- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.128.199.88 Mon, 29 Apr 2024, 14:34:43

Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia

(Ital Heart J Suppl 2003; 4 (11): 881-891)

La Cardiologia in Italia può vantare già da molti anni il raggiungimento di un elevato livello medio di assistenza, con numerosi Centri di eccellenza ed una diffusione capillare di servizi che offrono risposte soddisfacenti ai bisogni della popolazione su tutto il territorio nazionale (Appendice A). Tuttavia persistono alcune criticità sulle quali il presente documento intende soffermarsi avviando una riflessione volta ad un miglioramento dell'organizzazione dei servizi. Si deve infatti considerare che, in assenza di un sistema fortemente integrato al suo interno, vi è il rischio di creare situazioni caratterizzate da un consumo inappropriato di risorse che potrebbero essere altrimenti utilizzate in modo più efficace ed efficiente.

La risposta assistenziale in Sanità deve coniugare la qualità del servizio con il contenimento dei costi. Questa dicotomia, tipica delle funzioni sanitarie, trova una possibile soluzione adottando scelte organizzative appropriate, ed il concetto di Rete Integrata appare una risposta naturale alle caratteristiche del settore sanitario, in quanto permette di coniugare una maggiore efficienza e appropriatezza degli interventi assistenziali, una maggiore cooperazione fra Strutture e una migliore qualità del servizio. Garantendo una razionalizzazione delle risposte organizzative, si persegue l'obiettivo della liberazione delle risorse aggiuntive senza dover operare razionamento di domanda (se non quella inappropriata). In definitiva la seguente proposta persegue l'eccellenza clinica almeno a parità di risorse utilizzate, grazie ad un migliore utilizzo delle risorse attualmente disponibili.

Le Reti Integrate di Servizi si ispirano ad un modello di organizzazione che si fonda sull'interazione e sulla complementarità funzionale fra le singole Strutture che compongono la Rete, indipendentemente dalla loro collocazione fisica e amministrativa. Ponendo al centro dell'attenzione le relazioni tra le unità produttive, le Reti Integrate di Servizi compongono due esigenze tra loro apparentemente contrastanti: la necessità di concentrazione dei servizi e la necessità di diffusione dei servizi stessi per facilitarne l'accesso.

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 Strutture diverse. Ciò risulta utile:

- per garantire la continuità assistenziale, e quindi favorire l'integrazione Ospedale-Territorio, in modo da rispondere ai bisogni del soggetto malato;
- per evitare duplicazioni di servizi che risulterebbero inappropriati sia sotto l'aspetto economico sia sul piano della qualità;
- per favorire la comunicazione in medicina, cui va riconosciuto un valore diagnostico e terapeutico, sia tra le diverse figure professionali (Medici, Infermieri e altri operatori) che tra questi e i pazienti.

Il modello della Rete di Servizi, inoltre, si prospetta utile per facilitare un approccio medico multidisciplinare, sia nelle patologie acute ed ancor più in quelle croniche, nelle quali si rende spesso necessario l'intervento accanto al Cardiologo anche di altre figure professionali (Internisti, Nutrizionisti, Nefrologi, Diabetologi, Psicologi, ecc.). A tal fine occorre indirizzare la formazione della componente medica, favorendo inoltre il processo, spesso già efficacemente avviato, di valorizzazione del ruolo infermieristico.

L'attuazione del modello descritto richiede che preliminarmente siano poste in atto alcune determinazioni condizionanti:

- la definizione di "bacini di utenza" (Provincia, Area Vasta, Area Metropolitana, ecc.) adeguati per sostenere una Rete Locale di Servizi, individuando l'estensione territoriale dell'autosufficienza: tenendo conto delle peculiarità geografiche che caratte-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.128.199.88 Mon, 29 Apr 2024, 14:34:43

rizzano il nostro paese (territori montagnosi, viabilità, ecc.) la popolazione di un bacino di utenza potrebbe essere compresa tra 300 000 e 1 milione di abitanti;
• la descrizione dei servizi che compongono il processo diagnostico-terapeutico e riabilitativo e l'esplicitazione della loro reciprocità funzionale e collocazione nella Rete;
• lo sviluppo e il mantenimento delle conoscenze e delle capacità necessarie per costituire gruppi di lavoro multiprofessionali orientati a specifici obiettivi di salute e gestiti mediante linee di autorità non convenzionali (per funzioni e processi anziché per Struttura);
• 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;
• 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 servizi cardiologici migliori, senza con ciò limitare la libertà del Cittadino di accedere ai Servizi di altri Territori in base a criteri di maggiore efficienza, affidabilità o facilità di accesso.

In questa prospettiva ogni realtà locale deve sviluppare ed esplicitare la strutturazione che è ritenuta più rispondente al proprio territorio: per le grandi aree metropolitane esiste il problema della coesistenza nella Rete di più Strutture con analoghe potenzialità di cura incidenti sul medesimo territorio, per cui andranno previste, sulla scorta dei dati di afferenza alle varie Strutture Ospedaliere, "bacini di utenza" anche ampi (aree vaste) al cui interno diviene fondamentale la definizione dei percorsi, con possibilità di indirizzare pazienti da un riferimento all'altro per garantire il momento fondamentale dell'equicapacità di accesso. In questo contesto è fondamentale che gli Ospedali di livello intermedio continuino a rappresentare gli snodi fondamentali della Rete.

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

Per le Reti ci si ispira al modello *Hub & Spoke* (mozzo e raggi di una ruota), che esprime un'idea dinamica dell'assistenza collegata ai gradi di complessità, per cui, quando una determinata soglia di complessità viene superata, si trasferisce la sede dell'assistenza da unità produttive più semplici ad unità di riferimento più complesse. In base al modello, i servizi afferenti alla medesima linea di produzione sono organizzati concentrando gli interventi di alta complessità in Centri di riferimento (*Hub*) e identificando i Centri collegati (S*poke*) cui compete la selezione, l'invio e la "ripresa in carico" dei pazienti.

L'applicazione del modello organizzativo della Rete renderà 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.

Obiettivi della rete

Obiettivi strategici da perseguire all'interno della Rete sono di:
• promuovere ad ogni livello la prevenzione quale strumento privilegiato per evitare l'insorgere di patologie cardiovascolari o le loro complicazioni;
• favorire l'integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri (sia pubblici che privati accreditati), superando gestioni frammentarie e favorendo la continuità assistenziale dei percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi;
• favorire l'integrazione tra servizi pediatrici e per adulti, con particolare riguardo a cardiopatie congenite, cardiomiopatie ed aritmie (Appendice B e C);
• sviluppare sistemi di comunicazione anche mediante la disponibilità telematica di banche dati e registri;
• attivare processi di complementarità fra le Strutture per cui un servizio può simultaneamente svolgere il ruolo di *Hub* per una determinata patologia e di *Spoke* per un'altra (Appendice C);
• garantire dimensioni e composizione ottimali delle unità operative, dal punto di vista funzionale ed economico;
• garantire l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni e la corretta utilizzazione dei servizi sanitari;
• eliminare prestazioni ripetitive;
• ridurre le liste di attesa (Appendice D).

In relazione all'ultimo punto, e per le rilevanti implicazioni che da esso dipendono, occorre esaminare le determinanti del fenomeno, soffermandosi in particolar modo sul processo di formazione della domanda assistenziale:

Incremento "reale" della necessità di prestazioni
- Aumento della fascia degli anziani
- Ampliamento delle indicazioni per certe patologie
- Maggiore disponibilità delle tecnologie

Incremento di richieste improprie
- Molti esami danno esito negativo;
- di questi > 50% risultano inappropriati

Eccessivo carico sulla Struttura pubblica
- Fiducia nei confronti del Servizio Pubblico
- Gradimento verso determinati Servizi
- Fenomeni di autoreferenzialità

Cattiva distribuzione della domanda
- Inadeguato utilizzo del Centro Unico di Prenotazione
- Disomogeneità organizzativa tra le strutture
- Diversità nella produttività

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.128.199.88 Mon, 29 Apr 2024, 14:34:43

Una delle più importanti ragioni dell'incremento del numero delle prestazioni cardiologiche che attualmente vengono richieste ed eseguite risiede nell'esistenza di frequente e sostanziale difetto di comunicazione tra le varie figure professionali mediche che operano nella "filiera assistenziale". I motivi possono essere i seguenti:

• ridondanza e duplicazione delle richieste di esami specialistici: il paziente esegue un esame presso lo specialista di una Struttura, successivamente viene inviato per la stessa prestazione in altra Struttura per un "confronto";

• inappropriatezza dell'indicazione all'esame specialistico;

• uso incongruo di richieste urgenti a volte solo allo scopo di superare le liste di attesa con conseguente disagio organizzativo delle Strutture specie a livello dei Pronto Soccorso cittadini;

• referto specialistico/lettera di relazione talora di qualità non adeguata a fornire indicazioni chiare al Medico di Medicina Generale (MMG);

• conflittualità e confusione nelle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche tra le varie figure professionali;

• disorientamento del paziente che, dopo avere eseguito esami diversi in diverse Strutture, spesso si trova senza un preciso riferimento specialistico che possa offrire una risposta conclusiva al quesito originario.

Le Reti di Servizi si collegano a livello regionale allo scopo di:

• contribuire all'individuazione dei bisogni (Appendice A);

• contribuire alla programmazione delle attività;

• favorire la raccolta, la standardizzazione e il flusso delle informazioni da e verso gli enti preposti (Agenzia Sanitaria Regionale).

Per questo motivo è rilevante la disponibilità aggiornata e continua di informazioni sulle caratteristiche della popolazione reale, considerando la quota di mobilità, e sulla prevalenza delle malattie cardiovascolari epidemiologicamente più significative e a maggiore domanda assistenziale ottenibili attraverso un sistema di rilevazione che coinvolga i Medici sia sul Territorio sia in Ospedale.

Ai fini programmatori, lo sviluppo della Rete può contribuire ad una razionalizzazione dei posti letto e delle risorse che fanno capo all'area della Cardiologia, tenendo conto delle specifiche articolazioni organizzative e strutturali che risultano giustificate da adeguate evidenze cliniche: Strutture di Prevenzione, di Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC), di Degenza Cardiologica, di Lungodegenza, di Riabilitazione Cardiologica e di Assistenza Domiciliare.

Organizzazione della rete

La logica fondante di una Rete è di offrire una soluzione unitaria per la soddisfazione delle aspettative e delle preferenze dei Cittadini/Utenti, attraverso un processo che permetta di individuare con immediatezza tutti gli interventi necessari, dai più semplici a quelli tecnicamente più complessi. Si dovrà perciò organizzare la distribuzione territoriale di tutti i servizi attribuendo ad ogni Struttura in essa inserita compiti specifici, individuando i requisiti delle Strutture (nodi della Rete) ed i protocolli che regolino la cooperazione fra Strutture (relazioni fra nodi).

Nell'ambito della stessa Rete sono previsti presidi a gestione diretta e/o Strutture private accreditate con il Sistema Sanitario Nazionale.

Specializzazione e cooperazione tra Strutture sono quindi caratteristiche dell'organizzazione in Rete, per cui diviene fondamentale la comunicazione tra i nodi, sia tra Territorio ed Ospedali, sia all'interno degli stessi Ospedali.

Le funzioni specifiche dell'area cardiologica, che in base alle evidenze attuali, risultano necessarie per assicurare l'unitarietà dell'assistenza al singolo paziente (Appendice B) sono le seguenti:

- la prevenzione, ad ogni livello, dal MMG alla Riabilitazione;
- l'attività ambulatoriale specialistica;
- la diagnostica strumentale non invasiva;
- la degenza clinica, i letti cardiologici dedicati, ove presenti, all'interno di altri Reparti (Medicina Generale, Aree di Emergenza, Medicina d'Urgenza, ecc.) e l'ospedalizzazione domiciliare (*Home Care*);
- la terapia intensiva cardiologica;
- la diagnostica angiografica e la Cardiologia Interventistica;
- l'elettrostimolazione;
- l'aritmologia invasiva;
- la Cardiologia Pediatrica;
- la Cardiochirurgia;
- la Riabilitazione Cardiologica

(per le specifiche strutturali ed organizzative vedere Appendice B).

Ogni Regione, nell'organizzazione della Rete, terrà conto dell'esistente, delle Reti o parti di Reti già operanti (che vanno preventivamente censite), dei rapporti già in essere tra varie Strutture Cardiologiche e dell'epidemiologia delle cardiopatie, che può presentare in singole Regioni aree di particolare concentrazione o di rarefazione.

L'UTIC è la Struttura centrale di riferimento, nella gestione del percorso assistenziale dei pazienti cardiologici complessi acuti, e quale interfaccia per l'emergenza-urgenza cardiologica rispetto alle Strutture sanitarie del territorio.

In una visione unitaria e integrata, atta alla valorizzazione delle professionalità specialistiche presenti nella Rete, è possibile che i sanitari di una Struttura periferica effettuino prestazioni all'interno di un'altra Struttura della Rete fornita di laboratori tecnologici avanzati, ovviamente rispettando i parametri di *clinical competence* e sotto la responsabilità del Direttore della Struttura ospitante. Il funzionamento di ogni Rete pre-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.128.199.88 Mon, 29 Apr 2024, 14:34:43

vede che siano predisposti idonei protocolli operativi che regolino i rapporti fra le Strutture. Fra questi devono essere prioritariamente considerati i seguenti:

- Protocollo di valutazione del dolore toracico (presso ogni Ospedale della Rete con o senza Cardiologia).
- Protocollo globale di assistenza alle sindromi coronariche acute.
- Protocollo per le altre emergenze cardiovascolari e per l'arresto cardiaco sul Territorio e in Ospedale.
- Protocollo di accesso elettivo alla diagnostica invasiva ed eventuale rivascolarizzazione.
- Protocollo per la gestione e programmazione della diagnostica e terapia delle cardiopatie congenite (sin dall'età prenatale).
- Protocollo per la gestione e programmazione della diagnostica e terapia aritmologica.
- Protocolli clinici, strumentali, laboratoristici dei pazienti ricoverati in elezione.
- Protocollo di accesso e di preparazione all'intervento cardiochirurgico.
- Protocollo di accesso alle terapie intensive cardiologiche concordato con il 118, Servizi di Pronto Soccorso, Medicina d'Urgenza e Medicina Generale.
- Protocollo per i trasporti protetti concordato con le altre Unità Operative della Rete e con il 118.
- Protocollo per il percorso del paziente con scompenso cardiaco cronico in fase di stabilità e in fase di destabilizzazione.
- Protocollo per l'accesso alla riabilitazione.

I Centri di riferimento sono quindi sede di afferenza di pazienti che richiedono prestazioni assistenziali tecnologicamente avanzate ed erogabili solo a questi livelli. Il loro decongestionamento deve avvenire garantendo, nel più breve tempo possibile, la riaccettazione del paziente nella Struttura che ha avviato l'iter diagnostico terapeutico, ovviamente con garanzie di stabilità clinica del paziente stesso (Appendice C).

Comitato Cardiologico di Coordinamento

Viene istituito un Comitato Cardiologico di Coordinamento dell'attività in Rete, quale strumento per garantire non solo il coordinamento intra e interospedaliero, a partire dai Dipartimenti cardiologici, ove esistenti, ma anche la gestione del cardiopatico cronico nel rapporto Ospedale-Territorio, e quindi con il Distretto.

Gli organismi delle Aziende territorialmente incidenti provvederanno alla nomina dei componenti prevedendo la presenza, per quanto riguarda la competenza clinico-organizzativa, di almeno un esponente degli elementi costituenti la Rete, ivi compresi i responsabili dei Dipartimenti Cardiologici (U.O. Complesse di Cardiologia, U.O. Semplici di Cardiologia all'interno di reparti medici, Strutture Cardiologiche Ospedaliere senza posti letto, Strutture Cardiologiche Private Accreditate, Dipartimenti Cardiologici, U.O. Cardiologiche Clinicizzate e Strutture Cardiologiche Universitarie).

Compiti del Comitato Cardiologico sono:
• l'identificazione delle Strutture di riferimento, coordinamento ed integrazione di tutte le Strutture Cardiologiche Ospedaliere, incluse quelle private accreditate, inserite nella Rete;
• la partecipazione attiva al processo di accreditamento;
• l'identificazione, la rilettura, l'implementazione delle linee guida nazionali e internazionali e l'adattamento di esse alla realtà organizzativa locale;
• l'elaborazione dei protocolli locali;
• la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi;
• la formulazione di regolamenti dei percorsi e dei protocolli di accesso;
• le azioni di monitoraggio e verifica, in particolare sull'appropriatezza delle prestazioni.

Al fine di una migliore integrazione di tutte queste attività è opportuno che il Comitato promuova la comunicazione interna alla Rete, tramite collegamento con banche dati e registri, e all'esterno con l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, scambiando dati ed informazioni in grado di favorire una più corretta programmazione degli interventi cardiologici sul territorio.

Descrizione e funzioni delle strutture all'interno della Rete Cardiologica

Per le Strutture di seguito indicate, per le quali si può ulteriormente distinguere, laddove necessario, la specifica funzione pediatrica, vengono definite le funzioni generali, rimandando alle Appendici per i requisiti strutturali.

Prevenzione

La prevenzione costituisce una missione fondamentale della Rete. Essa ha inizio a livello prenatale quando la diagnosi si propone di:
• riconoscere precocemente le alterazioni morfologiche e/o funzionali delle strutture cardiache e vascolari e di studiare la loro evoluzione nel corso della vita fetale;
• di assistere il feto malformato al fine di offrire alla madre e al nascituro la migliore prestazione tecnica e scientifica;
• di instaurare un efficace trattamento terapeutico in situazioni patologiche cardiache insorte prima della nascita;
• di guidare il timing del parto e la condotta ostetrica;
• di fornire un'informazione precisa sulla diagnosi e la prognosi della malformazione cardiaca.

Prosegue con controlli immediatamente alla nascita ed in età pediatrica, quando occorre particolare attenzione per le situazioni ereditarie.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.128.199.88 Mon, 29 Apr 2024, 14:34:43

Successivamente la prevenzione ha la funzione di prevenire attacchi acuti, prevenire le complicazioni, rallentare il processo di cronicizzazione in collegamento anche con la riabilitazione che, oltre al compito di favorire il recupero dopo eventi acuti, svolge anche la funzione di prevenzione secondaria.

Nell'adulto le misure di prevenzione sono finalizzate non solo a prevenire gli attacchi acuti (prevenzione primaria), ma a limitare anche le eventuali complicanze, a rallentare il processo di cronicizzazione ed a favorire il recupero del cardiopatico (funzione di prevenzione secondaria, parte integrante dei programmi di Cardiologia Riabilitativa).

La Rete Cardiologica deve farsi carico di diffondere le informazioni di tipo preventivo per:
• identificare e modificare i fattori di rischio, per ridurre la morbilità e la mortalità cardiovascolare;
• imparare a identificare i sintomi della patologia coronarica acuta;
• informare la popolazione sulle procedure organizzative da attuare in caso di attacco coronarico;
• informare i cardiopatici noti sui sintomi, sull'uso dei farmaci e sui percorsi;
• sostenere e organizzare le attività di prevenzione primaria e secondaria con interventi mirati e considerando la funzione di prevenzione come risorsa strategica per la gestione globale delle patologie cardiologiche.

L'istituzione di ambulatori dedicati, integrativi delle Strutture riabilitative (se presenti) e di esse sostitutivi (se assenti in loco) appare un modello organizzativo adatto allo scopo.

Medici di Medicina Generale, Pediatri e Cardiologi specialisti: interazioni

L'attuazione del modello della Rete di Servizi richiede necessariamente la partecipazione dei MMG e dei Cardiologi ambulatoriali, incluso la loro presenza nel Comitato Cardiologico di Coordinamento.

Oltre a fornire prestazioni direttamente ai loro pazienti, la missione dei MMG all'interno della Rete include:
• selezionare le richieste autoprescrittive dei pazienti;
• collaborare alla definizione dei protocolli e dei percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi.

Alcune esperienze suggeriscono la necessità di una grande semplificazione dei percorsi individuando nelle prestazioni ambulatoriali specialistiche alcune priorità di accesso, sulla base della gravità della patologia riscontrata dal medico prescrittore.

Si possono distinguere le prestazioni urgenti nella seguente maniera:
• *le urgenze nelle 24 ore,* quelle prestazioni di diagnostica strumentale o di visita specialistica relativa ad un malattia in fase acuta, per le quali il prescrittore valuta che la mancata esecuzione della stessa nell'arco delle 24 ore possa comportare un peggioramento del quadro patologico e/o pregiudichi l'evoluzione del piano terapeutico;
• *le urgenze differibili,* quelle prestazioni per le quali il prescrittore valuta che la mancata esecuzione della stessa nel breve/medio periodo (7 giorni) possa comportare un peggioramento del quadro patologico e/o pregiudichi l'evoluzione del piano terapeutico nel breve/medio periodo.

La prescrizione proposta deve comunque sempre riportare il quesito diagnostico, cioè la motivazione clinica per la quale si richiede la prestazione a carattere d'urgenza, indicando altresì le eventuali terapie in atto; per le visite, nei casi di particolare rilevanza clinica, è auspicabile che la richiesta sia integrata da brevi notizie anamnestiche.

La prescrizione deve riportare la data e la dicitura "urgente" o "urgente differibile", ove le altre prestazioni non urgenti vengono richieste tramite il Centro Unico di Prenotazione senza specificare l'ambito delle priorità da osservare.

Nell'ambito delle richieste ordinarie la tempistica entro la quale devono essere effettuate le prestazioni deve tenere conto di criteri clinici che permettono di definire le seguenti classi:
- *Classe A:* entro 1 settimana,
- *Classe B:* entro 1 mese,
- *Classe C:* oltre 1 mese,
- *Classe D:* definita dalle necessità di controlli periodici predefiniti, indicati dalla Struttura Cardiologica di riferimento.

Su questa base potrebbe essere indicata, in base a criteri condivisi e concordati tra MMG e Struttura erogante, la tempistica entro la quale debbono essere effettuate le prestazioni non a carattere d'urgenza da definire in base a criteri clinici.

Questa proposta nel complesso risulta in linea a quanto indicato nell'accordo della Conferenza Stato-Regioni nella seduta dell'11 luglio 2002, nella quale viene definita la classificazione nazionale delle classi di priorità, sia per i ricoveri che per le prestazioni ambulatoriali.

Ciò renderebbe forse più agevole l'assunzione, da parte del MMG, o di chi richiede eventualmente la prestazione, della responsabilità per la definizione delle priorità cliniche senza eccessivi vincoli nosografici e classificativi, utilizzando eventualmente on-line un sistema di teleconsulto con lo Specialista che supporta la decisione sul da farsi, con la possibilità di risolvere il tutto con il solo contatto telefonico e definire insieme, nei casi dubbi, il percorso ottimale, l'esame appropriato e le priorità (Appendice D).

Day Service e Day Hospital

Il Day Service è una modalità di organizzazione dell'attività ambulatoriale ospedaliera attivato dal MMG sulla base di un problema clinico complesso, che

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.128.199.88 Mon, 29 Apr 2024, 14:34:43

consente la "presa in carico" del paziente per l'intero periodo di assistenza specialistica.

Il vantaggio del Day Service consiste nel superare l'allungamento dei tempi di attesa che derivano dal prenotare individualmente ogni singola prestazione. È ovvia l'utilità di attuare questo sistema nella Rete Cardiologica, stante la necessità di utilizzo di diagnostiche complesse.

Il Day Service viene gestito dallo Specialista Ospedaliero che elabora un pacchetto di prestazioni ambulatoriali (concentrandole in un numero limitato di accessi) al fine di inquadrare sotto il profilo diagnostico in breve tempo un paziente, per il quale il ricovero in regime ordinario o di Day Hospital risulterebbe eccessivo o inappropriato.

I principali risultati conseguibili con questo nuovo modello operativo sono stati identificati come segue:
- riduzione dei ricoveri inappropriati o dei re-ricoveri;
- significativa riduzione dei ricoveri in Day Hospital;
- risparmio economico significativo per l'Azienda Committente derivante dalla differenza di valore economico tra Day Service e Day Hospital;
- buon grado di soddisfazione del Cittadino rilevabile dai questionari specifici distribuiti a campioni di utenza;
- implementazione dell'uso di percorsi diagnostico-assistenziali, in base alla tipologia del pacchetto di prestazioni ambulatoriali, definiti in base al quesito clinico originario;
- miglioramento nello scambio di informazione tra Specialisti Ospedalieri e MMG anche attraverso lo sviluppo della telemedicina.

La differenza con il Day Hospital è sostanziale, in quanto quest'ultimo è un modello organizzativo finalizzato al ricovero (di norma inferiore alle 12 ore) di pazienti che necessitano di prestazioni complesse a carattere diagnostico-terapeutico effettuate sotto sorveglianza medico-infermieristica protratta nell'arco della giornata.

Assistenza domiciliare ed ospedalizzazione domiciliare (*Home Care*)

Sono forme di cura che comportano prestazioni al domicilio del paziente. La prima è di carattere principalmente infermieristico, la seconda è un tipo di assistenza che è particolarmente indicata nel trattamento dei pazienti cronici per i quali sono necessari frequenti controlli. Rispetto al Day Service questa forma di assistenza richiede consulti medici specialistici e prestazioni diagnostico-terapeutiche, non solo di tipo infermieristico.

Struttura Cardiologica Ospedaliera senza posti letto

Svolge attività specialistica clinica e strumentale all'interno dell'Ospedale e ambulatoriale esterna, anche con dotazioni diagnostico-strumentali non invasive, e attività a pazienti ricoverati nei Reparti Medici, Chirurgici e presso il Pronto Soccorso (valutazione dei pazienti con dolore toracico). Rappresenta un nodo fondamentale della Rete Cardiologica (*Spoke*) e avvia l'iter diagnostico-terapeutico dei pazienti cardiologici, anche utilizzando, ove presenti, letti dedicati all'interno di altri Reparti (Medici, Aree d'Emergenza, Medicina d'Urgenza, ecc.). Deve dare un contributo specialistico a pazienti cardiopatici ricoverati nei Reparti di Medicina dell'Ospedale dove insiste questo servizio.

Struttura Cardiologica Ospedaliera con letti e senza Unità di Terapia Intensiva Cardiologica

Oltre alle funzioni della Struttura senza posti letto, svolge attività di assistenza cardiologica per i pazienti che, pur non richiedendo il ricovero in Struttura con UTIC, necessitano di assistenza cardiologica in regime di ricovero. Ha funzioni di *Spoke* per le Strutture con UTIC.

Unità di Terapia Intensiva Cardiologica
(Appendice B e C)

L'UTIC gestisce prioritariamente il percorso assistenziale dei pazienti cardiologici acuti avvalendosi anche delle prestazioni erogate da altri Centri mediante rapporti esplicitati in appositi protocolli che garantiscano equità di accesso e collegialità decisionale.

L'UTIC è pertanto:
- la sede unica e appropriata per la cura e la gestione del paziente colpito da sindromi coronariche acute e da tutte le emergenze cardiovascolari;
- il perno della gestione e del trattamento delle sindromi coronariche acute, indipendentemente dall'approccio invasivo o conservativo;
- il nodo fondamentale predefinito di una "Rete dell'emergenza-urgenza cardiologica".

Ogni UTIC deve avere disponibilità di accesso quanto più immediato possibile ad:
- un Laboratorio di Emodinamica;
- un Laboratorio di Aritmologia Interventistica;
- un Centro cardiochirurgico.

Ogni UTIC deve essere dotata di tutte le possibilità diagnostiche e terapeutiche, sia *on site* che presso Strutture vicine di Rete. Si dovranno quindi individuare standard riguardanti:
- le caratteristiche minime comuni di ogni UTIC e della degenza correlata;
- le caratteristiche delle UTIC con disponibilità in luogo e immediata (24/24 ore) di emodinamica interventistica ed aritmologia interventistica;
- le caratteristiche delle UTIC con cardiochirurgia e con programma di trapianto cardiaco.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.128.199.88 Mon, 29 Apr 2024, 14:34:43

Funzioni delle Strutture Complesse di Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica e della degenza correlata (Appendice B e C). Svolge funzioni *Spoke* rispetto al Centro di riferimento fornito di emodinamica e/o aritmologia interventistica (*Hub*) e funzioni di *Hub* per le Strutture, con o senza letti, prive di UTIC. Le funzioni esercitate comprendono:
- la gestione del cardiopatico critico;
- la gestione delle sindromi coronariche acute;
- l'emergenza-urgenza cardiologica;
- l'assistenza in degenza;
- la diagnostica cardiologica ambulatoriale e per degenti (strumentale non invasiva);
- le attività svolte in regime di Day Hospital/Day Service;
- la gestione a lungo termine del cardiopatico ad alto rischio (prevenzione secondaria, valutazione clinico-strumentale periodica, definizione di percorsi preferenziali per pazienti a rischio particolare), possibilmente attraverso una Struttura di Cardiologia Riabilitativa;
- la gestione della ospedalizzazione a domicilio (*Home Care*).

Nella Rete si definisce il rapporto e l'integrazione dell'UTIC e della degenza con il Pronto Soccorso e le Medicine d'Urgenza, in base a precisi protocolli diagnostico-terapeutici e organizzativi per le patologie cardiologiche acute più importanti e più frequenti.

Viene inoltre definito e concordato con il Dipartimento di Emergenza-Urgenza il protocollo di osservazione del dolore toracico, nel contesto di una collaborazione integrata che identifica nella Struttura Cardiologica il momento tecnologico-diagnostico peculiare (*Chest Pain Project*, progetto integrato). L'elettrostimolazione definitiva, gli studi elettrofisiologici, il cateterismo destro possono essere svolti in questa struttura.

Funzioni delle Strutture Complesse di Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica e con Laboratorio di Emodinamica e/o di Aritmologia Interventistica (*Hub* di UTIC senza Emodinamica e/o senza Aritmologia Interventistica) (Appendice B e C). Oltre a tutte le funzioni previste per le Strutture con UTIC svolge funzioni di *Hub* per:
• il trattamento dei cardiopatici con impegno diagnostico-assistenziale particolare (diagnostica incruenta di alto contenuto tecnologico), non erogabile a livello di minore complessità organizzativa;
• le procedure emodinamiche e contrastografiche diagnostiche e terapeutiche (cateterismo cardiaco, coronarografia, angioplastica coronarica in elezione e/o in urgenza);
• le procedure di aritmologia interventistica.

Una Struttura Cardiologica che svolge procedure invasive diagnostiche e terapeutiche deve essere dotata di un numero di posti letto commisurato alle esigenze del proprio bacino di utenza e aggiuntivamente posti letto in proporzione al volume presunto di trattamenti percutanei provenienti dagli Ospedali con Centri *Spoke* della Rete (pur essendo programmato il ritorno alla Struttura di provenienza – *Spoke*, può accadere che per esigenze cliniche il paziente non possa essere rinviato al Centro *Spoke* subito dopo la procedura).

Funzioni delle Strutture Complesse di Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica e con Cardiochirurgia (e con eventuale programma di trapianto cardiaco). In questo Centro dovrebbero afferire dal resto della Rete i casi più complessi o più gravi, o che richiedono assistenza avanzata di supporto al circolo e procedure chirurgiche.

Oltre alle funzioni previste dalle Strutture precedenti, queste debbono essere in grado di far fronte a tutte le esigenze diagnostico-terapeutiche non precedentemente soddisfatte:
- Cardiologia Interventistica delle patologie congenite e acquisite in pazienti adulti e pediatrici;
- appoggio medico-intensivo alle funzioni cardiochirurgiche.

Se collegate a Cardiochirurgie autorizzate al trapianto di cuore, ai sensi del DM 9.11.94 n. 297, Serie Generale 21.12.94, oltre alle funzioni sopra elencate devono essere previste le funzioni cardiologiche attinenti all'attività di trapianto.

Laboratorio di Emodinamica (Appendice B e C)

In una Rete territoriale integrata, che insiste su un bacino definito, si identificano le Strutture Cardiologiche Ospedaliere che sono fornite di UTIC: in questo contesto vengono altresì identificate una o più Strutture di riferimento fornite di diagnostica emodinamica e/o interventistica. A questa UTIC (*Hub*) viene trasferita la sede dell'assistenza dalle altre Unità produttive (*Spoke*), quando la soglia di complessità viene superata. L'organizzazione dei servizi afferenti alla medesima linea di produzione concentrerà gli interventi di alta complessità (studi coronarografici, angiografie, angioplastiche) nei Centri specializzati che svolgono ruolo di *Hub* per la specifica tipologia di prestazione, essendo ovviamente riservata ai Centri invianti la gestione globale del paziente, sia per quanto riguarda la fase di accoglienza che quella successiva a quella diagnostica e terapeutica invasiva.

In questa visione dinamica, il percorso del paziente all'interno della Rete garantisce l'autosufficienza della stessa.

L'identificazione del Centro *Hub* si correla ad alcune condizioni:
• personale medico e tecnico-infermieristico altamente qualificato;
• numero abitanti del bacino di utenza che garantiscono un'adeguata e appropriata utilizzazione e gestione della Struttura Cardiologica a tecnologia avanzata;
• numero di indagini/procedure tali da consentire il mantenimento della competenza per almeno due operatori in diagnostica e per uno o due operatori in inter-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.128.199.88 Mon, 29 Apr 2024, 14:34:43

ventistica (gli standard qualitativi devono comunque correlarsi alla linee guida delle Società Scientifiche); per i laboratori che svolgono anche attività di emergenza/urgenza 24/24 ore vanno previsti almeno 4 operatori;
• programma di verifica delle competenze operative necessarie per le équipe;
• un'esplicitazione concordata delle reciprocità funzionali delle Strutture *Hub* e *Spoke* collegate nella Rete;
• 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.

Le Strutture di emodinamica che svolgono attività sia di diagnostica che di interventistica rispondono a tutte le esigenze di terapia invasiva (angioplastica) del territorio di riferimento.

L'attività dei laboratori e la *clinical competence* devono essere sottoposte a sistemi di verifica anche mediante *audit* clinici: è necessario prevedere lo sviluppo di indicatori condivisi, in particolare per il monitoraggio delle complicanze.

I volumi di attività devono essere tali da rispondere alle esigenze della domanda, rispettando non solo le tempistiche legate alle procedure in emergenza, ma anche a quelle delle procedure programmabili.

Per quanto attiene alla possibilità di procedura di angioplastica coronarica in continuità con la coronarografia, si raccomanda di raccogliere il parere anche del Cardiologo che ha in cura il paziente nell'ambito della Struttura di provenienza.

Per una corretta funzione deve essere disponibile l'assistenza anestesiologica-rianimatoria, e deve essere disponibile ed identificata la funzione cardiochirurgica raggiungibile in tempi adeguati. Lo stand-by cardiochirurgico non va inteso in senso "attivo", ma come disponibilità ad accogliere eventuali emergenze intra o post-procedurali nell'ambito di protocolli preventivamente concordati e condivisi. La Sala di Emodinamica deve inoltre essere vicina o avere facile accesso alla Terapia Intensiva. L'UTIC, d'altra parte, deve avere disponibilità di letti per ricoverare i pazienti provenienti dalla Sala di Emodinamica.

Laboratorio di Aritmologia (Appendice B e C)

Il Laboratorio di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione è deputato alle funzioni di:
- studio dell'elettrofisiologia endocavitaria;
- cardioversione endocavitaria;
- impianto di pacemaker monocamerale, bicamerale, biventricolare;
- impianto di cardioverter-defibrillatore monocamerale, bicamerale, biventricolare;
- terapia ablativa transcatetere delle aritmie.

All'interno della Rete vengono identificate le Strutture deputate alle diagnostiche e ai trattamenti più complessi come l'ablazione transcatetere. L'impianto di pacing temporaneo deve essere garantito in ogni Reparto di Cardiologia con UTIC.

Per quanto riguarda l'attività di elettrostimolazione permanente e gli studi elettrofisiologici essa va adeguatamente assegnata alle Strutture Cardiologiche Ospedaliere della Rete con criteri di tipo epidemiologico e territoriale, favorendo e facilitando i percorsi degli utenti, ma contemporaneamente adeguando e aggiornando le strumentazioni in modo da poter fornire una risposta alla domanda sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo, riducendo contestualmente i costi gestionali.

In questo contesto il percorso del paziente, inteso genericamente di tipo aritmologico con necessità di procedure diagnostiche e terapeutiche invasive, può in gran parte essere gestito al di fuori delle Strutture Ospedaliere (in regime ambulatoriale o di Day Hospital/Surgery) fino al momento dell'impianto del device; in altri casi un secondo percorso di tipo intraospedaliero è ipotizzabile in seguito ad eventi acuti o a procedure diagnostiche e terapeutiche invasive di alta complessità (ablazioni).

Per quanto riguarda la tecnica dell'ablazione, essa va supportata da personale medico altamente qualificato.

L'attività di aritmologia può essere svolta in laboratorio non dedicato, bensì condiviso con l'Emodinamica, nell'ambito di una gestione complessiva che tuttavia garantisca sempre il supporto della sala ai fini dell'assistenza alle sindromi coronariche acute.

Un Laboratorio di Elettrofisiologia-Elettrostimolazione deve garantire una gestione orientata alla qualità partecipando regolarmente ai programmi di verifica.

Cardiologia Pediatrica (Appendice B e C)

La Cardiologia Pediatrica opera nella prevenzione, diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari congenite e acquisite che hanno il loro esordio nell'età pediatrica e nell'adolescenza. Ha importanti collegamenti con la Cardiologia generale anche dal punto di vista operativo. L'incidenza delle cardiopatie malformative è dell'8-10‰ dei soggetti nati vivi: per cui il numero dei nuovi casi/anno con cardiopatie congenite supera il numero di 4500. La sopravvivenza all'età adulta dei cardiopatici congeniti anche complessi ed operati è dell'80-90%, per cui si rende necessaria una regolare sorveglianza specialistica di circa 70 000 cosiddetti congeniti adulti tuttora viventi con conseguente indispensabile collaborazione tra il Cardiologo generale e il Cardiologo esperto in patologia congenita. Anche i circa 25 000 bambini in Italia affetti da patologie cardiovascolari acquisite o su base genetica con turbe del ritmo e della conduzione, malattie primitive infiammato-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.128.199.88 Mon, 29 Apr 2024, 14:34:43

rie del miocardio o delle strutture cardiache comportano riferimenti specialistici all'interno della Rete Cardiologica rappresentati dal Pediatra di famiglia, dal Pediatra convenzionato, dall'Ostetrico e da uno o più Cardiologi dell'Ospedale di riferimento in possesso di competenze in grado di affrontare le problematiche cliniche e le eventuali emergenze cardiologiche, secondo l'organizzazione ed i protocolli previsti nell'Appendice (Percorsi pediatrici). Nel contesto territoriale della Rete o nell'ambito di più Reti, può essere identificata una Unità Operativa Semplice o Complessa di Cardiologia Pediatrica in stretto contatto operativo con Strutture e terapia intensiva neonatale e cardiologica che è fornita di una capacità clinica e diagnostica più avanzata e che opera su un bacino di utenza di 2-4 milioni di abitanti (i requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici sono inseriti nelle Appendici specifiche).

Da parte del Comitato Cardiologico che gestisce la Rete, va identificata una Struttura Ospedaliera autonoma di Cardiologia Pediatrica di riferimento (*Hub* di tutte le istanze e le Strutture Cardiologiche-Pediatriche della Rete), con annessa Cardiochirurgia Pediatrica.

Questa Struttura è fornita di Laboratorio di Emodinamica e di Elettrofisiologia per la diagnostica morfofunzionale invasiva e trattamento interventistico che opera mediamente su un bacino di utenza di 6-8 milioni di abitanti e assicura l'afflusso di 600-800 nuovi cardiopatici all'anno, di cui 200-300 da operare. A questa Struttura sono affidate anche alcune funzioni, riferite a casi di elevata complessità clinico-strumentale, relative alla diagnostica prenatale, alle cardiopatie congenite in età adulta ed alla cardiopatia dello sport in età adolescenziale.

Cardiochirurgia (Appendice B e C)

Ogni Rete ha una o più Strutture di Cardiochirurgia di riferimento, dimensionate secondo il bacino di utenza e la popolazione servita. Il Centro cardiochirurgico è *Hub* di tutte le Strutture Cardiologiche Ospedaliere della Rete.

Il Centro di Cardiochirurgia indica il programma chirurgico, definisce il rischio operatorio e concorda con il Cardiologo che ha avviato l'iter diagnostico-terapeutico i criteri di ricovero: emergenza, urgenza ed elezione, ed i relativi tempi di attesa. Il Centro di riferimento deve sempre essere in grado di assicurare l'accoglienza dei pazienti in urgenza ed emergenza per tutto l'arco dell'anno e, in caso di evenienze eccezionali che determinino l'impossibilità all'accoglienza, deve garantire l'invio del paziente ad un altro Centro.

Individuati i fabbisogni cardiochirurgici della Rete, in accordo con il Comitato si definiscono:
- i criteri e le modalità di accesso e di trasferimento dei pazienti in elezione, urgenza ed emergenza (scheda chirurgica di accesso elettivo, scheda chirurgica di accesso per urgenze ed emergenze);
- i criteri per la programmazione delle liste di attesa;
- le regole generali e loro divulgazione sul funzionamento della Struttura e sull'ubicazione dei diversi settori nel suo interno;
- i tempi e modalità del follow-up;
- i percorsi diagnostici e terapeutici delle emergenze più comuni (dissezione aortica, tamponamento, infarto acuto, emorragia postoperatoria, traumi, ecc.);
- i percorsi per la riabilitazione postoperatoria;
- i meeting cardiologici-cardiochirurgici, avvalendosi anche di trasmissione telematica degli studi angiografici e coronarografici;
- la fisioterapia pre e postoperatoria;
- il piano per l'utilizzo ottimale del sangue;
- le modalità di gestione della terapia anticoagulante orale.

Le dimissioni dal Centro Cardiochirurgico vengono concordate con la Struttura Cardiologica di riferimento che ha avviato l'iter diagnostico-terapeutico, la quale si fa garante della ripresa in carico del paziente.

Il percorso del paziente dopo la dimissione dal reparto cardiochirurgico può essere ambulatoriale, in Day Hospital presso la Struttura Cardiologica di riferimento, di degenza ospedaliera presso la Struttura di riferimento, o di degenza presso una Struttura di riabilitazione, possibilmente sempre nell'ambito della Rete. Comunque va garantito il riaffidamento del paziente alla Struttura di Cardiologia che ha avviato l'iter.

Il follow-up chirurgico a breve e medio termine e a distanza viene definito e concordato dal Comitato di Coordinamento che provvede anche alla definizione degli indicatori per l'*audit* delle prestazioni erogate.

La funzione di Cardiochirurgia Pediatrica può essere svolta nell'ambito del Centro Cardiochirurgico di riferimento, mediante Unità Operativa semplice, e comunque con competenze cliniche e volumi di attività ben definiti, oppure in Centro Cardiochirurgico Pediatrico autonomo operante sul territorio regionale o interregionale (ogni anno in Italia vi è la necessità variabile da 3000 a 3600 interventi di Cardiochirurgia Pediatrica per la correzione o palliazione delle cardiopatie congenite). Per quanto riguarda i livelli minimi quali e quantitativi ed i requisiti minimi di Struttura, si rinvia alle Appendici specifiche.

Emergenza (Appendice B e C)

L'emergenza cardiologica è rappresentata nelle sue forme più diffuse da sindromi coronariche acute, infarto del miocardio e angina di petto da un lato, e dall'arresto cardiorespiratorio dall'altro. Entrambe le patologie sono caratterizzate dalla rapidità di evoluzione e dall'incidenza di morte spesso improvvisa o inattesa, ancora molto elevata e oggi potenzialmente evitabile.

In Italia sono circa 90 000 i ricoveri per anno per infarto acuto del miocardio, con circa il 50% della mortalità nelle prime ore dell'evento, la maggior parte pri-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.128.199.88 Mon, 29 Apr 2024, 14:34:43

ma del ricovero, e circa 80 000 quelli per angina di petto. La morte cardiaca improvvisa presenta un'incidenza di circa 1 per 1000 abitanti, risultando la più frequente causa di morte in assoluto nel nostro paese.

Anche l'Ospedale è ambito ad elevata probabilità di incidenti acuti, in particolare l'arresto cardiaco e la morte improvvisa sono eventi non rari. In questi ultimi anni si sono affermati modelli di intervento nei confronti di questi quadri patologici capaci di incidere significativamente sulla loro prognosi, riducendo in modo significativo la mortalità per sindrome coronarica acuta e portando la sopravvivenza media in soggetti colpiti da arresto cardiaco dal 2-3% ad oltre il 25%.

Il modello di intervento prevede:

• nel caso delle patologie coronariche la necessità di anticipare quanto più possibile i tempi dell'intervento riperfusivo che è massimamente efficace se effettuato entro le prime 2 ore dall'insorgere dell'evento: potrà essere meccanico (angioplastica coronarica) o farmacologico (fibrinolisi sistemica) secondo quanto concordato localmente utilizzando le tecnologie di telemedicina per l'ottimizzazione dei percorsi;

• nel caso di arresto cardiaco l'intervento nei primi minuti con manovre di rianimazione e defibrillazione cardiaca esterna precoce, utilizzando anche personale laico opportunamente addestrato.

I problemi risiedono quindi in grande misura nell'organizzare complessi modelli di intervento, capaci di garantire certezza, tempestività e un perfetto coordinamento dei diversi presidi coinvolti nelle procedure. L'assistenza in emergenza rientra quindi tra i compiti della Rete Cardiologica che, per questa funzione, si avvale anche del Servizio 118 e dei Dipartimenti di Emergenza Ospedalieri.

La riduzione al minimo dei tempi precoronarici in caso di sindrome coronarica acuta comporta la necessità di ottimizzare i rapporti tra le diverse Unità operanti nello stesso ambito territoriale, garantendo la possibilità di trattare efficacemente l'arresto cardiaco e l'erogazione dei primi soccorsi.

Obiettivi del servizio per l'emergenza sono di:

- aumentare il numero dei pazienti giunti vivi all'Ospedale;
- anticipare il momento decisionale e l'avvio del trattamento ottimale in accordo con l'UTIC di riferimento;
- ridurre il tempo decisionale, che insieme al reperimento del mezzo di trasporto idoneo, costituiscono oggi il più rilevante ritardo evitabile;
- ridurre il tempo organizzativo;
- ridurre il ritardo intraospedaliero.

Il punto di arrivo delle chiamate e di organizzazione del soccorso è la Centrale Operativa provinciale del 118. Essa deve, secondo protocolli predefiniti e condivisi a livello locale, raccogliere in modo critico la chiamata, registrarla ed inviare il mezzo di soccorso idoneo.

La Rete dell'emergenza deve anche garantire i trasporti protetti successivamente necessari. I compiti prioritari sono quelli di garantire:

- il trasporto protetto;
- il triage diagnostico;
- l'avvio del trattamento nella fase preospedaliera, secondo protocolli concordati e condivisi con l'UTIC di riferimento.

Sono quindi fondamentali:

• mezzi di soccorso forniti dei farmaci necessari e di apparecchiature di qualità garantita, dotate di sistema di interpretazione automatica dell'ECG e di trasmissione telematica dello stesso alla Centrale Operativa 118 e/o all'UTIC di riferimento;

• personale addestrato alla corretta esecuzione del tracciato ECG, ad una prima valutazione della sua qualità, all'interpretazione dello stesso e alla corretta esecuzione delle procedure previste dal protocollo di intervento.

Per quanto riguarda l'assistenza all'emergenza intraospedaliera, tenendo presente che attualmente la mortalità per arresto è < 10% nelle terapie intensive e di circa il 90% negli altri reparti, l'obiettivo dell'azione progettuale è: ridurre la mortalità in modo significativo sull'interezza degli stabilimenti ospedalieri.

Le Unità di Rianimazione e di Cardiologia avranno come compito prioritario quello di organizzare il primo soccorso ai pazienti colpiti da arresto cardiocircolatorio in tutto l'Ospedale, generalizzando le conoscenze delle manovre rianimatorie opportune, garantendo un sistema di allarme efficiente e la successione degli interventi opportuni di ACLS, procedure e protocolli di intervento che si sono dimostrati capaci, per generale consenso, di contenere in modo significativo la mortalità e le sequele conseguenti ad arresto cardiocircolatorio.

Riabilitazione Cardiologica (Appendice B e C)

È una componente del programma assistenziale del paziente cardiopatico postchirurgico e postacuto; la sua funzione risulta essenziale in un contesto organizzativo che comporta degenze medie, nei reparti per acuti, sempre più brevi, non permettendo così di implementare l'ottimizzazione della terapia e fornire un adeguato supporto psicologico, di prevenzione e di *counseling*. Strutture Riabilitative con costi relativamente bassi consentono una gestione più idonea rispetto ai reparti per acuti cardiologici e cardiochirurgici e garantiscono una dimissione precoce ma protetta. È indispensabile che all'interno di ogni Rete Cardiologica Ospedaliera sia presente un Centro di riferimento di riabilitazione degenziale (totalmente autonomo – U.O. di Cardiologia Riabilitativa – o inserito in U.O. di Cardiologia con sezione di riabilitazione). Questo Centro è *Hub* di Struttura Cardiochirurgica e può essere *Hub* di Strutture Cardiologiche Ospedaliere dotate di UTIC (ove queste non siano in grado di assicurare un'idonea funzione riabilitativa). La riabilitazione ha un ruolo di gestione a medio e lungo termine del cardiopatico dopo la fase subacuta e si configura come programma di prevenzione secondaria. Le evidenze oggi disponibili individuano

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.128.199.88 Mon, 29 Apr 2024, 14:34:43

come componenti essenziali della riabilitazione del cardiopatico le seguenti funzioni:
- stratificazione prognostica e stima del rischio cardiovascolare;
- ottimizzazione della terapia e stabilizzazione clinica;
- programma di training fisico controllato per i pazienti eleggibili;
- educazione e *counseling* con interventi multidisciplinari finalizzati a modificare lo stile di vita, realizzare il programma di prevenzione secondaria e favorire il ritorno ad una vita attiva;
- impostazione di un adeguato follow-up strutturato, individualizzato e a lungo termine.

Il programma di riabilitazione pertanto ha come obiettivo iniziale il consolidamento della stabilità clinica e successivamente quello di ridurre i rischi di futuri eventi garantendo la gestione ottimale del paziente nel lungo periodo. Configurata in tal modo la riabilitazione del cardiopatico è un intervento multifattoriale ed omnicomprensivo che si avvale di diverse competenze professionali.

Da un punto di vista organizzativo il programma riabilitativo può essere gestito:
- ambulatoriamente o in Day Hospital, nell'ambito delle Strutture Cardiologiche per acuti;
- con ricovero in Unità Degenziali dedicate.

La scelta tra le due modalità è funzione del grado di stabilità e/o gravità del paziente, al momento della dimissione dal reparto per acuti, non potendo tuttavia ignorare la situazione socio-familiare.

Nell'ambito della Rete Cardiologica territoriale, la riabilitazione ambulatoriale o in Day Hospital è funzione delle Unità Operative con UTIC, quella degenziale può avvalersi di Unità Operative autonome di Riabilitazione Cardiologica.

Assistenza ai pazienti cronici (Appendice B e C)

Il paziente cronico è portatore di una patologia cardiovascolare che persiste nel tempo e che può avere un decorso peggiore in mancanza di interventi appropriati e tale quindi da necessitare un costante livello di attenzione medica per ridurre il rischio di riacutizzazione e di recidive.

Per queste patologie il principio della continuità assistenziale deve avere un ruolo centrale in tutti i disegni organizzativi e progettuali e favorire il più possibile l'integrazione organica fra Ospedale e Territorio.

L'eccessiva frammentazione nel tempo e nello spazio dei vari momenti della diagnosi, della prevenzione, della terapia, della riabilitazione e del follow-up ha infatti effetti negativi sull'esito finale delle cure. Analogamente la frammentazione delle decisioni cliniche fra molte figure professionali prolunga i tempi di assistenza e rende meno efficiente ed efficace sia la diagnosi che la terapia. La continuità assistenziale richiede strumenti e professionalità già descritti in altri paragrafi:
- gli ambulatori dedicati alle singole patologie;
- i Day Hospital ed i Day Service;
- il coinvolgimento dei MMG e dei Cardiologi Ambulatoriali;
- l'ospedalizzazione domiciliare;
- l'utilizzo di cartelle cliniche condivise;
- le Strutture di Cardiologia Riabilitativa dedicate alla gestione della fase intensiva della riabilitazione.

Per questi pazienti il ruolo centrale è rappresentato dall'Ambulatorio o dal Day Service ai quali è richiesta l'istituzione di meccanismi facilitati di accesso sia nei confronti dei MMG (facilitazione dell'invio dei pazienti alla Struttura e delle consultazioni telefoniche) sia nei confronti del reparto di degenza (facilitazione dei ricoveri di pazienti afferenti all'Ambulatorio) e dei laboratori (ad esempio ecocardiografia, laboratorio analisi, radiologia).

La continuità assistenziale è favorita dalla chiara identificazione (soprattutto nei confronti dei Medici di Famiglia e dei pazienti stessi) del gruppo di Medici e di Infermieri responsabili dell'Ambulatorio e dalla condivisione fra gli stessi di protocolli diagnostici e terapeutici. La qualità complessiva dell'assistenza, ed in particolare il principio della continuità assistenziale, possono essere sensibilmente favoriti attraverso un'ulteriore valorizzazione del ruolo professionale dell'Infermiere negli Ambulatori dedicati, nel Day Hospital e nella *Home Care*.