- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 13.59.82.167 Sun, 28 Apr 2024, 12:06:54



# La Cardiologia italiana nell'attuale contesto del Servizio Sanitario Nazionale e nella prospettiva di nuovi modelli organizzativi

**Commissione "Interazioni con il Servizio Sanitario Nazionale ed Articolazione di Nuovi Modelli Organizzativi"**

*Coordinatori*
Alessandro Boccanelli[1] (Roma), Livio Dei Cas[2] (Brescia)

*Componenti*
Fulvio Bellocci[3] (Roma), Michele Brignole[4] (Lavagna, GE), Damiano Casalucci[5] (Torino), Giuliano Cozzaglio[6] (Brescia), Arturo Giordano[7] (San Giuseppe Vesuviano, NA), Giovanni Gregorio[1] (Vallo della Lucania, SA), Marco Marini[8] (Ancona), Gian Luigi Nicolosi[1] (Pordenone), Francesco Romeo[2] (Roma), Giuseppe Scattolin[9] (Padova), Carlo Schweiger[10] (Rho, MI), Giuseppe Vergara[1] (Rovereto, TN), Roberto Verlato[4] (Camposampiero, PD)

*[1]ANMCO, [2]SIC, [3]GIEC, [4]AIAC, [5]ARCA, [6]SICOA, [7]SICI-GISE, [8]GICN, [9]SIEC, [10]GICR*

(G Ital Cardiol 2009; 10 (Suppl 3-6): 7S-14S)

## Introduzione

In questa prima sezione del documento federativo viene posto al centro dell'attenzione il ruolo della Cardiologia nella complessa prospettiva della politica sanitaria nazionale ed all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). I principi generali dell'attività cardiologica devono essere garantiti a livello centrale e condivisi a livello regionale. L'applicazione delle regole si adatterà alle realtà e alle esigenze regionali conformemente ai piani sanitari ed ai protocolli attuativi.

## Le richieste dei cittadini

Le interazioni tra Cardiologia e SSN devono partire da questo semplice assunto: il cittadino italiano ha diritto di ricevere lo stesso trattamento su tutto il territorio nazionale, conformemente alle specifiche competenze professionali ed istituzionali che vogliono per l'assistenza al cardiopatico l'intervento del cardiologo. Il SSN deve garantire tale diritto con leggi da applicare al di sopra delle Regioni.

Quando, nel 1978, con la legge 833 fu creato il SSN, l'obiettivo prefissato era ambizioso: *"tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività [...], perseguendo il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese [...] e assicurando condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale"*. Si trattava in altre parole di raggiungere tre fondamentali obiettivi: garantire il principio di equità nell'accesso e nell'utilizzazione dei servizi fra tutti i cittadini; imporre l'onestà e la correttezza nell'operare nei vari aspetti della gestione della salute, eliminando ogni forma di corruzione; combattere la sostanziale inefficienza del sistema sanitario.

La Cardiologia persegue, pertanto, gli obiettivi che valgono per l'intero comparto sanitario e che sono sintetizzati nei seguenti otto punti:

1. facilità ed equità nell'accesso
2. sicurezza nelle cure
3. umanità nelle cure (relazione professionista-paziente, privacy, comfort)
4. qualità nelle cure (impatto delle tecnologie, formazione del personale, ricerca biomedica)
5. "prendersi cura" (percorsi terapeutici, integrazione ospedale-territorio, integrazione socio-sanitaria)
6. promozione di corretti stili di vita
7. partecipazione alle politiche sanitarie
8. economicità delle cure (compartecipazione alla spesa, rapporto corretto con la sanità privata).

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 13.59.82.167 Sun, 28 Apr 2024, 12:06:54



## La programmazione sanitaria e il ruolo della Federazione Italiana di Cardiologia

Le malattie cardiovascolari costituiscono di gran lunga la prima causa di morte in Italia. L'impatto di queste malattie in termini di mortalità, morbilità ed ospedalizzazione si mantiene elevato e tende a crescere in misura complessivamente contenuta. Dal quadro epidemiologico consegue che ampia parte delle risorse del sistema sanitario deve essere dedicata a prevenzione, diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari. L'organizzazione dell'attività diagnostica e terapeutica deve fortemente concentrarsi su questo settore dell'assistenza.

Il peso epidemiologico delle malattie cardiovascolari è tale da giustificare un modello unitario di assistenza che risponda alle necessità del cittadino all'interno della disciplina cardiologica, evitando di costruire livelli trasversali organizzativi per intensità di cure a danno della competenza specifica maturata nei molti anni di attività della Cardiologia in Italia.

Compito della programmazione è quello di unificare, utilizzando tutte le sinergie, le varie fasi della promozione della salute cardiovascolare, fornendo al cittadino punti di accesso al sistema adeguati al suo stato di salute o di malattia (Tabella 1).

### *L'ospedale "per intensità di cure"*

*Orientamenti e proposte di alcuni Assessorati Regionali*

In alcune Regioni si sta percorrendo l'ipotesi di un nuovo modello di assistenza ospedaliera incentrato sulla "intensità delle cure". Questo modello prevede la strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica.

Vengono identificati diversi livelli di intensità di cura relativi alle degenze, definiti dalla tecnologia disponibile, dalle competenze presenti, dal tipo, quantità e qualità del personale assegnato:

- il primo livello unificato comprende la terapia intensiva e subintensiva
- il secondo livello unificato comprende il ricovero ordinario e il ricovero a ciclo breve che presuppone la permanenza di almeno una notte in ospedale *(week surgery, one-day surgery)*. Tali ricoveri vengono articolati per area funzionale
- il terzo livello unificato è invece dedicato alla cura delle post-acuzie o *low care*.

Secondo il modello "per intensità di cure", il primo livello deve essere centralizzato, curare l'instabilità clinica, essere polivalente includendo casistiche oggi afferenti alle terapie intensive di diverse specialità (cardiologiche, rianimatorie, neurologiche, respiratorie e internistiche, ecc.).

**Tabella 1.** Promozione della salute cardiovascolare e gradualità delle cure cardiologiche.

1. Programmi nazionali di prevenzione cardiovascolare
2. Cure in ospedale
   - Paziente in emergenza, sostegno delle funzioni vitali (pronto soccorso cardiologico o unità di terapia intensiva cardiologica)
   - Paziente acuto non differibile (unità di terapia intensiva cardiologica o reparto cardiologico)
   - Paziente cardiopatico che necessita di ricovero programmato per patologia medica o chirurgica non altrimenti trattabile (reparto cardiologico)
   - Paziente cardiopatico trattabile in regime di ospedalizzazione diurna (day hospital cardiologico)
   - Paziente cardiopatico che necessita di ricovero per riabilitazione (reparto di riabilitazione cardiovascolare)
3. Cure fuori dall'ospedale
   - Paziente ambulatoriale
   - Paziente in fase di recupero funzionale
   - Paziente cronicamente stabilizzato, con differente grado di dipendenza
   - Paziente bisognoso di assistenza domiciliare
   - Interazione con il medico di medicina generale e distretto

### *L'orientamento della Federazione Italiana di Cardiologia*

Il modello sanitario "per intensità di cure", se applicato alla Cardiologia, comporta il rischio di frammentare collaudati percorsi assistenziali e di rappresentare un regresso in termini clinici ed organizzativi riducendo l'efficacia delle cure e disperdendo un patrimonio di esperienza accumulato in oltre 40 anni di evoluzione della disciplina.

Il modello organizzativo delle strutture di degenza per aree funzionali e per processi a diversa intensità comporta riduzione della qualità dell'assistenza specialistica senza più garantire i risultati che sono stati raggiunti. Inoltre, riformando il sistema con l'introduzione dei tre livelli di intensità di cure si corre il rischio di disperdere l'identità culturale della Cardiologia, in nome di un'anacronistica concezione olistica della medicina.

Il Dipartimento Cardiovascolare rappresenta il modello idoneo a garantire l'efficienza e la completezza dei percorsi diagnostico-terapeutici erogabili. Solo in un sistema dipartimentale d'organo si può realizzare il massimo livello di integrazione specialistica e l'ottimale razionalizzazione delle risorse esistenti.

Il Dipartimento Cardiovascolare è in grado di generare cultura, sviluppare sistemi informatici interattivi, di promuovere il confronto con gli osservatori epidemiologici territoriali, implementare sistemi di verifica della qualità, di permettere l'elaborazione di linee guida e diffondere programmi di formazione.

L'idea di scomporre le cure in ambiti di differente intensità, a carattere plurispecialistico, dimostra il prevalere di falsi obiettivi economicistici a danno della qualità che per le malattie cardiovascolari è garantita dalla consolidata esperienza di specialità.

Il modello "per intensità di cure" è da rigettare a favore del modello della gradualità delle cure all'interno del Dipartimento Cardiovascolare. In tale contesto andranno ricercate soluzioni di efficienza organizzativa (contiguità di unità di terapia intensiva cardiologica con la rianimazione, contiguità della Cardiologia Riabilitativa con la riabilitazione generale, condivisione delle nuove tecniche di imaging con i radiologi, ecc.) che favoriscano il contenimento dei costi. La riduzione della mortalità ospedaliera per le malattie cardiovascolari a cui si è assistito negli ultimi 40 anni è dovuta soprattutto all'impegno unitario della Cardiologia. La Cardiologia, pur nelle sue diverse sottospecialità, è organizzata in percorsi unitari incentrati sul cardio-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 13.59.82.167 Sun, 28 Apr 2024, 12:06:54



patico; l'ipotesi di assegnare il soggetto malato non ad una continuità culturale, ma ad una continuità "per intensità di cure", non appare ragionevole. Si ha l'impressione che l'organizzazione "per intensità di cure" sia percepita come un dogma ideologico, non sufficientemente suffragato da evidenze sperimentali che ne attestino l'efficacia.

È opportuno che, laddove sia stato adottato o sia in corso di adozione il modello "per intensità di cure", l'esperienza si configuri come sperimentazione critica, favorendo la discussione tra gli esperti e gli operatori sul campo sul suo reale funzionamento. Il modello "gradualità delle cure" all'interno del Dipartimento Cardiovascolare potrà coniugare l'efficienza con l'efficacia e con la valorizzazione delle capacità professionali degli operatori tenendo conto degli specifici contesti assistenziali.

È opportuno che nella programmazione sanitaria si adotti finalmente la *valutazione di esito*, vero metro di misura dell'efficienza e generatore di risparmio che solo un'organizzazione incentrata sul percorso specialistico può garantire. Inoltre è utile riflettere su precedenti esperienze, anche negative, in paesi diversi dal nostro.

Le Società Scientifiche cardiologiche federate hanno iniziato un loro percorso critico e di confronto e sono disponibili a collaborare con i responsabili dei processi decisionali.

### *La programmazione sanitaria*

La programmazione sanitaria dovrebbe orientare tutte le scelte di governo della sanità. Rispetto a questo obiettivo si pongono sul tavolo della discussione, così come evidenziato nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, due ordini di problemi riguardanti la necessità di meglio ridefinire e sviluppare:

a) Il rapporto tra programmazione nazionale e governo globale *(governance)* del SSN, rafforzando il ruolo della Conferenza Stato-Regioni, quale sede privilegiata di concertazione delle decisioni e di condivisione delle scelte per la sanità anche in chiave di politiche sanitarie; l'ultima intesa raggiunta tra lo Stato e le Regioni sulla ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale 2007 costituisce un esempio di governo globale condiviso *(shared governance)*.
b) Il rapporto tra programmazione nazionale e regionale, promuovendo una programmazione generale partecipata e condivisa, realizzata attraverso la sinergia tra lo Stato e le Regioni.

La ridefinizione dei ruoli e delle competenze Stato-Regioni, nonché l'uso dei relativi strumenti (Piani, Accordi, Protocolli d'intesa, ecc.) tesi a rendere maggiormente efficace il processo programmatorio in sanità, costituiscono un presupposto essenziale per il miglioramento dell'efficienza allocativa complessiva delle risorse, che va ulteriormente sostenuta e implementata.

Le Società Scientifiche Cardiologiche, nel corso degli ultimi anni, hanno affiancato le Autorità preposte alla programmazione sanitaria fornendo un robusto supporto tecnico. Questo tipo di collaborazione ha dato luogo allo sviluppo, nella maggior parte delle Regioni, delle reti integrate dei servizi per l'emergenza cardiovascolare. Un altro esempio, nella modellistica assistenziale della rete del paziente con malattia cronica, è stato il documento di consenso sull'assistenza allo scompenso cardiaco, frutto di lavoro multisocietario e di agenzie di sanità pubblica.

Pertanto, la Federazione Italiana di Cardiologia si pone con un ruolo di consulente tecnico insostituibile per la programmazione sanitaria in ambito cardiovascolare a livello nazionale e regionale.

### *Soddisfare la domanda di prestazioni ospedaliere: il modello Hub and Spoke*

Uno dei principali problemi dell'assistenza sanitaria è come conciliare l'equità di accesso alle cure con l'impossibilità di dotare tutti gli ospedali di tutti i servizi: per ragioni di buon senso, ma anche di ordine clinico, organizzativo ed economico.

Per conciliare questa situazione è quindi necessario lavorare intorno al concetto di ospedali in rete. Numerose Regioni italiane hanno sviluppato, nell'ambito dei Piani Sanitari Regionali o di altre azioni programmatorie, specifici modelli funzionali di collegamento in rete di ospedali con differente livello di complessità, modelli che sono in genere riferiti non alla struttura nel suo complesso, ma alle discipline cui fanno riferimento determinati percorsi assistenziali.

Il modello del mozzo e dei raggi *(Hub and Spoke)* 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 viene superata si trasferisce la sede dell'assistenza da una unità operativa ad un'altra più complessa in base a protocolli concordati, condivisi e deliberati garantendo l'equità di accesso a tutti i cittadini indipendentemente dal luogo in cui si origina il bisogno di assistenza.

Il modello della rete sposta l'attenzione dalla singola prestazione all'intero percorso assistenziale, con l'obiettivo che questo possa svolgersi in modo unitario, anche se le singole prestazioni sono assicurate da unità operative diverse. Ciò risulta utile:

- per garantire la continuità assistenziale e l'integrazione ospedale-territorio
- per evitare duplicazioni di servizi che risulterebbero inappropriati sia sotto l'aspetto economico sia sul piano della qualità
- per favorire la comunicazione in medicina tra le diverse figure professionali (medici, infermieri e altri operatori) e tra questi e i pazienti.

Il modello della Rete dei Servizi, inoltre, si prospetta utile per facilitare un approccio medico multidisciplinare, sia nelle patologie acute che in quelle croniche, in cui la collaborazione si estende ad altri specialisti (internisti, nutrizionisti, nefrologi, diabetologi, psicologi, ecc.). A tal fine occorre indirizzare la formazione di medici ed infermieri.

Per rendere operativo il modello della rete andranno preliminarmente poste in atto alcune specificità condizionanti:

1. La definizione di "bacini di utenza" (Provincia, Area Vasta, Area Metropolitana, ecc.) adeguati per sostenere la Rete Locale di Servizi, individuando l'estensione territoriale dell'autosufficienza. Tenendo conto delle peculiarità geografiche e dei flussi turistici che caratterizzano il nostro paese (territori montagnosi, viabilità, ecc.) la popolazione di un bacino di utenza potrebbe essere compresa tra 250 000 e 1 000 000 di abitanti.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 13.59.82.167 Sun, 28 Apr 2024, 12:06:54



2. La descrizione dei servizi che compongono il processo diagnostico-terapeutico e riabilitativo e della loro reciprocità funzionale.
3. Lo sviluppo e il mantenimento delle conoscenze e delle capacità necessarie per costituire gruppi di lavoro multiprofessionali orientati a specifici obiettivi di salute.
4. Lo sviluppo del sistema delle comunicazioni, logistiche e professionali, sia per l'archiviazione e la trasmissione a distanza delle informazioni cliniche necessarie per la gestione dell'assistenza, sia per la produzione e l'utilizzo condiviso di linee guida e di percorsi assistenziali.
5. La definizione delle autonomie e delle responsabilità gestionali e tecnico-professionali assegnate a ciascuna componente della rete; su ciò si basa il sistema relazionale della stessa.

L'identificazione dei bacini di utenza ha lo scopo di dotare ogni territorio dei propri servizi cardiologici, senza peraltro limitare la libertà del cittadino di accedere alle strutture di altri territori in base a criteri di maggiore efficienza, affidabilità o facilità di accesso.

In questa prospettiva ogni realtà locale deve sviluppare le funzioni ritenute più rispondenti al proprio territorio. Nelle grandi aree metropolitane esiste il problema della coesistenza nella rete di più strutture con analoghe potenzialità di cura incidenti sul medesimo territorio. In tal caso andranno previsti, sulla scorta dei dati di afferenza alle varie strutture ospedaliere, bacini di utenza anche ampi (aree vaste) al cui interno siano definiti i percorsi assistenziali.

È opportuno sottolineare, inoltre, che l'organizzazione interna della rete risponde a criteri funzionali e non ha alcun carattere gerarchico precostituito.

L'applicazione del modello organizzativo della rete rende indispensabile riconsiderare alcuni aspetti dell'attuale prassi amministrativa. L'impostazione delle schede di dimissione e la conseguente gestione dei flussi economici dovrà essere considerata in modo unitario e non come somma di atti amministrativi fra loro indipendenti. Nell'ambito di questa revisione e riproposizione degli aspetti amministrativi, l'istituzione di un "DRG di percorso" va fortemente incoraggiata.

Il modello è stato applicato a partire dai settori ad alta complessità (emergenza, oncoematologia, patologia cardiovascolare, patologia cerebrovascolare, ecc.); in alcuni casi il medesimo ospedale ha funzione *Hub* per una patologia acuta e *Spoke* per i casi cronici riacutizzati.

L'organizzazione in rete, già proposta nel precedente documento federativo (Ital Heart J Suppl 2003; 4: 881-930), ha riscosso notevole successo sia a livello della comunità cardiologica che a livello politico-gestionale. Tuttavia la sua implementazione in varie realtà italiane resta un obiettivo da conseguire.

Le caratteristiche intrinseche del modello della rete *Hub and Spoke* sono espresse nella Tabella 2.

L'aspetto deliberativo da parte dell'autorità regionale, la regolamentazione dei trasporti secondari (che necessitano di risorse aggiuntive e non possono gravare sul reparto inviante) e la corretta considerazione delle varie strutture, escludendo connotazioni gerarchiche, sono i punti più critici nell'attuale situazione italiana. La comunità cardiologica italiana è oggi matura per pretendere una corretta organizzazione a rete dell'assistenza cardiologica.

**Tabella 2.** Caratteristiche concordate, condivise e deliberate degli elementi della rete *Hub and Spoke*.

| |
|---|
| 1. Definizione dell'estensione territoriale |
| 2. Definizione dei livelli di soglia assistenziale delle diverse strutture |
| 3. Definizione dei protocolli assistenziali |
| 4. Definizione dei soggetti erogatori delle prestazioni e delle procedure |
| 5. Definizione del sistema dei trasporti, con particolare riguardo ai trasporti secondari |
| 6. Istituzione del Comitato di Rete |
| 7. Istituzione di registri accessibili a tutti i gli attori coinvolti nella rete |
| 8. Assenza di connotazione gerarchica tra le strutture della rete che devono lavorare con spirito di squadra |

### *L'integrazione ospedale-territorio*

Il rinnovamento dell'assetto del SSN deve tener conto del fatto che i sistemi di erogazione vanno configurati sui percorsi assistenziali e che quindi le componenti del sistema (ospedale-distretto-assistenza primaria-prevenzione) operano in un *continuum* rispetto ai bisogni di salute dei cittadini. È probabilmente questa la vera sfida alla quale politici, programmatori e professionisti sono chiamati a rispondere, superando una logica di separazione, di conflitti e di rinvii di responsabilità tra le differenti categorie.

Un aspetto rilevante di integrazione è rappresentato dai rapporti fra ospedale e territorio. A questo proposito possono essere stabiliti alcuni punti fermi:

1. L'integrazione ospedale-territorio nasce dall'inserimento degli ospedali in una rete funzionale (secondo i principi sopra esposti) che deve tener conto di quale sia l'ospedale di primario riferimento.
2. Le relazioni tra i differenti elementi che compongono il sistema devono essere costruite sui *percorsi assistenziali* e sui *livelli di gravità/acuzie*; di conseguenza, gli ospedali per acuti e i centri ad elevata complessità non possono distrarre risorse per l'assistenza di primo livello (ambulatoriale e strumentale di base); di converso, i presidi territoriali di prossimità non possono essere dotati di alte tecnologie, per le quali devono fare riferimento al livello superiore.
3. L'integrazione delle strutture passa attraverso l'integrazione dei professionisti: specialisti ospedalieri e ambulatoriali, professionisti delle cure primarie e operatori dei distretti devono lavorare insieme e definire insieme le strategie assistenziali.
4. Il riequilibrio delle risorse tra ospedali e territorio deve avvenire evitando di compromettere l'efficienza e l'efficacia dell'assistenza ospedaliera, configurata secondo la legge 833, e senza correre il rischio che si vengano a creare dei pericolosi vuoti assistenziali.

### *Riequilibrare i posti letto per pazienti acuti*

Questo punto introduce una questione di grande attualità in tema di politiche sanitarie. Lo standard nazionale di 3.5 posti letto per acuti per 1000 abitanti è, in alcune Regioni, ampiamente superato, tanto da indurre i responsabili politici e gli amministratori a mettere in campo strategie di riduzione di posti letto ospedalieri essenzialmente allo scopo di ridurre la spesa ospedaliera.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 13.59.82.167 Sun, 28 Apr 2024, 12:06:54



Al di là della considerazione che gli effettivi risparmi economici derivati da queste operazioni sono talvolta incerti, l'intenzione è certamente valida, per motivi che è anche superfluo ricapitolare.

Dal 1992 (anno di emanazione dell'atto di indirizzo sull'ospedalizzazione diurna) ad oggi abbiamo assistito ad un'evoluzione caratterizzata da una forte crescita dei day hospital, da un difficile sviluppo della day surgery, da un contenimento dei posti letto di degenza ordinaria e dalla revisione di alcune forme di assistenza ambulatoriale.

Alla modificazione della distribuzione di posti letto ha fatto seguito il cambiamento della tipologia di distribuzione dei ricoveri, sia in day hospital che in day surgery. La tendenza verso una sostanziale "deospedalizzazione" è espressa dalla crescita delle forme assistenziali alternative alla degenza ospedaliera. Con il termine "trattamenti giornalieri" (day care) si identificano tutte quelle attività, sia mediche che chirurgiche, che non richiedono il ricovero ordinario e che si possono svolgere nelle ore diurne. Esse sono sia di natura ambulatoriale, riferite a singole prestazioni o a prestazioni accorpate, sia di ospedalizzazione diurna, come il day hospital e il day surgery.

La ricerca di una *maggiore appropriatezza erogativa* (da non confondere con l'appropriatezza clinica) è il motore della trasformazione in atto nell'ambito degli ospedali italiani. Questa trasformazione, sollecitata da numerosi provvedimenti delle Regioni sul tema, sta determinando il trasferimento di alcune prestazioni a minore complessità verso regimi più appropriati, in particolare:

- dal regime di ricovero ordinario al regime di ricovero diurno, attraverso la definizione dei casi che non sono appropriati per il ricovero ordinario e che quindi sono al di fuori dei livelli essenziali di assistenza (i DRG a rischio di inappropriatezza)
- dal regime di ricovero diurno al regime ambulatoriale, come risultato di un evidente abuso che si è avuto nell'utilizzare i day hospital come "esamifici".

Va sottolineato che in realtà non si tratta di una vera e propria deospedalizzazione, quanto piuttosto del maggiore orientamento degli ospedali verso nuove tipologie di attività. Per maggiore chiarezza, la tendenza complessiva che si sta osservando è la seguente:

- contenimento (quando non riduzione) dell'area di degenza ordinaria, sia medica che chirurgica
- ampliamento dell'area di day surgery, con costituzione di reparti multidisciplinari
- trasformazione dell'area di day hospital medico, con creazione di servizi giornalieri (day service) per la gestione di patologie anche complesse in pazienti che non necessitano di un ricovero ordinario
- rafforzamento, negli ospedali per acuti, delle aree destinate alle attività di terapia intensiva
- rafforzamento delle attività riabilitative, oltre che in regime di degenza, in day hospital e ambulatoriali.

È importante chiarire che, in questa chiave di lettura, l'ospedale è la risultante delle esigenze delle aree citate, che ne determinano le caratteristiche e le potenzialità assistenziali, e che la qualificazione e il potenziamento delle attività di day care sono essenziali in un ospedale moderno. Questa impostazione è coerente con il mutamento demografico in atto, che fortunatamente vede sempre più pazienti che superano malattie un tempo rapidamente mortali grazie alle terapie intensive, ma anche sempre più pazienti che sono affetti da patologie croniche che richiedono un ricorso ripetuto e protratto a cure ospedaliere da effettuare anche in assenza di ricovero.

In questi ultimi soggetti, la necessità di effettuare accertamenti polispecialistici per la diagnosi e la terapia di malattie croniche molto frequenti (ipertensione, diabete, malattie tiroidee, anemia, tumori, ecc.) ha portato alla definizione di Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) che sono insiemi di prestazioni multidisciplinari e integrate finalizzate alla gestione di uno stesso problema sanitario complesso, erogate in un arco temporale ristretto. Concludendosi con la stesura di una relazione clinica riassuntiva finale, i PAC innovano la tradizionale gestione ambulatoriale, frammentaria e irta di ostacoli per il cittadino (che doveva prenotare e attendere per le singole prestazioni), garantendo la gestione complessiva della problematica medica del paziente e una risposta tempestiva e unitaria.

Il day service è il luogo, fisico e organizzativo, dove vengono erogati i PAC. Il day service rappresenta quindi una modalità assistenziale ambulatoriale, diversa dall'assistenza specialistica ambulatoriale semplice, rivolta al trattamento di pazienti che presentano problemi sanitari complessi e che non necessitano di sorveglianza medico-infermieristica prolungata.

Il day service evita il ricorso al ricovero, mantenendo gli stessi contesti organizzativi di riferimento; esso, se ben organizzato, dovrebbe determinare un'ottimizzazione delle risorse e la riduzione dei tempi d'attesa, evitando la frammentazione delle prestazioni ambulatoriali. Il day service prevede la gestione responsabile del paziente da parte di un medico referente che si occupa di pianificare e coordinare il processo assistenziale secondo un percorso clinico appropriato, gestire la documentazione sanitaria e stilare la relazione clinica riassuntiva finale.

### *La governance dell'ospedale*

Il significato concettuale di *clinical governance* è l'utilizzo in ambiente sanitario di un modo di fare le cose fondato su alcuni aspetti fondamentali: la responsabilità (cioè il dover rendere conto di quello che si fa), la trasparenza, il coinvolgimento e la partecipazione consapevole del cittadino (il cosiddetto *empowerment*), l'etica e il valore del lavoro.

La *clinical governance* è un sistema attraverso cui le organizzazioni sanitarie sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui si possa sviluppare l'eccellenza dell'assistenza sanitaria.

Questo approccio rappresenta la modalità preferenziale per portare a sintesi le molte dimensioni della qualità in sanità, individuandosi come contesto in cui professionisti e amministratori si rendono responsabili del percorso verso il miglioramento della qualità. Questo ordine di valori non può essere imposto dall'esterno, ma è il risultato dell'interazione di una molteplicità di attori che si autogovernano, influenzandosi reciprocamente.

I principi fondamentali su cui la *clinical governance* è fondata sono:

- la collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale
- l'applicazione della medicina basata sull'evidenza

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 13.59.82.167 Sun, 28 Apr 2024, 12:06:54



- la responsabilizzazione e partecipazione dei cittadini e degli operatori.

All'interno delle nostre Aziende Sanitarie Ospedaliere, gli strumenti operativi utili per la realizzazione di una modalità globale di governo sono: a) il Collegio di Direzione; b) il Dipartimento; c) i Distretti.

Il *Collegio di Direzione* è il luogo in cui sono definite le politiche dell'Azienda, in quanto derivanti dall'incontro tra la funzione gestionale "generica" espressa dalla Direzione Aziendale con quella "specialistica" espressa dai professionisti. Appare auspicabile un rafforzamento del ruolo del Collegio di Direzione, con funzioni consultive, obbligatorie, da parte del Direttore Generale.

Il *Dipartimento* è l'unità organizzativa fondamentale per il coordinamento per linee orizzontali, chiave di volta per la trasformazione dell'azienda da produttore di prestazioni ad erogatore di un servizio. Esso è lo snodo organizzativo della *clinical governance* ed è al Dipartimento che dovrebbero essere dati gli strumenti per raggiungere obiettivi di qualità clinica e organizzativa, nel rispetto delle risorse disponibili, in modo da poter gestire la sicurezza, l'audit, la formazione del personale.

Il *Distretto*, infine, è l'ambito di espressione di questa nuova modalità globale di governo per le funzioni territoriali.

## Il Dipartimento

Un sistema che garantisca la continuità delle cure è fondamentale nell'assistenza ai pazienti acuti, subacuti e cronici, nella gestione dei quali soltanto un modello organizzativo dipartimentale è in grado di assicurare la necessaria integrazione tra le diverse articolazioni assistenziali (ambulatori, day hospital, day surgery, day service, ospedalizzazione domiciliare, cure primarie, strutture per acuti, strutture residenziali, strutture riabilitative, ecc.) riportando ad unità momenti assistenziali diversi per tipologia ed intensità di cura.

Il Dipartimento è costituito da strutture aggregate per la specifica tipologia di attività, di organizzazione e di gestione. Le strutture che costituiscono il Dipartimento adottano regole comuni di comportamento assistenziale, di ricerca, etico, didattico, medico-legale, economico ed amministrativo, finalizzate all'efficienza, efficacia ed appropriatezza delle prestazioni.

Esse perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti, pur mantenendo specifici ambiti di autonomia e responsabilità clinico-professionali, scientifici e gestionali.

### *Tipologia del Dipartimento*

Il Dipartimento può essere:

- *Strutturale:* è il Dipartimento in cui le strutture possono essere aggregate sia "fisicamente", realizzando continuità e/o contiguità di spazi e di attrezzature, sia dall'essere operanti nella medesima area omogenea. Tale modello di Dipartimento configura il tipico Dipartimento *verticale.*
- *Funzionale:* è il Dipartimento caratterizzato dalla condivisione ed integrazione di competenze specialistiche, finalizzato a consentire una specifica funzione di attività correlate. Nel Dipartimento funzionale possono confluire anche strutture appartenenti a Dipartimenti diversi ma che sono collegate dalla complementarità della funzione da svolgere. Tale assetto è proprio del Dipartimento *orizzontale*.
- *Transmurale:* è il Dipartimento che comprende attività e funzioni che si svolgono in strutture diverse. Tipici Dipartimenti transmurali sono i Dipartimenti che aggregano strutture collocate in presidi diversi, che possono essere ospedalieri, extraospedalieri e transospedalieri; l'insieme di strutture ospedaliere e territoriali è un modello in grado di realizzare un'autentica integrazione dei percorsi diagnostico-terapeutici.
- *Ospedaliero:* è il Dipartimento che aggrega solo strutture ospedaliere.
- *Extraospedaliero:* è Il Dipartimento che aggrega strutture extraospedaliere.
- *Misto:* è un Dipartimento costituito da strutture ospedaliere ed universitarie. Tale modello si ritrova negli ospedali che ospitano strutture della Facoltà di Medicina.
- *Aziendale:* è il Dipartimento che comprende strutture ricadenti in un'unica Azienda.
- *Interaziendale:* è il Dipartimento che comprende strutture ricadenti in più Aziende. Il Dipartimento interaziendale può anche aggregare Dipartimenti di Aziende diverse.

I Dipartimenti Aziendali ed Interaziendali sono deputati al governo della Rete Integrata Assistenziale Cardiologica in collegamento funzionale con i Dipartimenti di Emergenza.

### *Compiti del Dipartimento*

I compiti del Dipartimento possono essere i seguenti:

- clinico-assistenziali (prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione, ricovero, day hospital, day service, day surgery, ambulatorio)
- formazione ed aggiornamento
- didattica
- ricerca
- educazione ed informazione sanitaria.

### *Le ragioni per la realizzazione del Dipartimento Cardiovascolare*

Le motivazioni che giustificano la realizzazione del Dipartimento Cardiovascolare sono di ordine demografico, epidemiologico, socio-culturale, tecno-strumentale, professionale, organizzativo, assistenziale, economico.

#### *Ragioni demografiche*

Il progressivo allungamento della vita, unito al decremento delle nascite, ha fatto in modo che la società italiana, analogamente a tutte le società industrializzate occidentali, sia diventata sempre più una società di anziani. Il progressivo aumento della durata della vita si accompagna ad un aumento esponenziale delle malattie cardiovascolari con conseguenti necessità assistenziali. Gli anziani rappresentano nella società moderna una quota importante di pazienti cardiopatici, ai quali va garantito un approccio disciplinare integrato che assicuri la continuità delle cure.

#### *Ragioni epidemiologiche*

La transizione epidemiologica che ha interessato la nostra epoca ha fatto sì che alla progressiva riduzione delle patolo-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 13.59.82.167 Sun, 28 Apr 2024, 12:06:54



gie infettive facesse da contrappeso l'esplosione delle malattie cardiovascolari e neoplastiche. Il peso crescente di queste ultime, la loro genesi multifattoriale, la possibilità di prevenzione con la modifica degli stili di vita e con idonee strategie di popolazione, il miglioramento degli interventi curativi e riabilitativi ha fatto sì che le patologie cardiovascolari rappresentassero una delle problematiche più importanti con le quali i moderni sistemi sanitari si devono cimentare.

*Ragioni socio-culturali*

La nostra società è stata investita nell'ultimo scorcio del millennio passato da una radicale transizione socio-culturale. La società italiana degli anni '50 era una società rurale, con economia agricola, con popolazione giovane nella quale predominava la patologia infettiva ed il rischio cardiovascolare era contenuto; si trattava di una società nella quale le attività lavorative erano prevalentemente manuali, l'alimentazione era a basso contenuto di grassi animali, l'attività fisica quotidiana era rilevante, i valori dell'assetto glicolipidico ematico erano bassi. La società italiana odierna è una società con età media più avanzata, con alimentazione ricca di grassi saturi ed ipercalorica, con scarsa attività fisica, attività lavorativa sedentaria e con larga diffusione di fattori di rischio e conseguente patologia cardiovascolare. A questi mutamenti ha fatto riscontro un profondo cambiamento culturale del medico e del paziente. Alla figura del medico di famiglia gestore unico della salute si è andata sostituendo una costellazione di attività ultraspecialistiche con conseguente perdita di unitarietà della visione e dell'approccio al paziente. Quest'ultimo si attende oggi molto dal sistema sanitario, in quanto la malattia non è più vissuta come un fatto ineluttabile. Il ricovero in ospedale era fino a non molti anni fa piuttosto raro, perché pochi e malfunzionanti erano la maggior parte di essi. Oggi il paziente, a fronte della moltiplicazione delle indagini e delle procedure, ha sempre più la coscienza della propria malattia ed esige trattamenti certi, tempestivi ed adeguati ponendo in termini perentori il problema di ricondurre l'assistenza ad una visione unitaria.

*Ragioni tecno-strumentali*

La Medicina in generale e la Cardiologia in particolare sono state investite dalla rivoluzione tecnologica. La Cardiologia si pone come antesignana rispetto alle altre discipline. La tecnologia ha di fatto determinato una situazione nella quale la macchina rischia di assumere un significato prevalente nell'approccio alla malattia ed al paziente: se da un lato si è andato sempre più diffondendo un modello di medico "specialista di una macchina" o "specialista di una procedura" dall'altro si è fatta sempre più strada la consapevolezza che occorre garantire percorsi diagnostico-assistenziali unitari che trovino sicuri riferimenti organizzativi nell'ambito dei sistemi sanitari.

*Ragioni professionali*

In poche altre discipline come in Cardiologia è possibile ritrovare un'articolazione così varia di attività e un così ampio spettro di competenze specifiche e di assetti assistenziali. Si rende pertanto necessario coniugare innovazione tecnologica, professionale e organizzativa.

È di fondamentale importanza che il medico riesca ad integrare i processi legati all'innovazione, alle risposte organizzative e alla crescita professionale; questo presuppone una crescita culturale e professionale che consenta nell'ambito della specialità di appartenenza l'unitarietà degli approcci e dei percorsi.

*Ragioni organizzative*

Il quadro normativo di riferimento ha subito una serie di variazioni dagli anni '70 ai nostri giorni. La legge 833 del 1978 e le leggi di riforma 502, 517 e 229 pongono fine all'organizzazione degli ospedali in divisioni e servizi stabilendo che l'organizzazione dipartimentale sia il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie. Si evidenzia in primo piano l'esigenza di riprogettare il percorso assistenziale del paziente nell'ottica di una continuità di cure che garantisca una reale saldatura tra i servizi di tipo preventivo-diagnostico, terapeutico e riabilitativo-residenziale.

Particolare importanza assume lo sviluppo di appropriate forme di architettura organizzativa dove il grado di specializzazione, l'eterogeneità delle componenti, la numerosità delle strutture aggregate contraddistinguono ciascun modello. La predominanza della specificità delle competenze sull'eterogeneità dei componenti e sulla numerosità delle strutture definiscono tipicamente una Strutture Complessa, con le sue limitate articolazioni interne (Strutture Semplici). Lo scarso livello di specializzazione e l'eterogeneità strutturale sono elementi che contraddistinguono le organizzazioni a bassa assistenza, come le strutture di lungodegenza e riabilitazione non specialistica. Il grado elevato di specializzazione, la numerosità ed ampia eterogeneità di strutture contraddistinguono tipicamente il contenitore Ospedale; il Dipartimento è definito tipicamente da elevata specificità, limitata eterogeneità delle strutture e limitato numero di strutture aggregate. È fonte di inefficienza collocare in architetture improprie assetti organizzativi propri di una funzione. Tale errore è alla base dello scarso sviluppo del modello dipartimentale in ambito sanitario in generale ed in quello cardiovascolare in particolare, provato dal fatto che del Dipartimento si sono date interpretazioni diverse, che hanno dato vita a realizzazioni nelle quali all'omogeneità di area ed alla comunanza professionale ed organizzativa si sono preferite soluzioni nelle quali l'aggregazione delle strutture in Dipartimento è avvenuta privilegiando motivazioni di carattere clientelare, politico e talora di fantasia.

*Ragioni assistenziali*

La salvaguardia del paziente, intesa come facilità e completezza di percorsi diagnostico-terapeutici, deve essere al primo posto nella progettualità di un contenitore organizzativo. La confusione e l'approssimazione organizzativa sono la causa principale di percorsi assistenziali tortuosi ed inappropriati.

Troppo spesso il viaggio all'interno del sistema sanitario assume gli aspetti di un'autentica odissea con il paziente vagante in una confusione di competenze tra i diversi assetti organizzativi. La centralità del problema clinico cardiovascolare può trovare adeguate risposte solo attraverso la realizzazione di un percorso calato all'interno di un Dipartimento di specialità, che riesca attraverso un'efficace integrazione territorio-ospedale ad assicurare la continuità dei percorsi diagnostico-terapeutici.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 13.59.82.167 Sun, 28 Apr 2024, 12:06:54



*Ragioni economiche*

Condurre ad unitarietà gli interventi sulla base di un percorso assistenziale condiviso centrato sul paziente e sul problema clinico evita il ricorso ad esami e procedure inappropriate con conseguente risparmio di risorse umane e strumentali.

Solo l'affermazione della competenza clinica può evitare la polverizzazione degli interventi, la moltiplicazione delle procedure e la catastrofe economica. In particolare il Dipartimento Cardiovascolare rappresenta uno strumento di efficienza per la possibilità di coniugare l'intensità di cura conservando la specificità e la competenza clinica. L'organizzazione per intensità di cura disgiunta dalla specificità rappresenta un momento di dispersione di interventi e di risorse che finisce per determinare un ingiustificato dispendio di risorse. Il Dipartimento Cardiovascolare consente di riportare ad unitarietà una serie di interventi attraverso una gradualità di cure che vanno dalla bassa assistenza (livello ambulatoriale, day service, day hospital) alla media (cardiologia clinica), alla intensiva (unità coronarica), alla ultraspecialistica (interventistica cardiovascolare) e alla riabilitativa (cardiologia riabilitativa). Al contrario la dispersione di competenze specifiche in un contenitore che appiattisce gli interventi, quale può essere quello di un assetto generalistico per intensità di cure porterà inevitabilmente alla produzione di diseconomie per l'alto rischio di inappropriatezza e di ricorso ad indagini superflue.