

Le cronicità respiratorie tra postumi del COVID-19 e il PNRR

Fausto De Michele

Le cronicità respiratorie, Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), asma e apnea ostruttiva del sonno (OSA), costituiscono un problema di salute pubblica non sempre adeguatamente attenzionato nel nostro Paese, con una rilevanza epidemiologica assolutamente prioritaria, valutabile in oltre 10 milioni di pazienti.

I principali *outcome* relativi al controllo clinico di tali patologie sono ben lungi dall'essere raggiunti; in maniera variabile, tutte queste condizioni cliniche sono "afflitte" da problemi quali: rilevante sottodiagnosi, carente stratificazione di gravità, scarsa appropriatezza terapeutica, bassa aderenza al trattamento, controllo dei sintomi spesso non soddisfacente, elevata incidenza di riacutizzazioni e, ancora, un parziale controllo delle complicanze a medio e a lungo termine.

Non mancano certo per queste patologie evidenze di appropriatezza clinica riportate in documenti e linee guida autorevoli che, pur scontando qualche discrepanza nei contenuti, ci forniscono affidabili e validate indicazioni sulle corrette scelte

diagnostico-terapeutiche da attuare.

Nonostante queste consolidate conoscenze, gli studi che hanno valutato il grado di implementazione delle linee guida nella pratica clinica testimoniano che nella *real life* sono moltissimi i pazienti affetti da cronicità respiratorie gestiti in maniera difforme da quanto indicato nei documenti scientifici.

Non mancano certamente le competenze specialistiche che, anzi, si sono particolarmente sviluppate in questi ultimi decenni, ponendo la Pneumologia tra le specialità che hanno più significativamente migliorato le proprie capacità diagnostiche e terapeutiche.

Tra le principali cause di questo quadro non confortante vi è una inadeguatezza di modelli organizzativi e gestionali che rispondano a una richiesta di "salute respiratoria" di milioni di pazienti.

In sostanza, una diffusa inappropriata organizzazione compromette i risultati clinici.

La pandemia da virus SARS-CoV-2 ha fatto emergere, assieme a una grande capacità di risposta della Pneumologia nella gestione dei pazienti con insufficienza respiratoria ospedalizzati, una altrettanto rile-

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

#NEXTGENERATIONITALIA



vante carenza di organizzazione territoriale complessiva e specifica nella gestione delle problematiche respiratorie. Non è un caso, quindi, se molti degli investimenti in sanità previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) siano concentrati sulla riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

Ma quali dovrebbero essere i principi fondamentali che nell'area respiratoria possono ispirare i modelli organizzativi? Va di conseguenza ridefinita la figura e il profilo professionale dello pneumologo?

Come sempre a guidare le scelte organizzative sono i numeri, cioè l'Epidemiologia, e nel caso specifico delle cronicità respiratorie quando le risorse umane disponibili (poche migliaia di specialisti pneumologi) non sono proporzionate alle richieste di salute (>10 milioni di potenziali pazienti), la regola aurea è quella di stratificare correttamente la gravità delle patologie (come indicato nel Piano Nazionale delle Cronicità - PNC), con una coerente stratificazione dei *setting* assistenziali, definire cioè: "chi fa che cosa e dove". Questa è una regola ineludibile di programmazione sanitaria il cui mancato rispetto ha effetti deleteri sia sulla sostenibilità economica

del sistema sia sugli *outcome* clinici.

La mancanza di stratificazione di gravità determina sempre due risultati negativi:

- 1) trattare un paziente ad alta complessità in un *setting* a bassa intensità di cura comporta un rischio clinico per il paziente;
- 2) trattare un paziente a bassa complessità in un *setting* a elevata intensità di cura comporta uno spreco di risorse che sono sottratte al sistema.

Nella gestione delle cronicità e delle affezioni respiratorie in generale, bisogna fare uno sforzo per stabilire, in base alle risorse disponibili, quale ruolo può svolgere lo specialista pneumologo sul territorio e quale ruolo deve essere affidato, all'interno di un percorso di cura condiviso, ad altri profili professionali medici (medico di Medicina Generale - MMG) e anche non medici (infermieri, tecnici della riabilitazione, etc.)

Una esemplificazione "plastica" di tale modello organizzativo ci viene (forse inconsapevolmente) dalla ben conosciuta "nota 99" che sembra essere caduta come un fulmine a ciel sereno nella gestione terapeutica della BPCO. In realtà il cielo non era già tanto sereno in termini di appropriatezza prescrittiva e la nota, con tutte le sue intrinseche criticità applicative e approssimazioni, ci dice chiaramente che sono necessari almeno 2 *setting* assistenziali nel percorso diagnostico terapeutico della BPCO, una parte in carico al MMG e una parte in carico allo specialista, il tutto in reazione alla gravità/complessità del paziente.

Certamente il futuro vedrà a breve/medio termine un significativo potenziamento delle risorse umane in area pneumologica. L'eccezionale incremento delle borse di specializzazione assegnate alla specialità, frutto di un eccellente lavoro fatto nella interlocuzione ministeriale in epoca pan-

demica, modificherà la disponibilità di risorse umane specialistiche, ma non tanto da consentire una operatività esclusiva di questa figura per tutti i pazienti respiratori e, comunque, la presa in carico dei pazienti cronici rimane di competenza del MMG (si vedano le indicazioni del PNC). La grande opportunità di un significativo incremento degli specialisti pneumologi offre però la possibilità di ampliare la operatività dello stesso a livello territoriale a campi che vanno oltre quello della sola gestione delle cronicità. Possono essere elencate una serie di settori in cui lo pneumologo territoriale potrebbe dispiegare la sua attività:

- ▶ gestione dei pazienti a domicilio con insufficienza respiratoria (in ossigenoterapia a lungo termine - O₂LT o in ventilazione meccanica domiciliare - VMD) secondaria sia a malattie polmonari che extra-polmonari (neuromuscolari);
- ▶ diagnostica funzionale respiratoria di secondo livello (spirometria globale e pletismografia, emogasanalisi e test di diffusione);
- ▶ emersione di patologia e diagnostica di primo livello nel settore dei disturbi respiratori nel sonno (DRS);

- ▶ emersione e anticipazione diagnostica per gravi condizioni cliniche (asma grave, fibrosi polmonare, etc.)
- ▶ *follow-up* dei pazienti cronici di maggiore complessità.

Non si tratta evidentemente di un profilo professionale di serie B, al contrario vengono richieste competenze specialistiche in diversi settori. Si pone a questo punto la necessità di sviluppare da parte dell'Accademia e delle Società Scientifiche, un percorso formativo specifico per tale profilo professionale riferito a quel fabbisogno di salute respiratoria che attualmente il territorio non riesce a soddisfare.

Ricordiamo che alcune regole del “mercato” sono ineludibili anche per la professione medica: le risorse umane disponibili cioè “la rete dell’offerta” deve incrociare la richiesta effettiva di salute cioè “la rete della domanda”, se non si tiene conto di questa necessità, il destino di questi neospecialisti sarà la disoccupazione, la sottoccupazione o la riconversione forzata in altri settori (lavorare nei Pronto Soccorso).

Nello stesso tempo rimangono assolutamente prioritarie le necessità formative dello pneumologo ospedaliero con il



potenziamento degli *asset* strategici della specialità: Pneumologia Interventistica, Intensivologia Respiratoria, Pneumologia Riabilitativa, gestione dei casi complessi nel settore delle cronicità e delle gravi riabilitazioni delle stesse.

Uno pneumologo territoriale adeguatamente preparato e strumentalmente attrezzato non depotenzia l'attività della specialità in ospedale, anzi consente alla stessa di concentrarsi sull'alta specialità "utilizzando" la rete territoriale per una corretta e precoce emersione delle malattie più complesse, garantendo una maggiore appropriatezza degli accessi in ospedale e una più facile e sicura riallocazione sul territorio di pazienti stabili ma ad alto carico assistenziale.

In sostanza, questa stratificazione di *setting* e competenze identifica 3 livelli operativi nell'area respiratoria:

- 1) nell'area della Medicina Generale rimane il compito della presa in carico delle cronicità respiratorie, della gestione sinergica con gli specialisti dei pazienti a bassa/media complessità con operatività nella diagnostica di primo livello (per esempio, spirometria);
- 2) lo specialista pneumologo territoriale che gestisce una diagnostica di secondo livello con allargamento delle competenze oltre le cronicità, nelle cinque aree di intervento prima delineate;
- 3) lo specialista ospedaliero che è impegnato nell'alta specialità con capacità diagnostiche e di trattamento di alta complessità (Endoscopia Interventistica, Intensivologia Respiratoria, etc.).

La situazione attuale invece, come esemplificato in precedenza, quando si faceva riferimento alla necessità che il paziente giusto sia allocato nel *setting* giusto, vede pazienti che stazionano nell'area della Medicina Generale con diagnosi non ben ca-

atterizzate e che avrebbero bisogno di una valutazione specialistica, e pazienti a complessità medio bassa che arrivano in ospedale per "fare una curva flusso/volume".

Ci sono, infine, due importanti e indispensabili strumenti da utilizzare per attivare un modello di questo tipo:

- elaborazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) su base regionale condivisi tra tutte le figure professionali coinvolte, per le singole patologie respiratorie che stabiliscano gli elementi di appropriatezza clinica e organizzativa cioè qual è la prestazione corretta in base alla evidenza scientifica, chi deve erogare quella prestazione, dove deve essere erogata e in quali tempi, il tutto con i relativi indicatori di processo e di esito;
- la telemedicina che nell'area respiratoria ha grandi potenzialità applicative (insufficienza respiratoria, DRS, etc.) per i tanti pazienti cronici sul territorio e che porta in dote il grande vantaggio di rendere disponibile un sistema di dialogo e interconnessione tra i diversi *setting* assistenziali.

In conclusione, la sfida per la specialità è rilevante, ci sarà necessità di studiare e proporre nuovi modelli organizzativi, con una grande attenzione ai riferimenti normativi e alle nuove opportunità che si aprono nella fase post-pandemica. Il successo di questa sfida si misurerà sulla soddisfazione professionale degli pneumologi, ma soprattutto sul miglioramento della "salute respiratoria" per i tanti pazienti con patologie polmonari.

Bibliografia di riferimento

- Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute. *Piano Nazionale delle Cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016.*
- Governo Italiano. *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Missione 6: Salute.* 2021.