

### **Allegato 1.3.1) La prevenzione cardiovascolare Fonte: PSR capitolo 8.2.5. "Lotta alle cardio e cerebro basculopatie"**

La progettualità del triennio passato ha risentito, come e forse più di altri analoghi rivolti a patologie d'organo, della mancanza di ambiti aziendali di coordinamento, talché le iniziative proposte in materia di promozione della salute, prevenzione primaria e secondaria dei fattori di rischio cardio e cerebrovascolari (peraltro in gran parte coincidenti) e l'appropriata articolazione degli interventi tra medicina di base, servizi specialistici e servizi ospedalieri hanno risentito di una forte eterogeneità applicativa, contribuendo a ridurre i guadagni di salute conseguibili. Peraltro l'attenzione delle collettività locali è tuttora molto concentrata sugli aspetti legati alla terapia individuale creando climi più favorevoli allo sviluppo di approcci farmacologici e dei servizi specialistici che allo svolgimento delle attività di promozione e prevenzione primaria. Il Piano nel prossimo triennio:

1) conferma, puntualizzandoli e aggiornandoli, gli obiettivi di salute già individuati nel PSR 1999 2001 che miravano ad un approccio globale nella lotta alle malattie cardio e cerebrovascolari;

2) rideclina gli obiettivi all'interno delle aree di attività previste nella sezione 4, sviluppando a tal fine studi epidemiologici mirati a costruire e documentare gli outcome relativi al contributo di cardiologi e neurologi alla riduzione della disabilità evitabile;

3) assume la complessità dello scenario e la molteplicità degli attori presenti nel settore, rilanciando la sfida per una gestione globale ed unitaria della lotta alle cardio e cerebrovasculopatie attraverso le strategie:

- dei patti per la salute (nella scuola, degli anziani, per le città sane) che puntano a creare cittadini consapevoli ed attivi nella promozione della propria salute e nella interazione con i servizi sanitari e ambienti salubri, costruendo le interazioni di massa necessarie per affrontare i problemi ad un livello adeguato alla loro dimensione;

- del governo clinico delle attività territoriali ed ospedaliere chiamate a garantire tutte le dimensioni operative della qualità assistenziale (sicurezza, efficacia, appropriatezza, equità, efficienza, coinvolgimento degli utenti) sia nei percorsi assistenziali del territorio che in quelli ospedalieri per la acute care e per la long term care, con una migliore definizione delle responsabilità gestionali a partire dalle direzioni sanitarie delle ASL, dei distretti e dei dipartimenti di area e puntando sulla responsabilizzazione delle équipe territoriali; in tale scenario chiama tutti i professionisti ad una gestione più appropriata della risorsa farmaco (statine, antiipertensivi, etc.);

4) definisce le modalità di integrazione per le attività cardio chirurgiche tra le due aziende ospedaliere e i servizi aziendali di cardiologia in modo da conseguire una gestione effettivamente coordinata anche attraverso un dipartimento interaziendale;

5) prende atto della necessità di trovare il punto di equilibrio, particolarmente per l'alta specialità, tra l'esigenza di evitare la «migrazione sanitaria» dei cittadini umbri (tenendo in debito conto non solo le ridotte dimensioni del territorio regionale, ma anche la sua particolare articolazione e posizione geografica) e quella di creare centri che possano raggiungere, nel triennio, la piena espressione raggiungendo i requisiti strutturali e professionali per l'accreditamento. In questa cornice inserisce il proseguimento della sperimentazione delle attività di cardiocirurgia all'AO di Terni, assumendo il triennio 2003-2005 come ambito temporale per la verifica del raggiungimento di tali requisiti, in deroga a quanto previsto nel paragrafo 7.5.4.8;

6) definisce: — l'evoluzione, per ciascuno degli ambiti territoriali delle 4 ASL e sulla base delle indicazioni delle Società Scientifiche, della rete regionale dell'emodinamica prevedendo la continuazione delle attività di Gualdo Tadino e in prospettiva del nuovo

ospedale di Branca in stretto collegamento con il dipartimento di cui al punto 4, che ne garantisce la sicurezza e l'appropriatezza; — l'evoluzione dell'offerta nel campo del trattamento delle aritmie; — i fabbisogni nel campo della chirurgia vascolare;

7) definisce i bisogni riabilitativi nell'area cardiologica in linea con le indicazioni scientifiche internazionali e nazionali, riservando al già funzionante servizio di Gualdo Tadino e alle AO le attività riabilitative precoci per i cardioperati ed i trapiantati, mentre la riabilitazione cardiologica ambulatoriale avviene di norma a livello territoriale;

8) per lo specifico della lotta alle cerebrovasculopatie, oltre agli interventi sopra definiti, fornisce le indicazioni di seguito esposte. La letteratura medica internazionale conviene ormai sul fatto che i pazienti con ictus cerebrale in fase acuta necessitano di un'assistenza specialistica integrata fin dall'inizio, che faccia parte di un percorso riabilitativo e che imposti fin da subito la prevenzione secondaria. I dati disponibili evidenziano il vantaggio indubbio dell'Unità per ictus di tipo «riabilitativo», ma suggeriscono che l'assistenza dedicata e specializzata sia di vantaggio anche nei primi giorni. Non vale certamente l'inverso: non ha senso ricoverare il paziente in strutture dedicate per uno o due giorni e poi trasferirlo in reparti comuni di degenza, poiché così facendo si perderebbero evidentemente tutti i vantaggi in termini di mortalità e disabilità evitabile. Sono quindi da condividersi le garanzie per il paziente con ictus riassunte nello schema seguente:

1) ricovero più precoce possibile (entro le prime ore dall'insorgenza dei sintomi) in una struttura ospedaliera dedicata (Stroke Unit), o, in mancanza di posti letto, in area di degenza medica che utilizzi gli stessi criteri diagnostico-terapeutici ed assistenziali, con il supporto del personale della Stroke Unit.

2) Inizio precoce del trattamento riabilitativo (entro le prime 24 ore dal ricovero).

3) Assistenza da parte di personale sanitario dedicato, motivato e preparato in modo pressoché esclusivo alla gestione del paziente con ictus cerebrale.

4) Approccio interdisciplinare coordinato dal neurologo o dal medico esperto in cerebrovasculopatie.

5) Assicurazione di una continuità terapeutica, che coinvolga tutte le fasi di malattia, dalla prevenzione primaria, alla fase di ricovero ed a quella di follow-up, da realizzarsi in un percorso integrato coinvolgente i Centri di Riabilitazione collocati sul territorio ed i Medici di Medicina Generale. Quanto alle necessità assistenziali, utilizzando i dati degli studi SEPIVAC e SEPIVAC 2, che offrono informazioni sull'incidenza e prognosi della malattia cerebrovascolare nel Distretto del Trasimeno, rispettivamente nel periodo 1986-89 e nel 1999, si è scelto qui di considerare un'incidenza pari a 2.5 per 1000, poiché se è vero che non tutti i pazienti con primo ictus si ricoverano, è altrettanto vero che le recidive nella gran parte dei casi vanno trattate in modo analogo ai primi episodi. Pertanto, in buona approssimazione, si può affermare che si possono prevedere almeno 2000 ricoveri per ictus in Umbria ogni anno. La durata della degenza è qui stimata in 12 giorni, ed il tasso d'utilizzo dei letti pari all'80 per cento. Ne deriva una necessità di circa 82 letti dedicati, da distribuirsi tenendo conto sia delle peculiarità dei diversi Presidi Ospedalieri (autonomi e di USL), sia della realtà territoriale (possibile migrazione sanitaria da altri territori). In linea di principio, si può prevedere che le due Aziende Ospedaliere dispongano di Unità Ictus di secondo livello (p. es. 12 letti a PG e 8 letti a TR), mentre per le 4 USL si può ipotizzare una divisione e/o accorpamento in base alle peculiari caratteristiche organizzative, con Unità Ictus di primo livello (es. 8 letti a Città di Castello, 6 a Gubbio-Gualdo, 6 ad Assisi, 8 al Trasimeno, 6 a Todi-Marsciano, 8 a Foligno, 8 a Spoleto, 6 a Orvieto e 6 a Narni-Amelia).

Quanto alle risorse necessarie, occorre prevedere un infermiere professionale per 4 letti per turno (quindi almeno 5, ma meglio 6, da ruotare su 4 letti), un TdR dedicato per Unità (quindi 2 in organico) e personale medico espressamente e specificamente

dedicato (sul cui numero si deve ragionare in base alle singole realtà territoriali). Non è, infatti, pensabile né accettabile che dietro la targa «Stroke Unit» non vi sia il benché minimo livello assistenziale specifico. Devono ovviamente essere previste (e se necessario integrate) figure professionali (logope-dista, psicologo, etc.) che possono servire più sedi e servizi. Ciascuna Unità ictus dovrà poi strutturare un rapporto con il territorio (attività ambulatoriale) ed un'in-tegrazione con i servizi dello stesso, eventualmente anch'essi da potenziare, so-prattutto dal punto di vista riabilitativo. Una quantificazione approssimativa dei costi aggiuntivi può essere fatta tenendo conto che i letti attuali occupati da pazienti con ictus sono comunque gestiti da personale medico e paramedico per una parte dell'orario di lavoro; l'incremento del costo sta prevalentemente nella spesa per il personale infermieristico, che dovrebbe passare dal rapporto 1/8 - 1/10 del comune reparto di Medicina a 1/4 (quindi circa 9 infermieri in più per turno). Va prevista poi la spesa per figure di fisioterapista, da quantificare però in base alle realtà locali.

- Occorre in sostanza modellare un nuovo tipo d'assistenza all'ictus, che non rappresenta soltanto un elementare diritto del cittadino malato, ma anche un sistema di contenimento della spesa sanitaria impropria e di aumento del rapporto costi/benefici delle prestazioni, quanto basate su solide evidenze: riduzione della mortalità, della istituzionalizzazione e della disabilità residua. Tali parametri andranno ovviamente monitorati periodicamente per verificare l'efficacia pratica.

### **Allegato 1.3.2) DGR 193 del 10.2.2005 “Prime misure a sostegno del governo clinico: costituzione del centro interaziendale sul rischio cardiovascolare globale presso la ASL 2 di Perugia”**

Il PSR 2003/2005 nel quadro della promozione del governo clinico (vedi capitolo 7.1) attiva le equipe territoriali e affida loro la gestione di percorsi assistenziali per le principali condizioni di rischio e di malattia.

Su un altro versante il PSR individua in una apposita azione “Lotta alle malattie cardio e cerebro vascolari” la necessità di prevedere interventi integrati tra i diversi livelli assistenziali (MMG, specialisti territoriali, specialisti ospedalieri) anche per la prevenzione dei fattori di rischio connessi e la gestione dei pazienti.

L'Istituto Superiore di Sanità su mandato del Ministero della Salute ha messo a punto e diffuso delle carte del Rischio cardiovascolare globale che permettono di definire i livelli di rischio per ciascun cittadino, rendendo così necessario coordinare l'intervento dei professionisti attivi a livello di base, ambulatoriale e ospedaliero.

Nell'azione amministrativa svolta fino ad oggi dalla Regione Umbria in applicazione di tali indicazioni sono stati, tra le numerose iniziative condotte, attivati:

- 4 centri interaziendali (Centro Interaziendale per la gestione di rischio clinico presso la ASL 1, Centro interaziendale per la continuità assistenziale ospedale territorio presso la AOTR, Centro di riferimento regionale per l'oncologia presso la AOPG, Centro interaziendale per la Epidemiologia clinica e l'appropriatezza presso la AOPG), al fine di mettere a disposizione delle direzioni aziendali (tutti in direttori sanitari delle 6 aziende sanitarie umbre partecipano ai tavoli di coordinamento di tali centri) supporti esperti in grado di affiancarne l'azione a favore della clinical governance;

- “l'Osservatorio regionale per l'appropriatezza prescrittivi” che riunisce in un unico tavolo tutti i livelli assistenziali ed amministrativi coinvolti nella analisi e miglioramento

della qualità delle prescrizioni farmaceutiche, di cui quelle rivolte al controllo del Rischio cardiovascolare globale, rappresentano la proporzione più consistente.

Appare pertanto opportuno individuare ed attivare un "Centro Interaziendale per il governo clinico del rischio cardiovascolare globale" con le seguenti finalità e caratteristiche:

*Funzioni:*

- a) supporto alle direzioni aziendali per attività di:
  - promozione della salute;
  - prevenzione primaria e secondaria;
  - coordinamento delle attività delle equipe territoriali degli mmg e dei centri di salute;
  - integrazione delle attività svolte al riguardo da mmg, specialisti territoriali e specialisti ospedalieri;
- b) epidemiologia del RCV in Umbria ;
- c) attività specialistiche ambulatoriali connesse alla sperimentazione e verifica di una appropriata articolazione di competenze nella gestione dei pazienti con RCV globale aumentato, tra centri di salute medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali e specialisti ospedalieri attivi sia negli ospedali di territorio che nell'AOPG.

*Coordinamento scientifico:* prof. Carlo Porcellati;

*Coordinamento operativo:* direttore sanitario della ASL 2 di Perugia (dotti Mauro Goletti) d'intesa con i direttori sanitari delle altre 5 aziende sanitarie umbre e con il responsabile del Servizio II° della direzione regionale sanità e servizi sociali;

*Finanziamento regionale:* 70.000 euro all'anno per il biennio 2005-2006. L'erogazione del finanziamento alla ASL 2 sarà così cadenzato: il 60% entro 30 giorni dalla comunicazione di attivazione del Centro; il restante 40% entro 30 giorni dalla presentazione della relazione semestrale. Il finanziamento verrà assegnato facendo riferimento al capitolo 2166 del bilancio regionale.

*Collocazione organizzativa:* in staff alla direzione sanitaria della ASL 2 per un periodo sperimentale di 2 anni.

*Relazioni da garantire:* con il Centro per l'epidemiologia clinica e l'appropriatezza prescrittiva dell'AOPG che definisce e monitora le linee guida sul RCV, nonché con gli altri centri interaziendali per il governo clinico e con l'Osservatorio regionale per l'Appropriatezza prescrittiva;

*Modalità operative:* L'attività del centro si sviluppa sulla base di un programma di lavoro biennale, articolato in singoli progetti annuali e relazioni semestrali di attività.

Ciò premesso, in attuazione del PSR 2003/2005, si propone di costituire il "Centro interaziendale per il governo clinico del Rischio cardiovascolare globale" presso la ASL 2 di Perugia. Il Centro in questione: - svolgerà funzione di centro di riferimento per le Aziende Sanitarie della regione; - presenterà entro due mesi dall'approvazione della presente delibera il programma biennale di attività ed i progetti di lavoro per la prima annualità.