

# La gestione delle cronicità respiratorie: criticità prima e dopo la pandemia da COVID-19

**Fausto De Michele**

La rilevanza epidemiologica delle cronicità respiratorie, tradizionalmente identificate nell'asma e nella Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), ma che dovrebbero ricomprendere anche le apnee ostruttive nel sonno (OSA), è certamente prioritaria e costituisce un problema di salute pubblica.

Le criticità che caratterizzano tali malattie sono in parte simili e possono essere identificate in uno scarso investimento nella prevenzione primaria (rimozione dei fattori di rischio) e secondaria, con diagnosi spesso tardive, soprattutto nel caso della BPCO e dell'OSA. A questi elementi si aggiungono, nonostante la sempre maggiore disponibilità di opzioni terapeutiche efficaci, sia farmacologiche che non farmacologiche, una scarsa aderenza ai trattamenti e, quindi, un insoddisfacente controllo clinico di patologia.

È largamente dimostrato che i costi sia diretti che indiretti delle tre condizioni cliniche sono fortemente concentrati nei pazienti più gravi (asma grave), nei pazienti che vanno incontro a frequenti riacutizzazioni (asma e BPCO) o comunque correlabili alla comparsa di complicanze secondarie al mancato trattamento (OSA).

Il ruolo dello specialista pneumologo è assolutamente strategico nella corretta gestione di queste patologie che sono spesso derubricate a condizioni cliniche a bassa complessità, gestibili completamente in *setting* non specialistici. Al tempo stesso non è immaginabile che l'intero percorso diagnostico-terapeutico di questi pazienti sia totalmente sotto il controllo dello specialista: parliamo di oltre 10 milioni di nostri concittadini che sono affetti da almeno una di queste malattie e, in alcuni casi, anche dalla sovrapposizione di più cronicità (BPCO + OSA, asma + BPCO, asma + OSA), che conferiscono un tratto di parti-

colare gravità ai pazienti.

Come sempre in tutte le cronicità i professionisti che sono impegnati nella gestione del paziente sono diversi, con ruoli e competenze differenziate, ma dovrebbero essere obbligatoriamente coordinati in un percorso condiviso e possibilmente formalizzato da un PDTA.

La pandemia da COVID-19 ha certamente slantizzato e reso evidente una particolare fragilità del sistema sanitario soprattutto, anche se non esclusivamente, nella sua articolazione territoriale. Tale fragilità, pur mostrandosi evidente rispetto a un evento acuto e difficilmente prevedibile, si caratterizza per le stesse carenze organizzative e programmatiche che da anni rendono poco efficace la gestione delle cronicità respiratorie e non: scarsa cultura e attenzione alla prevenzione; disorganizzazione dell'assistenza territoriale spesso affidata alla operatività individuale del Medico di Medicina Generale (MMG); scarso funzionamento di strutture organizzate sul territorio (AFT, UCCP, distretti, ecc.) che, nello specifico di questa contingenza, avrebbero potuto realizzare, se dotate di opportune e adeguate risorse umane e tecnologiche, quel controllo della diffusione dell'infezione indispensabile per evitare la crisi delle strutture ospedaliere. Non è un caso che nelle realtà regionali in cui questa rete territoriale era più strutturata l'emergenza sia stata controllata con maggiore successo.

Come si accennava precedentemente, questo test così drammatico ha però solo evidenziato una carenza di modelli organizzativi che già da anni mostrano una palese difficoltà nella gestione delle malattie croniche. A questo si aggiunge uno dei problemi e degli *slogan* da sempre più utilizzati, ma eternamente irrisolti, in campo

di organizzazione sanitaria: "l'integrazione ospedale-territorio". Purtroppo l'ospedale e il territorio continuano a essere due mondi che si parlano pochissimo.

I pazienti affetti da cronicità respiratorie durante la pandemia hanno sofferto in particolare per due motivi: la preesistenza di una cronicità come la BPCO ha conferito una connotazione di maggiore rischio per una evoluzione verso una maggiore gravità dell'impegno polmonare e, contestualmente, le difficoltà di accesso ai controlli, di cui i nostri pazienti cronici hanno necessità, hanno determinato un deterioramento delle condizioni cliniche con peggioramento del controllo di malattia e difficile gestione delle riacutizzazioni.

Ma quali possono essere le risposte in prospettiva e quali insegnamenti ci possono venire nella organizzazione sanitaria futura da questa esperienza?

Un primo dato emerso è il notevole potenziale della telemedicina e delle nuove tecnologie nella gestione delle cronicità; in tal senso sia l'asma che la BPCO e l'O-SA hanno alle spalle alcune interessanti esperienze già validate che debbono però essere ulteriormente sviluppate e istituzionalizzate. Basti pensare all'utilizzazione nell'asma di strumenti per migliorare l'aderenza e, quindi, il controllo di malattia attraverso l'uso di specifici *device* con *alert* legati alla mancata erogazione del farmaco o *app* che consentono un monitoraggio a distanza dei sintomi del paziente; per la BPCO, con particolare riferimento ai pazienti più gravi in O<sub>2</sub> terapia domiciliare a lungo termine, esistono sistemi di telemedicina che consentono di monitorare a distanza parametri come la saturazione e anche l'aderenza al trattamento, per non parlare poi di pazienti ancora più gravi in trattamento ventilatorio domiciliare con

possibile monitoraggio a distanza del trattamento stesso; anche per l'OSA esistono piattaforme molto sofisticate che consentono un *follow-up* molto puntuale del trattamento domiciliare con CPAP e la verifica dell'aderenza, dell'efficacia dello stesso, con possibilità di intervento a distanza sul settaggio delle apparecchiature.

Si tratta di modalità di gestione delle cronicità che riducono il carico assistenziale delle strutture specialistiche e il disagio dei pazienti attraverso una riduzione della frequenza dei controlli. Tutti questi interventi richiedono però un investimento tecnologico e una normativa che istituzionalizzi le attività anche relativamente al problema della protezione di dati sensibili e della tariffazione delle prestazioni.

Il Piano Nazionale delle Cronicità (PNC)<sup>1</sup> delinea in maniera chiara le corrette modalità di gestione delle patologie croniche indicando i PDTA come lo strumento operativo attraverso il quale il percorso del paziente sia coordinato tra i diversi professionisti (medici e non medici) che, nel corso della storia naturale della malattia, intervengono sul paziente. La "gestione delle interfacce", cioè delle fasi di passaggio tra l'intervento, per esempio, del MMG e dello specialista nella BPCO o, in maniera ancora più strategica nel caso dell'asma bronchiale, tra il pediatra e il MMG (o lo pneumologo dell'adulto), rappresentano uno degli snodi da risolvere in maniera condivisa e strutturata proprio nei PDTA delle cronicità respiratorie. Questo approccio può costituire una prima risposta alla spesso evocata "integrazione ospedale territorio".

Per cercare di esemplificare attraverso quali passaggi si può cercare di dare risposta alle criticità inizialmente segnalate nella gestione delle cronicità respiratorie vorrei

citare un percorso intrapreso in Regione Campania negli ultimi 2 anni, denominato "Progetto AGIRE" che si sta sviluppando attraverso le seguenti fasi:

- ▶ stesura di PDTA regionali sulla BPCO<sup>2</sup> e sull'asma bronchiale<sup>3</sup> con tavoli di lavoro condivisi tra pneumologo, MMG, Istituzione regionale, integrati nel caso del PDTA sull'asma da allergologi e pediatri;
- ▶ scelta di indicatori di processo e di risultato che consentano di monitorare le attività messe in campo;
- ▶ analisi delle criticità di maggiore rilevanza con identificazione del problema della certezza e della qualità della diagnosi come priorità assoluta, associata alla necessità di larga diffusione dei contenuti dei PDTA (prevenzione, diagnosi, trattamento farmacologico e non, gestione delle riacutizzazioni, cura delle fasi avanzate di malattia fino alle cure del fine vita), il tutto identificando non solo gli elementi di appropriatezza clinica derivati dalle linee guida ma, soprattutto, gli elementi di appropriatezza organizzativa (chi fa cosa, in quale *setting*, con quali risorse, in quali tempi);
- ▶ stesura di un piano di implementazione dei due PDTA che fosse in grado di affrontare in via prioritaria la criticità della "qualità della diagnosi" nel *setting* della Medicina generale. E, quindi, lo sviluppo di un progetto formativo strutturato che, soprattutto, ma non solo, attraverso il trasferimento della competenza nella esecuzione e refertazione della spirometria semplice nelle organizzazioni della Medicina generale (AFT) realizzi alcuni degli obiettivi di maggiore appropriatezza gestionale nel trattamento dell'asma e della BPCO. Nelle Figure 1 e 2 vengono schematiz-

zati gli obiettivi del progetto e la sua struttura, con la numerosità dei professionisti coinvolti come formatori e come discenti, ma soprattutto la capillarità della iniziativa che vuole garantire l'accesso a una diagnosi corretta con un requisito di prossimità ai potenziali pazienti (2 postazioni per ogni AFT per un totale di circa 360 MMG formati). Una formazione che ha la durata di circa 2 anni, organizzata per microgruppi di massimo 10 MMG, guidati da 14 team

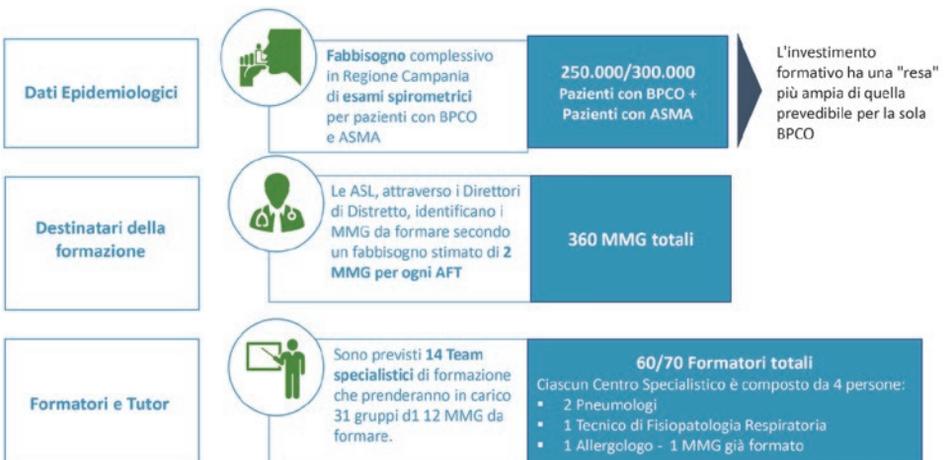
di formatori (prevalentemente costituiti da circa 60 pneumologi).

Nella Figura 3 viene schematizzata la infrastruttura tecnologica, finanziata dalla Istituzione regionale, che prevede non solo la dotazione strumentale delle singole postazioni spirometriche di base affidate al MMG, ma anche 14 stazioni di diagnostica funzionale di 2° livello (spirometria globale con pletismografia e test di diffusione al CO), allocate presso le strutture speciali-

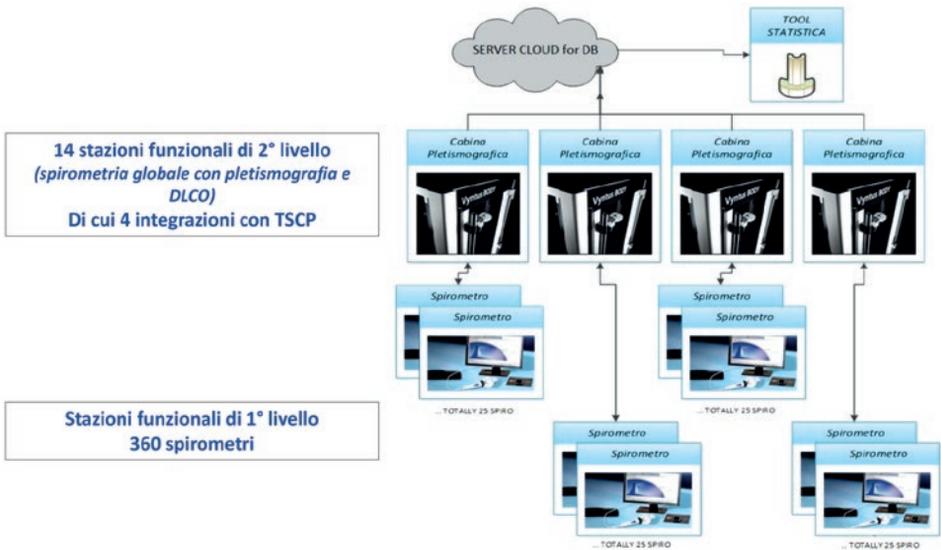


Un percorso formativo centrato sul trasferimento di competenze dallo specialista pneumologo al MMG sulla corretta esecuzione della spirometria e sull'uso corretto delle informazioni ottenute può costituire il primo passo per il **miglioramento nella gestione della BPCO e dell'Asma**

**Figura 1.** Progetto AGIRE: obiettivi del percorso formativo.



**Figura 2.** Progetto AGIRE: target dell'intervento formativo.



**Figura 3.** Progetto AGIRE: infrastruttura tecnologica.

stiche dei centri che fanno capo ai *team* di formatori. Tutto il sistema viene gestito in rete con possibilità di visualizzare, in fase di formazione, le indagini eseguite dai MMG da parte dei rispettivi formatori e con possibilità di integrare attraverso il 2° livello la diagnostica funzionale in tutti i casi che si rendano necessari.

L'intero sistema si interfaccia poi con il sistema informatico regionale per governare il flusso delle prestazioni e dei dati, con un elemento di grande rilevanza costituito dal fatto che tali prestazioni sono ricomprese, con specifici incentivi, nella contrattualistica decentrata della Medicina generale in Regione Campania.

Il progetto formativo e il dispiegamento della infrastruttura tecnologica sono in fase avanzata di realizzazione e dovrebbero essere completati nel primo semestre del 2021, per entrare nella loro piena operatività nella seconda parte dello stesso anno.

I primi dati disponibili in termini di adesione alle attività sono molto promet-

tenti con una presenza di circa il 95% dei MMG selezionati al percorso formativo che ha una durata complessiva superiore alle 50 ore.

Gli obiettivi e i contenuti del progetto vanno ben al di là dell'aumento (fatto già non trascurabile) del numero delle spirometrie eseguite, ma si misureranno su una maggiore sensibilità rispetto all'importanza delle cronicità respiratorie con valorizzazione del ruolo dello specialista pneumologo quale elemento di riferimento per l'emersione della patologia, la gestione dei casi più complessi e il miglioramento complessivo dell'appropriatezza clinico-gestionale.

## Bibliografia

- 1) Ministero della Salute. *Piano Nazionale delle Cronicità*. 2016.
- 2) Regione Campania. *Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)*. 2018.
- 3) Regione Campania. *Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva e Asma*. 2019.