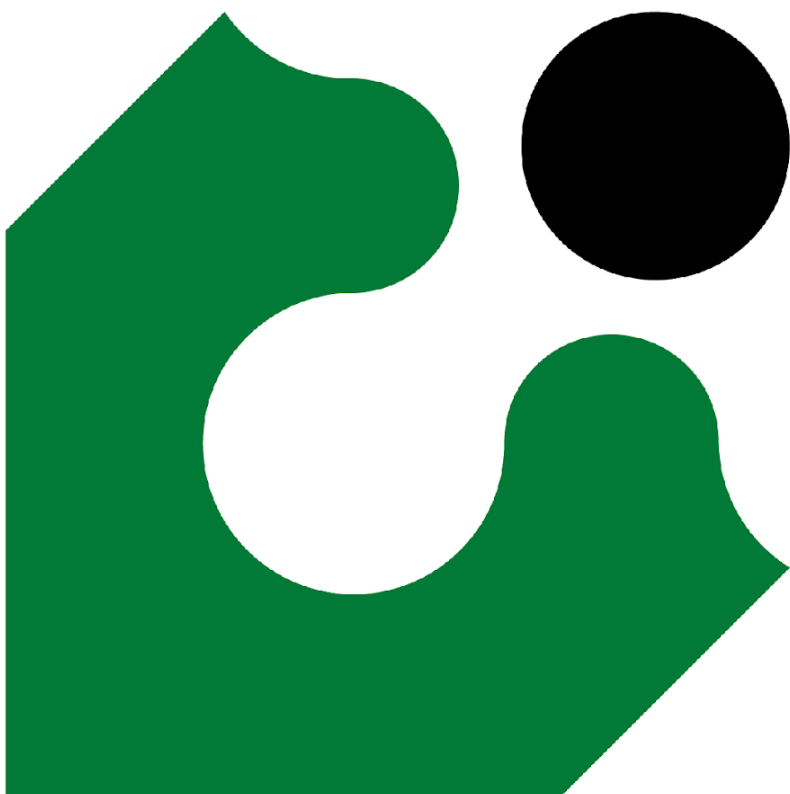


**Ospedale-territorio : modello organizzativo per la  
gestione del paziente con diagnosi di Scompenso  
Cardiaco - ASST Pavia. Polo Oltrepo**

Giovanni Ferrari

**Corso di formazione manageriale per  
la rivalidazione del certificato  
anno 2024**



# Corso di formazione manageriale per la rivalidazione del certificato

Codice edizione ECOLE RIV 2401/AE

Ente erogatore : ECOLE

## GLI AUTORI

Giovanni Ferrari . Direttore U.O.C. Medicina Interna. Ospedale Broni-Stradella- ASST Pavia  
giovanni\_ferraria@asst-pavia.it

## Il Responsabile didattico scientifico

*Federico Lega, Professore ordinario Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute e Presidente Del Collegio Didattico - Collegio Didattico del Corso di Laurea Magistrale in Management delle Aziende Sanitarie e del Settore Salute, Università degli Studi di Milano-*

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

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

## **INDICE**

INDICE	3
INTRODUZIONE	4
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	6
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	7
METODOLOGIA ADOTTATA	8
DESCRIZIONE DEL PROGETTO E FASI E TEMPISTICHE	9
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	19
RISULTATI ATTESI	20
CONCLUSIONI	21
RIFERIMENTI NORMATIVI	22
BIBLIOGRAFIA	23
SITOGRAFIA	24

## **INTRODUZIONE**

I progressi della Medicina e la necessità di fornire risposte efficienti alla crescente domanda di salute da parte dei cittadini, unitamente ai mutamenti sociali e demografici, hanno progressivamente mutato gli scenari assistenziali con un evidente spostamento dell'asse delle cure dalle patologie acute verso quelle croniche

Lo Scompenso Cardiaco è una sindrome cronica caratterizzata da una elevata morbilità e mortalità. Colpisce circa 15 milioni di persone in Europa, con una prevalenza dell' 1-2 % circa, che supera il 10 % nei pazienti di età superiore ai 70 anni ; l'incidenza è pari a 5/1000 anno, considerando solo la popolazione adulta.

E' una patologia con esito fatale nel 50 % circa dei pazienti entro cinque anni dalla diagnosi. E', Italia, tra le due principali cause di ospedalizzazione nelle persone di età superiore ai 65 anni con un rilevante impatto clinico, sociale ed economico.

Considerato l'invecchiamento della popolazione si prevede nei prossimi anni, un aumento del numero dei casi, quindi dei costi sociali con un elevato utilizzo delle risorse (ad oggi, 2.5% circa, della spesa sanitaria totale, dovuta almeno per il 70% alle ospedalizzazioni. La spesa media /paziente è superiore a 11.800€ /anno

Le linee guida sullo Scompenso Cardiaco Cronico della European Society of Cardiology sostengono che : « un sistema organizzato di cura specialistica dei pazienti con scompenso cardiaco migliora i sintomi e riduce le ospedalizzazioni (Classe I, livello di evidenza A) e la mortalità (Classe IIa, livello di evidenza B). Il modello ottimale di assistenza dipende dalle singole realtà locali, dalle risorse disponibili e dal fatto che il modello di assistenza sia concepito per specifici sottogruppi di pazienti (es: età, gravità) o per l'intera popolazione affetta da Scompenso Cardiaco Cronico (Classe I, Livello di evidenza C) »

I pazienti con SC cronico possono presentare riacutizzazioni tali da rendere frequente il ricovero ospedaliero (re-ricovero)

La Provincia di Pavia, con i suoi 550.000 abitanti circa, è una delle province italiane che detiene il più elevato indice di invecchiamento e di vecchiaia : 11,9% della popolazione ha un'età maggiore o uguale a 75 anni e più di un residente su 5 è ultrasessantacinquenne (22.8)%. (Fonte :Provincia di Pavia-2024. Elaborazione)

L'Oltrepo Pavese (riferimento del progetto pilota) comprende 78 comuni, con una popolazione di 146.000 abitanti distribuiti su una superficie di 1097 km quadrati. Questa vasta area comprende valli, colline e alcuni tratti montuosi dell'Appennino settentrionale. La densità di popolazione varia notevolmente, con aree più densamente popolate rispetto a zone rurali. L'età media è più alta del resto della provincia con un numero di cittadini over 65 pari a 38.000. Questi numeri determinano inevitabilmente implicazioni per la pianificazione dei servizi socio-sanitari e assistenziali.

Il modello di rete assistenziale del paziente cronico tende, necessariamente, ad una integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale e fra le diverse figure specialistiche e professionali, con l'identificazione del case manager del paziente.

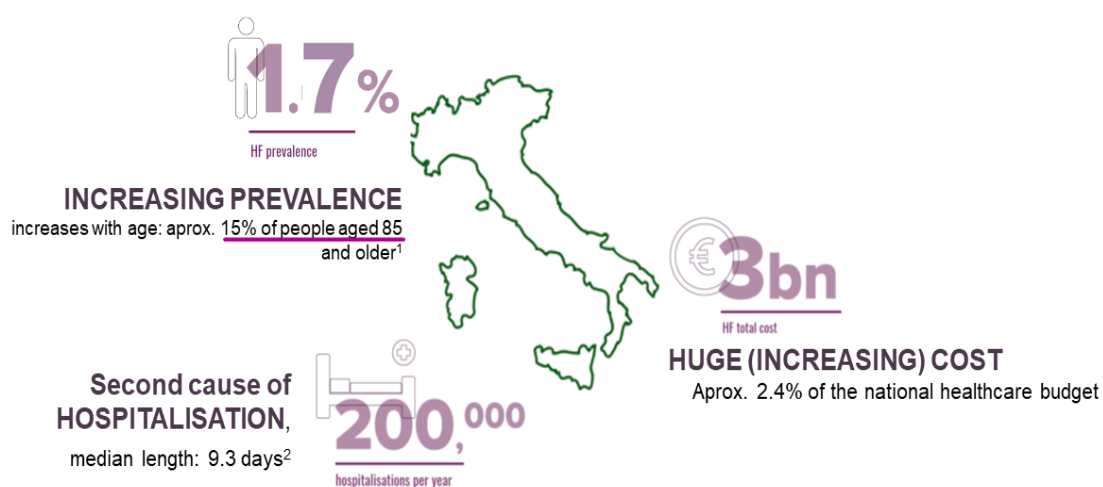
Con DGR n. XI/3377 del 14/07/2020, sono state stanziare risorse per il potenziamento della rete territoriale assistenziale, rafforzando l'offerta sanitaria e socio-sanitaria e garantendo la presa in carico di soggetti cronici e fragili.

Con DGR 7592 del 15/12/2022, in attuazione del DM 77 del 23/05/2022, vengono definiti gli impianti organizzativi dell'assistenza territoriale lombarda.

E' prevista , in ambito nazionale la presenza di 9.600 Ifec (8/50000 abitanti).

Tabella 1- Lo scopenso cardiaco in Italia. Impatto sul SSN

## Impatto sul SSN dello Scopenso Cardiaco in Italia



1. Heart Failure Policy and Practice in Europe: Italy. Nov 2020 <https://www.hfpolicynetwork.org/project/heart-failure-policy-and-practice-in-europe/>;

2. Seferovic PM et al. *Eur J Heart Fail.* 2021 Feb 26

## **OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO**

### **OBIETTIVI STRATEGICI**

Si intendono stabilire sostanzialmente i seguenti obiettivi, rispondenti alla Linee operative di sviluppo dell'assetto del Sistema Socio-Sanitario Lombardo, oltre che alle indicazioni del PNRR :

- favorire modelli di assistenza territoriale integrata rispondente alle esigenze di salute dei pazienti cronici e fragili
- sviluppare modelli di medicina d'iniziativa e personalizzazione della salute, favorendo l'empowerment del paziente

### **OBIETTIVI SPECIFICI**

- delineare un percorso dedicato di presa in carico globale dei pazienti con scompenso cardiaco nella ASST Pavia, mediante la costituzione di un gruppo di lavoro composto da professionisti sia ospedalieri che territoriali
- Nel percorso di "transitional care", inserire la figura infermieristica con competenze specialistiche in ambito cardiologico.
- valutazione tempestiva domiciliare, che consenta una precoce identificazione di segni e sintomi di aggravamento delle condizioni cliniche, anticipando l'intervento dello specialista al fine di prevenire una franca instabilizzazione clinica e possibile riospedalizzazione
- valutare livello di adesione dei pazienti al follow-up dello SC
- valutare il livello di gradimento dei pazienti e degli operatori rispetto al modello proposto

## **DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO**

I destinatari principali del progetto sono gli operatori delle le S.C Medicina Interna e S.C Cardiologia dei presidi ospedalieri e delle Case di Comunità della ASST Pavia - Polo Oltrepo, i MMG.

I beneficiari sono i pazienti (e i loro caregiver) affetti da Scompenso Cardiaco dell'ASST Pavia che necessitano di follow-up strutturato per presenza di comorbidità e fragilità.

## **METODOLOGIA ADOTTATA**

### **Fase 1**

In questa fase vengono analizzati i ricoveri ospedalieri per SC nell'anno 2023 ; il contesto aziendale, comprendente la descrizione delle strutture aziendali ospedaliere dedicate alla cura del paziente affetto da SC e il personale coinvolto.

L'analisi SWOT inoltre, consentirà di individuare gli aspetti positivi, le criticità e opportunità del modello organizzativo esistente

### **Fase 2**

Questa fase riguarda il percorso di presa in carico in ambito territoriale del paziente affetto da SC , con l'identificazione degli attori , loro compiti e responsabilità, e delle fasi del percorso

### **Fase 3**

Stima dei costi

### **Fase 4**

Verifica dei risultati



## DESCRIZIONE DEL PROGETTO e FASI E TEMPISTICHE

### 1.1 Definizione e classificazione dello scompenso cardiaco

Lo scompenso cardiaco è una condizione caratterizzata da un deterioramento strutturale/funzionale del cuore tale da renderlo incapace di assolvere alla normale funzione contrattile di pompa, quindi di garantire un corretto apporto sanguigno a tutti gli organi. I principali sintomi sono : dispnea parossistica notturna, dispnea da sforzo, ridotta tolleranza allo sforzo, astenia, edemi agli arti inferiori.

Le tabelle 1.1 e 1.2 rappresentano le due principali classificazioni ACC/AHA e NYHA dello Scompenso Cardiaco, rispettivamente, in base alle alterazioni strutturali con conseguenti stadi evolutivi della patologia ed alla limitazione funzionale.

Tabella 1.1 - Classificazione SC secondo **ACC/AHA**(American College of Cardiology/American Heart Association)

Stadio	
A	Alto rischio per SC senza malattia cardiaca strutturale nè segni o sintomi di SC
B	Malattia cardiaca strutturale senza segni o sintomi di SC
C	Malattia cardiaca strutturale con precedenti o attuali sintomi di SC
D	Malattia cardiaca strutturale con insufficienza cardiaca refrattaria che richiede interventi specializzati

Tabella 1.2 - Classificazione funzionale dello SC secondo **NYHA** ( New York Heart Association)

Classe	Sintomi
Classe I	Scompenso cardiaco asintomatico: si registra presenza di cardiomiopatia, senza conseguenti limitazioni dell'attività fisica. Non è limitata l'attività fisica ordinaria, ma possono comparire sintomi per attività superiori all'ordinario
Classe II	Scompenso cardiaco lieve : il paziente sta bene a riposo, ma l'attività fisica moderata provoca dispnea e affaticamento
Classe III	Scompenso cardiaco da moderato a grave : l'attività fisica minima provoca dispnea o affaticamento, anche se il paziente sta ancora bene a riposo
Classe IV	Scompenso cardiaco grave : il paziente non riesce a svolgere alcun tipo di attività. Spontanea, dispnea o affaticamento sono presenti anche a riposo

## 1.2 Dati relativi ai ricoveri per SC in ASST Pavia- 2023

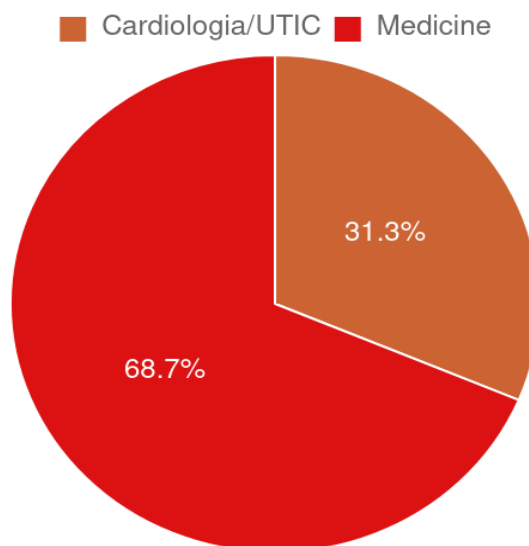
I dati relativi ai ricoveri sono stati ricavati dalle schede di dimissione ospedaliera, nelle quali compariva la diagnosi di Scompenso Cardiaco principale o secondaria .

Il periodo di osservazione corrisponde all'interno anno 2023, nel corso del quale sono stati effettuati n.1273 ricoveri ordinari o urgenti, la cui distribuzione viene riportata in tabella 1.2.1 e relativa rappresentazione nel grafico 1.2.1.

Tabella 1.2.1. Distribuzione dei ricoveri per SC nelle U.O.C. in ASST Pavia. Anno 2023

Reparti	Ricoveri per HF 2023
	1271
Cardiologia/UTIC	398
Medicina	874

Grafico 1.2.1 Rappresentazione grafica della distribuzione dei ricoveri per SC



Le tabelle 1.2.2 e 1.2.3 rappresentano rispettivamente media e deviazione standard di età e degenza nei reparti, in ASST Pavia.

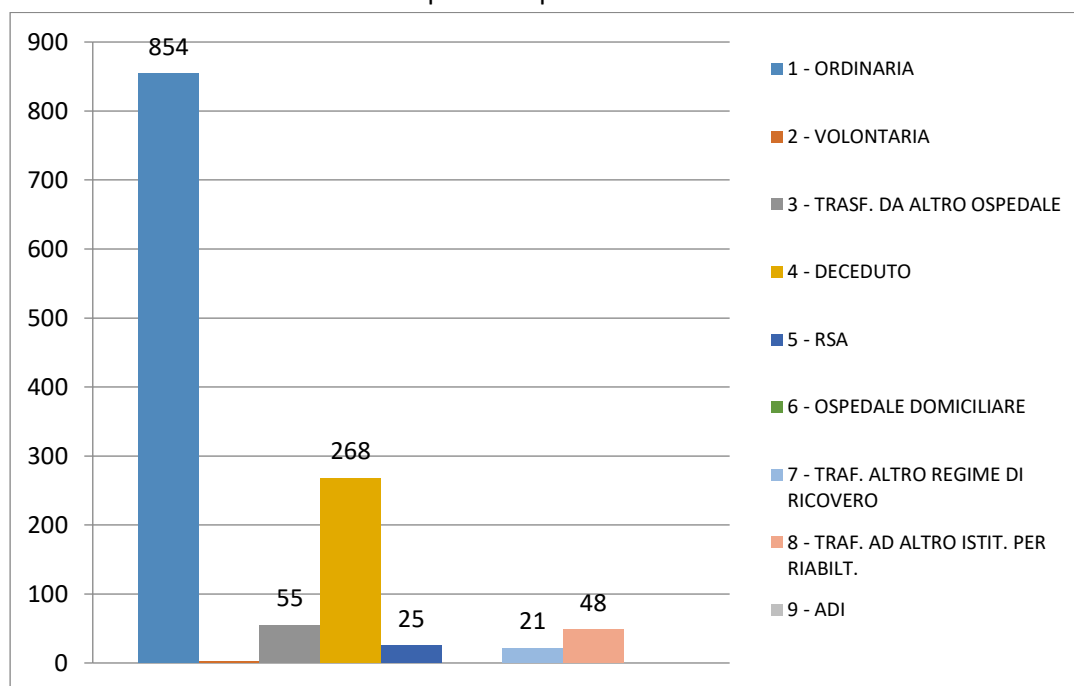
Tabella 1.2.2. Età. Analisi retrospettiva pazienti ricoverati per SC. Anno 2023

Maschi	82,6 +- 9.2 anni
Femmine	85.8 +- 6.4 anni

Tabella 1.2.3. Degenza. Analisi retrospettiva pazienti ricoverati per SC. Anno 2023

Anno 2023	15 +- 9 giorni
-----------	----------------

Grafico 1.2. Modalità di dimissione per Scopenso Cardiaco- ASST Pavia. Anno 2023



### 1.3 Contesto aziendale di gestione dello SC

Nel mesi di giugno 2024 , è stata approvata da ASST Pavia, la procedura di " Presa in carico del paziente fragile in dimissione dai presidi ospedalieri ".

Tuttavia il percorso specifico di presa in carico del paziente affetto da scompenso cardiaco risulta ancora frammentato e comunque poco integrato e non formalizzato con PDTA dedicato, in fase di aggiornamento.

La ASST Pavia comprende i seguenti presidi ospedalieri :

Nelle tabelle 1.3.1 e 1.3.2, sono rappresentate le strutture dell'ASST Pavia che si occupano di scompenso cardiaco a livello ospedaliero e territoriale ; da queste sono evidenziate quelle insistenti nel territorio Oltrepo (Voghera ; Broni-Stradella, Varzi), oggetto del progetto pilota.

Tabella 1.3.1. Ospedali ASST Pavia

<b>Ospedale</b>	Classificazione DM70/12015	<b>Servizi</b>
<b>Voghera</b>	<b>Ospedale di I livello</b>	<b>U.O.C. Cardiologia : 16 posti letto- UTIC : 6 posti letto.</b> <b>U.O.C. Medicina : 61 posti letto</b> <b>Ambulatorio per lo SC presso UOC di Cardiologia e di Medicina</b>
Vigevano	Ospedale di I livello	U.O.C. Cardiologia : 24 posti letto e UTIC : 7 posti letto U.O.C. Medicina interna ad indirizzo oncologico : 50 posti letto Ambulatorio per lo SC presso UOC Cardiologia
<b>Broni-Stradella</b>	<b>Ospedale di base</b>	<b>U.O.C. Medicina Interna : 42 posti letto</b> <b>Ambulatorio di Cardiologia e Ambulatorio per lo SC presso UOC di Medicina</b>
Mede	Ospedale di base Ospedale di Comunità	U.O.C Medicina Interna : 34 posti letto. Ambulatorio di Cardiologia presso U.O.C di Medicina
Mortara	Ospedale di base	U.O.C. Medicina Interna : 28 posti letto Ambulatorio di Cardiologia presso U.O.C di Medicina
<b>Varzi</b>	<b>Ospedale di base</b>	<b>U.O.C. Medicina Interna ad indirizzo oncologico : 26 posti letto</b> <b>Ambulatorio di Cardiologia presso U.O.C di Medicina</b>

Tabella 1.3.2. Distretti con Ambulatorio di Cardiologia o Ambulatorio S.C – ASST Pavia

Distretto		Ambulatorio
Pavia	C.d.C	Cardiologia
Alto e Basso pavese	C.d.C Casorate Primo Poliamb.Corteolona e Genzone	Cardiologia Cardiologia
Lomellina	C.d.C Mede C.d.C Mortara C.d.C. Vigevano	Cardiologia Cardiologia Cardiologia
<b>Broni-Casteggio</b>	<b>C.d.C Broni</b>	<b>Cardiologia</b>
<b>Voghera e Comunità Montana</b>	<b>C.d.C Voghera</b>	<b>Cardiologia (non ancora attivo)</b>

Le caratteristiche degli ambulatori descritti rispondono alle direttive indicate da DGR N. XI/3522 del 05/08/2020

Nell'attuazione del progetto pilota si prevede di coinvolgere :

- n. 3 specialisti ospedalieri di cui a Voghera 1 cardiologo e 1 internista e a Stradella 1 cardiologo
- n.1 specialista cardiologo territoriale tra C.d.C. Broni-Casteggio e Varzi

Tali professionisti sono già dedicati all'attività ambulatoriale cardiologica istituzionale, nel contesto della quale verrà istituita un'agenda dedicata ai pazienti affetti da S.C.

Nello specifico, si prevede :

- Voghera : Cardiologia n. 2 giornate ambulatoriali/settimanali per un totale di n 12 visite
- Voghera: Medicina n.2 giornate ambulatoriali/settimanali per un totale di n. 10 visite
- Stradella: Medicina n.2 giornate ambulatoriali/settimanali per un totale di n. 12 viste
- Varzi: Medicina n.1 giornata ambulatoriale/settimanale per un totale di n. 6 visite
- Broni-Casteggio: n.1 giornata ambulatoriale/settimanale per un totale di n. 6 visite

Con DGR n. 377 del 14/07/2020, sono stati assegnati alla ASST Pavia, n.87 IFeC ; al 31 agosto 2024 ne sono stati reclutati n : 69, di cui n. 18 IFeC nei Distretti (Oltrepo) Voghera e Comunità Montana, Broni-Casteggio.

Allo stato attuale non è presente una figura tra gli IFeC, con competenze specifiche ; si prevede l'utilizzo di infermiera specializzata ospedaliera (con maturata esperienza professionale e/o attraverso corsi specialistici) che costituirà il "bridge" di supporto e riferimento per l'attività assistenziale a domicilio.

## 1.4. Analisi SWOT del progetto nel contesto di riferimento

Tabella 1.4.1

<b>Punti di forza</b> Regolari contattati e periodici incontri fra Specialisti Ospedalieri e MMG Numero adeguato di IFeC per presa in carico di pazienti cronici/fragili Presenza di competenze multiprofessionali per la cura dello SC Presenza di strumentazione diagnostica adeguate con disponibilità aziendale ad ulteriore incremento di attrezzature tecnologiche avanzate	<b>Debolezze</b> Scarsità di personale medico ospedaliero e MMG Iter di Follow-up dello SC scoordinato PDTA aziendale non aggiornato( in corso di aggiornamento) Difficoltà dei pazienti anziani nell'utilizzo delle moderne tecnologie (wearable device)
<b>Opportunità</b> Normative nazionali incentivanti domiciliarità e sanità digitale Notevole interesse per lo SC, considerato impatto su mortalità, qualità della vita e costi	<b>Minacce</b> Notevole incremento della domanda di assistenza di pazienti cronici/fragili Coinvolgimento dei MMG con possibilità di scarsa adesione Coinvolgimento altri soggetti esterni, che interverranno nella gestione del caso

Tra i punti di forza va sottolineato che è stata istituita una rete che salda il rapporto tra specialista ospedaliero e MMG attraverso costanti incontri, eventi di formazione e di aggiornamento, che rappresentano un'occasione di colloquio e rapporto in presenza tra figure che diversamente avrebbero scarse opportunità di conoscenza diretta.

## 2. Presa in carico del paziente con SC

Si propone un progetto di presa in carico incentrato sul paziente, che costituisce l'elemento centrale del sistema di gestione integrata. Lo stesso, dovrà essere responsabilizzato alla gestione della propria malattia.

Si intende creare un team composto da figure professionali ospedaliere e territoriali che sia nelle condizioni di seguire il paziente in modo efficace e concreto a cominciare dalla pre-dimissione ospedaliera e che lo assista sul territorio durante tutto il percorso della sua malattia.

IL team sarà costituito dalle seguenti figure professionali :

- Medico Specialista
- Infermiere ospedaliero con competenze specialistiche
- Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)
- Medico di Medicina Generale
- Altri professionisti integrabili (fisiatra, dietista, fisioterapista, assistente sociale, psicologo)

Tabella 2.1.1 Figure professionali coinvolte e rispettivi compiti

<b>Figura professionale</b>	<b>Responsabilità</b>
Medico Specialista Ospedaliero (Cardiologo- Internista)	Ha la responsabilità specialistica per la valutazione diagnostica e terapeutica. Personalizza con il team il follow-up del paziente
Infermiere ospedaliero con competenze specialistiche (Reparto e ambulatoriale)	Interagisce a stretto contatto con lo specialista ospedaliero rapportandosi con l'IFeC nel calendarizzare il follow-up con relativi esami prescritti. Effettua intervento educativo e motivazionale. Favorisce il « patient empowerment » ad ogni visita di controllo programmata
IFeC	In quanto figura di riferimento (case manager) del percorso di presa in carico territoriale del paziente, interagisce con le figure specialistiche ospedalieri, i MMG, il paziente, la sua famiglia e il caregiver. Rileva parametri vitali , biometrici eli condivide con il team
Medico di Medicina Generale	Riveste la responsabilità generale per le cure dei pazienti non ospedalizzati. Verifica a domicilio, su segnalazione dell'IFeC, la stabilità clinica, aderenza terapeutica e individua il rischio complicanze.
Altre figure professionali	fisiatra, fisioterapista, dietista, assistente sociale, psicologo intervengono se previsto nel piano

	assistenziale
--	---------------

L'intero percorso di presa in carico e gestione del paziente con SC viene discusso e concordato con tutte le figure professionali coinvolte e può essere delineato secondo il seguente schema :

#### Identificazione e segnalazione del paziente

Il paziente è identificato in corso di ricovero ospedaliero o segnalato durante visita specialistica ambulatoriale ospedaliera o territoriale. In base alla classe di gravità e alle comorbidità del paziente, lo specialista ospedaliero e l'infermiere con competenze specialistiche stilano il follow-up personalizzato.

A questo punto il paziente viene segnalato alla Centrale Operativa territoriale (COT).

#### Attivazione

La COT, dopo aver ricevuto la segnalazione, attiverà l'Equipe Multidisciplinare Territoriale (EMT) composta da IFeC ed eventualmente Assistente sociale della Casa di Comunità di riferimento dove insiste il Presidio Ospedaliero ; la EMT provvederà a comunicare al MMG l'avvenuta segnalazione . Verrà concordato con il reparto, o con il personale dell'ambulatorio, la data e l'ora di accesso dell'EMT per garantire la presa in carico. Anche il caregiver verrà informato e invitato a partecipare all'incontro.

Normalmente, sarà l'IFeC il *case manager* per la presa in carico del paziente.

Ifec dovrà attuare la riconciliazione terapeutica al domicilio, valutare i parametri e le indicazioni stabilite dal percorso di follow up , segnalando tempestivamente eventuale variazioni di parametri e comparsa di sintomi seguendo le indicazioni specialistiche precedentemente condivise.

#### Stesura di piano assistenziale personalizzato

Il Piano Assistenziale, sarà personalizzato e comprenderà le esigenze cliniche, terapeutiche, assistenziali ed eventualmente sociali del paziente affetto da SC. Dovrà comprendere il monitoraggio preciso dello scompenso cardiaco ed eventualmente programmare il trattamento riabilitativo.

Sia nel caso di dimissione ospedaliera che di visita specialistica ambulatoriale, il piano assistenziale farà riferimento alla "scheda raccolta dati clinici" precedentemente predisposta durante il ricovero o la visita, riportante : informazioni cliniche, strategia terapeutica personalizzata, stratificazione prognostica con l'identificazione del profilo di gravità/rischio del paziente, basata sul decorso ospedaliero o sulla visita specialistica, frequenza e qualità dei parametri da valutare a domicilio.

#### Gestione del paziente a domicilio

L'IFeC valuterà direttamente a domicilio le condizioni del paziente stabile ; verificherà i parametri consistenti in : misurazione peso corporeo, diuresi, misurazione pressione arteriosa, frequenza cardiaca, eventuale grado di dispnea, aderenza alla terapia, aderenza allo stile di vita consigliato.



Per i casi di scompenso cardiaco più gravi (classe NYIA III e IV), l'IFeC riporterà direttamente i parametri al MMG, il quale deciderà un eventuale modifica della terapia o una visita specialistica a breve. L'IFeC registrerà anche le eventuali mutate condizioni cliniche del paziente.

Il tutto verrà riportato in apposita « scheda di follow-up » a disposizione del MMG e dello specialista. Compito dell'IFeC sarà anche di valutare e stimolare la capacità di autocura del paziente e dei caregiver. Inoltre su indicazione del MMG provvederà ad eseguire prestazioni diagnostiche (esecuzione di Elettrocardiogramma; prelievo venoso) o terapeutiche (infusione diuretico endovena).

Nei casi complessi o in condizioni di aggravamento del quadro clinico, dopo un teleconsulto con infermiere ospedaliero potrà essere organizzata una visita specialistica o il ricovero ospedaliero.

#### Metodiche di comunicazione

Strumenti utili per la collaborazione tra i diversi attori che partecipano alla gestione integrata ospedale-territorio, oltre a quelli tradizionali, sono :

- Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) aziendale per il paziente con Scompenso Cardiaco (in corso di aggiornamento in ASST Pavia)
- Fascicolo Sanitario Informatizzato
- Piano assistenziale condiviso
- Scheda Raccolta Dati Clinici (da sviluppare)
- Scheda di Follow-Up (da sviluppare)
- Opuscolo Informativo
- Televisita
- Teleconsulto

### **3.1 Progetto pilota**

Lo scopo del progetto è di effettuare una sperimentazione di presa in carico del paziente affetto da Scompenso Cardiaco.

Verrà individuato un campione costituito da un numero limitato di pazienti (40), con diversa gravità della malattia (Classe NYHA I,II,III,IV) , che risiedano nel territorio della ASST Pavia, limitatamente all'Oltrepo Pavese e che esprimano il loro consenso alla presa in carico. Verranno individuati i pazienti dimessi dall'ospedale o seguiti presso gli ambulatori di cardiologia e/o ambulatori per lo scompenso cardiaco.

Dopo la condivisione del progetto tra la Direzione Strategica di ASST Pavia, i Direttori delle Unità Operative Complesse interessate e i medici e infermieri ospedalieri e territoriali, è prevista una fase di insediamento e condivisione dello stesso, riguardante il percorso di presa in carico, quindi l'elaborazione e la verifica degli strumenti di comunicazione, la definizione delle modalità di coinvolgimento degli diversi attori, la elaborazione dei diversi strumenti di integrazione (scheda

raccolta dati clinici, scheda follow-up, opuscolo informativo ed altro). Sono previsti periodici incontri e/o contatti tra le diverse figure professionali.

Successivamente si procederà alla verifica e alla condivisione dei risultati con analisi delle criticità emerse e dei punti di forza con eventuali azioni correttive.

Alla fine del percorso è prevista una presentazione dei risultati alla Direzione Aziendale e ai Responsabili delle strutture coinvolte nel progetto con programmazioni di ulteriori iniziative di coinvolgimento ed estensione del progetto all'intero territorio della ASST Pavia.

E' previsto l'inizio nel mese di ottobre 2024 fino a marzo 2025, per una durata totale di mesi 6.

## **ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE**

Il progetto è sostanzialmente isorisorse.

La strumentazione necessaria (Elettrocardiografo, Ecocardiografo, Holter pressorio, Holter ECG, bilance, satutimetri) è in dotazione nelle U.O.C coinvolte e nella Case di Comunità.

I medici specialisti ospedalieri e territoriali sono in organico e sono attivi gli ambulatori dedicati...

In previsione dell'estensione del progetto a tutte le U.O.C di Medicina Interna e di Cardiologia dell'ASST Pavia, si rende necessaria la presenza in tutti i team multidisciplinari , dell'infermiere con competenze specialistiche specifiche reperibile attraverso esperienza pluriennale comprovata e/o eventuali corsi acquisiti.

Per gli IFeC si prevede la programmazione di corsi dedicati da realizzarsi utilizzando personale docente e tutor dell'azienda , attraverso la piattaforma aziendale corsi FAD.

Tutti gli eventuali costi (teorici), sono ampiamente coperti dai ricoveri e re-ricoveri evitati (DRG costo medio per una giornata di ricovero in Medicina 400-450€).

## **RISULTATI ATTESI**

Valutazione dei risultati attesi attraverso indicatori di processo e di esito :

### **Indicatori di processo:**

- Numero di pazienti presi in carico
- Numero di segnalazioni da parte dei MMG
- Numero totale di follow-up da parte dell'IFeC
- Numero di accessi ambulatoriali
- Valutazione periodica dell'aderenza terapeutica

### **Indicatori di esito :**

- Riduzione del numero dei ricoveri e degli accessi in Pronto Soccorso rispetto allo stesso arco temporale dell'anno precedente
- Miglioramento della qualità della vita e della soddisfazione del paziente
- Adesione e soddisfazione del caregiver, del MMG e dei professionisti coinvolti.

## **CONCLUSIONI**

La gestione della sindrome da scompenso cardiaco costituisce uno dei più rilevanti problemi dei sistemi sanitari del mondo occidentale.

In questi paesi, l'incidenza di questa patologia, corretta per l'età potrebbe diminuire, riflettendo presumibilmente una migliore gestione della malattia cardiovascolare, ma, a causa dell'invecchiamento della popolazione, l'incidenza complessiva è in aumento.

Il progetto, propone una azione sinergica tra i diversi professionisti integrandone le competenze e indica nell'IFeC quella figura di collegamento, oltre che responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità.

Una particolare attenzione, si pone inoltre, alla presenza di personale infermieristico (ospedaliero) ad alta specializzazione, dedicato alla gestione intra e post-ospedaliera dello SC. Comprende i vantaggi derivanti dall'imput cardiologico, conosce la fisiopatologia della malattia, le motivazioni alla base delle indagini, i trattamenti e il decorso. Comprende le terapie farmacologiche, indicazioni, controindicazioni, effetti collaterali e obiettivi emodinamici. L'infermiere specializzato è in grado di fornire skills comunicative per relazionarsi in modo efficace con pazienti e caregiver. Le sue competenze sono indispensabili nella fase di risposta al trattamento dello SC, nella quale il paziente è più vulnerabile alle recidive e necessita di interventi di rinforzo e supporto all'aderenza terapeutica. Ricopre infine, un ruolo fondamentale nel transitional care, facendo rete con IFeC e MMG con i quali collabora secondo una logica prognostica e preventiva per intercettare precocemente le fasi di instabilità del paziente nel follow-up.

Il tutto al fine di realizzare concretamente quella indispensabile integrazione ospedale-territorio nella gestione del paziente affetto da scompenso cardiaco e declinare a livello capillare, attraverso le strutture e le figure professionali definite dalla DGR n.XI/7592 del 15/12/2022, le indicazioni per l'organizzazione della rete cardiovascolare della DGR n.XI/3522 del 05/08//2020.

I risultati ottenuti in questo studio, auspicabilmente positivi, potrebbero rendere il modello replicabile, oltre che per altre patologie croniche così impattanti, anche in altri contesti territoriali, ove le risorse di personale e la ricettività ospedaliera non siano sufficienti a rispondere alle richieste di una utenza pluripatologica e fragile in costante aumento.

## **RIFERIMENTI NORMATIVI**

Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n.77 . “ Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale”

Deliberazione Giunta Regionale del 14/07/2020, n.XI/3377. “Determinazioni in ordine al reclutamento di personale per i servizi sanitari territoriali”

Deliberazione Giunta Regionale del 05/08/2020, n. XI/3522 . “Indicazioni e requisiti per l’ulteriore efficientamento organizzativo della rete cardiovascolare territoriale”

Deliberazione Giunta Regionale n.XI/7592 del 15/12/2022 .” Attuazione del DM 23 maggio 2022 n.77. “ Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.” Documento regionale di programmazione dell’assistenza territoriale.

## **BIBLIOGRAFIA**

Conrad N, Judge A, Tran J, Mohseni H, Hedgecote D, Crespillo AP, Allison M, Hemingway H, Cleland JG, McMurray JJV, Rahimi K. Temporal trends and patterns in heart failure incidence: a population-based study of 4 million individuals. *Lancet*. 2018 Feb 10;391(10120):572-580. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32520-5. Epub 2017 Nov 21. PMID: 29174292; PMCID: PMC5814791.

McDonagh TA, Blue L, Clark AL, Dahlström U, Ekman I, Lainscak M, McDonald K, Ryder M, Strömberg A, Jaarsma T; European Society of Cardiology Heart Failure Association Committee on Patient Care. European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care. *Eur J Heart Fail*. 2011 Mar;13(3):235-41. doi: 10.1093/eurjhf/hfq221. Epub 2010 Dec 15. PMID: 21159794.

Girerd N, Mewton N, Tartièrè JM, Guijarro D, Jourdain P, Damy T, Lamblin N, Bayes-Génis A, Pellicori P, Januzzi JL, Rossignol P, Roubille F; a panel of multidisciplinary experts and the Heart Failure Working Group of the French Society of Cardiology. Practical outpatient management of worsening chronic heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2022 May;24(5):750-761. doi: 10.1002/ejhf.2503. Epub 2022 Apr 27. PMID: 35417093; PMCID: PMC9325366.

McDonagh TA, Blue L, Clark AL, Dahlström U, Ekman I, Lainscak M, McDonald K, Ryder M, Strömberg A, Jaarsma T; European Society of Cardiology Heart Failure Association Committee on Patient Care. European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care. *Eur J Heart Fail*. 2011 Mar;13(3):235-41. doi: 10.1093/eurjhf/hfq221. Epub 2010 Dec 15. PMID: 21159794.

McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumach A, Böhm M, Burri H, Butler J, Čelutkienė J, Chioncel O, Cleland JGF, Crespo-Leiro MG, Farmakis D, Gilard M, Heymans S, Hoes AW, Jaarsma T, Jankowska EA, Lainscak M, Lam CSP, Lyon AR, McMurray JJV, Mebazaa A, Mindham R, Muneretto C, Francesco Piepoli M, Price S, Rosano GMC, Ruschitzka F, Skibelund AK; ESC Scientific Document Group. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2023 Oct 1;44(37):3627-3639. doi: 10.1093/eurheartj/ehad195. Erratum in: *Eur Heart J*. 2024 Jan 1;45(1):53. doi: 10.1093/eurheartj/ehad613. PMID: 37622666.

Anker SD, Koehler F, Abraham WT. Telemedicine and remote management of patients with heart failure. *Lancet*. 2011 Aug 20;378(9792):731-9. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61229-4. PMID: 21856487.

Andrikopoulou E, Abbate K, Whellan DJ. Conceptual model for heart failure disease management. *Can J Cardiol*. 2014 Mar;30(3):304-11. doi: 10.1016/j.cjca.2013.12.020. Epub 2013 Dec 30. PMID: 24565255.

## **SITOGRAFIA**

Di Somma S. (2020). *Hearth failure policy and practice in Europe: Italy*. Disponibile su :  
[www.hfpolicynetwork.org](http://www.hfpolicynetwork.org)



