

La rete assistenziale «mista» messa a punto dalla Regione Emilia Romagna mira all'

Cure di cuore vincenti con la

Alla distribuzione omogenea dei servizi sul territorio fa da contraltare

DI ROBERTO GRILLI *

L'assistenza cardiologica e quella cardiocirurgica sono aree cliniche caratterizzate tra l'altro da un'elevata complessità tecnologica, da una forte domanda di competenze professionali, per di più in continua evoluzione, e dalla necessità di elevati investimenti difficilmente riconvertibili.

In aree di tale complessità, il problema dell'appropriatezza organizzativa non si può esaurire quindi nel mero trasferimento di attività oggi espletate in ambito di ricovero ospedaliero ordinario, verso un regime di day hospital o ambulatoriale. Richiede invece il disegno di organici rapporti funzionali tra strutture sanitarie diverse, spesso a diversa natura proprietaria (pubblica, privata for profit o non profit), che sono necessariamente chiamate a cimentarsi sul terreno della reciproca collaborazione e del coordinamento.

Questa è esattamente la filosofia generale che ha ispirato l'organizzazione dell'assistenza cardiologica e cardiocirurgica in Emilia Romagna, strutturata secondo un modello definito di "hub and spoke". Il modello implica la concentrazione dell'assistenza di elevata complessità in centri di eccellenza (gli hub), supportati da una rete di servizi (gli spoke) cui compete la selezione dei pazienti e il loro invio ai centri di riferimento. L'obiettivo generale è quello di cercare di conciliare esigenze diverse e talvolta tra loro contrastanti: una distribuzione generale dei servizi sul territorio tale da garantire facilità di accesso ai cittadini, la soddisfazione delle preferenze e delle aspettative di questi ultimi, la concentrazione degli interventi a elevata complessità in centri

di riferimento quale garanzia di qualità e sostenibilità dei costi.

Si tratta quindi di una rete assistenziale integrata, costituita da servizi pubblici e privati classificati in 3 livelli in funzione del loro grado di complessità:

- il primo livello, rappresentato dall'ambito assistenziale del distretto (spoke);
- il secondo livello, dall'ospedale per acuti (che costituisce contemporaneamente l'hub del primo livello e lo spoke del terzo);
- il terzo livello, costituito dai centri di riferimento per le prestazioni ad alta complessità (hub), rappresentati da due strutture pubbliche e da quattro strutture private for profit.

Il sito web dell'Agenzia sanitaria regionale (<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/>) descrive dettagliatamente l'organizzazione complessiva del sistema, i cui obiettivi principali sono:

- La creazione delle condizioni atte a garantire che i singoli centri abbiano la possibilità di gestire volumi di attività sufficienti ad acquisire e mantenere la competenza clinica e l'efficienza operativa necessarie per rendere l'assistenza efficace ed economicamente sostenibile. Questo è particolarmente rilevante in un ambito quale quello cardiologico e cardiocirurgico, dove è stata ripetutamente dimostrata la presenza di migliori risultati clinici in centri con volumi di attività elevati.

- Costruire rapporti funzionali tra servizi, in modo che i centri spoke abbiano canali di comunicazione organici e continuativi con centri hub di riferimento che garantiscono disponibilità e collaborazione. Ciò garantisce la circolazione delle informazioni e la formazione e l'aggiornamento degli operatori sul campo e permette di offrire ai pazienti avviati a

Cardiochirurgia e cardiologia sono alcuni degli ambiti in cui più visibilmente si manifestano le problematiche che investono la medicina moderna. Il governo delle innovazioni, il miglioramento continuo della qualità in un regime controllato dei costi e il rapporto tra tecnologia e assetti organizzativi dei servizi: sono tematiche che riguardano tutta la Sanità, ma in campo cardiologico e cardiocirurgico rivestono particolare urgenza e significatività.

Per questo la commissione cardiologica e cardiocirurgica della Regione Emilia Romagna (istituita nel 1995) ha cercato di sviluppare forme

originali di cooperazione tra istituzioni di governo del Servizio sanitario regionale, i professionisti e le loro associazioni e le strutture operative pubbliche e private. La commissione si è inoltre data l'obiettivo di costruire - attraverso una sistematica valutazione della qualità dell'assistenza e dell'appropriatezza delle tecnologie e degli interventi sanitari - un sistema che coniughi programmazione e dinamicità e che sappia calibrare la capacità di offerta in funzione dei bisogni e delle preferenze dei cittadini, rispondendo attivamente alle innovazioni tecnologiche e organizzative.

specifiche procedure/interventi in elezione, tempi di accesso a questi ultimi più rapidi.

A esempio, in Emilia Romagna i tempi di accesso dei pazienti agli interventi di rivascolarizzazione coronarica (bypass e angioplastica) sono stati ridotti dal 1997 (quando il 73% dei pazienti accedeva a questi interventi entro 31 giorni) al 2001 (anno in cui l'89% dei pazienti riceve l'intervento entro un mese). La rete assistenziale offre quindi l'opportunità di affrontare il tema dei tempi di attesa sul piano organizzativo, migliorando il raccordo funzionale tra servizi.

Inoltre la rete hub&spoke offre anche benefici su un piano forse meno tangibile, ma non per questo meno rilevante. Infatti, assumendo come

principio base del proprio funzionamento il fatto che un'assistenza di buona qualità è determinata, nella complessa medicina dei nostri tempi, più che dalle capacità dei singoli operatori, dal buon funzionamento dei team clinici, crea le condizioni affinché questi ultimi collaborino tra loro, confrontino i risultati clinici ottenuti e concordino comuni strategie di comportamento clinico. Da questo punto di vista, è lecito pensare che il modello organizzativo hub&spoke sia il migliore substrato per l'adozione generalizzata di linee-guida cliniche condivise dai professionisti.

- Rendere possibile, attraverso la rete assistenziale integrata, una gestione delle innovazioni tecnologiche che consenta una loro introduzione nella prati-

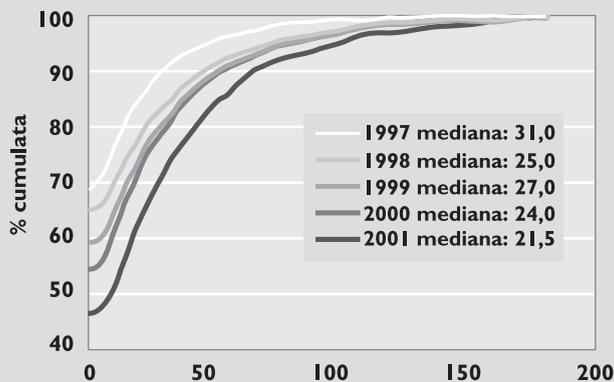
appropriatezza e all'abbattimento delle attese in cardiologia e in cardiocirurgia

strategia «hub and spoke»

un pool di sei centri per le prestazioni a maggiore complessità

A qualche anno dalla messa a punto del nuovo modello di gestione della rete cardiologica, l'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia Romagna e l'assessorato regionale alla Sanità hanno deciso di organizzare un'iniziativa per fare un bilancio (di cui offriamo ampie anticipazioni in queste pagine) di quanto fatto finora a livello regionale e per delineare ipotesi di indirizzi futuri. Il convegno - che si svolgerà a Bologna presso l'Aula Absidale S. Lucia il 27 e il 28 settembre - vuole anche offrire un'occasione di confronto con altre esperienze nazionali e internazionali.

Tempi di accesso agli interventi di rivascolarizzazione coronarica



Come si vede dal grafico accanto, nel corso degli anni una quota crescente di pazienti esegue gli interventi di coronarografia e di rivascolarizzazione nel corso dello stesso episodio assistenziale (tempo 0); dei rimanenti, il 50% accedeva entro 31 giorni nel 1997 ed entro 21,5 nel 2001. Nel 1997 il 73% dei pazienti accedeva a questi interventi entro 31 giorni, mentre nel 2001 l'89% dei malati riceveva l'intervento entro un mese.

ca clinica nello stesso tempo tempestiva e governata in modo da consentire la valutazione del loro impatto clinico, organizzativo ed economico. Su queste stesse pagine (v. *Il Sole 24Ore Sanità n. 28/2002*) è stata descritta l'introduzione degli stent medicati per gli interventi di angioplastica, realizzata in tutti i centri della regione adottando un comune protocollo clinico concordato e governata attraverso il disegno di uno studio osservazionale finalizzato a valutare la resa di questa tecnologia.

Per concludere, l'analisi del modello organizzativo emiliano-romagnolo relativamente alla cardiologia/cardiocirurgia sollecita almeno due considerazioni di carattere generale. La prima è che in tempi in cui si diffonde la convinzione, mai davvero

dimostrata, che la competizione tra erogatori sia la strategia vincente per una migliore qualità dell'assistenza, questa esperienza dimostra come, al contrario, la cooperazione e l'integrazione tra funzioni assistenziali diverse possa offrire migliori opportunità per valorizzare le specificità dei singoli ambiti di cura, garantendo nel contempo un sistema in grado di offrire un'assistenza complessiva.

La seconda è che se appropriatezza clinica e organizzativa sono diventate con i livelli essenziali di assistenza parte dei criteri operativi attraverso i quali il Ssn definisce le modalità di assistenza da garantire ai cittadini, la loro effettiva applicazione nella pratica assistenziale così come nell'organizzazione dei servizi è però tutt'altro che semplice. Se il

raggiungimento dell'appropriatezza clinica richiede il ricorso a strumenti (quali le linee guida) finalizzati a orientare le decisioni dei professionisti, l'appropriatezza organizzativa (assistere il paziente nel contesto assistenziale più adeguato alla complessità del suo problema clinico) richiede interventi sulla struttura, sulle risorse tecnologiche e umane, nonché sugli assetti organizzativi interni ai servizi e sulle loro relazioni funzionali, in modo che siano in grado di identificare tempestivamente i bisogni assistenziali dei pazienti e avviarli all'ambito di cura funzionalmente più idoneo ed efficace.

* Resp. Area di programma governo clinico
Agenzia sanitaria regionale