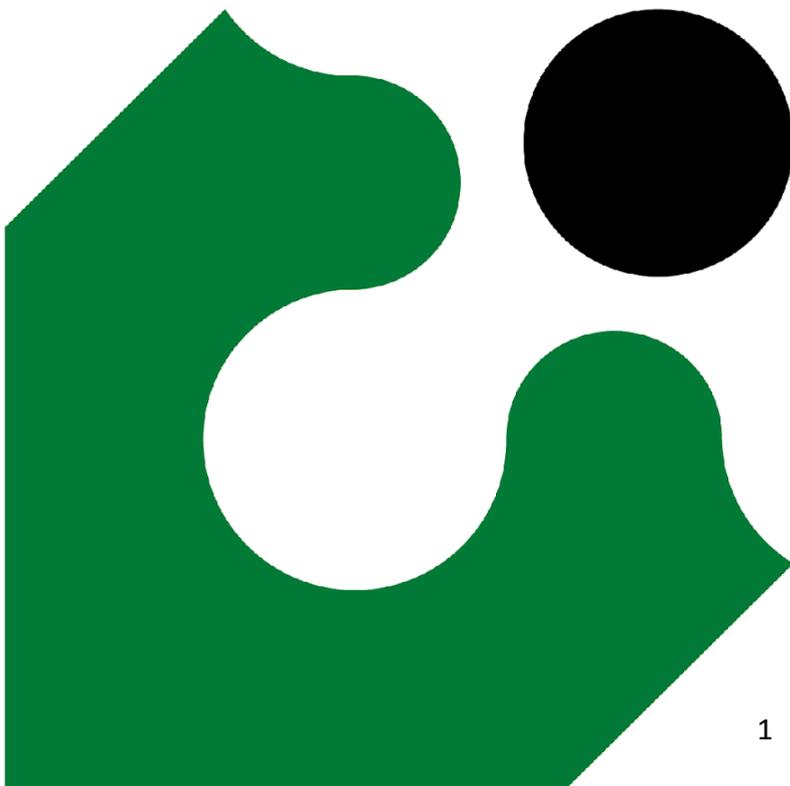


**L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria
e Casa della Comunità come modello per la
gestione del paziente nella transizione dal setting
di degenza a quello del territorio**

Emanuela Cursaro
Giuseppe Di Tano
Daniela Invernizzi
Roberto Turato

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

anno 2023/2024



L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

Corso di formazione manageriale per Dirigente di struttura complessa

Codice edizione UNIMI DSC 2301/CE

Ente erogatore Università degli Studi di Milano

GLI AUTORI

Dottoressa Emanuela Cursaro, Direttore struttura complessa di Riabilitazione Cardiorespiratoria, Cassano D'Adda, ASST Melegnano e Martesana, emanuela.cursaro@asst-melegnano-martesana.it

Dottor Giuseppe Di Tano, Direttore struttura complessa di Cardiologia, Cernusco sul Naviglio, ASST Melegnano e Martesana, giuseppe.ditano@asst-melegnano-martesana.it

Dottoressa Daniela Luigia Invernizzi, Direttore struttura complessa, Distretto Alta Martesana, ASST Melegnano e Martesana, daniela.invernizzi@asst-melegnano-martesana.it

Dottor Roberto Turato, Direttore struttura complessa di Riabilitazione Cardiorespiratoria, ASST Ovest milanese, roberto.turato@asst-ovestmi.it

Il docente di progetto

Professoressa Anna Prenestini, professore associato di Economia Aziendale, Dipartimento di Economia, Management e Metodi Quantitativi, Università degli Studi di Milano

Il Responsabile didattico scientifico

Professore Federico Lega, professore ordinario di Economia, Politica e Management Sanitario, Università degli Studi di Milano

Publicazione 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

L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

INDICE

INDICE	3
INTRODUZIONE	4
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	7
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	8
METODOLOGIA ADOTTATA	9
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	19
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	20
RISULTATI ATTESI	23
CONCLUSIONI	25
CONTRIBUTO PERSONALE	25
RIFERIMENTI NORMATIVI	26
BIBLIOGRAFIA	27
SITOGRAFIA	28
ACRONIMI/CLASSIFICAZIONI CLINICHE	29

L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

INTRODUZIONE

L'interazione tra l'ospedale e il territorio rappresenta un fondamentale obiettivo strategico nell'attuale Sistema Sanitario Nazionale. I fattori sottesi sono molteplici, sia in relazione alla domanda che all'offerta di salute.

Dal lato della domanda, i cambiamenti demografici e sociali, rappresentati dall'aumento della popolazione anziana e dal conseguente aumento delle patologie croniche, si sono tradotti in una aumentata richiesta di prestazioni, servizi e ricoveri. Pazienti sempre più complessi e polipatologici ricorrono con aumentata frequenza ai servizi sanitari e all'ospedalizzazione, in condizioni di sovraffollamento del pronto soccorso e allungamento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere. Un aumento dell'incidenza e della prevalenza di persone con disabilità acquisite o malattie degenerative comporta altresì un maggior bisogno assistenziale, con necessità di risposte sociosanitarie integrate; il tutto in un contesto sociale di aspettative crescenti per la cura e l'assistenza delle persone e con il coinvolgimento sempre più gravoso e diretto da parte di famigliari e caregivers.

Dai dati ricavabili da Open Data di Regione Lombardia, la cura delle malattie croniche nella nostra regione incide per il 70% della spesa sanitaria e riguarda circa 3,5 milioni di abitanti, pari a circa il 30% della popolazione, numero che si stima aumenterà nei prossimi anni, come evidenziato nel Piano Socio Sanitario Regionale Lombardo 2023-2027

Dal lato dell'offerta, l'efficacia delle cure per i pazienti acuti, le innovazioni tecnologiche e delle tecniche mediche e un approccio sanitario incentrato su una elevata presenza ospedaliera nel territorio lombardo, hanno modificato i processi e i setting assistenziali, con degenze ospedaliere più brevi e una conseguente necessità di prosecuzione dei processi di cura sul territorio o al domicilio.

In questo panorama socioassistenziale, è necessario dare il via all'attivazione di percorsi strutturati, incentrati sulla presa in carico della persona cronica e/o fragile e all'ideazione e alla realizzazione di nuove soluzioni assistenziali, che prevedano il processo di cura dall'ospedale al territorio, in un continuum assistenziale.

La nascita dei nuovi Distretti e in particolare la creazione delle Case della Comunità (CDC) assicurano una continuità nel percorso di cura territoriale, a partire da un appropriato e adeguato utilizzo dei servizi disponibili, grazie ai fondi dedicati al progetto salute del PNRR.

Nelle CDC è previsto si realizzino le funzioni di valutazione multidimensionale e case management, per supportare il percorso di presa in carico, partendo dai bisogni di natura clinica e assistenziale del paziente e dal territorio di prossimità. Lo scopo di questo setting di cura si realizza nel mantenere aggiornata la mappatura dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari presenti sul territorio e delle relative modalità di accesso, nell'individuare la disponibilità di posti nelle unità d'offerta territoriale, nel ricevere le segnalazioni di dimissione e le richieste di accoglienza, nella unità d'offerta sociosanitaria, nel definire protocolli di dimissione e ammissione protetta che tengano conto anche del possibile invio di pazienti dal pronto soccorso ospedalieri, nell'interagire con le strutture di degenza di comunità e con il caregiver, nell'assicurare la continuità della presa in carico del paziente e il percorso di accompagnamento al domicilio, nel modulare interventi di cure primarie, integrandole sempre più con la medicina specialistica, spostando sul territorio la risposta ai bisogni di cura e assistenza di medio-bassa intensità, di follow-up e riabilitazione.

L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

Sul versante ospedaliero di cura, la riabilitazione cardiorespiratoria si occupa di prendere in carico i pazienti che hanno superato un ricovero per evento acuto cardiovascolare o respiratorio e che non sono ancora in grado di essere dimessi al domicilio, ad esempio subito dopo infarto miocardico acuto, uno scompenso cardiaco, un intervento cardiocirurgico, oppure dopo malattie polmonari acute o riacutizzazioni di broncopneumopatie croniche.

È noto che le malattie cardiache costituiscono la principale causa di morbilità, mortalità e disabilità, con una storia naturale caratterizzata da fasi di instabilità (esordio-ospedalizzazione e fasi di riacutizzazioni con riospedalizzazioni) e fasi di cronicità e per questo rappresentano una sfida continua, che deve passare attraverso la creazione di modelli di gestione condivisa tra ospedale e territorio e oltre ad un importante carico assistenziale e sociale, si associano ad un considerevole impatto economico sul sistema sanitario nazionale.

Ad esempio, considerando il Rapporto Nazionale SDO 2021 del Ministero della Salute, per lo scompenso cardiaco, il costo annuo sul SSN è di 11.800 euro a paziente, dei quali l'85% va al costo dei ricoveri, il 10% per i farmaci e il 5% per le prestazioni specialistiche.

Rivolgendo poi l'attenzione all'ambito della broncopneumopatia cronica, dati ISTAT, ricavati dal sito Sanità 24 del Sole 24 ore del 2019, ci dicono che questa patologia affligge circa 3.5 milioni di italiani ed è responsabile del 55% dei decessi per malattie respiratorie, con un impatto economico sul SSN molto rilevante.

Se poi consideriamo il Piano Nazionale Esiti (PNE) del 2017 (prepandemico), il tasso di ospedalizzazioni per BPCO è circa del 2 per mille, per un totale di circa 110 mila ricoveri ordinari e 3400 ricoveri in day hospital, che comportano circa un milione di giornate di degenza. Sempre dallo stesso data base, se ne ricava una mortalità ospedaliera a 30 giorni dalla riacutizzazione di circa il 10%, con un tasso di riospedalizzazioni nello stesso lasso di tempo del 13.45%, per un totale di 73000 nuovi ricoveri.

Il PNE documenta inoltre, notevoli differenze inter e intraregionali, a dimostrazione della estrema variabilità nel percorso di cura, rimarcando la necessità di avere una migliore e più omogenea gestione di questo tipo di pazienti. Facendo riferimento al documento della associazione scientifica pneumologica internazionale GOLD, è stato stimato nel 2022, che nei paesi europei i costi complessivi delle malattie respiratorie, ammontano a circa il 6% del budget sanitario totale, con la BPCO che ne rappresenta il 56%, pari a 38.6 miliardi di euro. Per quanto riguarda la spesa farmacologica per broncopneumopatia, i dati italiani del 2020, nel rapporto OSMED, descrivono una spesa di 1,3 miliardi di euro, con un'aderenza alla terapia che si attesta intorno al 23%, che rimane come per le altre patologie croniche, comprese quelle cardiache, inferiore al 50%.

Se la cura ospedaliera rimane la risposta più "semplice e diretta" ad una riacutizzazione di malattia, l'ambito dell'assistenza territoriale e soprattutto la fase di transizione dall'ospedale al territorio, risultano condizioni attualmente non ancora omogenee, per incompletezza organizzativa dei percorsi post-ospedalieri, a cui contribuisce anche il mancato coordinamento delle molteplici figure assistenziali (medico ospedaliero, specialista del territorio, medico di medicina generale, infermiere del territorio, assistenti sociali, ecc), che restano comunque partners di riferimento del "*clinical journey*" del paziente post-acuto o cronico-riacutizzato.

Inoltre anche i bisogni assistenziali dei pazienti ricoverati, spesso anziani, con elevata complessità frequentemente comorbidi e con un contesto familiare sociale-economico inadeguato, impongono la necessità di modelli gestionali di supporto sempre meno rigidi e individualizzati.

L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

Dove presenti, le strutture di riabilitazione cardiorespiratoria potrebbero rivestire un ruolo cruciale, nella gestione della fase di transizione dal setting degenziale al territorio.

È dimostrato infatti che superata la fase degenziale acuta, un passaggio assistenziale riabilitativo sia in grado di promuovere la stabilizzazione clinica, migliorare la prognosi a distanza, incrementare la capacità funzionale, la qualità di vita e la ripresa di funzione sociale

Tale modello di cura può rappresentare per le sue intrinseche peculiarità, un reale collettore tra le esigenze dell'ospedale e quelle del territorio, sia per la presenza di un team sanitario polispecialistico che per possibilità di utilizzo appropriato di valutazioni cliniche a distanza quali la teleriabilitazione, la telemedicina e il teleconsulto.

In Lombardia, considerando il Dataset regionale SDO (codice 56, MDC 05), le Riabilitazioni cardiologiche coprono quasi un quinto del monte letti complessivo riabilitativo cardiologico nazionale e nel 2021, i circa 50 centri di RC attivi sia nel setting degenziale che ambulatoriale ed in alcuni contesti della teleriabilitazione, hanno prodotto circa 10.000 ricoveri, per un totale di circa 190.000 giornate di degenza, tendendo a un riallineamento con i numeri pre COVID . Il confronto con gli anni pre-pandemia, ha evidenziato una riduzione del 15% delle strutture, con i dati relativi ai ricoveri e alle giornate di degenza nelle strutture di CR mostrate in tabella.

	2018	2019	2020	2021
Strutture eroganti Ricoveri	64	62	61	55
Ricoveri	14.918	14.584	10.135	10.146
Giornate degenza	277.302	270.226	180.523	187.435

Facendo nuovamente riferimento ai dati SDO 2021, contenuti nel "rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero", del Ministero della Salute, possiamo notare che, l'attività di Riabilitazione in regime ordinario riguarda le patologie cardiocircolatorie per il 13% dei ricoveri riabilitativi generali e per circa il 6% le patologie dell'apparato respiratorio. Anche dal lato dei ricoveri per acuti le malattie cardiovascolari e respiratorie, si collocano al primo e al terzo posto per frequenza di categoria diagnostica (MDC: Major Diagnostic Category) . Il tutto con un costo complessivo per tutti i ricoveri, di 26,3 miliardi di euro, dei quali 24,5 per i ricoveri acuti e 1,6 miliardi per i ricoveri in riabilitazione.

Poichè in merito all'assistenza territoriale, il modello organizzativo proposto con la DGR n. XI/6760 del 2022, prevede che la componente ospedaliera partecipi attivamente all'assistenza territoriale, la riabilitazione cardiorespiratoria favorirebbe l'attuazione di questa indicazione di presa in carico del paziente , garantendo un percorso clinico-assistenziale più efficace ed efficiente.

Va ricordato da ultimo, che nella DGR 1827 del gennaio 2024, la riabilitazione rimane presente quale livello essenziale di assistenza (LEA).

A fronte di tutte queste considerazioni, la presenza delle riabilitazioni cardiorespiratorie, che attualmente si occupano di riabilitare il paziente colpito da un recente evento acuto cardiocircolatorio o respiratorio, andrebbe finalizzata anche al passaggio della presa in carico territoriale del paziente

Nel nostro progetto siamo partiti da due aziende sociosanitarie lombarde, ASST Ovest Milanese e ASST Melegnano-Martesana che hanno al loro interno una riabilitazione cardiorespiratoria e abbiamo analizzando le caratteristiche specifiche di ciascuna struttura e la gestione del paziente alla dimissione , per arrivare a definire un modello di presa in carico del territorio , attraverso le CDC.

L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

OBIETTIVI STRATEGICI

Sulla base dell'attuale assetto organizzativo sanitario e socio sanitario regionale e nazionale, i nostri obiettivi strategici si inseriscono nel contesto di una sempre maggiore interazione tra ospedale e territorio

A partire dalle indicazioni contenute nel DM 70/2015, che oltre agli standard di qualità, pone l'accento sui percorsi assistenziali, l'health technology assesment e una assistenza basata sulla centralità dei bisogni della persona.

Passando poi nel 2021, alla Legge Regionale 22 , sull'assetto sanitario territoriale e il DM 77 che riforma l'assistenza territoriale e le cure primarie, per finire nel dettaglio alle delibere regionali 2022 sulle case di comunità e le disposizioni attuative del PNRR.

Il nostro progetto prevede:

- l'organizzazione del processo clinico-assistenziale del territorio, con una presa in carico del paziente che viene definita e determinata prima della dimissione ospedaliera
- il coordinamento dei sanitari dell'ambito ospedaliero (Riabilitazione) e territoriale (Casa della Comunità)
- la riduzione di prestazioni sanitarie ambulatoriali inappropriate (esami strumentali e visite specialistiche)
- la riduzione degli accessi al Pronto Soccorso
- la riduzione delle riacutizzazioni
- il miglioramento dell'aderenza terapeutica

OBIETTIVI SPECIFICI

Prima della dimissione dalla Riabilitazione Cardiorespiratoria, il paziente viene categorizzato sulla base del rischio di riacutizzazione di malattia e affidato alla casa di comunità con un percorso predefinito, proporzionato al bisogno di sorveglianza clinico-assistenziale . Vengono coinvolti IFEC, MMG e prenotati esami ambulatoriali con timing differenti, sulla base delle reali esigenze di sorveglianza e cura Attraverso incontri periodici tra sanitari dell'ambito riabilitativo ospedaliero e dell'ambito territoriale, si prevede di affinare la presa in carico e migliorare i percorsi socio assistenziali di sorveglianza territoriale

L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

I beneficiari del progetto sono tutti quei pazienti e i loro caregivers, che transitano da un reparto di riabilitazione cardiorespiratoria.

- al momento della dimissione dall'ospedale, conoscerebbero il loro percorso di follow-up e avrebbero già chiari i tempi e i modi dell'assistenza sanitaria sul territorio
- godrebbero di una presa in carico più prolungata, adeguata alla patologia
- i pazienti polipatologici e con bisogni di natura sociale, usufruirebbero di una assistenza socio territoriale integrata
- risparmierebbero il tempo dedicato agli spostamenti, per il principio della prossimità delle CDC

I destinatari sono gli operatori sanitari che lavorano nell'ambito della riabilitazione cardiorespiratoria e della casa della comunità:

- Specialisti ospedalieri della riabilitazione cardiorespiratoria
- Specialisti ambulatoriali
- Medici di medicina generale (MMG)
- Infermieri dell'ambulatorio dello scompenso e pneumologico
- Infermieri di famiglia e comunità (IFEC)
- Professionisti in ambito sanitario (fisioterapisti, dietisti e psicologi)
- Assistenti sociali

I destinatari, secondo il nostro progetto, risulterebbero anche beneficiari, in quanto trarrebbero vantaggi

- da un percorso meglio organizzato, più chiaro e definito
- da un confronto professionale tra operatori di diversi ambiti, che accrescerebbe le loro competenze professionali
- interventi di cura più rapidi e risolutivi e anticipatori delle riacutizzazioni
- maggiore consapevolezza e partecipazione al processo di cura della persona

L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

METODOLOGIA ADOTTATA

Analisi in due fasi, secondo il processo "AS IS e TO BE":

AS IS

- Mappatura e analisi dell'attuale percorso del paziente in due riabilitazioni cardiorespiratorie lombarde, una a prevalente indirizzo cardiologico, nella ASST Ovest milanese e l'altra a prevalente indirizzo pneumologico, nella ASST Melegnano-Martesana. Per la mappatura sono presi in considerazione i seguenti dati: tipologie dei pazienti all'arrivo, gli operatori sanitari coinvolti, interazioni con gli operatori del territorio, il percorso alla dimissione.
- Mappatura e analisi dell'attuale assetto organizzativo nei Distretto nel territorio della ASST Melegnano-Martesana e ASST Ovest milanese

TO BE

- Stratificazione dei pazienti alla dimissione dalla riabilitazione cardiorespiratoria, basato sul rischio di riacutizzazione della malattia, allo scopo di poterli affidare alla Casa della Comunità secondo un percorso clinico-assistenziale appropriato
- Stratificazione dei pazienti in tre gruppi di rischio: basso, intermedio e alto
- Organizzazione del percorso più adatto per la presa in carico territoriale per ciascuno dei tre gruppi
- Quantificazione in percentuale e in senso assoluto del numero di pazienti/mese da indirizzare a ciascun percorso e da affidare alla CDC

L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

1.1 AS IS - Funzione e ruolo della Riabilitazione Cardiorespiratoria

La riabilitazione cardiorespiratoria è una specialità medica ospedaliera, che si occupa della presa in carico del paziente, una volta che questi ha superato la fase acuta. Oltre alla stabilizzazione clinica, l'obiettivo è quello di migliorarne la prognosi e la qualità della vita, mettendo in atto tutti gli interventi utili a garantire il ritorno alla vita sociale, nelle migliori condizioni fisiche, psicologiche e sociali, limitando anche il rischio di recidive e di ricoveri

Regolato dalla DGR X/1980 del 20-6-2014, questo assetto riabilitativo, si colloca nella definizione della riabilitazione intensiva, in precedenza definita ex specialistica.

Per i criteri di appropriatezza il Decreto Ministeriale 5/8/2021, rimanda al decreto del 18/10/2012, con riferimento alle categorie MDC (major diagnostic categories), numero 5 per l'apparato cardiovascolare e numero 4 per le malattie dell'apparato respiratorio, disciplinato dal codice 56 per il recupero e la riabilitazione funzionale dei pazienti affetti da disabilità importanti e modificabili.

L'intervento si realizza attraverso la stabilizzazione delle condizioni cliniche, l'ottimizzazione della terapia farmacologica, il trattamento della disabilità, l'educazione allo stile di vita corretto, la prosecuzione e il rinforzo della prevenzione secondaria, il mantenimento dell'aderenza alla terapia e la gestione delle comorbidità.

Durante la fase degenziale, è richiesta la presenza di un team multiprofessionale, che comprende medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi, dietisti e assistenti sociali.

Il percorso riabilitativo comprende:

- l'accettazione del paziente con l'apertura di una cartella clinica, infermieristica e la stesura di un progetto riabilitativo individuale (P.R.I.) e di un programma riabilitativo individuale (p.r.i.) con scale di valutazione delle disabilità e delle necessità riabilitative.
- la presa in carico del terapeuta della riabilitazione con documentazione delle scale valutative iniziali e finali, con documentazione dei trattamenti eseguiti e del grado di recupero
- il controllo medico finale con stesura della lettera di dimissione, contenente diagnosi, dati anamnestici, remoti e prossimi, il tipo di intervento svolto, le condizioni alla dimissione, consigli terapeutici e comportamentali, rivolti al paziente e al medico di medicina generale.

Attualmente i criteri di appropriatezza sono in via di revisione con la "nuova SDO-R", allo scopo di descrivere l'intervento riabilitativo modo più dettagliato dal punto di vista del paziente e più uniforme dal punto di vista delle strutture

L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

1.2 LA DIMISSIONE DALLA RIABILITAZIONE CARDIORESPIRATORIA DI CUGGIONO, ASST OVEST MILANESE

Il follow-up può prevedere:

1. Invio generico al medico di medicina generale, attraverso la lettera di dimissione, con indicazioni a visite o prestazioni specialistiche ambulatoriali
2. Invio a valutazione specialistica presso gli ambulatori aziendali dello scompenso cardiaco (Cuggiono, in carico alla Riabilitazione o Legnano, in carico alla Cardiologia), con possibilità di inserimento anche nel percorso di telemonitoraggio multiparametrico domiciliare attraverso una segnalazione agli infermieri di famiglia, oppure attraverso devices in carico direttamente all'ambulatorio dello scompenso
3. Per pazienti con decubiti, ferite o portatori di catetere vescicale e meritevoli di gestione sanitaria a breve termine, viene fissato un appuntamento presso gli ambulatori infermieristici ospedalieri dei 4 Presidi (Legnano, Magenta, Cuggiono, Abbiategrasso) o presso gli ambulatori delle case della comunità territoriali, gestiti dagli infermieri di famiglia e comunità e al percorso di ADI (assistenza domiciliare integrata)
4. Prenotazione di 10 sedute di riabilitazione ambulatoriale con operatori sanitari della Riabilitazione Cardiorespiratoria (medico, infermiere, fisioterapista, psicologo, dietista), per pazienti che necessitano di completare/estendere il percorso degenziale (massimo 5 pazienti al giorno), denominato in Lombardia percorso MAC (macro attività complessa) e che si è sostituito alla precedente attività day hospital (si prevede a livello regionale una revisione e una diversa definizione di questo setting assistenziale)
5. Segnalazione da parti degli assistenti sociali che lavorano in ambito ospedaliero, al comune di residenza, di quei pazienti che necessitano di assistenza sociale (percorso Dimissioni Protette)

1.3 LA DIMISSIONE DALLA RIABILITAZIONE CARDIORESPIRATORIA DI CASSANO D'ADDA, ASST MELEGNANO-MARTESANA

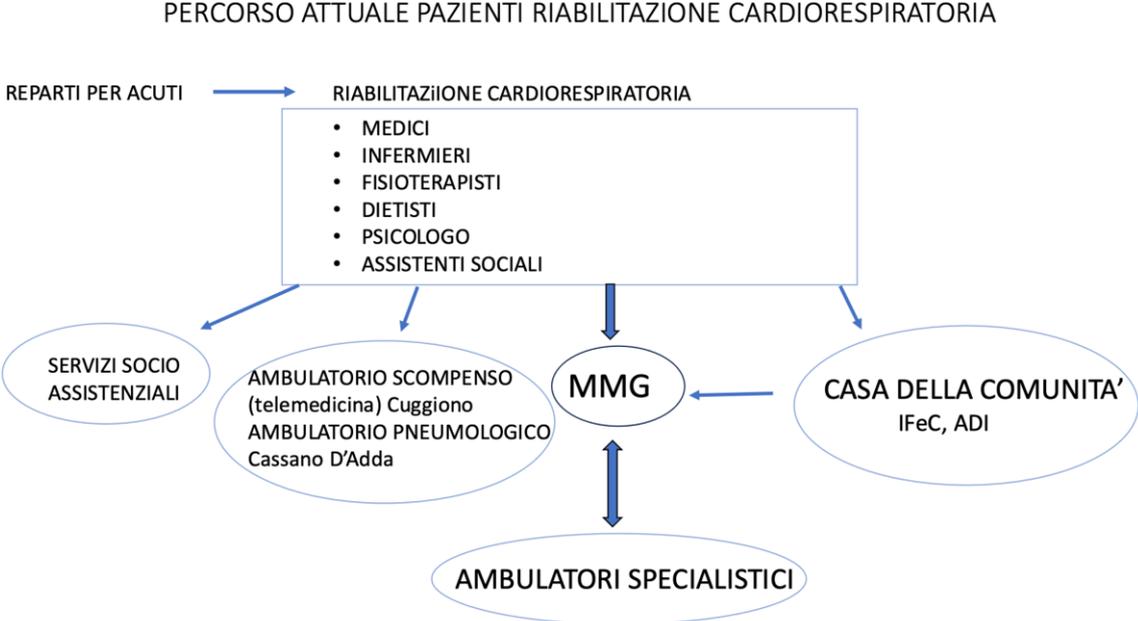
Il follow-up può prevedere:

1. Invio al MMG con lettera di dimissione ed indicazione ad eseguire controllo pneumologico a 3-6 mesi
2. Attivazione di un percorso riabilitativo in regime ambulatoriale semplice, per proseguire la stabilizzazione della fase di recupero dall'evento acuto
3. Attivazione di percorso multidisciplinare ambulatoriale, denominato MAC
4. Attivazione del percorso riabilitativo di assistenza domiciliare integrata (ADI), con invio infermieristico a domicilio per la gestione di lesioni da pressione o cateteri vescicali
5. Attivazione di assistenza sociale, tramite il servizio di Dimissioni Protette, per pazienti disagiati, che vivono in un contesto sociale inadeguato, rispetto ai loro bisogni

Come si può notare, nelle due realtà riabilitative vi sono percorsi analoghi e virtuosi "in nuce", che risultano efficaci per soprattutto nel breve periodo e in determinate condizioni di assistenza (Figura 1). Una migliore definizione e razionalizzazione organizzativa, consentirebbe un intervento più incisivo nella gestione del follow-up, che andrebbe rivolto a tutti i pazienti alla dimissione, per un periodo molto più lungo e con necessità assistenziali di diversa intensità.

L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

Figura 1



L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

1.4 IL DISTRETTO

Il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell' ASST sul territorio.

Riveste un ruolo strategico di gestione, di coordinamento organizzativo e funzionale della rete dei servizi territoriali e rappresenta il punto organizzativo dedicato alla continuità assistenziale grazie alla integrazione dei servizi sanitari ospedalieri, territoriali e sociosanitari. Interagisce quindi con tutti i soggetti erogatori del territorio di competenza, con le autonomie locali, il terzo settore, l'associazionismo e più in generale con gli stakeholder rappresentati. La Casa della Comunità (CDC), è il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Nella CDC lavorano in modalità integrata e multidisciplinare i professionisti, medici di medicina generale (MMG) e di continuità assistenziale, pediatri di libera scelta (PLS), infermieri di famiglia e comunità (IFEC), medici specialisti ambulatoriali, assistenti sociali, psicologi, coadiuvati da personale amministrativo di accoglienza e di supporto.

Parole chiave per comprendere l'attività della CDC : prossimità, proattività, coproduzione.

Prossimità: vicinanza, anche fisica al cittadino soprattutto cronico e fragile, privilegiando il setting domiciliare, quale miglior luogo di cura, anche attraverso la digitalizzazione in telemedicina e telesorveglianza.

Proattività: medicina di iniziativa, modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche, orientato alla promozione della salute che prende in carico in modo proattivo il paziente, attraverso l'ingaggio dei MMG.

Coproduzione: vede l'apporto della comunità a livello di programmazione, ed erogazione di servizi di supporto, come ad esempio i trasporti dei fragili alle visite.

La CDC per sua vocazione si rivolge a tutti i residenti del suo territorio, dai sani ai pazienti in cure palliative. Con programmi di prevenzione primaria per i sani; con programmi di sorveglianza e prevenzione secondaria, per i pazienti con patologia cronica, con l'assistenza domiciliare per i più fragili.

Gli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFEC), sono i professionisti che assicurano l'assistenza infermieristica, collaborando con gli altri professionisti, con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute, coinvolti nei processi di salute del paziente e nella sua gestione da parte della famiglia (Formazione e vicinanza dei care givers), operano nella CDC, accogliendo i pazienti e le loro famiglie nel Punto Unico di Accoglienza (PUA), andando al domicilio e assistendo negli ambulatori infermieristici.

Le Centrali Operative Territoriali (COT), attraverso un supporto informatico, sono in grado di seguire e programmare la transizione del paziente nei vari setting assistenziali, dall'ospedale per acuti, alla riabilitazione, al domicilio, agli ambulatori territoriali e in caso di riacutizzazione al ritorno in ospedale. L'attuale presa in carico del paziente nella CDC, avviene attraverso la segnalazione dei MMG, degli specialisti ambulatoriali interni (SAI), direttamente dalla famiglia o dai Servizi Sociali dei Comuni

L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

1.5.1 IL DISTRETTO ALTA MARTESANA DELLA ASST MELEGNANO MARTESANA

I cinque Distretti dei comuni afferenti alla ASST Melegnano Martesana comprendono una popolazione totale di circa 630.000 abitanti.

Sono presenti otto CDC. Un Ospedale di comunità, non ancora operativo, perché in costruzione. Una Centrale Operativa Territoriale (COT).

In ogni CDC attualmente lavorano gli Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFEC), una assistente sociale, una psicologa, il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e gli specialisti ambulatoriali.

La presa in carico dei pazienti, attualmente non è governata da percorsi prestabiliti; nel PUA (punto unico di accesso), un IFEC e un assistente sociale, operano una prima valutazione dei bisogni; se il bisogno è semplice si individua la modalità diretta di presa in carico, che va dalla sorveglianza sanitaria degli IFEC, sempre in collaborazione con il MMG, all'attivazione dell'ADI; se il bisogno è complesso si attiva la Valutazione Multidisciplinare e multiprofessionale, che oltre agli attori già citati, prevede l'intervento di medici specialisti, psicologi e altre figure relative alla cura della patologia.

1.5.2 IL DISTRETTO NELLA ASST OVEST MILANESE

I quattro Distretti dei comuni afferenti alla ASST Ovest milanese comprendono una popolazione complessiva di circa 470.000 abitanti.

Sono presenti sette CDC. Un Ospedale di Comunità. Una Centrale Operativa Territoriale (COT).

In ogni CDC attualmente lavorano gli Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFEC), due o tre assistenti sociali, il servizio ADI e gli specialisti ambulatoriali.

Anche per i Distretti della ASST Ovest milanese la presa in carico dei pazienti non è ancora organizzata in via definitiva, tenuto conto che l'assetto del personale e delle strutture non è ancora completato

L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

2 TO BE - IL PROGETTO

Il progetto prevede per ogni paziente dimesso dall'ospedale, un appropriato intervento di follow-up e presa in carico.

Al momento della dimissione dalla Riabilitazione Cardiorespiratoria, i pazienti vengono "stratificati" dal medico della riabilitazione (teneuto conto anche delle indicazioni degli altri operatori sanitari che lavorano in riabilitazione) sulla base del rischio di riacutizzazione e di conseguenza avviati al percorso di sorveglianza e cura più adatto.

Divisi in 3 gruppi, in modo da poter fornire a tutti percorsi predefiniti, i pazienti vengono affidati al territorio di prossimità, attraverso appuntamenti con IFEC, MMG e dove necessario con l'ambulatorio specialistico, al teleconsulto/telemedicina, agli psicologi o agli assistenti sociali

La Casa della Comunità diventa il sistema di gestione del follow-up del paziente riabilitato e il punto d'incontro tra specialisti ambulatoriali, medici di medicina generale, infermieri e servizi socio-assistenziali.

I pazienti in dimissione dalle riabilitazioni cardiorespiratorie trovano quindi un luogo privilegiato nelle CDC, sia con una presa in carico ambulatoriale, sia con una presa in carico al domicilio.

Nel percorso territoriale individuato, che distingue la presa in carico in base a tre differenti tipologie di intensità assistenziale, attori principali sono il MMG, quale referente primo del paziente, gli IFEC e l'assistente sociale.

Il progetto vede l'ingaggio diretto delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) degli MMG, affinché possano riconoscere il Distretto e le CDC come "facilitatori", per conoscere e integrare i nodi disponibili nella rete dei servizi, e siano riconosciuti quali attori chiave nell'orientamento dei pazienti, aiutando così gli stessi MMG al superamento dell'isolamento professionale, attraverso la costruzione di percorsi condivisi con i servizi ospedalieri, la riabilitazione e la specialistica ambulatoriale.

Preventivamente alla dimissione dalla riabilitazione cardiorespiratoria, i pazienti vengono stratificati sulla base del bisogno clinico e assistenziale di presa in carico territoriale.

A ciascun paziente verrà attribuito un progetto personale, che include un programma di appuntamenti prefissati presso la CDC, o al domicilio se il paziente fosse non deambulante e non trasportabile, così che il paziente e i suoi familiari siano il più possibile facilitati nel percorso di continuità assistenziale

Il coordinatore infermieristico della Riabilitazione Cardiorespiratoria, in base alle indicazioni del medico, contatterà per via informatica la COT (centrale operativa territoriale), dopo aver ottenuto il consenso del paziente stesso.

La COT, usufruendo degli slot infermieristici e specialistici (compresi psicologi e assistenti sociali della CDC, MMG e gli stessi specialisti della riabilitazione), prenderà gli appuntamenti per il paziente, garantendo il più possibile il concetto di prossimità.

La COT restituirà il programma, con gli appuntamenti futuri, al reparto di riabilitazione, con i riferimenti telefonici e di mail della CDC utili al paziente, dopo la dimissione.

Contestualmente la COT invierà alla CDC il programma e l'informativa sull'arrivo di un nuovo paziente

L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

Gruppi di pazienti alla dimissione dalla Riabilitazione Cardiorespiratoria, stratificati secondo la nostra proposta (Figura 2) e avviati ad una presa in carico (figura 3)

GRUPPO 1: a basso rischio di riacutizzazione e buona condizione socio assistenziale al domicilio, ovvero senza necessità di particolare assistenza alla dimissione. Ad esempio classe NYHA I con FE > 40%, classe GOLD II; non storia clinica di riacutizzazioni ricorrenti.

Alla dimissione ospedaliera, il progetto individuale prevede un appuntamento entro due settimane presso l'ambulatorio IFEC della CDC, che contatterà il MMG. Per questa tipologia di pazienti si instaurerà un piano di follow-up telefonico a cadenza mensile e iniziative di prevenzione secondaria, quali ad esempio l'inserimento nei gruppi di cammino, istituiti dalle CDC e dai Comuni

GRUPPO 2: a medio rischio di riacutizzazione clinica e/o contesto socio-assistenziale carente, ovvero con necessità di sorveglianza a breve-medio termine. Ad esempio classe NYHA II, GOLD III, ossigeno-terapia domiciliare, e/o storia di riacutizzazioni cliniche ricorrenti

Alla dimissione ospedaliera, il progetto individuale prevede appuntamento prefissato con il MMG entro 1 settimana, appuntamento prefissato per visita e/o esami specialistici entro 3 mesi e la presa in carico degli infermieri di famiglia e/o assistenti sociali per un contatto telefonico entro 72 ore dalla dimissione e successivamente uno alla settimana

GRUPPO 3: ad alto rischio di riacutizzazione e/o contesto socio assistenziale inadeguato, ovvero con necessità di sorveglianza clinica e/o assistenziale a breve. Ad esempio classe NYHA III, GOLD IV, e/o storia di riacutizzazioni ricorrenti.

Alla dimissione ospedaliera, il progetto individuale prevede un appuntamento prefissato con il MMG entro 72 ore, e la presa in carico da parte degli IFEC, già prima della dimissione in stretto contatto con gli infermieri della Riabilitazione e dove necessario (e possibile) agli infermieri dell'ambulatorio scompenso o pneumologico, per l'attivazione di un percorso di telesorveglianza multiparametrica /telemedicina/assistenza domiciliare, della durata di un mese dalla dimissione, terminato il quale il paziente verrà seguito come il gruppo 2 (una telefonata settimanale, esami/visite specialistiche trimestrali)

Quando necessario, a prescindere dal gruppo di rischio di riacutizzazione, il paziente non deambulante o non trasportabile verrà preso in carico al domicilio, attivando l'assistenza domiciliare integrata (ADI), per prestazioni, oppure il servizio di Sorveglianza Domiciliare degli IFEC

INCONTRI CLINICO-ORGANIZZATIVI

Utilizzare la casa della comunità come luogo fisico per incontri mensili di 2 ore per il coordinamento degli operatori coinvolti nella gestione del percorso sanitario e socio-assistenziale (specialisti della riabilitazione cardiorespiratoria ospedaliera, medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali, infermieri ambulatoriali e di famiglia e comunità, assistenti sociali, psicologi) per il confronto tra medico di medicina generale e medici specialisti sulla gestione degli aspetti clinici e burocratici (ad esempio appropriatezza prescrittiva diagnostica e terapeutica).

L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

STRATIFICAZIONE NELLA RIABILITAZIONE CARDIORESPIRATORIA DI CUGGIONO, ASST OVEST MILANESE

Prendendo un mese tipo (Gennaio 2024), abbiamo considerato i pazienti alla dimissione, stratificandoli secondo i tre gruppi del nostro proget work, così da ottenere una stratificazione assoluta e in percentuale

Dimissioni in Riabilitazione Cardiorespiratoria, PO Cuggiono, Asst Ovest Milanese, nel Gennaio 2024, stratificati secondo la nostra proposta (figura 4)

GRUPPO 1	12/20	60%
GRUPPO 2	2/20	10%
GRUPPO 3	6/20	30%

Il 40%, dei pazienti cardioreabilitati , 8 pazienti/mese, necessiterebbero di una presa in carico nel medio-breve periodo e su di essi andrebbe concentrata l'attenzione. Il 60% dei pazienti, 12 pazienti/mese meriterebbero un percorso di sorveglianza meno assidua

STRATIFICAZIONE NELLA RIABILITAZIONE CARDIORESPIRATORIA DI CASSANO D'ADDA, ASST MELEGNANO MARTESANA

Dimissioni nel Gennaio 2024 , stratificati secondo la nostra proposta (figura 5)

GRUPPO 1	4/12	30%
GRUPPO 2	6/12	50%
GRUPPO 3	2/12	20%

Il 70% dei pazienti "respiratori" riabilitati, 8 pazienti/mese, meriterebbe un percorso di sorveglianza nel medio-breve periodo. Il 30% dei pazienti, 4 pazienti/mese, meriterebbero un percorso di sorveglianza meno assidua

Il modello complessivo fa prevedere una presa in carico assidua di almeno il 60% dei pazienti dimessi dalla Riabilitazione Cardiorespiratoria, mentre l'altra metà potrebbe essere avviata a percorsi di sorveglianza più dilazionata nel tempo

Va comunque considerato uno scarto relativo ai quei pazienti che non sono del territorio o che hanno già un proprio percorso predefinito (per esempio uno specialista di riferimento)

L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

Figura 2

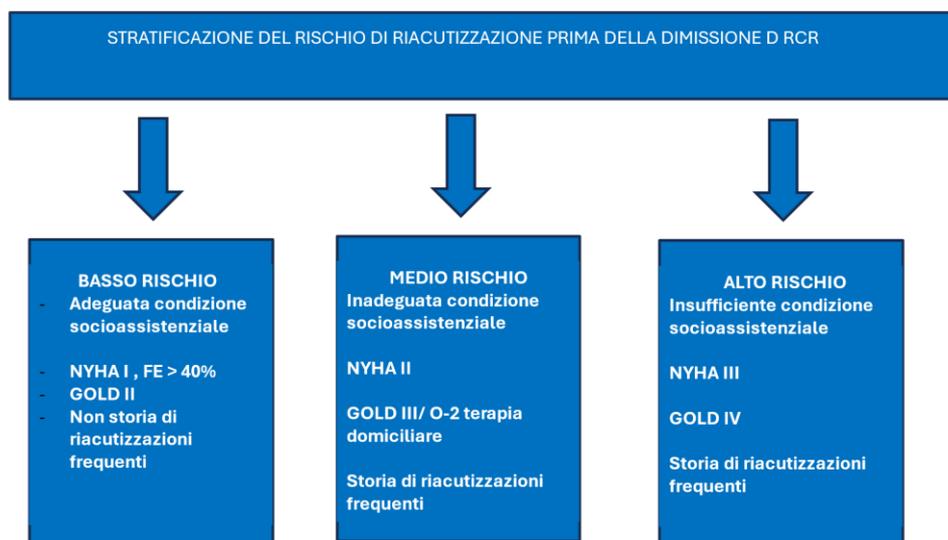
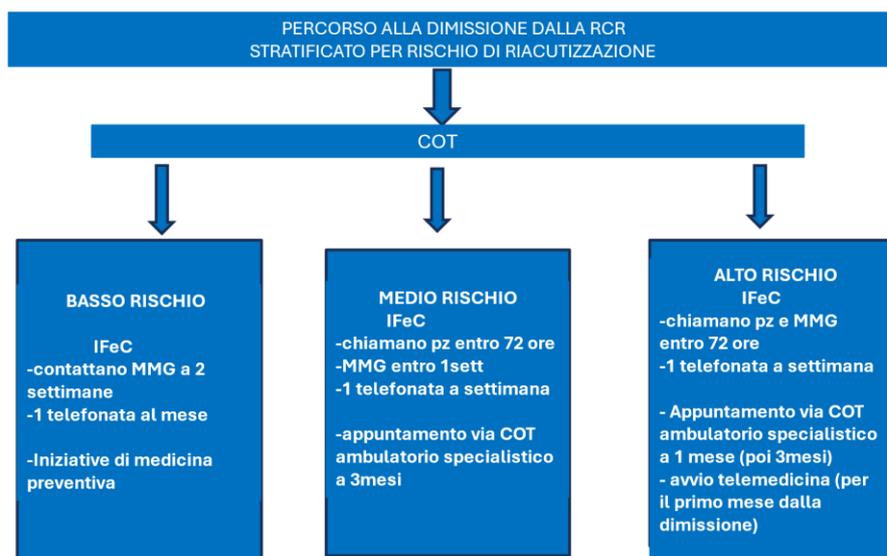


Figura 3



L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

Figura 4

Stratificazione alla dimissione

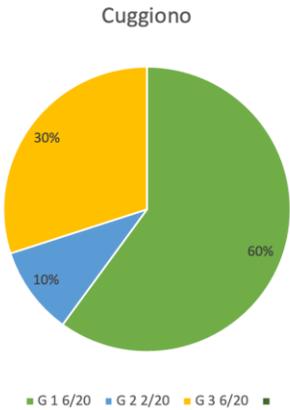
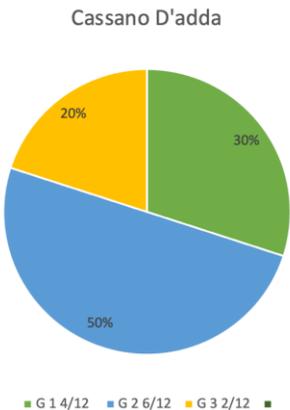


Figura 5

Stratificazione alla dimissione



G = gruppo

L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Abbiamo analizzato l'impatto di ogni singolo intervento in termini di tempo.

IMPIEGO DI RISORSE

Operatore	Tempo/paziente	Contatto telefonico	Telemedicina	Domicilio	Reporting
Infermiere	20min		X		+5min
Infermiere	10min	X			+5min
Infermiere	60 min			X	+5min

L'impegno operativo dell'infermiere prevede:

- 20 minuti/ paziente per valutazione parametri raccolti in telemedicina e comunicazione con paziente/caregiver
- 10 minuti/paziente per contatto telefonico informativo sulle condizioni cliniche con paziente/caregiver
- 60 minuti/paziente per visita a domicilio
- 5 minuti/paziente per rapporto al medico di riferimento per ogni categoria di intervento (per il gruppo 1 sarà MMG, per il gruppo 2 e 3 specialista ambulatoriale o medico della Riabilitazione Cardiorespiratoria

Operatore	Tempo/paziente	Reporting	Telemedicina	Visita
Medico	5min	X	X	
Specialista ambulatoriale	15min			X

L'impegno del medico prevede:

- 5 minuti/paziente per ricezione rapporto infermieristico o visualizzazione dei dati di telemedicina
- 15 minuti/paziente per visita specialistica ambulatoriale

Valgono per tutti gli operatori 120 minuti al mese per incontri organizzativi e clinici presso la casa della comunità.

Ambito socio-assistenziale: 60 minuti di colloquio con assistente sociale del PUA, alla presa in carico, con eventuale segnalazione ai servizi sociali comunali per la presa in carico, secondo i bisogni emersi, ad esempio: servizio di assistenza domiciliare alla persona (SAD) pasti al domicilio, trasporti in ambulatorio, attivazione misure e altro.

L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

Tempi di attività lavorativa IFeC sulla base delle dimissioni dei pazienti, nel mese di gennaio 2024, dalla Riabilitazione Cardiorespiratoria di Cuggiono

	N pazienti	Contatto telefonico 10 min/pz	Telemedicina 10min/pz	Domicilio 45min/pz	Reporting 5min/pz
Gruppo 1	12	120min/mese	NA	NA	60min/mese
Gruppo 2	2	80min/mese	NA	NA	40min/mese
Gruppo 3	6	NA	240min/mese	0	30min/mese

Tempo di attività lavorativa medica sulla base delle dimissioni dei pazienti, nel mese di gennaio 2024, dalla Riabilitazione Cardiorespiratoria di Cuggiono

	N pazienti	Ambulatorio 15min/pz	Reporting 5min/pz
Gruppo 1	12	NA	60min/mese
Gruppo 2	2	120min/anno	40min/mese
Gruppo 3	6	450min/anno	30min/mese

Legenda:

- NA: Non Applicabile/non previsto
- 0: nessun paziente preso in carico al domicilio
- Ambulatorio: 15 min = 1 visita

L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

Tempi di attività lavorativa IFeC sulla base delle dimissioni dei pazienti, nel mese di gennaio 2024, dalla Riabilitazione Cardiorespiratoria di Cassano d'Adda

	N pazienti	Contatto telefonico 10 min/pz	Telemedicina 10min/pz	Domicilio 45min/pz	Reporting 5min/pz
Gruppo 1	4	40 min/mese	NA	NA	20min/mese
Gruppo 2	6	240 min/mese	NA	NA	120min/mese
Gruppo 3	2	NA	80min/mese	0	40min/mese

Tempo di attività lavorativa medica sulla base delle dimissioni dei pazienti, nel mese di gennaio 2024, dalla Riabilitazione Cardiorespiratoria di Cassano d'Adda

	N pazienti	Ambulatorio 15min/pz	Reporting 5min/pz
Gruppo 1	4	NA	20min/mese
Gruppo 2	6	360min/anno	120min/mese
Gruppo 3	2	150min/anno	40min/mese

Legenda:

- NA: Non Applicabile/non previsto
- 0: nessun paziente preso in carico al domicilio
- Ambulatorio: 15 min = 1 visita

L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

RISULTATI ATTESI E INDICATORI

Tempo di valutazione : 12 mesi dall'inizio del progetto

Target

- Garantire la "Continuità assistenziale" fra i due setting, ospedaliero e territoriale prendendo in carico almeno l'80% dei pazienti dimessi messi dalla Riabilitazione Cardiorespiratoria
Tra i pazienti presi in carico :
- Riacutizzazioni sotto il 30%
- Accessi in Pronto Soccorso: in codice bianco o verde sotto il 10%
- Registrazione positiva di aderenza nella cartella infermieristica della CDC sopra il 70%
- Partecipazione ad attività (esempio gruppi di cammino, Attività Fisica Adattata, gruppi di formazione su stili di vita e determinanti di salute) sopra al 50%

TEMPI DI REALIZZAZIONE (vedi tabella seguente)

Una prima fase di organizzazione e implementazioni di 30-60 giorni per :

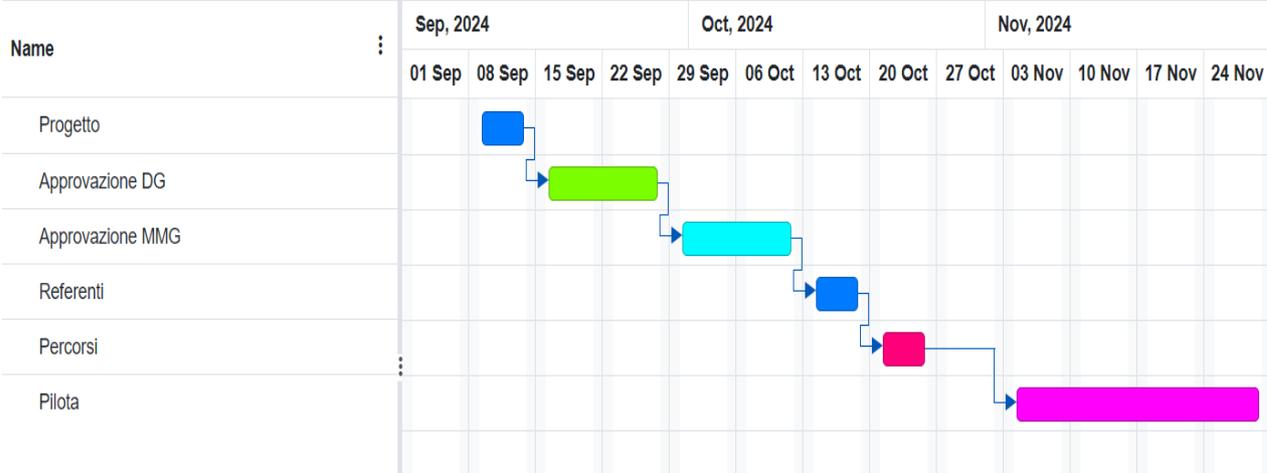
- approvazione della Direzione Strategica ASST, in particolare da parte del Direttore Sanitario e Direttore Sociosanitario
- approvazione da parte dell' Ufficio Qualità
- condivisione con il Dipartimento di Cure Primarie
- realizzazione di un incontro con i referenti delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei MMG, per la presentazione e condivisione del percorso
- organizzazione di un momento formativo che preveda la partecipazione di tutti gli attori coinvolti nel progetto , ovvero MMG, personale della CDC (IFeC, assistenti sociali, psicologi, personale amministrativo della COT e dell' Ufficio Agende), personale della Riabilitazione Cardiorespiratoria
- predisposizione di percorsi individuali domiciliari per pazienti non deambulanti e non trasportabili

Una seconda fase di 30 giorni di partenza operativa del progetto , con presa in carico di 10 pazienti.

Una terza fase, per la progressiva implementazione, a seconda delle possibilità di utilizzo di nuovo personale sanitario e dei tempi di realizzazione delle case della comunità e di piattaforme informatiche dedicate.

L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

Tabella tempi di realizzazione



L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

CONCLUSIONI

In un modello sanitario in evoluzione , che vede l' invecchiamento della popolazione , l'aumento delle patologie croniche e di conseguenza una sempre minore disponibilità di risorse , bisogna ideare soluzioni più efficaci ed efficienti, che vadano oltre il modello tradizionale dell'ospedale separato dal territorio e che passino attraverso la presa in carico del paziente secondo un continuum assistenziale . E' indispensabile che le soluzioni vedano coinvolti tutti gli operatori della salute , attraverso un percorso organizzativo condiviso, a cominciare dalle risorse disponibili.

Il nostro progetto si colloca nella continuità assistenziale , nella medicina del territorio e di prossimità, in accordo con le indicazioni socio assistenziali regionali e nazionali, cerca di indirizzare le risorse verso quelle popolazioni di pazienti più a rischio di riacutizzazione , senza dimenticare una adeguata e proporzionata attenzione rivolta anche ai soggetti a rischio minore.

L'interazione tra gli operatori della riabilitazione cardiorespiratoria e quelli della casa della comunità , attraverso un modello di presa in carico del paziente, che avvenga prima della dimissione ospedaliera , potrebbe costituire un modello virtuoso di utilizzo delle risorse e delle competenze .

Il confronto multidisciplinare e multiprofessionale nei due ambiti (ospedale e territorio) potrebbe servire ad aumentare le competenze professionali , la consapevolezza nel processo di presa in carico e diminuire le situazioni di tensione tra operatori e tra istituzioni sanitarie e cittadini (paziente, famiglia, caregiver)

CONTRIBUTO PERSONALE

Il dottor Giuseppe Di Tano, in qualità di cardiologo clinico, ha analizzato la patologia cronica dal punto di vista epidemiologico e l'offerta riabilitativa del territorio lombardo

La dottoressa Emanuela Cursaro , un qualità di fisiatra , ha analizzato l' organizzazione all'interno di una riabilitazione a prevalente indirizzo respiratorio

Il dottor Roberto Turato, in qualità di cardiologo riabilitatore , ha analizzato l'organizzazione all'interno di una riabilitazione ad indirizzo cardiologico

La dottoressa Daniela Invernizzi , in qualità di medico Direttore di Distretto, ha analizzato l'attuale organizzazione della casa della comunità

Tutti gli autori, per i propri ambiti di esperienza professionale , hanno contribuito alla realizzazione di questa proposta organizzativa

L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

RIFERIMENTI NORMATIVI

Ministero della Salute. Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo della assistenza territoriale nel Servizio sanitario Nazionale

Ministero della Salute. Decreto 2 aprile 2015, n.70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera

Ministero della Salute. Decreto 5 agosto 2021. Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera

Ministero dell' Economia e Finanze 6 agosto 2021. 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
PNRR Missione 6: Salute

Regione Lombardia. Deliberazione N XI/6760. Seduta del 25/07/2022. Oggetto: approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, N. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo della assistenza territoriale nel Servizio sanitario Nazionale"

Regione Lombardia. Piano Sociosanitario regionale 2023-2027, del 18/01/2024

Regione Lombardia. Deliberazione N XII/1827. Seduta del 31/01/2024. Oggetto: determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024

Regione Lombardia. Legge Regionale 15 dicembre 2021, n. 22. Oggetto: attuazione della legge regionale di potenziamento del sistema sociosanitario lombardo

Regione Lombardia. Deliberazione N 11/5373. Seduta del 11/10/2021. Oggetto: attuazione del PNRR-Missione 6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Regione Lombardia. Deliberazione N X/1980. Seduta del 20/06/2014. Oggetto: determinazioni in ordine ai requisiti di accreditamento per le attività riabilitative.

L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

BIBLIOGRAFIA

2023- Heart failure and telemedicine: where are we and where are we going? Opportunities and critical issues (2023) Eur Heart J Suppl 25: c326-c330

2022- Epidemiology of cardiovascular disease in Europe . Nature Rev Card (2022) 19: 133-143

2021- ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice . Eur Heart J (2021) 7: 3227-3337

2021- Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: from knowledge to implementation. 2020 update. A position paper from the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology. Eur J Prev Card (2021) 28: 460-495

2018- La Cardiologia Preventiva e Riabilitativa 3.0 : dalla acuzie alla cronicità. Position paper del Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR-IACPR). GIC (2018) vol 19. Suppl 3 al N 10

2016- European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice . Int.J.Beha.Med (2017) 24: 321-419

2014- Il ruolo dell'aderenza al trattamento farmacologico nella terapia cronica delle malattie cardiovascolari: documento intersocietario di consenso . GIC (2014) 15, Suppl 1 al N 10 : 3 S-10S

2022- GOLD 2022 update . Journal of the COPD Foundation

2019- Global burden of chronic respiratory diseases and risk factors , 1990-2019 : an update from the Global Burden of Disease Study 2019

2013- Cardiovascular disease in COPD; mechanism. Chest (2013) 798-807

L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

SITOGRAFIA

<https://www.osservatoriosullasalute.it> 2018, Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane

<https://www.istat.it>, Sanità e salute

<https://www.dati.lombardia.it-dataset>, rapporto SDO

<https://www.salute.gov.it/temi>, ricoveri ospedalieri (SDO)

<https://www.Sanita24.com>, Il sole24ore.com 10/12/2019

<https://goldcopd.org>, 2023 GOLD Report

<https://www.aifa.gov.it> Rapporto OsMed 2020

<https://www.italialongeva.it>

<https://www.ITACARE-P.com>, nuova SDO riabilitativa

L'interazione tra Riabilitazione Cardiorespiratoria e Casa della Comunità come modello per la gestione del paziente nella transizione dal setting di degenza a quello del territorio

Acronimi

ADI: assistenza domiciliare integrata (di tipo sanitario)
AFT: aggregazioni funzionali territoriali
BPCO: broncopneumopatia cronica ostruttiva
FE: frazione d'eiezione (dato ecocardiografico di contrattilità miocardica)
CDC: casa della comunità
COT: centrali operative territoriali
DGR: deliberazione della giunta regionale
DM: decreto ministeriale
IFEC: infermiere di famiglia e comunità
MAC: macroattività ambulatoriale complessa
MMG: medico di medicina generale
MDC: major diagnostic category
ODC: ospedale di comunità
PLS: pediatra di libera scelta
PNE: piano nazionale esiti
PNRR: piano nazionale di ripresa e resilienza
PUA: punto unico di accesso
RC: riabilitazione cardiologica
RCR: riabilitazione cardiorespiratoria
SAD: servizio di assistenza domiciliare (di tipo sociale)
SDO: scheda di dimissione ospedaliera
SSN: servizio sanitario nazionale
SSR: servizio sanitario regionale

Classificazioni cliniche

CLASSE NYHA (New York Heart Association) : classificazione dei sintomi dello scompenso cardiaco, a valenza prognostica, va da 1 (nessun sintomo limitante l'attività fisica) a 4 (sintomi a riposo)
CLASSE GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease): classificazione della compromissione della funzione polmonare sulla base della misurazione effettuata con il test della spirometria , va da 1 (lieve compromissione) a 4 (compromissione grave)
FE: frazione d'eiezione, dato ecocardiografico di contrattilità miocardica (normale > 50, grave compromissione < 40)