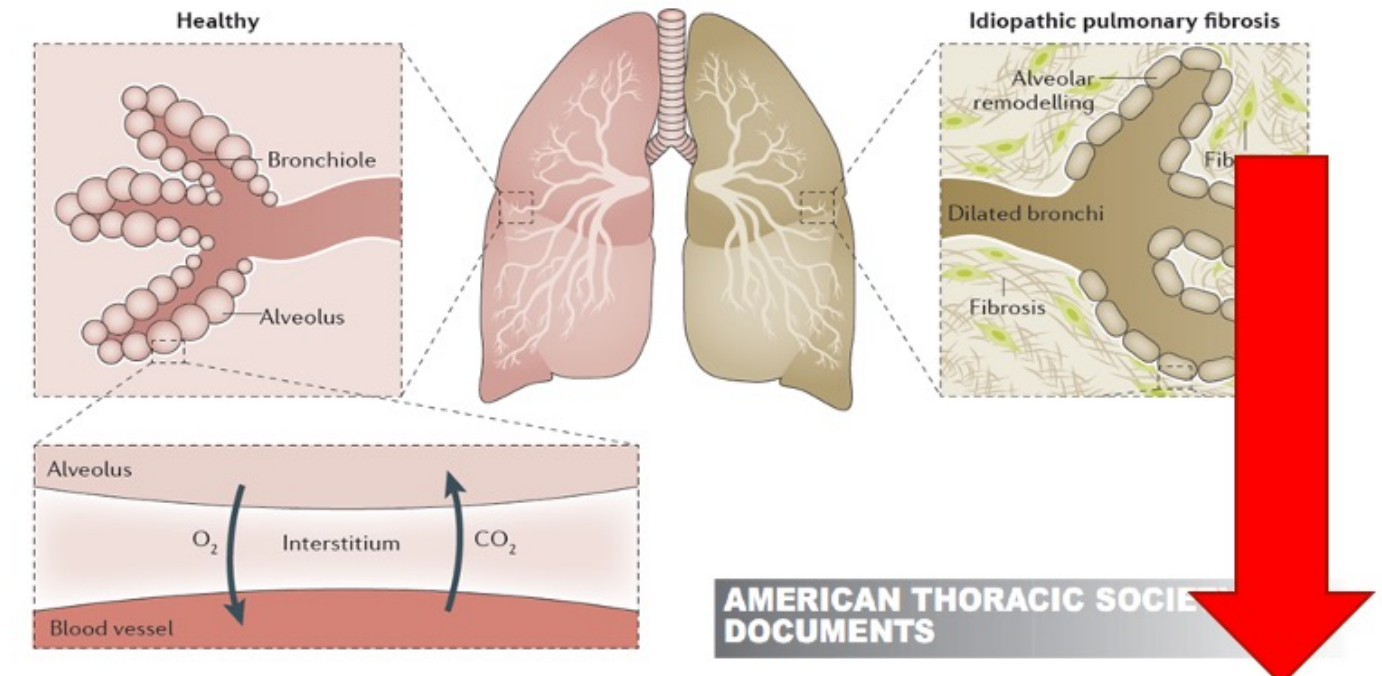
Gruppo multidisciplinare scleroderma Unit locale

Gruppo ILD multidisciplinare con incontro mensile per discussione dei casi complessi in associazione a Cardiologo e Radiologo dedicato alla diagnostica polmonare e dedicato alla scl unit interna con slot dedicati agli esami di radiologia
Ambulatorio di pneumologia e cardiologia mediante percorso dedicato (tipo day service)

Ambulatorio lesioni cutanee con infermiere dedicate

Servizio dietetico dedicato ai pazienti sclerodermici con dietiste formate con consulenze personalizzate

Servizio di chirurgia plastica dedicato alla esecuzione di lipofilling periorale Tale attività è a disposizione dello Scleronet qualora vi siano i seguenti criteri: • Microstomia



AMERICAN THORACIC SOCIETY DOCUMENTS

Idiopathic Pulmonary Fibrosis (an Update) and Progressive Pulmonary Fibrosis in Adults
 An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline

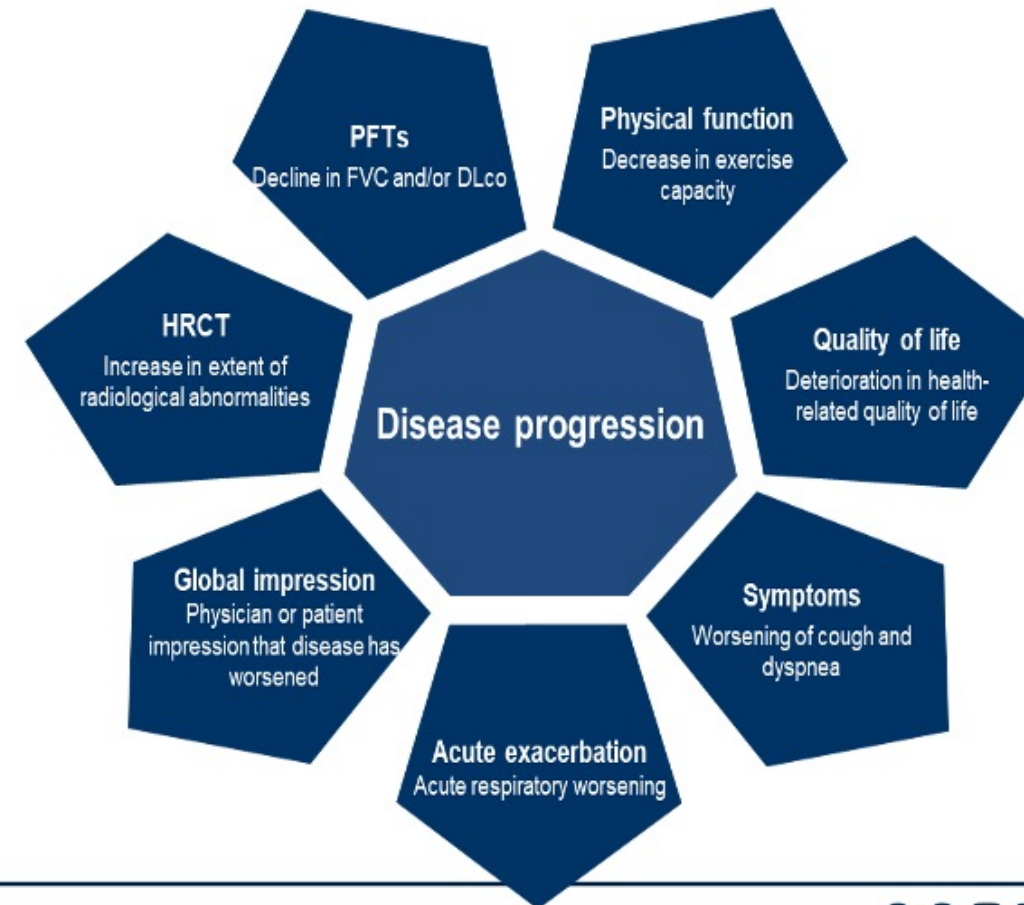
Garish Raghur, Marline Remy-Jardin, Luca Richiardi, Carey C. Thomson, Yoshikazu Inoue, Takeshi Johkoh, Michael Kreuter, David A. Lynch, Toby M. Maher, Fernando J. Martinez, Maria Molina-Molina, Jeffrey L. Myers, Andrew G. Nicholson, Christopher J. Ryerson, Mary E. Strek, Lauren K. Troy, Marlies Wilsenboek, Ming J. Mermel, Tarek Hossain, Brittany D. Bissell, Derrick D. Herman, Stephanie M. Hon, Fayer Kheir, Yet H. Khor, Madalina Macrea, Katerina M. Antoniou, Demosthenes Bouros, Ivette Buscua-Roldan, Fabian Cao, Bruno Cristiani, Lawrence Ho, Jife Morisset, Amy L. Olson, Anna Podolanczuk, Venerio Poletti, Mosis Selman, Thomas Erwig, Stephen Jones, Shandra L. Knight, Marya Ghazipura, and Kevin C. Wilson, on behalf of the American Thoracic Society, European Respiratory Society, Japanese Respiratory Society, and Asociacion Latinoamericana de Torax

#ForumRisk18

forumriskmanagement.it



Progression of ILDs are subject to the judgement of the physician.
 To obtain a comprehensive understanding of the extent of disease progression, a multifaceted, multidisciplinary approach is vital



#ForumRisk18



www.forumriskmanagement.it

Interstitial Lung Disease Associated With Autoimmune Rheumatic Diseases: Checklists for Clinical Practice

S. Boselli et al.



TABLE 3 | Check list of red flags sign or symptom suggestive of ILD.

Presence of basal velcro crackles on chest auscultation.
 Dry cough and exertional dyspnea, not justified by an infectious respiratory or cardiological pathology in progress.

ORIGINAL RESEARCH
 published: 15 October 2021
 doi: 10.3389/fmed.2021.732761

frontiers
 in Medicine

TABLE 6 | Identification and monitoring of SSc-ILD.

	Signs and symptoms*	Spirometry and DLCO	HRCT
Baseline/diagnosis time	Check	Yes	Yes
Follow-up in patients without a known ILD	Check at every examination	Every 6–12 months or in case of onset of respiratory signs or symptoms [^]	Every 24 months Every 12 months in presence of risk factors ^a
Follow-up in patients with a known ILD	Check at every examination NB: Worsening of symptoms are suggestive of ILD progression or complications ^o	Every 6–12 months, or every 3–6 months, if risk factors ^a are present	To be performed every 12 months according to clinical status In case of rapid deterioration, re-evaluate the timing

^aRisk factors should be assessed at every examination. Risk factors include male gender, diffuse skin disease, and presence of anti-Scl70 antibodies.

^oPresence of basal velcro crackles, dry cough and exertional dyspnea, not justified by a respiratory infection or cardiological pathology in progress.

[^]Infection, cancer, heart failure, drug toxicity.

[^]Do not delay spirometry if DLCO is not available in a short time.

TABLE 2 Risk factors for progression of non-idiopathic pulmonary fibrosis interstitial lung diseases (ILDs)

Risk factor	First author (year) [ref.]	Hazard ratio (95% CI)	p-value
General risk factors			
UIP	FLAHERTY (2019) [2]	1.53 (-0.68–3.74)	0.0001
BMI	ALAKHRAS (2007) [19]	0.93 (0.89–0.97)	0.0001
Oxygen desaturation during 6MWT*	ALFIERI (2020) [20]	OR [†] 8.7 (4.42–17.3)	0.0001
Disease			
Fibrotic hypersensitivity pneumonitis			
Decline in FVC	GIMENEZ (2018) [21]	4.13 (1.96–8.70)	0.0001
Lower baseline FVC	GIMENEZ (2018) [21]	1.03 (1.01–1.05)	0.0001
Antigen identification	GIMENEZ (2018) [21]	0.18 (0.04–0.77)	0.0001
MUC5B [‡] /TLD gene variants	LEY (2019) [22]	3.52 (1.87–6.62)	0.0001
Rheumatoid arthritis-ILD			
UIP versus NSIP	ZAMORA-LEGOFF (2017) [9]	3.29 (1.28–8.41)	0.0001
High levels of CCP antibody/anti-CCP2 titres [†]	KHAN (2021) [23]	1.05 (1.01–1.10)	0.0001
Smoking, 30 pack-years	KRONZNER (2021) [24]	OR [†] 6.06 (2.72–13.5)	0.0001
Fibrotic score on HRCT	SOLOMON (2016) [25]	1.02 (1.01–1.03)	0.0002
Extent of fibrosis on HRCT	SOLOMON (2016) [25]	1.12 (1.08–1.17)	<0.000006
Systemic sclerosis			
Low baseline DLCO <65% and low baseline DLCO <55%	SANCHEZ-CANO (2018) [27]; HOFFMANN-VOLD (2019) [28]	OR [†] 1.02 (1.01–1.03)	<0.001
Decline in DLCO >15%	LE GOUELLEC (2017) [29]	2.03 (1.25–3.29)	<0.005
Decline in KCO >10%	GOH (2017) [26]	2.35 (1.40–3.95)	<0.001
Fibrotic score on HRCT	IBRAHIM (2020) [30]	2.52 (1.16–5.49)	0.02
Extent of fibrosis on HRCT (HRCT extent 10–30% and FVC <70%)	GOH (2008) [31]	3.46 (2.19–5.46)	<0.0005

UIP: usual interstitial pneumonia; BMI: body mass index; 6MWT: 6-min walk test; NA: not available; FVC: forced vital capacity; NSIP: non-specific interstitial pneumonia; CCP: cyclic citrullinated peptide; HRCT: high-resolution computed tomography; DLCO: diffusing capacity of the lung for carbon monoxide; KCO: transfer coefficient of the lung for carbon monoxide. *: 6MWT correlates to some extent with DLCO levels, but should not be strictly viewed as a surrogate marker [32]; †: hazard ratio for the risk factor was not available in the literature; hence, odds ratio was considered; ‡: usefulness of assessing anti-citrullinated peptide antibody levels merits future research as this study was done only in women.



Lancaster *Multidisciplinary Respiratory Medicine* (2018) 13:45
<https://doi.org/10.1186/s40248-018-0158-z>

Multidisciplinary
 Respiratory Medicine



REVIEW

Open Access



Utility of the six-minute walk test in patients with idiopathic pulmonary fibrosis

Lisa H. Lancaster^{1,2}

Abstract

The six-minute walk test (6MWT) is a simple test that is widely used to assess functional exercise capacity in patients with idiopathic pulmonary fibrosis (IPF). Patients with IPF have reduced exercise capacity due to a number of factors, such as impaired respiratory mechanics and circulatory problems. As a self-paced and usually submaximal exercise test, the 6MWT reflects the exercise level of everyday activities. Variables measured during the 6MWT, such as six-minute walk distance (6MWD) and desaturation, are strong predictors of mortality in patients with IPF. However, the results of a 6MWT are affected by numerous factors, including age, body size, comorbidities and the use of supplemental oxygen during the test, and these need to be borne in mind when interpreting the results of individual and serial tests. Clinical studies, including trials of potential therapies for IPF, have differed in the methodology used to implement the 6MWT, hindering the comparison of results across studies. In this review, I describe the utility of the 6MWT in patients with IPF and provide recommendations for standardisation of the test for use both in clinical practice and research. A brief video on how to set up and administer the 6MWT is available at <http://www.usccomms.com/respiratory/lancaster/6mwt/>

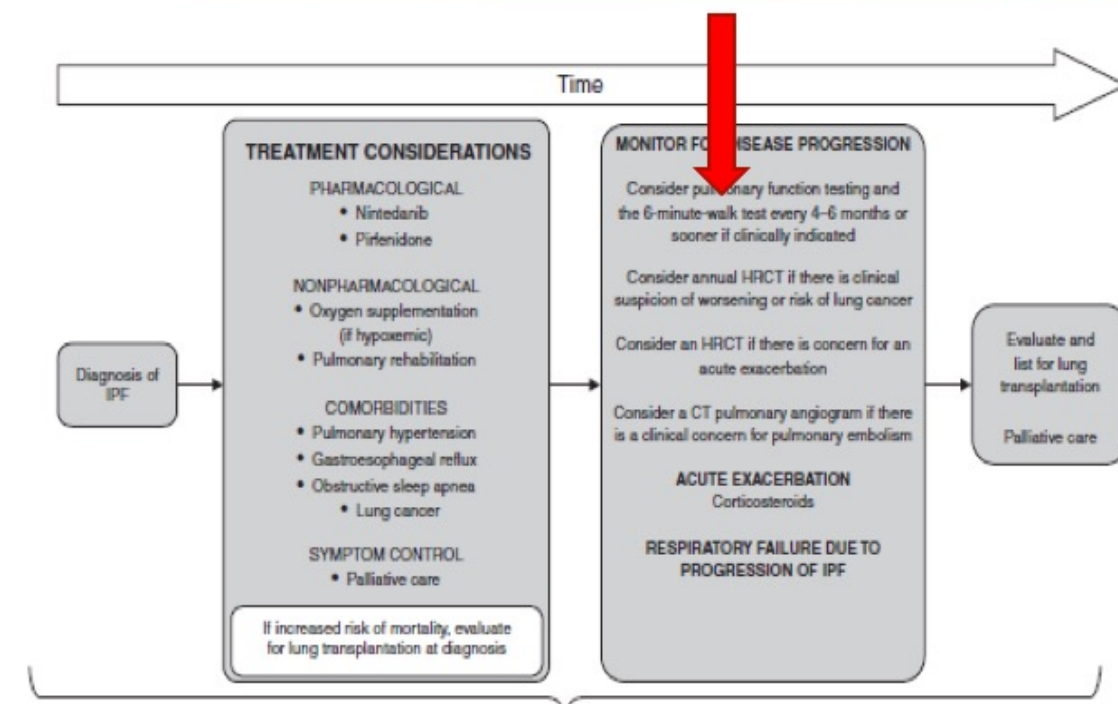
Keywords

- CLINICAL EXPERIMENTAL RHEUMATOLOGY
- Jul-Aug 2015;33(4 Suppl 91):S142-7.

Performance capacity evaluated using the 6-minute walk test: 5-year results in patients with diffuse systemic sclerosis and initial interstitial lung disease

#ForumRisk18

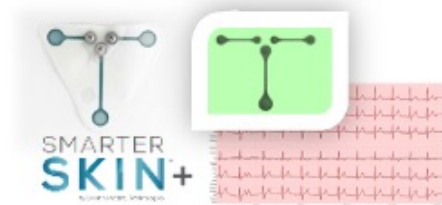
www.forumriskmanagement.it



Patients should be made aware of available clinical trials for possible enrollment at all stages

Figure 11. Schematic pathway for clinical management of patients with idiopathic pulmonary fibrosis (IPF), developed using consensus by discussion. Treatment considerations should include both pharmacological (nintedanib and pirfenidone) and nonpharmacological (oxygen supplementation and/or pulmonary rehabilitation) therapies. Patients should be evaluated and treated for existing comorbidities, including

T1 HEART MONITOR



- Dispositivo medico di Classe I
- Polimero elettroconduttivo ultrasottile
- Non invasivo
- Monouso
- Fino a 7 giorni di applicazione



- ECG (6 derivazioni)
- Pressione sanguigna sistolica
- Frequenza del battito cardiaco
- Frequenza respiratoria
- Variabilità della frequenza cardiaca (HVR)
- Temperatura cutanea
- SpO2
- Rilevazione delle cadute





Come facciamo a fare la saturimetria o il walking test a questi pazienti ?

21-24 NOVEMBRE 2023
AREZZO FIERE E CONGRESSI



Umana TI Monitor Features

- Clinical Grade ECG
- Heart Rate
- Heart Rate Variability
- Respiration Rate
- Systolic Blood Pressure
- Fall Detection
- SpO2
- Body Temperature

Umana TI
Heart Monitor Extension Pack (Slave Device)

Smarter Skin Plus Sensor

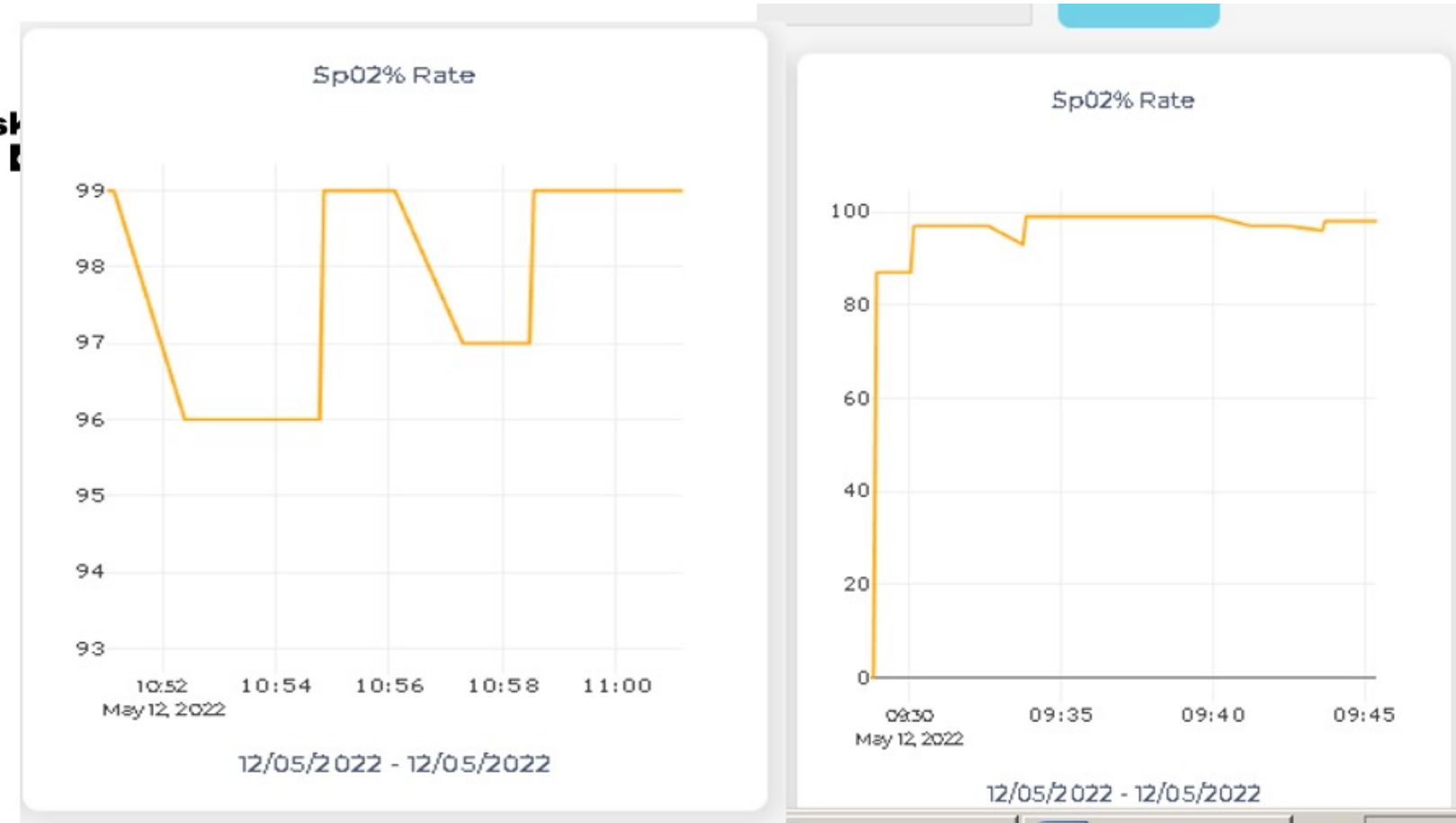
IL WALKING TEST IN HTC IN PAZIENTI CHE NON RIESCONO A FARE NORMALMENTE IL TEST

#ForumRisk18

American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Volume 205 Number 9 | May 1 2022



www.forumriskmanagement.it



Due esempi di walking test registrato elettronicamente

#ForumRisk18



www.forumriskmanagement.it





Art. 12390-PM 28043



European Review for Medical and Pharmacological Sciences

2023; 27: 799-804

A new digital health tool for the telemonitoring of patients with scleroderma during iloprost administration: a feasibility and acceptability study

P. FAGGIOLI¹, E. ZACCARA¹, L. CASTELNOVO¹, D. BOMPANE¹, A. TAMBURELLO¹,
A. LURATI¹, A. LARIA¹, D. GANGEMI², M. GIANI², D. GNANI², M. DI GIORGI²,
K. IURA², F. GRANDELIS², R. PIAZZA³, T. PIANA⁴, G. ZIZZO¹, A. MAZZONE⁵

#ForumRisk18

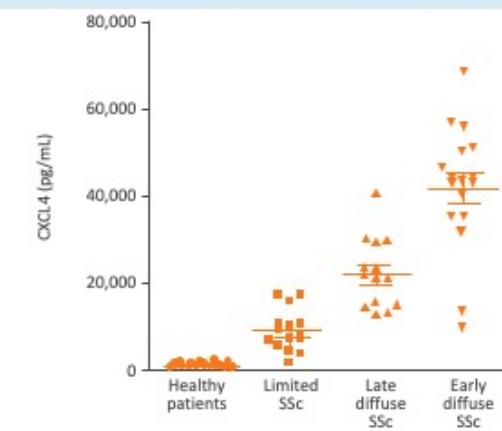
¹Department of Internal Medicine, Rheumatology Unit, ASST Ovest Milanese, Legnano, Italy

forumriskmanagement.it

CXCL4 chemokine may predict progression of SSc

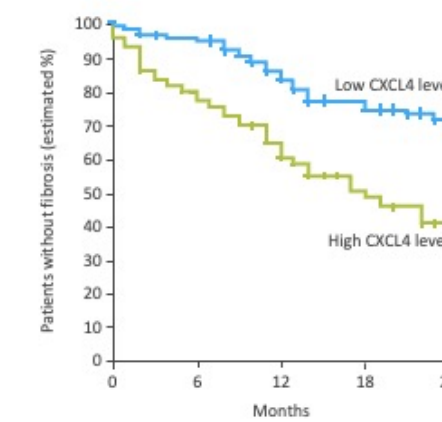
Levels of CXCL4 are elevated in patients with SSc and are associated with the presence and progression of complications such as lung fibrosis

High levels of serum CXCL4 were observed in the circulation of patients with early diffuse SSc



van Bon et al. *N Engl J Med* 2014;370:433-43

Lung fibrosis developed sooner in patients with a diagnosis of SSc and high CXCL4 levels



CORRIERE DELLA SERA

I «super reparti» | In queste strutture dal mese di settembre prossimo entreranno in funzione le «sclerodermia unit»



Orbassano
(Torino)
Ospedale
S. Luigi Gonzaga

Genova
IRCCS San Martino
Medicina Interna
e Immunologia

Legnano
(Milano)
Ospedale Civile
Unità di Medicina
Interna

Milano
Ospedale Maggiore
Policlinico
Immunologia
Clinica

Roma
Policlinico
Umberto I
Immunologia
Clinica B

Per gli indirizzi di tutti gli altri Centri che curano la sclerodermia e per conoscere il Centro più vicino:
numero verde 800 080 266
sito www.sclerodermia.net

D'ARCO

#ForumRisk18

www.forumriskmanagement.it



Forum Risk Management
obiettivo sanità @ salute

21-24 NOVEMBRE 2023
AREZZO FIERE E CONGRESSI

18

Da Scleroderma Unit a...

ScleroVet

una rete Regionale di eccellenze per la cura della sclerosi sistemica

- Scleroderma Unit Policlinico Milano
- Reumatologia Niguarda
- Scleroderma Unit ASST Ovest Milanese
- Reumatologia Humanitas Rozzano

I «super reparti» In queste strutture dal mese di settembre prossimo entreranno in funzione le «scleroderma unit»

Orbassano (Torino)
 Ospedale S. Luigi Gonzaga

Genova
 IRCCS San Martino
 Medicina Interna e Immunologia

Legnano (Milano)
 Ospedale Civile
 Unità di Medicina Interna

Milano
 Ospedale Maggiore Policlinico
 Immunologia Clinica

Roma
 Policlinico Umberto I
 Immunologia Clinica B

Per gli indirizzi di tutti gli altri Centri che curano la scleroderma e per conoscere il Centro più vicino

numero verde 800 030 266
 sito www.scleroderma.net

- Incontri mensili
- Protocolli di trattamento comuni
- Protocolli di ricerca comuni
- Discussione di casi complessi
- Percorsi diagnostici e terapeutici facilitati per i pazienti all'interno della rete

#ForumRisk18

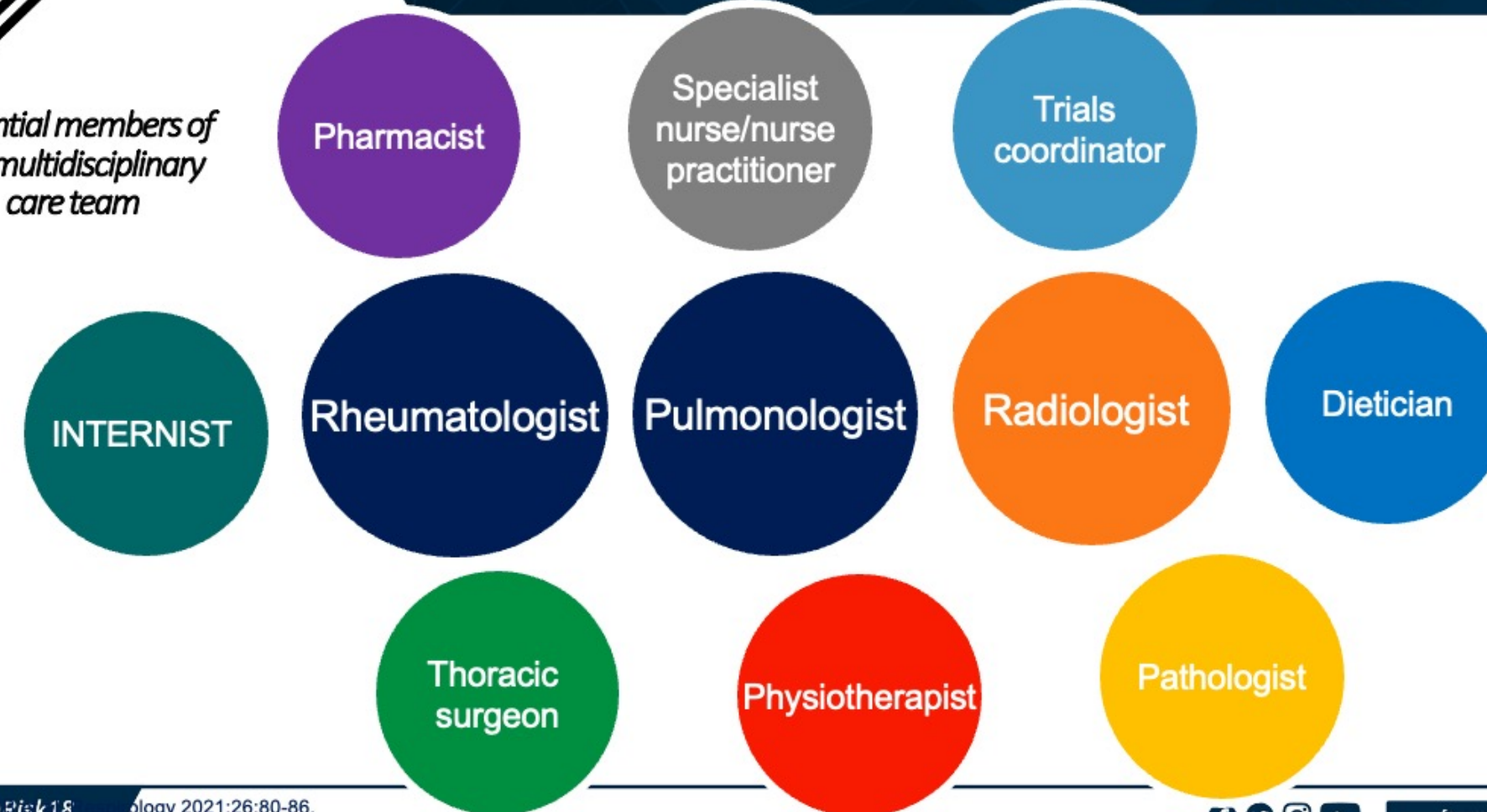
www.forumriskmanagement.it



21-24 NOVEMBRE 2023
AREZZO FIERE E CONGRESSI

18


*Potential members of
 the multidisciplinary
 care team*



#ForumRisk18 | ology 2021;26:80-86.



www.forumriskmanagement.it



Forum Risk Management **21-24 NOVEMBRE 2023** **AREZZO FIERE E CONGRESSI** 18

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico U.O.C. di Medicina Generale, Immunologia e Allergologia-Scleroderma Unit

odontoiatria oculistica

ISTITUTO CLINICO HUMANITAS U.O. di Reumatologia ed Immunologia Clinica- Scleroderma Unit

gastroenterologi dermatologia

chirurgia vascolare miocardiopatie

pneumologia

cardiologia

nutrizione clinica

chirurgia maxillo facciale

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda SC Reumatologia

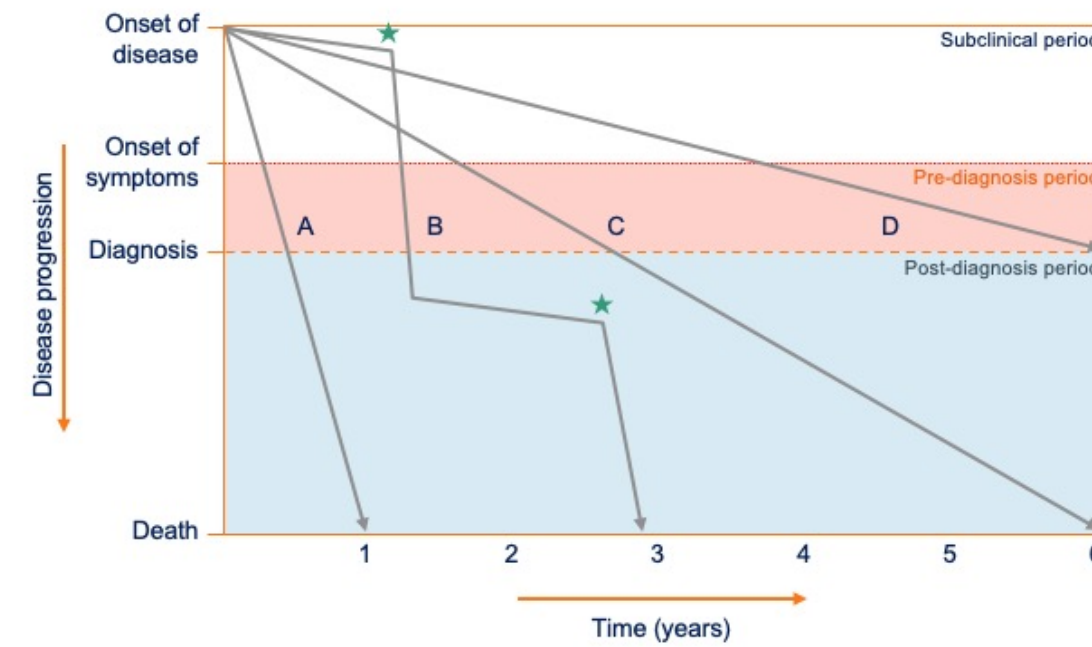
wound care chirurgia plastic

IRCCS Ospedale San Raffaele Unità di Immunologia, Reumatologia, Allergologia e Malattie Rare (UnIRAR) - Scleroderma Unit

ASST OVEST MILANESE Presidio Legnano/Magenta U.O.C. Medicina Interna MAC e Reumatologia


#ForumRisk18

www.forumriskmanagement.it



IPF has an unpredictable and variable clinical course

Disease progression to death may be rapid (line A), moderate (line C), slow (line D) or mixed (curve B), with periods of relative stability interposed with periods of acute decline (stars)¹



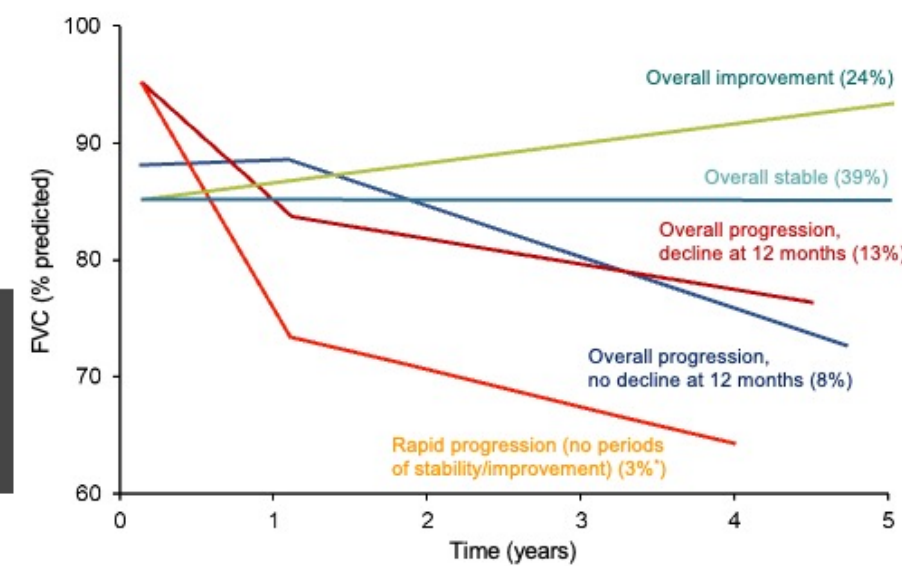
Ley B et al. Am J Respir Crit Care Med 2011;183:431-440

Il fenotipo "ILD progressive" si può manifestare in ogni momento durante il decorso delle ILD fibrosanti

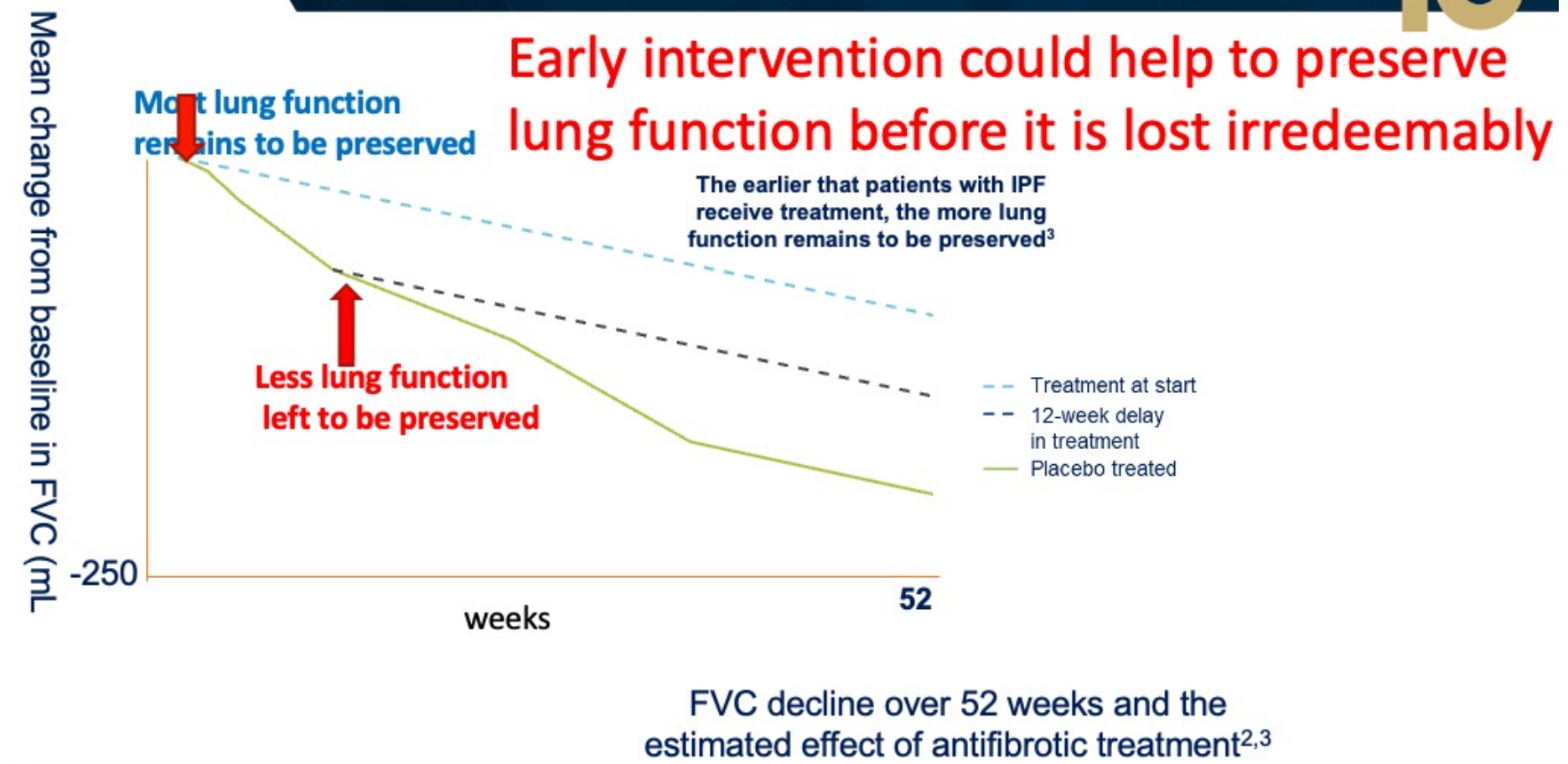
The progressive phenotype can manifest at any time during the disease course of fibrosing ILD¹

The unpredictability of disease progression in SSc-ILD^{1,2} highlights the importance of screening and continued monitoring of patients with SSc

Absolute changes in FVC in 535 patients with SSc-ILD from the EUSTAR database over 5 years, stratified by changes in FVC over the first 12 months³

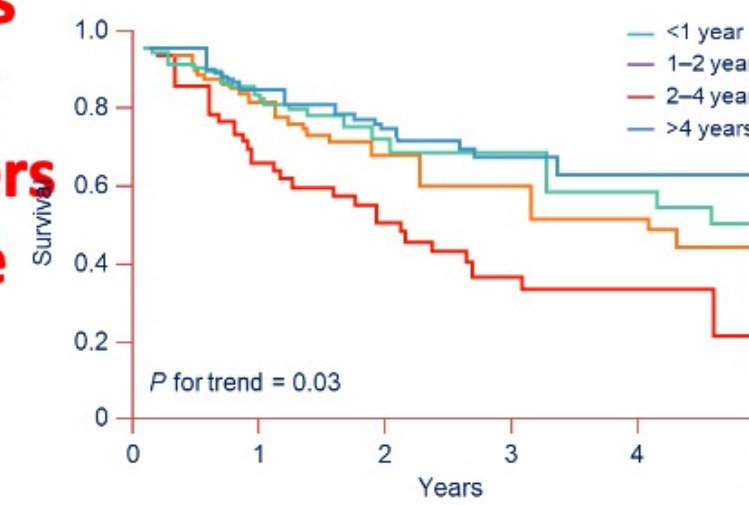


* 8% (of those with an overall FVC decline)
EUSTAR, European League Against Rheumatism Scleroderma Trials and Research; FVC, forced vital capacity; ILD, interstitial lung disease; IPF, idiopathic pulmonary fibrosis; SSc-ILD, systemic sclerosis associated-interstitial lung disease
1. Olson A et al. *Eur Respir J* 2018;52:PA30301; 2. Schmidt SL et al. *Chest* 2014;145:579-85; 3. Hoffmann-Vold A-M et al. *Ann Rheum Dis* 2020; doi: 10.1136/annrheumdis-2020-217455



Delays in the referral of patients to tertiary care centers contribute to poor patient prognosis

Mortality risk is higher with longer referral delays, regardless of disease severity¹



Delays likely lead to a poorer prognosis:

- Irreversible lung changes have already occurred²
- Possible misdiagnosis and use of inappropriate therapies³

Survival rate is 3.4 times higher when patients are referred for tertiary care evaluation within 1 year of symptom onset versus 4 years¹



Disease progression. Among all patients with PPF, FVC declined in both the nintedanib and placebo arms of the INBUILD trial, but the mean annual decline was significantly less (107 ml) in the nintedanib arm. The trial also described “progression of ILD” as an AE without defining it in this context; however,

21-24 NOVEMBRE 2023
AREZZO FIERE E CONGRESSI



UIP pattern (4). Nintedanib decreased the risk of progression of ILD as an AE 2.3 times among patients who had a radiological UIP pattern, but there was no significant difference among patients who had a radiological non-UIP pattern (4).

Patients with PPF who received nintedanib had less annual decline in the FVC if their underlying ILD was CTD-related ILD (106.2 ml/yr less), fibrotic NSIP (141.7 ml/yr less), or fibrotic occupational lung disease (252.8 ml/yr less); however,



Regione Lombardia
 Rete regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi, la terapia delle malattie rare ai sensi del d. n. 19 maggio 2007, n. 279

Percorso Diagnostico, Terapeutico e Assistenziale (PDTA) relativo a:

SCLEROSI SISTEMICA PROGRESSIVA

Codice: RM0120

(D.P.C.M. 12.01.2017)

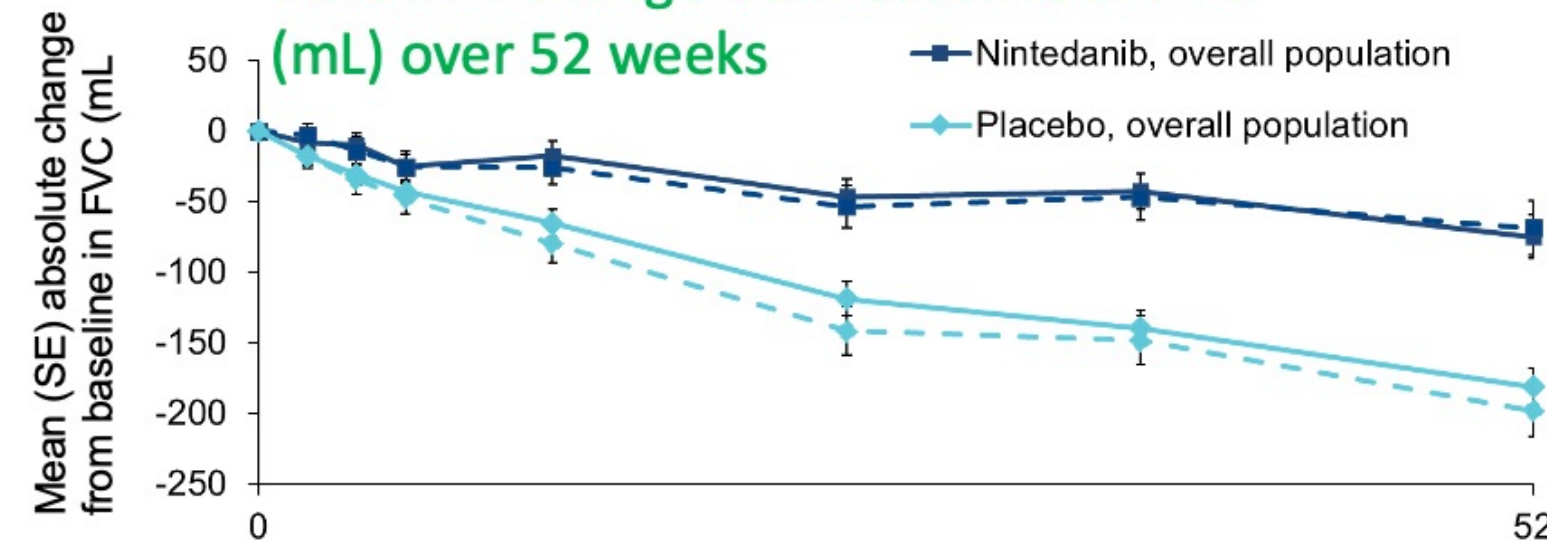


American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Volume 205 Number 9 | May 1 2022

#ForumRisk18

www.forumriskmanagement.it

INBUILD: Change from baseline in FVC (mL) over 52 weeks



No. of patients									
Overall population									
Nintedanib	332	326	320	322	314	298	285	265	
Placebo	331	325	326	325	320	311	296	274	
UIP-like fibrotic pattern on HRCT									
Nintedanib	206	203	200	199	193	180	171	160	
Placebo	206	202	202	201	197	190	176	162	

Flaherty KR, et al. N Engl J Med 2019;
 DOI: 10.1056/NEJMoa1908681

#ForumRisk18



www.forumriskmanagement.it



7th SYSTEMIC SCLEROSIS WORLD CONGRESS
OCTOBER 10-12, 2023

Nintedanib in treatment of pulmonary fibrosis secondary to Connective Tissue Disease: ASST Ovest Milanese Experience
Laria A, Zaccara E, Faggioli P, Mazzone A
ASST OVEST MILANESE - Presidio di Legnano e Magenta (MI)

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Ovest Milanese



La nostra esperienza

Abstract N°: 112
Lungs, bDMARD
Nintedanib in treatment of pulmonary fibrosis secondary to Connective Tissue Disease:
Antonella Laria¹, Alfredo Maria Lurati¹, Daniela Mazzocchi¹, Katia Re¹, Maria Grazia Marrazza¹, Eleonora Zaccara², Daniela Bompani², Antonio Tamburello¹, Laura Castelnovo¹, Francesco Bini¹, Paola Maria Faggioli¹, Antonio Mazzone¹
¹ASST OVEST MILANESE - Presidio di Legnano e Magenta, rheumatology unit, magenta, Italy, ²Internal Medicine Unit, Civil Hospital, Legnano, Internal Medicine Unit, Legnano, Italy, ³Pneumology Unit, Department of Medicine, Ospedale Sallusti, Sesto San Giovanni, ASST Rhodense, ⁴Pneumology Unit, Department of Medicine, Garbagnate Milanese, Italy

patients with **ILD associated with SSp diseases treated with nintedanib had a clinical benefit over dyspnea and cough symptoms and a stabilization of radiological findings 12 months after starting the treatment. Respiratory function parameters remained stable over time. Gastrointestinal adverse events, including diarrhea, were common in these patients, but therapeutic dose adjustment led to fast symptoms resolution and good tolerance.**

Discussion e conclusions: Data literature suggest that Nintedanib reduces the progression of interstitial lung disease both patients with Ssc-ILD who were and were not using mycophenolate. **Our data show that patients with ILD associated with Rheumatic Diseases treated with nintedanib showed to have clinical benefit on dyspnoea and cough symptoms and a stabilization of the radiological picture 12 months after starting treatment. Also, respiratory function**

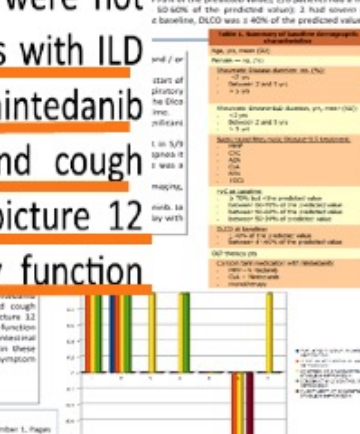
Nintedanib in treatment of pulmonary fibrosis secondary to Connective Tissue Disease: ASST Ovest Milanese Experience
Laria A, Zaccara E, Faggioli P, Mazzone A
ASST OVEST MILANESE - Presidio di Legnano e Magenta (MI)

Background: Interstitial lung disease (ILD) is a general manifestation of systemic sclerosis and other rheumatic diseases, and it's one of the causes of mortality/morbidity, a systemic kinase inhibitor has been shown to have antifibrotic and anti-inflammatory effects in animal models of systemic sclerosis and ILD.

Purpose and methods: 12 patients with pulmonary fibrosis secondary to Connective Tissue Disease have been treated with Nintedanib from the beginning of 2019 to October 2022. These patients (10 females and 2 males) had a median age of 68 years (range 55-82). All patients had a diagnosis of interstitial lung disease (ILD) associated with systemic sclerosis (SSc) or mixed connective tissue disease (MCTD). All patients were treated with Nintedanib 270 mg bid for 12 months. All patients were treated with Nintedanib 270 mg bid for 12 months. All patients were treated with Nintedanib 270 mg bid for 12 months. All patients were treated with Nintedanib 270 mg bid for 12 months.

Results: All patients showed a clinical benefit on dyspnoea and cough symptoms and a stabilization of the radiological picture 12 months after starting treatment. Also, respiratory function parameters remained stable over time. Gastrointestinal adverse events, including diarrhea, were common in these patients, but therapeutic dose adjustment led to fast symptoms resolution and good tolerance.

Figure 1: Results

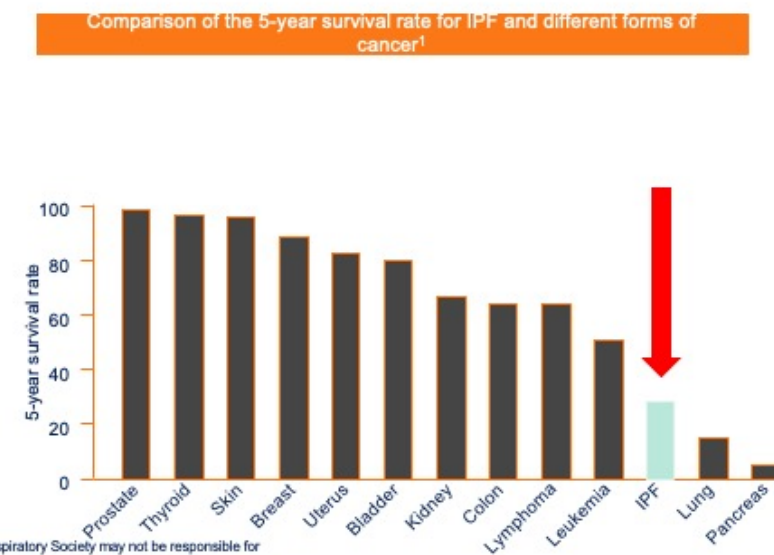


#ForumRisk18

f t i y www.forumriskmanagement.it

IPF results in declining lung function and has a poorer prognosis than many cancers

IPF is characterized by progressive and irreversible loss of lung function²
 The median estimated survival time after diagnosis is 2-5 years^{2*}
 IPF has a poorer prognosis than many cancers!^{*}



This material has not been reviewed prior to release, therefore the European Respiratory Society may not be responsible for any errors, omissions or inaccuracies, or for any consequences arising there from, in the content. Reproduced with permission of the © ERS 2018. European Respiratory Journal Mar 2010, 35 (3) 496-504; DOI: 10.1183/09031936.00077309

*For patients not receiving nintedanib or pirfenidone

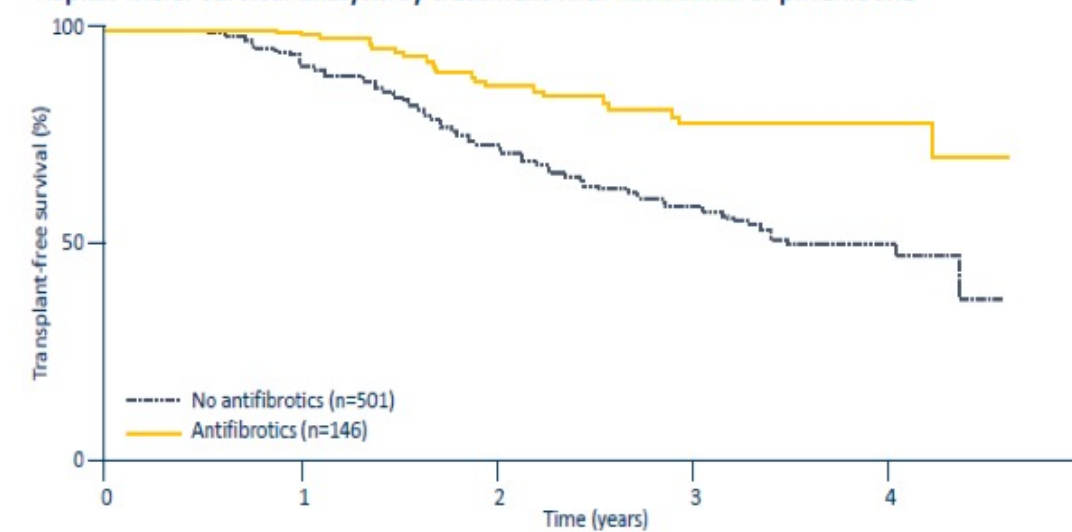
1. Vancheri C et al. Eur Respir J 2010;35:496-504
 2. Molina-Molina M et al. Exp Rev Res Med 2018;12:537-539

Australian IPF Registry

Farmaci antifibrotici e mortalità in IPF

Results from the Australian IPF Registry suggest antifibrotic therapy may improve survival, regardless of disease severity

Kaplan-Meier survival analysis by treatment with nintedanib or pirfenidone



Analysis of patient data from the Australian IPF Registry found that:

- > The mortality rate across all patients after 4 years was 44%
- > GAP stage was a strong predictor of mortality
- > Patients receiving nintedanib or pirfenidone had better survival than those who were not

CI, confidence interval; HR, hazard ratio

> Patients receiving nintedanib or pirfenidone had better survival (HR 0.56, 95% CI 0.34–0.92, P=0.02) than those who were not, irrespective of underlying disease severity

Jo HE et al. Eur Respir J 2017;49:1601592

#ForumRisk18

forumriskmanagement.it



American Journal of
Biomedical Science & Research
www.biomedgrid.com
ISSN: 2642-1747
Review Article
Copyright © Ilario Stefani

**New Perspectives and Competences in Redesign
Clinical Organization and Appropriateness in
Internal Medicine Wards: The Impact of ICT**

Ilario Stefani* and Antonino Mazzone
Medicine Department, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Ovest Milanese, Italy

Qualità è...

- fare solo ciò che è utile (efficacia teorica),
- nel modo migliore (efficacia pratica),
- con il minor costo (efficienza),
- a chi, e solo a chi (accessibilità), ne ha veramente bisogno (appropriatezza),
- da chi è competente per farlo (competenza),
- ottenendo i risultati migliori (soddisfazione)

Grazie

Mazzone 2023



www.forumriskmanagement.it

The role of the MDT has evolved



**LA QUALITA' NELLE
MALATTIE CRONICHE
COMPLESSE NON PUO'
FARE A MENO DI UN
GRUPPO**

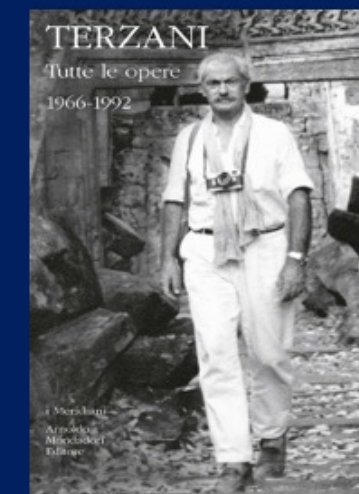
**MULTIDISCIPLINARE
MDT**

**UN ESEMPIO
E'
ILD E MALATTIE
AUTOIMMUNI**

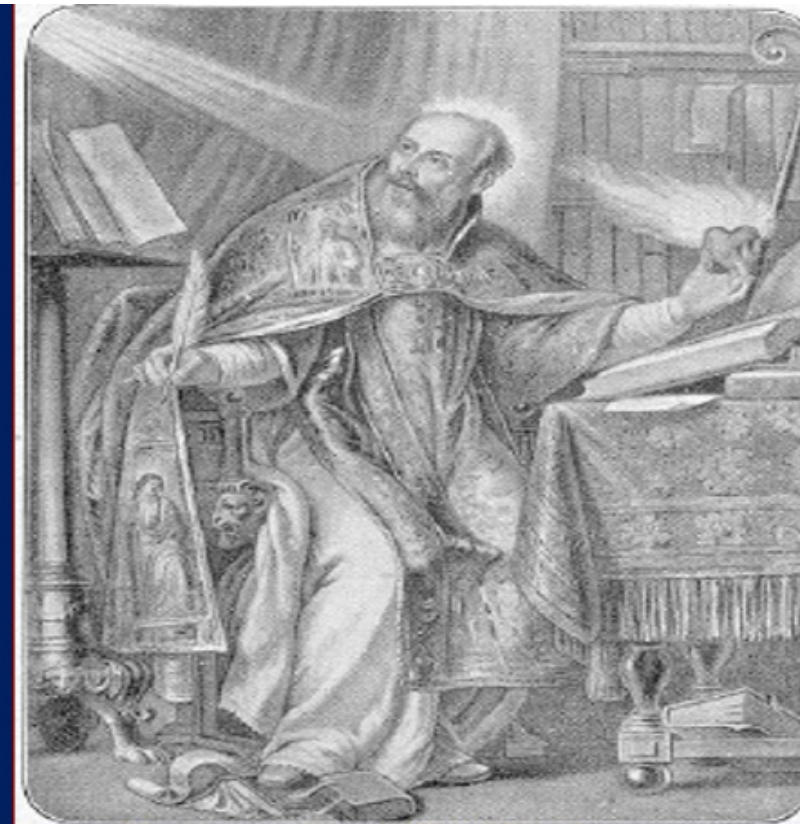


Tiziano Terzani
L'ultimo giro di giostra

- *Il malato si sente sempre meno capito dal nuovo medico*
- *funzionario,*
- *che fa domande soprattutto per riempire formulari,*
- *o dal medico specialista che è esperto solo di un pezzo del suo corpo e*
 - *che di quel pezzo si occupa*
 - *come se non fosse parte di qualcuno*



La speranza



Santagostino 354-430 d.c.

La speranza ha
sempre due
componenti:

-Lo sdegno per
quello che accade

-Il coraggio per
cambiare le cose

GRAZIE



Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (Art. 25-novies, D.Lgs. n. 231/2001) [articolo aggiunto dalla L. n. 99/2009]

- Messa a disposizione del pubblico, in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta, o di parte di essa (art. 171, legge n.633/1941 comma 1 lett. a) bis)
- Reati di cui al punto precedente commessi su opere altrui non destinate alla pubblicazione qualora ne risulti offeso l'onore o la reputazione (art. 171, legge n.633/1941 comma 3)
- Abusiva duplicazione, per trarne profitto, di programmi per elaboratore; importazione, distribuzione, vendita o detenzione a scopo commerciale o imprenditoriale o concessione in locazione di programmi contenuti in supporti non contrassegnati dalla SIAE; predisposizione di mezzi per rimuovere o eludere i dispositivi di protezione di programmi per elaboratori (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 1)
- Riproduzione, trasferimento su altro supporto, distribuzione, comunicazione, presentazione o dimostrazione in pubblico, del contenuto di una banca dati; estrazione o reimpiego della banca dati; distribuzione, vendita o concessione in locazione di banche di dati (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 2)
- Abusiva duplicazione, riproduzione, trasmissione o diffusione in pubblico con qualsiasi procedimento, in tutto o in parte, di opere dell'ingegno destinate al circuito televisivo, cinematografico, della vendita o del noleggio di dischi, nastri o supporti analoghi o ogni altro supporto contenente fonogrammi o videogrammi di opere musicali, cinematografiche o audiovisive assimilate o sequenze di immagini in movimento; opere letterarie, drammatiche, scientifiche o didattiche, musicali o drammatico musicali, multimediali, anche se inserite in opere collettive o composite o banche dati; riproduzione, duplicazione, trasmissione o diffusione abusiva, vendita o commercio, cessione a qualsiasi titolo o importazione abusiva di oltre cinquanta copie o esemplari di opere tutelate dal diritto d'autore e da diritti connessi; immissione in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta dal diritto d'autore, o parte di essa (art. 171-ter legge n.633/1941)
- Mancata comunicazione alla SIAE dei dati di identificazione dei supporti non soggetti al contrassegno o falsa dichiarazione (art. 171-septies legge n.633/1941)
- Fraudolenta produzione, vendita, importazione, promozione, installazione, modifica, utilizzo per uso pubblico e privato di apparati o parti di apparati atti alla decodificazione di trasmissioni audiovisive ad accesso condizionato effettuate via etere, via satellite, via cavo, in forma sia analogica sia digitale (art. 171-octies legge n.633/1941).

[Torna all'inizio](#)