

Una valutazione del modello di governo clinico ed organizzativo della rete assistenziale cardiocirurgica in Emilia-Romagna

La valutazione dell'impatto di un modello di governo clinico ed organizzativo complesso come la rete cardiologica e cardiocirurgica della Regione Emilia-Romagna non è semplice, anche perché la sua attuazione è un processo dinamico, in continua evoluzione.

E' già oggi possibile tuttavia verificare in che misura la rete assistenziale integrata sia stata in grado di soddisfare il fabbisogno di interventi, quale sia il grado della loro accessibilità e quali siano i risultati clinici. .

La Figura 1 illustra l'andamento di alcuni indicatori che hanno caratterizzato l'offerta in area cardiocirurgica nel periodo 1998-2001. In particolare, si evidenzia come il volume di interventi cardiocirurgici sia passato da 4313 nel 1998, a 4804 nel 2001, anno per il quale la stima del fabbisogno definita dalla Commissione Regionale era di 4400 interventi. Il sistema nel suo complesso ha quindi aumentato dell'11% la propria capacità produttiva e, come si vede dalla Figura, principalmente per un aumento della produzione delle 2 strutture pubbliche (la proporzione di interventi eseguiti in questi centri aumenta tra il 1998 ed il 2001 del 22%).

Che il sistema nel suo complesso abbia nell'arco di tempo considerato sviluppato una migliore capacità di rispondere ai bisogni assistenziali della popolazione è documentato anche dalla diminuzione del 35% della percentuale di interventi cardiocirurgici effettuati da cittadini dell'Emilia-Romagna fuori dalla propria regione di residenza.

Un altro aspetto importante riguarda la capacità del sistema di garantire tempi di accesso accettabili agli interventi di elezione. In particolare, l'obiettivo è garantire l'intervento entro 30 giorni. La Figura 2 illustra i tempi di attesa dei singoli centri, che attestano come questo obiettivo sia di fatto conseguito stabilmente in 5 dei 6 centri regionali.

Infine, il sistema di governo ha sviluppato nel corso di questi anni una specifica attenzione alla qualità delle prestazioni erogate, attenzione che si è concretizzata nella conduzione annuale di studi di audit clinico su campioni di pazienti sottoposti ad interventi cardiocirurgici ed in una costante sorveglianza dell'andamento della mortalità - intraospedaliera ed a 30 giorni - per questo tipo di interventi. Queste analisi sono state sino ad oggi condotte utilizzando le informazioni rese disponibili dalla banca dati delle schede di dimissione ospedaliera e dal registro regionale di mortalità. A partire dall'aprile 2002 è stata avviata l'organizzazione di uno specifico registro regionale degli interventi cardiocirurgici, in modo da consentire indagini più approfondite e

dettagliate su aspetti clinicamente rilevabili ed impossibili da cogliere con le informazioni disponibili dai comuni sistemi informativi.

L'analisi della mortalità cardiocirurgica nel quadriennio 1998-2001 ha evidenziato una riduzione complessiva del 27%: il trend, sia pure in misura diversa, riguarda tutti i centri e tutti i tipi di intervento(vedi Tabella 1). Questi risultati sono in linea, ed in alcuni casi migliori, con quelli documentati a livello internazionale.

Il modello clinico ed organizzativo ha consentito di migliorare la capacità del sistema di rispondere tempestivamente ai bisogni assistenziali dei cittadini, attraverso un aumento dell'offerta che ha evitato la proliferazione di nuovi centri e valorizzato le potenzialità di quelli già esistenti. Questo assetto si è tradotto anche in risultati clinici di buona qualità.

Un percorso analogo viene perseguito in ambito cardiologico, con particolare riferimento alle procedure di emodinamica. In particolare, tra le iniziative più significative intraprese su questo versante, vi è l'organizzazione di un registro regionale dedicato agli interventi di angioplastica coronarica.

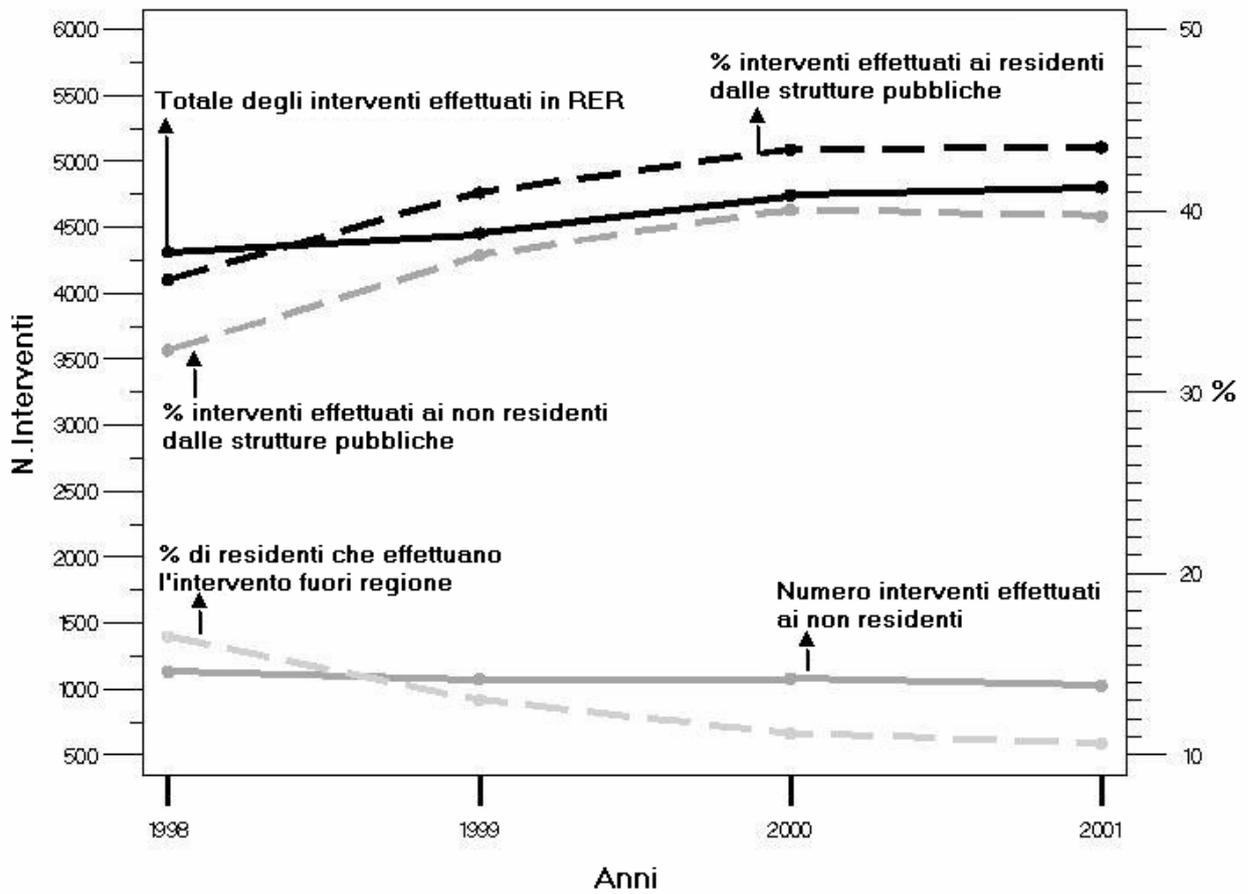
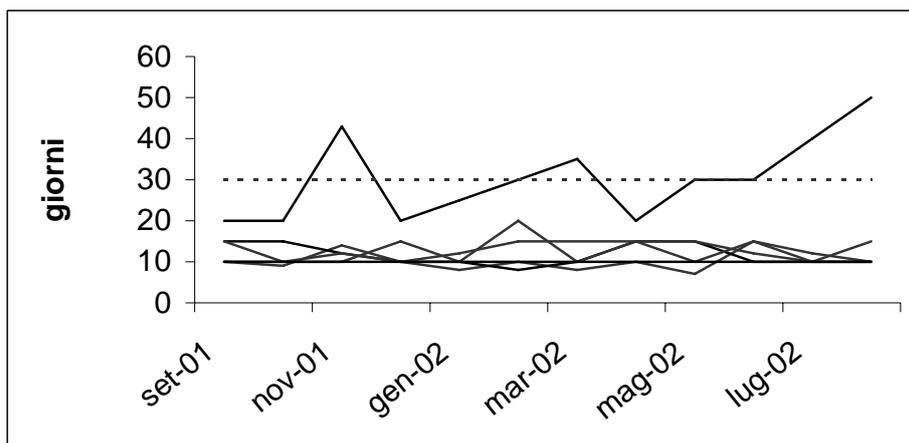


Figura 1 Quadro generale dell'andamento dell'offerta di interventi cardiocirurgici in Emilia-Romagna nel periodo 1998-2001

Tabella 1 Mortalità intraospedaliera, complessiva e per tipo di intervento, relativa al periodo 1998-2001

ANNO	Tutti gli interventi		BYPASS isolato		VALVOLE isolate		Valvole+Bypass		Altri interventi per cardiopatie ischemiche		Miscellanea	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1998	4292	5,24	2546	3,4	933	4,5	284	8,8	143	14,7	386	13,0
1999	4426	4,41	2573	2,8	915	3,2	344	9,0	170	12,9	424	9,4
2000	4561	3,33	2660	2,4	1062	2,5	400	5,8	140	7,1	299	9,4
2001	4773	3,81	2676	2,6	1036	3,2	450	5,6	154	9,7	457	8,5

Figura 2: Tempi di attesa dichiarati mensilmente dai 6 centri cardiocirurgici per l'accesso agli interventi in elezione. L'obiettivo è mantenerli al di sotto di 30 giorni.



Cardiologia e Cardiochirurgia in Emilia-Romagna

Le caratteristiche della rete assistenziale

L'assistenza cardiologica e cardiocirurgica in Emilia-Romagna è organizzata secondo il modello "hub and spoke", che prevede 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 ed il loro invio ai centri di riferimento. Questo modello organizzativo consente:

- 1- una distribuzione dei servizi sul territorio tale da garantire una migliore facilità di accesso ai cittadini;
- 2- di soddisfare meglio le preferenze e le aspettative di ciascuno;
- 3- la concentrazione degli interventi ad elevata complessità in centri che assicurano qualità clinica e sostenibilità economica.

Il risultato di questo modello è una rete integrata costituita da servizi pubblici e privati, classificati su tre livelli:

- l'ambito assistenziale del distretto (spoke);
- l'assistenza nell'ospedale per acuti (che costituisce l'hub del primo livello e lo spoke del terzo);
- l'attività dei centri di riferimento per le prestazioni ad alta complessità (hub), rappresentati da due strutture pubbliche e da quattro strutture private for profit.

Gli effetti di questo modello organizzativo sono:

- a) creare le condizioni affinché i singoli centri possano gestire volumi di attività sufficienti a mantenere e sviluppare la competenza clinica e l'efficienza operativa necessarie per rendere l'assistenza efficace ed economicamente sostenibile. Ciò 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;

- b) costruire rapporti funzionali tra i servizi, in modo che i centri spoke abbiano canali di comunicazione continuativi con i centri hub di riferimento, che garantiscono disponibilità e collaborazione. Ciò permette la circolazione delle informazioni, la formazione e l'aggiornamento degli operatori sul campo, e permette di offrire ai pazienti avviati a specifiche procedure/interventi in elezione, tempi di accesso più rapidi.
- c) creare le condizioni affinché i centri collaborino, confrontino i risultati clinici ottenuti e concordino comuni strategie di comportamento clinico.