

Struttura e contenuti dei PDTA progettati

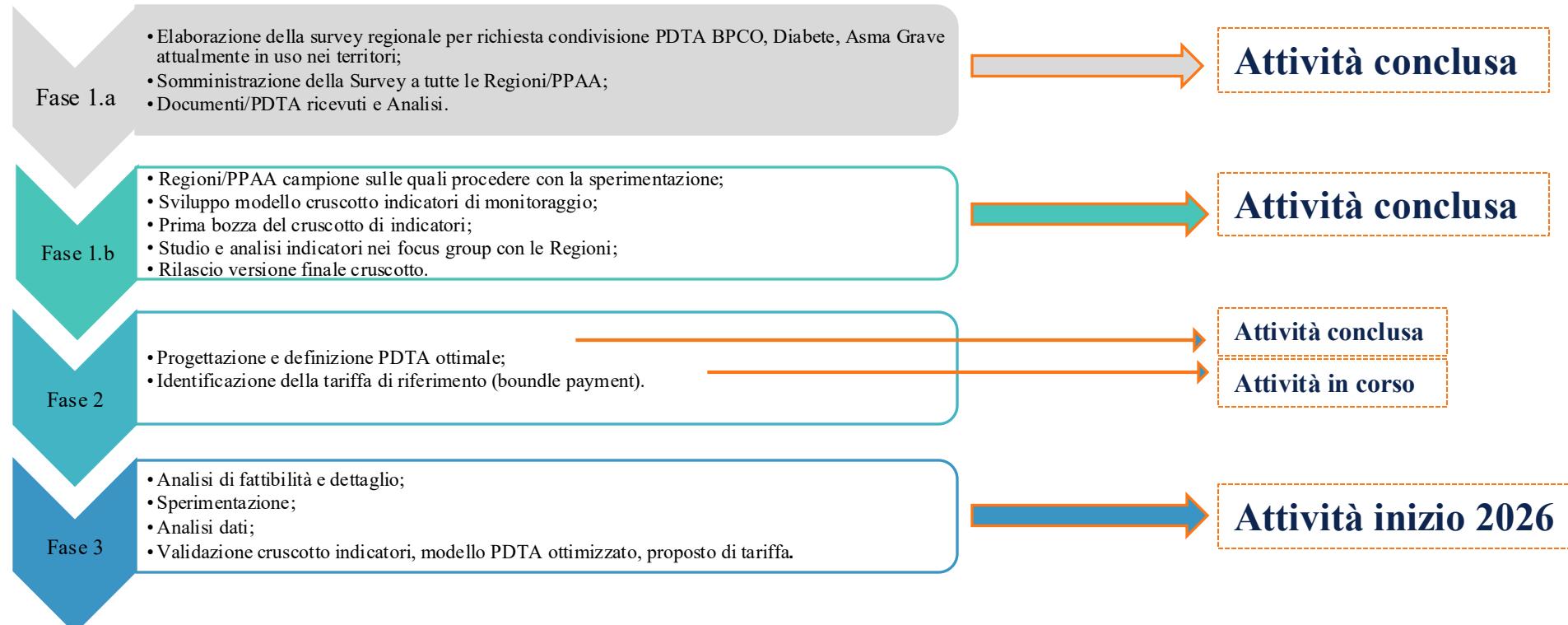
HTA E VALUE-BASED HEALTHCARE: MODELLI DI VALUTAZIONE PER LA GESTIONE INTEGRATA DELLA CRONICITÀ

Modello di valutazione (HTA) degli approcci alla gestione della cronicità (valutazione dell'impatto delle innovazioni tecnologiche e organizzative sugli esiti e gli altri elementi di valore), in una logica value based healthcare. Diabete, BPCO, Asma grave

Sala Giotto
25 novembre 2025

Ing. Michela Santurri, UOC HTA

Flowchart delle attività



FASE 1.a

1. Elaborazione della survey regionale per richiesta condivisione PDTA BPCO, Diabete, Asma Grave attualmente in uso nei territori
2. Somministrazione della Survey a tutte le Regioni/PPAA
3. Documenti/PDTA ricevuti e Analisi

Regioni/PPAA a cui sono stati inviati i questionari : n.21

Regioni/PPAA partecipanti: n. 16/21 (~ 76% di aderenza)

Totale documenti sui PDTA ricevuti: n. 180

- n. 58 PDTA BPCO;
- n. 91 PDTA Diabete;
- n. 31 PDTA Asma Grave.

Lettura e Screening della documentazione ricevuta

Criteri di screening:

- Attinenza a quanto richiesto e al progetto;
- Ufficialità del documento;
- Categorizzazione come PDTA;

Totale documenti PDTA analizzati: n. 108

- n. 39 PDTA BPCO;
- n. 49 PDTA Diabete;
- n. 20 PDTA Asma Grave.

FASE 1.b e 2

1. Scelta Regioni/PPAA campione con le quali realizzare focus group

Criteri di identificazione:

- Presenza di PDTA in almeno due patologie;
- Rappresentatività geografica/demografica del contesto italiano;
- Buona qualità del PDTA deliberato.

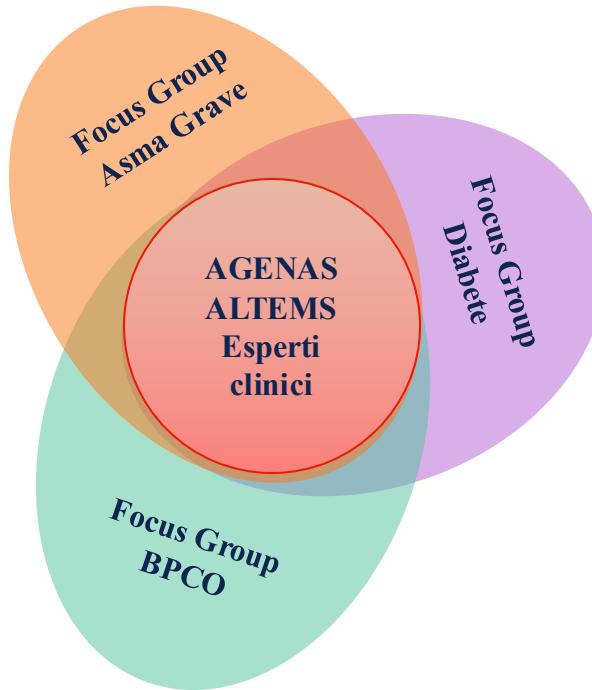
Regioni campione selezionate

- Basilicata
- Emilia-Romagna
- Lazio
- Marche
- Piemonte
- Sicilia
- Umbria
- Veneto
- Lombardia



FASE 1.b e 2

2. Formazione Focus Group BPCO – Diabete – Asma Grave



Focus Group BPCO	Focus Group Diabete	Focus Group Asma Grave
Basilicata, Emilia Romagna, Marche, Umbria, Veneto, Lombardia	Emilia Romagna, Lazio, Marche, Piemonte, Sicilia, Veneto, Lombardia	Emilia Romagna, Marche, Umbria, Veneto, Lombardia

FASE 2- Progettazione e definizione PDTA ottimale

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) ottimale								
Asma Grave nell'adulto								
<p>Stato delle revisioni</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indice rev.</th> <th>Data</th> <th>Sintesi della modifica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>GG/04/2024</td> <td>Prima stesura/revisione/ aggiornamento</td> </tr> </tbody> </table> <p>La presente tabella è predisposta per la raccolta e l'aggiornamento delle diverse versioni del PDTA che saranno realizzate. Ogni Revisione P.A./Azienda è tenuta a compilare e a mantenerla aggiornata.</p>			Indice rev.	Data	Sintesi della modifica	0	GG/04/2024	Prima stesura/revisione/ aggiornamento
Indice rev.	Data	Sintesi della modifica						
0	GG/04/2024	Prima stesura/revisione/ aggiornamento						

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) ottimale								
Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) nell'adulto								
<p>Stato delle revisioni</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indice rev.</th> <th>Data</th> <th>Sintesi della modifica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>GG/04/2024</td> <td>Prima stesura/revisione/ aggiornamento</td> </tr> </tbody> </table> <p>La presente tabella è predisposta per la raccolta e l'aggiornamento delle diverse versioni del PDTA che saranno realizzate. Ogni Revisione P.A./Azienda è tenuta a compilare e a mantenerla aggiornata.</p>			Indice rev.	Data	Sintesi della modifica	0	GG/04/2024	Prima stesura/revisione/ aggiornamento
Indice rev.	Data	Sintesi della modifica						
0	GG/04/2024	Prima stesura/revisione/ aggiornamento						

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) ottimale												
Diabete Mellito tipo 1 e tipo 2 nell'adulto												
<p>Stato delle revisioni</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indice rev.</th> <th>Data</th> <th>Sintesi della modifica</th> <th>Redatto</th> <th>Approvato</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>GG/04/2024</td> <td>Prima stesura/revisione/ aggiornamento</td> <td>Dir. UOC... Dat. XX Referente del documento</td> <td>Directore Generale ASL/AO... Dat. ZZ Directore Sanitario ASL/AO... Dat. ZZ ER ...</td> </tr> </tbody> </table> <p>La presente tabella è predisposta per la raccolta e l'aggiornamento delle diverse versioni del PDTA che saranno realizzate. Ogni Revisione P.A./Azienda è tenuta a compilare e a mantenerla aggiornata in base alle revisioni.</p>			Indice rev.	Data	Sintesi della modifica	Redatto	Approvato	0	GG/04/2024	Prima stesura/revisione/ aggiornamento	Dir. UOC... Dat. XX Referente del documento	Directore Generale ASL/AO... Dat. ZZ Directore Sanitario ASL/AO... Dat. ZZ ER ...
Indice rev.	Data	Sintesi della modifica	Redatto	Approvato								
0	GG/04/2024	Prima stesura/revisione/ aggiornamento	Dir. UOC... Dat. XX Referente del documento	Directore Generale ASL/AO... Dat. ZZ Directore Sanitario ASL/AO... Dat. ZZ ER ...								

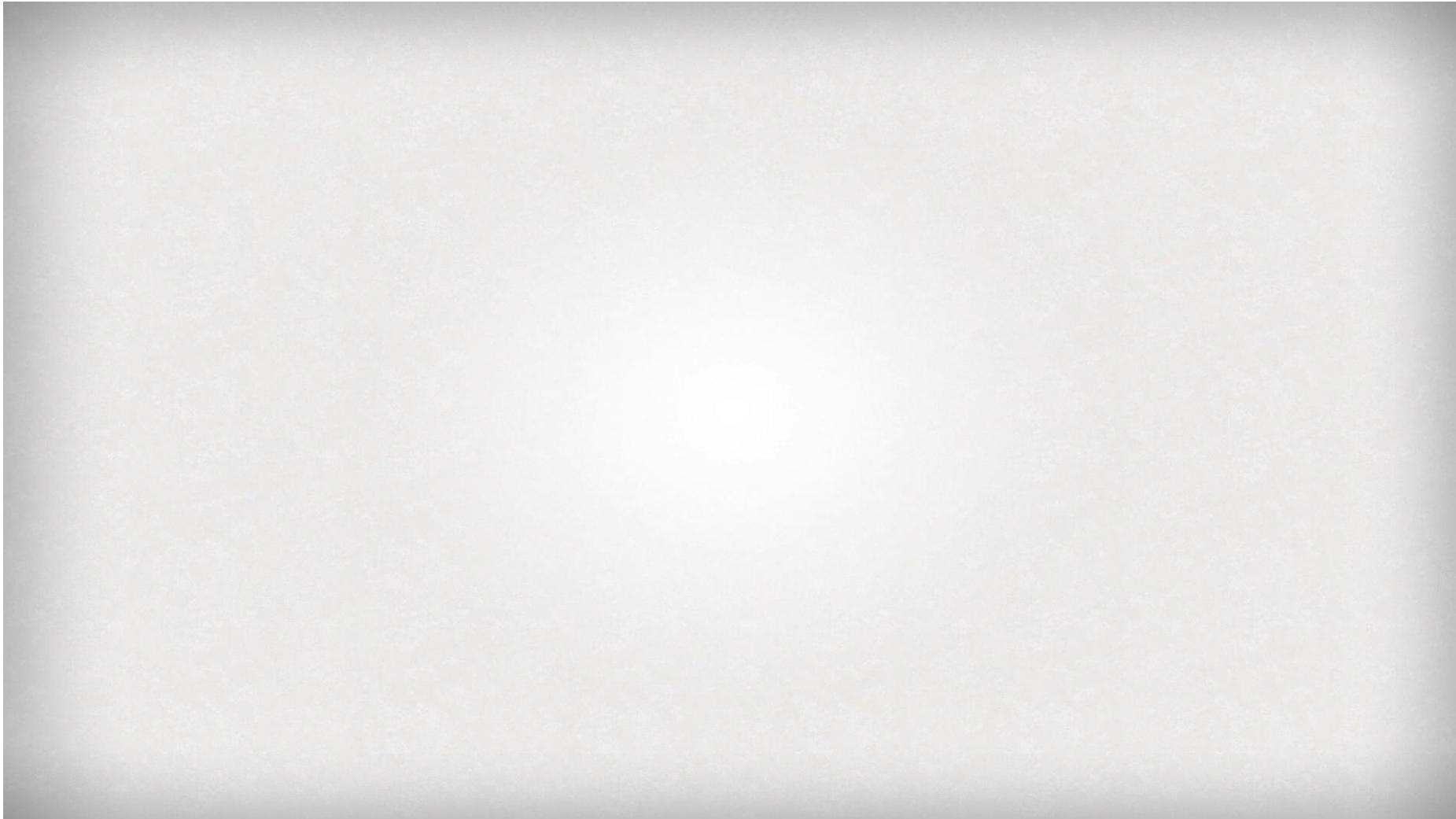
3 riunioni focus group:

- Framework comune
- Contenuti dei singoli capitoli
- Indicatori di monitoraggio



25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20
Years
2005-2025



Creazione di un Framework Comune

FASE 2- Progettazione e definizione PDTA ottimale



Indice

Gruppo tecnico per la definizione del PDTA.....	6
Obiettivo del PDTA.....	7
Contesto organizzativo di riferimento in cui si sviluppa il PDTA	9
Definizione della patologia e classificazione eziologica	10
Analisi di contesto ed epidemiologia	13
Prevenzione	15
Prevenzione primaria	15
Prevenzione secondaria	15
Prevenzione terziaria	16
Riabilitazione	16
Criteri di inclusione ed esclusione dei pazienti.....	17
Il percorso del paziente nel PDTA	19
Il gruppo multidisciplinare e multiprofessionale per la valutazione e gestione del paziente.....	25
Le responsabilità	27
Indicatori di monitoraggio del PDTA	31
Formazione e educazione	34
Qualità percepita dai pazienti: PROMs e PREMs.....	36
Revisione e aggiornamento del PDTA	38
Bibliografia e Sitografia.....	39
APPENDICE 1 – Term of Reference ruoli e compiti del Gruppo tecnico per la definizione del PDTA.....	41

Gruppo tecnico per la definizione del PDTA

La Regione P.A./Azienda una volta individuati i singoli professionisti che compongono il Gruppo tecnico per la definizione del PDTA dovrà compilare la tabella sottostante, indicando per ciascun membro: nome e cognome, professione e ruolo all'interno del Gruppo (es. coordinatore, partecipante, stakeholder).



In riferimento al PDTA per l'asma grave, tenendo conto della multidisciplinarità richiesta dal problema di salute si raccomanda che all'interno del gruppo incaricato della stesura del documento sia presente almeno un professionista per ognuna delle seguenti professioni:

- Allergologo;
- Epidemiologo;
- Farmacista ospedaliero;
- Fisioterapista esperto in riabilitazione respiratoria;
- Infermiere (case manager, di famiglia e di comunità IFC);
- Medico di medicina generale (MNG);
- Otorinolaringoiatra;
- Pneumologo;
- Rappresentante Associazione/i di pazienti.

In appendice 1 sono definiti i ruoli, le responsabilità e le modalità di coinvolgimento dei membri del Gruppo tecnico per la definizione del PDTA. È concepito come ~~Term of Reference (ToR)~~ utile alla gestione del lavoro e alla collaborazione tra professionisti e stakeholder.

Tabella 1. Composizione del Gruppo tecnico per la definizione del PDTA

Partecipante	Professione	Ruolo nel gruppo tecnico
Componente 1: Nome e Cognome	...	Coordinatore/partecipante/stakeholder
Componente 2: Nome e Cognome	...	Coordinatore/partecipante/stakeholder
Componente

BOX: riportate le indicazioni per la redazione dei singoli capitoli.

Gruppo tecnico per la definizione del PDTA

FASE 2- Progettazione e definizione PDTA ottimale

agenas AGENZIA TECNICO SANITARIO REGIONALE

ALTEMS AICA SCUOLA DI ECONOMIA E MANAGEMENT DEL SISTEMA SANITARIO

Gruppo tecnico per la definizione del PDTA

La Regione/P.A./Azienda una volta individuati i singoli professionisti che compongono il Gruppo tecnico per la definizione del PDTA dovrà compilare la tabella sottostante, indicando per ciascun membro: nome e cognome, professione e ruolo all'interno del Gruppo (ex: coordinatore, partecipante, stakeholder).

In riferimento al PDTA per l'asma grave, tenendo conto della multidisciplinarietà richiesta dal problema di salute si raccomanda che all'interno del gruppo incaricato della stesura del documento sia presente almeno un professionista per ognuna delle seguenti professioni:

- Allergologo;
- Epidemiologo;
- Farmacista ospedaliero;
- Fisioterapista esperto in riabilitazione respiratoria;
- Infermiere (case manager, di famiglia e di comunità IFeC);
- Medico di medicina generale (MIMG);
- Otorinolaringoiatra;
- Pneumologo;
- Rappresentante Associazione/i di pazienti.

In appendice 1 sono definiti i ruoli, le responsabilità e le modalità di coinvolgimento dei membri del Gruppo tecnico per la definizione del PDTA. È concepito come **Term of Reference (ToR)** utile alla gestione del lavoro e alla collaborazione tra professionisti e stakeholder.

Tabella 1. Composizione del Gruppo tecnico per la definizione del PDTA

Partecipante	Professione	Ruolo nel gruppo tecnico
Componente 1: Nome e Cognome	...	Coordinatore/partecipante/stakeholder
Componente 2: Nome e Cognome	...	Coordinatore/partecipante/stakeholder
Componente

Viene definito il gruppo che si occuperà della stesura dell'intero documento.

Per ogni patologia (Diabete, BPCO Asma Grave) è stato definito un elenco di professionisti. Il Gruppo dovrà essere costituito da almeno un professionista per professione individuata.

I ruoli, le responsabilità e le modalità di coinvolgimento sono definiti nell'Appendice 1.

Appendice 1- Term of Reference ruoli e compiti del Gruppo Tecnico per la definizione del PDTA

 APPENDICE I – Term of Reference ruoli e compiti del Gruppo tecnico per la definizione del PDTA



1. Il coordinatore

Il coordinatore del Gruppo tecnico per la definizione del PDTA è opportuno e raccomandabile che sia un professionista con titolo di specialista o formazione avanzata nell'area clinica di riferimento, così da avere una conoscenza approfondita della patologia oggetto del PDTA.

Nel caso del PDTA relativo all'asma grave potrà essere individuato uno pneumologo, in quanto figura specialistica con visione complessiva della diagnosi, terapia, follow-up e complicanze, esperienza diretta nella gestione dei pazienti e dei percorsi diagnostico-terapeutici e familiarità con linee guida nazionali e internazionali.

Compiti principali del coordinatore:

- definizione del piano di lavoro e delle fasi del PDTA;
- coordinamento delle riunioni e finalizzazione del confronto;
- supervisione della redazione del documento e garanzia della qualità;
- sintetizza e armonizza le sezioni scritte dai partecipanti;
- gestione del coinvolgimento degli stakeholders;
- monitoraggio dell'avanzamento e risoluzione di eventuali criticità.

Il Coordinatore ha un ruolo di guida rispetto ai partecipanti, curando coerenza, sintesi e armonizzazione dei contributi.

2. I partecipanti

I partecipanti del Gruppo tecnico per la definizione del PDTA è opportuno e raccomandabile che siano i principali professionisti coinvolti nelle diverse fasi del percorso di salute.

Il PDTA è redatto in modo collaborativo: tutti i partecipanti contribuiscono alla stesura delle parti con contenuti tecnici e competenze cliniche, organizzative e professionali specifiche.

Compiti principali dei partecipanti:

- fornire contenuti tecnico-scientifici relativi al percorso;
- partecipare alla redazione delle sezioni del PDTA;
- validare scientificamente scelte diagnostico-terapeutiche;
- analizzare criticità operative e proporre soluzioni.

3. Gli stakeholders

Vengono definiti i **ruoli, le responsabilità e le modalità di coinvolgimento** dei membri del Gruppo tecnico per la definizione del PDTA.

Concepito come Term of reference utile alla gestione del lavoro e alla collaborazione tra professionisti e stakeholders.

Suddiviso in:

- Coordinatore,
- Partecipanti,
- Stakeholders.

In seguito sono indicati gli obiettivi generali che un PDTA dovrebbe perseguitare, configurandosi come un quadro di riferimento di livello sovra-istituzionale. Spetta agli enti ammessi (Regioni, Provincia Autonoma, Arende) tradurre tali obiettivi in modalità operative all'interno del proprio PDTA, in coerenza con la specifica organizzazione, le procedure disponibili, le indicazioni nazionali e le risorse effettivamente presenti.

Il presente documento definisce le responsabilità e le modalità operative necessarie per una gestione efficace ed efficiente del PDTA dedicato ai pazienti adulti affetti da asma grave, garantendo un approccio diagnostico tempestivo e adeguato e un percorso terapeutico ed assistenziale appropriato ed efficace, assicurando:

- la presa in carico multiprofessionale del paziente;
- la continuità delle cure;
- l'appropriatezza delle prestazioni fornite.

Per raggiungere tali obiettivi, il percorso favorisce il coinvolgimento di tutti i professionisti sanitari operanti sul territorio, attraverso una collaborazione sinergica tra i servizi ospedalieri e territoriali — quali gli ambulatori per la cronicità delle Case della Comunità e i Nuclei di Cure Primarie strutturati — all'interno di un modello a rete, caratterizzato da multidisciplinarietà e multiprofessionalità, coordinamento efficace e continuità assistenziale tra i diversi livelli di cura.

Il PDTA si inserisce nel nuovo modello organizzativo territoriale delineato dal Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022 "Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN", che promuove un sistema di assistenza territoriale proattiva e centrata sulla persona, fondato sulla presa in carico multidisciplinare, sull'integrazione tra ospedale e territorio, e sull'uso di strumenti digitali per il monitoraggio a distanza, la telemedicina e la condivisione del piano assistenziale individuale (PAI).

Nel dettaglio, il PDTA sull'asma grave ha lo scopo di garantire:

- la precoce identificazione dei soggetti con asma di difficile controllo e successiva presa in carico per inquadramento diagnostico, terapeutico e assistenziale, anche mediante un approccio proattivo;
- la standardizzazione e completezza del percorso diagnostico;
- la tempestiva e corretta diagnosi di asma grave nella popolazione adulta;
- l'appropriatezza di tutte le prestazioni sanitarie erogate garantendo:
 - a) l'incremento del numero di pazienti che ricevono una terapia farmacologica adeguata, compresa quella con farmaci biologici;
 - b) l'accesso a setting terapeutici adeguati al trattamento sia della fase acuta (U.O. degenera e/o subintensiva pneumologica) sia cronica;

* L'incremento del numero dei pazienti che ragionevolmente mantiene il controllo della malattia;

Obiettivo del PDTA

FASE 2- Progettazione e definizione PDTA ottimale

Viene definito l'obiettivo generale del PDTA

- presa in carico multiprofessionale del paziente;
- continuità delle cure;
- appropriatezza delle prestazioni fornite.

Garantendo:

- attività di prevenzione;
- precoce identificazione dei soggetti con patologia;
- standardizzazione e completezza del percorso diagnostico;
- tempestiva e corretta diagnosi;
- identificazione e trattamento delle comorbidità attraverso lo sviluppo e l'implementazione dell'approccio multidisciplinare di diverse figure professionali;
- educazione e empowerment del paziente.

Contesto organizzativo di riferimento in cui si sviluppa il PDTA

FASE 2- Progettazione e definizione PDTA ottimale



Contesto organizzativo di riferimento in cui si sviluppa il PDTA

Di seguito, la Regione, la P.A o l'Azienda sanitaria dovrà riportare l'elenco delle strutture aderenti al PDTA per l'Asma Grave, indicando per ciascuna i servizi disponibili e le relative funzioni operative nell'ambito del percorso assistenziale.

Il presente PDTA è applicato dalle seguenti strutture regionali/aziendali coinvolte nella rete:

- (da compilare dalla Regione/P.A./Azienda) ...
- ...
- ...

La Regione, P.A o l'Azienda sanitaria dovrà riportare **l'elenco delle strutture aderenti al PDTA** indicando per ciascuna i **servizi disponibili** e le **relative funzioni operative** nel percorso clinico/assistenziale.

FASE 2- Progettazione e definizione PDTA ottimale

Definizione della patologia e classificazione eziologica

Definizione della patologia e classificazione eziologica

L'asma bronchiale è una malattia infiammatoria cronica delle vie aeree, clinicamente caratterizzata da sintomi quali respiro sibilante, dispnea, senso di costrizione toracica e/o tosse, che variano nel tempo e in intensità, associati a una variabile limitazione del flusso respiratorio. Negli ultimi vent'anni è emerso che l'asma bronchiale comprende differenti fenotipi ed endotipi, caratterizzati da manifestazioni cliniche, meccanismi patogenetici e gravità diverse. Questa etiogenesi rende complessa una definizione univoca di asma grave, sebbene in ambito clinico sia imprescindibile disporre di una classificazione operativa, soprattutto a fini prognostici e terapeutici (1). L'asma grave è una forma di asma che rimane non adeguatamente controllata nonostante un trattamento ottimizzato, oppure che richiede un trattamento ad alta intensità per mantenerne il controllo, secondo quanto indicato dalle Linee Guida OINA 2024 (1).

Dopo aver confermato la diagnosi di asma ed aver identificato e trattato eventuali comorbidità o fattori che ne influenzano il controllo, si definisce **asma grave** una condizione che soddisfa uno dei seguenti criteri:

- asma che richiede un trattamento con alte dosi di corticosteroidi inalatori (ICS) in associazione a un secondo farmaco di controllo e/o corticosteroidi sistemici (CS), per prevenire che la malattia diventi non controllata o per evitare che rimanga tale nonostante la terapia;
- asma apparentemente controllata, che tuttavia peggiora alla riduzione delle alte dosi di ICS o CS.

L'asma non controllata è definita dalla presenza di almeno uno dei seguenti criteri:

1. scarso controllo dei sintomi, valutato mediante strumenti validati (et. **Asthma Control Questionnaire (ACQ)** > 1,5 e **Asthma Control Test (ACT)** < 20);
2. frequente comparsa di gravi riacutizzazioni, definite come due o più cicli di corticosteroidi sistematici di durata superiore a 3 giorni ciascuno nell'arco di un anno;
3. riacutizzazioni molto gravi, quali ricovero ospedaliero o in terapia intensiva per ventilazione assistita nell'anno precedente;
4. limitazione persistente del flusso aereo, documentata da Volume Espiratorio Forzato (FEV₁) < 80% del valore previsto e rapporto FEV₁/FVC (Capacità Vitale Forzata) inferiore al limite inferiore di normalità dopo somministrazione di broncodilatatore.

Analisi di contesto ed epidemiologia



Analisi di contesto ed epidemiologia

Di seguito è presentata un'analisi contestuale ed epidemiologica a livello nazionale, a cui la Regione/P.A./Azienda dovrà affiancare le informazioni e le analisi relative al proprio specifico territorio e contesto.

Le Linee Guida GINA 2025 (2) offrono un quadro aggiornato delle conoscenze nazionali e internazionali sull'asma grave, fornendo indicazioni utili sulla prevalenza della patologia e sul suo impatto clinico ed economico. Secondo il rapporto GINA 2025 (2), l'asma grave interessa circa il 3,5–10% dei pazienti asmatici; questo ampio range risente della diversità di fattori metodologici utilizzati nei diversi studi (es: analisi condotte sui database sanitari nazionali piuttosto che sullo studio di singoli casi con una successiva estrapolazione all'intera popolazione di pazienti ed una diversa organizzazione socio-sanitaria tra diversi Paesi) ma indica anche la difficoltà ad effettuare un percorso diagnostico univoco (13).

I pazienti con asma grave rappresentano una piccola quota degli astmatici, ma costituiscono un sottoinsieme particolarmente importante perché sono quelli che hanno una peggiore qualità della vita e, da soli, sono responsabili di più del 30-40 dei costi dell'intera patologia (1).

Nel contesto italiano, tra gli anni Ottanta e il primo decennio del XXI secolo, si è osservato un progressivo aumento della prevalenza di sintomi e diagnosi di asma. Lo studio BIGEPI ("l'uso di Big Data per la valutazione degli effetti sanitari acuti e cronici dell'inquinamento atmosferico") (7), finanziato da INAIL (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro), ha mostrato una prevalenza variabile di asma e sintomi astmatici in diverse città italiane, con valori più elevati a Sassari: 13,2% per l'asma, 8,5% per gli attacchi astmatici e 14,5% per i sibili.

Le stime relative all'asma grave in Italia indicano che essa interessa tra il 5% e il 10% della popolazione asmatica, secondo fonti quali l'Associazione Italiana Allergologi e Immunologi Ospedalieri (AAITO) (8) e il progetto SANI (Studio Asma e Nuove Iniziative) (10), che stimano la prevalenza attorno all'1% della popolazione generale ma circa il 10% dei pazienti asmatici.

La Regione, P.A. o l'Azienda sanitaria dovrà affiancare al contesto nazionale dati relativi al proprio contesto.

Prevenzione

Di seguito sono riportate alcune delle attività essenziali per la prevenzione primaria, secondaria e terziaria dell'asma grave. La Regione P.A. /Azienda, insieme con il proprio contesto organizzativo e territoriale e con le indicazioni contenute nel Piano Nazionale Cronicità e nel Piano Nazionale della Prevenzione e nei Piani Regionali Cronicità, potrà integrare tali attività con ulteriori valorizzandole attraverso le azioni che verranno messe in atto.

La prevenzione non rappresenta una fase specifica di questo PDTA, ma costituisce un elemento trasversale e imprescindibile: è fondamentale potenziare le attività preventive per ridurre l'incidenza delle patologie croniche, favorire la diagnosi precoce e migliorare la qualità di vita dei pazienti.

La prevenzione dell'asma grave richiede un approccio proattivo e multidisciplinare, basato sull'identificazione precoce dei pazienti a rischio, sull'aderenza terapeutica, sulla gestione dei fattori scatenanti e sull'educazione del paziente, con l'obiettivo di ridurre la progressione di malattia e migliorare gli esiti clinici.

Prevenzione primaria

Le attività di prevenzione primaria mirano a promuovere l'adozione di stili di vita salutari nella popolazione generale e nei soggetti a rischio per prevenire l'insorgenza delle patologie. In particolare, è fondamentale:

- limitare l'esposizione precoce ad allergeni ambientali quali acari della polvere, pollini, muffe e pelli di animali in soggetti predisposti;
- ridurre l'inquinamento interno intervenendo su fumo passivo e fonti di combustione mal ventilate;
- prevenire l'esposizione al fumo di sigaretta, sia attivo sia passivo, con particolare attenzione a gravidanza e prima infanzia;
- favorire l'allattamento al seno il quale svolge un ruolo protettivo nei primi mesi di vita contro le malattie allergiche e respiratorie;
- vaccinazioni – ad esempio antinfluenzale e antipeunococcica – per ridurre le infezioni respiratorie nei bambini piccoli;
- promozione di stili di vita sani, fondati su un'alimentazione equilibrata, attività fisica regolare e mantenimento di un peso corporeo nella norma, considerando che l'obesità aggrava il rischio e la severità dell'asma.

Prevenzione secondaria

Le attività di prevenzione secondaria hanno lo scopo di identificare precocemente le persone a rischio e quelle affette da patologie croniche da inviare ad adeguati percorsi di presa in carico e possono essere:

- monitoraggio della funzione respiratoria: spirometria, PEFR (picco di flusso inspiratorio);
- controllo regolare del paziente asmatico: per valutare l'aderenza al trattamento e il controllo dei sintomi;
- educazione all'uso corretto dei farmaci inalatori;
- identificazione dei fattori scatenanti individuali: esposizione a pollini, esposizione a polveri,

Prevenzione

FASE 2- Progettazione e definizione PDTA ottimale

Vengono riportate alcune attività essenziali per la **prevenzione primaria, secondaria e terziaria**.

La Regione, P.A o l'Azienda sanitaria potrà integrare tali attività valorizzandole attraverso le azioni che verranno messe in atto tenendo conto il PNC, il Piano Nazionale della Prevenzione e i Piani regionali Cronicità.

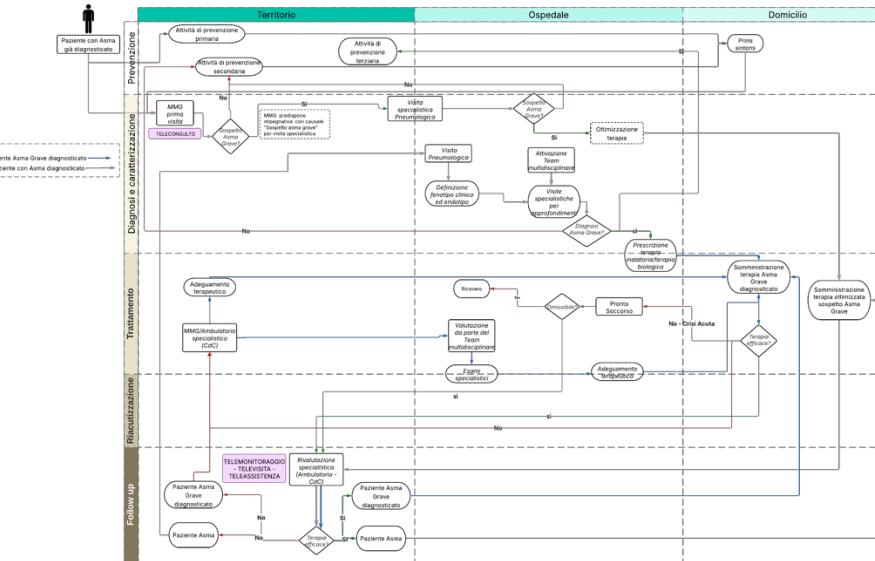
FASE 2- Progettazione e definizione PDTA ottimale

Criteri di inclusione ed esclusione dei pazienti



Percorso del paziente nel PDTA

Rappresentazione grafica e descrittiva in cui vengono descritte le strutture, i servizi e le modalità organizzative assicurando: **Integrazione ospedale territorio, la presa in carico multiprofessionale, la continuità assistenziale lungo tutte le fasi del percorso.**



Il gruppo multidisciplinare e multiprofessionale per la valutazione e gestione del paziente

FASE 2- Progettazione e definizione PDTA ottimale

Il gruppo multidisciplinare e multiprofessionale per la valutazione e gestione del paziente

In questo capitolo, la Regione/P.A./Azienda dovrà definire la composizione e l'organizzazione del gruppo multidisciplinare e multiprofessionale per l'asma grave, specificando ruoli, responsabilità e modalità di collaborazione tra i professionisti coinvolti.

Al fine di garantire una prestazione sociosanitaria-assistenziale adeguata alle personali necessità, la gestione dell'asma grave nell'adulto, data la sua complessità e le frequenti comorbidità che la caratterizzano, richiede un approccio sinergico e integrato, che solo un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale può assicurare. Il suddetto gruppo multidisciplinare e multiprofessionale per la valutazione e gestione del paziente dovrà includere specifici professionisti provvisti di riconosciuto e adeguato expertise nella diagnosi e nel management dell'asma grave nell'adulto e delle comorbidità associate, che possano interagire sinergicamente e tempestivamente per il raggiungimento degli outcomes clinici specifici per ogni paziente.

In particolare, il gruppo multidisciplinare e multiprofessionale è composto dal personale sanitario delle Unità che svolgono la presa in carico dei pazienti affetti da asma grave e ne gestiscono il management multidisciplinare:

- Allergologo
- Farmacista ospedaliero
- Fisioterapista esperto in riabilitazione respiratoria
- Infermiere (case manager, di famiglia e di comunità IFnC, specialista in malattie respiratorie)
- Medico di medicina generale (MNG)
- Pneumologo
- Professionista della nutrizione (diettista, biologo nutrizionista)
- Psicologo
- Radiologo

Il PDTA può coinvolgere anche il personale medico delle Unità specialistiche necessarie per la valutazione e gestione delle eventuali comorbidità e delle complicanze dell'asma grave. In tal modo si promuove una collaborazione continua tra le varie Unità, assicurando una gestione integrata e personalizzata in base alle esigenze diagnostiche e terapeutiche di ciascun paziente. Le possibili Unità specialistiche coinvolte, a seconda delle necessità, possono essere:

- Anestesiologia e Rianimazione
- Cardiologia
- Dermatologia
- Diagnostica per Immagini
- Emergenza ed Urgenza
- Endocrinologia
- Gastroenterologia

La Regione, P.A. o l'Azienda sanitaria dovrà definire la **composizione** e **l'organizzazione** del gruppo multidisciplinare e multiprofessionale per la patologia di riferimento, specificando i ruoli, le responsabilità e le modalità di collaborazione tra i professionisti coinvolti.

Indicatori di monitoraggio

FASE 2- Progettazione e definizione PDTA ottimale



Indicatori di monitoraggio del PDTA

Le Regioni/PP.AA/Aziende possono integrare, su base facoltativa, ulteriori indicatori specifici, ritenuti particolarmente utili per approfondire aspetti locali, valutare criticità organizzative, o monitorare elementi non rilevabili nei flussi nazionali ma significativi per la presa in carico del paziente a livello territoriale. In tal caso, si dovrà quindi:

- indicare gli eventuali indicatori aggiuntivi regionali, motivandone l'inclusione in base alle caratteristiche locali del percorso;
- descrivere le modalità di raccolta, periodicità di rilevazione, soggetti responsabili del monitoraggio e meccanismi previsti per la lettura e l'utilizzo dei dati in chiave migliorativa.

Tutti gli indicatori selezionati devono essere coerenti con gli obiettivi del PDTA, misurabili, confrontabili e utilizzabili per individuare criticità, valutare l'efficacia e l'appropriatezza del percorso, nonché per supportare eventuali interventi di aggiornamento e riallineamento.

Tabella 5. Indicatori per il monitoraggio del PDTA.

TIPOLOGIA INDICATORE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	FLUSSO DI RIFERIMENTO
Struttura	Recepimento PDTA regionale a livello aziendale	n. Delibera Aziendali Regionali di recepimento PDTA	//	//
Volume	Totale pazienti con diagnosi di asma grave	n. pazienti con diagnosi di asma grave	//	Esenzioni, Farmaceutica territoriale, Distribuzione diretta dei farmaci, Specialistica ambulatoriale
Processo	% pazienti con asma grave che hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale nell'ultimo anno	n. pazienti con diagnosi di asma grave che hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale nell'ultimo anno	n. pazienti con diagnosi di asma grave	Esenzioni, Farmaceutica territoriale, Distribuzione diretta dei farmaci, Specialistica ambulatoriale, Anagrafe Nazionale Vaccinale
Processo	% pazienti con asma grave che hanno effettuato la vaccinazione antipneumococcica nell'ultimo anno	n. pazienti con diagnosi di asma grave che hanno effettuato la vaccinazione antipneumococcica nell'ultimo anno	n. pazienti con diagnosi di asma grave	Esenzioni, Farmaceutica territoriale, Distribuzione diretta dei farmaci, Specialistica ambulatoriale, Anagrafe Nazionale Vaccinale

Cruscotto di indicatori che possono essere integrati, su base facoltativa, dalla Regione/P.A/Azienda.

Suddivisi per:

- Indicatori di struttura;
- Indicatori di volume;
- Indicatori di processo;
- Indicatori di esito.

FASE 2- Progettazione e definizione PDTA ottimale

Formazione ed educazione

La Regione/P.A/Azienda dovrà dettagliare gli interventi **formativi ed educativi** rivolti a **pazienti, familiari e caregiver** e al **personale sanitario**.

Qualità percepita dai pazienti

La Regione/P.A/Azienda dovrà dettagliare gli **strumenti standardizzati e validati** utilizzati per la raccolta e la valutazione degli **esiti riportati dai pazienti**.

Revisione ed aggiornamento PDTA

La Regione/P.A/Azienda dovrà revisionare il PDTA ogni 12/24 mesi.

Cosa verrà presentato dopo?

**PERCORSO DEL PAZIENTE
ALL'INTERNO DEI PDTA PER
OGNI PATOLOGIA.**

DIABETE
Dott.ssa Roberta Laurita
Prof. Andrea Giaccari

BPCO
Dott.ssa Debora Antonini

ASMA GRAVE
Dott.ssa Silvia Gesuiti

**INDICATORI DI
MONITORAGGIO**

Dott. Giordano Brandoni

MODELLI NUOVI DI FINANZIAMENTO - BUNDLE PAYMENT

Dott. Eugenio Di Brino

Come si svilupperà la Tavola Rotonda?

Le prospettive: istituzioni e stakeholder

IL PUNTO DI VISTA DELLE REGIONI

IL PUNTO DI VISTA DELLE ASSOCIAZIONI E SOCIETÀ

IL PUNTO DI VISTA DELLE AZIENDE

- Che valore potrà avere il PDTA ottimale in base alla vostra prospettiva?
- Quali elementi dei PDTA presentati ritenete più rilevanti o innovativi?
- Quali criticità o sfide intravedete nella implementazione di questi PDTA ottimali?
- Sulla base della presentazione dei percorsi fatta, ci sono degli aspetti che vorreste vedere maggiormente sviluppati? O mancanti da inserire?

Interventi di 2/3 minuti max ciascuno