



**Mi sta a cuore.**  
**Indagine civica sull'accesso a servizi e percorsi di cura in ambito cardiovascolare e cerebrovascolare**

**Sintesi dei principali elementi rilevati**

Le **malattie cardiovascolari e cerebrovascolari** sono tra le patologie più diffuse nei Paesi industrializzati. In continua crescita, sono diventate una delle principali cause di infermità di lunga durata e di abbandono del mercato del lavoro.

Le persone cardiopatiche in Italia sono pari a 7.500.000. La percentuale rispetto all'intera popolazione è di oltre il 12%.

I soli *scompensati* sono circa la metà, cioè oltre tre milioni di persone. Tale numero cresce negli anni e con il crescere dell'età. I deceduti a causa di patologie cardiache continuano ad essere al di sopra del 40% del totale delle morti per malattia. I decessi causati dalla morte cardiaca improvvisa sono circa 60.000 l'anno, cioè il 10% del totale delle suddette morti.

Per ciò che concerne le patologie cerebrovascolari, l'ictus cerebrale rappresenta la prima causa di invalidità nel mondo, la seconda causa di demenza e la terza causa di mortalità nei paesi occidentali.

Nel nostro Paese vi sono ogni anno poco meno di 200.000 casi di ictus, dei quali circa un terzo porta al decesso nell'arco di un anno e circa un terzo ad invalidità seria o comunque significativa. La conseguenza di tale dato è che le persone che attualmente vivono con gli effetti invalidanti di un ictus in Italia hanno raggiunto la cifra di quasi un milione.

E nonostante ciò gli accidenti cerebrovascolari vengono appena citati nel Piano Sanitario Nazionale.

Molto si potrebbe fare con la prevenzione, ma se solo si pensa che la percentuale di investimenti destinati alla prevenzione è costantemente sotto all'1% della spesa sanitaria, si comprende bene quanto poco si investa in tale ambito mentre i dati concreti parlano chiaro: 1 ragazzo su 6 è in condizione di sovrappeso ed 1 su tre è affetto da obesità. Ancora, approfonditi studi medici hanno dimostrato che oltre l'80% degli Ictus potrebbe essere evitato solo se si adottasse un corretto stile di vita e curando in maniera adeguata la Fibrillazione Atriale, causa di oltre il 40% degli ictus negli ultra settantacinquenni. Una indagine Censis dichiara che al momento attuale meno del 50% degli italiani sa realmente cosa sia un ictus; solo un cittadino su quattro ne conosce i sintomi meno noti; meno di 10.000.000 di italiani non sanno cosa sono le Unità Cerebrovascolari.

**Le reti cliniche** - Un'organizzazione a rete dei servizi che sia in grado di garantire assistenza qualificata e commisurata alla complessità dell'intervento richiesto dalle condizioni di salute della persona, sia per la fase acuta, che per la continuità delle cure, la presa in carico e la prevenzione, è un modello ormai consolidato e riconosciuto nella sua efficacia.





Lo sviluppo della rete cardiovascolare e cerebrovascolare nei territori regionali, tuttavia, presenta differenze sia nei modelli organizzativi, sia nella capacità di rispondere ai bisogni effettivi delle persone; talvolta le differenze sono tali non solo tra Regioni, ma anche tra territori di una stessa Regione.

L'indagine FIASO fornisce un riepilogo delle reti cliniche censite fino al 2011 che risultano avviate, stando all'analisi della documentazione grigia per ciascun sistema sanitario regionale. Alcune Regioni hanno iniziato molti anni addietro ad attivare ed organizzare le reti cardiovascolari e cerebrovascolari (per es. l'Emilia Romagna, il Veneto, la Toscana ) altre Regioni (come la Puglia, il Lazio, la Sicilia) si sono messe in marcia più lentamente.

I dati pubblicati evidenziano quanto le Regioni del Sud siano in gran parte in ritardo rispetto ai modelli messi in atto e quindi, ormai consolidati, di alcune Regioni del centro e del nord. Si sottolinea inoltre che mentre la rete cardiovascolare è un modello che si è sviluppato nel tempo, quindi più maturo, la rete cerebrovascolare è invece un modello organizzativo relativamente giovane. Basti pensare che le prime linee guida nazionali sulla rete dell'Ictus sono state pubblicate nel 2005<sup>1</sup>.

Così l'Indagine conoscitiva del Senato sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza urgenza<sup>2</sup> pubblicata nel 2011, evidenzia un divario tra Regioni rispetto all'organizzazione della rete emergenza-urgenza e della rete cardiovascolare e cerebrovascolare. Evidenzia inoltre una disomogenea distribuzione delle Stroke units sul territorio, a scapito delle Regioni del sud.

**Unità Cerebrovascolari o Stroke unit** – Le Unità Cerebrovascolari o Stroke unit, infatti, non risultano così diffuse come dovrebbero. I dati presentati nel report dall'Associazione Alice Onlus indicano che a fronte di un fabbisogno stimato nel nostro Paese di oltre 300 Unità Cerebrovascolari (una ogni 200.000 abitanti), ne sono operative circa 160, l'80% delle quali ubicate nelle Regioni del settentrione d'Italia (nessuna Unità Cerebrovascolare ufficialmente riconosciuta come tale nel territorio di Napoli).

Per comprendere l'entità del problema, di seguito una tabella che indica la copertura regionale per il trattamento e la cura in emergenza degli accidenti cerebrovascolari rispetto al numero di Unità Cerebrovascolari attive e riconosciute dalle Regioni. Una buona risposta emerge da parte di Regioni quali Valle D'Aosta (166%), Umbria (120%), Liguria (120%), Veneto (102%). La copertura invece non raggiunge il 40% in Sardegna (37,5%), Trentino (37%), Basilicata (33%), Calabria (30%), Sicilia (24%), Lazio (22%) e Campania (10,5%).

---

<sup>1</sup> Linee di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con ictus. Conferenza Stato-Regioni 3 febbraio 2005

<sup>2</sup> *Indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e reti di emergenza e urgenza*, Atti dell'Indagine conoscitiva svolta dalla dodicesima Commissione Permanente Igiene e Sanità del Senato, 2011





Copertura della domanda di cura Regione per Regione sulla base dei centri che effettuano trombolisi endovenosa per il trattamento dell'ictus in emergenza<sup>3</sup>

REGIONE	CENTRI	POPOLAZIONE	1/200.000
VALLE D'AOSTA	1	120 mila	166%
UMBRIA	5	825 mila	120%
LIGURIA	9	1,5 milioni	120%
VENETO	23	4,5 milioni	102%
PIEMONTE	21	4,4 milioni	95%
TOSCANA	16	4 milioni	80%
ABRUZZO	5	1,3 milioni	76.9%
LOMBARDIA	34	9,9 milioni	68.6%
MOLISE	1	320 mila	62.5%
EMILIA ROMAGNA	14	4,5 milioni	62%
MARCHE	4	1,4 milioni	57%
FRIULI V G	3	1,2 milioni	50%
ALTO ADIGE	1	500 mila	40%
PUGLIA	8	4 milioni	40%
SARDEGNA	3	1,6 milioni	37.5%
TRENTINO	1	540 mila	37%
BASILICATA	1	600 mila	33%
CALABRIA	3	2 milioni	30%
SICILIA	6	5 milioni	24%
LAZIO	6	5,4 milioni	22%
CAMPANIA	3	5,7 milioni	10.5%
<b>TOTALE</b>	<b>168</b>	<b>60.205.000</b>	<b>55.8%</b>

La copertura della domanda di cura è stata stimata in base al numero di centri ictus che effettuano Trombolisi endovenosa, il numero di abitanti di ogni Regione, la stima di un centro ictus per 200.000 abitanti

**Le segnalazioni dei cittadini** - Le storie dei cittadini registrate dai servizi PiT e dai TDM presenti sul territorio nazionale e che riguardano l'area cardiovascolare e cerebrovascolare, fanno riferimento in particolare a difficoltà di accesso ai servizi rispetto ai seguenti ambiti:

- **Tempi di attesa per visite ed esami.** Attese lunghe che costringono (specie per le prime visite) i cittadini ad effettuare le prestazioni prescritte in regime intramurario o privatamente. Per le attese di *esami diagnostici* l'area cardiologica, rispetto a tutte le aree terapeutiche individuate nel rapporto, raccoglie il 9,8% delle segnalazioni, preceduta dall'area radiologica (24%), oncologica (17,5%), ginecologica (13,6%). Per le *visite specialistiche* invece, l'area cardiologica raccoglie il 25% del totale delle aree assistenziali, preceduta soltanto dall'area oculistica (25, 6%). L'area neurologica raggiunge il sesto posto con il 5,1%.

- Difficoltà inerenti **l'assistenza territoriale** (che raccoglie il 15,3% di tutte le segnalazioni) e per la quale i cittadini evidenziano la frammentazione dei percorsi di cura e la difficoltà di sentirsi realmente presi in carico, in particolare a seguito di episodi acuti accaduti. Difficoltà inoltre sul versante *riabilitativo* (cicli di riabilitazione garantiti dal SSR non sempre sufficienti, sospensione del servizio o funzionamento dello stesso a singhiozzo).

<sup>3</sup> Prof. Danilo Toni, *Neuroprotezione e Trombolisi, lo stato dell'Arte* – XLIV Congresso Società Italiana Neurologia (SIN), novembre 2013





-Per ciò che concerne *l'ambito ospedaliero* i cittadini segnalano difficoltà legate all'organizzazione della *rete emergenza-urgenza* (si riporta il caso emblematico di una giovane donna con cefalea e priva di sensi che è stata sottoposta a diverse indagini diagnostiche, tra cui visita psichiatrica, prima di ottenere diagnosi di ictus ed essere poi trasportata presso la struttura più idonea) ed il tema delle *dimissioni*. Le persone con patologie neurologiche (8%) e cardiologiche (7,6%) segnalano dimissioni premature e una presa in carico macchinosa da avviare e difficile da gestire per il paziente e per la famiglia.

- **Difficoltà di accesso ai farmaci.** Secondo i dati Osmed i farmaci cardiovascolari sono al primo posto in termini di consumi e di spesa farmaceutica tanto pubblica quanto privata. I cittadini – specie coloro che sono affetti da più patologie - (45,9%), lamentano la *spesa eccessiva per l'acquisto dei farmaci* (dovuta all'aumento del costo dei ticket, all'alto costo dei farmaci in fascia C, ecc.); *difficoltà ad accedere alle terapie farmacologiche* (23,8%) per: problemi di distribuzione e/o produzione; ostacoli burocratici/amministrativi legati a quei medicinali che sono erogati esclusivamente attraverso Piano terapeutico; difficoltà ad aver accesso a farmaci in fascia H o PHT - A.

Alla luce del contesto attuale, al di fine di approfondire le modalità con cui Regioni ed ASL stanno implementando la rete per la prevenzione e cura di alcune patologie cardiovascolari e cerebrovascolari e le modalità di presa in carico di questi pazienti da parte di Regioni ed ASL, **Cittadinanzattiva ha avviato una indagine civica** che – tra settembre e dicembre 2013 – ha raccolto:

- le esperienze locali sull' organizzazione di servizi e percorsi di cura in ambito cardiovascolare e cerebrovascolare di 16 Aziende Sanitarie tra ASL ed AO<sup>4</sup>;
- il contributo degli Assessorati alla Salute delle Regioni Basilicata, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Veneto sulle politiche di programmazione regionali messe in atto per implementare la rete cardiovascolare e cerebrovascolare;
- gli spunti di riflessione realizzati dalle Società Scientifiche AMD, SIPREC, SDV, CARD sull'organizzazione e l'implementazione della rete cardiovascolare e cerebrovascolare.

L'indagine si proponeva di sondare l'ambito della prevenzione, emergenza urgenza, presa in carico e continuità delle cure, lungo il percorso che segue il cittadino.

Quanto emerge dai contributi raccolti ci consente alcune riflessioni sul contesto attuale rispetto a:

- **l'implementazioni della rete cardiovascolare e cerebrovascolare** - Le informazioni raccolte mostrano realtà in cui le reti cardiovascolari e cerebrovascolari sono consolidate e si stanno modificando per rispondere meglio ai cambiamenti indotti dal

<sup>4</sup> ASP Agrigento, AO Provincia di Bergamo, ASL Cagliari e AO Brotzu di Cagliari, AO S. Anna e San Sebastiano di Caserta, ASL di Frosinone, ASL di Lecce, AO Provincia di Lecco, USL 2 di Lucca, ULSS 13 Mirano (VE), AO Bianchi Melacrino di Reggio Calabria, ASL Roma D e AO S. Camillo Forlanini, ASL Roma E, ASL Roma H, AO Provincia di Varese





contesto generale o dalle aree di miglioramento individuate con processi di revisione della presa in carico.

In altre realtà invece, come nel caso di alcune Regioni del Centro e del Sud Italia, l'organizzazione risulta meno strutturata.

L'organizzazione dell'offerta di cure e servizi si struttura secondo i "gradi di maturità" di Regioni ed ASL.

Oltre ai diversi ambiti su cui intervenire per implementare le reti, i contributi delle Società Scientifiche evidenziano che sia necessario: sviluppare ulteriormente percorsi condivisi interdisciplinari, l'integrazione tra i diversi professionisti; migliorare il lavoro secondo dinamiche di rete al fine di rendere meno discontinua la gestione del paziente nel passaggio tra territorio ed ospedale.

➤ **I tagli alla spesa sanitaria, la razionalizzazione delle risorse e la riorganizzazione delle reti** - I numerosi provvedimenti varati in questi ultimi anni, specie attraverso le manovre finanziarie approvate nel 2011, la cosiddetta legge "sulla revisione della spesa" di agosto 2012 ed il Decreto Balduzzi (fine 2012), hanno determinato ripercussioni sull'organizzazione delle reti. Le associazioni dei pazienti ed i contributi delle Società scientifiche evidenziano:

- ✓ la scarsità delle risorse economiche (specie nelle regioni con piano di rientro) che sta rendendo difficile favorire la capillarizzazione della rete cardiovascolare e cerebrovascolare.
- ✓ La riduzione dell'offerta ed il conseguente aumento delle liste d'attesa, oltre alla riduzione di posti letto, personale ridotto e ridotte risorse tecnologiche.
- ✓ La contrazione delle risorse si ripercuote sui cittadini costretti a sostenere costi maggiori. Molti di loro tendono a rinviare le indagini diagnostiche o le pratiche terapeutiche.
- ✓ La politica dei tagli non favorisce, specie in alcuni territori, la decentralizzazione delle strutture. I servizi sono più facilmente accessibili a coloro che risiedono nelle vicinanze di grandi centri dove sono presenti strutture ospedaliere con livelli di complessità superiori mentre i piccoli paesi, spesso lontani da questi centri, rimangono penalizzati.

Infine, a seguito delle Leggi nazionali approvate, diverse Regioni stanno rivedendo e riorganizzando le modalità organizzative delle reti. In particolare, tra le Regioni intervistate, si rileva l'orientamento di Emilia Romagna, Lazio, e Lombardia nel (rispettivamente) ridefinire, rimodellare, riordinare entrambe le reti sulla base di Documenti programmatici di prossima pubblicazione.

Rispetto infine agli ambiti della prevenzione, emergenza urgenza, presa in carico e continuità delle cure, si presentano di seguito alcuni elementi rilevati.





## Prevenzione

Le interviste alle Regioni mostrano un quadro diverso tra realtà del nord, del centro e del sud. Le tabelle sintetizzano i programmi di prevenzione primaria e secondaria rivolta alla popolazione e promossi negli ultimi due anni nelle Regioni intervistate.

Veneto, Lombardia, Emilia Romagna hanno messo in atto programmi di prevenzione rivolti alla popolazione, legati alle linee programmatiche nazionali ed ai Piani Sanitari Regionali. In particolare il Veneto ha messo in atto programmi regionali finalizzati alla promozione degli stili di vita, alla corretta alimentazione ed all'implementazione di attività fisica (anche su bambini e giovani, oltre che anziani). Nel 2012 è stato inoltre avviato un grande programma di prevenzione primaria regionale cardiovascolare sul modello del programma di screening oncologico. In Lombardia si evidenziano in particolar modo attività di promozione di stili di vita e di ambienti favorevoli alla salute come la *rete delle scuole che promuovono la salute*, la *rete dei luoghi di lavoro che promuovono la salute* e *programmi per la promozione dell'attività fisica*.

In Emilia Romagna il principio adattato si basa su un modello di assistenza proattivo e su un'azione congiunta dei diversi servizi sul territorio. Uno tra i programmi di prevenzione indicato, infatti, riguarda la lettura integrata della carte del rischio cardiovascolare rivolto ad uomini con età superiore ai 45 anni e donne con età superiore ai 55 anni. Il programma prevede il coinvolgimento dei Nuclei di cura primaria e dell'infermiere di riferimento. L'obiettivo è individuare soggetti a rischio, delinearne il profilo di salute, orientare verso la modifica di comportamenti non salutari in collegamento con i servizi territoriali.

PROGRAMMI DI PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA	
<b>NORD</b>	
Veneto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programmi per la promozione dell'attività motoria (bambini, giovani, anziani)</li> <li>- Programma regionale di prevenzione sulle patologie da fumo correlate</li> <li>- Programma di prevenzione primaria cardiovascolare sul modello programmi di screening oncologico</li> </ul>
	Prevenzione secondaria - Programma prevenzione recidive nei soggetti con accidenti cardiovascolari (2012)
Lombardia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rete delle scuole che promuovono la salute</li> <li>- Rete dei luoghi di lavoro che promuovono la salute</li> <li>- Programmi per la promozione di attività fisica (Gruppi di cammino, ecc.)</li> </ul>





	Prevenzione secondaria - promozione della carte del rischio clinico 2005 - 2009
Emilia Romagna	<p>Letture della carta del rischio cardiovascolare (svolto in 7 USL + 4 USL dal 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chiamata attiva</li> <li>- Intervista/anamnesi</li> <li>- Counseling</li> <li>- Nuclei di Cure Primarie</li> <li>- Infermieri</li> <li>- Case della Salute</li> </ul>
	Prevenzione secondaria – Opuscolo, pazienti dimessi dalle UO di cardiologia e medicina

Per la Regione Lazio e Basilicata, invece, non sono stati riportati programmi direttamente rivolti alla popolazione. Mentre nel Lazio i programmi di prevenzione indicati negli ultimi due anni sono stati rivolti a MMG, Cardiologi ambulatoriali ed infermieri ambulatoriali, in Basilicata si è messo in atto un programma sperimentale di “prevenzione primaria delle patologie cardiovascolari”. Attraverso il coinvolgimento dei MMG sono state utilizzate le carte del rischio cardiovascolare sui soggetti individuati facenti capo ad alcune aree della Regione. I programmi saranno estesi a tutta la Regione.

PROGRAMMI DI PREVENZIONE	
<b>CENTRO</b>	
<b>Lazio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promozione degli strumenti per la valutazione e riduzione del rischio cardiovascolare individuale → attività di formazione rivolta a MMG, Cardiologi ambulatoriali ed Infermieri ambulatoriali sull’uso delle carte del rischio e sul livello individuale di rischio globale (2011 – 2012) – <b>NON RIVOLTO ALLA POPOLAZIONE</b></li> </ul>
	Prevenzione secondaria – Realizzazione di documenti di indirizzo che definiscano un percorso assistenziale di riferimento per paziente con SC e Cardiopatia Ischemica
<b>SUD</b>	
<b>Basilicata</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari attraverso la promozione dell’utilizzo delle carte del rischio cardiovascolare (MMG – Centro di Riferimento Regionale) +</li> <li>- Prevenzione secondaria - Stratificazione della popolazione diabetica in base al rischio cardiovascolare globale con diagnosi di eventuale danno d’organo. (ASL Potenza → obiettivo estendere altri territori)</li> </ul>

Ancora, anche dalle esperienze locali si evidenzia che – tranne in alcune realtà Lucca, Milano, Lecco che svolgono programmi sul rischio cerebrovascolare – i programmi di prevenzione sono





prevalentemente rivolti alle patologie cardiovascolari o all' attivazione di percorsi per cittadini con problematiche di tipo cardiovascolare (infarto, scompenso cardiaco ecc.).

Diversi sono i programmi attivati nelle realtà locali analizzate. Ci interessa segnalare alcuni esempi riportati da Aziende del centro sud, rivolti alla popolazione ed a soggetti con problemi cardiovascolari, come quelli attivati dalla ASL Roma D, la ASP di Agrigento ed ASL di Cagliari. Nello specifico, la ASL di Cagliari promuove riunioni aperte alle persone che hanno avuto episodi di infarto e/o soffrono di scompenso cardiaco e loro familiari sui più corretti stili di vita. Almeno una volta l'anno si organizzano eventi pubblici rivolti alla popolazione all'interno dei quali si svolgono incontri nelle piazze e passeggiate.

### Emergenza urgenza

Un elemento fondamentale nei percorsi di cura e presa in carico riguarda l'organizzazione della rete dell'emergenza-urgenza. In particolare attraverso la capacità della rete di rispondere tempestivamente e in modo appropriato ed efficace, di effettuare una diagnosi tempestiva (anche attraverso strumenti di telemedicina) e condurre il paziente presso la struttura più idonea piuttosto che al punto di primo soccorso più vicino.

Dalle interviste rivolte alle Regioni e dalle esperienze locali, il quadro che emerge è difforme e variegato. Si delinea una situazione in cui le Regioni del Nord si sono dotate, rispetto ad alcune Regioni del centro e del sud, almeno di atti programmatici/ linee guida di riferimento affinché attraverso il sistema di emergenza urgenza i mezzi di soccorso conducano il cittadino alla struttura più idonea per competenza.

TRASPORTO IN EMERGENZA		
NORD		
Regione	Trasporto verso la struttura più idonea	Trasporto verso la struttura più vicina
Veneto	Si, Normativa di riferimento	
Lombardia		linee guida/Protocolli per il trasporto al centro più adeguato
Emilia Romagna	Si, Normativa di riferimento	
CENTRO		
Toscana	Si, Normativa di riferimento	
Lazio		Delibere di riferimento per la rete cardiovascolare e cerebrovascolare, anno







	2010)
--	-------

TRASPORTO IN EMERGENZA		
SUD ed ISOLE		
Regione	Trasporto verso la struttura più idonea	Trasporto verso la struttura più vicina
Basilicata	Si, Normativa di riferimento	
Calabria		Si
Campania		Si
Puglia	Si, Normativa di riferimento	
Sardegna		Si
Sicilia	Si, Normativa di riferimento	

L'indagine ha rilevato nelle quasi totalità delle realtà locali che sono state analizzate, l'attivazione di **Percorsi integrati per l'assistenza in emergenza** per Infarto acuto del miocardio, Ictus ed Attacco ischemico transitorio. Le Realtà che dichiarano di non aver attivato questi percorsi sono state due Aziende Sanitarie del Sud: ASL di Lecce e AO Reggio Calabria. La ASL di Cagliari e la ASP di Agrigento hanno attivato percorsi integrati solo per l'infarto. Per ciò che concerne invece l'attivazione di **Protocolli inerenti l'integrazione per l'assistenza in emergenza**, la tabella di seguito riportata mostra come le diverse realtà locali si siano organizzate.

Protocolli inerenti l'integrazione per l'assistenza in emergenza		
NORD		
Regione	ASL/PO/AO	Protocolli inerenti l'integrazione per l'assistenza in emergenza
Veneto	ULSS 13 Mirano	- Fibrillazione atriale
Lombardia		





	AO Provincia di Bergamo – AO Bolognini di Seriate	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ischemia acuta</li> <li>- Scompenso cardiaco</li> <li>- Fibrillazione atriale</li> <li>- Vasculopatie periferiche</li> </ul>
	AO di Lecco – PO A. Manzoni	-
	AO di Varese-PO Circolo e Fondazione Macchi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ischemia acuta</li> <li>- Scompenso cardiaco</li> <li>- Fibrillazione atriale</li> <li>- Vasculopatie periferiche</li> </ul>

### Protocolli inerenti l'integrazione per l'assistenza in emergenza

#### CENTRO

Regione	ASL/PO/AO	Protocolli inerenti l'integrazione per l'assistenza in emergenza
Toscana	USL2 Lucca	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ischemia acuta</li> <li>- Scompenso cardiaco</li> <li>- Fibrillazione atriale</li> <li>- Vasculopatie periferiche</li> </ul>
Lazio		
	ASL Roma D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Scompenso cardiaco</li> <li>- Fibrillazione atriale</li> </ul>
	ASL Roma E	
	ASL Roma H	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ischemia acuta periferica</li> <li>- Scompenso Cardiaco</li> <li>- Fibrillazione atriale</li> </ul>
	ASL Frosinone	
	AO S. Camillo Forlanini	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ischemia acuta</li> <li>- Scompenso cardiaco</li> <li>- Fibrillazione atriale</li> <li>- Vasculopatie periferiche</li> </ul>

### Protocolli inerenti l'integrazione per l'assistenza in emergenza

#### SUD ED ISOLE

Regione	ASL/PO/AO	Protocolli inerenti l'integrazione per l'assistenza in emergenza
---------	-----------	--





Calabria	AO Reggio Calabria	
Campania	AO Caserta	- Ischemia acuta periferica - Scompenso cardiaco
Puglia	ASL Lecce	
Sardegna	ASL 8 di Cagliari	
	AO Brotzu	
Sicilia	ASP Agrigento/S. Giovanni di Dio	- Fibrillazione atriale
	ASP Agrigento/ PO S. Giacomo di Latopasso Licata	- Ischemia periferica acuta - Scompenso cardiaco - Fibrillazione atriale - Vasculopatie

Un altro dato molto interessante riguarda la presenza presso le ASL ed AO di *sistemi condivisi in caso di sospetto ictus*. Come mostrano le tabelle, anche questa volta la differenza è netta tra realtà del nord, del centro, del sud, comprese le isole.

Le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del nord (inclusa la USL di Lucca appartenente al centro Italia) hanno tutte avviato protocolli condivisi sulle attività previste per il riconoscimento dei sintomi dell'ictus da parte di medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, medici ospedalieri/infermieri, personale dei mezzi di soccorso, già a partire dal 2009. Inoltre le attività richieste (invio di opuscoli informativi/lettere ecc.; formazione specifica degli operatori per sospetto precoce di ictus e immediato allertamento della rete di emergenza; formazione permanente aziendale; formazione su algoritmi specifici del personale dei mezzi di soccorso per il sospetto di ictus) sono tutte previste ed attivate.

**protocollo scritto sulle attività previste per il riconoscimento dei sintomi dell'ictus da parte di medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, medici ospedalieri/infermieri, personale dei mezzi di soccorso**

NORD				
Regione	ASL/PO/AO	SI	No	Attività previste /anno
Veneto	ULSS 13 Mirano	X		Invio Opuscoli informativi Formazione operatori Formazione permanente Formazione Algoritmi - 2009
Lombardia				





	AO Provincia di Bergamo - AO Bolognini di Seriate	X		Invio Opuscoli informativi Formazione operatori Formazione permanente Formazione Algoritmi- 2009
	AO Provincia di Lecco - AO di Lecco – PO A. Manzoni	X		Formazione operatori Formazione Algoritmi - 2011
	AO Provincia di Varese - PO Circolo e Fondazione Macchi	X		Formazione operatori Formazione permanente Formazione Algoritmi

Alcune realtà del Lazio hanno istituito il protocollo ma non prevedono tutte le attività. Vi sono inoltre Aziende come ASL Roma H e ASL di Frosinone che non hanno un protocollo scritto.

**Protocollo scritto sulle attività previste per il riconoscimento dei sintomi dell'ictus da parte di medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, medici ospedalieri/infermieri, personale dei mezzi di soccorso**

CENTRO				
Regione	ASL/PO/AO	SI	No	Attività previste/anno
Toscana	USL 2 Lucca	X		Formazione operatori Algoritmi - 2009
Lazio				
	ASL ROMA D (Solo PO Grassi)	X		Formazione operatori - 2010
	ASL ROMA E – PO Santo Spirito	X		Invio opuscoli informavi - 2010
	ASL ROMA H		X	
	ASL FROSINONE		X	
	AO San Camillo F.		X	Attività formative nel 2010 e 2012





Nel sud e nelle isole la situazione è opposta rispetto a quella presentata dalle realtà del nord. Tra le Aziende Sanitarie che si sono dotate di protocollo scritto risulta soltanto la AO Brotzu di Cagliari. Si segnala inoltre l'attivazione di formazione permanente presso la ASP di Agrigento.

**protocollo scritto sulle attività previste per il riconoscimento dei sintomi dell'ictus da parte di medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, medici ospedalieri/infermieri, personale dei mezzi di soccorso**

SUD				
Regione	ASL/PO/AO	SI	No	Attività previste/anno
Calabria	AO Reggio Calabria		X	
Campania	AO Caserta		X	
Puglia	ASL Lecce/PO Fazzi		X	

**Protocollo scritto sulle attività previste per il riconoscimento dei sintomi dell'ictus da parte di medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, medici ospedalieri/infermieri, personale dei mezzi di soccorso**

ISOLE				
Regione	ASL/PO/AO	SI	No	Attività previste/anno
Sardegna	ASL Cagliari 8/SS.Trinità		X	
	AO Brotzu	X		2013
Sicilia	ASP/S. Giovanni di Dio (AG)		X	Attività di formazione permanente
	San Giacomo di Altopasso Licata (AG)		X	

Le tabelle che seguono sintetizzano quanto riportato dalle realtà locali rispetto:

- alla presenza nel proprio territorio di riferimento di programmi per lo svolgimento delle angioplastiche primarie ed alla effettuazione di riabilitazione in fase intensiva (già nel corso della degenza) nel presidio in cui si esegue l'angioplastica primaria;
- alla presenza nel proprio territorio di riferimento di un protocollo di assistenza standardizzato, come la trombolisi endovenosa e di attività di riabilitazione in fase intensiva, nel presidio in cui si esegue trombolisi.

Anche questa volta le Aziende Sanitarie del nord presentano una buona copertura all'interno dei territori che sono stati analizzati. I Presidi Ospedalieri e le Aziende Ospedaliere che hanno





partecipato all'indagine, infatti, eseguono angioplastica primaria e trombolisi endovenosa. Tutte svolgono la riabilitazione già dalle prime ore di degenza (laddove le condizioni lo permettono) e sono dotate di specifiche equipe. Nell'AO di Lecco la riabilitazione post angioplastica viene effettuata presso il centro cardiologico riabilitativo.

**Presenza di programmi per effettuare angioplastica primaria e riabilitazione intensiva; Trombolisi endovenosa e Riabilitazione intensiva**

NORD					
Regione	ASL/PO/AO	Angioplastica Primaria	Riabilitazione Intensiva	Trombolisi	Riabilitazione Intensiva
Veneto	ULSS 13 Mirano	X	X	X	X
Lombardia					
	AO Provinciale di Bergamo - AO Bolognini di Seriate	X	X	X (Protocollo/in attesa di riconoscimento regionale)	X
	AO Provincia di Lecco - PO A. Manzoni	X		X	X
	AO Provincia di Varese - PO Circolo e Fondazione Macchi	X	X	X	X

Oltre alla USL 2 di Lucca che esegue i diversi protocolli anche con un attento accompagnamento del paziente una volta che è stato dimesso dall'ospedale (si riporta nel report una buona pratica relativa al percorso riabilitativo del cittadino con ictus), le realtà locali del Lazio effettuano angioplastica primaria in tutti i territori presi in considerazione dall'indagine, ma non sempre all'angioplastica primaria si accompagna la riabilitazione intensiva.

Per ciò che concerne invece la trombolisi endovenosa, il territorio risulta maggiormente scoperto, specie nelle zone che non sono centrali (es. ASL Frosinone, ASL Roma H). C'è da sottolineare rispetto a questo ambito che l'intervista rivolta alla Regione Lazio ha evidenziato come alcuni centri ictus - identificati da delibere regionali del 2010 - non sono ancora attivi. Ciò determina un grosso problema di sicurezza, qualità ed accesso alle cure per i cittadini di questa Regione.

**Programmi per effettuare: angioplastica primaria e riabilitazione intensiva. Trombolisi endovenosa e Riabilitazione intensiva**





CENTRO					
Regione	ASL/PO/AO	Angioplastica Primaria	Riabilitazione Intensiva	Trombolisi	Riabilitazione Intensiva
Toscana	USL Lucca 2	X	X	X	X
Lazio					
	ASL ROMA D PO Grassi	X			
	ASL ROMA E PO S Spirito	X	X	X	
	ASL ROMA H	X			
	ASL FROSINONE	X (presso PO Frosinone)	X		
	AO San Camillo F.	X	X parziale <sup>5</sup>	X	X

La maggior parte delle realtà del sud e delle isole che hanno partecipato all'indagine svolgono angioplastica primaria, ma non la riabilitazione intensiva (AO Reggio Calabria, PO SS Trinità di Cagliari, PO S.Giovanni di Dio di Agrigento).

Per ciò che concerne l'esecuzione di trombolisi endovenosa, le realtà del sud e delle isole che hanno partecipato all'indagine, se comparate con le aree del nord, mostrano un quadro che delinea territori ampiamente scoperti dalla possibilità che venga garantito (laddove risulti necessaria) questo trattamento.

Si fa l'esempio dell'AO di Reggio Calabria, centro ictus riconosciuto dalla Regione, che non effettua trombolisi. Il centro più vicino si trova a Vibo Valentia. Si fa l'esempio della ASP di Agrigento che nel suo ampio territorio non ha un centro ictus (nonostante la Delibera Regionale del 2012 istituisca presso il PO un punto Stroke di II livello) per cui i pazienti sono trasportati a Palermo.

Si fa infine l'esempio della città di Napoli nella quale non è presente un centro ictus.

**Programmi per effettuare: angioplastica primaria e riabilitazione intensiva. Trombolisi endovenosa e Riabilitazione intensiva**

SUD ED ISOLE					
Regione	ASL/PO/AO	Angioplastica Primaria	R. Intensiva	Trombolisi	R. Intensiva
Calabria	AO Reggio Calabria	X	Riabilitazione		Riabilitazione
Camp.	AO Caserta	X	X	X	X

<sup>5</sup> Per carenza di personale si esegue entro 24 ore visita fisiatrica ed entro 48 FKT





Puglia	ASL Lecce/PO Fazzi	X	X	X	X
Sardegna	ASL Cagliari/SSTrinità	X			
	AO Brotzu	X	X	X	X
Sicilia	ASP Agrigento/S. Giacomo	X			
	ASP Agrigento/Licata				

### Continuità delle cure

La lettura delle esperienze locali rileva una maturità diversa delle reti regionali nella capacità di offrire/garantire percorsi integrati lungo un *continuum* di cure. Vi sono buone esperienze, oramai consolidate nel tempo, in particolare nel centro – nord est (Emilia Romagna, Toscana, Veneto). Un esempio è la USL 2 di Lucca che si ispira ad un modello legato all' intensità delle cure ed alla medicina di iniziativa. I medici di medicina generale ed i medici ospedalieri si riuniscono periodicamente. Nell'ambito della medicina di iniziativa si sta consolidando la figura dell'infermiere che, in collaborazione con i MMG, svolge un ruolo fondamentale nel garantire continuità delle cure ai cittadini e nell' interfaccia tra diversi servizi e professionalità. Un altro esempio è la ULSS 13 di Mirano in cui la continuità assistenziale viene garantita attraverso l'attivazione dei servizi ADI (entro tre giorni dalla richiesta) e ADIMED (Assistenza Domiciliare Integrata Medica), oltre che da Percorsi Terapeutici ormai consolidati nel tempo che vedono una presa in carico diretta del cittadino da parte degli ambulatori ospedalieri, che prenotano le visite e gli esami successivi prevedendone la chiamata attiva.

I pazienti con problemi cardiologici (in particolare con scompenso cardiaco) seguiti dalle UTAP (Unità Terapeutiche di Cure Primarie), vengono inoltre seguiti con programmi di telemedicina per l'effettuazione dell'ecg.

Emerge poi il modello Lombardo, ospedalocentrico, incentrato su una nuova organizzazione che si sta sperimentando e che si basa CReG (Chronic Related Group). Una organizzazione quella della sanità lombarda che nei prossimi anni intende implementare la medicina di prossimità, la presa in carico e la continuità delle cure, in particolare per persone con patologie croniche. Sebbene, infatti, i cittadini vengano seguiti in un percorso ospedaliero ben strutturato, si segnala spesso una certa discontinuità tra Territorio ed Ospedale.

Vi sono ancora valide iniziative avviate in alcune Regioni del sud: Basilicata, Puglia e Sicilia.

In Puglia per es. i Progetti Leonardo prima e Nardino poi, si pongono l'obiettivo di garantire attraverso la figura di un infermiere specificamente formato (care manager), la presa in carico di pazienti con specifiche problematiche (scompenso cardiaco, patologia cardio-cerebro vascolare conclamata, ecc.). Purtroppo però si segnala che questi percorsi non sono completamente avviati

Mentre la Basilicata sta ponendo le basi per favorire un miglior raccordo tra Ospedale/Territorio, la Regione Sicilia sta implementando i PUA (Punti Unici di Accesso). Si







segnala una iniziativa di successo nella ASL di Agrigento in cui – specie in alcuni distretti - Medici Ospedalieri PUA e Servizi domiciliari lavorano in modo integrato.

Da implementare ulteriormente, invece, la continuità delle cure in alcune realtà. Le esperienze locali di alcune ASL del Lazio (ASL Roma D, ASL Roma H, ASL Frosinone), dell'AO di Reggio Calabria e AO di Caserta, evidenziano che dopo le dimissioni, non seguono percorsi integrati di cura, anche se sono presenti protocolli specifici per la promozione della procedure di dimissioni protette, per l'attivazione dell'assistenza domiciliare e l'invio del cittadino verso strutture residenziali.

In generale, le informazioni raccolte permettono di rilevare, eccetto per alcune realtà locali: PDTA frammentati e non integrati tra ospedale e territorio; necessità di implementare percorsi di cura e di accesso ai servizi strutturati, in particolar modo per i pazienti più complessi; il delicato passaggio tra Ospedale e Territorio una volta conclusosi il percorso di presa in carico da parte dell'ospedale; limiti di accesso a cicli riabilitativi per il trattamenti riabilitativi nelle diverse fasi, da quelle intensive e quindi tempestive, a quella estensive anche per mantenere le abilità residue.

Continuità delle cure		
NORD		
Regione	ASL/PO/AO	presa in carico e continuità delle cure
Veneto	ULSS 13 Mirano	La continuità di cura viene garantita attraverso l'integrazione tra territorio/ospedale/territorio PDTA – chiamata attiva e visite prenotate di volta in volta presso gli ambulatori ADI e ADIMED UTAP
Lombardia		
	AO di Provincia di Bergamo	Il cittadino entra in un percorso di cura in cui periodicamente si effettuano visite ed esami presso il presidio ospedaliero. Per le cure domiciliari si attiva l'ADI Non si segnala una integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri
	AO Provincia di Lecco	Il cittadino effettua controlli ed esami presso il presidio ospedaliero. Visite e controlli vengono prenotati di volta in volta, al momento dell'effettuazione della prenotazione. La continuità assistenziale sul territorio viene garantita dal Dipartimento Interaziendale della Fragilità





	AO Provincia di Varese	Il cittadino viene inserito in un PDTA in cui periodicamente si effettuano visite ed esami presso il presidio ospedaliero. E' generalmente seguito da una figura di riferimento. Non si segnala un coordinamento tra servizi ospedalieri e servizi territoriali.
--	------------------------	--

## Continuità delle cure

### CENTRO

Regione	ASL/PO/AO	presa in carico e continuità delle cure
Toscana	USL2 Lucca	La continuità viene garantita attraverso l' integrazione tra territorio/ospedale/territorio: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riunione periodiche tra MMG e medici Ospedalieri</li> <li>- Medicina di iniziativa: si prende in carico il paziente attraverso un lavoro integrato tra MMG, care manager (infermiere) che diventa il punto di raccordo tra cittadino e servizi sanitari</li> </ul>
Lazio		
	ASL Roma D	Il cittadino a seguito di episodio acuto viene inserito nei PDTA. La continuità delle cure è garantita dall' attivazione ADI (5 gg dalla richiesta) e UVMD Ci si sta attrezzando con l'istituzione dell'Ospedale di Comunità per garantire una più adeguata continuità delle cure
	ASL Roma E	Il cittadino, dimesso dal Presidio Ospedaliero, entra in un PAC/ PDTA. Viene seguito dal Presidio Ospedaliero fino al follow up. Sarà poi seguito dagli ambulatori territoriali. Si garantisce continuità attraverso: <ul style="list-style-type: none"> <li>-liste di priorità legate all'appropriatezza prescrittiva</li> <li>-ADI (attiva in alcuni distretti entro 1 giorno dalla richiesta)</li> <li>- ci si sta attrezzando per introdurre la figura del care giver</li> </ul>
	ASL Roma H	Il cittadino a seguito di episodio acuto viene inserito nei PDTA. Per garantire maggiore continuità di cura sono stati adottati specifici protocolli per dimissioni, dimissioni





		protette e presa in carico (i protocolli forniscono procedure di accesso per RSA, Lungodegenze ed ADI).
	ASL Frosinone	A seguito di dimissioni si attiva il servizi ADI o si invia il cittadino presso strutture di riabilitazione. Si segnalano tempi lunghi per attivazione ADI

## Continuità delle cure

### SUD ED ISOLE

Regione	ASL/PO/AO	presa in carico e continuità delle cure
Calabria	AO Reggio Calabria	A seguito di dimissione, la continuità di cura viene garantita con l'invio del cittadino presso strutture di riabilitazioni o lungodegenze o presso il domicilio del paziente con conseguente attivazione dell'ADI
Campania	AO Caserta	A seguito di dimissioni, la continuità assistenziale viene garantita attraverso protocolli di intesa con riabilitazioni, lungodegenze ecc.
Puglia	ASL Lecce	Il cittadino a seguito di episodio acuto viene inserito in specifici PDTA e seguito da una figura di riferimento (care manager). Si segnala l'attivazione del progetto Nardino
Sardegna	ASL 8 di Cagliari	Il cittadino viene inserito in un PDTA /PAC e seguito dagli ambulatori ospedalieri fino alla remissione della fase acuta. Poi viene seguito dagli ambulatori territoriali La continuità assistenziale viene garantita da una distribuzione capillare dei servizi sul territorio con livello di complessità bassi
	AO Brotzu	Il cittadino viene inserito in un PDTA /PAC e seguito dagli ambulatori ospedalieri fino alla remissione della fase acuta. Poi seguito dagli ambulatori territoriali
Sicilia	ASP Agrigento/S. Giovanni di Dio	Il cittadino viene inserito in un PDTA /PAC La continuità delle cure viene garantita dal MMG. Sono stati definiti protocolli e linee guida che puntano a promuovere il raccordo tra diverse figure professionali
	ASP Agrigento/S. Giacomo di	Buona pratica consolidata. Il cittadino al momento delle dimissioni viene seguito dal PUA che mette in





	Altopasso Licata	contatto il MMG ed i Medici del PO per individuare il tipo di assistenza più adeguata. Gli assistenti sociali del PUA sono figure di riferimento stabili per il cittadino.
--	------------------	--

Su 16 tra ASL ed AO coinvolte nell' indagine 4 utilizzano il fascicolo sanitario elettronico nei percorsi di cura.

L'utilizzo di programmi di telemedicina/ telesorveglianza presso il domicilio del paziente viene indicato dalla ULSS di Mirano e dall' AO di Varese.

La messa in rete tra ambulatori medici e presidi ospedalieri e la possibilità di leggere i dati clinici del paziente attraverso la tessera sanitaria elettronica è prassi consolidata in Lombardia. Nella nostra indagine se ne segnala un buon grado di utilizzo presso l'AO di Varese. A questa si aggiungono la ULSS 13 di Mirano (che ha messo in rete i 200 MMG con gli ambulatori ospedalieri) e la ASL di Cagliari (che negli ultimi mesi del 2013 ha messo in rete il 50% dei MMG con gli ambulatori ospedalieri) le quali possono accedere alle informazioni sanitarie inerenti il cittadino utilizzando la tessera sanitaria elettronica.

<b>Fascicolo Sanitario Elettronico (4 su 16 ASL/AO)</b>
ULSS 13 Mirano
USL 2 Lucca (per alcuni percorsi)
ASL 8 di Cagliari
ASL Roma E
<b>Programmi di telemedicina/telesorveglianza</b>
ULSS di Mirano – UTAP – paz. con problemi cardiologici – ECG telemedicina
AO Varese – Telesorveglianza per i pazienti inseriti dei PDTA
<b>Tessera Sanitaria Elettronica</b>
ULSS Mirano i 200 MMG in rete con gli ambulatori
AO Provincia di Varese
ASL 8 di Cagliari – 50% dei MMG

### Liste d'attesa

Per ciò che concerne i tempi d'attesa si presenta un quadro abbastanza articolato. Specie le Aziende Sanitarie del nord coinvolte (ULLSS Mirano 13, AO Bergamo, AO Lecco) e la USL 2 di Lucca si sono dotate di classi di priorità che vengono grossomodo rispettati. Così anche per





le visite successive alla prima, che vengono disposte direttamente dagli ambulatori ospedalieri o aziendali in modo da garantire una certa continuità del percorso.

Vi Sono realtà come la ASL di Cagliari dove i tempi di attesa sono rispettati, si seguono i codici di priorità ed il cittadino può scegliere il medico a cui far riferimento. Si evidenziano difficoltà rispetto all'area angiologia a causa di carenza di personale. Nelle realtà del sud dove vengono utilizzati i codici di priorità (es. ASP Agrigento – visita cardiologica) i tempi per le prime visite sono rispettati. Laddove ciò non avviene, i tempi sfiorano di molto (es. visita neurologica 80 gg; 150 gg per ecocardiodoppler ed ecocolordoppler).

Più drammatica è la situazione in diverse realtà del sud (es. PO Fazzi di Lecce prima visita cardiologica 445 gg, prima visita angiologica 300 gg; AO Caserta prima visita neurologica 83 gg, ecocolordoppler 128 gg) e nelle realtà del Lazio (si distingue in positivo la ASL Roma E per la capacità di mantenere le attese per le visite specialistiche in tempi congrui e non superiori ai 15 giorni) dove si attende davvero troppo a lungo (alcuni esempi: ASL Roma D prima visita cardiologica 217 gg, ecocardiodoppler 150 gg; ASL Roma H prima visita cardiologica 210 gg, ecocardiodoppler 198 gg; ASL Frosinone prima visita cardiologica 90 gg, ecocardiodoppler 270 gg).

Si segnalano infine lunghi tempi di attesa per esami diagnostici più complessi anche in alcune realtà che risultano "più virtuose" in base al rispetto dei tempi di attesa (ASL Roma E ecocardiodoppler 227 gg, ecocolordoppler vasi epiaortici periferici 189 gg; ULSS Mirano ecocardiodoppler classe di priorità D: 178 gg).

