



**The Heart
Failure Policy
Network**

Dalle linee guida all'azione

Opportunità di advocacy per lo scompenso cardiaco in Italia



La Heart Failure Policy Network è una piattaforma multidisciplinare indipendente resa possibile con il sostegno finanziario di AstraZeneca, CSL Vifor, Boehringer Ingelheim e Roche Diagnostics. Il contenuto prodotto dal Network non è sbilanciato verso alcun trattamento o terapia specifici. Tutti i risultati sono indirizzati e sottoscritti dai membri del Network. Tutti i membri contribuiscono con il proprio tempo senza ricevere alcuna remunerazione.

Informazioni su questo documento

La Heart Failure Policy Network (HFPN) sta sviluppando differenti documenti sulle politiche in materia di scompenso cardiaco per specifici paesi europei, atti ad identificare gli strumenti esistenti e i meccanismi disponibili per promuovere il cambiamento del sistema sia a livello nazionale che locale.

Tali elaborati si basano sul nostro precedente lavoro, in particolare sul documento [Heart failure policy and practice in Europe](#) (Politiche e pratiche per lo scompenso cardiaco in Europa) e i relativi profili nazionali, con il fine di evidenziare le lacune nelle politiche e nei sistemi organizzativi in materia di scompenso cardiaco. Tale nuova edizione, ispirata alla nostra precedente esperienza [From guidelines to action: opportunities for change following the 2021 ESC guidelines](#) fa parte di una nuova serie che esplora gli ostacoli e le opportunità per l'implementazione delle cure per lo scompenso cardiaco basate su dati concreti.

Ringraziamenti

Questo documento è stato redatto da Monica Racoviță, Kirsten Budig e Ed Harding, membri del Segretariato della HFPN.

Ringraziamo tutti i membri dell'Advocacy Leadership Group per aver offerto il loro costante contributo durante lo sviluppo del briefing:

- **Salvatore Di Somma**, Associazione Italiana Scompensati Cardiaca (AISC), Italia
- **Klaus Edel**, Centro per le malattie cardiovascolari, Rotenburg upon Fulda, Germania
- **Cristina Enjuanes Grau**, Ospedale universitario di Bellvitge, Spagna
- **Winfried Klausnitzer**, Herzschwäche Deutschland, Germania
- **Steven Macari**, Association Vie Et Cœur, Francia
- **Yolanda Rueda**, CardioAlianza, Spagna
- **Stefan Störk**, Ospedale universitario di Würzburg, Germania

Siamo grati ai seguenti esperti per aver condiviso le loro conoscenze in una tavola rotonda e un'intervista:

- **Rossana Bordoni**, Presidente eletto dell'AISC
- **Giorgio Casati**, Direttore generale della ASL Roma 2
- **Salvatore Di Somma**, Direttore Scientifico AISC
- **Beatrice Lorenzin**, Membro del Parlamento italiano
- **Barbara Porcelli**, Direttore UOC Assistenza alla persona presso la ASL Roma 2
- **Maurizio Volterrani**, Presidente della Heart Failure Association Italia (ITAHFA)

1. Azioni per i sostenitori della lotta allo scompenso cardiaco in Italia

Osservando più da vicino le politiche in materia di scompenso cardiaco (SC) e mutuando gli approfondimenti principali dagli esperti locali, l'HFPN mira a supportare i sostenitori della lotta allo SC per massimizzare le opportunità per migliorare la vita ai pazienti con SC. Ci auguriamo che le azioni specifiche proposte in questo documento possano contribuire a promuovere il cambiamento del sistema per lo SC a livello locale, regionale e nazionale in Italia.

Opportunità di advocacy	Azioni
Sviluppo e realizzazione di strategie nazionali e regionali sulla salute cardiovascolare	<ul style="list-style-type: none">• Chiedere alle autorità regionali di sviluppare piani regionali completi e strategie di implementazione per le malattie croniche, compreso lo SC• Chiedere alle autorità nazionali e regionali di garantire la disponibilità di fondi per affrontare le carenze di personale nelle cure per lo SC
Monitoraggio degli indicatori di qualità per i pazienti con SC	<ul style="list-style-type: none">• Chiedere alle autorità sanitarie nazionali e regionali di sfruttare i dati per migliorare la qualità delle cure per i pazienti con SC
Circolazione e implementazione delle linee guida per l'assistenza per lo SC	<ul style="list-style-type: none">• Chiedere alle autorità sanitarie regionali di sviluppare (ulteriormente) percorsi di cura strutturati e specifici per lo SC e a rendere l'empowerment del paziente parte di questi percorsi
Investimenti nella trasformazione digitale del sistema sanitario	<ul style="list-style-type: none">• Chiedere alle autorità regionali di sviluppare linee guida che definiscano standard chiari per la fornitura e l'utilizzo di servizi di telemedicina per lo SC, al fine di garantire l'accesso a cure di alta qualità• Chiedere alle autorità sanitarie di sfruttare la telemedicina per affrontare le disuguaglianze nell'accesso alle cure per lo SC e migliorare gli standard di cura

2. Il peso dello scompenso cardiaco e il sistema sanitario in Italia

Lo scompenso cardiaco rappresenta un peso notevole per il sistema sanitario italiano e per le persone che vivono con questa sindrome

In Italia, i dati del 2012 indicano che l'1,7% della popolazione generale e quasi il 15% delle persone di età superiore agli 85 anni convive con lo SC.¹ Una percentuale significativa di scompensati cardiaci (7%) muore durante il primo ricovero.² Entro un anno dalla dimissione, il 24% degli scompensati cardiaci muore fuori dall'ospedale e il 59% viene sottoposto a nuovo ricovero.² I dati dimostrano enormi variazioni regionali nell'erogazione delle cure, con una percentuale di persone che rispettano la terapia per lo SC che varia dal 2% al 70%.³

Per ulteriori informazioni sul contesto delle politiche e prassi in materia di SC in Italia, si rimanda alla relazione [Heart failure policy and practice in Europe: Italy](#).

Promuovere il cambiamento nel sistema sanitario italiano

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è universale e fornisce gratuitamente la maggior parte dei servizi sanitari. Qualsiasi cittadino italiano o residente legale ha il diritto di accedere al SSN e alla sua ampia gamma di servizi.⁴ La maggior parte degli italiani si avvale di questo diritto, con l'assicurazione sanitaria privata che rappresenta solo il 2,8% della spesa sanitaria totale.⁴ Le visite del medico di base sono gratuite, ma sono richiesti pagamenti parziali, noti come ticket, per le visite specialistiche, le procedure diagnostiche e, in alcune regioni, i farmaci. Per questi ticket è previsto un limite massimo (36,15 euro nel 2020)⁵ e alcuni gruppi, tra cui le persone di età superiore ai 65 anni in famiglie con un reddito inferiore a 36.000 euro all'anno, usufruiscono dell'esenzione.⁵ Tuttavia, in alcune regioni, le persone riferiscono di aver bisogno di cure mediche non soddisfatte a causa della mancanza di risorse finanziarie, dei lunghi tempi di attesa per visite ed esami e delle lunghe distanze percorse per accedere ai servizi.⁴

I dati indicano che la qualità dell'assistenza offerta dal SSN può variare notevolmente da una regione all'altra. Il governo centrale stabilisce i principi fondamentali e gli obiettivi strategici per la salute attraverso il Ministero della Salute, ma ogni regione è responsabile dell'organizzazione e dell'erogazione dei servizi sanitari attraverso una rete di autorità sanitarie locali (Aziende Sanitarie Locali, ASL) e di fornitori pubblici e privati.^{4,6} Ciò ha comportato una variabilità nell'erogazione dei servizi sanitari, con divari talvolta significativi nella qualità dei servizi tra le regioni. In molti casi, questi divari rispecchiano le disparità socioeconomiche, con le regioni settentrionali che in genere funzionano molto meglio di quelle meridionali.⁶

Sulla base dell'attuale politica sanitaria italiana, l'analisi delle attività di ricerca e il parere degli esperti suggeriscono che è necessario concentrarsi a livello regionale per promuovere l'attuazione di linee guida e politiche per lo SC. Lo SC è riconosciuto come priorità strategica nel Piano nazionale della Cronicità, ma l'attuazione è disomogenea nelle varie regioni.⁷ Di conseguenza, i decisori regionali devono farsi carico la strategia per lo SC e guidarne l'attuazione.

3. Opportunità di advocacy per ottimizzare le cure per lo scompenso cardiaco

Sviluppo e realizzazione di strategie nazionali e regionali sulla salute cardiovascolare

I sostenitori della lotta allo SC a livello locale e regionale possono far riferimento al Piano nazionale della Cronicità per ottenere il sostegno dei decisori e garantirne l'attuazione a livello regionale.

Lo SC è stato considerato prioritario nella politica sanitaria nazionale. Il Piano Nazionale della Cronicità (PNC) del 2016 propone una strategia concreta per migliorare la gestione dello SC.⁸ Le associazioni di cittadini-pazienti hanno partecipato alla stesura del PNC e ne hanno facilitato l'attuazione.⁷ Nel 2018, la maggior parte delle regioni ha riferito che l'attuazione del piano è in corso, con diversi livelli di avanzamento.⁹ La strategia proposta, che comprende diversi interventi per lo SC, consiste nel promuovere:⁸

- l'implementazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA)*, ovvero percorsi di cura strutturati per i soggetti con SC che comprendono le cure primarie, secondarie e terziarie e hanno lo scopo di supportare i professionisti sanitari nell'erogazione delle migliori pratiche di cura,
- un modello organizzativo che garantisca che i reparti ospedalieri e i servizi locali lavorino insieme per fornire una gestione integrata delle cure per lo SC
- collaborazione professionale per migliorare il sostegno all'interno e all'esterno dell'ospedale e negli ambulatori dedicati, in particolare per gli scompensati cardiaci in fase avanzata che richiedono trattamenti più complessi o dispositivi cardiaci,
- l'adozione di assistenza domiciliare e/o teleassistenza mediante la telemedicina (televisita, teleconsulto e telemonitoraggio) per monitorare il paziente ad remoto e i suoi segni vitali, i predittori di deterioramento o entrambi.

I leader clinici in Italia mirano a far progredire le cure per lo SC attraverso la collaborazione nazionale, ma questi sforzi non sono ancora sostenuti da tutte le regioni. Il Gruppo di lavoro italiano sullo scompenso cardiaco dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) e della Società Italiana di Cardiologia (SIC) ha redatto nel 2017 un documento di indirizzo per l'organizzazione di una rete nazionale di assistenza per lo SC.¹⁰ Questo documento proponeva l'integrazione dei servizi specialistici di cardiologia in percorsi di cura multidisciplinari e multiprofessionali. Ha inoltre delineato i protocolli e i sistemi di comunicazione per le cliniche per lo SC in un ambito di cura comunitario, ospedaliero e specialistico. La guida mirava a creare una rete in grado di facilitare una migliore continuità delle cure nelle diverse fasi della malattia, rispondendo al contempo alle esigenze delle persone ed essendo economicamente vantaggiosa.¹⁰ Tuttavia, la rete non è ancora operativa in tutte le regioni.¹¹

Il SSN deve far fronte a carenze di personale che, a quanto pare, costituiscono un ostacolo importante per l'erogazione di cure ottimali, compresi i pazienti con scompenso cardiaco. La grave carenza di personale è stata segnalata come un problema continuo per il SSN, con conseguente mancanza di personale medico e lunghi tempi di attesa e distanze di viaggio.¹²

* "Una sequenza predefinita, articolata e coordinata di servizi erogati a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre ai pazienti stessi), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di effettuare la diagnosi e la terapia più appropriata per una specifica situazione patologica o anche "sanitaria."¹⁰

Naturalmente, ciò si ripercuote anche sulle cure per lo SC. I governatori delle regioni amministrative hanno presentato una serie di richieste urgenti al neo eletto governo italiano per far fronte alla mancanza di personale. Tuttavia, per aumentare il numero del personale sanitario sarebbe necessario modificare il quadro giuridico che impone tetti di spesa e limiti all'impiego e alla gestione di questi professionisti.¹³



Azione: chiedere alle autorità regionali di sviluppare piani regionali completi e strategie di attuazione per le malattie croniche, compreso lo SC

Poiché le regioni sono responsabili dell'attuazione a livello locale del PNC e della sua strategia per lo SC, i sostenitori della lotta allo SC dovrebbero chiedere alle autorità regionali di:

- **impegnarsi a sviluppare** un piano regionale per le patologie croniche che includa lo SC,
- **usare i dati raccolti sullo SC** per valutare i bisogni e le sfide regionali nell'assistenza per lo SC e orientare le priorità strategiche regionali,
- **istituire un gruppo di lavoro** per promuovere l'attuazione di una strategia regionale per lo SC nell'ambito di un piano regionale per le patologie croniche, assegnando azioni specifiche ai membri del gruppo di lavoro,
- **nominare leader dell'attuazione**, come i direttori generali, che possano assegnare le risorse e definire le priorità e i percorsi di cura locali.



Dove ha avuto successo questo approccio?

Per promuovere l'attuazione del PNC, nel 2017 la Regione Umbria ha approvato il proprio piano per le malattie croniche, tra cui lo SC. Inoltre, la regione ha dato ai direttori generali delle autorità sanitarie regionali il mandato di attuare o riprogettare i percorsi clinico-assistenziali per essere in linea con il piano nazionale. Ha inoltre dato mandato al Direttore regionale della Sanità, dell'Organizzazione del benessere e delle Risorse umane di istituire gruppi di lavoro per la progressiva attuazione di azioni specifiche.³

Il piano ha una sezione dedicata allo SC. Propone un modello di cura integrato basato sulla stratificazione del rischio. Le principali direzioni d'azione comprendono:¹⁴

- **promuovere la diffusione e l'attuazione del PDTA regionale per lo SC** (i cui dettagli sono riportati nello stesso piano),
- **l'implementare una rete regionale per la gestione integrata dello SC,**
- **fornire una formazione specifica a tutto il personale coinvolto e promuovere un approccio collaborativo all'assistenza sia in ambito ospedaliero che extraospedaliero,**
- **sensibilizzare la popolazione e gli operatori dei servizi sull'esistenza e sulle finalità della rete di gestione e sulle modalità di accesso alla stessa,**
- **promuovere la teleassistenza.**



Azione: chiedere alle autorità nazionali e regionali di garantire la disponibilità di fondi per affrontare la carenza di personale nelle cure per lo SC

I sostenitori della lotta allo SC potrebbero:

- **chiedere alle autorità di aumentare gli investimenti nel personale sanitario** per affrontare il considerevole arretrato causato dalla pandemia di COVID-19, che ha un impatto sull'assistenza agli scompensati cardiaci
- **sollecitare le autorità a riaffermare il ruolo dei medici di base nella gestione delle malattie croniche**, che potrebbero includere lo SC, in linea con l'ultimo Patto per la salute per il 2019-21¹⁵
- **insistere affinché le autorità affrontino il problema della rapida diminuzione del numero di infermieri**, dato che l'Italia ha già uno dei numeri più bassi di infermieri pro capite tra i paesi dell'Europa occidentale⁴
- **chiedere un aumento del numero di infermieri specializzati nello SC** per far fronte sia agli arretrati nell'assistenza agli scompensati cardiaci sia alla carenza di personale in questo settore
- **promuovere una maggiore consapevolezza** del ruolo centrale che gli infermieri possono svolgere nell'implementazione di modelli di assistenza multidisciplinare a livello locale¹⁶ e nell'uso di strumenti di telemedicina¹⁷ per sostenere l'autocura dei pazienti e aumentare potenzialmente la loro autosufficienza.

Monitoraggio degli indicatori di qualità per lo scompenso cardiaco

Gli indicatori di qualità sono fondamentali per monitorare lo scompenso cardiaco e orientare le politiche. Gli sforzi nazionali esistenti hanno evidenziato una sorprendente variazione nell'assistenza tra le regioni, che porta a disuguaglianze che devono essere affrontate con urgenza.

Diverse organizzazioni raccolgono indicatori di qualità per lo SC a livello nazionale. Il registro della rete IN-Heart Failure, coordinato dal Centro di Ricerca ANMCO, è un database nazionale che raccoglie dati sull'epidemiologia, le caratteristiche cliniche, la gestione e gli esiti degli scompensati cardiaci in ambito ambulatoriale.^{18 19} Il PNC ha proposto di utilizzare le percentuali di persone in assistenza domiciliare, seguite a domicilio e che ricevono assistenza a distanza, come indicatori di qualità per lo SC.⁸

Gli indicatori di qualità utilizzati dalle autorità sanitarie nazionali sono stati parte integrante nel portare alla luce disuguaglianze preoccupanti. Le autorità sanitarie nazionali utilizzano due indicatori per monitorare l'impatto dei PDTA per lo SC: l'aderenza alla terapia e il numero annuale di ecocardiogrammi. I dati del 2021 mostrano un'ampia variazione in questi indicatori, suggerendo differenze significative nella qualità delle cure in Italia. L'aderenza alla terapia per lo SC varia da circa il 70% in Sardegna al 2% in Valle d'Aosta, mentre il numero di scompensati cardiaci che effettuano un numero adeguato di ecocardiogrammi è del 36% in Friuli-Venezia Giulia contro un misero 7% nel Lazio.³

I database clinici, compresi quelli per il monitoraggio dello SC, sono già presenti in alcune regioni e hanno il potenziale di migliorare l'assistenza. Alcune regioni, come l'Emilia-Romagna, la Lombardia e il Veneto, hanno sviluppato i propri database amministrativi (e talvolta anche clinici), utilizzandoli per personalizzare meglio gli interventi, identificando e valutando le popolazioni target, i gruppi ad alto rischio e i bisogni dei pazienti.⁶ È dimostrato che tra le regioni che utilizzano database clinici, lo SC è una delle patologie più attentamente monitorate.²⁰ Nonostante i vantaggi del database per una migliore pianificazione dell'assistenza e una raccolta dati standardizzata, un'indagine del 2018 ha evidenziato che le autorità regionali possono trovarsi ad affrontare sfide relative a limitazioni della privacy sulle informazioni, dati incompleti o di bassa qualità, sistemi di codifica obsoleti e un'ampia variabilità nelle analisi, anche quando vengono eseguite all'interno della stessa regione.²⁰



Azione: chiedere alle autorità sanitarie nazionali e regionali di sfruttare i dati per migliorare la qualità delle cure per i pazienti con scompenso cardiaco

I sostenitori della lotta allo SC devono chiedere alle autorità nazionali e regionali di garantire che i dati sullo SC raccolti da loro e da registri specializzati come quello dell'ANMCO siano utilizzati per migliorare il processo decisionale. A tal fine, i sostenitori potrebbero incoraggiare le autorità sanitarie a:

- **utilizzare i dati reali** raccolti per gli indicatori sullo SC e i database clinici per comprendere meglio i divari nell'assistenza, come la mancanza di ecocardiogrammi, e allocare le risorse in modo più efficace,
- **creare sistemi locali di condivisione dei dati** per migliorare la collaborazione tra i professionisti sanitari e consentire loro di raccogliere feedback istantanei sulla qualità delle cure fornite,
- **standardizzare la raccolta e l'analisi dei dati** per migliorarne l'impatto sulla definizione delle politiche e sulla pianificazione dei servizi.

Dove ha avuto successo questo approccio?

Un progetto di raccolta dati sullo SC nel distretto sanitario di Bari, che si è svolto tra il 2018 e il 2021, ha visto una maggiore aderenza alle raccomandazioni delle linee guida – in particolare, la prescrizione dei farmaci raccomandati dopo un ricovero per SC. Il progetto prevedeva una stretta interazione tra ospedali e cardiologi dei distretti sanitari. I dati dei pazienti sono stati condivisi attraverso un database basato sul web, che ha raccolto dati demografici, clinici, di laboratorio ed ecocardiografici.²¹

Circolazione e implementazione delle linee guida per l'assistenza per lo SC

Le linee guida esistenti hanno il potenziale di trasformare l'assistenza per lo SC e i PDTA potrebbero fornire un percorso per implementare meglio le linee guida sulle cure raccomandate.

L'evidenza suggerisce che i medici sono determinati a implementare le linee guida, ma le barriere sistemiche continuano a compromettere i percorsi di cura. Le linee guida cliniche per lo SC sono documenti di consenso destinati a supportare il processo decisionale clinico.²² Uno studio del 2022 che ha coinvolto 106 strutture cardiologiche italiane ha riportato un'elevata aderenza alle linee guida della Società Europea di Cardiologia (ESC) per la maggior parte degli indicatori.²³ È emerso inoltre che i promemoria e gli incontri educativi hanno il potenziale di migliorare ulteriormente l'aderenza.²³ Ciononostante, potrebbero esistere ancora delle inefficienze, con i pazienti che riferiscono di lunghi tempi di attesa nel SSN in generale, soprattutto al sud.⁴ L'uso di biomarcatori, come i peptidi natriuretici, come strumenti per la diagnosi e il monitoraggio dello SC è generalmente ancora molto basso e gli esperti citano come ostacolo i problemi di rimborso.¹¹

I PDTA per lo SC mirano a garantire l'erogazione delle migliori pratiche di assistenza integrata per lo SC in tutte le regioni. Le autorità nazionali hanno raccomandato lo sviluppo di percorsi clinici per malattie specifiche (PDTA) come uno dei principali pilastri del PNC.⁸ Anche se alcune città, come Trieste e Avezano, avevano sviluppato PDTA per lo SC prima che il PNC li raccomandasse,^{24 25} lo sviluppo sistematico e diffuso dei PDTA per lo SC sembra essere iniziato con l'attuazione di questo piano.



Azione: chiedere alle autorità sanitarie regionali di sviluppare (ulteriormente) i PDTA specifici per lo SC e a rendere l'empowerment del paziente parte di questi percorsi

Il PNC chiede di sviluppare percorsi clinici specifici per lo SC per migliorare l'assistenza e il processo decisionale. Tuttavia, i PDTA possono anche aiutare gli scompensati cardiaci a orientarsi meglio nel loro percorso di cura. A tal fine, i sostenitori della lotta allo SC potrebbero chiedere alle autorità regionali di:

- **sviluppare PDTA regionali per lo SC**, se non esistono già,
- **sviluppare materiale per i pazienti** che renda i percorsi assistenziali facili da comprendere e da seguire, spiegando il ruolo che possono svolgere nella cura e nell'assistenza degli scompensati cardiaci,
- **identificare le inefficienze nel percorso di cura**, come i lunghi tempi di attesa,⁴ e affrontarle razionalizzando i percorsi e utilizzando la tecnologia per aiutare gli scompensati cardiaci e i professionisti sanitari a gestire la patologia,
- **implementare programmi di educazione su più fronti**, compresi promemoria elettronici e sessioni faccia a faccia, per supportare non solo gli specialisti dello SC ma anche i professionisti sanitari al di fuori della cardiologia.

Dove ha avuto successo questo approccio?

Il progetto +Vita ASL Latina, sviluppato in collaborazione con i medici di base, mira a rendere più semplice ed efficiente il percorso di cura delle persone affette da malattie croniche. Include sistemi di messaggistica per ricordare a queste persone i prossimi appuntamenti.²⁶ Il progetto ha già implementato piani per il diabete e la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), e il prossimo è lo SC.²⁶

Investimenti nella trasformazione digitale del sistema sanitario

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza rappresenta una grande opportunità per la trasformazione digitale dell'assistenza per lo SC.

Il governo italiano si è impegnato a promuovere la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria in Italia nell'ambito dei suoi piani di ripresa. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) post-COVID-19, avviato nel 2022, ha fissato obiettivi ambiziosi per la sanità digitale, tra cui la digitalizzazione del SSN e l'introduzione di servizi di telemedicina a livello regionale e locale.²⁷ Il PNRR mira inoltre a ridurre le disuguaglianze e ad aumentare l'efficienza dei servizi potenziando le reti sanitarie regionali e utilizzando le innovazioni digitali in ambito sanitario.²⁸ Il finanziamento ammonta a circa 15 miliardi di euro per la sanità fino al 2026,²⁷ con 4 miliardi di euro destinati alla digitalizzazione dell'assistenza extraospedaliera.²⁹

L'attuazione coordinata a livello locale è stata descritta come fondamentale per il successo del piano. Sono stati istituiti comitati direttivi regionali ("cabina di regia") per eseguire il piano a livello locale e prevenire i problemi di coordinamento.²⁸ Gli esperti hanno descritto il piano di ripresa come un'opportunità unica per migliorare l'assistenza per lo SC, ma hanno anche avvertito che i servizi sanitari locali devono essere ben organizzati e integrati con l'assistenza ospedaliera per evitare interruzioni e inefficienze nell'erogazione dei percorsi di cura per lo SC.³⁰

L'uso della telemedicina nella gestione delle malattie croniche è aumentato a causa della pandemia di COVID-19, ma è necessario estenderne l'uso nello SC. Nei primi due anni della pandemia, in diverse regioni italiane sono state lanciate diverse applicazioni di eHealth per la gestione delle malattie croniche.⁶ Per esempio, l'Associazione Italiana Medici Cardiologi Ospedalieri ha sviluppato l'app CuorMio per le persone affette da malattie cardiovascolari, tra cui lo SC. L'app permette di impostare promemoria per i farmaci, di rivedere gli esami e di archiviare i file per tenere traccia dei trattamenti.³¹ Tuttavia, una recensione pubblicata nel 2022 riporta che solo uno dei 39 studi esaminati sull'uso della telemedicina durante la pandemia in Italia si è concentrato sullo SC.³² Inoltre, gli esperti affermano che all'inizio della pandemia l'Italia era generalmente impreparata a usare la telemedicina,³² suggerendo che c'è ancora molto da fare per consentire l'uso per lo SC nella pratica clinica quotidiana. L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha recentemente in via di definizione un documento di consenso sulla telecardiologia, il telemonitoraggio e la teleriabilitazione per le malattie cardiovascolari, con l'obiettivo di sviluppare linee guida nazionali.³³



Azione: chiedere alle autorità regionali di sviluppare linee guida che definiscano standard chiari per la fornitura e l'utilizzo di servizi di telemedicina per lo SC, al fine di garantire l'accesso a cure di alta qualità

I sostenitori della lotta allo SC potrebbero:

- **richiedere che le autorità sviluppino standard** per la fornitura e l'uso della telemedicina,
- **chiedere alle autorità sanitarie regionali di aggiornare i PDTA per lo SC** per includere la telemedicina.



Dove ha avuto successo questo approccio?

La regione Friuli-Venezia Giulia ha aggiornato i suoi PDTA nel 2020 per includere l'uso della telemedicina nell'assistenza agli scompensati cardiaci. La guida fornisce una descrizione dettagliata di una struttura classica per un modello di telemedicina e indica vari dispositivi sanitari che possono essere usati per monitorare la patologia.³⁴



Azione: chiedere alle autorità sanitarie di sfruttare la telemedicina per affrontare le disuguaglianze nell'accesso alle cure per lo SC e migliorare gli standard di cura

Facendo riferimento al PNC e al Patto per la Salute 2019-21, i sostenitori della lotta allo SC potrebbero:

- **richiedere i finanziamenti previsti dal PNRR** per facilitare l'uso della telemedicina come parte dell'assistenza extraospedaliera per lo SC,²⁹
- **collaborare con gli istituti di ricerca** per valutare periodicamente l'efficacia delle applicazioni di eHealth e del monitoraggio a distanza per assistere le persone nella gestione dello SC,
- **assicurarsi che l'uso della telemedicina sia inclusivo** di diversi contesti sociali e culturali e livelli di familiarità con la tecnologia.



Dove ha avuto successo questo approccio?

Il progetto "Guarire a casa" dell'Ospedale Sant'Eugenio di Roma, avviato nel novembre 2021, mira a garantire la continuità delle cure attraverso l'uso del telemonitoraggio e della telesorveglianza per i pazienti anziani e fragili dopo le dimissioni dall'ospedale. L'unità specialistica dell'ospedale stabilisce un piano di assistenza dopo la dimissione e gli assistenti provvedono al telemonitoraggio con il coinvolgimento del medico di famiglia.³⁵

All'inizio della pandemia, la Regione Lazio ha emanato delle linee guida per definire la qualità dell'assistenza e standardizzare i servizi di telemedicina per le persone che necessitano di un contatto regolare o di un'assistenza particolare da parte dei professionisti sanitari, compresi i pazienti con malattie croniche. Il documento completo fornisce descrizioni dettagliate dei processi di definizione, conduzione e follow-up degli appuntamenti. Inoltre, si occupa del controllo remoto dei dispositivi impiantabili, dei servizi sociali, delle questioni relative alla privacy e dei prezzi.³⁶

A ottobre 2022, l'Associazione Italiana Scompensati Cardiaci (AISC) ha completato uno studio pilota con una stazione di telemonitoraggio supervisionata da personale infermieristico. I pazienti o i loro assistenti hanno effettuato le misurazioni giornaliere, che sono state inviate tramite uno smartphone a una piattaforma centrale. Ciò ha permesso di aumentare gli interventi precoci, riducendo potenzialmente le visite al pronto soccorso, e ha contribuito a ottimizzare il trattamento dello SC. Nonostante l'elevata soddisfazione generale dei pazienti, alcuni di essi hanno riferito di aver incontrato difficoltà tecniche e un aumento dell'ansia.³⁷

Durante il primo anno della pandemia, il Dipartimento di Medicina Traslationale dell'Università di Napoli Federico II ha istituito un servizio di telemedicina per facilitare il follow-up delle persone affette da SC. Il sistema si basava sull'uso di telefonate analogiche per evitare l'esclusione dovuta a disparità sociali, come la mancanza di accesso agli smartphone. Nel corso di poche settimane, il progetto ha registrato risultati migliori - riduzione dei ricoveri ospedalieri a parità di mortalità - rispetto a un periodo simile dell'anno precedente.³⁸

Riferimenti

1. Maggioni AP, Orso F, Calabria S, et al. 2016. The real-world evidence of heart failure: findings from 41 413 patients of the ARNO database. *European journal of heart failure* 18(4): 402-10
2. Corrao G, Ghirardi A, Ibrahim B, et al. 2014. Burden of new hospitalization for heart failure: a population-based investigation from Italy. *European journal of heart failure* 16(7): 729-36
3. Aceti TDB, P; Nardi, S; Ruggieri, MP. 2021. *Il Piano Nazionale della Cronicità per l'equità*. Salutequità
4. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. 2021. *Italy: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU*. Brussels: OECD Publishing
5. Donatini A. 2020. The Italian Health Care System. In: Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, et al., eds. *International Profiles of Health Care Systems: The Commonwealth Fund*: 117-26
6. Ferrara L, Zazzera A, Tozzi VD. 2022. Managing Chronic Conditions: Lessons Learnt from a Comparative Analysis of Seven Years' Policies for Chronic Care Patients in Italy. *International Journal of Integrated Care* 22(1): 4
7. Salutequità. 2021. Piano cronicità: dopo 5 anni l'applicazione è ancora molto lenta e a macchia di leopardo. *Aziende e regioni*. Disponibile da: https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2021-09-15/piano-cronicita-5-anni-applicazione-e-ancora-molto-lenta-e-macchia-leopardo-131435.php?uuid=AEyl6zi&refresh_ce=1 [Accesso: 15/09/21]
8. Ministero della Salute: Direzione Generale Della Programmazione Sanitaria. 2016. Piano Nazionale della Cronicità. Disponibile da: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf [Accesso: 28/07/20]
9. Quotidianosanita. 2021. Finanziare Piano nazionale in Manovra per garantirne l'aggiornamento e l'attuazione in tutte le Regioni. [Aggiornato: 22/11/21]. *Quotidianosanita*. Disponibile da: https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=100243
10. Aspromonte N, Gulizia MM, Di Lenarda A, et al. 2017. ANMCO/SIC Consensus Document: cardiology networks for outpatient heart failure care. *European heart journal supplements: journal of the European Society of Cardiology* 19(Suppl D): D89-d101
11. Di Somma S. 2023. Comunicazione personale 1 via e-mail a The Health Policy Partnership: 10/01/23
12. Cittadinanzattiva. 2023. *Bisogni di salute nelle aree interne, tra desertificazione sanitaria e PNRR*. Cittadinanzattiva
13. Fassari L. 2022. Le Regioni al nuovo Governo: "Nei prossimi 3 anni mancheranno 15 miliardi alla sanità. Servono risorse per personale e caro energia". E sul Covid: "Occorrono nuove indicazioni". *Quotidianosanità*. Disponibile da: https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=108293 [Accesso: 17/01/23]
14. Piano regionale Cronicità. 2017. Umbria: 2017
15. Ministero della Salute. 2019. Patto per la salute, Speranza: Paese più unito e SSN più forte. [News]. Disponibile da: https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=null&id=4001 [Accesso: 08/11/22]
16. Jennings C, Astin F. 2017. A multidisciplinary approach to prevention. *European Journal of Preventive Cardiology* 24(3_suppl): 77-87
17. Gensini GF, Alderighi C, Rasoini R, et al. 2017. Value of Telemonitoring and Telemedicine in Heart Failure Management. *Card Fail Rev* 3(2): 116-21
18. Fabbri G, Gorini M, Maggioni AP, et al. 2006. IN-CHF: il registro italiano dello scompenso cardiaco. Dieci anni di esperienza. *G Ital Cardiol (Rome)* 7(10): 689-94
19. Gori M, Marini M, De Maria R, et al. 2022. Age-related changes in clinical characteristics and outcomes of chronic heart failure outpatients in a cardiology setting. A report from the Italian Network on Heart Failure. *International Journal of Cardiology* 346: 36-44
20. CER GAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale). 2018. *Rapporto OASI 2018: Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*. Milano: Egea
21. De Gennaro L, Iacoviello M, Donadeo V, et al. 2022. The PONTE (PDTA FOR INTEGRATED FOLLOW-UP TERRITORY HOSPITAL OF THE PATIENT WITH CARDIAC HEART FAILURE) (BRIDGE) Heart Failure project: increased adherence to guideline-recommended therapies through web-based shared clinical database. *European Heart Journal Supplements* 24(Supplement_C): C221-C24
22. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 42(36): 3599-726

23. Gulizia MM, Orso F, Mortara A, et al. 2022. BLITZ-HF: a nationwide initiative to evaluate and improve adherence to acute and chronic heart failure guidelines. *European journal of heart failure*: 10.1002/ejhf.2605:
24. Massa L, Battigelli D, Benedetti G, et al. 2014. *Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA) del Paziente con Scadenso Cardiaco (Area Triestina)*. Isontina: Giuliano PAV
25. Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la Gestione del Paziente con Scadenso Cardiaco-ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila. 2014. Italy, Abruzzo: 28/04/14
26. ASL Latina. Programma +Vita. Disponibile da: <https://www.ausl.latina.it/programmapiuvita/> [Accesso: 15/11/22]
27. Ministero della Salute. 2022. Piano nazionale di ripresa e resilienza. Cos'è la Missione Salute. *Missione salute*. Disponibile da: <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5833&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute> [Accesso: 09/11/22]
28. Filippini T, Vinceti SR. 2021. Italian National Recovery and Resilience Plan: a Healthcare Renaissance after the COVID-19 crisis? *Acta Biomed* 92(Suppl 6): e2021463
29. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. 2021. Italy: 13/07/21
30. Conti L. 2022. Pnrr e scadenso cardiaco. Potenziali benefici, ma se si sbaglia si rischia un aumento della mortalità. L'allarme a Camerae Sanitatis. [Aggiornato: 2022/05/27/]. *Quotidianosanità*. Disponibile da: https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=105128 [Accesso: 17/01/23]
31. Mortara A, Vaira L, Palmieri V, et al. 2020. Would You Prescribe Mobile Health Apps for Heart Failure Self-care? An Integrated Review of Commercially Available Mobile Technology for Heart Failure Patients. *Card Fail Rev* 6: e13
32. Giansanti D, Morone G, Loreti A, et al. 2022. A Narrative Review of the Launch and the Deployment of Telemedicine in Italy during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare* 10(3): 415
33. Di Somma S. 2023. Comunicazione personale 2 via e-mail a The Health Policy Partnership: 10/03/23
34. PDTA del paziente con scadenso cardiaco. 2020. Italia, Udine: 17/11/20
35. Concilio AG. 2022. Curare a Casa: il progetto che garantisce continuità assistenziale a domicilio. [Aggiornato: 15/11/22]. *Spazio50*. Disponibile da: <https://www.spazio50.org/curare-a-casa-il-progetto-che-garantisce-continuita-assistenziale-a-domicilio/> [Accesso: 08/02/23]
36. Infezione da Nuovo Coronavirus (Sars-Cov-2). Linee di Indirizzo per la Gestione dei Servizi di Telemedicina in Ambito Specialistico e Territoriale. 2020. Italia, Lazio: 22/07/20
37. Di Somma S. 2022. *Il Telemonitoraggio a domicilio del paziente con scadenso cardiaco: L'esperienza di AISC*. AISC
38. Salzano A, D'Assante R, Stagnaro FM, et al. 2020. Heart failure management during the COVID-19 outbreak in Italy: a telemedicine experience from a heart failure university tertiary referral centre. *European journal of heart failure* 22(6): 1048-50



The Heart Failure Policy Network

Informazioni sulla Heart Failure Policy Network

La Heart Failure Policy Network (HFPN) è un gruppo indipendente e multidisciplinare di professionisti sanitari, gruppi di sostegno e rappresentanza dei pazienti, responsabili politici e altre parti interessate provenienti da tutta Europa, il cui obiettivo è quello di aumentare la consapevolezza dei bisogni insoddisfatti circa lo scompenso cardiaco e la sua cura. Tutti i membri mettono a disposizione il loro tempo gratuitamente. Tutti i contenuti redatti dalla HFPN non hanno uno scopo promozionale né commerciale. Il segretariato è fornito da The Health Policy Partnership Ltd, una società di consulenza indipendente in materia di politica sanitaria con sede a Londra.

Si prega di citare questo rapporto come:

Heart Failure Policy Network. 2023. *Dalle linee guida all'azione: opportunità di advocacy per lo scompenso cardiaco in Italia*. Londra: HFPN

© 2023 The Health Policy Partnership Ltd. La presente relazione può essere utilizzata esclusivamente per uso personale, didattico o a scopo di ricerca. È proibito l'impiego per scopi commerciali. Qualsiasi adattamento o modifica del contenuto della presente relazione è vietato, a meno che non sia stato autorizzato da The Health Policy Partnership.