

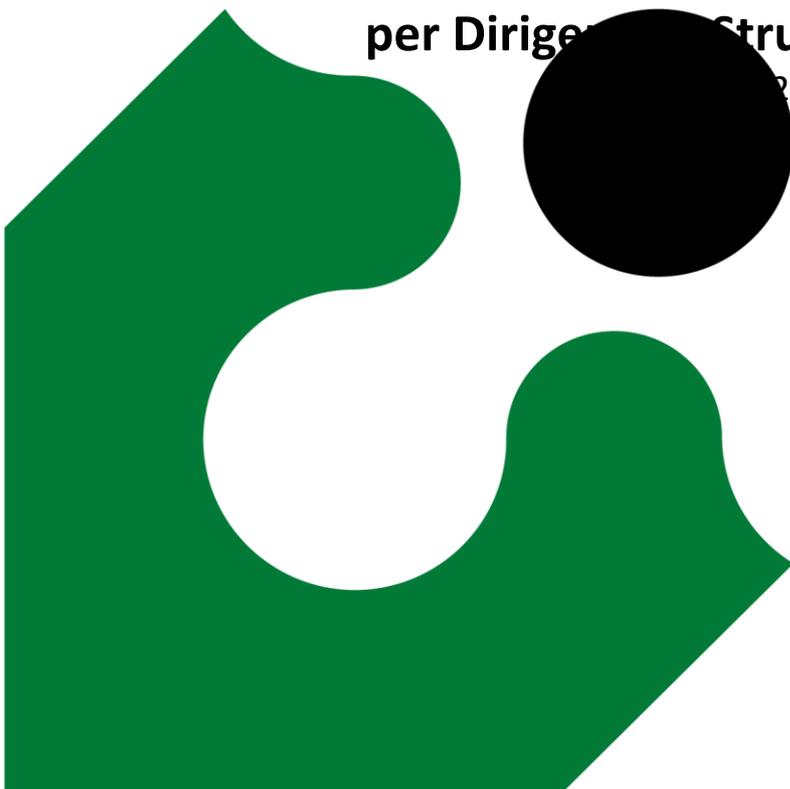
**Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi
di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e
territorio nella ASST di Crema.**

Ripartire dai professionisti per agire il cambiamento

Dottoressa Guendalina Givoia
Dottoressa Claudia Guerra
Dottoressa Maria Cristina Pasquini

**Corso di formazione manageriale
per Dirigenti di Struttura Complessa**

2023



Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

UNIMI-DSC 2201/AE

Università degli Studi di Milano

GLI AUTORI

Guendalina Givoia, direttore ff UOC Cure Primarie, ASST Crema, givoiaguendalina@gmail.com

Claudia Guerra, dirigente medico UOC Pronto Soccorso, ASST Crema, claudia.guerra@asst-crema.it

Maria Cristina Pasquini, dirigente medico UO Oncologia Medica, ASST Crema, c.pasquini@asst-crema.it

IL DOCENTE DI PROGETTO

Federico Lega, Professore Ordinario, Università degli Studi di Milano

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Federico Lega, Professore Ordinario, 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

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

INDICE

INDICE	5
1. INTRODUZIONE	7
1.1 INDICI TERRITORIALI	7
1.2 ASST CREMA: MISSION E VALORI	13
1.3 ANALISI SWOT SPECIFICA PER IL PROGETTO	19
2. OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	20
3. DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	21
4. METODOLOGIA ADOTTATA	22
4.1 PROGETTO SPECIFICO: VALUTAZIONE E PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI ARRUOLABILI	22
4.2 PROGETTO GENERICO: COINVOLGIMENTO ATTIVO MMG E SPECIALISTI OSPEDALIERI NEL PROGETTO	32
5. DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	35
5.1 PROGETTO SPECIFICO: PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE DAL PS	35
5.2 PROGETTO GENERICO: RIPARTIRE DAI PROFESSIONISTI PER AGIRE IL CAMBIAMENTO	36
6. ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMETAZIONE O REALIZZAZIONE	38
7. RISULTATI ATTESI	40
8. CONCLUSIONI	43
9. CONTRIBUTO PERSONALE	45
RIFERIMENTI NORMATIVI	46
BIBLIOGRAFIA	48
SITOGRAFIA	50

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

1. INTRODUZIONE

Questo project work è nato dall'opportunità di potenziare il processo di integrazione tra polo ospedaliero e territoriale in applicazione alla "Missione 6 Salute" del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza ed è diventato occasione per ricercare un possibile modello operativo di declinazione attuativa partendo da prospettive diverse che caratterizzano i membri del gruppo di lavoro.

L'analisi è iniziata dal distretto cremasco caratterizzandolo nei suoi bisogni, nelle sue reti e nelle sue potenzialità per poi tentare di tracciare, connotandoli in senso comunitario, i presupposti su cui basare il funzionamento e l'organizzazione della Casa della Comunità come luogo di interazione e laboratorio di sperimentazione di nuovi modelli di presa in carico del paziente a livello territoriale.

1.1 INDICI TERRITORIALI

L'ATS Val Padana, nata ai sensi della L.R. 23/2015 dalla fusione delle due ex ASL di Cremona e di Mantova, comprende 177 Comuni, per un totale di 758.303 abitanti (Fonte ISTAT al 01/01/2021). È articolata per effetto della L.R. n. 22/2021 in 6 Distretti, di cui di seguito si specificano le composizioni e le ASST di afferenza:

- Distretto di Cremona: 156.113 abitanti, 47 Comuni, ASST di Cremona
- Distretto di Crema: 160.469 abitanti, 48 Comuni, ASST di Crema
- Distretto di Mantova: 155.846 abitanti, 14 Comuni, ASST di Mantova
- Distretto Casalasco - Viadanese: 82.358 abitanti, 27 Comuni, ASST di Mantova
- Distretto Alto Mantovano: 109.623 abitanti, 21 Comuni, ASST Mantova
- Distretto Basso Mantovano: 93.894 abitanti, 19 Comuni, ASST Mantova

L'ASST di Crema è stata ufficialmente costituita con decorrenza 1° gennaio 2016 con DGR X/4496/2015 a cui ha fatto seguito il Decreto Direttore Generale Welfare n. 11962 del 31 dicembre 2015 avente per oggetto le prime determinazioni in merito al trasferimento del personale, dei beni immobili e mobili e delle posizioni attive e passive già in capo alle ex ASL/AO. Il bacino di utenza prevalente è l'Area Nord della Provincia di Cremona sostanzialmente corrispondente al Distretto Socio-Sanitario di Crema della ex ASL della Provincia di Cremona.

L'ASST di Crema, pertanto, ingloba la precedente AO di Crema (958), eccezion fatta per il Distretto soresinese assegnato all'ASST di Cremona e le attività erogative del Distretto di Crema dell'ex ASL di Cremona dal 01/01/2017 comprensive anche dell'attività di vaccinazione.

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

Figura 1 - Territori di competenza delle ASST di Crema, Cremona e Mantova



Ogni Distretto della ATS, a sua volta, è articolato in Ambiti distrettuali, ciascuno dei quali con una popolazione, di norma, non inferiore a 80.000 abitanti (art.7 bis L.R. 33/2009) ed individuati sulla base dei seguenti criteri:

- caratteristiche socio-demografiche territoriali;
- aggregazioni già presenti tra i Comuni;
- esperienze di programmazione sociale aggregata in atto o in evoluzione.

Figura 2 - Ambito distrettuale cremasco



Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

INDICI DEMOGRAFICI E ASSISTITI CRONICI

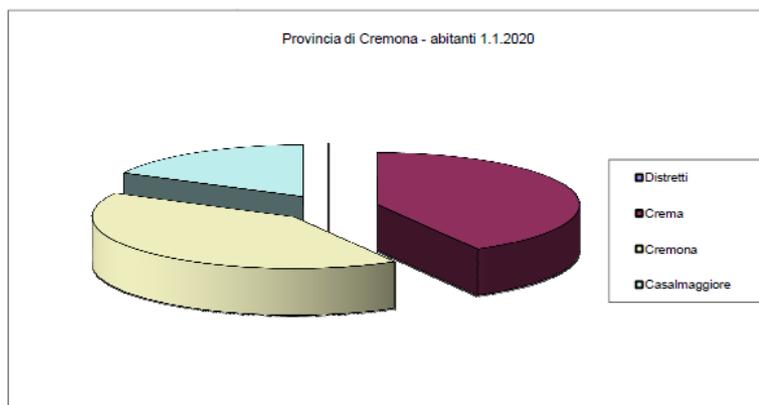
L'Ambito Territoriale Sociale di Crema è il più popoloso sia della provincia di Cremona, sia di tutta l'ATS Val Padana. Suddiviso in 6 sub ambiti sociali, presenta una densità media di popolazione pari a circa 277,53 abitanti per km² superiore alla media nazionale (pari a 196,2 abitanti/ km²) e a quella provinciale (pari a 198,96 abitanti/km²) ma inferiore alla media regionale (pari a 417 abitanti/ km²).

L'85% dei 48 Comuni cremaschi ha comunque meno di 5.000 abitanti e presenta notevoli differenze sia in termini di dimensioni che di popolosità: si va da un valore minimo di 52 abitanti/ km² ad un valore massimo di 1.000 abitanti/ km².

Tabella 1 - Abitanti

Provincia di Cremona - abitanti 1.1.2020

Distretti	Comuni	Kmq	abitanti
Crema	48	572,95	162541
Cremona	47	833,17	157252
Casalmaggiore	20	364,45	38554



Tra gli indici demografici, è di particolare interesse l'indice di vecchiaia (ossia il rapporto tra la popolazione di età uguale o superiore a 65 anni e la popolazione della fascia di età 0 - 14 anni) che in ATS Val Padana (189) risulta più alto di quello regionale (172), con il valore più basso nel distretto Cremasco (179) che tuttavia è comunque più alto di quello lombardo.

Gli indicatori mostrano a livello territoriale una situazione di benessere che risulta inferiore ai dati registrati sia a livello nazionale che regionale. Nel complesso, la speranza di vita si assesta nella Provincia di Cremona a 79,7 anni, anche se per gli uomini scende a 76,9 anni e per le donne sale a 82,5 anni. Rispetto al 2019 anno pre-pandemia, la speranza di vita si è ridotta di 3,2 anni (-4,2 anni per gli uomini e -2,3 per le donne).

La Provincia di Cremona ha, infatti, pagato uno dei prezzi più alti in termine di morti per Covid-19, risultando seconda a livello regionale, dopo Bergamo.

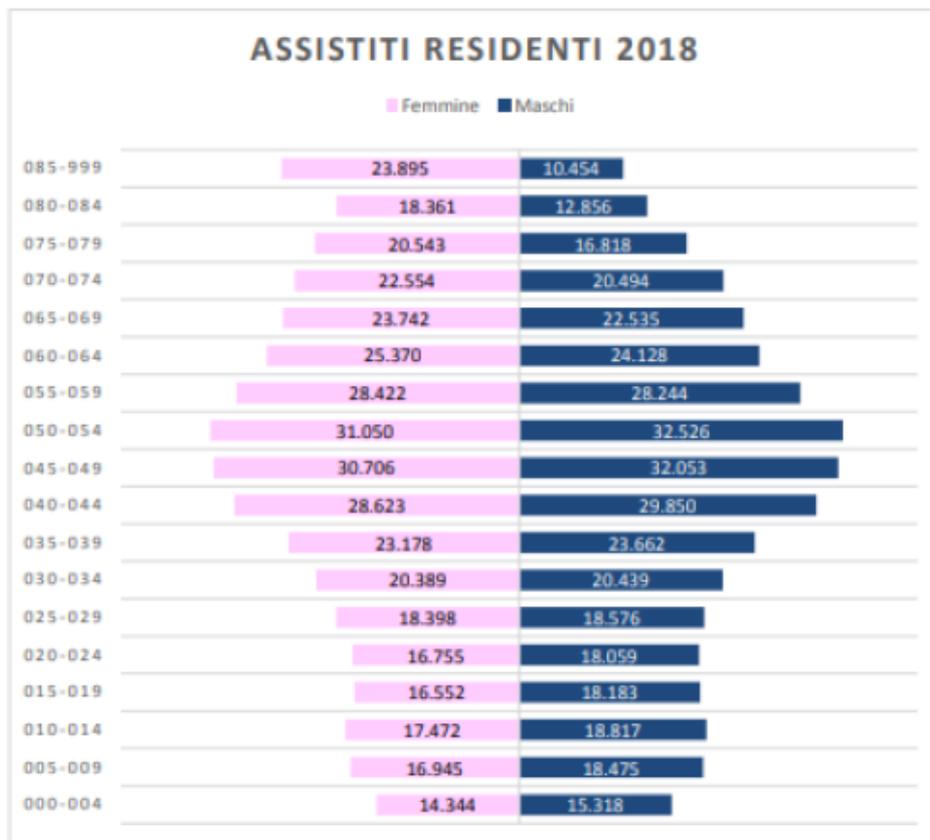
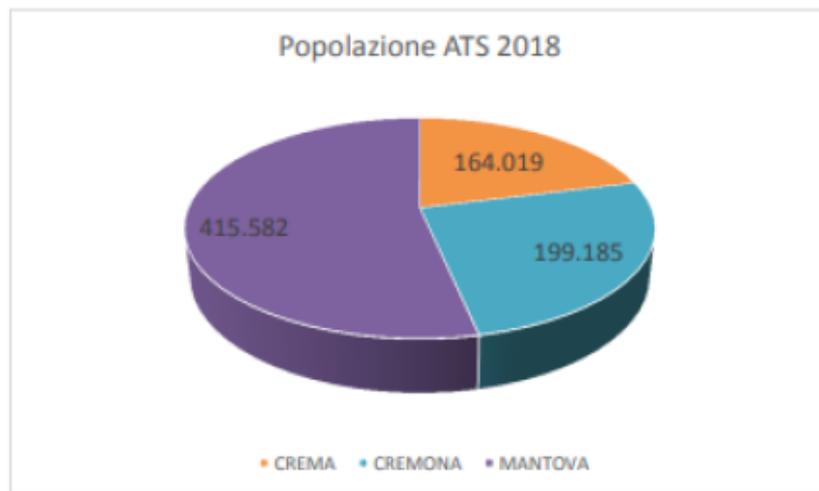
Anche gli indicatori relativi alla mortalità della popolazione non mostrano una situazione positiva, superando sia il valore medio nazionale (407 persone ogni 10.000 abitanti) e soprattutto regionale (390,3).

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

Al 1° gennaio 2021 i residenti assistiti nel territorio di ATS Val Padana erano 755.283 di cui 384.140 femmine leggermente prevalenti sui maschi (51% vs 49% - fonte Istat). La struttura per età della popolazione residente mostra la classica configurazione che si riscontra nei Paesi Occidentali, data da una minore rappresentatività della popolazione nelle fasce estreme, a fronte di una maggiore presenza di popolazione nelle fasce centrali.

Come si evince anche dalle sottostanti immagini, dal 2012 la popolazione che ha un trend in crescita è essenzialmente quella più anziana: 45-64enni e over sessantacinquenni.

Figura 3 - Età della popolazione residente in ATS Val Padana (01/01/2021)



Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

In ATS Val Padana poco più di un terzo della popolazione è rappresentata da assistiti cronici (circa 280.000). La prevalenza di cronici (il numero di assistiti cronici / popolazione) cresce con l'età, passando dal 5% dei più giovani all'82% dei soggetti con 75 anni di età o più.

Gli assistiti cronici pluripatologici costituiscono il 2% del totale degli assistiti, con poche variazioni inter - distrettuali.

Le patologie più diffuse sono l'ipertensione arteriosa, le ipercolesterolemie, il diabete e le cardiopatie. Pertanto sotto il profilo della salute il focus sul distretto cremasco rileva che la popolazione cremasca è costituita per il 35% da cronici, di cui il 2% pluripatologici tasso che risulta in linea con la media di ATS.

PRESA IN CARICO E CRONICITÀ PER REGIONE LOMBARDIA

La Legge Regionale 23 del 2015, che disciplina l'evoluzione del sistema socio-sanitario regionale (SSR), ribadisce l'orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso, nel rispetto della libera scelta, e promuove l'integrazione operativa e gestionale tra erogatori dei servizi sanitari, socio-sanitario e sociale (Art. 2, Art. 3). Per quanto riguarda in particolare il tema della cronicità, la L.R. 23/2015 stabilisce all'Articolo 9:

- di attivare modalità innovative di presa in carico del paziente cronico e fragile, anche attraverso l'utilizzo della Telemedicina, sviluppando modelli organizzativi che assicurino l'integrazione e il raccordo tra tutte le competenze professionali coinvolte, ospedaliere e territoriali.
- attraverso reti di cura e assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale;
- di sviluppare e tenere aggiornato un sistema di classificazione delle malattie croniche in categorie clinicamente significative e omogenee, cui corrisponda una modalità di remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta gestione dell'assistito.

Con le DGR n.6161/2017 e 6551/2017 viene attribuito agli erogatori un ruolo fondamentale nella presa in carico del paziente cronico, non solo nel rendere le prestazioni dovute, ma anche con il potenziale ruolo di gestore e con la possibilità di condividere la responsabilità della presa in carico e del PAI con un medico di medicina generale (MMG) co-gestore in un'ottica patient-center.

I pazienti cronici sono stati invitati ad arruolarsi con la spedizione di una lettera personale ad ogni assistito individuato da Regione Lombardia nel sistema NAR incrociando il dato esenzione per patologia -prestazioni utilizzate nell'ambito della diagnostica previste.

Il meccanismo di arruolamento posto in atto con una proposta impersonale in aggiunta ad una certa riluttanza dei MMG a condividere la modalità di presa in carico della cronicità, ha portato ad un'iniziale adesione di soggetti assolutamente casuale che si sono rivolti all'allora Centro Servizi con una spinta di interesse verso un servizio che al cittadino è parso semplicemente un luogo di facilitazione per prenotazioni di visite, un CUP che coordina e prenota le visite sgravando gli assistiti da code e telefonate.

I medici del Centro Servizi si sono spesi in prestazioni di accoglienza, spiegazioni rese in un setting con tempi adeguati ritagliati per ogni soggetto al momento della sottoscrizione del patto di cura e stesura di un percorso personalizzato definito all'interno del PAI annuale. Il servizio è stato per un lungo

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

periodo gestito in collaborazione con due infermiere che hanno supportato e sorvegliato telefonicamente il discostamento degli utenti dal piano di controlli previsto.

I colleghi di ASST hanno avuto la possibilità e il merito di costruire e mantenere relazioni professionali con i colleghi MMG recuperando l'ottica collaborativa nella condivisione e nella progettazione di percorsi che coinvolgevano assistiti a loro noti da tempo.

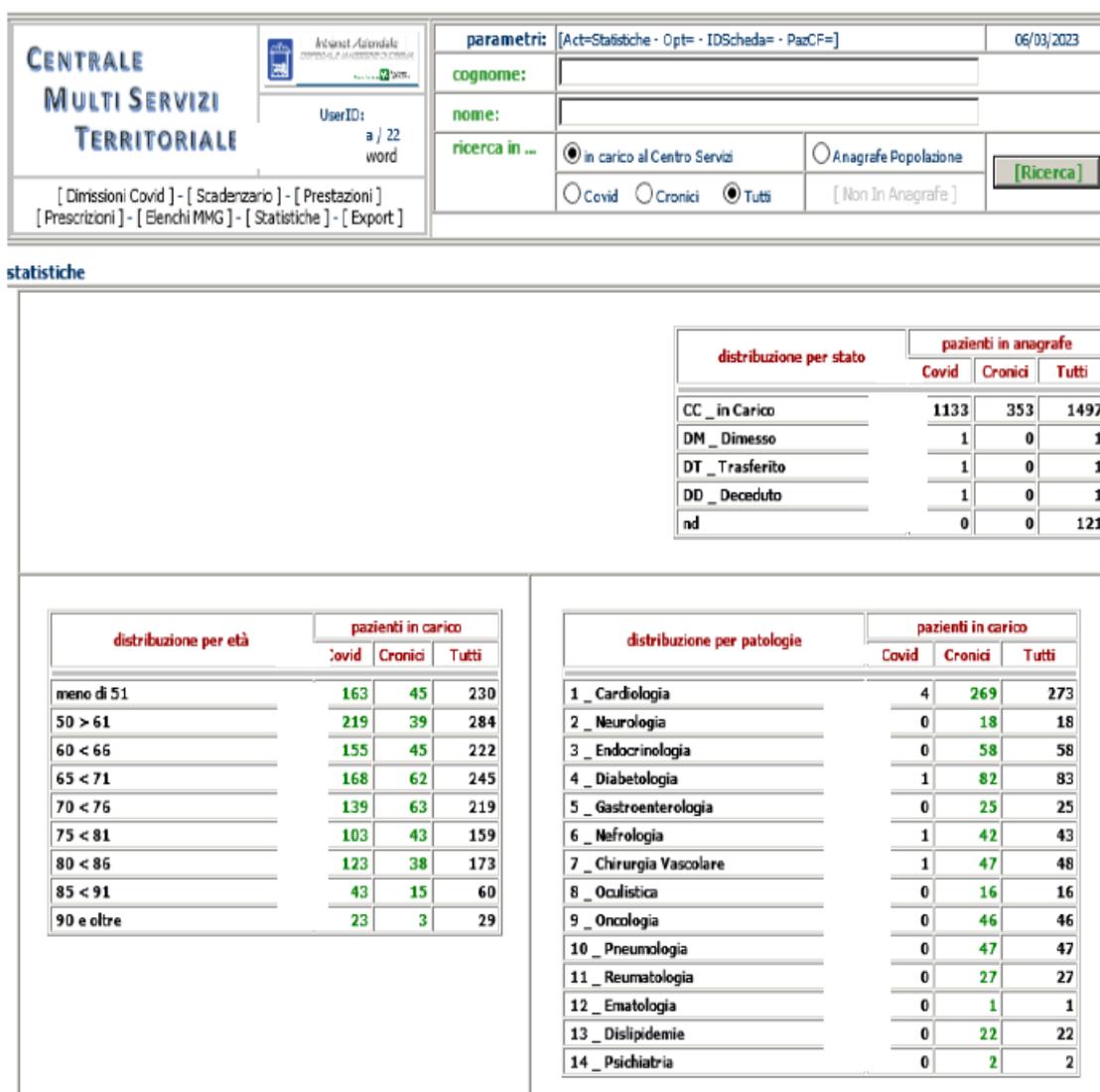
Tabella 2 - Prevalenza di assistiti cronici nel distretto cremasco al 2/2023

	N	00-17	18-64	65-74	75+	TOTALE
CREMA	56.983	5%	27%	72%	82%	35%

Tabella 3 - Distribuzione dei pazienti cronici in livelli di complessità al 2/2023

	LIVELLO 1	LIVELLO 2	LIVELLO 3	TOTALE
CREMA	5%	36%	59%	100%

Figura 4 - Pazienti cronici in carico alla Centrale Servizi al 06/03/2023



Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

1.2 ASST CREMA: MISSION E VALORI

Nella mission l'Azienda intende consolidare ulteriormente il proprio ruolo di riferimento per i cittadini del naturale bacino di utenza a cui offrire una ampia e completa gamma di servizi interni ed esterni, nonché sviluppare la propria visione perseguendo il miglioramento della qualità delle cure.

Tra i valori che l'ASST di Crema pone alla base della propria mission aziendale ritroviamo:

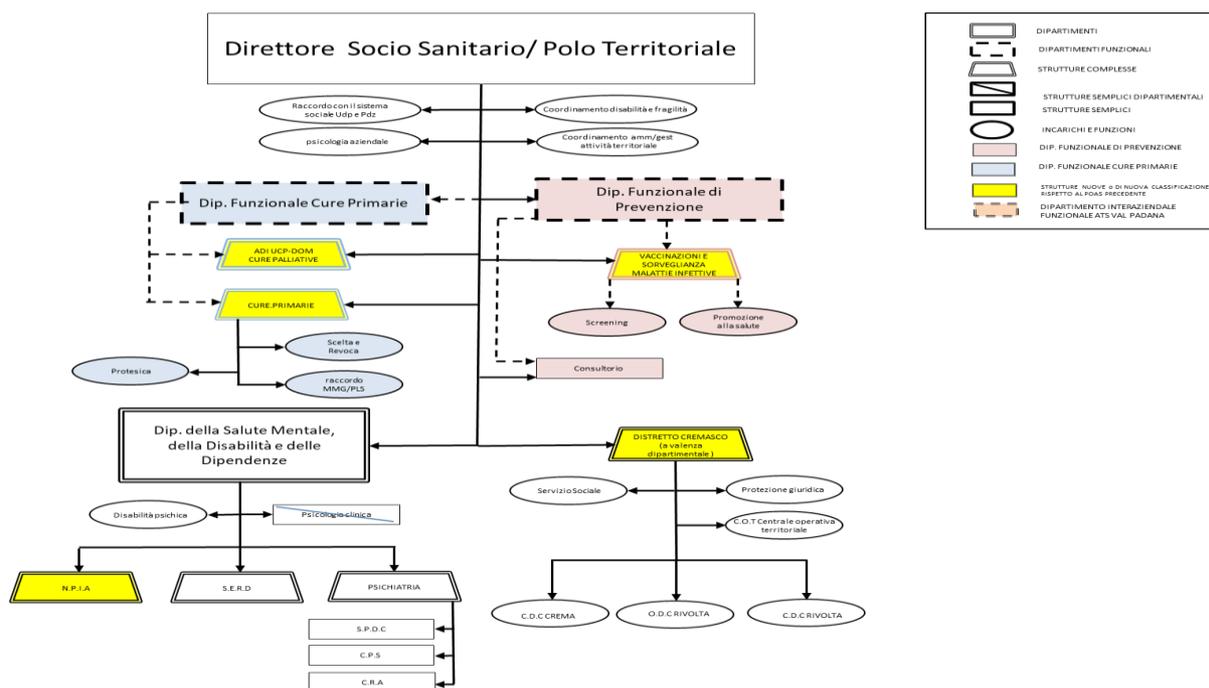
- La centralità del paziente come bene fondamentale: prendersi cura del malato ed in generale di chi si rivolge alla struttura dell'ospedale, identificando con maggiore attenzione ed efficacia il percorso che egli sarà invitato a seguire.
- Il riequilibrio dell'asse di cura ospedale-territorio (valorizzazione di entrambi i sistemi e continuità assistenziale) in attuazione della L. 22 del 14.12.2021).
- L'integrazione tra sanitario e sociosanitario nella presa in carico della persona;
- La messa a sistema di soluzioni per garantire la presa in carico e la continuità assistenziale delle cronicità e delle fragilità.

1.2.1 ASST: INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E TERRITORIO

In coerenza con le indicazioni regionali relative al POAS, l'azienda ha proceduto:

- all'individuazione di modelli organizzativi che prediligono la gestione di processi orizzontali e superino la visione verticale per aree e competenze;
- a dotarsi di idonei strumenti organizzativi atti a condividere i nodi chiave delle azioni programmatiche in una logica integrata fra le diverse funzioni: amministrativa, sanitaria e sociosanitaria;
- all'adozione di strumenti di organizzazione secondo la logica della rete sia interna che esterna;
- alla ricostruzione della filiera erogativa fra ospedale e territorio.

Figura 5 - Organigramma polo territoriale



Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

1.2.2 ASST IL POLO TERRITORIALE: LA CASA DI COMUNITÀ (CDC)

Il Distretto è lo snodo di processi programmatori e di integrazioni intra e inter-aziendali e inter-istituzionali, che tramite la rilevazione dei bisogni del territorio e l'interazione con tutti i soggetti istituzionali, erogatori pubblici e privati accreditati, professionisti e terzo settore, concorre, con il suo ruolo di facilitatore, alla programmazione e alla realizzazione dell'integrazione della rete d'offerta sociosanitaria sul proprio territorio di competenza. All'interno del Distretto dell'ASST di Crema si collocano:

- COT (Centrale operativa territoriale)
- Protesica
- Servizio sociale
- Protezione giuridica
- 2 Case della Comunità (Crema e Rivolta d'Adda)
- 1 Ospedale di comunità (Rivolta d'Adda)

Il Distretto, nell'ambito delle risorse assegnate, ha autonomia economica e gestionale per lo svolgimento delle funzioni attribuite.

Contribuisce alla programmazione per la realizzazione della rete di offerta territoriale al fine di:

- partecipare alle azioni di governo del territorio;
- contribuire a garantire attività di educazione, informazione, accoglienza orientamento e presa in carico dell'utenza fragile;
- collaborare con ATS all'analisi della domanda e alla programmazione delle attività specifiche.

L'attività del distretto si concentra su alcune funzioni ritenute prioritarie:

- l'ascolto strutturato dei cittadini e delle istituzioni locali per intercettare bisogni, e per fornire attiva collaborazione riguardo ad iniziative legate a temi specifici, come la prevenzione e la promozione della salute.
- la lettura dei dati che riguardano lo stato di salute della popolazione, la domanda dei servizi socio sanitari e la presenza di fattori di rischio ambientali e/o comportamentali.
- la promozione di iniziative di condivisione e coordinamento dei professionisti che appartengono alle varie reti del territorio per favorire la diffusione locale degli indirizzi e degli obiettivi di appropriatezza e qualità delle cure.

La realizzazione delle Case di Comunità (CdC) rappresenta lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti dal territorio in particolare quelli dedicati ai pazienti cronici e fragili. La Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, al fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. All'interno della programmazione del Distretto la Casa della Comunità svolge funzioni di:

- Interpretazione dei bisogni della popolazione fragile, aggregando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti informali.

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

- Definizione del progetto di salute, attraverso la ricomposizione delle risorse territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali in funzione dei bisogni della comunità, superando segmentazioni, tramite lo strumento del budget di comunità.
- Riprogettazione dei servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare.
- Integrazione delle risorse informali e formali della comunità che vengono aggregate alle risorse formale dei servizi sanitari e sociali e delle Istituzioni.
- Coordinamento tra le diverse funzioni specialistiche;
- promozione e valorizzazione delle reti territoriali socio-sanitarie e sociali come componente sistemica dei servizi

Servizi collocati nella CdC:

- Servizi di Cure Primarie erogati tramite équipe multidisciplinari
- Punto Unico d'Accesso
- Servizi infermieristici
- Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie croniche
- Continuità assistenziale
- Punto prelievi
- Servizio sociale
- Servizi di presa in carico della cronicità
- Attività consultoriali
- Servizio protesica
- Sistema integrato di prenotazioni collegato al CUP
- Servizio scelta e revoca

Gli attori istituzionali hanno il compito di favorire una governance partecipata della Casa della Comunità, di leggere i bisogni del territorio, di individuare le risorse necessarie, di pianificare e programmare gli obiettivi da raggiungere, di favorire il confronto sui bisogni inespresi con le reti sociali del territorio, ma soprattutto di mettere al centro la salute dei cittadini.

Quello che si intende promuovere nella Casa della Comunità è infatti una “sussidiarietà circolare”, finalizzata a dare risposte appropriate e mirate ai bisogni delle persone, attraverso forme di collaborazione partecipata che consentano di reperire nuove risorse per lo sviluppo del sistema.

La progettazione condivisa dei nuovi Punti Unici Di Accesso (PUA), la definizione di piattaforme di supporto per i diversi soggetti coinvolti come le Centrali Operative Territoriali (COT), poste all'interno dei Distretti Sanitari, sono gli strumenti utili a supportare le attività congiunte e favorire l'integrazione tra i principali attori del sistema sociosanitario e assistenziale del territorio.

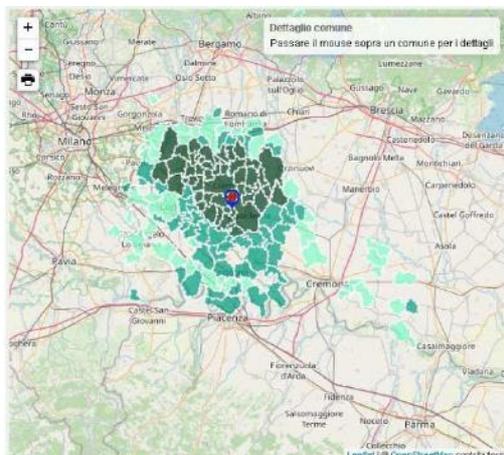
L'introduzione degli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC) risulta necessaria per garantire riequilibrio e integrazione tra diversi "luoghi": Ospedale, Casa, Territorio e Comunità.

1.2.3 ASST POLO OPEDALIERO: PS E POSTI LETTO

L'Ospedale Maggiore si trova in posizione baricentrica rispetto ai Comuni del Distretto.

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

Figura 6 - Distretto Cremasco e Polo ospedaliero



L'ASST di Crema è parte della rete del soccorso sanitario in condizioni di emergenza urgenza, coordinata a livello regionale per l'ambito organizzativo e gestionale da AREU.

L'ASST di Crema in particolare risulta essere un'articolazione dell'AAT (articolazione aziendale Territoriale) di Cremona per il distretto territoriale di Crema: l'attività svolta coinvolge le aree dei mezzi di soccorso di base (MSB) ed avanzati, risultando sede di mezzo di soccorso avanzato (MSA2, dotato di medico e infermiere) con attività H 24; gli interventi di soccorso sono coordinati dalla Sala Operativa Regionale di Emergenza Urgenza (SOREU) della Pianura. Non è prevista attività di elisoccorso.

Per valutare la correlazione domanda/offerta del bisogno di ricoveri acuti si utilizzano il Tasso di Ospedalizzazione ed il Tasso di Posti letto per acuti:

Il Tasso di ospedalizzazione del bacino di utenza negli anni si è ridotto significativamente ben al di sotto del limite nazionale di ricoveri del 160/1000 abitanti (ab)/anno; è pari al 76,3/1000 ab. per i ricoveri acuti ordinari ed il 108/1000 ab. se consideriamo tutti i ricoverati del distretto in qualsiasi ospedale (dati relativi all' anno 2018 ultimi disponibili nell' epoca pre-COVID). Questi tassi sono inferiori ormai ai tassi raggiunti da Regione Lombardia ed a livello Nazionale da molte regioni italiane (Report Ministero della Salute 2013).

Sull'onda di un fenomeno internazionale che ha coinvolto tutti i sistemi sanitari si è assistito ad una riduzione significativa del tasso dei posti letto per 1000 ab. In Italia l'obiettivo del Piano Sanitario Nazionale prevede un tasso pari al 3 per mille ab. L'Italia ha un tasso pari al 3,60. Nel bacino di utenza della ASST di Crema attualmente si raggiunge un tasso pari a 2 posti letto per acuti per 1000 ab, che, anche se rapportati al saldo della mobilità attiva-passiva (fuga 40%, attivi 15%) è largamente al di sotto dello standard nazionale.

Tabella 4 - Tasso posti letto e ospedalizzazione al 01/2022

TASSO POSTI LETTO E OSPEDALIZZAZIONE	H Crema	Standard Nazionale	Italia
Tasso Posti letto	2/1000 ab	3/1000 ab	3,1/1000 ab
Tasso di Ospedalizzazione (tutti i ricoveri degli abitanti in tutti gli ospedali)	108/1000 ab	160/1000 ab	-
Tasso Ospedalizzazione (ricoveri presso l'H di Crema degli abitanti del bacino)	76/1000 ab	160/1000 ab	-

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

La dotazione dei posti letto per ricoveri ordinari acuti dell'ASST di Crema è sottodimensionata per rispondere alle necessità della popolazione di riferimento.

Il fenomeno è il risultato di due azioni coincidenti e contrastanti:

- azioni di efficientamento degli ospedali disposte dalle programmazioni nazionali e regionali che hanno determinato una contrazione delle risorse a cui l'azienda di Crema ha risposto oltre le aspettative.
- incremento/mantenimento della popolazione del bacino di riferimento.

Nell'ottica di una pianificazione che contempra un ritorno alla situazione pre emergenza si consideri che nel solo Presidio di Crema i posti letto attivi ordinari e day hospital sono 336 (al netto di posti BIC, MAC, Sub Acuti e posti tecnici su 409 pl per acuti accreditati) pari ad un tasso di 2,01 posti per 1000 abitanti, decisamente inferiore al valore di 3/1000 stabilito dalla Legge n.135 del 7.08.12.

Tabella 5 - Posti letto al 01/01/2022

ASST DI CREMA - POLO OSPEDALIERO - Distribuzione posti letto e posti tecnici al 01.01.2022

01.01.2022	ACCREDITATI							EFFETTIVI							
PRESIDIO	ORD	DH	DS	BIC	MAC	altri tecnici	TOT	ORD	Agg.vi ORD	DH	DS	BIC	MAC	altri tecnici	TOT
CREMA	388	9	12	10	24	52	495	324	12	9	12	10	24	52	443
RIVOLTA D'ADDA	75	0	0	0	6	14	95	75		0	0	0	6	14	95
SONCINO SUB ACUTI	0	0	0	0	0	22	22	0		0	0	0	0	22	22
TUTTA LA AZIENDA	463	9	12	10	30	88	612	399	12	9	12	10	30	88	560

Questi dati, consolidati nel tempo, dimostrano che l'ASST di Crema ha raggiunto un buon livello di appropriatezza, ma il rapporto posti letto/abitanti rappresenta ancora un fattore estremamente critico che fa saltare il delicato equilibrio raggiunto in particolare nel periodo invernale.

A queste considerazioni si aggiunge il fatto che il trend di accessi al Pronto Soccorso del Presidio di Crema è in costante incremento fino al 2019 era pre COVID.

Si sottolinea che a partire dal primo dicembre 2018 sono stati attivati costantemente 12 posti letto per far fronte al picco di ricoveri stagionale, in aggiunta ai 12 posti letto della sezione di Medicina D'Accettazione ed Urgenza già attiva dal dicembre 2017, posti effettivi tuttora presenti.

I PS lombardi, quale area decisionale di diagnosi e cura, hanno visto nel tempo una dilatazione dei tempi di permanenza delle persone assistite in PS, per lo più conseguenti:

- Da un lato, all'abbattimento progressivo dei posti letto ospedalieri disponibili (obiettivo fissato dalla legge 135/2012 è di 3,7 letti/1000 abitanti), che richiede un maggior livello di appropriatezza al ricovero, con un aumento delle prestazioni di PS per la definizione della diagnosi di ingresso (più dell'80% degli accessi in PS è dimesso in sicurezza, in linea con le attese).
- Dall'altro, al mutato contesto demografico, che ha cambiato il case-mix dei pazienti, con l'aumento dell'aspettativa di vita e della popolazione anziana con comorbidità. Il complesso case-mix dei pazienti più critici e pluripatologici, anziani e grandi anziani (in aumento del 60% in 10 anni) che afferiscono al sistema di emergenza urgenza nelle strutture hub, rende difficile il rinvio sui centri spoke dopo i trattamenti di stabilizzazione;

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

- Alla percezione da parte del cittadino di una risposta territoriale non appropriata (per orari e tempi delle prestazioni) alle esigenze non emergenziali di salute. Ciò comporta la presenza di pazienti cronici che afferiscono alle strutture di emergenza urgenza per esprimere bisogni di salute determinati dalla loro cronicità che potrebbero essere prevenuti o trattati efficacemente in un altro setting.
- Al fenomeno del “boarding”, ovvero il tempo di attesa di ricovero in reparto dei pazienti al termine del processo di gestione in emergenza/urgenza.

La letteratura dimostra che il tempo di attesa al ricovero è uno degli elementi più critici nel flusso dei pazienti all'interno del PS e rappresenta una delle primarie cause del sovraffollamento. La presenza di pazienti in attesa di ricovero determina effetti negativi quali ad esempio:

- l'aumento dei tempi di attesa per la prima valutazione medica e della permanenza in PS, la maggior necessità di risorse in PS (spazi, tecnologia, e risorse umane),
- la riduzione del livello di soddisfazione e comfort dei pazienti,
- la riduzione del benessere psico-fisico degli operatori etc.

Il fenomeno che sta alla base del « boarding » consiste principalmente in un disallineamento tra il ritmo al quale il PS necessita di posti letto per pazienti con indicazione a ricovero e i posti letto effettivamente disponibili nei reparti di destinazione all'interno dell'ospedale; in particolare il ritmo di produzione dei ricoveri da PS è ciclico e altamente prevedibile nell'arco delle 24 ore, 7/7 giorni, mentre i posti letto dei reparti di degenza vengono generalmente resi disponibili dai reparti dopo le ore 15, con una dinamica dissociata dal ritmo di produzione dei ricoveri; ciò comporta il rischio, per i pazienti che si presentano nel pomeriggio, di un'attesa per il ricovero sino alle prime ore del pomeriggio successivo. Sulla base dell'analisi dei dati regionali, è stato evidenziato che il « boarding » si accentua nel fine settimana e nei giorni festivi, quando la disponibilità di posti letto è ridotta determinando, di conseguenza, la nota condizione, così come anche indicata da dati di letteratura, di un sovraffollamento maggiore nella giornata di lunedì o post-festiva.

Il sovraffollamento nei PS è causa di inefficienza, errori e mortalità (Chong et al. 2013), in quanto è responsabile di quasi il 20% degli eventi sentinella ospedalieri, tra i quali si sottolineano gli atti di violenza contro gli operatori (Raccomandazione 8/2007) indotto dall'allungamento della degenza media dei pazienti ricoverati (Voss et al. 2011).

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

1.3 ANALISI SWOT SPECIFICA PER IL PROGETTO

Figura 7 - SWOT Analysis del progetto



Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

2. OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

L'obiettivo generale di percorso è studiare se il progetto specifico possa essere un modello operativo che permetta lo sviluppo di una modalità di lavoro fattivamente integrata, ovvero costruire una rete tra i professionisti ospedalieri e territoriali che si occupano dello stesso assistito in fasi diverse del percorso di cura, agevolati possibilmente anche da piattaforme gestionali, in fase di prossima applicazione, accessibili a tutti gli operatori coinvolti.

Per attuare questa trasformazione occorre accantonare il pregiudizio che solo in un setting ospedaliero si possano ricevere cure di qualità, ma soprattutto abolire la difficoltà di scambio comunicativo professionale tra medici ospedalieri e del territorio, superare divisioni pseudogerarchiche di ruoli, condividere competenze specifiche al fine di produrre una sinergia di cura che avrà ricaduta sul benessere del paziente, della sua famiglia e degli operatori sanitari coinvolti.

L'obiettivo specifico del progetto è quello di evitare l'ospedalizzazione riducendo gli effetti avversi ad essa correlati (immobilizzazione, decubiti, infezioni nosocomiali, depressione, delirium); una volta reso attivo, si misureranno i risultati utilizzando indicatori qualitativi e quantitativi per valutare l'efficacia del trattamento in termini di risoluzione della patologia, di numero di rientri in PS, di numero di giornate di ricovero evitate, il benessere o il disagio percepito dal paziente e dalla famiglia, l'impegno dell'Infermiere di famiglia e di comunità (IfeC) e del MMG in termini di numero e durata di accessi, la soddisfazione dei professionisti del nuovo lavoro in team e i costi complessivi.

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

3. DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

Il progetto specifico prevede l'arruolamento di **pazienti anziani definiti con età \geq 65 anni che afferiscono al Pronto Soccorso di Crema per riacutizzazione di patologia cronica** quale BPCO, scompenso cardiaco e febbre, con stabilità delle funzioni vitali ma che necessitano di terapia e rivalutazione clinica a carattere non intensivo. Per tali pazienti verrà prevista l'attivazione di un percorso di trattamento e monitoraggio domiciliare evitando al paziente il ricovero e le possibili conseguenze dello stesso, quali delirium, cadute, sovrainfezioni spesso da germi MDR.

Il progetto dovrebbe determinare, inoltre una **ricaduta di sistema sui reparti ospedalieri di area medica e sul PS** liberando posti letto per acuti e riducendo di conseguenza il tempo di "boarding".

Inoltre i **colleghi interessati nella gestione condivisa del paziente** avranno la possibilità di confronto e di condivisione del programma e del percorso di cura del paziente.

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

4. METODOLOGIA ADOTTATA

4.1 PROGETTO SPECIFICO: VALUTAZIONE E PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI ARRUOLABILI

4.1.1 CRITERI DI ARRUOLAMENTO AL PROGETTO

I criteri di idoneità per l'arruolamento al progetto sono:

- 1) Paziente con più di 65 anni, che acceda al Pronto Soccorso dell'ASST di Crema per
 - BPCO riacutizzata
 - Scompenso cardiaco cronico riacutizzato
 - Febbre (ovvero temperatura corporea > 37.2 °C) infettiva, di qualsiasi origine (ad eccezione di febbre di documentata origine dal sistema nervoso centrale o febbre da endocardite), in presenza di almeno una patologia cronica (BPCO, SCC, diabete mellito, insufficienza renale cronica)
- 2) Paziente autosufficiente senza limitazioni funzionali e/o disabilità o in cui il sopraggiungere della patologia acuta non vari le necessità assistenziali abituali cui il contesto domiciliare fa efficacemente fronte.
- 3) Presenza di un caregiver che rappresenti l'"occhio" dell'IFeC in sua assenza, e che possa essere addestrato a richiedere l'intervento dei professionisti sanitari che hanno in carico il paziente per dubbi, richiedere suggerimenti o richiederne il loro intervento qualora lo stato di salute del paziente cambi.
- 4) MMG che abbia aderito al progetto
- 5) Assenza di patologie ad alto rischio e tempo-dipendenti, come declinato negli specifici protocolli.
- 6) Assenza, durante la valutazione in PS ed eventuale ricovero in Osservazione Breve Intensiva (OBI), di instabilità dei parametri vitali, o efficace e completa stabilizzazione degli stessi dopo adeguati permanenza e trattamento in OBI.

4.1.2 PRINCIPI DI ATTUAZIONE DEL PROGETTO

È compito del medico di Emergenza Urgenza identificare il paziente idoneo all'arruolamento e segnalarlo agli IFeC.

Identificato, il paziente viene sottoposto alla valutazione in PS da parte degli IFeC, che prendono conoscenza:

- del paziente, delle sue condizioni cliniche;
- delle necessità di assistenza, valutazione e trattamento domiciliari;
- del caregiver;
- del contesto domiciliare che deve accogliere il paziente per valutarne la sua idoneità.

È compito del medico di Emergenza Urgenza esplicitare sul verbale di PS, al momento della dimissione:

- la terapia da effettuare al domicilio, specificandone posologia e modalità di somministrazione (per os, endovena, intramuscolo ecc.);
- eventuali variazioni della terapia cronica;

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

- eventuali ulteriori approfondimenti diagnostici, che possono essere programmati in regime di PS o ambulatoriali;
- l'intensità di monitoraggio che il paziente richiede, che può essere:
 - o Intensità di assistenza alta: tre valutazioni domiciliari die da parte dell'IFeC e una del MMG
 - o Intensità di assistenza media: due valutazioni domiciliari die da parte dell'IFeC e una del MMG
 - o Intensità di assistenza bassa: una valutazione domiciliare die da parte dell'IFeC e una telefonica da parte del MMG

Il paziente arruolato viene dimesso dal Pronto Soccorso con dicitura "affidato ai servizi territoriali".

Durante le quotidiane valutazioni, l'IFeC:

- rileva e registra i parametri vitali: temperatura corporea, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, SpO2, tempo di refill capillare, dolore;
- esegue una valutazione generale del paziente annotando: livello di coscienza, stato di idratazione muco-cutanea, eventuale distress respiratorio, diuresi giornaliera, peso corporeo.
- somministra eventuale terapia sistemica prescritta;
- verifica la compliance del paziente alla terapia orale
- esegue una valutazione multidimensionale del paziente per identificarne eventuali ulteriori bisogni assistenziali.

La quotidiana valutazione da parte dei professionisti sanitari può rilevare le variazioni della necessità dell'intensità di cura e modificarla in itinere.

È compito del MMG attestare la guarigione del paziente e sancirne la fuoriuscita dal progetto.

Auspichiamo l'implementazione di una cartella elettronica che permetta la condivisione delle informazioni "in diretta" tra medico di Emergenza Urgenza, IFeC, MMG, con utilizzo del sistema SGGT - Sistema di Gestione Digitale del Territorio – progettato per mettere a disposizione delle organizzazioni sociosanitarie una nuova soluzione applicativa, unica e centralizzata a livello regionale, che offra i servizi e le tecnologie digitali necessarie a supportare gli operatori sociosanitari nel complesso processo di cura e assistenza, in modalità integrata ospedale-territorio.

4.1.3 PRIMO CRITERIO DI IDONEITÀ: PAZIENTE DI ETA' >65 CON BPCO-RIACUTIZZATA

INFORMAZIONI GENERALI SULLA BPCO

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una condizione patologica dell'apparato respiratorio, caratterizzata da ostruzione cronica al flusso aereo, non completamente reversibile, generalmente progressiva e associata ad un abnorme risposta infiammatoria del polmone, cui contribuiscono in varia misura alterazioni bronchiali (bronchite cronica), bronchiolari (malattia delle piccole vie aeree) e del parenchima polmonare (enfisema). Dal punto di vista clinico è caratterizzata da tosse, produzione di espettorato, difficoltà respiratoria e ridotta resistenza agli sforzi.

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

I principali fattori di rischio della BPCO sono il fumo di sigaretta, l'esposizione a fumi, vapori, polveri e irritanti chimici da inquinamento atmosferico domestico e lavorativo e, in misura minore, le infezioni respiratorie cronica.

La BPCO rappresenta una delle tre maggiori cause di morte a livello mondiale, e il 90% di queste morti avviene nei Paesi a reddito medio-basso. La BPCO è anche la maggior causa di morbidità in tutto il mondo: molti di questi paziente soffrono di questa patologia per anni, prima di morire prematuramente per BPCO o per le sue complicanze. La situazione è destinata a peggiorare a causa della continua esposizione ai fattori di rischio e all'invecchiamento della popolazione (Gold report)

Secondo i dati ISTAT, in Italia la BPCO colpisce il 5,6% degli adulti (circa 3,5 milioni di persone) ed è responsabile del 55% dei decessi per malattie respiratorie. Tuttavia, la prevalenza della malattia è verosimilmente più elevata perché la BPCO viene spesso diagnosticata nelle fasi avanzate, spesso in occasione del ricovero ospedaliero per riacutizzazione, mentre le forme iniziali e lievi non vengono diagnosticate.

L'impatto economico complessivo della BPCO sul SSN è molto rilevante, sia per la durata di malattia, sia per il notevole impiego di risorse nelle fasi di riacutizzazione, gestite per lo più con ricoveri ospedalieri.

Il Programma Nazionale Esiti (PNE) ha infatti riportato per il 2017 un tasso grezzo di ospedalizzazione per BPCO dell'1,94 per mille, per un totale di 109.674 ricoveri ordinari e 3.394 in day hospital che, in base ai dati sulla degenza media del Rapporto annuale 2017 sull'attività di ricovero ospedaliero del Ministero della Salute, corrispondono ad oltre un milione di giornate di degenza ospedaliera. Il PNE documenta inoltre che i pazienti con BPCO riacutizzata hanno un tasso di mortalità a 30 giorni del 9,8% e del 13,45% di riammissioni ospedaliere a 30 giorni, per un totale di 73.222 ricoveri. A fronte dei dati nazionali, il PNE documenta notevoli differenze inter- ed intra-regionali relative a tassi di ospedalizzazione, riammissioni ospedaliere a 30 giorni e mortalità ospedaliera. Questo conferma indirettamente l'estrema variabilità della qualità dell'assistenza sia ospedaliera che territoriale. E' pertanto indispensabile un approccio multidisciplinare condiviso tra assistenza specialistica e cure primarie, oltre a reti clinico-assistenziali integrate tra ospedale e territorio guidate da percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (Fondazione Gimbe, 2019).

Nel 2022 gli accessi presso il Pronto Soccorso di Crema sono stati 57325; di essi 17509 (30.5%) avevano più di 65 aa.

Degli accessi totali i ricoverati sono stati 7025, ovvero il 12.3% (tasso di ricovero al di sotto delle medie nazionali e regionale); degli over 65 i ricoverati sono stati 4004, ovvero il 22.9%; all'aumentare dell'età l'incidenza dei ricoveri inevitabilmente cresce.

Dei 57325 accessi, 469 (0.8%) hanno ricevuto una diagnosi di "bronchite"; 179 sono state le diagnosi tra gli over 65 (0.3% degli accessi totali, 1% tra gli accessi over 65%).

Il 9.4% dei pazienti con diagnosi di bronchite sono stati ricoverati, ma se restringiamo il campo di osservazione agli over 65, quelli con che hanno necessitato di ricovero sono stati il 20%.

Tali numeri, tuttavia, sottostimano fortemente gli accessi e ricoveri per bronchite, in quanto questi pazienti vengono molto frequentemente congedati da PS con diagnosi alternative (principalmente insufficienza respiratoria, nelle sue diverse forme, poi dispnea, tosse, febbre, etc.).

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

PROTOCOLLO UTILIZZATO IN PS

Accedono alla valutazione per un eventuale arruolamento tutti i pazienti over 65 aa, che si presentino in Pronto Soccorso e la cui valutazione nel reparto di Emergenza Urgenza conduca ad una diagnosi di riacutizzazione di broncopneumopatia cronica.

In PS, l'inquadramento del paziente prevede:

- Raccolta dell'anamnesi per identificare tempi e modalità di esordio di sintomi (dispnea, di cui va valutata la severità percepita mediante scala VAS*) e segni (tachipnea, tachicardia, distress respiratorio)
- utilizzo della muscolatura accessoria, caratteristiche e quantità dell'espettorato), eventuali cause scatenati (febbre, infezioni).
- Esecuzione di un esame obiettivo mirato a:
 - rilevazione dei parametri vitali (SpO₂, frequenza respiratoria, frequenza cardiaca, pressione arteriosa, tempo di refill capillare)
 - ricerca di segni di broncospasmo
- Esami di laboratorio:
 - Routine ematochimica + BNP e D-dimero (per eventuali diagnosi differenziali)
 - Emogasanalisi arteriosa
 - ECG a 12 derivazioni
 - Rx torace
 - Eventuali accertamenti radiologici di secondo livello

*VAS: scala da zero a dieci, con 0 che corrisponde di assenza di dispnea e 10 la peggiore dispnea mai sperimentata)

Al termine della valutazione iniziale, al paziente viene somministrata la terapia del caso: terapia inalatoria, corticosteroidi sistemici, ossigenoterapia con maschera Venturi o mediante ventilazione non invasiva.

Al termine dell'inquadramento clinico e delle prime fasi di trattamento, che possono prevedere la necessità di osservazione e monitoraggio di alcune ore durante ricovero in OBI, sono esclusi dall'arruolamento pazienti che presentino:

- 1) All'ingresso nel reparto di EU
 - Acidosi respiratoria (pH < 7.35 e pCO₂ > 48 mmHg) e/o grave distress respiratorio necessitanti di ventilazione non invasiva.
 - Insorgenza di nuovi segni come cianosi o edemi periferici, alterazione dello stato mentale.

- 2) Dopo le prime fasi di trattamento e l'eventuale ricovero in OBI
 - Mancata risposta alla terapia medica iniziale
 - Persistenza di dispnea percepita come grave (VAS ≥5)*
 - Frequenza respiratoria > 24 atti/min
 - Spo₂ < 92% o pO₂ < 60 mmHg in aria ambiente o in ossigenoterapia abitualmente prescritta
 - Insorgenza di acidosi respiratoria
 - Frequenza cardiaca ≥95 bpm

Il paziente viene dimesso con indicazione alla terapia inalatoria, corticosteroidica sistemica e antibiotica.

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

Viene precisato il livello di intensità del monitoraggio richiesto.

Durante le valutazioni domiciliari assumeranno particolare importanza:

- La regolare rilevazione dei parametri vitali quali la saturazione di ossigeno, la frequenza respiratoria, la frequenza cardiaca, la temperatura ascellare, la pressione arteriosa, il tempo di refill capillare
- La rilevazione del grado di severità della dispnea percepita mediante scala VAS
- Lo stato di idratazione muco cutanea
- La rilevazione della glicemia capillare in caso di trattamento corticosteroidico

4.1.4 PRIMO CRITERIO DI IDONEITÀ: PAZIENTE DI ETÀ >65 ANNI CON SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO

INFORMAZIONI GENERALI SULLO SCOMPENSO CARDIACO

Lo scompenso cardiaco è una sindrome clinica complessa caratterizzata da sintomi tipici (dispnea, edemi declivi ed affaticabilità) e segni clinici (elevata pressione venosa giugulare, rantoli polmonari ed edema periferico). Alla base vi sono anomalie cardiache strutturali e/o funzionali che determinano un aumento delle pressioni intracardiache e/o una inadeguata portata cardiaca a riposo e/o sotto sforzo. Stime conservative suggeriscono che nei paesi nordamericani ed europei in più del 50% dei casi l'insufficienza cardiaca abbia un'origine ischemica, mentre l'ipertensione arteriosa è fattore contribuente fino al 75% dei casi; la miocardiopatia dilatativa idiopatica sembra esserne la causa solo nel 10-20% dei pazienti (Nice 2003).

Si stima che i pazienti affetti da Scompenso Cardiaco cronico siano oltre 15 milioni in Europa e oltre 730.000 in Italia, e che la sua prevalenza raddoppi a ogni decade di età (dopo i 65 anni arriva al 10% circa).

È pertanto una condizione legata all'allungamento della vita media e la sua prevalenza aumenta di anno in anno a causa dell'invecchiamento generale della popolazione dovuto all'aumento della sopravvivenza e al miglioramento del trattamento dell'infarto del miocardio e delle malattie croniche (diabete, ipertensione ecc.) che lo provocano (Ministero della Salute 2022).

Rappresenta una delle malattie croniche a più alto impatto sulla sopravvivenza, sulla qualità di vita dei pazienti e sull'assorbimento di risorse.

Lo scompenso cardiaco congestizio rappresenta infatti la più comune diagnosi di dimissione tra i pazienti sopra 65 anni d'età nei paesi europei e nordamericani.

Ciò che porta il paziente in ospedale è la riacutizzazione di questa patologia cronica, o l'esordio della stessa (primo episodio di scompenso, magari con manifestazione di edema polmonare acuto).

Tuttavia, la maggior parte delle ospedalizzazioni, non sono realmente delle acuzie, ma rappresentano un incremento graduale della pressione di riempimento cardiaco che si innesta su una patologia strutturale preesistente, spesso con fattori precipitanti che possono essere individuati:

- Pressione arteriosa mal controllata,
- Fibrillazione atriale o altre aritmie

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

- Patologie cardiache sopraggiunte (es: endocarditi)
- Infezioni acute (es: polmoniti, infezione delle vie urinarie ecc.)
- Non compliance alla terapia o alla dieta iposodica
- Anemia
- Ipo- o ipertiroidismo
- Farmaci che incrementano la ritenzione di sodio (es: antinfiammatori non steroidei)
- Farmaci con effetto inotropo negativo (es: verapamil).

Non vi è un singolo test diagnostico su cui fondare la diagnosi d'insufficienza cardiaca; perciò, il clinico si deve avvalere di tutti i dati disponibili, derivanti dall'anamnesi, dall'esame clinico e da appropriati esami strumentali e di laboratorio. L'accuratezza della diagnosi clinica è spesso inadeguata, particolarmente nelle donne, nelle persone anziane e negli obesi.

Numerosi studi hanno, tuttavia negli ultimi anni dimostrato che il dosaggio del BNP o del NT-proBNP può assumere una rilevanza nell'assistere il clinico nella diagnostica, nel monitoraggio e nel trattamento dello SCC. Inoltre più elevati livelli di BNP e di NT-proBNP sono associati ad un rischio maggiore di outcomes negativi a breve e lungo termine, inclusi morte cardiovascolare o morte da tutte le cause, eventi cardiovascolari maggiori e riospedalizzazione. Pertanto le linee guida di AHA/ACC/HFSA del 2022 indicano il BNP o NT-proBNP come marcatore da dosare all'ingresso in ospedale per stratificare la prognosi del paziente con livello di raccomandazione 1 A (Heidenreich et al 2022).

I principali obiettivi del trattamento dei pazienti con scompenso sono la riduzione della mortalità e delle (re)-ospedalizzazioni. La riduzione delle ospedalizzazioni per SC ha un impatto significativo non solo sulla qualità di vita dei pazienti ma anche sulla prognosi a medio-lungo termine, poiché i ricoveri ospedalieri tendono a rendere il paziente progressivamente più vulnerabile (Latini 2004).

Dei 57325 accessi presso il Pronto Soccorso di Crema dell'anno 2022, 492 pazienti (0.9%) hanno ricevuto una diagnosi di "insufficienza cardiaca"; 464 sono state le diagnosi tra gli over 65 (0.8% degli accessi totali, 2.8% tra gli accessi over 65%).

Il 70% dei pazienti con diagnosi di insufficienza cardiaca sono stati ricoverati, con eguale percentuale tra gli over 65.

PROTOCOLLO UTILIZZATO IN PS

Accedono alla valutazione per un eventuale arruolamento tutti i pazienti over 65 aa, che si presentino in Pronto Soccorso e la cui valutazione nel reparto di Emergenza Urgenza (EU) conduca ad una diagnosi di riacutizzazione di scompenso cardiaco congestizio cronico.

In PS, l'inquadramento del paziente prevede:

- Raccolta dell'anamnesi per identificare tempi e modalità di esordio di sintomi e segni.
- Esecuzione di un esame obiettivo mirato alla rilevazione dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, SpO2, tempo di refill capillare)
- ricerca di segni di congestione: segni di distress respiratorio, presenza di MV conservato o assente (versamento pleurico), rumori umidi o piuttosto da asma cardiaco, edemi declivi, epatomegalia con reflusso epato-giugulare, turgore giugulare.

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

- Ricerca di segni di ipoperfusione periferica: cute fredda, sudata, pallida, marezzata, aumentato tempo di refill capillare, cachessia, alterazione dello stato di coscienza, oliguria
- Esami di laboratorio:
 - Routine ematochimica + BNP + enzimi cardiaci (o eventuale curva enzimatica)
 - Emogasanalisi arteriosa
 - ECG a 12 derivazioni
 - Rx torace
 - Eventuale ecocardiografia e valutazione cardiologica

Escluso che la causa dello scompenso sia una patologia tempo dipendente (es STEMI, aritmia maligna) che richieda una terapia specifica, al paziente viene somministrata la terapia del caso: ossigenoterapia con maschera Venturi o mediante ventilazione non invasiva, diuretici dell'ansa, vasodilatatori, inotropi, antiaritmici, di cui si valuta l'efficacia nelle ore successive.

Al termine dell'inquadramento clinico e delle prime fasi di trattamento, che possono prevedere la necessità di osservazione e monitoraggio di alcune ore durante ricovero in OBI, è da considerare arruolabile al protocollo il paziente che:

- Presenti una buona risposta alla terapia diuretica
- Presenti stabilità delle funzioni vitali, in particolare:
 - PAS \geq 100 mmHg
 - SpO₂ \geq 92% e/o pO₂ rilevata all'EGA \geq 60 mmHg (in aria ambiente o con l'abituale frazione di ossigeno in pz già in ossigenoterapia domiciliare).

Sono esclusi dall'arruolamento pazienti che presentino:

1. All'ingresso nel reparto di EU
 - Presentazione come edema polmonare acuto
 - Primo episodio di scompenso cardiaco
 - Ipossia con necessità di ossigeno supplementare (pO₂ < 60 mmHg in aria ambiente o con l'abituale frazione di ossigeno in pz già in ossigenoterapia domiciliare)
 - Necessità di ventilazione non invasiva per:
 - Acidosi respiratoria (pH < 7.35 e pCO₂ > 48 mmHg)
 - Grave distress respiratorio
 - Ipotensione con necessità di impiego di inotropi
 - Scompenso cardiaco sostenuto da vizi valvolari
 - Scompenso cardiaco sostenuto da aritmie maligne
 - Scompenso cardiaco sostenuto da sindrome coronarica acuta
 - Insufficienza renale acuta /peggiornamento di nota insufficienza renale cronica
 - Squilibri elettrolitici di sodio e potassio
 - BNP1000 >pg/ml
2. Dopo le prime fasi di trattamento e l'eventuale ricovero in OBI

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

- Scompenso cardiaco sostenuto da fibrillazione atriale per cui non si sia ottenuto uno stabile controllo del ritmo o della frequenza cardiaca (a seconda della strategia di trattamento individuata con lo specialista cardiologo)
- Scompenso slatentizzato da anemia acuta o cronica non corretta e di origine ignota
- Persistenza di segni di distress respiratorio
- Persistente necessità di terapia vasodilatatrice endovenosa (nitrati) per crisi ipertensiva
- Instabilità emodinamica:
 - Pz con PAS <100 mmHg
 - Pz con HR > 100 battiti al minuto
- Segni di ipoperfusione periferica:
 - Lattati > 2 nmol/L
 - Diuresi < 30 ml/l
 - Estremità fredde, mazzate
 - Alterato stato mentale.

Il paziente viene dimesso con indicazione alla terapia diuretica (verosimilmente per via endovenosa) e ad eventuale altra terapia cardiologica concordata con lo specialista. Viene inoltre precisato il livello di intensità del monitoraggio richiesto.

Durante le valutazioni domiciliari assumeranno particolare importanza:

- La regolare rilevazione dei parametri vitali quali la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca (ed eventuale presenza di aritmie), la saturazione di ossigeno, la frequenza respiratoria, il tempo di refill capillare.
- Il peso corporeo.
- Lo stato di idratazione muco cutanea;
- La diuresi.

4.1.5 PRIMO CRITERIO DI IDONEITÀ PAZIENTE DI ETA' >65 CON FEBBRE IN PORTATORE DI PATOLOGIA CRONICA

INFORMAZIONI GENERALI SULLA FEBBRE IN PORTATORE DI PATOLOGIA CRONICA

Si definisce febbre una temperatura corporea > 37.2°C. La febbre rappresenta la causa più frequente di accesso nei reparti di Emergenza Urgenza, rappresentando la causa del 15% delle valutazioni nel paziente anziano e il 5% nel paziente adulto.

Rappresenta il risultato dell'innalzamento del set point della temperatura dell'organismo, come risposta all'azione di una sostanza chimica denominata pirogeno.

Rappresenta un problema decisamente più complesso di quanto si possa percepire, riconoscendo cause sia infettive (con ampio spettro di microrganismi responsabili e manifestazioni cliniche) che non infettive (es: embolia polmonare, emorragia cerebrale, malattie autoimmuni, neoplasie, farmaci).

Valutando un paziente per febbre nel reparto di EU, la questione chiave è comprendere se un'infezione è sufficientemente probabile da richiedere un trattamento antibiotico. Una raccolta dettagliata

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

dell'anamnesi (esordio, sintomi associati, storia clinica passata, terapie in corso, es. chemioterapici, glucocorticoidi, recente utilizzo di antibiotici) e un esame obiettivo completo dovrebbero individuare la probabilità pretest di infezione in corso. Ad ogni modo è routinario utilizzare esami di laboratorio e indagini radiologiche in approfondimento. Sfortunatamente, la diagnosi di infezione è resa ulteriormente complicata dall'assenza di test sufficientemente sensibili e specifici (DeWitt 2017).

La pro calcitonina (PCT) è un peptide precursore della calcitonina, secreta, in prodotta, in condizioni normali, esclusivamente dalle cellule C della tiroide, e quindi presente nel torrente circolatorio in concentrazioni estremamente basse. Nel corso di infezioni sistemiche tutte le cellule dell'organismo diventano in grado di produrre PCT, con conseguente incremento dei suoi livelli circolanti. La PCT è elevata con molta maggiore probabilità nelle infezioni batteriche, a differenza delle infezioni virali. Durante un'infezione batterica, infatti, i suoi livelli iniziano ad aumentare dopo 4 ore dall'insorgenza dell'infezione, raggiungono un picco tra le 12 e 24 ore, più precocemente della proteina C reattiva (PCR), il cui picco si raggiunge dopo 2 o tre giorni.

Nonostante molti studi evidenzino come specificità e sensibilità della PCT non superino l'80% in corso di batteriemia e sepsi (Aloisio 2019) il dosaggio della PCT rappresenta un aiuto, insieme con altri dati di laboratorio (es: PCR) e alla valutazione clinica, nel predire quali pazienti progrediranno verso sepsi o shock settico (Hamade B 2020).

Nonostante la febbre risulti una delle principali cause di accesso in Pronto Soccorso soprattutto in questi anni di pandemia e nelle stagioni invernali, non è stato possibile stimare la prevalenza dei pazienti febbrili che hanno avuto accesso in PS nel 2022, in quanto la diagnosi di dimissione è stata variamente declinata a seconda della diagnosi conclusiva cui hanno portato gli accertamenti eseguiti (infezione da Sars-CoV2, influenza, sepsi, infezione delle vie urinarie, dei tessuti molli, delle vie aeree, etc.).

PROTOCOLLO UTILIZZATO IN PS

Accedono alla valutazione per un eventuale arruolamento tutti i pazienti over 65 aa, affetti da almeno una patologia cronica, che presentino o riferiscano una TA > 37.2°.

In PS, l'inquadramento del paziente prevede:

- Raccolta dell'anamnesi per identificare esordio della febbre (tempi e modalità), eventuali sintomi associati, richiamo d'organo, eventuali trattamenti antibiotici già effettuati, eventuale terapia in corso (in particolare chemioterapici, immunomodulanti, corticosteroidi).
- Esecuzione di un esame obiettivo mirato alla rilevazione dei parametri vitali (temperatura corporea, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, SpO2, tempo di refill capillare), applicazione della scala del dolore se presente, valutazione dello stato della cute (cianosi, pallore, sudorazione, marezza, edemi),
- Esami di laboratorio:
 - Routine ematochimica +PCR + PCT
 - Tampone antigenico per COVID, influenza A e B
 - Emocolture e urinocoltura
 - Emogas:
 - venosa se SpO2 > 96%,

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

- arteriosa se $SpO_2 \leq 96\%$.
- Rx torace
- Stick urine
- ECG a 12 derivazioni
- Eventuali ulteriori accertamenti strumentali mirati all'identificazione dell'origine della febbre, a seconda del richiamo d'organo.

Al termine dell'inquadramento clinico e delle eventuali ore di osservazione trascorse durante il ricovero in OBI, è da considerare arruolabile al protocollo il paziente con:

- febbre responsiva agli antipiretici;
- valori di PCT ≤ 2 ng/ml;
- stabilità delle funzioni vitali, in particolare:
 - PAS ≥ 90 mmHg
 - $SpO_2 \geq 92\%$ e/o pO_2 rilevata all'EGA ≥ 60 mmHg

Rappresentano criteri di esclusione:

- febbre ad evidenziata eziologia dal SNC (ascessi cerebrali, meningite, encefalite);
- febbre secondaria alla presenza di documentati ascessi di qualunque sede esclusa la cute che necessitino di drenaggio chirurgico;
- febbre da infezione delle vie urinarie da calcolosi renale che necessiti posizionamento di doppio J.
- Presenza di criteri suggestivi per sepsi:
 - Lattati > 2 nmol/L
 - Punteggio di NEWS2 > 4

Figura 8 - NEWA Score

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

National Early Warning Score (NEWS) 2

Physiological parameter	Score						
	3	2	1	0	1	2	3
Respiration rate (per minute)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25
SpO ₂ Scale 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96			
SpO ₂ Scale 2 (%)	≤83	84–85	86–87	88–92 ≥93 on air	93–94 on oxygen	95–96 on oxygen	≥97 on oxygen
Air or oxygen?		Oxygen		Air			
Systolic blood pressure (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220
Pulse (per minute)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131
Consciousness				Alert			CVPU
Temperature (°C)	≤35.0		35.1–36.0	36.1–38.0	38.1–39.0	≥39.1	

Fonte: Royal College of Physicians (2018)

Il paziente viene dimesso con indicazione alla terapia antibiotica e ad eventuale terapia di supporto. Viene inoltre precisato il livello di intensità del monitoraggio richiesto.

Durante le valutazioni domiciliari assumeranno particolare importanza:

- la curva termica
- il punteggio di NEWS2, da rilevare ad ogni valutazione
- i valori di PA
- lo stato di idratazione cutanea.

Se durante la presa in carico pervenisse eventuale positività degli esami colturali ed il relativo antibiogramma, essa verrà comunicata al MMG che valuterà l'adeguatezza della terapia antibiotica in corso e ne prescriverà eventuali modifiche.

4.2 PROGETTO GENERICO: COINVOLGIMENTO ATTIVO MMG E SPECIALISTI OSPEDALIERI NEL PROGETTO

4.2.1 QUESTIONARIO

Abbiamo creato un apposito questionario/sondaggio che è stato somministrato ai medici iscritti all'albo dei Medici e Chirurghi di Cremona dal 03/04/23 al 22/04/23.

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

Il questionario è stato preparato tramite surveynuts.com e ha previsto 10 domande.

Il tempo stimato di compilazione è di 3-4 minuti.

Il questionario è suddiviso in due sezioni:

1. Informazioni di inquadramento
2. Domande relative alla percezione del problema, all'interesse dei professionisti, alle possibili ripercussioni

Informazioni di inquadramento

- 1) indicare la tua età
- 2) iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (OMCeO) di
- 3) indicare genere
- 4) da quanti anni eserciti la professione medica
- 5) attualmente lavori come
 - a. mmg
 - b. specialista/dipendente ospedaliero
 - c. in formazione come mmg
 - d. in formazione specialistica
 - e. altro (sumaista, in RSA/IDR, gettonista, consulente)
- 6) indica la tua area prevalente di lavoro
 - a. ASST Cremona
 - b. ASST Crema
 - c. mmg distretto cremasco
 - d. mmg distretto cremonese
 - e. altre strutture del distretto cremonese
 - f. altre strutture del distretto cremasco
 - g. mmg fuori dal distretto cremonese e cremasco
 - h. ATS Valpadana
 - i. specialista ospedaliero fuori dal cremonese e cremasco

Domande relative alla percezione del problema, all'interesse dei professionisti, alle possibili ripercussioni

- 7) Ritieni attualmente efficiente la collaborazione/interazione ospedale della tua ASST-territorio?
 - a. SI
 - b. No
- 8) Ritieni che l'attuazione di un efficace percorso di collaborazione? (*possibili risposte multiple*)
 - a. potrà essere utile per curare meglio il paziente;
 - b. sarà un carico lavorativo aggiuntivo;
 - c. potrà essere utile per migliorare il mio modo di lavorare agevolandomi nelle scelte decisionali e nella cura del pz;
 - d. non sarà mai possibile;

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

- e. non lo ritengo utile per la mia attività lavorativa;
 - f. altro... (*risposta aperta*)
- 9) In un processo di cambiamento ritieni (*possibili risposte multiple*)
- a. necessario coinvolgere i professionisti coinvolti
 - b. vorrei essere parte attiva del cambiamento
 - c. nessuna delle precedenti
- 10) Quali sono secondo te i limiti al possibile processo di collaborazione integrazione? (*possibili risposte multiple*)
- a. la formazione culturale dei professionisti
 - b. l'inefficienza dei sistemi informatici (piattaforme non condivise)
 - c. mancanza di tempo per discutere/confrontarsi con i colleghi
 - d. difficoltà del lavoro in equipe
 - e. mancanza di percorsi condivisi
 - f. mancata volontà di collaborazione
 - g. difficoltà di contatto tra colleghi (mancano es. recapiti telefonici per favorire comunicazioni ospedale e territorio e viceversa)
 - h. altro.... (*risposta aperta*)

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

5. DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

5.1 PROGETTO SPECIFICO: PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE DAL PS

Il progetto vede come specifico campo di applicazione iniziale il trattamento *condiviso domiciliare* del *paziente cronico*, che accede in Pronto Soccorso.

Condiviso

Il paziente viene valutato in Pronto Soccorso dal medico di Emergenza Urgenza che, se necessario, giova dell'ausilio dei medici specialisti ospedalieri per identificare i trattamenti e le cure a lui più idonei. Viene dimesso al domicilio, sulla base di criteri condivisi, e affidato alle cure dell'IFeC e riaffidato alle cure del MMG, per un percorso di trattamento che verrà supportato dal dialogo continuo tra i professionisti sanitari che lo hanno in cura.

Al domicilio l'IFeC provvede al monitoraggio e alla somministrazione delle terapie prescritte alla dimissione, interfacciandosi con il MMG che ha in carico il paziente, per valutarne l'evolutivezza e variare se necessario il percorso di cura. Esegue inoltre una valutazione multidimensionale del paziente per evidenziarne eventuali ulteriori bisogni.

Il MMG, a cadenza programmata o quando richiesto dall'IFeC, rivaluta il paziente per confermare il trattamento, effettuarne un downgrading quando le condizioni cliniche lo permettono, certificare la guarigione del paziente ed indicare i tempi di uscita dal protocollo, o, al contrario, richiedere, se necessario, un reingresso in Pronto Soccorso per una rivalutazione ematochimica, strumentale o Specialistica, in un contesto facilitato (ovvero zero tempi di attesa e zero tempi dedicati all'inquadramento iniziale, già avvenuto in occasione del primo ingresso) per una proficua ed efficiente continuità di cura. Qualora fosse necessario un ricovero, al paziente viene garantito il primo posto letto disponibile, per non aggiungere al suo percorso anche un tempo di «boarding».

Domiciliare

La casa diventa un luogo di cura protetto che si giova dell'azione e interazione di professionisti sanitari esperti che garantiscono un monitoraggio clinico attento ma non intensivo, flessibile a seconda delle mutate necessità del paziente, e un'adeguata erogazione e somministrazione delle cure.

Paziente cronico

Oggetto di questo progetto è il paziente affetto da almeno una patologia cronica, che accede in Pronto Soccorso per:

1. una riacutizzazione della stessa
2. per il sopraggiungere di un problema di salute intercorrente che ne metta a rischio la stabilità clinica.

Come chiaramente delineato dalle *Linee di indirizzo nazionali sull'OBI*, il tempo di permanenza in PS di un paziente non dovrebbe superare le 8 ore dal momento della presa in carico, per evitare che l'eccessiva permanenza in P.S. dei pazienti in attesa di ricovero determini ricadute negative sull'organizzazione ed un aumento del rischio clinico, come ampiamente riportato in letteratura. Questa fase, che comprende tutto il percorso del paziente all'interno del reparto di Emergenza

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

Urgenza, inizia con l'ingresso della persona da assistere, la sua accoglienza, la valutazione di Triage, la sua presa in carico e la gestione dell'eventuale attesa; continua con le successive fasi di visita medica ed inizio del percorso diagnostico terapeutico di PS, fino a uno dei possibili esiti:

- Destinazione in OBI, con permanenza di durata non inferiore alle 6 ore e non superiore alle 44 ore totali dalla presa in carico al triage.
- Ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera.
- Trasferimento presso altra struttura per acuti.
- Dimissione con affidamento alle strutture territoriali o residenziali, prevedendo se necessario il ritorno presso strutture ambulatoriali ospedalieri (follow up).

È in quest'ultimo esito che il nostro progetto si inserisce, auspicando che un numero crescente di pazienti vi possa accedere con garanzia di assistenza e cura adeguate e sicure.

Questo progetto, che si auspica essere il fondamento di altri successivi, si concentra in particolare su:

- paziente che accede in PS per una broncopneumopatia cronica riacutizzata (BPCO-R);
- paziente che accede in PS per uno scompenso cardiaco congestizio cronico riacutizzato (SCC-R);
- paziente affetto da almeno una patologia cronica (e.g.: BPCO, SCC, diabete mellito, insufficienza renale cronica) che accede in PS con febbre.

5.2 PROGETTO GENERICO: RIPARTIRE DAI PROFESSIONISTI PER AGIRE IL CAMBIAMENTO

Come declinato nei capitoli precedenti l'obiettivo generale del progetto è stato quello di valutare se il progetto specifico possa essere un modello operativo che permetta lo sviluppo di una modalità di lavoro fattivamente integrata, mirare a costruire una rete tra i professionisti ospedalieri e territoriali che si occupano dello stesso assistito in fasi diverse del percorso di cura, agevolati possibilmente anche da piattaforme gestionali, in fase di prossima applicazione, accessibili a tutti gli operatori coinvolti.

Le fasi del progetto possono essere sintetizzate in:

1° Fase

Il progetto è stato presentato nella seduta del consiglio dell'Ordine dei Medici e Chirurghi di Cremona del 7/3/23.

La proposta iniziale riguardava la somministrazione del questionario ai MMG iscritti all'Ordine provinciale e attivi sul territorio cremasco. Il presidente e i colleghi del Consiglio hanno ritenuto l'indagine di interesse per il nostro Ordine provinciale che da tempo e, in particolare negli ultimi anni, è attento al tema dell'integrazione ospedale territorio ed ha promosso, anche in fase pandemica, numerosi incontri formativi trasversali tra MMG e specialisti ospedalieri con l'obiettivo di avvicinare i professionisti.

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

2° Fase

Il questionario è stato inviato tramite la segreteria dell'Ordine a tutti gli iscritti a partire dal 3/4/23 ed è rimasto attivo fino al 22/4/23. E' stato inoltre inviato ai colleghi MMG e agli specialisti ospedalieri operanti nel distretto cremasco e cremonese, eventualmente iscritti di altri Ordini provinciali, grazie alla collaborazione dei responsabili delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT).

3° Fase

I dati raccolti in forma anonima e aggregata verranno analizzati e descritti nel progetto.

4° Fase

I dati verranno successivamente presentati in discussione in una seduta di consiglio OMCeO di Cremona e ai colleghi iscritti in occasione di un evento formativo.

Figura 9 - Tempistiche

Timing project work



Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

6. ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMETAZIONE O REALIZZAZIONE

Per l'analisi dei costi di presa in carico al domicilio del paziente arruolabile nel protocollo di dimissione da PS, dovremo considerare il costo dell'assistenza medico infermieristica e del materiale sanitario utilizzato. Sarebbe necessario avere disponibile una definizione della remunerazione di un accesso IFeC ad oggi non esistente e dell'accesso del MMG come percorso integrato: si potrebbe pensare per approssimazione di inserire il costo di un accesso ADI di livello 3 (al momento un accesso 40 euro/accesso) e considerare l'accesso del MMG come quota remunerata per paziente assistito in ADI. Un altro riferimento per un'analisi dei costi indiretta potrebbe essere il dato del costo di una giornata di trattamento domiciliare cure palliative che prevede un consuntivato medio giornaliero di 105,25 euro/die per il profilo specialistico e 55,75 euro/die per il profilo base.

Risulta molto più complesso il calcolo del costo diretto relativamente al materiale utilizzato quali farmaci, medicazioni, presidi ed altro: prevediamo di introdurre una scheda di registrazione di tutto il materiale utilizzato al domicilio in modo da poter procedere ex post ad un calcolo effettivo dei costi sostenuti.

Per il calcolo dei costi evitati si intende procedere utilizzando il costo medio di una giornata di ricovero in area medica per il numero di giornate di degenza media nella stessa area calcolando così un ipotetico costo evitato da confrontare con l'effettiva spesa sostenuta al domicilio.

Al calcolo del mero dato economico sarà aggiunta la rilevazione del benessere del soggetto e del suo caregiver nel permanere al domicilio per la prosecuzione delle cure, la soddisfazione dell'equipe di cura nella gestione domiciliare e la difficoltà/facilità negli scambi comunicativi tra i diversi operatori. Inoltre, tra i costi non sanitari, vi è da considerare la non perdita di una o più giornate di lavoro per il caregiver.

Il caregiver va considerato come risorsa di supporto: non è detto che non perda giornate di lavoro ma rimanendo in un contesto domiciliare potrebbe avere meno disagio nel prestare assistenza rispetto al recarsi in ospedale ad orari prefissati in un contesto meno accogliente e riservato.

Tra i costi del progetto si prevedono quelli da sostenere per risorse da dedicare a percorsi di formazione degli operatori coinvolti nel lavoro di equipe: è necessario prevedere momenti di condivisione strutturati per definire obiettivi di lavoro, metodi e ruoli che siano chiaramente declinati e accettati da tutti i soggetti coinvolti per evitare resistenze al cambiamento che rallentano le decisioni e interferiscono sulla messa in atto di nuovi percorsi.

I soggetti coinvolti appartengono a "mondi differenti" che parlano linguaggi differenti hanno necessità di sintonizzarsi su un linguaggio comune e di rielaborare insieme obiettivi, processi e procedure operative.

Potremmo ipotizzare un costo di intervento formativo di 3 mezze giornate per 10 operatori in 3000 euro con docente esperto esterno.

Una particolare attenzione va rivolta anche all'aspetto comunicativo che è il processo chiave che facilita il funzionamento delle equipe composta da soggetti che spesso non sono nella stessa sede operativa e quindi devono utilizzare strumenti e piattaforme di interoperabilità che supportino e facilitino l'azione comune

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

Lo strumento previsto per utilizzo territoriale è la piattaforma regionale in fase di allestimento SGGT che prevede specifiche aree per accoglienza, valutazione, stesura progetti e monitoraggio casi.

Non è ancora ben definita la possibilità di accesso ai MMG che dovrebbero potere almeno interagire in lettura per una prima fase sperimentale.

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

7. RISULTATI ATTESI

Progetto specifico

Abbiamo individuato i seguenti indicatori di processo e risultato.

Indicatori di processo:

- Numero di pazienti screenati in Pronto Soccorso
- Numero di pazienti per cui è stato attivato il percorso di presa in carico domiciliare
- Numero di pazienti per cui non è stato attivato il percorso di presa in carico domiciliare indicando motivazione (ad esempio personale medico e/o infermieristico non sufficiente, rifiuto del paziente/famiglia,)
- Numero di deviazioni dal protocollo con indicazione della possibile causa (mancata conoscenza del percorso da parte del personale in servizio, elevato turnover, elevato carico di lavoro)
- Analisi comparativa dei tempi di boarding in PS per i pazienti di area medica, prima e dopo l'attivazione del percorso.
- Analisi comparativa dei tempi di boarding in PS per i pazienti di area medica inseriti nel protocollo rispetto a quelli non inseriti

Indicatori di risultato:

- Pazienti seguiti al domicilio definiti "guariti"
- Pazienti che hanno necessitato di rientro in PS ("rientri")
- Esito dei "rientri": ricoverati vs riammessi al domicilio
- Numero di giorni di presa in carico
- customer satisfaction questionnaire del paziente
- customer satisfaction questionnaire della famiglia o del caregiver
- customer satisfaction questionnaire dell'equipe coinvolta nel percorso dall'ospedale al territorio

Progetto generico

Tra i risultati attesi si vuole mettere in evidenza la strutturazione di un'equipe multiprofessionale a forte integrazione territorio ospedale con sede di coordinamento nella CdC.

I professionisti che ne faranno parte dovranno effettuare un percorso che trasformi un gruppo pluridisciplinare in un'equipe interdisciplinare, inizialmente medico infermieristica, ma a tendere aperta all'inserimento di altre figure professionali, quali OSS, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali.

Il team dovrà quindi condividere:

-gli obiettivi

- il metodo

-i ruoli

-lo strumento comunicazione

Sarà necessario massimizzare apertura e confronto, consapevoli che la comunicazione è il processo chiave che permette il funzionamento dell'equipe garantendo lo scambio di informazioni funzionali al raggiungimento dei risultati.

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

Le nuove soluzioni applicative, uniche e centralizzate a livello regionale, saranno indispensabili nell'offrire le tecnologie digitali necessarie nel complesso processo di cura e assistenza in modalità integrata ospedale-territorio (medicina di prossimità).

Una volta avviato e revisionato il percorso, se efficiente ed efficace, andrà progettata e sostenuta la fase di verifica e manutenzione al fine di evitare il fenomeno della resilienza al cambiamento.

Risultati ottenuti dalla survey:

Alla survey inviata hanno risposto 247 medici, in particolare 223 dei 1789 iscritti all'OMCeO di Cremona al 3/4/23, data di avvio della survey. Hanno dunque risposto il 12.4% degli iscritti OMCeO di Cremona, percentuale che sale al 13.7% se consideriamo solo i 1627 colleghi ipoteticamente in attività lavorativa con età inferiore ai 75 anni. Al questionario hanno inoltre risposto anche 24 colleghi iscritti ad altri ordini provinciali che svolgono attività professionale nel territorio dell'ATS Val Padana, di cui 19 nel distretto cremasco.

Le 137 colleghe e i 110 colleghi hanno un'età mediana di 49 anni (range 27-75), distribuendoli per fasce d'età: 26 sono colleghi con meno di 35 anni, 116 hanno un'età compresa tra 35 e 55 anni, 93 tra il 56 e i 65 anni, 37 hanno un'età superiore ai 65 anni.

I professionisti che hanno aderito alla survey svolgono la loro attività professionale mediamente da 22 anni, in particolare 38 (15.4%) da meno di 10 anni, 100 (40.5 %) tra i 10 e 25 anni, 87 (35.2 %) tra i 26 e i 40 anni mentre 22 (8.9%) hanno più di 40 anni di anzianità di servizio.

Alla survey hanno risposto 83 colleghi che svolgono la propria attività come MMG di cui 11 in formazione, 127 specialisti ospedalieri di cui 6 in formazione e 37 tra consulenti, sumaiisti, gettonisti, colleghi operanti in strutture residenziali o riabilitative (IDR, RSA).

In relazione alla sede attuale di lavoro, 97 sono i colleghi del distretto cremasco (47 in ASST-Crema, 36 MMG e 12 in altre strutture), 98 nel distretto cremonese (39 in ASST-Cremona, 29 MMG e 30 in altre strutture), 11 in ATS Val Padana di cui 6 MMG, mentre 43 colleghi dell'OMCeO di Cremona svolgono la loro attività in strutture fuori provincia (36 come specialisti ospedalieri e 7 come MMG).

198 colleghi, ovvero circa l'80 % degli aderenti alla survey, non ritengono attualmente efficiente la collaborazione e l'interazione tra l'ospedale della propria ASST e il territorio. La percentuale non si modifica valutando nello specifico il distretto cremasco, quello cremonese e i distretti fuori provincia. Se effettuiamo una sotto analisi, l'85% degli specialisti ospedalieri e il 78.3% degli MMG esprime un giudizio negativo. Anche secondo 10 degli 11 colleghi di ATS l'interazione non è efficiente. Non si evidenzia invece una differenza significativa nelle risposte in relazione al genere.

All'ipotesi della realizzazione attuativa di un efficace percorso di collaborazione ospedale e territorio, i colleghi attribuiscono un giudizio di utilità in primis per la cura del paziente (165 voti), a seguire per le proprie scelte decisionali professionali e per la cura del paziente (136 voti). Il 7.2% degli intervistati vede nella proposta un carico di lavoro aggiuntivo, il 6.8% è scettico sulla realizzazione rispondendo: "non sarà mai possibile", l'1.6% non ne evidenzia l'utilità. La domanda prevedeva la possibilità di risposte aperte; abbiamo raccolto altri 9 giudizi positivi, in particolare è stata sottolineata l'utilità del percorso per snellire le liste di attesa e per ridurre gli accessi in PS, un collega ha definito il percorso indispensabile, un altro auspicabile ma difficilmente realizzabile, è stato sottolineato il peggioramento post COVID attribuito al carico burocratico lavorativo. E' stato inoltre indicata la necessità di incontri periodici tra i vari attori del sistema.

In un processo di cambiamento il 79.7% ritiene necessario coinvolgere i professionisti, il 29.2% vorrebbe essere parte del cambiamento, mentre l'8.1% non si identifica in nessuna delle 2 possibilità

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

di risposta. Da evidenziare a nostro avviso che 52 dei 72 colleghi disponibili ad essere coinvolti attivamente nei processi di cambiamento abbiano un'età inferiore ai 55 anni.

Tra le risposte a scelta multipla in merito ai limiti del possibile processo di collaborazione e integrazione, sono state individuati come principali ostacoli: la mancanza di percorsi condivisi (132 voti), l'inefficienza dei sistemi informatici in particolare di piattaforme non condivise (131 voti) e la mancanza di tempo per discutere e confrontarsi con i colleghi (127 voti). La necessità di piattaforme condivise viene richiesta dall'88% dei giovani medici (<35 anni), passando al 54% per i colleghi tra i 35 e i 55 anni, e al 34% dei colleghi con età superiore ai 56 anni.

Circa la metà dei partecipanti (115 voti) ha inoltre evidenziato la difficoltà di contatto tra colleghi ("mancano es. recapiti telefonici per favorire comunicazioni ospedale e territorio e viceversa"). Il problema è stato espresso dal 92% dei giovani medici, mentre è ritenuto meno rilevante per i colleghi delle fasce di età tra i 35 e i 55 anni (40%) e sopra i 55 anni (34%).

Analizzando le risposte che volte ad indagare il ruolo del medico, più di un terzo degli intervistati ritiene che la formazione culturale dei professionisti sia di ostacolo all'integrazione e altrettanti che vi sia una mancata volontà. In merito alla mancata volontà non si rileva una variazione nelle diverse fasce di età. 40 colleghi hanno inoltre attribuito alla difficoltà del lavoro d'equipe uno dei possibili limiti all'integrazione. Alla voce "altro" sono state inserite 7 risposte aperte che hanno individuato i possibili ostacoli nella mancanza di personale, nell'impossibilità di comunicare con i colleghi dell'ospedale, nella mancata conoscenza reciproca dei carichi di lavoro e infine nelle dinamiche politiche e sindacali.

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

8. CONCLUSIONI

La significativa adesione dei colleghi iscritti all'OMCeO di Cremona alla survey formulata evidenzia come sia sentito il tema dell'integrazione ospedale-territorio, quali siano le problematiche percepite e come un'efficace collaborazione tra professionisti operanti nel distretto territoriale possa essere un'opportunità di miglioramento della propria performance lavorativa a supporto del paziente.

Riteniamo soddisfacente la risposta?

La riteniamo piuttosto incoraggiante nei numeri e ancora più da incoraggiare, perché è evidente che, in un contesto di sproporzione tra risorse e richieste sanitarie, la fattiva collaborazione tra i professionisti possa permettere di rispondere in maniera adeguata ed efficace alla domanda di salute della persona.

Abbiamo dunque provato a pensare di strutturare un percorso di relazioni professionali dove la cultura aziendale di integrazione contamina tutti gli attori nella logica di un linguaggio comune che ad oggi, nonostante la nutrita normativa, stenta ancora a decollare. Il progetto permetterà di favorire la conoscenza e la condivisione di strumenti operativi che facilitino il lavoro d'equipe per la gestione di casi sempre più complessi, attraverso la messa in campo di sinergie e forze che costruiscano e non complicano, di valori e obiettivi condivisi che uniscano e non dividano nella logica di difendere il proprio ruolo. Per questo occorre formare e consolidare una nuova categoria di professionisti disposti a raccogliere questa sfida.

Gli strumenti tecnologici offrono infinite possibilità di interazione ma dietro ci deve essere un assetto organizzativo e professionale adeguatamente strutturato per resistere all'usura e alla fatica richieste per traghettarci nella nuova prospettiva di un modello dove non vi siano barriere ed ostacoli ma porte per facilitare il passaggio da un setting assistenziale all'altro nel rispetto dell'unicità della persona che sempre più necessita di progetti personalizzati.

Vorremmo utilizzare questo momento per ricucire relazioni professionali tra specialisti ospedalieri e MMG che non sono state sempre adeguatamente coltivate. Emerge dalla survey che i professionisti hanno il desiderio comune di non essere soli e quindi vorremmo affrontare una piccola sfida nel progettare un percorso, minima parte del tutto, in collaborazione stretta con i MMG fin dalla progettazione per conoscere il pensiero ed i suggerimenti in un modello partecipato e non calato dall'alto, percorso nei fatti bidirezionale dove l'ospedale va verso il territorio e il territorio va verso l'ospedale.

Nello specifico siamo partite dall'emergente problema del boarding di PS e della cronica carenza di posti letto muovendoci nel preciso campo delineato dal Piano Nazionale Esiti (PNE) 2022 in merito alle ospedalizzazione potenzialmente "evitabili" e ad alto rischio di inappropriata che identifica nello scompenso cardiaco (126.840 ricoveri in Italia nel 2021) quella a maggiore impatto dal punto di vista della numerosità e nella BPCO quella con maggior tasso medio di ospedalizzazione (1.01‰). Infine, un'altra patologia tracciante rispetto all'ospedalizzazione evitabile è rappresentata dalle infezioni del tratto urinario, causa tra le più frequenti di febbre nell'anziano e uno dei motivi che lo conducono più frequentemente in PS.

Nel progetto abbiamo affrontato l'obiettivo in un'ottica nuova e diversa rispetto a quanto indicato dal PNE, ovvero strutturare un percorso di dimissione da PS di pazienti cronici riacutizzati potenzialmente

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

gestibili al domicilio solo se trattati con tempi e modalità di intervento preordinati e con circolarità di informazioni.

Ipotizziamo che attraverso la messa in campo degli elementi enunciati potrà essere più facilmente atualizzabile l'obiettivo molto ambizioso di rendere sempre più la "casa il luogo di cura".

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

9. CONTRIBUTO PERSONALE

Dott.ssa Givoia: analisi realtà territoriale e della Casa della Comunità in fase di attivazione, previsione costi, rapporti con AFT.

Dott.ssa Guerra: rilevazione bisogni realtà ospedaliera in particolare di PS-OBI, progettazione protocollo di presa in carico.

Dott.ssa Pasquini: progettazione e analisi della survey, coinvolgimento OMCeO di Cremona, analisi di raccordo.

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

RIFERIMENTI NORMATIVI

L.R. n.23 dell'11/8/2015 "Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)"

L.R.22 del 14 dicembre 2021 "Modifiche al titolo I e al Titolo VII della legge 30 dicembre 2009, n.33"

D.M. 71/2022 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

DGR X/6164 del 30/01/2017 «Governo della domanda: avvio della presa in carico dei pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art.9 della Legge n° 23/2015

DGR X/6551 del 04/05/2017 «Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili»

DGR X/7038 del 03/08/2017 «Ulteriori determinazioni e indicazioni operative per la procedura di valutazione degli idonei di cui alla DGR X/6551 del 4/5/2017: 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 33/2009

DGR X/7655 del 28/12/2017 «Modalità di avvio del percorso della presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della DGR n° X/6551 del 04/05/2017

Decreto n° 9841 del 06/07/2018 e Allegato Disposizioni attuative alla DGR n.° 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 n.° X/6551 del 04/05/2017»

DGR XI/412 del 02/08/2018 «Ulteriori determinazioni in ordine al percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile a seguito delle DD.GG.RR nn.° X/6164/17, X/6551/17, X/7038/17, X/7655/17

PNRR - Missione 6 - Component 1 (M6C1): Reti di prossimità, Strutture e Telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Regione Lombardia. Legge regionale 14 dicembre 2021n. 22 Mod

D.M. 71/2022 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

[Decreto del Ministero dell'economia e finanze, 6 agosto 2021](#), recante "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione"

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

[Decreto del Ministero dell'economia e finanze, 23 novembre 2021](#), recante "Modifiche alla tabella A del decreto 6 agosto 2021 di assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione per la trasformazione digitale"

Regione Lombardia, DELIBERAZIONE N° XI / 6893 Seduta del 05/09/2022: approvazione del documento tecnico "interventi per l'efficientamento del flusso dei pazienti al Pronto Soccorso.

Ministero della Salute (2007) Raccomandazione n. 8 per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

BIBLIOGRAFIA

Piano della Performance 2022-2024 ASST Crema

Chong, C. P., Haywood, C., Barker, A. and Lim, W. K. (2013), Emergency Department length of stay and mortality. *Australasian Journal on Ageing*, 32: 122-124.

Voss, S., Lloyd, T., Caldwell, N., Bengner, J. (2011), Violence in the emergency department, *British Journal of Hospital Medicine*, (72)12: 484-485.

F. Anzivino, L. Palestini, M. A. Nicoli. (2013) Valutazione multidimensionale dei percorsi di continuità assistenziale gestione sul territorio secondo il chronic care model. Agenzia sanitaria e sociale regionale

D. Trevisani (2019) *Ascolto attivo ed empatia: i segreti di una comunicazione efficace*. FrancoAngeli editore.

GOLD REPORT: global strategy for prevention, diagnosis and management of CPD: 2023 report.

Fondazione Gimbe. (10 dicembre 2019) Oltre 3,5 milioni di persone con Bpco: puntare su prevenzione, diagnosi precoce e coinvolgimento dei pazienti. *Il sole 24 ore*, Fascicolo Sanità.

NICE (2003 1-44). *Clinical Guideline 5. Chronic heart failure. Management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care*. London.

Heidenreich Paul A. et Al. (2022) *AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines*. *Circulation* 2022; 18: 895 - 1032.

Latini R, Masson S, Anand I, Salio M, Hester A, Judd D, et al. (2004) For the Val- HeFT Investigators. The comparative prognostic value of plasma neurohormones at baseline in patients with heart failure enrolled in Val- HeFT. 25: 292- 9. *Eur Heart J*.

DeWitt S. et Al. (2017) Evaluation of fever in the emergency department. 35: 1755 – 1758 *American Journal of Emergency Medicine*.

Aloisio E, Dolci A, Panteghini M. (2019) Procalcitonin: between evidence and critical issues. 496: 7 – 12. *Clinical Chimica Acta*.

Hamade B, Huang D.T.(2020) Procalcitonin: where are we now? Jan; 36(1):23 – 40. *Crit Care Clin*.

AGENAS - MONITOR - Elementi di analisi e osservazione del sistema salute 45 PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA MISSIONE SALUTE Editoriale Direttore Generale Domenico Mantoan - Presentazione Presidente Enrico Coscioni.

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

Rapporto sui risultati delle principali attività di prevenzione, controllo e promozione della salute del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria di ATS Val Padana anno 2019. Edizione 2020.

Il paziente con patologia cronica riacutizzata: ipotesi di un percorso di cura condiviso tra pronto soccorso e territorio nella ASST di Crema.

SITOGRAFIA

Italia Domani Piano Nazionale di Ripresa e resilienza <https://italiadomani.gov.it/it/home.html>
Ministero della Salute, Alleanza italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari, 27 Settembre 2022.

Rapporto sui risultati delle principali attività di prevenzione, controllo e promozione della salute del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria di ATS Val Padana 2019. https://www.ats-valpadana.it/documents/1654672/11325804/Rapporto_Risultati_DIPS_2019.pdf/17846599-ed9c-cbcf-78d8-f6d93aa5474c

Programma Nazionale Esiti 2022. <https://agenas.gov.it/primo-piano/1836-presentazione-programma-nazionale-esiti-2020>

Codice di deontologia medica 2014. <https://portale.fnomceo.it/codice-deontologico>

