

Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia: *executive summary*

(G Ital Cardiol 2009; 10 (Suppl 3-6): 35-65)

I diritti del cittadino/paziente sono al centro del documento *Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia* realizzato dalla Federazione Italiana di Cardiologia. Il documento, alla cui stesura hanno contribuito tutte le componenti della Comunità Cardiologica Italiana, si concentra sui diritti delle persone con malattie cardiovascolari e/o a rischio di queste, ed in particolare sul diritto di cura da parte della competenza professionale più appropriata, ovvero dello Specialista Cardiologo, e sul diritto di ricevere il trattamento più adeguato secondo equità di accesso e senza differenze su tutto il territorio nazionale.

Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia risulta composto da 4 Sezioni e da 6 Appendici, da considerare parte integrante del documento:

- Sezione I: La Cardiologia Italiana nell'attuale contesto del Servizio Sanitario Nazionale
- Sezione II: La rete per il cardiopatico acuto
- Sezione III: La rete per il cardiopatico cronico
- Sezione IV: La rete per la prevenzione e la riabilitazione cardiovascolare
- Appendice 1: Epidemiologia nazionale e regionale
- Appendice 2: Cardiopatie congenite in età pediatrica ed adulta
- Appendice 3: Percorsi, organizzazione, personale e indicatori
- Appendice 4: Appropriatelyzza clinica, strutturale e liste d'attesa
- Appendice 5: Formazione post-laurea e scuole di specializzazione
- Appendice 6: Considerazioni sull'attuale assetto sanitario.

Sezione I La Cardiologia italiana nell'attuale contesto del Servizio Sanitario Nazionale

Sono di riferimento per la Cardiologia i diritti che l'intero comparto sanitario riconosce a tutti i cittadini: facilità ed equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie; sicurezza delle cure; umanità nella relazione professionista/pa-

ziente; qualità ed economicità delle cure; promozione di corretti stili di vita; partecipazione alle politiche sanitarie. I collaudati percorsi assistenziali che hanno migliorato l'assistenza al cardiopatico rischiano di essere destrutturati sia dalla riduzione delle risorse umane e tecnologiche sia dall'introduzione di nuovi modelli che prevedono di suddividere secondo diversi gradi di intensità di cura la continuità assistenziale per le malattie cardiovascolari.

La Federazione Italiana di Cardiologia esprime il ragionevole timore che il modello assistenziale per intensità di cure, la cui realizzazione è già stata avviata in alcune Regioni, rappresenti un regresso in termini clinici ed organizzativi riducendo l'efficacia delle cure e disperdendo il patrimonio di esperienza specialistica accumulato in oltre 40 anni di evoluzione della disciplina cardiologica. I risultati ottenuti sul piano della riduzione della mortalità cardiovascolare in questi decenni dimostrano l'efficacia del sistema basato sulla realizzazione di ambiti assistenziali specialistici per la Cardiologia.

Solo l'istituzione ed il buon funzionamento del Dipartimento Cardiovascolare saranno in grado di integrare le diverse funzioni, di razionalizzare le risorse disponibili, di sviluppare sistemi informatici interattivi, di generare formazione e cultura, di raccordare gli osservatori epidemiologici territoriali, di promuovere e verificare la qualità assistenziale, di elaborare ed implementare le linee guida. Ricordando che i risultati di esito rappresentano il metro per misurare l'efficacia dei percorsi, andranno cercate caso per caso appropriate soluzioni di efficienza organizzativa. La programmazione sanitaria, indispensabile strumento delle scelte di governo nella sanità, può trovare spazio solo in un contesto di sinergia tra Stato e Regioni. Per questo la Conferenza Stato-Regioni rappresenta la sede naturale per condividere decisioni di carattere nazionale e regionale (*shared governance*) e ad essa deve pervenire l'apporto delle Società Scientifiche rappresentative delle professionalità. In rappresentanza di oltre 14 000 Cardiologi di tutte le Società Scientifiche del settore, la Federazione Italiana di Car-

diologia si propone come consulente tecnico insostituibile per la programmazione sanitaria in ambito cardiovascolare a livello nazionale e regionale e chiede di poter intervenire sulla realizzazione delle reti integrate dei servizi nei vari settori, primi tra tutti la rete per il cardiopatico acuto, la rete per il cardiopatico cronico, la rete per la prevenzione e la riabilitazione cardiovascolare. La strategia della rete rappresenta il punto di riferimento per prevenire e curare con efficacia. Vanno collegati in rete ospedali con differente livello di complessità, ponendo al centro le relazioni tra le diverse unità operative, per poter centralizzare o decentrare il paziente ricoverato secondo le necessità di ciascuno.

Il modello *Hub and Spoke* garantisce l'equità dell'accesso a tutti i cittadini indipendentemente dal luogo in cui si manifesta il bisogno di assistenza. Tale modello si fonda sull'interazione e sulla complementarietà funzionale dei presidi e delle strutture indipendentemente dalla loro collocazione fisica ed amministrativa, per cui quando una determinata soglia di complessità assistenziale venga superata si trasferisce la sede dell'assistenza da una unità operativa ad un'altra più complessa in base a protocolli concordati, condivisi e deliberati. Il modello della rete sposta l'attenzione dalla singola prestazione all'interezza del percorso e permette che singole prestazioni siano assicurate da strutture diverse coordinate tra loro. L'attuazione del modello *Hub and Spoke* richiede che siano preliminarmente poste in atto la definizione dei bacini di utenza, la descrizione dei servizi che compongono il processo diagnostico-terapeutico e riabilitativo, lo sviluppo e il mantenimento delle conoscenze e delle capacità necessarie per costituire gruppi multiprofessionali orientati a specifici obiettivi di salute. La rete rappresenta una unità funzionale, dotata di estensione territoriale, di protocolli assistenziali e di percorsi epidemiologicamente e socialmente rilevanti, da verificare con audit sistematici ed è gestita secondo criteri funzionali e non gerarchici.

In un contesto di rete deve essere considerata l'integrazione ospedale-territorio, chiave di volta del rinnovamento dell'assetto del Servizio Sanitario Nazionale. Per integrare l'ospedale con il territorio occorre che i centri ospedalieri a più elevata complessità possano dedicare le proprie energie ai casi che richiedono il livello di competenze tecnologiche e professionali di cui sono stati dotati senza distrarre risorse per l'assistenza di primo livello. Un'avveduta programmazione fornisce supporti di grado differente in relazione al diverso livello di necessità assistenziali. L'integrazione delle strutture è sinergica all'integrazione di professionisti ospedalieri e del territorio, dedicati alle cure primarie, ai distretti, alle diverse componenti dell'intero sistema assistenziale secondo le proprie specificità professionali. In ciascuna realtà regionale andranno compiuti sforzi perché la distribuzione dei posti letto sia conforme allo standard nazionale di 3.5 posti letto per acuti per 100 000 abitanti. Andrà favorita l'evoluzione della tipologia dei ricoveri con maggiore spazio per accessi a day hospital, day surgery e day care e per prestazioni organizzate in pacchetti ambulatoriali complessi.

Il modello organizzativo dipartimentale favorisce l'integrazione tra le diverse articolazioni assistenziali (ambu-

latori, day hospital, day surgery, day service, cure domiciliari, cure primarie, strutture per acuti, strutture residenziali, strutture riabilitative) riportando ad unità momenti assistenziali diversi per tipologia ed intensità di cure. Il modello dipartimentale, solidamente supportato da motivazioni di ordine demografico, epidemiologico, socio-culturale, tecnico, organizzativo ed economico, verrà disegnato scegliendo di volta in volta la tipologia che meglio corrisponde alla specifica realtà, venendo a configurarsi come Dipartimento aziendale o interaziendale, strutturale o funzionale, ospedaliero, extraospedaliero o misto. La flessibilità con cui il Dipartimento Cardiovascolare può prendere forma nei diversi contesti sanitari ne garantisce la fattibilità e l'operatività.

Sezione II La rete per il cardiopatico acuto

La rete per l'emergenza cardiologica costituisce la risposta organizzativa, strutturale e culturale alle necessità di assistenza del paziente con cardiopatia acuta. La rete integra le strutture del 118, della Medicina d'Urgenza e della Cardiologia ed è organizzata per prendere in carico il paziente e governarne il percorso conformemente alle sue necessità e senza differenze quale che sia il punto di ingresso.

La trasformazione da unità coronarica a unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC) si è verificata nel corso dell'ultimo decennio sulla spinta di vari fattori: la crescente complessità clinica dei pazienti afferiti per procedure di rivascolarizzazione percutanea, la diffusione della rianimazione preospedaliera e l'afflusso di un crescente numero di pazienti vittime di arresto cardiaco, il trattamento intensivo ad alto contenuto tecnologico dei pazienti con scompenso cardiaco avanzato, l'afflusso di cardiopatici con comorbilità da trattare in area intensiva, l'incremento di patologie cardiovascolari acute negli anziani, la gestione dell'instabilizzazione in portatori di dispositivi. Attualmente le UTIC rappresentano la struttura chiave per la cura dei cardiopatici acuti, in particolare per quelli affetti da infarto miocardico acuto, aritmie minacciose, scompenso cardiaco acuto e refrattario. Nella rete per l'emergenza cardiovascolare l'UTIC, di qualsiasi livello, è il perno attorno al quale ruota l'organizzazione dell'assistenza al paziente cardiopatico acuto. L'UTIC riveste sempre un ruolo decisivo, collocandosi, a seconda del livello, al centro della rete interospedaliera per il trattamento delle patologie cardiovascolari acute; al centro della rete intraospedaliera per l'assistenza al cardiopatico instabilizzato; al centro di un Dipartimento Cardiovascolare con competenze interventistiche particolari. Al Cardiologo dell'UTIC viene affidata la gestione integrata di tutte le emergenze cardiologiche, la sintesi tra quadro clinico, monitoraggio e procedure più o meno complesse in un *continuum* che può iniziare con la teletrasmissione dell'ECG ed il teleconsulto in fase preospedaliera e che si conclude affidando il paziente a strutture di Cardiologia degenziale, di riabilitazione o al Medico di Medicina Generale. Sia le UTIC *Hub* che le UTIC *Spoke* sono strutture di riferimento ed intervengono in modo differenziato e sinergico in base alle rispettive dotazioni ed alla complessità dei casi assistiti.

La conferma del ruolo chiave dell'UTIC e la sempre maggiore complessità dei pazienti ricoverati in queste strutture rende auspicabile un incremento delle competenze clinico-strumentali dei Cardiologi dell'UTIC, attraverso un processo di training volto alla creazione della figura del Cardiologo Intensivista.

I laboratori di diagnostica ed interventistica cardiovascolare rappresentano lo snodo decisivo nel percorso diagnostico-terapeutico del cardiopatico acuto. Il rapido incremento del numero e la capillare ancorché perfettibile distribuzione delle sale di emodinamica sull'intero territorio nazionale consentono oggi la rivascolarizzazione tempestiva della maggior parte dei pazienti con infarto miocardico acuto. Vanno formalizzati i protocolli condivisi tra i laboratori di Cardiologia Interventistica e i reparti di Cardiologia per garantire l'accesso tempestivo alla sala operatoria in caso di necessità. La formazione degli operatori rappresenta la modalità principale per garantire sia la qualità del trattamento che l'eccellenza clinica in Cardiologia Interventistica.

L'assistenza al cardiopatico con patologia aritmica si deve organizzare in base ad esigenze epidemiologiche territoriali finalizzate a realizzare una rete in cui il paziente aritmico possa effettuare il miglior percorso in relazione alle esigenze di diagnosi e di terapia. Le strutture aritmologiche sono suddivise in tre livelli; quelle di livello superiore dovranno soddisfare oltre alle caratteristiche organizzative previste per lo specifico livello di appartenenza anche quanto di competenza dei livelli inferiori.

Sezione III La rete per il cardiopatico cronico

I principi generali a cui si ispira l'assistenza al cardiopatico cronico in ambito ospedaliero sono rappresentati dalla necessità di corrispondere ai bisogni globali del soggetto ammalato e di organizzare nel miglior modo possibile e con il più vantaggioso profilo "costo-beneficio" la prevenzione e la cura delle malattie in un contesto di continuità

assistenziale (Tabella 1). Anche per la cura del paziente cronico il modello organizzativo sanitario secondo intensità di cure genera frammentazione dei percorsi specialistici ed assistenziali connessi con l'assistenza sul territorio. Il concetto di gradualità delle cure comporta una risposta differenziata e complementare di fronte alla molteplicità delle esigenze cliniche e dei diversi livelli di competenze all'interno dell'offerta assistenziale ospedaliera e territoriale. I pazienti con scompenso cronico vanno assistiti da una rete che collega medici di medicina generale, ambulatori specialistici, reparti di Cardiologia, centri di riferimento con l'intera gamma delle disponibilità tecnologiche, dall'emodinamica all'elettrofisiologia, dalla cardiocirurgia al programma di trapianto cardiaco, dando forma, anche nella rete per il paziente cronico, al modello *Hub and Spoke*. Le unità per lo scompenso cardiaco rappresentano la struttura centrale per l'assistenza e la cura del paziente con scompenso. A seconda della tipologia delle strutture ospedaliere, esse si possono configurare come strutture dedicate al trattamento dei pazienti ospedalizzati più complessi o come strutture ambulatoriali di appoggio, o come strutture prevalentemente impiegate per assistenza in day hospital. All'interno del Dipartimento Cardiovascolare va identificato un team composto da cardiologi ed infermieri dedicati, in grado di interagire con le varie figure coinvolte nella cura del paziente con scompenso cronico per funzione e competenza (internisti, geriatri, nefrologi, diabetologi, psicologi, nutrizionisti, fisioterapisti, ecc.). All'interno delle funzioni ambulatoriali potranno essere organizzati pacchetti ambulatoriali complessi. I pazienti deospedalizzati verranno affidati alle cure dei medici di medicina generale, supportati da specialisti cardiologi e da operatori sanitari che intervengono a livello distrettuale. Fanno parte del programma di gestione dello scompenso cardiaco cronico l'educazione del paziente e dei familiari, il miglioramento della compliance alla terapia medica e alla dieta, il monitoraggio di un programma di attività fisica aerobica, sistematiche rivalutazioni clinico-strumentali, l'ottimizzazione della terapia farmacologica, il monitoraggio dell'andamento del peso

Tabella 1. Confronto tra modello basato sul Dipartimento Cardiovascolare e modello per intensità delle cure.

	Dipartimento Cardiovascolare	Modello per intensità di cure
Finalità/risultato atteso	Prevenzione e cura della malattia	Superamento di una fase della malattia (acuta, post-acuta, riabilitazione, diagnostica, ecc.)
Percorsi diagnostico-terapeutici	Unitari e condivisi	Frammentati (per acuti, per post-acuti, per la diagnosi, ecc.)
Figure professionali coinvolte	Multispecialità ma finalizzate alla singola malattia/percorso diagnostico-terapeutico	Superspecialistiche e finalizzate alla singola procedura/fase della malattia
Specificità delle cure	Team specialistico in carico delle varie fasi della malattia/lavoro di equipe	Team separati per i vari livelli assistenziali richiesti (prevenzione, diagnosi, terapia, terapia fasi avanzate)
Diagnosi	Limitata alle procedure necessarie al trattamento	Possibile ripetizione e sovrapposizione di procedure
Terapia	Erogata da personale esperto	Erogata anche da personale non specializzato
Trattamento fasi avanzate/cure palliative	Stretto collegamento con le fasi precedenti	Minor specializzazione – peggior selezione pazienti

corporeo. Tra gli obiettivi da perseguire il miglioramento della qualità di vita, l'adesione e la capacità di autogestione della terapia, la riduzione del numero e della durata dei ricoveri in ospedale.

Sezione IV

La rete per la prevenzione e la riabilitazione cardiovascolare

È ampiamente dimostrato che il rischio cardiovascolare è reversibile e che la riduzione dei maggiori fattori di rischio riduce il numero e la gravità degli eventi. L'obiettivo generale della prevenzione è ridurre la frequenza, ritardare l'epoca di comparsa e diminuire la gravità e le conseguenze invalidanti delle malattie cardiovascolari. Ciò è possibile attraverso azioni mirate a ritardare l'evoluzione naturale della malattia e/o a rimuovere i fattori di rischio.

Interventi preventivi sono indirizzati in maniera prioritaria a pazienti con pregressa malattia coronarica e/o vascolare, a soggetti asintomatici, ad alto rischio per la presenza di diabete mellito, dislipidemia, ipertensione arteriosa, ma anche sedentarietà e incongruo stile di vita. I compiti degli operatori sanitari in prevenzione cardiovascolare sono: motivare i pazienti a riconoscere segni preclinici e sintomi di cardiopatia e specificamente di patologia coronarica acuta e aiutarli ad aderire alle indicazioni diagnostico-terapeutiche. La prevenzione e la riabilitazione

cardiovascolare condividono l'ambito culturale, gli strumenti e gli obiettivi e realizzano percorsi di prevenzione/riabilitazione alquanto affini, ma corredati da caratteristiche specifiche. Le Unità Operative di Cardiologia Riabilitativa prevedono tre differenti tipologie:

1. intensiva (assistenza in regime di degenza ordinaria)
2. intermedia (assistenza in regime di day hospital)
3. estensiva (assistenza in regime ambulatoriale).

La responsabilità delle strutture di Cardiologia Riabilitativa non può essere affidata ad altri che al Cardiologo, tenuto conto della priorità che riveste il monitoraggio del sistema cardiocircolatorio durante gli interventi di rieducazione, della necessità di accertare la stabilità emodinamica, dell'importanza di controllare il rischio cardiovascolare residuo e di affrontare se necessario le complicanze della fase post-acuta. In una rete interospedaliera cardiologica moderna va assicurata la continuità assistenziale prioritariamente ai pazienti a più alto rischio: a questo scopo le strutture di prevenzione e di riabilitazione cardiovascolare agiscono in maniera sinergica. Ove esista una struttura degenziale di Cardiologia Riabilitativa l'intero percorso può essere seguito da questa, ancorché integrata con un Ambulatorio di Prevenzione Cardiovascolare Secondaria per il follow-up a medio termine. Ove non fossero disponibili strutture di Cardiologia Riabilitativa, le unità di prevenzione cardiovascolare garantiranno il corretto svolgimento del percorso diagnostico e terapeutico coordinando le necessarie azioni multidisciplinari.