



## **Corso di Rivalidazione della formazione manageriale 2021**

Soggetto erogatore: ECOLE

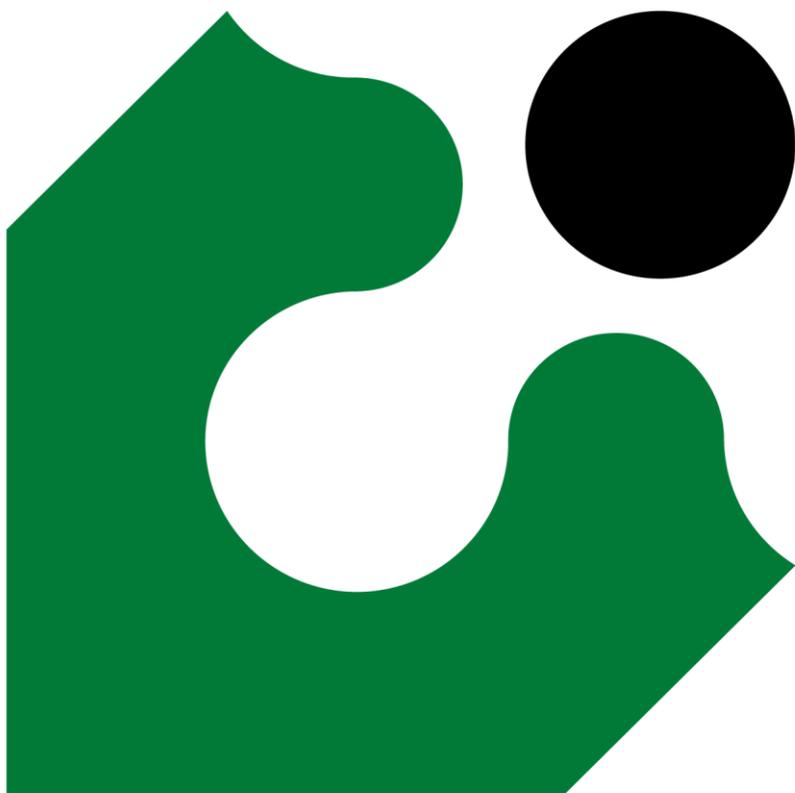
Codice corso: 2101/AE

### **SCOMPENSO AT HOME 4.0**

Giancarla PATRINI

Romano SEREGNI

Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo



## **PROJECT WORK**



# Corso di Rivalidazione della formazione manageriale

ECOLE

2101/AE

## GLI AUTORI

*Giancarla PATRINI*, Direttore SITRA Ospedali, ASST Fatebenefratelli SACCO, [giancarla.patrimi@asst-fbf-sacco.it](mailto:giancarla.patrimi@asst-fbf-sacco.it)

*Romano SEREGNI*, Direttore UOC Cardiologia Fatebenefratelli, ASST Fatebenefratelli-SACCO, [romano.seregni@asst-fbf-sacco.it](mailto:romano.seregni@asst-fbf-sacco.it)

## IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Gianluca Vago, Professore Ordinario di Anatomia Patologica, Università degli Studi di Milano.

Pubblicazione non in vendita.  
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento  
può essere pubblicata senza citarne la fonte.  
Copyright® PoliS-Lombardia

**PoliS-Lombardia**  
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano  
[www.polis.lombardia.it](http://www.polis.lombardia.it)



# INDICE

INTRODUZIONE .....	7
OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO.....	9
METODOLOGIA ADOTTATA.....	10
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	11
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, DELLE SUE FASI E TEMPISTICHE .....	12
1.1 Definizione e modelli di stadiazione dello Scompenso Cardiaco.....	12
1.2 Dati sui ricoveri per Scompenso Cardiaco nella ASST FBF SACCO .....	13
1.3 Analisi del contesto aziendale .....	16
1.4 Analisi SWOT .....	19
1.5 Percorso di Presa in carico territoriale.....	20
1.6 Strumenti di integrazione e comunicazione .....	27
1.7 Studio pilota .....	29
COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE .....	31
CONTRIBUTO PERSONALE .....	33
RISULTATI ATTESI .....	34
CONCLUSIONI .....	36
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	38
BIBLIOGRAFIA .....	40
SITOGRAFIA .....	41



## INTRODUZIONE

Lo Scopenso Cardiaco (SC) rappresenta una delle patologie croniche più gravi e diffuse nei paesi più avanzati, con elevato impatto sulla sopravvivenza, sulla qualità di vita e sull'assorbimento di risorse. Da uno studio condotto dal CORE CINECA<sup>1</sup> dell'Osservatorio ARNO, in Italia si stimano circa 1 milione di persone con SC e si registrano ogni anno circa 90.000 nuovi casi.

La prevalenza è in forte crescita raggiungendo circa il 2% della popolazione nel mondo occidentale, con aumento esponenziale con l'avanzare dell'età fino a interessare circa il 10% dei pazienti over 70, in lieve maggioranza donne (51%).

La mortalità è 6-7 volte più alta che nella popolazione generale, con circa il 10% dei pazienti che muoiono in occasione del primo ricovero, circa il 30% entro un anno dalla diagnosi e il 50% entro i cinque anni.

Lo SC è spesso accompagnato da comorbidità, la più frequente è l'ipertensione arteriosa (70%), seguita dal diabete (30,7%), dalla broncopneumopatia cronica ostruttiva (30,5%) e dalla depressione (21%).

L'impatto dello SC sui costi è molto elevato e rischia di divenire insostenibile per il sistema sanitario; è stato calcolato che ogni paziente costa 11.800 euro/anno di cui l'85% assorbito dalla spesa per i ricoveri, il 10% per i farmaci e il 5% per le prestazioni specialistiche.

La spesa teorica complessiva per i ricoveri per SC, desumibile dai dati ricavabili da Rapporto Annuale 2019 sull'attività di ricovero ospedaliero del Ministero della Salute<sup>2</sup>, ammonta a oltre 500 milioni di euro, a cui si aggiungono i costi per i ricoveri in regime diurno, i ricoveri in strutture di riabilitazione e lungo degenza, i costi per l'assistenza territoriale, per i costi per i farmaci e per le prestazioni specialistiche, attestandosi complessivamente sui 3 miliardi di euro l'anno.

La risposta a questa situazione di emergenza passa necessariamente attraverso la riorganizzazione dei sistemi sanitari e lo sviluppo di nuovi modelli di assistenza territoriale, efficaci nel migliorare la qualità della vita, ridurre le re-ospedalizzazioni e la mortalità, attraverso l'integrazione di team specialistici con le cure primarie.

Oltre al Medico di Medicina Generale (MMG), che è responsabile delle cure primarie per i pazienti non ospedalizzati, un ruolo centrale nell'équipe territoriale è svolto dall'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) identificabile come *case manager* del percorso di presa in carico dello SC, in grado di coordinare un'assistenza longitudinale e prolungata nel tempo.

La necessità di una figura che funga da anello di congiunzione tra il bisogno di assistenza, più o meno manifesto, e le strutture in grado di fornire risposte assistenziali, si è resa evidente anche in occasione della recente pandemia da COVID-19.

Il D.L. 34/2020 (c.d. decreto Rilancio), convertito nella legge n. 77/2020, ha stanziato risorse economiche per lo sviluppo di piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale, per rafforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Coronavirus e garantire la presa in carico di soggetti cronici e/o fragili, prevedendo, tra l'altro, l'incremento di 9.600 IFeC, su tutto il territorio nazionale, pari a circa 8 unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti. Il numero di IFeC assegnabili alla ASST Fatebenefratelli (FBF) Sacco in funzione del numero di abitanti che risiedono sul territorio di riferimento<sup>3</sup> è, a regime, di 121.

---

<sup>1</sup> <http://arno.cineca.it/journal> Scopenso cardiaco, ricerca reality- based su pazienti italiani presentata all'ESC a Londra a settembre 2015.

<sup>2</sup> Secondo il Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Dati SDO 2019) sono state registrate 165.426 dimissioni con una degenza media di 9,4 giorni per un totale di 1.551.264 giornate di degenza.

<sup>3</sup> <https://www.comune.milano.it> – Popolazione residente Comune di Milano, n. 754.781 abitanti al 31 dicembre 2020.

Secondo quanto previsto dalle linee operative di sviluppo della L. 23/2015, in coerenza con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), l'IFeC assume un ruolo essenziale anche nelle istituende Case della Comunità e Ospedali della Comunità agendo direttamente con le persone croniche/fragili, collaborando con i MMG, con gli specialisti ospedalieri e con i diversi attori della rete territoriale, per individuare le riposte più appropriate e ridurre il ricorso alle strutture ospedaliere.

Accanto alla necessità di adottare modelli integrati e interdisciplinari di assistenza ai pazienti cronici/fragili, la complessità dell'approccio integrato al paziente cronico può trovare supporto dalle tecnologie per la gestione a distanza delle informazioni, che consentono, a costi relativamente contenuti, di effettuare visite virtuali, consulti a distanza o trasmettere parametri clinici anche da aree remote senza che il paziente, spesso anziano e con problemi di mobilità, si debba recare in ambulatorio o nell'ospedale di riferimento.

A partire dalle necessità sopra esplicitate, cogliendo l'opportunità di un prossimo incremento di risorse infermieristiche da destinare all'area territoriale aziendale, è nata l'idea alla base del presente Project Work di sperimentare un possibile percorso di presa in carico dei pazienti cronici con SC, quale modello da poter spendere nella realtà organizzativa della ASST Fatebenefratelli Sacco, in linea con le indicazioni nazionali e regionali e con le evidenze scientifiche.

Attraverso uno studio pilota si intende verificare, sul campo, l'efficacia del percorso di presa in carico dello SC e degli strumenti di integrazione e comunicazione compreso, ove possibile, l'impiego della telemedicina.

Si intende, altresì, verificare i costi da sostenere nell'ambito di un intervento di presa in carico multidisciplinare di un paziente assistito al domicilio nonché il livello di gradimento e di fiducia nelle cure territoriali da parte del paziente/cittadino e da parte degli stessi operatori sanitari.

Al termine del periodo di sperimentazione, valutati i risultati conseguiti, l'esperienza potrà essere trasferita ai tutti i pazienti con SC che insistono sul territorio di riferimento aziendale, ipotizzando livelli di intervento commisurati alle risorse a disposizione (in particolare al numero di IFeC reclutati).

## OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO

### Obiettivi strategici

In linea con le indicazioni del PNRR e con le Linee operative di sviluppo dell'assetto del Sistema Socio-Sanitario Lombardo, gli obiettivi strategici che si intendono perseguire con il presente lavoro sono:

- promuovere **Modelli di Assistenza Territoriale Integrata** in grado di rispondere ai bisogni di salute delle persone fragili e/o croniche, attraverso la promozione di servizi sanitari di prossimità e facilmente accessibili;
- sviluppare **Modelli di Medicina d'iniziativa**, centrata sul paziente, sull'empowerment e sull'autocura.

### Obiettivi specifici

Gli obiettivi principali sono:

- sperimentare un modello organizzativo innovativo di presa in carico e di continuità assistenziale dei pazienti con SC nella ASST FBF Sacco, delineando un **percorso di Presa in Carico**;
- sperimentare gli **strumenti di integrazione e comunicazione** impiegabili per la presa in carico e il *follow-up* dello SC, compresi gli strumenti di telemedicina;
- stimare i **costi** del percorso di presa in carico.

Gli obiettivi secondari sono:

- valutare il **livello di adesione** dei pazienti al programma di *follow-up* dello SC;
- valutare il **livello di fiducia e gradimento** rispetto al modello proposto da parte dei pazienti e degli operatori.

## METODOLOGIA ADOTTATA

Il Progetto si sviluppa attraverso diverse fasi, tra loro interconnesse e interdipendenti.

### FASE 1. SITUAZIONE AS IS

La prima fase riguarda l'analisi della situazione del contesto aziendale, comprende un'analisi dei ricoveri ospedalieri riferiti all'anno 2019 e una fotografia delle strutture aziendali, ospedaliere e territoriali, deputate alla cura del paziente con SC, nonché dei meccanismi operativi e degli strumenti di comunicazione dell'attuale modello organizzativo.

La prima fase, si completa con un'analisi SWOT per acquisire consapevolezza circa i punti di forza, di debolezza, le opportunità e le minacce dell'attuale modello organizzativo, da considerare nello sviluppo del progetto.

### FASE 2. SITUAZIONE TO BE

In questa fase viene prefigurato un possibile percorso di presa in carico territoriale di un paziente con SC identificando gli attori del percorso, le loro responsabilità e le fasi del processo che vanno dalla segnalazione del paziente, all'attivazione del servizio territoriale, alla stesura, attuazione e verifica di un Piano Assistenziale.

Sono descritti, altresì, gli strumenti che favoriscono i processi di integrazione e comunicazione tra ospedale e territorio e all'interno dei diversi servizi territoriali quali: schede clinico-assistenziali, fascicolo sociosanitario informatizzato e strumenti di telemedicina.

### FASE 3. PROGETTAZIONE DELLO STUDIO PILOTA

Questa fase descrive lo studio pilota: campione, fasi dello studio e relativa tempistica.

Il progetto pilota ha durata di sei mesi.

### FASE 4. STIMA DEI COSTI

Per la stima dei costi verrà simulato un intervento di presa in carico territoriale di un paziente con SC, per un periodo di sei mesi, ipotizzando interventi al domicilio.

### FASE 5. VERIFICA DEI RISULTATI

I risultati attesi sono riferiti agli obiettivi dello studio pilota e saranno verificati attraverso indicatori di processo ed esito.

## DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

I **beneficiari** del progetto sono i pazienti affetti da SC che risiedono nel territorio di riferimento della ASST FBF Sacco, e loro caregiver.

I principali **destinatari** del progetto sono gli operatori del Sistema Socio-Sanitario che intervengono nel percorso di presa in carico, tra cui i principali sono:

- specialisti ospedalieri (cardiologi e internisti)
- infermieri di famiglia e comunità (IFeC)
- assistenti sociali
- MMG
- altri professionisti sanitari (fisioterapisti, dietiste, psicologi ecc.)
- altri Enti e Strutture del Servizio Sanitario Regionale, Comuni e Terzo Settore

## DESCRIZIONE DEL PROGETTO, DELLE SUE FASI E TEMPISTICHE

### 1.1 Definizione e modelli di stadiazione dello Scompenso Cardiaco

Lo SC è definito come l'incapacità del cuore di fornire sangue in quantità adeguate alle richieste dell'organismo. Secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) l'insufficienza cardiaca è una diminuzione delle capacità fisiche per problemi della funzione ventricolare.

I segni e i sintomi fondamentali dello SC sono dispnea, astenia, edemi periferici e parenchimali secondari a ritenzione idro-salina.

I modelli di stadiazione dello SC sono:

- NYHA (*New York Heart Association* - 1964), sistema di classificazione che quantifica il grado di limitazione funzionale dello SC e individua quattro classi di gravità (NYHA I-II-III-IV);
- ACC/AHA (*American College of Cardiology/American Heart Association*) classifica lo SC in funzione delle **fasi evolutive** della malattia riconoscendo **quattro** stadi di evoluzione.

Il rapporto fra le due classificazioni è sintetizzato nella tabella seguente.

tabella 1.1 – Rapporto tra le classificazioni NYHA e ACC/AHA dello Scompenso Cardiaco.

Stadiazione ACC/AHA dello scompenso cardiaco		Classificazione funzionale NYHA	
A	Alto rischio per SC ma senza malattia cardiaca strutturale né segni o sintomi di SC	Nessuna	
B	Malattia cardiaca strutturale ma senza segni o sintomi di SC	I	Nessuna limitazione dell'attività fisica; l'attività fisica abituale non provoca sintomi di SC
C	Malattia cardiaca strutturale con precedenti o attuali sintomi di SC	II	Lieve limitazione dell'attività fisica; benessere a riposo, ma l'attività fisica abituale provoca sintomi di SC
		III	Marcata limitazione dell'attività fisica; benessere a riposo, ma le attività fisiche di entità inferiore a quelle abituali provocano sintomi di SC
		IV	Incapacità a svolgere qualsiasi attività fisica senza sintomi di SC o sintomi di SC presenti a riposo
D	Malattia cardiaca strutturale con insufficienza cardiaca refrattaria che richiede interventi specializzati		

## 1.2 Dati sui ricoveri per Scompenso Cardiaco nella ASST FBF SACCO

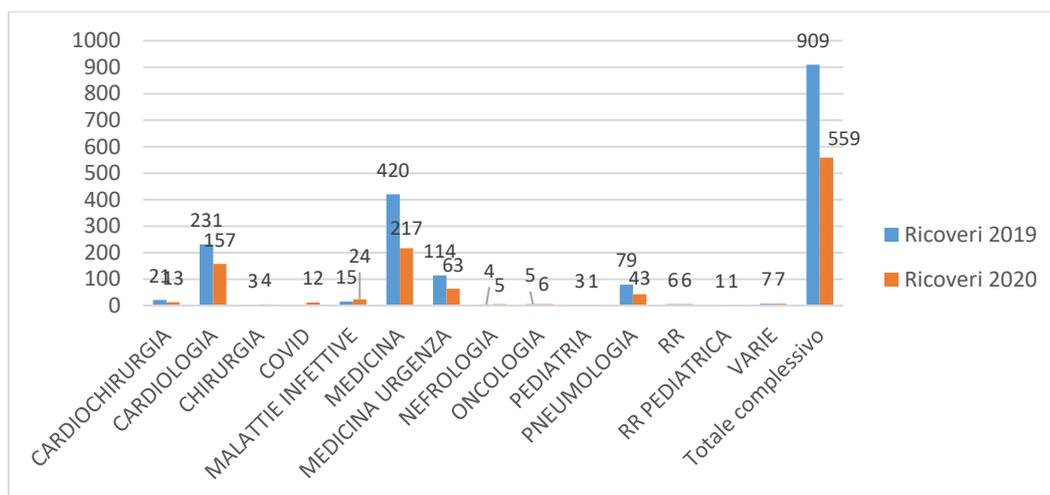
Dal dato disponibile nel rapporto annuale del database del Piano Nazionale Esiti<sup>4</sup>, riferito all'anno 2019, i ricoveri in Regione Lombardia per SC sono stati 33.061, di questi, 11.676 sono riferiti al territorio di ATS Città Metropolitana di Milano (per il 97,6% ricoverati in strutture lombarde).

L'analisi dei ricoveri nella ASST FBF Sacco è stata effettuata attraverso i dati ricavabili dalle schede di dimissione ospedaliera (banca dati SDO) selezionando i ricoveri ordinari con diagnosi principale o secondaria di SC nella ASST FBF Sacco (ICD9-CM: 389.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 428.0, 428.1, 428.9).

Il periodo di osservazione è l'anno 2019 (dimissioni tra il 1° gennaio 2019 e il 31.12.2019) e l'anno 2020 (dimissioni tra il 1° gennaio 2020 e il 31.12.2020).

Nel corso del 2019, nella ASST FBF Sacco, sono stati trattati in regime di ricovero ordinario. **n. 909** casi di SC, pari al 2 % di tutti i ricoveri ospedalieri mentre, nell'anno 2020, sono stati trattati **n. 559** casi di SC, pari al 2 % di tutti i ricoveri ospedalieri (grafico 2.1). Nel 2019 i pazienti trattati in regime ordinario con diagnosi principale di SC (DRG 127) sono stati 451 (50% circa).

grafico 1.1 – Volumi ricoveri per scompenso cardiaco ASST FBF SACCO, anno 2019-2020



Significativa risulta la riduzione di ricoveri per SC nel 2020 (circa 39 %), verificatesi verosimilmente a causa della pandemia da COVID-19; per tale motivo l'analisi dei ricoveri è stata effettuata sui dati dell'anno 2019.

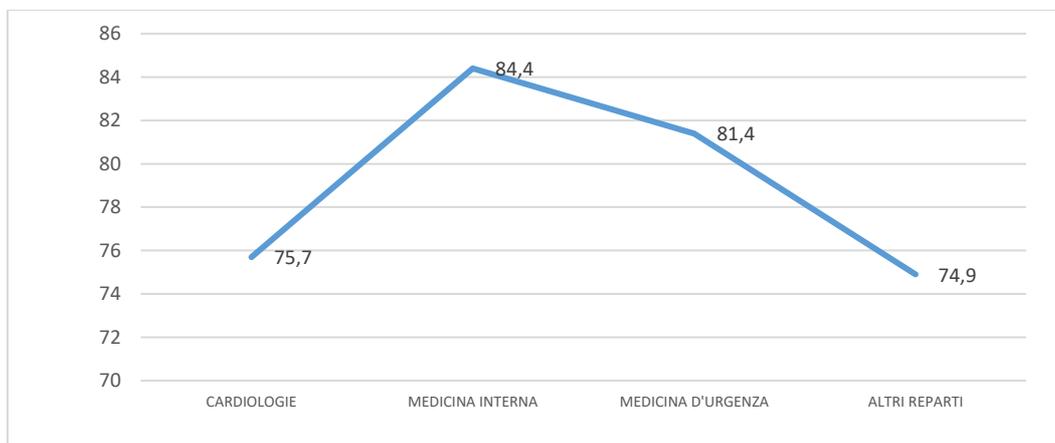
Come si evince dal grafico 2.1, dei 909 casi di SC trattati nell'anno 2019, 534 casi (58,7%) sono stati ricoverati in reparti di Medicina Interna/Medicina d'Urgenza, 79 casi (8,6%) in Pneumologia, 231 (25,4%) in Cardiologia, 21 casi in Cardiochirurgia e i restanti 44 casi in altri reparti di degenza.

<sup>4</sup> Piano Nazionale Esiti <http://95.110.213.190/PNEed2020>, dati anno 2019

## SCOMPENSO AT HOME 4.0

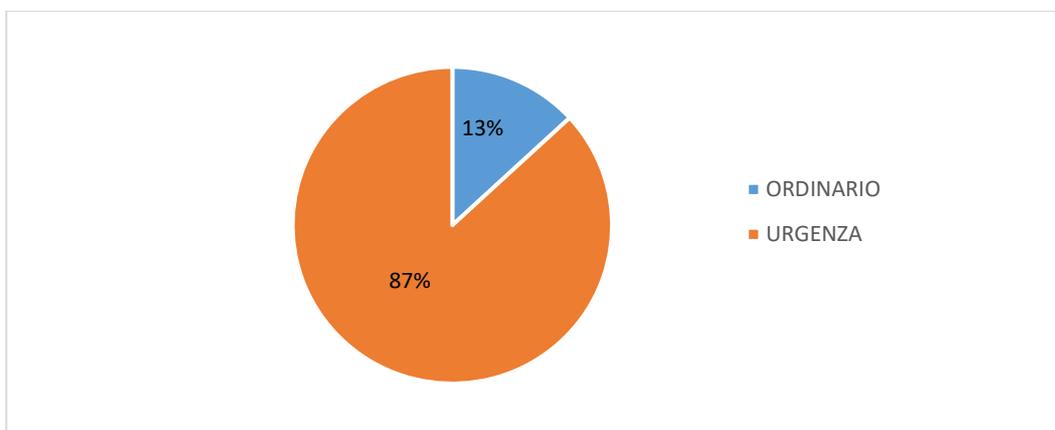
L'età media dei pazienti è di 80.5 anni, con significative differenze a seconda dei reparti di ricovero: 75.7 anni in Cardiologia, 84.4 anni in Medicina Interna, 81.4 anni in Medicina d'Urgenza e 75.1 anni in "altri reparti di degenza" (grafico 2.2).

grafico 1.2 – Età media pazienti ricoverati per scompenso cardiaco ASST FBF SACCO, anno 2019



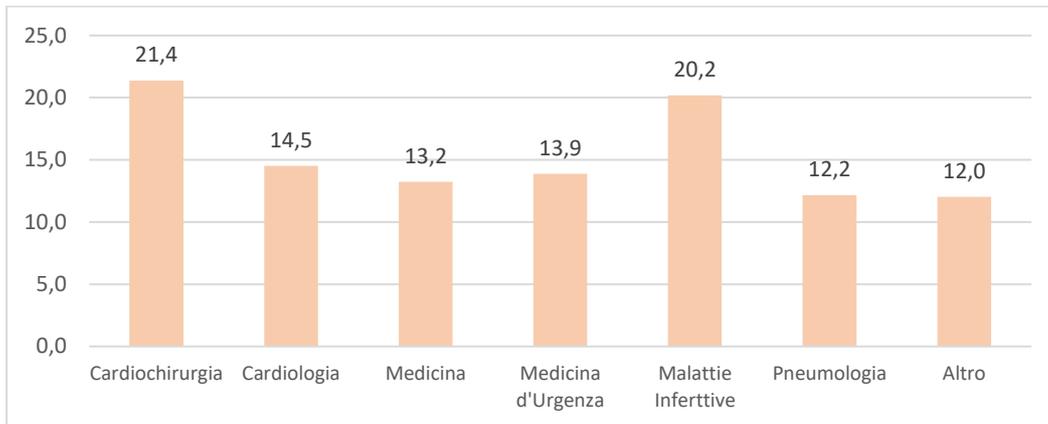
Analizzando le tipologie di ricovero, l'87% avviene in urgenza e il 13% è programmato (grafico 2.3).

grafico 1.3 – Regime di ricovero per scompenso cardiaco ASST FBF SACCO, anno 2019



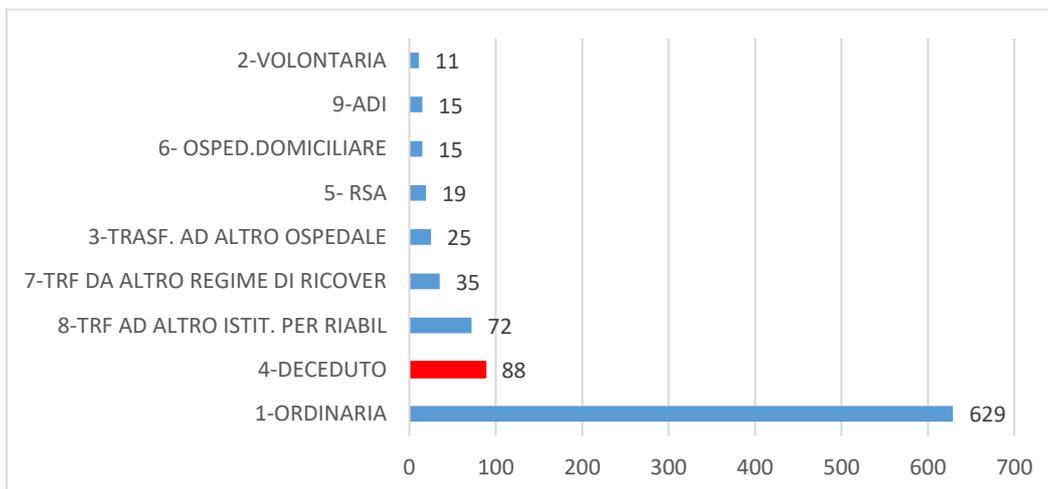
La degenza media risulta di 13.2 giorni in Medicina Interna, 14.5 giorni in Cardiologia, 13.9 giorni in Medicina d'Urgenza, 20.2 giorni in Malattie Infettive, 12.2 giorni in Pneumologia e 12 giorni negli altri reparti (grafico 2.4).

grafico 1.4 – Degenza media ricoveri per scompenso cardiaco ASST FBF SACCO, anno 2019



La dimissione è avvenuta nel 69% dei casi a domicilio (dimissione ordinaria), nel 7.9% mediante trasferimento in struttura per riabilitazione, nel 3.8% mediante trasferimento ad altro regime di ricovero, nel 2.7% ad altro ospedale per acuti, nel 2% in RSA, nel 1.6% dei casi al domicilio con attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e nell' 1.2 % dei casi per dimissione volontaria. I decessi intraospedalieri riguardano il 9.6% dei pazienti ricoverati per SC (grafico 2.5).

grafico 1.5 – Modalità di dimissione per scompenso cardiaco ASST FBF SACCO, anno 2019



### 1.3 Analisi del contesto aziendale

L'analisi dell'attuale modello organizzativo prende in considerazione le strutture ed i percorsi aziendali implementati per la cura e la presa in carico dello SC a livello ospedaliero e territoriale.

L'analisi del setting ospedaliero è stata condotta utilizzando la classificazione degli ospedali prevista dal DM 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" e dai livelli strutturali che differenziano i Centri per lo SC definiti dalla DGR 3522 del 05.08.2020 "Indicazioni e requisiti per l'ulteriore efficientamento organizzativo della rete cardiovascolare regionale".

Per quanto concerne il DM 70/2015 le strutture ospedaliere sono classificate in funzione del bacino di utenza e delle specialità presenti.

Si distinguono:

- Ospedali di II livello (bacino di utenza 600.000-1.200.000 abitanti)
- Ospedali di I livello (bacino di utenza 150.000-300.000 abitanti)
- Ospedali di base (bacino di utenza 80.000-150.000 abitanti)

Secondo la DGR 3522/2020 i livelli strutturali che differenziano i Centri che si occupano di SC in regione Lombardia sono tre:

1. Medicina generale territoriale e presidi territoriali con attività di diagnosi e cura dello SC (nell'ambito di centri integrati per patologie croniche), inseriti nell'ambito dei Presidi sociosanitari territoriali (Presst) e Centri ospedalieri di prossimità (Presidi Ospedalieri Territoriali - POT).
2. Centri Ospedalieri Specialistici al cui interno operano Ambulatori dello SC.
3. Centri Ospedalieri per la cura dello SC avanzato con Cardiocirurgia in sede +/- programma di terapia sostitutiva.

Nella tabella 1.2 sono rappresentate le strutture afferenti al setting ospedaliero per la cura e gestione dello SC nella ASST FBF Sacco.

tabella 1.2 – Strutture ospedaliere per la cura dello SC nella ASST FBF SACCO

Ospedale	Classificazione DM 70/2015	Classificazione DGR 3522/2020	Servizi
Ospedale Luigi Sacco	Presidio Ospedaliero di II Livello	Centro Ospedaliero per la cura dello SC avanzato con Cardiocirurgia in sede +/- programma di terapia sostitutiva.	UOC Cardiologia e UTIC con rispettivamente 30 posti letto e 6 posti letto UOC Cardiocirurgia con 24 posti letto Servizio di Elettrofisiologia ed Emodinamica Ambulatorio per lo SC presso la UOC di Medicina Ambulatorio per lo SC presso la UOC di Cardiologia UOC di Medicina d'Urgenza con 14 posti letto e Pronto Soccorso UOC Medicina Generale con 36 posti letto
Ospedale Fatebenefratelli	Presidio Ospedaliero di I Livello	Centro Ospedaliero Specialistico al cui interno operano	UOC Cardiologia e UTIC con rispettivamente 18 e 6 posti letto

		Ambulatori dello SC	Ambulatorio per lo SC presso la UOC di Cardiologia Servizio di Elettrofisiologia ed Emodinamica UOC di Medicina d'Urgenza con 20 posti letto e Pronto Soccorso UOC Medicina Interna con 60 posti letto
--	--	---------------------	---

Per quanto concerne le **strutture territoriali**, come rappresentato nella tabella 1.3, ASST FBF Sacco dispone, sul territorio di riferimento, di diversi servizi a supporto dei pazienti fragili/cronici, tra cui i pazienti con SC.

tabella 1.3 – Strutture territoriali per la cura dello SC nella ASST FBF SACCO

Servizio	Sedi	Attività
N. 2 Centri territoriali per il sostegno alla fragilità/cronicità.	<p>Centro Fragilità 1 che comprende i Municipi 2,3 (via Ricordi, 1)</p> <p>Centro Fragilità 2 a cui afferiscono il Municipio 1: (via Rugabella, 4/6), il Municipio 4 (via Oglio 18) e il Municipio 8 (Piazzale Accursio, 7).</p>	<p>Valutazione multidimensionale pazienti fragili e casi del Comune di Milano, dimissioni protette.</p> <p>Valutazione appropriatezza erogazione prestazioni di ADI tramite profilatura voucher ADI.</p> <p>Valutazione delle Misure regionali di supporto alla famiglia: B1, B2 e Residenzialità Assistita.</p> <p>Valutazioni e autorizzazioni di ricoveri fuori regione.</p> <p>Attività di accoglienza domande per insegnante di sostegno e Coordinamento Collegio.</p>
n. 4 Ambulatori Infermieristici (ALER)	<p>Via Polesine, 6</p> <p>Via Calvaire, 1</p> <p>Viale Mar Jonio 2</p> <p>Via Saponaro 2/a</p>	<p>Progetto sperimentale di innovazione sociale e Welfare locale ALER dei quartieri di edilizia residenziale pubblica (ERP), ai sensi del DGR n° XI/2717 del 23.12.2019, della ASST Fatebenefratelli - Sacco e Università degli Studi di Milano, ubicati nei quartieri Mazzini, Molise, San Siro, Gratosoglio.</p> <p>L'attività degli ambulatori infermieristici, temporaneamente sospesa per fronteggiare l'emergenza da COVID -19, è stata riattivata dal 06 settembre 2021.</p>
N.3 sportelli polifunzionali	<p>Via Rugabella, 4/6</p> <p>Via Oglio 18</p> <p>Via Ricordi, 1</p>	<p>Gestione procedure per l'erogazione di presidi, ausili, Nutrizione Artificiale Domiciliare, Ossigenoterapia a lungo termine). L'attività al pubblico si avvale anche del contributo di un infermiere per la migliore definizione dei piani legati all'assorbimento.</p>

L'èquipe dei Centri Fragilità aziendali è costituita, allo stato attuale, da un medico, da un geriatra (per entrambi i Centri), da un assistente sociale, da 4/5 infermieri e da personale amministrativo.

Nel 2017, Regione Lombardia ha introdotto il "Progetto di Presa in carico" (Del. Regionale X/6164 del 30.01.2017) finalizzato a contrastare le malattie croniche attraverso:

- sottoscrizione del patto di cura con il paziente
- definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI)
- presa in carico e *follow-up* proattivo attraverso le funzioni di un *Case manager* e di un Centro Servizi.

I pazienti con SC che hanno aderito al Progetto di Presa in carico, secondo il modello sopra descritto, con *Clinical Manager* lo specialista Cardiologo/Internista, sono, a tutt'oggi, n. 18.

La presa in carico territoriale del paziente con SC è, al momento attuale, affidata alla medicina di base, con il supporto degli ambulatori specialistici ospedalieri, non è previsto un percorso di presa in carico integrato del paziente con identificazione di una figura di riferimento per il paziente e i *caregiver*.

Per i pazienti più gravi, con compromissione dell'autonomia, è attivato il servizio di ADI direttamente dal medico specialista ospedaliero o dal MMG con prescrizione su ricettario regionale, ed erogata da Enti Gestori accreditati scelti dall'utente/famiglia.

Le Linee di sviluppo della L. 23/2015, in attuazione al PNRR, stanno ridisegnando il contesto territoriale per la presa in carico dei pazienti cronici/fragili.

Con la regia di ATS Città Metropolitana di Milano, le ASST della Città di Milano sono impegnate ad attuare il modello organizzativo territoriale delle Case della Comunità (CdC), delle Centrali Operative Territoriali (COT) e degli Ospedali di Comunità (OdC) secondo la seguente tempistica indicata da Regione Lombardia:

- ricognizione siti idonei per la realizzazione di CdC, COT e OdC, entro settembre 2021;
- individuazione precisa dei siti di realizzazione di CdC, COT e OdC, entro dicembre 2021
- sottoscrizione del Contratto Istituzionale di Sviluppo per la realizzazione di CdC, COT e OdC, entro marzo 2021.

L'ASST Fatebenefratelli Sacco, negli ultimi mesi, ha avviato un processo di reclutamento degli IFeC (ne sono previsti 121 a regime); allo stato attuale sono stati reclutati 20 IFeC (di cui 18 impegnati da mesi nella Campagna Vaccinale anti COVID-19), altri 15 infermieri attendono di essere trasferiti dagli Ospedali aziendali.

Gli Infermieri assegnati all'area territoriale partecipano al progetto formativo specifico promosso da Regione Lombardia.

Nel Piano Aziendale per l'attribuzione degli incarichi organizzativi sono previste due nuove figure di Coordinamento Infermieristico per l'area della cronicità/fragilità.

Infine, per quanto concerne la presenza di un PDTA a supporto del percorso di presa in carico del paziente con SC e della continuità ospedale-territorio, ASST FBF Sacco ha partecipato ad un gruppo di lavoro promosso dalla ex ASL Milano che, nel 2011, ha redatto il documento "*Percorso Preventivo-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) per il paziente con Scompensamento Cardiaco*"<sup>5</sup>.

Il documento, che ha visto la partecipazione anche degli MMG, oltre agli aspetti di diagnosi e terapia, tratta i temi della prevenzione dello SC, delle indicazioni alla dimissione e della presa in carico integrata a lungo termine. Pur essendo, nel suo complesso, un documento completo ed esaustivo, non trova applicazione uniforme nell'ambito aziendale.

---

<sup>5</sup> ASL Milano Percorso Preventivo-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) per il paziente con Scompensamento Cardiaco, dicembre 2011.

## 1.4 Analisi SWOT

A partire dall'analisi della realtà aziendale, ai fini della progettazione in esame, risulta utile effettuare un'analisi SWOT per acquisire un livello di consapevolezza delle possibili aree da migliorare e le possibili minacce da tenere sotto controllo.

L'analisi SWOT (o matrice SWOT) è, infatti, uno strumento di pianificazione strategica usato per valutare i punti di forza (*Strengths*), le debolezze (*Weaknesses*), le opportunità (*Opportunities*) e le minacce (*Threats*) di un progetto.

### PUNTI DI FORZA

- Presenza di una rete ospedaliera per la gestione del paziente con SC con caratterizzazioni di specialità clinica ad alta complessità diffusa sul territorio aziendale.
- Presenza di competenze multiprofessionali e tecnologie avanzate per la cura dello SC.
- Attivazione del Progetto ALER (ambulatori infermieristici), con fondi dedicati.
- Acquisizione, a regime, di n. 121 infermieri da riqualificare come IFeC a supporto della presa in carico di pazienti cronici/fragili.
- Possibilità di sviluppare percorsi ospedale-territorio nella stessa Azienda.

### PUNTI DI DEBOLEZZA

- PDTA interaziendale (ASL Milano, 2011) non aggiornato con le ultime evidenze scientifiche e non adottato a livello aziendale.
- Raccordo ospedale-territorio difficoltoso, percorso di presa in carico frammentato e poco integrato.
- *Follow-up* dello SC disomogenei.
- Definizione non chiara degli ambiti di competenza e responsabilità nella presa in carico intra ed extraospedaliera del paziente con SC.
- Limitata competenza/esperienza nell'impiego di strumenti di telemedicina/telesorveglianza per la cura dello SC.
- Difficoltà per i pazienti più anziani ad utilizzare le moderne tecnologie per accesso a Telemedicina o comunicazione a distanza.
- Modello di ADI voucher prevalentemente prestazionale e affidato ad Enti Erogatori Esterni

### OPPORTUNITA'

- Indicazioni PNRR e Linee operative di sviluppo Legge 23/2015 per supportare lo sviluppo di modelli innovativi di assistenza territoriale.
- Creazione di modelli di prossimità dei servizi, anche attraverso l'utilizzo della tecnologia digitale.
- Implementazione della figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità.
- Elevato interesse per lo SC per l'impatto sulla qualità della vita, sulla mortalità e sui costi oramai non più sostenibili da parte del sistema sanitario.

### MINACCE

- Possibile scarsa adesione da parte di MMG o altri soggetti esterni che dovranno interfacciarsi per la gestione del caso.
- Difficoltà di integrazione dei sistemi informativi interni e con gli attori esterni.
- Difficoltà per ASST a completare il reclutamento degli IFeC ed elevato turn over del personale infermieristico dovuto anche alla collocazione geografica dell'Azienda.
- Incremento esponenziale della domanda assistenza dei pazienti fragili/cronici.

## 1.5 Percorso di Presa in carico territoriale

Come sopra evidenziato, nell'attuale modello organizzativo aziendale, la presa in carico e il *follow-up* del paziente con SC, superata la fase acuta della malattia, è interamente a carico agli ambulatori ospedalieri dello SC e, sul territorio, è lasciata alle cure del MMG, spesso senza interscambio tra le parti.

Una presa in carico specialistica della globalità dei pazienti con SC appare oggi non più sostenibile, sia per l'elevato carico di lavoro dovuto al numero crescente di persone colpite da questa malattia, sia per il carattere invalidante della malattia stessa che richiede un approccio globale, con soluzioni condivise tra medicina specialistica e cure primarie. In aggiunta, trattandosi per la maggior parte di pazienti anziani, con limitazioni funzionali, pluripatologici, vi sono spesso oggettive difficoltà di accesso alle strutture ospedaliere.

Il percorso che viene proposto nel presente lavoro rappresenta un tentativo di dare una prima risposta all'esigenza di presa in carico territoriale dei pazienti con SC attraverso un approccio integrato tra ospedale e territorio e la costituzione di un team territoriale multidisciplinare sulla base delle risorse, ad oggi, disponibili, con l'obiettivo di ridurre le ospedalizzazioni, la mortalità e migliorare la qualità di vita dei pazienti.

L'efficacia dell'approccio proposto è evidenziata dalle Linee Guida sullo Scompensamento Cardiaco della European Society of Cardiology (2016) *“un sistema organizzato di cura specialistica dei pazienti con scompenso cardiaco migliora i sintomi e riduce le ospedalizzazioni (Classe I, livello di evidenza A) e la mortalità (Classe I, livello di evidenza C).”*

Le finalità da perseguire sono la creazione di un team, una micro-équipe, che sia in grado di farsi carico concretamente del paziente e di assisterlo sul territorio e a domicilio, nel rispetto e nella complementarietà di ruoli, competenze e funzioni.

I fondamenti per un approccio integrato sono:

- il paziente è al centro della rete assistenziale e deve riconoscere chiaramente le figure di riferimento ai diversi livelli del percorso di cure;
- il MMG, in quanto figura con la responsabilità complessiva delle cure per i pazienti non ospedalizzati, è un attore fondamentale del percorso, come tale deve essere costantemente coinvolto e informato;
- l'IFeC è una figura centrale del team, può assumere funzioni di *case manager* per coordinare un'assistenza longitudinale e prolungata nel tempo;
- è necessaria la definizione di un PDTA aziendale per la gestione dello SC condiviso tra tutti gli operatori attivamente coinvolti nel percorso;
- tutti gli attori devono poter accedere ad un database, comune e dinamico, del paziente (fascicolo socio-sanitario informatizzato) per poter scambiare dati in tempo reale.

L'équipe minima per la presa in carico e gestione del paziente con SC è costituita dal MMG, dal medico specialista (Cardiologo o Internista) e dall'IFeC. Altri professionisti potranno essere integrati nell'équipe in funzione di bisogni specifici e/o per la gestione di casi più complessi).

Per ogni figura sono identificate le principali responsabilità.

Il paziente è il **protagonista** al centro del percorso di cura; deve poter individuare i suoi referenti sanitari, in particolare deve conoscere chi sarà l'operatore di riferimento nel percorso di presa in carico territoriale.

L'efficacia della gestione extraospedaliera passa attraverso la capacità del paziente e del caregiver di interagire con il personale sanitario e sviluppare capacità di autogestione.

tabella 1.4 – Gli attori del percorso di presa in carico

<b>Figura</b>	<b>Responsabilità</b>
MMG	Ha la <b>responsabilità complessiva</b> della globalità delle cure per tutti i pazienti non ospedalizzati. Secondo il modello regionale di presa in carico dei cittadini affetti da patologie croniche, il MMG può essere individuato quale <i>Clinical Manager</i> nei casi di SC lieve e moderato. In tal caso ha la responsabilità della sottoscrizione del Patto di Cura e del PAI.
Cardiologo/Internista	È la figura che ha la <b>responsabilità specialistica</b> relativamente alla valutazione diagnostica e terapeutica della cardiopatia, personalizzazione del follow up. Secondo il modello regionale di presa in carico dei cittadini affetti da patologie croniche, il MMG può essere individuato quale <i>Clinical Manager</i> nei casi di SC complesso o in pazienti fragili e/o pluripatologici. In tal caso ha la responsabilità della sottoscrizione del Patto di Cura e del PAI.
IFeC	È la <b>figura di riferimento</b> ( <i>case manager</i> ) del percorso di presa in carico territoriale del paziente con SC. Ha la responsabilità di gestire i processi assistenziali operando in collaborazione l'équipe multiprofessionale per aiutare l'individuo e i suoi caregiver/famiglia a trovare le soluzioni ai loro bisogni di salute e a gestire lo SC.

Il percorso di presa in carico e gestione territoriale del paziente con SC deve essere conosciuto e condiviso dai diversi operatori coinvolti e si sviluppa attraverso le fasi di seguito descritte.

#### A) SEGNALAZIONE DEL PAZIENTE NEL PERCORSO DI PRESA IN CARICO

L'attivazione della rete del percorso di presa in carico territoriale può avvenire con le seguenti principali modalità:

- a seguito di ricovero per SC;
- su segnalazione dell'ambulatorio ospedaliero per lo SC;
- segnalazione da parte del MMG o specialista territoriale.

#### Segnalazione a seguito di ricovero ospedaliero

Per i pazienti ricoverati che necessitano di un programma di dimissione protetta, di follow up e/o di assistenza domiciliare, la valutazione dei bisogni assistenziali e sociali alla dimissione ha inizio fin dai primi giorni del ricovero e può essere supportata dall'impiego di specifiche scale di valutazione (scala Rischio Sociale, scala di Brass ecc.).

Negli Ospedali FBF e Sacco è presente un Servizio di "Dimissioni Protette", costituito da Infermieri e Assistenti Sociali al quale dovrà essere indirizzata la segnalazione del paziente che necessita di presa in carico territoriale. Il Servizio di Dimissioni Protette valuterà le necessità assistenziali e sociali del paziente, compresa la presenza di *caregiver*, e, in accordo con il team ospedaliero e territoriale, definirà tempi e modi per la dimissione e/o per il ricovero in strutture intermedie (lungodegenze o strutture riabilitative).

La dimissione deve avvenire dopo verifica di stabilità clinica, in terapia orale, da almeno 24-48 ore. La corretta gestione della dimissione consente di consolidare i risultati favorevoli ottenuti durante il ricovero.

Fondamentale è l'educazione sanitaria al paziente e al *caregiver* per il riconoscimento precoce dei segni o sintomi di instabilizzazione, per la gestione della terapia e l'adozione di corretti stili di vita. Per facilitare la comunicazione con il paziente e i caregiver sarà predisposta un "opuscolo informativo" e saranno organizzati interventi educativi.

Indispensabile alla dimissione è la condivisione della documentazione clinica; la "lettera di dimissione ospedaliera" è il documento informativo fondamentale per il passaggio di informazioni tra ospedale e territorio, deve contenere tutte le informazioni cliniche e assistenziali necessarie per la presa in carico territoriale e, in particolare, le indicazioni terapeutico-comportamentali ed il programma di *follow-up*.

### Segnalazione da parte dell'ambulatorio ospedaliero dello SC

La rete territoriale può essere attivata direttamente anche dagli specialisti dell'ambulatorio ospedaliero dello SC. Gli specialisti ospedalieri hanno l'importante compito di definire la stratificazione prognostica del paziente per impostare un programma di *follow-up* personalizzato. L'identificazione del livello di rischio del paziente con SC deriva da una valutazione complessiva, multiparametrica del paziente che compete, senza dubbio, agli specialisti.

Visto l'elevato carico di pazienti che gravitano sugli ambulatori per lo SC degli ospedali FBF e Sacco, la possibilità di prendere in carico e supportare la gestione di pazienti con SC, in particolare dei pazienti stabilizzati, consente di liberare risorse specialistiche da dedicare a interventi diagnostici e terapeutici più qualificati.

Per il passaggio di informazioni tra l'équipe dell'ambulatorio per lo SC e l'équipe territoriale dovrà essere elaborata una scheda di raccolta strutturata di dati clinici "scheda di *start-up*" che dovrà riportare le principali informazioni cliniche, con particolare riferimento agli obiettivi terapeutici personalizzati, ai dati assistenziali e agli eventuali bisogni socioassistenziali e sociali.

### Segnalazione da parte del MMG

Il MMG è la figura clinica di riferimento e supporto per il paziente e familiari, sia per problemi legati alla patologia cardiaca sia per problemi legati ad altre patologie concomitanti, spesso presenti, sia per il monitoraggio della terapia ed individuazione di eventuali peggioramenti.

Il paziente con un quadro di stabilità clinica (classe funzionale I-IIa) può essere gestito direttamente dal MMG, avvalendosi del supporto delle attività ambulatoriali di I livello e alla consulenza del Cardiologo/Internista, quando necessario.

Tutti i pazienti con sospetto diagnostico/prima diagnosi di SC, anche se gestiti a livello territoriale dal MMG, devono ricevere una valutazione cardiologica, in accordo con quanto delineato nelle Linee Guida europee (recepite a livello di Società Scientifiche nazionali) e nordamericane.

Il MMG può segnalare un paziente utilizzando la scheda di *start up* e dovrà operare a stretto contatto con il Centro Fragilità ed in particolare con l'IFeC di riferimento del paziente.

## **B) ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO SERVIZIO FRAGILITÀ – IFeC**

Ricevuta la segnalazione, l'équipe del Centro di Fragilità effettuerà una valutazione congiunta, della documentazione clinica-assistenziale per definire i successivi passaggi della presa in carico:

- inquadramento della situazione clinica e valutazione dei principali problemi assistenziale e sociali del paziente;
- verifica del livello di autonomia del paziente e/o presenza di *caregiver*;
- valutazione della presenza/necessità di misure regionali di supporto alla famiglia (B1, B2 e Residenzialità Assistita), esenzioni, invalidità;

- attribuzione del *case manager* in funzione del bisogno prevalente;
- segnalazione al MMG competente, qualora non informato in precedenza;
- programmazione della prima visita di valutazione del paziente.

Salvo situazioni particolari, il *case manager* individuato per la presa in carico dei pazienti con SC è l'IFeC.

Nell'ambito del progetto sperimentale, al fine di favorire la comunicazione e l'integrazione, il medico del Servizio Fragilità/IFeC contatterà direttamente ciascun MMG per informarlo sulla presa in carico del suo assistito e condividere il piano assistenziale. Compatibilmente con le disponibilità del MMG potrà essere fissato anche un incontro in presenza e/o a distanza.

Il MMG sarà tenuto aggiornato dei dati che riguardano il suo assistito con le modalità con lui concordate.

#### C) PRIMA VISITA DI PRESA IN CARICO PER VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEI BISOGNI

La prima visita è finalizzata alla valutazione multidimensionale dei bisogni con particolare riferimento ai bisogni che discendono dalla specifica patologia cardiaca.

La prima visita potrà essere effettuata:

- in ospedale, prima della dimissione, nei pazienti più complessi e con ridotta autonomia;
- in ambulatorio infermieristico o ambulatorio MMG, per pazienti autosufficienti e con situazione clinica stabile;
- al domicilio.

Nel caso in cui il paziente venga visitato in ospedale, sarà programmata anche una visita successiva al domicilio, per valutare le condizioni ambientali e la rete di supporto a disposizione del paziente.

Per la valutazione multidimensionale sarà impiegata la scheda già in uso presso i Centri Fragilità dell'Azienda, opportunamente revisionata/integrata.

La valutazione di un paziente con SC comprende:

- verifica delle condizioni di stabilità clinica, per cogliere precocemente segni e sintomi di instabilità;
- valutazione della terapia farmacologica in atto, aderenza alla terapia, *timing* di rivalutazione della terapia ed eventuale supporto necessario alla sua assunzione;
- verifica dell'aderenza agli stili di vita consigliati e capacità di autocura del paziente;
- valutazione delle capacità funzionali e eventuali necessità di assistenza sociale;
- valutazione delle problematiche connesse alla gestione dei pazienti con SC grave e refrattario, o pazienti complessi pluripatologici e necessità di attivazione dell'ADI;
- eventuale necessità di cure palliative se paziente con SC terminale.

L'ADI è generalmente attivata per pazienti "fragili" che presentano le seguenti caratteristiche:

- classe NYHA avanzata (III o IV);
- presenza di comorbidità;
- scarsa capacità funzionale o limitata mobilità;
- deterioramento cognitivo o problemi socio-ambientali;
- presenza di un caregiver.

L'assenza di un caregiver, in presenza delle condizioni sopra indicate, depone per l'istituzionalizzazione del paziente.

#### D) STESURA DEL PIANO ASSISTENZIALE

Il Piano Assistenziale è uno strumento multidisciplinare che include i bisogni clinici, assistenziali e sociali che influenzano lo stato di salute del paziente.

Il Piano dovrà contenere gli obiettivi assistenziali, la pianificazione degli interventi, l'attuazione degli interventi e la loro valutazione; dovrà essere, altresì, indicato il nominativo del *case manager* assegnato e degli altri riferimenti per il paziente.

Il Piano Assistenziale per un paziente con SC deve includere il monitoraggio dello SC e il trattamento riabilitativo, se consigliato.

Per la stesura del Piano Assistenziale verrà predisposta un apposito *format* in cui sia possibile tracciare tutte le fasi del processo assistenziale.

Per il monitoraggio dello SC dovrà essere predisposta una "Scheda di *Follow-up*", da utilizzare al domicilio, in ambulatorio o per il monitoraggio telefonico. Il monitoraggio verterà su: variazioni dei parametri vitali, informazioni sull'assunzione dei farmaci, sintomatologia soggettiva/oggettiva del paziente, capacità di svolgere attività quotidiane, modificazioni nella qualità del riposo notturno, modifica del peso corporeo, comparsa di malattie intercorrenti.

### E) ATTUAZIONE DEL PIANO ASSISTENZIALE E FOLLOW UP

Gli interventi sono diversificati in funzione del livello di rischio e gravità della malattia nonché in funzione delle condizioni del contesto familiare e sociale del paziente.

Le indicazioni per il *follow-up* sono date dal medico specialista/MMG, in generale si diversificano a seconda che il paziente sia **in condizioni cliniche stabili**, in buono stato generale ed in grado di seguire un programma di autocura oppure in **situazioni cliniche più gravi**, con classe NYHA avanzata, polipatologici, con ridotta capacità funzionale, impossibilitati a deambulare, e con problemi socio-ambientali.

#### Interventi assistenziali per pazienti in condizioni cliniche stabili con capacità di autocura.

In questi pazienti la *setting* prevalente di intervento è quello ambulatoriale, l'obiettivo principale è quello di valutare le capacità di autocura del paziente, e dei *caregiver*, e fornire il supporto necessario attraverso interventi di *counselling* motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, stili di vita, gestione della terapia farmacologica e capacità di riconoscere precocemente segni e sintomi della malattia.

Al paziente saranno consegnati strumenti quali diario dei controlli/diario nutrizionale, opuscoli informativi ecc.

Il *follow-up* può essere effettuato telefonicamente o attraverso accessi ambulatoriali. Possono essere previsti interventi educativi singoli o di gruppo a livello ambulatoriale o con modalità a distanza.

I controlli riguardano:

- monitoraggio dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, respiro, diuresi, peso ecc.);
- verifica dell'aderenza alla terapia;
- stili di vita (alimentazione, attività fisica, qualità del sonno e riposo, fumo ecc.);
- orientamento all'utilizzo della rete dei servizi;
- programmazione di visite/esami di controllo (attraverso il supporto del personale amministrativo).

Se disponibili, compatibilmente con le competenze digitali dei pazienti, possono essere impiegati strumenti di telemonitoraggio, televisita e teleriabilitazione.

#### Intervento assistenziale per pazienti complessi o fragili,

Il *setting* di intervento prevalente è il domicilio. L'obiettivo principale è quello di stimolare la capacità residua di autocura del paziente e dei *caregiver* e di intervenire direttamente a supporto del paziente.

L'IFeC, in accordo con il MMG, valuterà la necessità di attivare l'ADI, o di eventuali altre misure regionali di supporto alla famiglia, di ausili/presidi, piuttosto che di eventuali supporti da parte del comune (es. pasti, pulizie, trasporti ecc).

Al paziente, e ai *caregiver*, dovranno essere fornite informazioni ogni qualvolta necessario sulla malattia, sulle scelte terapeutiche ma anche sulla prognosi della malattia, con sensibilità trasparenza e onestà.

Se necessario, sulla base della prescrizione del MMG, l'IFeC potrà eseguire prestazioni diagnostiche (es. prelievo venoso, ECG ecc) o terapeutiche (es. cicli infusivi di diuretici per via endovenosa) per risolvere il quadro di pre-instabilizzazione. Potranno, inoltre, essere effettuati prelievi per esami ematici, rilievo dei parametri, monitoraggio peso e diuresi ecc.

In caso di problematiche specifiche potranno essere attivati ulteriori professionisti (Assistente Sociale, Dietista, Psicologo, Fisioterapista ecc.).

Un programma di riabilitazione cardiaca, basato sull'esercizio fisico, è prescritto solo se le condizioni sono stabili, può essere erogato in contesto accessibile (territorio, domicilio) oppure effettuato per via telematica.

Percorsi differenziati, in **strutture di ricovero intermedie** (lungodegenze o strutture riabilitative), possono essere indicati per pazienti che hanno superato la fase post acuta, in condizioni cliniche sufficientemente stabili per la dimissione ma non in grado di rientrare al domicilio e che, diversamente, dovrebbero andare in contro a prolungamento della degenza in strutture per acuti.

Nelle fasi più avanzate della malattia può essere necessario ricorrere alle **cure palliative**. Il problema delle cure di fine vita nei pazienti con SC non è sempre affrontato adeguatamente anche per la difficoltà ad identificare chiari criteri prognostici. I sintomi presenti negli ultimi mesi di vita sono gravi e la sofferenza è globale: dispnea, astenia, anoressia, gravi alterazioni del ciclo sonno-veglia, angoscia e depressione e complicanze dell'allettamento. I malati affetti da SC in fase avanzata ed evolutiva della malattia dovrebbero essere inseriti nella rete assistenziale delle cure palliative.

#### F) VERIFICA PERIODICA DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO ASSISTENZIALE

Alle scadenze previste dal Piano Assistenziale l'IFeC potrà verificare direttamente, o tramite contatto telefonico, lo stato di salute del paziente e l'andamento della malattia.

Tutte le informazioni raccolte dall'IFeC durante la visita ambulatoriale/domiciliare dovranno essere comunicate al MMG. Laddove possibile il MMG potrà accedere al fascicolo sociosanitario informatizzato del paziente seguito sul territorio.

Qualora durante il controllo l'IFeC dovesse rilevare segni o sintomi di instabilità cardiaca dovrà avvertire il MMG che potrà decidere per una variazione terapeutica o se richiedere una visita cardiologica urgente.

In accordo con i medici specialisti ospedalieri e con il MMG è possibile programmare una visita in telemedicina al domicilio utilizzando la piattaforma aziendale di telemedicina.

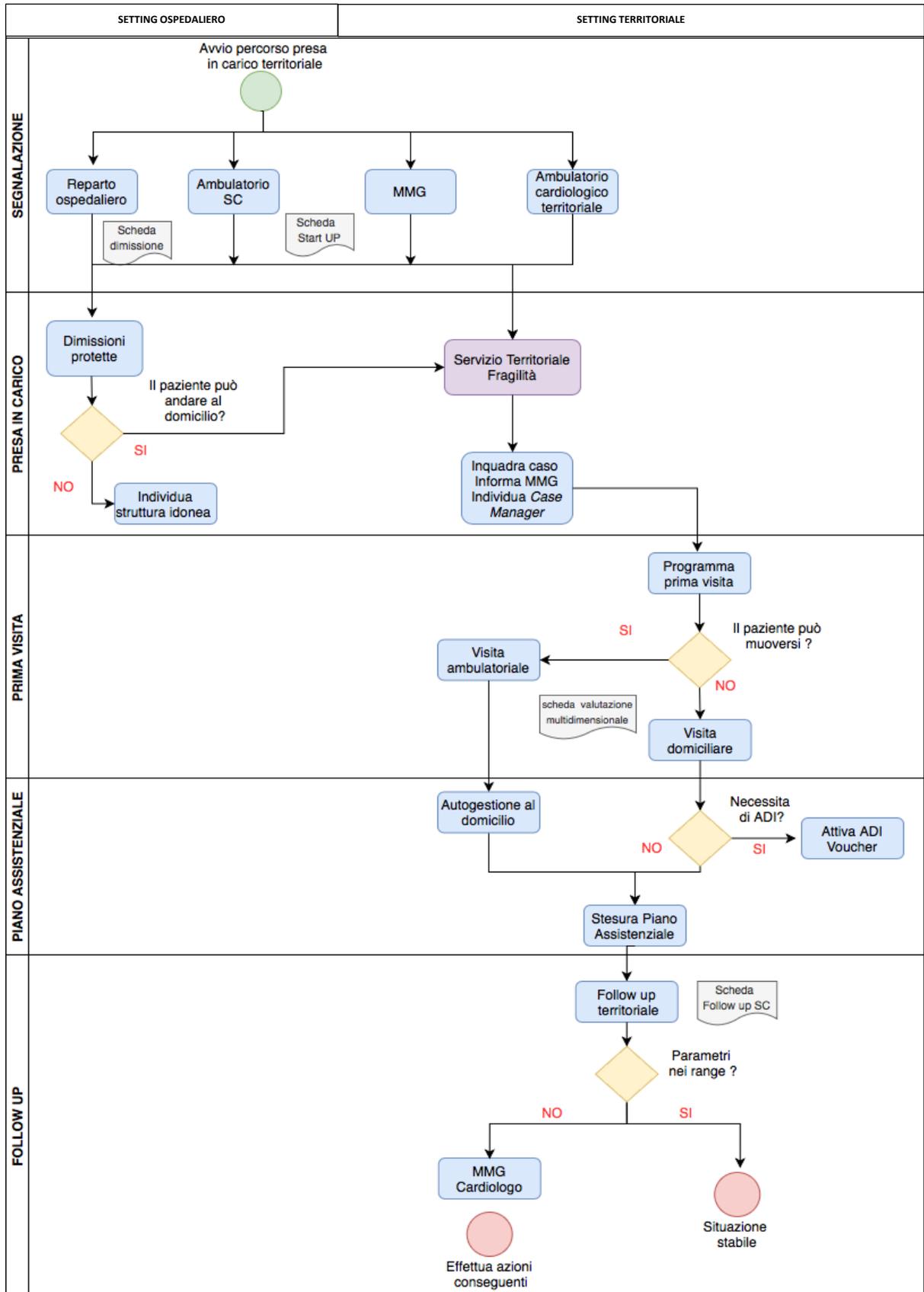
L'IFeC, di norma, presenza alla visita e supporta il paziente durante la televisita, se necessario fornisce al paziente anche il supporto tecnologico. E', altresì, possibile prevedere prestazioni di teleconsulto tra i diversi professionisti del percorso.

I casi più complessi, o le situazioni di aggravamento del quadro clinico-assistenziale o sociale, dovranno essere discussi dall'intera équipe territoriale.

Sempre attraverso la piattaforma aziendale di telemedicina è possibile organizzare un teleconsulto tra MMG, IFeC e Specialisti ospedalieri per discutere i casi in carico e definire in modo congiunto le linee di intervento.

Il percorso di presa in carico dei pazienti con SC, ed i documenti a supporto, è sintetizzato nel diagramma di flusso che segue (diagramma 1.1).

1.1 Diagramma di flusso percorso di presa in carico territoriale del paziente con SC



## 1.6 Strumenti di integrazione e comunicazione

La comunicazione tra i diversi attori che intervengono nel processo di gestione integrata ospedale/territorio dello SC è uno degli elementi più critici.

L'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali agevola la comunicazione tra i professionisti e migliora il processo decisionale.

Fatti salvi gli strumenti di comunicazione tradizionali (telefono, mail, ecc.) sono stati individuati alcuni strumenti per la trasmissione di informazioni clinico-assistenziali, nelle diverse fasi del percorso, che saranno oggetto di elaborazione e verifica nell'ambito dello studio pilota.

Gli strumenti sono:

- PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE (PDTA) PER IL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO, a valenza aziendale, elaborato sulla base del documento redatto dal coordinamento della ASL Milano nel 2011, opportunamente aggiornato e adeguato alla realtà aziendale;
- OPUSCOLO INFORMATIVO che conterrà informazioni semplici e chiare rivolte al paziente e al caregiver sulla malattia e sul riconoscimento precoce di segni e sintomi di instabilizzazione, sui farmaci, sugli stili di vita (movimento, fumo, ecc), sul regime alimentare, sulle vaccinazioni e sui numeri utili da chiamare in caso di bisogno;
- SCHEDE di *START-UP* dello SC, contenente informazioni di inquadramento generale della malattia e fattori di rischio per SC, dati sugli stili di vita, sulla terapia farmacologica, misure comportamentali, frequenza controlli e ulteriori dati utili all'assistenza e presa in carico territoriale;
- SCHEDE di *FOLLOW-UP* dello SC da utilizzare per il monitoraggio dello SC (valutazione parametri vitali, peso, stato cognitivo e stato nutrizionale), per la rivalutazione della terapia farmacologica e dei possibili effetti collaterali della terapia e per il monitoraggio degli esami diagnostici alle scadenze previste dal protocollo e /o al bisogno.
- FASCICOLO SOCIO-SANITARIO INFORMATIZZATO: ASST FBF Sacco ha adottato un *software* per la gestione dei dati dei pazienti cronici/fragili nel rispetto della normativa sulla privacy e gestione dei dati sensibili. Il *Software* prevede l'integrabilità dei dati (schede, scale ecc.) per la segnalazione del paziente al servizio di presa in carico territoriale e la possibilità di integrare il *software* con sistemi terzi per il recupero di informazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali relative al paziente. Sono previste integrazioni con l'anagrafica aziendale, con il Servizio Informatico ospedaliero per il recupero di dati sanitari dei pazienti ritenuti di interesse per il percorso di presa in carico, in particolare con il *software* di PS, con i *Software* di gestione delle dimissioni protette, con i *software* in uso presso l'ambulatorio dello SC. Laddove gli Enti lo consentiranno, l'integrazione potrà essere estesa anche ai MMG e ai servizi sociali del comune.

Oltre agli strumenti sopra riportati, nell'ambito della sperimentazione, saranno adottati alcuni STRUMENTI di TELEMEDICINA per favorire la comunicazione tra paziente/caregiver ed operatori sanitari e tra gli stessi operatori sanitari, garantire la continuità assistenziale ed una gestione condivisa del Piano di Assistenza.

Gli strumenti di Telemedicina impiegabili nello SC utilizzando l'apposita piattaforma aziendale sono:

- TELEVISITA, come definita nelle Linee guida nazionali<sup>6</sup> “La Televisita è un atto sanitario in cui il medico interagisce a distanza con il paziente. L'atto sanitario di diagnosi che scaturisce dalla visita può dar luogo alla prescrizione di farmaci o di cure.” L'interazione tra il medico e il paziente deve essere assicurata attraverso un collegamento tipo *call-conference*, anche differito rispetto alla acquisizione di eventuale documentazione clinica (referti di esami laboratorio, diagnostica strumentale, altro), di complessità tecnologica (chiamata, videochiamata, trasmissione immagini tipo lesioni/ferite etc.) proporzionale alle necessità cliniche a giudizio del medico che esegue la televisita. Nel percorso sperimentale di presa in carico del paziente cronico con SC si prevede di utilizzare la televisita, soprattutto per i pazienti più complessi, con difficoltà a recarsi in ospedale. La televisita è richiesta dal medico specialista cardiologo/internista e partecipa l'IFeC e il MMG (se lo desidera).
- TELECONSULTO, come definito nelle Linee guida nazionali, è un'indicazione di diagnosi e/o di scelta di una terapia senza la presenza fisica del paziente. Si tratta di un'attività di consulenza a distanza fra medici che permette a un medico di chiedere il consiglio di uno o più medici, in ragione di specifica formazione e competenza, sulla base di informazioni mediche legate alla presa in carico del paziente. Nel percorso sperimentale di presa in carico del paziente cronico con SC si prevede di utilizzare il teleconsulto per un confronto all'interno dell'équipe sui casi in carico.

Per quanto riguarda il TELEMONTORAGGIO DOMICILIARE, l'Azienda sta valutando la possibilità dell'adozione di un sistema di telemonitoraggio che potrà essere utilizzato direttamente dal paziente, o caregiver, o con il supporto dell'IFeC. Il telemonitoraggio consente la registrazione e la trasmissione dei parametri a distanza e apre nuove prospettive per la dimissione sicura dei pazienti con SC instabile che necessita di sorveglianza intensiva o per i pazienti con limitata autonomia e/o fragili. La possibilità di gestire a distanza le informazioni consente di intensificare il follow-up e cogliere precocemente quadri di instabilizzazione.

---

<sup>6</sup> Ministero della Salute (2010) *Telemedicina. Linee di indirizzo nazionali*.

## 1.7 Studio pilota

Per sperimentare il percorso di presa in carico dei pazienti con SC, e i relativi strumenti operativi, è previsto un progetto pilota, su un numero limitato di pazienti, individuati preferibilmente tra i pazienti già in carico alle strutture aziendali (post ricovero o ambulatori per lo scompenso cardiaco).

Il Campione di convenienza sarà costituito da 50 pazienti con SC rispondenti ai seguenti criteri:

- residenza sul territorio di riferimento della ASST FBF Sacco;
- classe NYHA II-III-IV;
- accettazione dell'arruolamento nel percorso di presa in carico (consenso).

Tabella 1.5 – Fasi e attività dello Studio Pilota

FASI	ATTIVITA'
1. Incontro di condivisione del progetto tra Direzione Aziendale e Responsabili strutture coinvolte (Cardiologia, Medicina, Servizio Infermieristico e Servizio Territoriale Fragilità).	Presentazione e condivisione del Progetto (obiettivi, metodologia e risultati attesi)  Individuazione del gruppo di progetto costituito da rappresentanti di: specialisti cardiologi e internisti degli Ospedali FBF e Sacco, medici ed infermieri dei Servizi territoriali della Fragilità/Cronicità, IFeC, Assistente Sociale territoriale.
2. Insiadamento gruppo per condivisione del progetto e definizione del calendario incontri.	Presentazione e condivisione del Progetto.  Definizione del calendario incontri per: - condivisione del percorso di presa in carico; - elaborazione e condivisione degli strumenti di integrazione/comunicazione; - verifica dell'impiego degli strumenti di telemedicina impiegabili nel percorso; - verifica delle modalità di coinvolgimento degli MMG - condivisione dei risultati attesi.
3. Elaborazione degli strumenti di integrazione/comunicazione	Elaborazione di: PDTA, scheda di <i>start-up</i> , scheda di <i>follow-up</i> , opuscolo informativo, diario per il controllo dei parametri e diario alimentare, intervento educativo per i pazienti, informazione e consenso.
4. Formazione del gruppo di progetto su utilizzo <i>Software</i> Fascicolo sociosanitario	Partecipazione ad un evento formativo in modalità <i>e-learning</i> con docente in sede della ditta fornitrice.
5. Attuazione della sperimentazione	Arruolamento dei pazienti. Sperimentazione del percorso di presa in carico. Sperimentazione degli strumenti di comunicazione/integrazione.

6. Verifica dei risultati	Verifica dei risultati attraverso misurazione indicatori, analisi dei punti di forza e criticità ed individuazione eventuali azioni correttive
7. Trasferimento dei risultati agli stakeholder e azioni conseguenti	Presentazione dei risultati alla Direzione e ai Responsabili delle strutture coinvolte. Programmazione iniziative di coinvolgimento di tutto il personale interessato e degli MMG. Programma formativo.

Il progetto pilota ha già avuto avvio nel mese di luglio u.s., la fase di sperimentazione vera e propria è prevista da settembre 2021 a febbraio 2022 (sei mesi) con verifica al termine dei risultati attesi e successiva estensione del progetto a tutti i pazienti aventi diritto.

Nella tabella che segue è riportato il cronoprogramma dello studio pilota.

Tabella 1.6 – Cronoprogramma dello Studio Pilota

Step	Descrizione fasi	lug-21	ago-21	set-21	ott-21	nov-21	dic-21	gen-22	feb-22	mar-22
1	Incontro di condivisione del progetto con Direzione e Responsabili									
2	Insedimento gruppo di progetto									
3	Elaborazione strumenti di integrazione/comunicazione									
4	Formazione del gruppo di progetto su utilizzo <i>Software</i> Fascicolo sociosanitario									
5	Attuazione della sperimentazione									
6	Verifica dei risultati									
7	Trasferimento dei risultati agli stakeholder e azioni conseguenti									

## COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Per la verifica dei costi è stato simulato un intervento di presa in carico territoriale di un paziente con SC post dimissione, seguito a domicilio, per un periodo di sei mesi.

Per calcolare il costo del personale è stata ipotizzata la presenza di un'equipe multidisciplinare composta da: un IFeC, un Assistente Sociale, MMG e Specialista Cardiologo (tabella 2.1).

I costi sono suddivisi in costi del personale e costi di beni e servizi e sono valorizzati solamente per le voci di costi da sostenere ex novo.

Tabella 2.1 – Costi del personale

Figure professionali	Setting di cura	Periodo temporale di riferimento	Descrizione	N. interventi	Tempo unitario (ore)	Tempo totale	Costo orario unitario	Costo totale
Team Fragilità: 1. Medico 2. Coordinatore infermieristico 3. IFeC 4. Assistente Sociale	Centro Fragilità	Semestre	Valutazione della segnalazione, inquadramento del caso, contatto con MMG, individuazione del Case Manager, programmazione prima visita e rivalutazione periodica	6	0,5	3	€ 67,00	€ 201,00
				6	0,5	3	€ 28,00	€ 84,00
				6	0,5	3	€ 28,00	€ 84,00
				6	0,5	3	€ 28,00	€ 84,00
Specialista ospedaliero	Ambulatorio SC	1 mese	Visita in presenza	1	Compresa nel DRG			
	Domicilio	dal 2° al 6° mese	Visita in presenza/TLM	2	0,5	1	€ 67,00	€ 67,00
IFeC	Domicilio	1 mese	Prima visita domiciliare (valutazione multidimensionale)	1	2	2	€ 28,00	€ 56,00
			Visita settimanale	3	1,5	4,5	€ 28,00	€ 126,00
	Domicilio	dal 2° al 6° mese	Visita settimanale	20	1,5	30	€ 28,00	€ 840,00
Assistente Sociale	Domicilio	1 mese	Prima visita domiciliare (valutazione multidimensionale), attivazione risorse esterne, contatti con comune ecc..	1	2	2	€ 28,00	€ 56,00
	Ambulatorio	dal 2° al 6° mese	Attivazione risorse esterne, contatti con comune ecc..	5	0,5	2,5	€ 28,00	€ 70,00
Consulto équipe multidisciplinare: MMG - Medico specialista ospedaliero - IFeC	A distanza	1 mese	TELECONSULTO: Medico specialista IFeC	1	0,5	0,5	€ 67,00	€ 33,50
			TELECONSULTO: Medico specialista IFeC	1	0,5	0,5	€ 28,00	€ 14,00
	A distanza	dal 2° al 6° mese	TELECONSULTO: Medico specialista IFeC	2	0,5	1	€ 67,00	€ 67,00
			TELECONSULTO: Medico specialista IFeC	2	0,5	1	€ 28,00	€ 28,00
<b>TOTALE</b>								<b>€ 1.810</b>

(fonte: Controllo di Gestione ASST FBF Sacco)

Per quanto riguarda i costi del personale si specifica quanto segue:

- i costi degli IFeC, per rafforzare i servizi infermieristici territoriali, risultano coperti dai finanziamenti previsti dall'art. 1, comma 5, del D.L. 34 del 19/05/2020 e dalla DGR 3377 del 14/07/2020;
- i costi delle restanti figure professionali, finanziati dall'art. 1, comma 3 e 4, del D.L. 34 del 19/05/2020 e dalla D.G.R. 34/2020 e dalla DGR 3377 del 14/07/2020 per implementare le attività di assistenza domiciliare integrata, sono stati richiesti a Regione con specifico progetto nel mese di febbraio u.s.

## SCOMPENSO AT HOME 4.0

Oltre ai costi del personale, sono stati calcolati i costi dei beni e servizi (tabella 2.2 e tabella 2.3)

tabella 2.2 – Costi dei beni e servizi: presidi, materiale e servizi imputabili al singolo paziente

Fattore costo	Descrizione	Quantità	Costo unitario	Costo totale
DPI	Accessi IfeC/AS	25	€ 3,57	€ 132,5
Carburante	Stima 25 Km/accesso	600	0,09/Km	€ 57
Lavaggio e sanificazione auto	Una volta/mese	6	€ 20	€ 120
Tablet con SIM voce + dati (nuova convenzione CONSIP fonia mobile)	Tablet	Canone mensile pacchetto L100 (3000 minuti, 300 SMS, 100 Gbyte)	11,22 (iva inclusa)	€ 67,32
		Canone mese tablet Android - compresa	5,12 (iva inclusa)	€ 30,72
<b>TOTALE</b>				<b>€ 407,54</b>

(fonte: UOC Ingegneria Clinica e UOC Approvvigionamenti ASST FBF Sacco)

tabella 2.3 – Costi beni e servizi per apparecchiature e software cartella informatizzata

Fattore costo	Quantità	Costo unitario	Costo totale
Arredo ambulatori (IFeC/Assistenti Sociali)	Invariato		
Postazioni PC e Stampanti	Invariato		
Bilance con statimetro (gara aria)	4	€ 200	€ 200
Holter pressorio	2	€ 2.000	€ 4.000
Apparecchio per ECG	2	€ 3.000	€ 6.000
Ecocardiografo portatile	1	€ 6.000	€ 6.000
Saturimetro	invariato		
Software cartella informatizzata *	Canone annuo **	€ 12.000,00 + IVA	€12.000
Pacchetto formativo <i>software</i> cartella	10 giornate a consumo	€ 600,00 + IVA	€ 6.000,00 + IVA
Autovettura	invariato		
<b>TOTALE</b>			<b>€ 34.200</b>

(fonte: UOC Approvvigionamento ASST FBF Sacco)

\*il Software sarà reso disponibile in prova gratuita durante il periodo di sperimentazione dello SC

\*\* Canone Annuo comprensivo di Licenza d'uso, Integrazioni del *software* con sistemi terzi, Assistenza HELP DESK + Manutenzione formula STANDARD, Spazio Cloud.

Seppur i costi calcolati si riferiscono ad una situazione simulata, da verificare durante la fase sperimentale, si può comunque osservare che il costo “teorico” di gestione di un paziente al domicilio risulta nettamente più vantaggiosa rispetto ad un ricovero in ospedale.

Analizzando i costi dei ricoveri per SC nella ASST FBF Sacco, risulta un valore economico del DRG di circa € 5.000, sia nel 2019 che nel 2020; possiamo dire che, a fronte di un ricovero evitato, si potrebbero coprire i costi di due pazienti seguiti per sei mesi al domicilio.

## CONTRIBUTO PERSONALE

NOMINATIVO	CONTRIBUTO
PATRINI GIANCARLA	Impostazione metodologica e SWOT analisi. Individuazione competenze infermieristiche nelle diverse fasi del percorso di presa in carico territoriale. Definizione ruolo IFeC. Strumenti di integrazione/comunicazione: contributi specifici per gli ambiti di competenza Impostazione Studio Pilota. Analisi dei costi.
ROMANO SEREGNI	Analisi epidemiologica e classificazione dello SC. Analisi del contesto. Individuazione delle competenze mediche nelle diverse fasi del percorso di presa in carico territoriale. Strumenti di integrazione/comunicazione: contributi specifici per la parte di competenza.

## RISULTATI ATTESI

I risultati attesi fanno riferimento agli obiettivi dello studio pilota e saranno misurati alla scadenza del periodo previsto di sei mesi.

I principali risultati attesi sono:

- verificare l'efficacia del percorso attraverso la riduzione del ricorso ai servizi specialistici ospedalieri (ricoveri, pronto soccorso e ambulatorio dello SC);
- incremento della fiducia dei pazienti con SC verso i modelli di assistenza territoriale;
- soddisfazione dei pazienti e del personale.

Per il monitoraggio dei risultati sono stati identificati indicatori di processo e di esito.

tabella 4.1 – Indicatori di processo

Obiettivo	Indicatore	Valore target
Numero di pazienti presi in carico	Numero di pazienti con SC presi in carico/numero utenti campione	100%
Numero accessi	N. accessi ambulatoriali e/o domiciliari/numero di utenti in carico N. contatti telefonici <i>follow-up</i> /numero utenti in carico N. utenti seguiti in ADI/N. utenti in carico	Non definibile
Numero contatti con MMG e Specialisti ospedalieri	Numero contatti con MMG e Specialisti ospedalieri/numero utenti in carico	Non definibile
Impiego strumenti telemedicina	Numero e tipologia di prestazioni effettuate in telemedicina/Numero utenti campione	$\geq 2$ /utente
Costi	Costo del personale e dei beni e servizi per un percorso di presa in carico in un periodo definito.	Non definibile

tabella 4.2 – Indicatori di esito

Obiettivo	Indicatore	Valore target
Ridurre le re-ospedalizzazioni e gli accessi non appropriati negli ambulatori ospedalieri dello scompenso e nei Pronto Soccorso	Numero dei re-ricoveri per SC/Numero di pazienti in carico nel periodo di riferimento Numero di accessi in Pronto Soccorso/Numero di pazienti in carico nel periodo di riferimento Numero accessi nell'ambulatorio dello SC/ Numero di pazienti in carico nel periodo di riferimento	Dati letteratura  Dati letteratura  Non definibile

Misurare il livello di soddisfazione/fiducia dei pazienti/caregiver nel nuovo modello territoriale	Livello di soddisfazione attraverso questionario	≥ 80%
Misurare il livello di soddisfazione/fiducia degli operatori nel nuovo modello territoriale	Livello gradimento attraverso questionario	≥ 80%

## CONCLUSIONI

Il progetto “Scompenso at HOME 4.0”, in linea con le indicazioni del PNRR, valorizza la “casa come primo luogo di cura” per rispondere in modo personalizzato alle necessità della persona e della famiglia implementando modelli più equi, sostenibili e omogenei.

La possibilità di curare le persone anziane e/o fragili, al proprio domicilio permette di limitarne il declino funzionale e migliorare la qualità della vita, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati o accessi impropri al Pronto Soccorso e riducendone la mortalità. Ciò sarà possibile anche grazie all'introduzione di approcci di cura e protocolli di monitoraggio da remoto dei pazienti.

La figura dell'IFeC rappresenta una grossa opportunità per dare impulso allo sviluppo del modello territoriale e, per il paziente, può rappresentare un importante punto di riferimento che affianca il MMG, e gli altri professionisti, nel rispondere ai bisogni derivanti dalla cronicità/fragilità e, più in generale, ai bisogni di natura socioassistenziali e sociali attraverso un programma personalizzato e integrato di intervento.

L'esperienza didattica di costruire un percorso per la gestione territoriale dei pazienti con SC, si è rivelata un'impresa ardua ma sfidante allo stesso tempo; la Direzione Aziendale della ASST FBF Sacco ha valutato positivamente l'idea progettuale prospettata, tanto da istituire, nel mese di luglio, un gruppo di lavoro trasversale per la condivisione del progetto e la sua implementazione nel contesto aziendale.

Quella promossa dalla Direzione Aziendale rappresenta un'importante occasione di confronto tra professionisti che operano in contesti differenti (ospedalieri e territoriali) chiamati ad approcciare le problematiche di salute con un'ottica diversa, centrata più sui processi piuttosto che sulle singole funzioni/attività e che vede il paziente come vero protagonista della sua salute.

La disponibilità di un Fascicolo sociosanitario informatizzato consentirà di costruire una banca dati aziendale sullo SC, di disporre di dati clinico-assistenziali e organizzativi per valutazioni di efficacia, efficienza e qualità dell'assistenza, nonché sviluppare attività di ricerca clinica e organizzativa.

In questo momento storico in cui le Aziende sono chiamate ad attuare nuovi modelli integrati di assistenza territoriale, l'esperienza proposta si pone quale importante contributo da valorizzare nel modello organizzativo delle Case della Comunità, quali strutture fisiche all'interno delle quali realizzare l'integrazione e la comunicazione tra i diversi professionisti per la presa in carico dei pazienti cronici/fragili, delle Centrali Operative Territoriali, quali strutture di raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale, e degli Ospedali di Comunità quali strutture destinati a pazienti che necessitano interventi sanitari a bassa intensità clinica.

I bisogni del paziente con SC potranno trovare adeguate risposte nel nuovo modello organizzativo lombardo supportato dallo sviluppo di competenze specifiche acquisite attraverso percorsi formativi ad hoc.

Se lo sviluppo di competenze per la gestione del paziente cronico con SC è un elemento imprescindibile per la realizzazione di percorsi qualificati di presa in carico, la vera sfida, per il futuro, riguarda la presa di coscienza culturale e professionale della necessità di implementare nuove strategie assistenziali per la gestione dei pazienti cronici in generale, da parte di tutti gli operatori/professionisti e da parte di chi li dirige, il cui sostegno ed indirizzo risulta fondamentale.

Solamente attraverso una consolidata esperienza sul campo, convalidata dai dati, si potrà portare i cittadini, e gli operatori stessi, ad aver fiducia nei modelli di Assistenza Territoriale, quali valida alternativa alle cure ospedaliere.

Per poter dare effettivo sviluppo ai modelli di presa in carico territoriali restano però da risolvere ancora diversi problemi tra cui, in primis, il riconoscimento di un sistema di remunerazione delle prestazioni che valorizzi le modalità assistenziali caratteristiche del contesto territoriale e le prestazioni di telemedicina.

I maggiori costi da sostenere in fase di *start-up* potranno trovare proficua compensazione dai risparmi legati principalmente alla potenziale riduzione delle ospedalizzazioni.

Infine, al netto delle ricadute economiche, stante il carattere invalidante della patologia cardiaca che, a causa della difficoltà a respirare e dell'impossibilità a svolgere la normale attività quotidiana, compromette gravemente la qualità di vita, prendersi cura globalmente e in modo integrato della persona affetta da SC, costituisce innanzitutto un dovere morale, etico e deontologico.

## RIFERIMENTI NORMATIVI

Decreto della Direzione Generale Sanità Regione Lombardia del 23 marzo 2010 in materia di “Determinazione in merito ai percorsi e continuità assistenziale nel paziente con Scompenso Cardiaco dopo evento Acuto”.

Legge Regionale n. 23 del 11 agosto 2015 in materia di “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e I Titolo II della legge regionale del 30 dicembre 2009 n. 33”.

Deliberazione della Giunta Regionale n. X/4662 del 23 dicembre 2015 in materia di “Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in regione Lombardia - 2016-2018”.

Piano Nazionale della Cronicità del 15 settembre 2016.

Deliberazione della Giunta Regionale n. X/6164 del 30 gennaio 2017 in materia di “Governare della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell’art. 9 della legge n. 23/2015”.

Deliberazione della Giunta Regionale n. X/6551 del 4 maggio 2017 in materia di “Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell’art. 9 della legge regionale N. 33/2009”.

Deliberazione della Giunta Regionale n. X/7038 del 3 agosto 2017 in materia di “Ulteriori determinazioni e indicazioni operative per la procedura di valutazione degli idonei di cui alla DGR n. X/6551 del 04/05/2017: Riordino della rete di offerta e modalità della presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell’art. 9 della legge n. 33/2009”.

Deliberazione della Giunta Regionale n. X/7600 del 20 dicembre 2017 in materia di “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario per l’esercizio 2018”.

Deliberazione della Giunta Regionale n. X/7655 del 28 dicembre 2017 in materia di “Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della dgr. N. X/6551 del 04.05.2017”.

Decreto del Direttore Generale Welfare n. 9841 del 6 luglio 2018 in materia di “Disposizioni attuative della DGR X/7655 del 28.12.2017. Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della DGR X/6551 del 04/05/2017”.

Deliberazione della Giunta Regionale n. XI/412 del 2 agosto 2018 in materia di “Ulteriori determinazioni in ordine al percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile a seguito delle DD.G.R. NN. X/6164/17, X/6551/17, X/7038/17, X/7655/17”.

Deliberazione della Giunta Regionale n. XI/754 del 5 novembre 2018 in materia di “Nuove modalità di gestione ed attuazione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile ed approvazione del protocollo d’intesa tra l’Assessorato al Welfare e la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Lombardia”.

Deliberazione della Giunta Regionale n. XI/1046 del 17 dicembre 2018 in materia di “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l’esercizio 2019 – di concerto con gli Assessori Caparini, Piani e Bolognini”.

Decreto-legge n. 34 del 19 maggio 2020 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19” convertito nella legge n. 77/2020 il 17 luglio 2020.

Deliberazione della Giunta Regionale n XI / 3377 del 14 luglio 2020 in materia di “Determinazioni in ordine al reclutamento di personale per i servizi sanitari territoriali”.

Deliberazione della Giunta Regionale n. XI / 3522 del 05 agosto 2020 in materia di “Indicazioni e requisiti per l’ulteriore efficientamento organizzativo della rete cardiovascolare regionale”.

Deliberazione della Giunta Regionale n XI / 3528 del 05 agosto 2020 in materia di “Indicazioni per l’attivazione di servizi sanitari erogabili a distanza (televisita)”.

Deliberazione della Giunta Regionale n XI / 4508 del 1aprile 2021 in materia di “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l’anno 2021”.

Deliberazione della Giunta Regionale n. XI/4811 del 31 maggio 2021 “Determinazioni in ordine alle linee di sviluppo dell’assetto del Sistema Socio Sanitario Lombardo delineato dalla Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23”.

Deliberazione della Giunta Regionale n. XI/4885 del 14 giugno 2021 “Ulteriori determinazioni in ordine alle linee di sviluppo dell’assetto del Sistema Socio Sanitario Lombardo delineato dalla Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23”.

Deliberazione della Giunta Regionale n. XI/5068 del 22 luglio 2021 “Proposta di Progetto di Legge recante: “Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33”.

## BIBLIOGRAFIA

D. Antonelli (2017), *L'infermiere di famiglia e cure primarie. Aspetti gestionali e competenze cliniche*, Piccin-Nuova Libreria.

Paolo Chiari, Antonella Santullo (2010), *L'infermiere case manager. Dalla teoria alla prassi*, McGraw-Hill Education.

C. Cipolla, S. Marcadelli, G. Rocco (2017), *Infermiere di famiglia e di comunità. Proposte di policy per un nuovo welfare*, Franco Angeli.

Renata De Maria, Gianfranco Misuraca, Massimo Milli, Alessandro Filippi (2010), *La gestione integrata fra ambulatorio scompeso e cure primarie per la personalizzazione del follow-up nel paziente con scompeso cardiaco*. *Giornale Italiano di Cardiologia*.

Liliana Felletti (2014), *Il nuovo modello assistenziale per i pazienti cronici in Lombardia*. [federalismi.it-Osservatorio di diritto sanitario](http://federalismi.it-Osservatorio di diritto sanitario), Ambrosiana.

Andrea Mortara, Fabrizio Oliva, Andrea Di Lenarda (2010), *Prospettive della telemedicina e del monitoraggio mediante dispositivi nel paziente con scompeso cardiaco cronico: luci e ombre*.

Mara Pellizzari (2008), *L'infermiere di comunità. Dalla teoria alla prassi*. Mc Graw Hill.

Marco Sampietro (2018), *Project Management. Un approccio integrato a metodologie e comportamenti*, EGEA.

Michele Senni, Alessandro Filippi (2010), *La personalizzazione del follow-up nel paziente con scompeso cardiaco cronico: è giunto il momento di parlarne*, *Giornale Italiano di Cardiologia*.

Consensus Conference (2006), *Il percorso assistenziale del paziente con scompeso cardiaco*, *Giornale Italiano di Cardiologia*.

Ministero della Salute (2010) *Telemedicina. Linee di indirizzo nazionali*.

*Percorso Preventivo-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) per il paziente con Scompeso Cardiaco* (2011), ASL Milano.

Fondazione Sicurezza in Sanità (2010), *Le cure primarie nel nuovo assetto organizzativo e funzionale del SSN*.

Evidence (2014), *Linee guida per la diagnosi e la terapia dello scompeso cardiaco cronico negli adulti*, Fondazione GIMBE.

European Society of Cardiology (2016), *Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure*. *Eur Heart J*.

Journal of the American College of Cardiology (2017), *ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure*.

Journal of the American College of Cardiology (2021), *Update to the 2017 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Optimization of Heart Failure Treatment: Answers to 10 Pivotal Issues About Heart Failure With Reduced Ejection Fraction*.

## SITOGRAFIA

[https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR\\_0.pdf](https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR_0.pdf)

<http://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/servizi-e-informazioni/cittadini/salute-e-prevenzione/presa-in-carico-delle-patologie-croniche/nuovo-percorso-presa-carico-cronico/nuovo-percorso-presa-carico-cronico>

[https://www.comune.milano.it/documents/20126/2313917/cleta\\_zone\\_eta\\_2020.pdf/bf7feed3-2494-b9e8-fd8d-b5f6464d2db4?t=1613395625444](https://www.comune.milano.it/documents/20126/2313917/cleta_zone_eta_2020.pdf/bf7feed3-2494-b9e8-fd8d-b5f6464d2db4?t=1613395625444)

[https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=77790](https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=77790)

<http://www.regioni.it/newsletter/n-3909/del-17-09-2020/infermiere-di-famiglia-e-di-comunita-linee-di-indirizzo-21653/>

<https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/FNOPI-INFERMIERE-DI-FAMIGLIA-E-COMUNTA-schema-4-.pdf>

[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3002\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3002_allegato.pdf)

<https://www.atsmilano.it/portale/Portals/0/PromoSalute/A156MS002%20Report%20promozione%20salute%202018.pdf>

<https://www.pharmastar.it/news//cardio/scompenso-cardiaco-presentata-all-esc-ricerca-reality-based-su-pazienti-italiani-19255>

<https://www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/548/linee-guida-per-la-diagnosi-e-la-terapia-dello-scompenso-cardiac/articolo>

[https://pne.agenas.it/risultati/tipo1/intr\\_struas1\\_HC.php?ind=15&tipo=1&area=1](https://pne.agenas.it/risultati/tipo1/intr_struas1_HC.php?ind=15&tipo=1&area=1)



