

Verso nuovi modelli di cura per il paziente con asma grave: dieci proposte per lo scenario post-DM77

Angelica Zazzera, Arianna Cadeddu, Eleonora Cerutti, Attilio Di Girolamo, Andrea Giovanni Ledda, Valentina Mureddu, Cataldo Procacci, Giada Sambugaro, Angela Sias, Valeria Domenica Tozzi*

Dal 2023 si è aperta la stagione in cui Regioni e ASL devono riempire di contenuti e modelli di servizio le nuove o rinnovate strutture dell'assistenza sanitaria territoriale delineate dalla Missione 6 del PNRR e dal DM 77/22. In quest'epoca di cambiamento e innovazione, non è solo il management a dover definire le priorità strategiche ma anche le comunità di professionisti sono chiamate a interrogarsi su come queste nuove configurazioni possono rispondere ai bisogni dei propri pazienti. Il presente paper mette in luce la prospettiva dei professionisti che si occupano di pazienti con asma grave tramite lo sviluppo di dieci proposte che riguardano logiche di stratificazione della

popolazione, nuovi modelli e servizi dell'assistenza territoriale, telemedicina e multicanalità.

Parole chiave: PNRR, asma grave, sanità territoriale, presa in carico della cronicità, DM77, modelli di cura.

Towards new care models for patients with severe asthma: ten proposals for the post-DM77 scenario

With the beginning of 2023 the time has come for Regions and Local Health Authorities for starting to fill with content and service models the new or renewed community healthcare structures outlined by the Mission 6 of the PNRR and by the Ministerial Decree 77/22. In this era of change and innovation, not only the management has to define strategic priorities but also the communities of professionals need to think about how these new configurations can respond to the needs of their patients. This paper highlights the perspective of professionals who deal with patients with severe asthma through the development of ten proposals concerning population stratification logics, new models and services of territorial assistance, telemedicine and multichannel.

S O M M A R I O

1. Introduzione: l'asma grave come cronicità ad alta complessità e il DM77
2. Il contesto di policy di riferimento: stratificazione della popolazione, innovazione dell'assistenza territoriale, telemedicina e multicanalità
3. Obiettivi e metodologia
4. Risultati: le 10 proposte degli Asthma Talks
5. Conclusioni

* Angelica Zazzera, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS), Università Bocconi, Milano, Italia. Corresponding author: angelica.zazzera@sdabocconi.it.

Arianna Cadeddu, AOU Cagliari.

Eleonora Cerutti, AO Ordine Mauriziano Torino.

Attilio Di Girolamo, AOU Consorziale Policlinico Bari.

Andrea Giovanni Ledda, AOU Cagliari.

Valentina Mureddu, AOU Cagliari.

Cataldo Procacci, ASL BT.

Giada Sambugaro, Università degli Studi di Cagliari.

Angela Sias, AOU Sassari.

Valeria Domenica Tozzi, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS), Università Bocconi, Milano, Italia.

Keywords: PNRR; Sever asthma; Community Healthcare; Models of care; Chronic care; DM77.

Articolo sottomesso: 22/02/2023,
accettato: 20/07/2023

1. Introduzione: l'asma grave come cronicità ad alta complessità e il DM77

A partire dal 2023 si apre la stagione in cui sia le Regioni sia le Aziende Sanitarie Locali devono riempire di contenuti e modelli di servizio le nuove o rinnovate strutture dell'assistenza sanitaria territoriale delineate dalla Missione 6 del PNRR e del Decreto del Ministero della Salute del 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale" (cosiddetto DM77). In quest'epoca di cambiamento e innovazione, non è solo il management (a livello regionale, aziendale e distrettuale) a dover definire le priorità dei nuovi modelli di assistenza territoriale ma anche le comunità di professionisti sono chiamate a interrogarsi su come queste nuove configurazioni possano rispondere ai bisogni dei propri pazienti, in che modo possano essere integrate negli attuali percorsi di presa in carico e come questo andrebbe a modificare la loro attività clinico-professionale. La prospettiva dei professionisti è pertanto molto preziosa, in quanto permette di proporre alcune innovazioni per migliorare la presa in carico dei pazienti già noti. Il caso dell'asma grave esposto nel presente lavoro permette proprio di fare questo esperimento e, a fronte dell'attuale contesto epidemiologico e normativo, di mette-

re in luce la prospettiva dei professionisti che si occupano di pazienti con asma grave, tramite lo sviluppo di dieci proposte che in particolare riguardano le logiche di stratificazione della popolazione, i nuovi modelli e servizi dell'assistenza territoriale, la telemedicina e la multicanalità. Nel presente paragrafo viene inquadrata la patologia dell'asma grave come cronicità ad alta complessità e si espongono brevemente le trasformazioni in corso nei servizi di assistenza territoriale. Il paragrafo 2 approfondisce i temi della stratificazione della popolazione, le maggiori sfide e trade-off decisionali legati alle innovazioni dell'assistenza territoriale e i concetti di telemedicina e multicanalità. Nel paragrafo 3 sono esplicitati gli obiettivi e la metodologia adottata per arrivare ai risultati caratterizzati dalle dieci proposte della comunità professionale presentate nel paragrafo 4. Infine, nel paragrafo 5 sono delineate le conclusioni del lavoro.

L'asma è una malattia respiratoria cronica caratterizzata da infiammazione delle vie aeree e ostruzione del flusso d'aria (Global Initiative for Asthma, 2020). Oltre 300 milioni di persone in tutto il mondo sono affette da asma, di queste tra il 3,5% e il 10,0% soffrono di asma grave (Global Initiative for Asthma, 2020; Chung *et al.*, 2014; Hekking *et al.*, 2015; Larsson *et al.*, 2018). Diverse definizioni di asma grave sono state proposte nel corso degli anni (Taylor *et al.*, 2008), attualmente l'asma grave è definita come asma che richiede una terapia antinfiammatoria (cortisonici e broncodilatatori) con dosaggio alto per essere controllato, o che rimane non controllato nonostante tale terapia (Chung *et al.*, 2014; Taylor *et al.*, 2008). I pazienti con asma grave hanno mag-

giori probabilità di avere sintomi scarsamente controllati, ridotta funzionalità polmonare ed esacerbazioni rispetto ai pazienti con asma lieve o moderato (Chung *et al.*, 2014). Sebbene l'asma grave colpisca una minoranza di pazienti, è responsabile della maggior parte dei costi associati all'asma (Antonicelli *et al.*, 2004; Canonica *et al.*, 2019). In Italia, si stima che circa il 5% della popolazione (circa 3 milioni di persone) sia affetto da asma bronchiale e che il 10% dei soggetti asmatici presenti una forma di asma grave (circa 300.000 persone) (Ministero della Salute, 2022). Nel 2017 l'Associazione Italiana Allergologi e Immunologi Ospedalieri (AAIITO) e la Società Italiana Toracica (ITS-AIPO) hanno proposto l'istituzione del Registro Italiano sull'Asma Grave (IRSA), volto a raccogliere dati dei pazienti affetti da asma grave durante un periodo di 5 anni (Micheletto *et al.*, 2018). Recentemente sono stati pubblicati i risultati di tale registro alla cui raccolta hanno partecipato 71 Unità Operative di Pneumologia e Allergologia distribuite su tutto il territorio italiano. Lo studio ha coinvolto 851 pazienti con asma grave, di cui il 61% donne con una età media di 55 anni. Tra i pazienti del campione, l'87,5% riportava almeno una comorbidità e il 77,4% almeno due. Inoltre, i dati hanno riportato che per il 60% i pazienti con asma grave sono in sovrappeso o obesi, ex fumatori nel 21% dei casi e fumatori attivi nel 6% nonostante la malattia, con insorgenza dei sintomi dopo i 40 anni nel 25% dei casi, e infine con un substrato allergico nel 73% dei casi (Bilò *et al.*, 2021). L'asma grave è un esempio paradigmatico di cronicità ad alta complessità. Le cronicità ad alta complessità sono

patologie che causano bisogni non più legati al ricovero ma che, al tempo stesso, necessitano di saperi a elevato tasso di specializzazione (Tozzi *et al.*, 2014). La complessità della malattia cronica può essere legata a i) presenza di più condizioni croniche; ii) tecnologie ad alto costo e condizioni di sicurezza da preservare; iii) expertise specialistica nelle scelte diagnostiche e/o terapeutiche (PNC, 2016). A fronte di una limitata richiesta di interventi nel setting ospedaliero, anche nei momenti di acuzie la malattia, nella fase di sua maggiore espressione, richiede una particolare competenza clinica in ragione della sua complessità. Ridurre la distanza tra le risposte alle condizioni croniche e a quelle acute appare necessario in quanto l'asma grave è una condizione di particolare complessità clinica che nelle diverse fasi della malattia fa ricorso a un ampio portafoglio di professionalità presenti nel setting ospedaliero (Zazzera *et al.*, 2021). Per migliorare il management del paziente con asma grave alcune azioni specifiche andrebbero implementate in Italia: i) massimizzare l'uso di terapie avanzate, per esempio i farmaci biologici; ii) aumentare/migliorare la formazione di medici e pazienti; iii) migliorare la comunicazione multidisciplinare e il coordinamento assistenziale; iv) introdurre protocolli regionali e locali per la diagnosi e il trattamento dell'asma grave; v) modificare la struttura dei servizi sanitari per ridurre i tempi di attesa specialistici e facilitare l'accesso alle terapie biologiche (Paggiaro *et al.*, 2021). Per la sua caratterizzazione di cronicità ad alta complessità, la gestione del paziente con asma grave viene effettuata principalmente sul territorio, la

cui configurazione è in fase di ridefinizione secondo quanto emanato dal Decreto del Ministero della Salute del 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale” (cosiddetto DM77), in cui nell’allegato 1 sono definiti il modello per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale e gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all’assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, che le Regioni e le Province autonome sono tenute a rispettare anche in coerenza con gli investimenti previsti dalla Missione 6 Componente 1 del PNRR. Tale riconfigurazione prevede un ruolo centrale nell’assistenza territoriale di Case della Comunità (CdC), Ospedali di Comunità (OdC), Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Centrali Operative Territoriali (COT) e Telemedicina. In termini di obiettivi, secondo gli standard proposti dal DM77 si prevede l’attivazione entro il 2026 nel Paese di 1.350 CdC, 436 OdC, 602 COT, presa in carico del 10% della popolazione over 65 tramite ADI e aumento delle attività svolte in telemedicina. Tuttavia, i fondi europei legati al PNRR sono vincolati all’utilizzo in conto capitale e non possono essere utilizzati per sostenere spese correnti (come la spesa per il personale), di conseguenza nell’applicazione del DM77 la disponibilità limitata di personale delle professioni sanitarie impone di definire le priorità aziendali o di distretto. Si tratta quindi di decidere se privilegiare le CdC, gli OdC, l’ADI o le COT come setting dove collocare più personale, o quantome-

no il più qualificato o motivato (Longo e Ricci, 2022). Nell’ambito delle cure territoriali la componente digitale non rappresenta soltanto un utile addendum o un modo per migliorare al margine il servizio offerto al paziente, ma piuttosto una leva strategica per promuovere l’integrazione da tanto invocata tra ospedale e territorio e tra i diversi setting delle cure territoriali (Longo *et al.*, 2022).

2. Il contesto di policy di riferimento: stratificazione della popolazione, innovazione dell’assistenza territoriale, telemedicina e multicanalità

Il tema della stratificazione della popolazione costituisce il terzo punto del DM77 “Stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori come strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico”. Secondo il documento “la stratificazione della popolazione per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse” (Ministero della Salute, 2022). L’idea sostenuta dalle indicazioni nazionali va in scia con la normativa precedente (già nel Piano Nazionale delle Cronicità del 2016 si parla di stratificazione e targeting della popolazione cronica) e sostiene lo sviluppo della cultura dell’utilizzo dei dati per conoscere le caratteristiche sanitarie e sociali della popolazione in modo da poterla suddividere in sottogruppi omogenei per livello di rischio, al fine di costruire programmi di prevenzione e di presa in carico più focalizzati e con priorità

di intervento definite, la cui programmazione è coerente con i bisogni del relativo territorio. L'ambizione del policy maker è quella di costruire un sistema di stratificazione comune a tutte le regioni a garanzia di equità. A tal fine, nel DM77 vengono indicati sei livelli per la classificazione del bisogno di salute sulla base delle sue condizioni cliniche e sociali; per ciascun livello sono esplicitati il bisogno, l'intensità assistenziale e la tipologia di presa in carico necessaria. I sei livelli di classificazione sono: 1) persona in salute (assenza di condizioni patologiche); 2) persona con complessità clinico-assistenziale minima o limitata nel tempo; 3) persona con complessità clinico-assistenziale media; 4) persona con complessità clinico-assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale; 5) persona con complessità clinico-assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale; 6) persona in fase terminale (Ministero della Salute, 2022). A partire dal rischio di fragilità e dalla conseguente stratificazione, le correlate risposte in termini di servizi e di priorità allocative sono necessariamente definite localmente (Regione, ASL e Distretti), in quanto a ciascuno strato devono corrispondere risorse professionali, tecnico-organizzative e comunitarie disponibili nell'area di riferimento (Longo e Falasca, 2022). Negli ultimi anni sono stati messi a punto numerosi modelli per predire nella popolazione il rischio di accessi inappropriati al pronto soccorso o ricoveri in ospedale, utilizzando tre principali categorie di fonti informative: i) dati personali riferiti dal paziente sulla base di questionari o interviste; in questo caso vengono rilevate anche informazioni non sanitarie, quali lo stato funzionale e i supporti

sociali; ii) dati amministrativi correnti o registri di popolazione; iii) dati sanitari rilevati dalle cartelle cliniche o altri documenti compilati da professionisti (Longo & Falasca, 2022).

Come anticipato nel paragrafo introduttivo, tra i vari oggetti del DM77 le più interessanti innovazioni per una cronicità ad alta complessità come l'asma grave riguardano le CdC, gli OdC, l'ADI e la telemedicina. Il decreto lascia ampi spazi di discrezione a regioni e aziende su come declinare le indicazioni nazionali (Fattore *et al.*, 2022). Di seguito si riporta una breve sintesi delle maggiori sfide e trade-off decisionali che ognuna di queste innovazioni porta con sé.

- La CdC prevede la presenza di servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie a elevata prevalenza come l'asma grave, che sono obbligatori sia per le CdC Hub sia per quelle Spoke. Tuttavia, si prevede che non tutte le CdC avranno lo stesso modello di servizio e, come suggeriscono Del Vecchio *et al.* (2022), per ciascuna CdC sarà necessario fare alcune scelte in merito alla definizione del target privilegiato, alla natura più generalista o focalizzata delle CdC, alla loro vocazione prevalente (sanitaria, socio-sanitaria o di comunità) e alla tipologia di integrazione con il resto della filiera. In particolare, il DM77 non identifica il target prioritario delle CdC, ma esso può definirsi implicitamente sulla base dei servizi che vi saranno inseriti. Per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, emerge la necessità di non duplicare le esperienze dei poliambulatori territoriali, quindi immaginare di erogare servizi specialistici a una platea

ristretta di utenti avvalendosi eventualmente di modalità alternative di erogazione (per esempio, telemedicina) (Del Vecchio *et al.*, 2022).

- Rispetto agli OdC si possono identificare alcuni trade-off decisionali e anche in questo caso appare cruciale la definizione del target principale. A tal proposito, il DM77 individua quattro categorie di pazienti eleggibili per il ricovero negli OdC: a) pazienti fragili e/o cronici provenienti da domicilio; b) pazienti affetti da multimorbidità provenienti da una struttura ospedaliera; c) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi; d) pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo. Da un recente studio emerge come il target dei pazienti dimessi da strutture ospedaliere sia quello identificato come prioritario negli OdC al momento funzionanti (Fattore *et al.*, 2022).
- Secondo il DM77, le cure domiciliari sono un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Le Cure Domiciliari si articolano in un livello Base e in Cure Domiciliari Integrate (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello) e consistono in trattamenti medici, infermieri, riabilitativi, diagnostici ecc., prestati da personale sanitario e socio-sanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il qua-

dro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Rimane da definire come le figure professionali (e in particolare la nuova figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità) potranno integrare nelle loro attività anche quella dell'ADI, con quali strumenti e per quali categorie di pazienti.

Infine, la Missione 6C1 del PNRR ha come obiettivo lo sviluppo della telemedicina e il superamento della frammentazione e della mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio. Secondo il documento "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina" approvato in Conferenza Stato-Regioni nel dicembre 2020, per telemedicina si intende l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria a distanza tramite il ricorso a tecnologie innovative. Sempre secondo il documento, le prestazioni di telemedicina si possono suddividere in quattro categorie: a) prestazioni che possono essere assimilate a qualunque prestazione sanitaria diagnostica e/o terapeutica tradizionale (ne rappresentano un'alternativa di erogazione); b) prestazioni che non possono sostituire la prestazione sanitaria ma la supportano; c) prestazioni che integrano la prestazione tradizionale; d) prestazioni che possono sostituire completamente la prestazione sanitaria tradizionale¹. La telemedici-

¹ Occorre inoltre definire con precisione le tre principali fattispecie di telemedicina: a) la televisita è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente (il medico è deputato a decidere in quali situazioni e in che misura la televisita può essere impiegata); b) il teleconsulto è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite videochiamata, riguardo alla situazione clinica di un paziente, basandosi sulla condivisione di dati clinici, i referti, le immagini, gli audio video. È uno strumento per condivi-

na aggiunge un canale di erogazione di prestazioni sanitarie al canale fisico, che è tradizionalmente stato quello prevalente. La presenza di più canali di accesso per l'utenza ha introdotto anche nell'ambito dei servizi sanitari il concetto (già noto nel mondo del marketing) di multicanalità. La multicanalità è un termine usato per far riferimento all'utilizzo, da parte di un'azienda, di differenti punti di contatto, canali o strumenti (online e/o offline) per interagire con i consumatori. Sulla base delle raccomandazioni di Banerjee (2014), l'integrazione multicanale può essere categorizzata in coordinamento dei processi e integrazione delle informazioni. Da un lato, il coordinamento dei processi si riferisce al coordinamento degli obiettivi, della progettazione e delle attività sia nel front office sia nel back office dei canali (Banerjee, 2014). Dall'altro, l'integrazione delle informazioni riguarda la coerenza nel fornire le informazioni agli utenti, compresa l'offerta omogenea su tutti i canali (Banerjee, 2014; Cao & Li, 2015). È necessario studiare l'impatto dell'integrazione multicanale in ogni fase del percorso dell'utente, in modo da offrire un'esperienza di fruizione coerente e olistica (Gao *et al.*, 2020). Borgonovi *et al.* (2021) affermano che sviluppare una strategia di multicanalità nelle aziende sanitarie implica interrogarsi su aspetti tecnologici (quali piattaforme e software adottare), aspetti formali (definizione del nuovo lessico e tassonomia), aspetti manageriali (ripensare l'organizzazione del lavoro

dere le scelte mediche e per fornire la second opinion; c) il telemonitoraggio permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo. Il sistema di telemonitoraggio è integrato dal telecontrollo medico (riduce i controlli ambulatoriali di persona e garantisce dati più frequenti e uniformi).

e i processi) e aspetti clinici (definire per quali target di pazienti è appropriato ricorrere a nuovi canali come quello della medicina, per quali fasi della patologia o per quali aspetti del problema di salute, stabilendo in quali condizioni è necessario poi incontrare personalmente il paziente).

3. Obiettivi e metodologia

Obiettivo del presente lavoro è mettere in luce la prospettiva dei professionisti che si occupano di pazienti con asma grave, esponendo alcune proposte che si collocano nella cornice dell'attuale contesto epidemiologico e normativo. Date le grandi trasformazioni in atto nel sistema (soprattutto relative alla stratificazione della popolazione, all'assistenza territoriale e alla diffusione di strumenti digitali) e gli ampi margini di manovra che sono lasciati dalla normativa ai decisori locali su certe aree strategiche (Longo *et al.*, 2023), risulta cruciale che anche i professionisti sanitari condividano il loro punto di vista in merito. In particolare, il gruppo di professionisti ha lavorato per dare risposta ad alcuni quesiti di tipo organizzativo, attingendo dalla propria esperienza sulla presa in carico di pazienti con asma grave per discutere in modo collegiale le possibili soluzioni implementative legate ai diversi quesiti. I quesiti sono stati strutturati in modo da approfondire i tre aspetti fondamentali che riguardano i cambiamenti del sistema (strumenti di stratificazione della popolazione, nuovi modelli di assistenza territoriale, telemedicina) e per rispondere ad alcuni dei trade-off descritti nel paragrafo precedente: i) con quali strumenti e criteri è possibile individuare e stadiare i pazienti con asma grave? ii) quali servizi, pro-

fessionisti e pazienti trovano collocazione nei nuovi setting/modelli di assistenza territoriale nel percorso di presa in carico dell'asma grave? iii) quali servizi di telemedicina possono essere utilizzati per la presa in carico dei pazienti con asma grave?

La metodologia adottata per elaborare le proposte presentate nel paragrafo 4 è costituita da un percorso formativo denominato "Asthma Talks" composto da due blocchi: il primo si è sviluppato nel biennio 2020-2021 e il secondo nel 2022. Il presente lavoro è frutto dei lavori del secondo blocco (gennaio-dicembre 2022).

Gli Asthma Talks sono nati nel 2020 con lo scopo di favorire un confronto tra docenti e ricercatori del Cergas-SDA Bocconi e i professionisti (sia clinici sia farmacisti) esperti nella gestione dei pazienti affetti da asma grave, provenienti da 8 aziende sanitarie del Paese. Tale progettualità ha voluto formulare proposte concrete dalla comunità dei professionisti per proporle al management aziendale in un'epoca in cui si era formata una finestra di opportunità per implementare innovazione dei modelli organizzativi. I temi approfonditi nel primo ciclo degli Asthma Talks sono stati tre: i) l'asma grave all'interno delle politiche e dei modelli di gestione delle cronicità; ii) la gestione del farmaco all'interno dei modelli di cura e delle politiche di accesso; iii) le opportunità della riorganizzazione del sistema territoriale (nella prospettiva del PNRR) per la gestione dei pazienti con asma grave. I *talks* sono stati molteplici poiché per ciascun tema sono stati organizzati un workshop e un webinar di approfondimento, per un totale di 6 incontri. Gli esiti dei lavori del primo biennio sono raccolti in tre articoli che

compongono un volume pubblicato a novembre 2021 a cura di Valeria D. Tozzi e Angelica Zazzera *La gestione dell'asma grave al tempo del Covid-19: proposte della comunità professionale nella prospettiva del PNRR*.

Nel secondo blocco degli Asthma Talks è stato realizzato un percorso formativo a cui ha preso parte un gruppo di circa 20 professionisti sanitari (pneumologi, allergologi e farmacisti ospedalieri) che si occupano di asma grave, provenienti da strutture sanitarie pubbliche distribuite in tutto il territorio nazionale. Il ciclo dei *talks* del 2022 ha visto la realizzazione di due workshop tematici online sui temi del "Population Health Management per la gestione dei pazienti con asma grave" e della "Multidisciplinarietà nella gestione dell'asma grave". I due workshop sono stati preceduti da due interviste semistruzzate di approfondimento con professionisti esperti del tema condotte dai ricercatori e docenti del Cergas-SDA Bocconi e condivise con i partecipanti. Nei workshop ogni tema è stato inquadrato con un'analisi della letteratura esistente e con la discussione dell'intervista ai professionisti. Alla prima fase è seguita una discussione con i partecipanti sulle esperienze sviluppate sui temi proposti nel proprio contesto lavorativo. Ciascun workshop si è concluso con l'elaborazione di alcune proposte per il futuro. Il percorso del 2022 è terminato con un evento finale in presenza in cui le proposte elaborate dai partecipanti nei workshop sono state presentate ad alcuni *discussant* esterni, che hanno avuto il compito di validarle o integrarle. Successivamente all'evento finale, le proposte sono state sistematizzate dai ricercatori e docenti del Cergas-SDA Bocconi e condivise

tramite una survey online ai partecipanti. Tra i 20 partecipanti degli Asthma Talks 2022, solo coloro i quali hanno risposto alla survey esprimendo il loro assenso sulle proposte e confermando quindi quanto fatto nel corso degli incontri precedenti risultano come co-autori del presente testo. I temi selezionati per i workshop vanno in continuità con il lavoro del primo blocco degli Asthma Talks (biennio 2020-2021): il dibattito del secondo ciclo di incontri ha sviluppato le proposte emerse nel biennio precedente, ricontestualizzandole alla luce dei cambiamenti indotti dalla riforma dell'assistenza territoriale promossa dal DM77, che hanno iniziato a prendere forma in tutte le Regioni italiane.

4. Risultati: le 10 proposte degli Asthma Talks

4.1. L'individuazione e la stratificazione dei pazienti con asma grave

Il tema dell'individuazione della popolazione rappresenta il primo step del processo di Population Health Management (PHM), concetto che riguarda il miglioramento della salute della popolazione e della qualità delle cure e la riduzione dei relativi costi (Steenkammer *et al.*, 2017). Gli strumenti di PHM per individuare coorti di pazienti non mirano a ricostruire l'epidemiologia di un determinato territorio, ma a comprendere come i servizi rispondono a domande differenziate, analizzando la disponibilità dell'offerta dei servizi per gruppi di bisogni. Dopo aver identificato la popolazione, il PHM suggerisce la sua stratificazione per livelli di rischio (step 3) per elaborare interventi che siano pensati per quella popolazione (step 4) (Steenkammer *et al.*, 2017). È in quest'ottica che nel volume frutto del primo ciclo degli

Asthma Talks è stato elaborato un algoritmo per individuare i pazienti con asma grave, sulla base di un precedente lavoro pubblicato dall'ASL di Alessandria (Zazzera *et al.*, 2021). L'algoritmo elaborato ha avuto lo scopo di identificare i pazienti con asma grave che accedono ai servizi, esaminando i loro consumi per proporre modelli di offerta specifici. L'applicazione dei sistemi di PHM permette di individuare le comorbidità dei pazienti. Infatti, interrogando i database amministrativi è possibile leggere i consumi dei pazienti e intuire le patologie concomitanti, rimodulando l'offerta in base a questo input programmando, per esempio, dei pacchetti di prestazioni per i pazienti. Tuttavia, questa tecnica presenta il limite di non intercettare la fetta di popolazione a cui non è stata diagnosticata la patologia (il cosiddetto "sommerso") che non consuma e non viene quindi tracciata dai dati.

Di seguito si delineano le prime cinque proposte degli Asthma Talks sull'individuazione e stratificazione dei pazienti con asma grave, in risposta al primo quesito presentato nel paragrafo 3: "Con quali strumenti e criteri è possibile individuare e classificare i pazienti con asma grave?"

- 1) Criteri di identificazione della popolazione con asma bronchiale: per identificare la popolazione con asma grave è opportuno partire dal più ampio gruppo di pazienti con asma bronchiale. Per fare ciò, è possibile utilizzare un algoritmo che nei 5 anni precedenti al momento dell'osservazione identifichi:
 - almeno una diagnosi di dimissione per asma in qualsiasi posizione (493*) oppure

- almeno 4 prescrizioni riferibili ai farmaci ATC R03A*, ATC R03C*, ATC R03DC* oppure
 - l'esenzione per asma (007) oppure
 - l'accesso in pronto soccorso per asma (493* in diagnosi principale).
- 2) Criteri di identificazione della coorte di pazienti con asma grave: dopo aver identificato la popolazione con asma tramite l'algoritmo, è possibile stratificarla per individuare la coorte di pazienti con asma grave. Un elemento che permette di comprendere se l'asma è grave è rappresentato dalla presenza di un piano terapeutico con dosaggio massimo di ICS/LABA insieme a un farmaco biologico, oppure la presenza di ICS/LABA + LAMA. Infatti, il trattamento principale per l'asma è costituito da un antinfiammatorio (corticosteroidi inalatori – ICS), insieme a un broncodilatatore (*long active beta antagonist* – LABA). Per i pazienti con asma grave viene prescritto il dosaggio massimo di ICS/LABA, insieme a un farmaco biologico. Un'alternativa per la cura del paziente con asma grave è l'associazione di ICS/LABA e LAMA (tiotropio).
 - 3) Criteri di identificazione della coorte di pazienti con asma controllato: in aggiunta, un indicatore del fatto che l'asma sia controllato o meno è rappresentato dagli accessi in pronto soccorso del paziente.
 - 4) Validazione dell'algoritmo: affinché l'algoritmo e i criteri di individuazione dell'asma grave/non grave o controllato/non controllato possano essere applicati per le relative analisi, devono essere vali-

dati con la società scientifica di riferimento.

- 5) Sviluppi dell'algoritmo: in una definizione successiva e più puntuale del modello di stratificazione, è importante considerare nella definizione di gravità dell'asma non solo le componenti strettamente cliniche, ma anche le caratteristiche sociali e la presenza di altre patologie oltre all'asma.

4.2. Trasformazione dell'assistenza territoriale

Come presentato nei primi paragrafi, tra i vari oggetti del PNRR e del successivo DM77 le più interessanti innovazioni per una cronicità ad alta complessità come l'asma grave riguardano le CdC, gli OdC, l'ADI e la telemedicina. Sulla base dei trade-off decisionali rispetto a questi nuovi modelli organizzativi, i partecipanti degli Asthma Talks hanno elaborato una riflessione su quali possano essere i target di pazienti, i professionisti e i servizi per la presa in carico dell'asma grave a cui si potranno applicare queste innovazioni. Di seguito vengono presentate le tre proposte in risposta al secondo quesito del paragrafo 3 "quali servizi, professionisti e pazienti trovano collocazione nei nuovi setting/modelli di assistenza territoriale nel percorso di presa in carico dell'asma grave?".

- 1) La telemedicina per il paziente con asma grave: tra le innovazioni introdotte dal PNRR e dal DM77, il potenziamento della telemedicina appare quella più adatta per la presa in carico dei pazienti con asma grave. In particolare, si ritiene che all'interno della telemedicina il teleconsulto sia la soluzione da

- adottare in via prioritaria, seguito dalle televisite e dal telemonitoraggio.
- 2) Il potenziamento dell'ADI per i pazienti con asma grave: sempre nell'ambito delle innovazioni del PNRR e del DM77, anche il potenziamento dell'ADI rappresenta una soluzione molto interessante e adatta alla presa in carico dei pazienti con asma grave. Meno interessanti per la presa in carico del paziente con asma grave sono invece le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità;
- 3) Le combinazioni di professionisti, target, pazienti e servizi territoriali per i pazienti con asma grave: nell'ambito delle innovazioni promosse dal PNRR e dal DM77, per i pazienti con asma grave si propongono le combinazioni di professionisti, target di pazienti e servizi descritte nella Tab. 1.

Tab. 1 – Declinazione delle innovazioni promosse dal DM77 per i pazienti con asma grave

Innovazione introdotta dal DM77	Professionisti	Paziente	Servizi
Telemedicina	Infermiere Specialista Farmacista ospedaliero	Tutti i pazienti con asma grave	Televisita Educazione Counselling Telemonitoraggio
ADI	MMG Infermiere specializzato Specialista convenzionato Farmacista ospedaliero	Pazienti con asma grave che presentano fragilità e/o comorbidità	Esecuzione terapia Monitoraggio
Casa della Comunità	MMG Infermiere Specialista Farmacista ospedaliero	Pazienti con asma grave in condizioni stabili Pazienti con sospetto di asma grave	Spirometro portatile Picco di flusso espiratorio Educazione Counselling Controllo terapia
Ospedale di Comunità	Infermiere specializzato Specialista Farmacista ospedaliero	Pazienti con asma grave che presentano fragilità Pazienti con asma grave che necessitano un ricovero in post-acuto Pazienti con asma grave che hanno una riacutizzazione lieve o moderata	Educazione Esecuzione terapia Monitoraggio

4.3. Telemedicina e multicanalità

Le riflessioni in merito all'ultimo quesito "quali servizi di telemedicina possono essere utilizzati per la presa in carico dei pazienti con asma grave?" si basano sul concetto di superamento della multicanalità per passare al concetto di omnicanalità. Risulta essenziale che al

paziente non vengano solo proposte diverse opzioni di canali di accesso o di erogazione dei servizi sanitari, strutturati in modo parallelo e non integrato, ma che questi siano anche collegati tra loro e in sinergia. L'omnicanalità prevede infatti che i canali si integrino in modo costante attorno al paziente e che il

sistema di informazioni sul paziente sia condiviso. In questo modo il paziente potrebbe svolgere la prima visita di persona, realizzare il follow-up in telemedicina, per poi svolgere nuovamente visite in presenza se necessario. La possibilità di cambiare canale di fruizione dovrebbe essere associata alla condivisione delle informazioni del paziente tra professionisti, in modo da favorire il teleconsulto, che potrebbe essere implementato specialmente per facilitare il confronto tra MMG, specialista, farmacista e infermiere di famiglia e comunità. Inoltre, sarebbe auspicabile che le informazioni fossero condivise anche tra i vari setting di cura, nell'eventualità di una transizione del paziente da un luogo di cura a un altro. Le ultime due proposte di dettaglio elaborate dal gruppo dei professionisti degli Asthma Talks sono riportate di seguito.

- 1) Utilizzo delle televisite per i pazienti con asma grave: la televisita per i pazienti con asma è adatta allo svolgimento delle visite di controllo, in quanto la prima visita dovrebbe essere necessariamente sempre di persona. Il target ideale per le televisite è rappresentato da pazienti non stabili che devono essere svezzati, ma anche da pazienti stabili che non hanno bisogno di essere visitati di persona.
- 2) Utilizzo del telemonitoraggio per i pazienti con asma grave: il telemonitoraggio può essere svolto con un device per monitorare l'aderenza del paziente alla terapia o per individuare eventuali criticità, tuttavia appare più adatto a pazienti con asma non grave.

5. Conclusioni

Il presente lavoro illustra le dieci proposte elaborate da parte di alcuni pro-

fessionisti esperti nella gestione dell'asma grave e rappresenta un esempio di contributo che le comunità professionali possono esprimere nei processi di cambiamento, per valutare sia il miglioramento dei modelli di presa in carico in essere sia l'ideazione di soluzioni nuove. È in questa direzione che si inquadrano le proposte emerse dalla comunità di professionisti provenienti da aziende sanitarie diverse del Paese e appartenenti a famiglie professionali differenti (pneumologi, allergologi e farmacisti). La prospettiva adottata è stata di tipo esperienziale poiché alla base delle proposizioni vi è stata la condivisione delle esperienze (in diverso stadio di maturità) che ciascuna realtà aziendale aveva sviluppato. Il valore del lavoro tra professionisti e ricercatori non sta solo nei contenuti delle proposte emerse, ma anche dal fatto che: a) si è compiuta una simulazione per far conoscere il quadro delle trasformazioni che il PNRR e il DM77 introducono e con le quali ciascuna azienda sanitaria si sta confrontando, allo scopo di preparare singoli professionisti al dialogo con quanti all'interno delle aziende si stanno occupando dell'implementazione del PNRR e del DM77; b) si è offerto uno spaccato relativo a una condizione cronica che per le caratteristiche descritte rappresenta una cronicità ad alta complessità che tradizionalmente solo negli ospedali ha trovato risposta. Come emerge dal contributo, non potrà essere rivoluzionato il modello di presa in carico esistente, ma certamente potrà essere ridotto l'"abuso" dell'ospedale come luogo fisico di erogazione unico ed esclusivo, considerando la crucialità per il paziente di competenze specialistiche a cui far

riferimento anche senza il modello di erogazione in presenza. In questa prospettiva, l'asma grave come patologia cronica ad alta complessità è l'esem-

pio di una famiglia di malattie molto estesa che verosimilmente potrebbe beneficiare di alcune delle riflessioni condotte nel presente lavoro.

BIBLIOGRAFIA

Antonicelli L., Bucca C., Neri M. *et al.* (2004). Asthma severity and medical resource utilisation. *European Respiratory Journal*, 23(5): 723-729. DOI: 10.1183/09031936.04.0000490413.

Banerjee M. (2014). Misalignment and its influence on integration quality in multichannel services. *Journal of Service Research*, 17(4): 460-474. DOI: 10.1177/1094670514539395.

Bilò M. B., Antonicelli L., Carone M., De Michele F., Menzella F., Musarra A., Tognella S., Vaghi A., Micheletto C. (2021). Severe asthma management in the era of biologics: insights of the Italian Registry on Severe Asthma (IRSA). *European Annals of Allergy and Clinical Immunology*, 53(3): 103-114. DOI: 10.23822/EurAnnACI.1764-1489.196.

Borgonovi E., Rotolo A., Tarricone R., Tozzi V.D. (2021). *La sanità multicanale*. – Tratto da: <https://www.sdabocconi.it/it/sda-bocconi-insight/sotto-la-lente/sanita-e-salute/la-sanita-multicanale> Accesso: 20 gennaio 2023.

Canonica G.W., Colombo G. L., Bruno G. M. *et al.* (2019). Shadow cost of oral corticosteroids-related adverse events: a pharmacoeconomic evaluation applied to real-life data from the Severe Asthma Network in Italy (SANI) registry. *World Allergy Organ J*, 12(1), 100007. DOI: 10.1016/j.waojou.2018.12.001.

Cao L., Li L. (2015). The impact of cross-channel integration on retailers' sales growth. *Journal of Retailing*, 91(2): 198-216. DOI: 10.1016/j.jretai.2014.12.005.

Chung K. F., Wenzel S. E., Brozek J. L. *et al.* (2014). International ERS/ATS guidelines on definition, evaluation and treatment of severe asthma. *European Respiratory Journal*, 43(2): 343-373. DOI: 10.1183/09031936.002020134.

Del Vecchio M., Giudice L., Preti L.M., Rappini V. (2022). Le Case della Comunità tra disegno e sfide dell'implementazione. In: Cergas (a cura di). *Rapporto OASI 2022*. Milano: Egea.

Fattore G., Meda F., Meregaglia M. (2022). Gli Ospedali di Comunità: quali prospettive alla luce del PNRR?. In: Cergas (a cura di). *Rapporto OASI 2022*. Milano: Egea.

Gao L., Melero I., Javier Sese F. (2020). Multichannel integration along the customer journey: a systematic review and research agenda. *The Service Industries Journal*, 40(15-16): 1087-1118. DOI: 10.1080/02642069.2019.1652600.

Global Asthma Network (2020). *The global asthma report 2020*. – Tratto da: www.ginasthma.org Accesso: 22 gennaio 2023.

Global Initiative for Asthma (2020). *GINA report, global strategy for asthma management and prevention*. – Tratto da: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/04/GINA-2020-full-report-final_wms.pdf. Accesso: 22 gennaio 2023.

Hekking P.P., Wener R.R., Amelink M. *et al.* (2015). The prevalence of severe refractory asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 135(4): 896-902. DOI: 10.1016/j.jaci.2014.08.0425.

Larsson K., Stallberg B., Lisspers K. *et al.* (2018). Prevalence and management of severe asthma in primary care: an observational cohort study in Sweden (PACEHR). *Respiratory Research*, 19(1): 12. DOI: 10.1186/s12931-018-0719-x.

Longo F., Guerra F., Zazzera A. (2023). La trasformazione dell'assistenza territoriale e gli spazi di autonomia locali: le variabili strategiche. *Mecosan – Management Ed Economia Sanitaria – Open Access*, (123). DOI: 10.3280/mesa2022-123oa15581.

Longo F., Boscolo P. R., Bongiorno Sottoriva C. (2022). Un framework per la digitalizzazione del territorio. *Mecosan – Management Ed Economia Sanitaria*, 122. DOI: 10.3280/mesa2022-122oa14872.

Longo F., Falasca P. (2022). Logiche e strumenti per la stratificazione della popolazione e la clusterrizzazione dei pazienti. In: Agenas (a cura di). *Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità: manuale operativo e buone pratiche per ispirare e supportare l'implementazione del PNRR*. – Tratto da: https://www.agenas.gov.it/images/agenas/In%20primo%20piano/PON-GOV/0_Manuale_Operativo_PON_cronicita_web.pdf. Accesso: 18 gennaio 2023.

Longo F., Ricci A. (2022). La divaricazione tra narrazioni ed evidenze e l'aumento dell'autonomia implicita del management del SSN. In: Cergas (a cura di). *Rapporto OASI 2022*. Milano: Egea.

Micheletto C., Bilò M.B., Antonicelli L. et al. (2018). Severe asthma in adolescence and adults: a national, multicentre registry in real life. *European Annals of Allergy and Clinical Immunology*, 50(5): 196-201. DOI: 10.23822/EurAnnACI.1764-1489.69.

Ministero della Salute (2016). Piano nazionale cronicità. Intesa Stato Regioni e Province autonome.

Ministero della Salute (2020). Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina. – Tratto da: <https://www.statoregioni.it/media/3221/p-3-csr-rep-n-215-17dic2020.pdf>. Accesso: 23 gennaio 2023.

Ministero della Salute (2022). *Asma grave*. – Tratto da: <https://www.salute.gov.it/portale/gard/detta->

glioContenutiGard.jsp?lingua=italiano&i-d=5822&area=gard&menu=attivit. – Accesso 23 gennaio 2022.

Ministero della Salute (2022). Decreto 23 maggio 2022. N. 22. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale.

Paggiaro P., Barbaglia S., Centanni S., Croce D., Desideri E., Giustini S., Micheletto C., Musarra A., Scichilone N., Trama U., Zedda M.T., Canonica G.W. (2021). Overcoming Barriers to the Effective Management of Severe Asthma in Italy. *Journal of Asthma and Allergy*, 14: 481-491. DOI: 10.2147/JAA.S293380.

Steenkamer B. M., Drewes H. W., Heijink R., Baan C. A., Struijs J. N. (2016). Defining Population Health Management: A Scoping Review of the Literature. *Population Health Management*, 20(1): 74-85. DOI: 10.1089/pop.2015.0149.

Taylor D. R., Bateman E. D., Boulet L. P. et al. (2008). A new perspective on concepts of asthma severity and control. *European Respiratory Journal*, 32(3): 545-554. DOI: 10.1183/09031936.00155307.

Tozzi V. D., Longo F., Pacileo G., Salvatore D., Pinelli N., Morando V. (2014). *PDTA standard per le patologie croniche*. Milano: Egea.

Tozzi V. D., Zazzera A. (2021). *La gestione dell'asma grave al tempo del Covid-19*. Milano: Egea.

Zazzera A., Longo F., Brussino L., Cerutti E., Deidda M., Oliveri R., Tozzi V. D. (2021). Quale presa in carico territoriale dell'asma grave?. In: Tozzi V. D., Zazzera A. (a cura di) *La gestione dell'asma grave al tempo del Covid-19*. Milano: Egea.