

vista della significatività clinica.

- Valutazione di specifiche cardiomiopatie (infiltrativi, lamiloidosi, sarcoidosi, cardiomiopatia ipertrofica, cardiomiopatia da terapie cardiotossiche).
- Studio di valvole cardiache native o protesiche, inclusa l'entità della stenosi e/o del rigurgito valvolare in pazienti tecnicamente non valutabili con l'ecocardiogramma.
- Valutazione del sospetto di displasia aritmogena del ventricolo destro (DAVD) in pazienti con storia di sincope o aritmia ventricolare.
- Valutazione di miocardite o infarto miocardico a coronarie indenni in pazienti con enzimi positivi e senza evidenza di malattia coronarica ostruttiva all'angiografia.
- Valutazione di masse cardiache (sospetto di tumori o trombi).
- Valutazione del pericardio (masse pericardiche, pericardite costrittiva).
- Valutazione di sospetta dissezione aortica.
- Valutazione dell'atrio sinistro e delle vene polmonari prima di interventi di ablazione per fibrillazione atriale.
- Valutazione della fibrosi miocardica per determinare la sede e l'estensione dell'area di necrosi comprese le regioni di "no-reflow" dopo un infarto miocardico acuto.
- Determinazione della vitalità miocardica prima di un intervento di rivascularizzazione stabilendo la probabilità di miglioramento della funzione ventricolare con rivascularizzazione (angioplastica percutanea o confezionamento di by-pass aorto-coronarico) o mediante terapia medica.
- Determinazione della vitalità miocardica prima di un intervento di rivascularizzazione in pazienti con risultati non diagnostici o dubbi nella determinazione della vitalità alla scintigrafia o all'ecocardiogramma da stress con dobutamina.

Indicazioni appropriate assolute delle tecniche di imaging molecolare in cardiologia

- Diagnosi di CAD in pazienti sintomatici:

- valutazione di equivalenti ischemici non acuti:

- a) bassa probabilità pre-test di CAD, ECG non interpretabile o incapacità all'esercizio,
- b) probabilità pre-test di CAD intermedia, ECG interpretabile e capacità all'esercizio,
- c) probabilità pre-test di CAD intermedia, ECG non interpretabile o incapacità all'esercizio,
- d) alta probabilità pre-test di CAD;

- dolore toracico acuto:

- a) possibile sindrome coronarica acuta, ECG senza modificazioni ischemiche o con BBS o ritmo da pacemaker ventricolare, TIMI (*thrombolysis in myocardial infarction*) score di basso rischio, picco di troponina borderline, equivoco o minimamente elevato,
 - b) possibile sindrome coronarica acuta, ECG senza modificazioni ischemiche o con BBS o ritmo da pacemaker ventricolare; TIMI score di alto rischio, picco di troponina borderline, equivoco o minimamente elevato;
 - c) possibile sindrome coronarica acuta, ECG senza modificazioni ischemiche o con BBS o ritmo da pacemaker ventricolare; TIMI score di basso rischio, livelli di troponina negativi;
 - d) possibile sindrome coronarica acuta, ECG senza modificazioni ischemiche o con BBS o ritmo da pacemaker ventricolare; TIMI score di alto rischio, livelli di troponina negativi.
- Diagnosi di CAD/Valutazione del rischio in assenza di dolore toracico:
- asintomatici:
 - a) alto rischio di cardiopatia ischemica (*National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Report*, ATP III);
 - scompenso cardiaco di recente insorgenza o diagnosi con disfunzione ventricolare sinistra senza equivalenti ischemici:
 - a) nessuna precedente valutazione di

- CAD e coronarografia non programmata;
- tachicardia ventricolare:
 - a) basso rischio di cardiopatia ischemica (ATP III),
 - b) rischio moderato o alto di cardiopatia ischemica (ATP III);
- sincope:
 - a) rischio moderato o alto di cardiopatia ischemica (ATP III);
- troponina elevata:
 - a) in assenza di altre evidenze di sindrome coronaria acuta.
- Valutazione del rischio in pazienti già sottoposti ad altri test e/o CAD conosciuta e stabile:
 - valutazione non invasiva precedente:
 - a) test da stress equivoci, borderline o discordanti, ma elevato sospetto di coronaropatia ostruttiva;
 - nuovi sintomi o peggioramento della sintomatologia:
 - a) angiografia coronarica non normale o precedente imaging test da stress positivo;
 - angiografia coronarica (invasiva o non):
 - a) stenosi coronarica o anomalie anatomiche di significato incerto;
 - calcium score (Agatston) coronarico precedente:
 - a) alto rischio di cardiopatia ischemica, calcium score tra 100 e 400,
 - b) calcium score maggiore di 400;
 - Duke treadmill score:
 - a) rischio intermedio,
 - b) alto rischio.
- Valutazione del rischio preoperatorio in chirurgia non cardiaca:
 - rischio chirurgico intermedio, assenza di sindrome coronarica instabile, scompenso cardiaco, aritmie significative e severe valvulopatie:
 - a) fattori di rischio clinici > 1, capacità funzionale scarsa o non conosciuta.
- Valutazione del rischio preoperatorio in chirurgia vascolare:
 - rischio chirurgico intermedio, assenza di sindrome coronarica instabile, scompenso cardiaco, aritmie significative e severe valvulopatie:
 - a) fattori di rischio clinici > 1, capacità funzionale scarsa o non conosciuta.
- Valutazione del rischio entro 3 mesi da una sindrome coronarica acuta:
 - STEMI:
 - a) stabilità emodinamica, no dolore toracico ricorrente, né segni di scompenso cardiaco, valutazione di ischemia inducibile, no angiografia coronarica precedente.
- Valutazione del rischio entro 3 mesi da una sindrome coronarica acuta:
 - angina instabile/NSTEMI:
 - a) stabilità emodinamica, no dolore toracico ricorrente, né segni di scompenso cardiaco, valutazione di ischemia inducibile, no angiografia coronarica precedente.
- Valutazione del rischio post-rivascolarizzazione coronarica:
 - pazienti sintomatici:
 - a) valutazione degli equivalenti ischemici.
- Valutazione del rischio postrivascolarizzazione coronarica:
 - pazienti asintomatici:
 - a) rivascolarizzazione incompleta, possibile ulteriore rivascolarizzazione,
 - b) cinque o più anni post-bypass.
- Ricerca miocardio vitale:
 - cardiomiopatia ischemica:
 - a) severa disfunzione ventricolare sinistra, paziente elegibile per rivascolarizzazione.
- Valutazione funzione ventricolare:
 - valutazione funzione ventricolo sinistro:
 - a) valutazione funzione ventricolare sinistra con angiocardioscintigrafia, in mancanza di dati recenti sulla funzione stessa ottenuti con altre tecniche d'imaging,
 - b) uso routinario di ECG-gating stress/rest con imaging di perfusione SPECT o PET.
 - uso di terapie potenzialmente cardiotossiche:
 - a) valutazione seriale della funzione ventricolare sinistra con angiocardioscintigrafia, misura basale e dopo terapia o evidenza di tossicità.

7.9.15. Struttura e organizzazione funzionale dell'assistenza alle malattie vascolari

I centri vascolari

Definizione, caratteristiche e funzioni dei Centri Vascolari. La UEMS Section of Vascular Surgery ha approvato le Linee guida per l'organizzazione dei Centri Vascolari in Europa, elaborate dal Vascular Centers Committee. I Centri Vascolari sono definiti come Centri dedicati dove pazienti con patologia vascolare possono ricevere trattamenti medici, endovascolari o chirurgici di alto livello, anche eseguiti da diversi specialisti, che tuttavia lavorano in team coordinati.

Nella definizione di Centro Vascolare viene pertanto prevista una poliprofessionalità (chirurgo vascolare, angiologo, radiologo interventista) caratterizzata da un lavoro di equipe, al fine di ottenere una migliore allocazione delle risorse. Le competenze di tali figure professionali devono essere il più possibile interagenti.

La definizione di Centro Vascolare configura una struttura di eccellenza in cui operano più specialisti facenti parte di Unità Semplici e Complesse che collaborino strettamente, secondo una visione dipartimentale.

Strutture complesse di Chirurgia Vascolare. Le Strutture Complesse di Chirurgia Vascolare fanno parte dei Centri Vascolari e ne costituiscono una componente fondamentale.

Le strutture di Chirurgia Vascolare sono UOC che fanno parte del Dipartimento Ospedaliero Cardiovascolare a cui è attribuita la gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie, inerenti al trattamento e alla prevenzione delle patologie vascolari (*Tabella 7.18*).

L'attuale configurazione delle Strutture Complesse non ricalca sempre questa definizione di afferenza ai Centri Vascolari e, inoltre, in Italia esistono Strutture Semplici di Chirurgia Vascolare che non rientrano nella definizione di Centro Vascolare. L'orientamento attuale è quello di richiedere agli Assessori Regionali e Direttori Ge-

Tabella 7.18. Elenco delle patologie con indicazione al ricovero in un Centro Vascolare

▪ Patologia aneurismatica dell'aorta toracica e addominale
▪ Dissezioni aortiche
▪ Patologia aneurismatica del distretto iliaco e femoro-popliteo
▪ Patologia occlusiva del distretto aorto-iliaco
▪ Arteropatia obliterante cronica periferica nei diversi distretti dell'asse arterioso periferico
▪ Ischemia critica degli arti inferiori
▪ Patologia dei tronchi sovra-aortici: stenosi, aneurismi, dissezioni
▪ Patologia traumatica a carico dei vasi
▪ Patologia del circolo degli arti superiori
▪ Patologia del circolo venoso
▪ Patologia dei vasi linfatici

nerali delle Aziende Sanitarie di non istituire nuove strutture, ma di aggiornare e convertire quelle già esistenti, secondo le direttive in applicazione.

Distribuzione territoriale delle Strutture per bacini di utenza. Dai lavori della letteratura e dalle Linee guida UEMS si ritiene necessario un bacino di utenza di almeno 500.000 persone per una singola Struttura Complessa, fatti salvo problemi di tipo orogeografico. È probabile che tale rapporto sia destinato a diminuire, dato il prevedibile aumento della patologia vascolare legato all'invecchiamento della popolazione generale e alla prevalenza sempre crescente di patologie tipicamente associate a vasculopatia, come il diabete mellito o l'insufficienza renale cronica in trattamento emodialitico. In secondo luogo, deve essere considerato che le Strutture Complesse di Chirurgia Vascolare partecipano alla gestione dei pazienti critici afferenti ai "trauma center" di I-II livello. Per tali strutture la richiesta è di circa 1 "trauma center" di I-II livello per milione di abitanti.

Fabbisogno di procedure. La valutazione dei dati italiani evidenzia una necessità di

1.300 trattamenti di chirurgia vascolare arteriosa per milione di abitanti, secondo i report indicati dalla SICVE (Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare) nel documento “Definizione dei requisiti indispensabili delle Strutture Complesse di Chirurgia Vascolare” dell’ottobre 2006. Questi dati risultano soggetti a una facile previsione di crescita, come precedentemente accennato, in funzione dell’aumento dell’età media e delle patologie degenerative e dismetaboliche come ipertensione, diabete e dislipidemia.

Parametri minimi strutturali e tecnologici

- **Degenza:** reparto di degenza dipartimentale con personale medico, infermieristico e amministrativo dedicato (secondo standard regionali) con un numero di letti non inferiore a 10, comunque adeguato al bacino d’utenza e alle liste di attesa.
- **Terapia subintensiva postoperatoria:** un numero di letti del reparto di degenza (20% dei letti totali) dedicati in primo luogo alla gestione routinaria del paziente postoperato o di pazienti con gravi comorbidità che necessitano di monitoraggio costante.
- **Terapia intensiva - rianimazione:** un numero di letti disponibili (1-2 letti) nell’Unità di Terapia Intensiva dedicata alla Chirurgia Vascolare, con personale medico con buona conoscenza delle problematiche specifiche degli interventi sia tradizionali sia endovascolari.
- **Blocco operatorio:** sala operatoria autonoma e dedicata per il numero di sedute previsto (almeno 3 sedute settimanali, comunque adeguate alla lista di attesa). Disponibilità di una sala operatoria dedicata all’urgenza/emergenza 24 ore su 24. In questo caso è mandatorio che il personale della sala sia preparato alla gestione anche di procedure endovascolari. Deve inoltre sussistere la pronta reperibilità di materiale d’uso in caso di chirurgia sia tradizionale sia endovascolare.

Laboratorio vascolare. La dotazione minima per un laboratorio vascolare prevede:

ecocolorDoppler, Doppler CW. La refertazione dell’esame da parte dello specialista deve tassativamente avvenire al termine dell’esame stesso. Possono essere molto utili, ma non indispensabili, il treadmill (treadmill exercise test), il Doppler transcranico, la misurazione della TcPO₂ – TcPCO₂, la pletismografia. Fondamentale è la possibilità di eseguire esami a letto del paziente.

Volumi per mantenere la qualità. Centri di I livello devono prevedere un regime annuale di almeno 500 interventi di chirurgia arteriosa e 200 interventi di chirurgia venosa. Centri di Riferimento a livello regionale e nazionale devono invece prevedere una casistica di almeno 1.000-1.500 interventi di chirurgia arteriosa e 400-500 interventi di chirurgia venosa. I parametri minimi strutturali di un Centro Vascolare devono essere congrui con il volume di procedure che il Centro stesso esegue. Centri di I livello (500 interventi di chirurgia arteriosa, 200 interventi di chirurgia venosa) necessitano di almeno 15-20 posti letto, con un numero di infermieri e dirigenti medici sufficiente per la corretta gestione (almeno 6-8 dirigenti medici). Centri di Riferimento devono disporre di almeno 25-30 posti letto e un numero di almeno 8-10 dirigenti medici.

Strutture di Radiologia Interventistica. Nelle strutture ospedaliere in cui sono configurati i suddetti Centri Vascolari a livello regionale o nazionale in relazione alle recenti disposizioni della *European Union of Medical Specialists* (UEMS) può essere prevista, in stretto rapporto di attività e collaborazione, una Struttura Semplice o Complessa di Radiologia Interventistica che risponda a una logica dipartimentale nell’ambito del Dipartimento Cardiovascolare.

Dotazioni generali dell’ospedale necessarie per un Centro Vascolare. Il Centro Vascolare deve essere situato in un ospedale con tutte le specialità necessarie oltre quelle rappresentate nel Dipartimento Cardiovascolare (nefrologia e dialisi, terapia intensiva postoperatoria, Rianimazione, Neurologia, competenze polispecialistiche). La Diagnostica

centrale per Immagini può configurarsi come Struttura Complessa dotata delle apparecchiature elencate nel paragrafo successivo.

Prestazioni erogabili nelle Strutture Semplici o Complesse di Radiologia Interventistica per la cura delle malattie cardiovascolari:

- Stenting delle carotidi per la terapia delle stenosi dell'arteria carotide interna.
- Angioplastica e/o stenting per il trattamento della patologia steno-ostruttiva a livello di:
 - tronchi sopra-aortici (TSA);
 - arterie viscerali (soprattutto renali);
 - assi arteriosi iliaco-femorali;
 - distretto infrapopliteo.
- Salvataggio d'arto nel piede diabetico.
- Endoprotesi nel trattamento degli aneurismi (anche dissecanti) dell'aorta toraco-addominale.
- Fibrinolisi locoregionale nella terapia della tromboembolia in tutti i distretti arteriosi.
- Embolizzazione degli aneurismi e pseudoaneurismi viscerali.
- Embolizzazioni e malformazioni vascolari (aneurismi, MAV, angiodisplasie).
- Stenting venoso nella terapia della patologia ostruttiva dei grossi vasi venosi.
- Angioplastica nel trattamento delle stenosi delle fistole artero-venose (FAV) nei pazienti in dialisi per insufficienza renale cronica.
- Filtri cavali nella prevenzione della trombo-embolia-polmonare (TEP).
- Embolizzazione nella terapia delle FAV polmonari e delle emottisi.
- Terapia endovascolare (laser ecc) nel trattamento della patologia varicosa degli arti inferiori.
- Varicocele maschile e femminile.

Queste procedure dovrebbero essere garantite anche in urgenza H24.

7.9.16. Percorso assistenziale e requisiti strutturali nelle patologie cerebrovascolari

Rimandiamo ad altri Documenti del Ministero della Salute, sia per quanto riguarda la

Prevenzione della Malattia Cerebrovascolare (Piano Nazionale per la Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari, Coordinatori Giovanni Simonetti e Fabrizio Oleari; 2009), che per quanto attiene il Percorso Assistenziale dell'ictus acuto, già approntato, e in corso di stesura per quanto attiene la Malattia Cerebrovascolare nel suo complesso (Commissione del Ministero della Salute sull'Ictus; Coordinatore GianLuigi Lenzi). Rimandiamo anche alla "G-PAC, Guida formativa per la Prevenzione Secondaria degli incidenti cerebrovascolari", a cura del CCM del Ministero della Salute e dell'Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia Romagna, edita nel 2009.

Requisiti strutturali e organizzativi. Le Stroke Unit hanno dimostrato di ridurre del 18% il rischio relativo di mortalità, del 29% il dato combinato morte/dipendenza e del 25% il dato combinato morte/istituzionalizzazione.

Le Linee guida europee e italiane raccomandano espressamente il ricovero in Unità Ictus per tutti i pazienti colpiti da ictus. La più recente edizione (2008) delle Linee guida della *European Stroke Organisation* (ESO) raccomanda che "tutti i pazienti con ictus dovrebbero essere trattati in una Stroke Unit" (Class I, Level A), e che "i pazienti affetti da sospetto ictus dovrebbero essere trasportati tempestivamente alla più vicina struttura sanitaria dotata di una Stroke Unit in grado di garantire un trattamento precoce".

La definizione di Stroke Unit, secondo l'ESO, è quella di "un'area di un ospedale, dedicata e geograficamente definita, che tratta i pazienti con ictus; dotata di personale specializzato in grado di garantire un approccio multidisciplinare coordinato ed esperto al trattamento e all'assistenza; comprendente alcune discipline fondamentali: il medico, l'infermiere, il fisioterapista, il terapeuta occupazionale, il terapeuta del linguaggio, l'assistente sociale".

Il fabbisogno di letti dedicati in Stroke Unit è generalmente previsto in 8 letti per 100.000-200.000 abitanti. Un'analisi più dettagliata del fabbisogno può essere fatta

sulla base dei casi incidenti (i casi attesi in una data popolazione residente, tenuto conto della sua composizione per fasce di età) o su quella dei casi trattati (il numero dei dimessi con diagnosi di ictus per Regione o per Provincia).

In questa seconda ipotesi, basata su numeri reali, per 129.200 casi di ictus dimessi ogni anno e considerando una degenza media di 8,4 giorni occorrerebbero 2.970 letti. Su una popolazione di 60.000.000, tale numero corrisponde circa a 50 letti per milione di abitanti.

Stroke Unit di 1° livello. Sono necessarie per rispondere diffusamente, a livello territoriale, al fabbisogno di ricovero e cura per la maggior parte dei pazienti con ictus cerebrale. Si caratterizzano per la presenza, in area di degenza specializzata per pazienti con ictus, di:

- competenze multidisciplinari (compreso personale specializzato per l'erogazione di procedure ecoDoppler TSA ed Ecocardiografia, inclusive o esistenti nel contesto della struttura);
- almeno 1 medico esperto (preferibilmente neurologo) dedicato;
- personale infermieristico formato e in numero adeguato;
- possibilità di monitoraggio di almeno un posto letto;
- riabilitazione precoce (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale);
- assistente sociale;
- TC cerebrale;
- collegamento operativo con le Stroke Unit di 2° e 3° livello per invio immagini e consultazione (telemedicina);
- collegamento operativo (protocolli condivisi di valutazione del danno e della disabilità, di indicatori di processo riabilitativo e di esito) con una o più strutture riabilitative territoriali;
- collegamento operativo con il territorio (Medicina Generale, Servizi Assistenziali).

Elementi qualificanti il Centro Esperto (SU o simili) per l'ictus acuto. La Stroke Unit di 2° livello, oltre ai requisiti delle Stroke Unit

di 1° livello, deve poter garantire:

- la terapia fibrinolitica endovenosa;
- la pronta disponibilità neurochirurgica (anche in altra sede con supporto tecnologico telediagnostico);
- TC cerebrale, e/o angio TC H24 con apparecchio volumetrico multistrato ad almeno 16 strati (possibilmente 64 strati) e/o RM encefalo, RM DWI, angio-RM;
- diagnostica neurosonologica epiaortica e intracranica (erogata da personale dedicato o dallo specialista neurovascolare);
- ecocardiografia TT e TE.

Oltre ai requisiti delle Stroke Unit di 2° livello, definiscono il 3° livello:

- la presenza di Neuroradiologia con: TC volumetrica multistrato a 64 strati, con programmi di ricostruzione angiografica e perfusionale. Apparecchio da 1,5 Tesla per RM, RM-DWI, RM-PWI e Angio-RM con pacchetto di programma di PS a rapida effettuazione;
- la possibilità di un'Interventistica endovascolare con sala con angiografo digitale con arco a C e con Flat Panel disponibile in H24 con medici, tecnici e infermieri in pronta reperibilità.

7.9.17. Percorso assistenziale nelle patologie dei Tronchi Sopraortici (TSA)

Percorso diagnostico-terapeutico in situazioni di routine

- L'ecocolorDoppler è in grado di rilevare la presenza, il grado di stenosi e le caratteristiche di struttura, composizione e superficie della placca carotidea.
- L'angio-TC con apparecchiatura multi-detettore consente una documentazione precisa dell'intensità della stenosi e delle caratteristiche della placca.
- Il ruolo dell'angio-RM è soprattutto come metodica di neuroimmagini nei casi di stenosi maggiore del 50% o nei casi di insufficiente affidabilità dell'ecocolorDoppler.
- L'angiografia è oggi sostituita completamente dall'angio-TC, ma è indicata obbligatoriamente nella terapia endovascolare solo in fase procedurale in Cen-

tri con documentata esperienza e risultati validati da audit neurologico esterno.

- La TC encefalo rappresenta un'indagine diagnostica preoperatoria nei pazienti sintomatici.

Trattamento della stenosi carotidea in elezione. L'approccio tradizionale condiviso da molti anni nelle stenosi carotidee è l'endarterectomia (CEA), tuttavia l'evoluzione tecnologica e l'evoluzione della medicina verso la minore invasività portano oggi all'esteso impiego dello stenting carotideo (CAS) con protezione cerebrale.

Sono presenti e sono in corso studi randomizzati che pongono a confronto CAS e CEA e che tendono a fornire linee guida condivise.

Definizione dei criteri di urgenza e/o di emergenza. In caso di ictus ischemico con stenosi carotidea ipsilaterale la rivascolarizzazione carotidea in urgenza o in emergenza trova il suo razionale in pazienti sintomatici recenti (meno di 24 h) con stenosi critica, specie se subocclusiva o con trombo o ateroma flottante nel lume vasale.

Altre situazioni cliniche in cui un intervento in emergenza di rivascolarizzazione del territorio carotideo si rende necessario sono:

- trombosi carotidea perioperatoria postendarterectomia eseguita in elezione;
- trombosi carotidea postangiografia, post-PTA o posizionamento di stent endoluminale.

Dal punto di vista clinico neurologico le condizioni giudicate di urgenza possono essere:

- il TIA recidivante o in crescendo;
- l'ictus in evoluzione;
- il minore ictus.

Protocollo diagnostico-terapeutico in urgenza ed emergenza. Gli esami diagnostici sono gli stessi che si eseguono in routine. La TC encefalo ha importanza nei casi di ictus in evoluzione, mentre nei casi di trombosi postendarterectomia carotidea o post-PTA viene eseguita solo nel sospet-

to di emorragia intracranica. L'angiografia va eseguita (in base ai risultati dell'ecocolordoppler) nei pazienti in cui si ritiene indicato eseguire il trattamento endovascolare.

Trattamento. Deve essere tempestivo e non deve superare le 6 ore dalla comparsa della sintomatologia neurologica. Nel caso di pazienti con ictus in evoluzione o di trombosi post-PTA carotidea, la tecnica chirurgica preferita, al fine di limitare i tempi di ischemia cerebrale, è la TEA carotidea standard.

7.9.18. Protocolli diagnostici e terapeutici nella patologia vascolare

Nei Centri Vascolari è necessaria l'implementazione di protocolli diagnostici e terapeutici interni, scritti e consultabili dal personale sia infermieristico sia medico.

Bibliografia essenziale

ACC/AHA 2004 guideline update for coronary artery bypass graft surgery: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to update the 1999 Guidelines for Coronary Artery Bypass Graft Surgery). J Am Coll Cardiol 2004; 44: e213-30

American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programs Fourth Edition Human Kinetics Ed. 2004

Bashore TM, Bates ER, Berger PB, et al. American College of Cardiology/Society for Cardiac Angiography and Interventions Clinical Expert Consensus Document on cardiac catheterization laboratory standards. A report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. J Am Coll Cardiol 2001; 37: 2170-214

Bassand JP, Hamm CW, Ardissino D, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2007; 28: 1598-660

Becker GJ. 2000 RSNA Annual oration. The future of interventional radiology. Radiology 2001; 220: 281-92

Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EV, et al. Ho-

- spital volume and surgical mortality in the United States. *N Engl J Med* 2002; 346: 1128-37
- Campbell NC. Secondary prevention clinics: improving quality of life and outcome. *Heart*
- Cao P, Giordano G, De Rango P, et al. Eversion versus conventional carotid endarterectomy: late results of a prospective multicenter randomized trial. *J Vasc Surg* 2000; 31: 19-30
- Chambers BR, Donnan GA, Chambers BR, Donnan GA. Carotid endarterectomy for asymptomatic carotid stenosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 Issue 4
- Di Chiara A, Fresco C, Savonitto S, et al.; the BLITZ-2 Investigators. Epidemiology of non-ST elevation acute coronary syndromes in the Italian cardiology network: the BLITZ-2 study. *Eur Heart J* 2006; 27: 393-405
- Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail* 2008; 10: 933-89
- Dudley RA, Johansen KL, Brand R, et al. Selective referral to high-volume hospitals: estimating potentially avoidable deaths. *JAMA* 2000; 283: 1191-3
- Eckstein HH, Niedermeier HP, Noppeney T, et al. Certification of Vascular Centers – A Project of the German Society for Vascular Surgery. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2006; 32: 279-85
- Engelter S, Lyrer P. Engelter S, Lyrer P. Antiplatelet therapy for preventing stroke and other vascular events after carotid endarterectomy. *Stroke* 2004; 35: 1227-8
- Federazione Italiana di Cardiologia. Struttura ed organizzazione funzionale della Cardiologia. *It Heart J* 2003; 11 (Suppl. 4): 881-91
- Fourth Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular disease Prevention in Clinical Practice. European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur J Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2007; 14 (Suppl. 2): E1-40
- Griffo R, Urbinati S, Giannuzzi P, et al. Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari: sommario esecutivo. *G Ital Cardiol* 2008; 9: 286-97
- Grilli R, Taroni F. Governo clinico. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2004
- “G-PAC, Guida formativa per la Prevenzione Secondaria degli incidenti cerebrovascolari”, a cura del CCM del Ministero della Salute e dell'Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia Romagna. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2009
- Halliday A, Mansfield A, Marro J, et al.; MRC Asymptomatic Carotid Surgery Trial (ACST) Collaborative Group. MRC Asymptomatic Carotid Surgery Trial (ACST) Collaborative Group. Prevention of disabling and fatal strokes by successful carotid endarterectomy in patients without recent neurological symptoms: randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 363: 1491-502
- Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, et al. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to update the 2001 guidelines for the evaluation and management of heart failure). *J Am Coll Cardiol* 2005; 46: 1116-43
- Lamont PM, Bradbury A, Campbell H, et al. The provision of vascular services. <http://www.vascularsociety.org.uk>. Ultima consultazione: settembre 2011
- Leon AS, Franklin BA, Costa F, et al. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary artery disease. An American Heart Association Statement from the Council of Clinical Cardiology in collaboration with American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation Circulation 2005; 11: 369
- Progetto Baby Heart. Manuale per l'accreditamento di eccellenza per la qualità in cardiologia e cardiocirurgia pediatrica. Milano: CIS Editore, 2008
- Salvi A, Bolognese L, Cavallini C, et al. Standard e linee guida per i laboratori di diagnostica e terapia cardiovascolare invasiva. *G Ital Cardiol* 2008; 9: 643-51
- Simonetti G. Organizzazione delle sale agiografiche per trattamenti endovascolari e per procedure combinate interventistico-chirurgiche. *It Curr Radiol* 1998; 16: 49-56
- Simonetti G, Bollero E, Ciarrapico AM, et al. Hospital organization and importance of an Interventional Radiology inpatient admitting service: Italian single center 3-years experience. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2009; 32: 213-20
- Simonetti G, Gandini G, Inglese L, Rabbia C. Aneurismi dell'Aorta Addominale. Linee guida per la Selezione dei Pazienti e per l'Esecuzione dei controlli post-procedura. *Radiol Med* 2000; 99: 22-5
- Simonetti G, Oleari F, Boccanelli A, Cornalba G, Gandini G, Giampaoli S, Lenzi GG, Gaddi A, Mureddu GF, Panico S, Vanuzzo D (gruppo di lavoro del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Piano Nazionale per la Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari, 2008
- Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare (SICVE). <http://sicve.it>. Ultima consultazione: settembre 2011
- UEMS Section of Vascular Surgery: Guidelines for organization of Vascular Centers – Vascular Centers Committee

7.10. Sistema di valutazione e monitoraggio della qualità dell'assistenza e delle performance dei sistemi sanitari

7.10.1 Introduzione

In accordo con la letteratura internazionale, ogni iniziativa assunta per promuovere la qualità nel sistema sanitario deve prevedere una definizione del concetto di qualità che, al tempo stesso, consenta di incorporare i molteplici significati attribuiti a tale termine, delimitando il campo di intervento delle nostre azioni. In questa breve descrizione delle esperienze di valutazione in Italia, si adotterà la definizione operativa promossa dall'OMS, che indica la qualità del sistema sanitario come risultato di un approccio multidimensionale mirato al ciclo continuo di miglioramento di sei diverse aree: accessibilità, efficacia, efficienza, equità, sicurezza, accettabilità/centratura sul paziente.

Da questa premessa discendono le seguenti definizioni:

- **monitoraggio:** sistema di misurazione (quantitativa o qualitativa) periodica di un fenomeno utilizzabile a scopo descrittivo e/o valutativo;
- **valutazione:** processo finalizzato all'espressione di un giudizio di merito su un oggetto;
- **performance:** grado con il quale un sistema realizza gli obiettivi che si è posto;
- **valutazione della performance:** processo di monitoraggio dei risultati da comparare con qualche standard di riferimento che determina ricompense ("rewards") o correzioni di linea di azione"

La valutazione della performance non è cosa diversa e/o una dimensione della qualità, ma è il processo attraverso il quale la qualità viene monitorata e/o valutata in termini di raggiungimento degli obiettivi prefissati. Tale elemento emerge in modo evidente anche dagli atti della pubblica amministrazione (es. D.Lgs. 150 del 27 ottobre 2009, art. 3, comma 1 "La misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche), e da quelli specifici nella sanità

(es. Patto per la Salute del 2006, punto 2.4: "il livello centrale ... svolga non solo una funzione di verifica ma ... anche di supporto, servizio e affiancamento finalizzati a un'autovalutazione della qualità dell'assistenza erogata").

7.10.2. Uno sguardo alle esperienze internazionali

A livello internazionale, nel corso degli ultimi anni si è assistito a una continua crescita delle attività di valutazione, in corrispondenza di una crisi finanziaria che ha imposto ai Paesi nuove sfide di sostenibilità ed efficienza. Il sistema *del National Health Service* britannico, dopo avere modificato il sistema *balanced scorecard* eliminando il punteggio "a stelle", propone oggi una maggiore attenzione agli esiti riportati direttamente dai pazienti (*Patient Reported Outcome Measures*, PROM) e al monitoraggio di ricoveri per acuti e medicina generale, con pubblicazione "in aperto" di tutti i risultati per singolo operatore. Gli Stati a copertura universale, quali Canada, Australia e Olanda, basano la produzione di rapporti e indicatori su specifici modelli concettuali di riferimento. Gli Stati Uniti continuano a proporre un insieme di alternative, tra le quali il sistema di indicatori di qualità della AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*), ulteriormente espanso e raffinato. Organizzazioni internazionali, quali OCSE (*Health Care Quality Indicators*, HCQI), OMS e Commissione Europea (*European Community Health Indicators*, ECHI), continuano a supportare la produzione di rapporti comprendenti indicatori di valutazione dello stato di salute e di qualità dell'assistenza. Enti indipendenti, quali "Consumer Powerhouse" e "Commonwealth Fund", pubblicano studi e rapporti annuali sul rispetto dei diritti del cittadino e performance di interi Stati.

7.10.3. Progetti e iniziative in Italia

Progetti e iniziative su base nazionale. A livello nazionale il sistema di monitoraggio dei LEA rappresenta sicuramente un importante e fondamentale sistema strutturato di valutazione multidimensionale, punto di riferimento per lo sviluppo di strumenti e metodologie finalizzati a migliorare l'efficacia della verifica del sistema di garanzie e tutela affidati al livello centrale.

Sempre a livello nazionale, allo stato attuale, i sistemi strutturati di valutazione della performance già testati sperimentalmente su dati nazionali sono sostanzialmente due: il sistema della Toscana e il Programma Nazionale Esiti.

Il sistema di valutazione della performance della Regione Toscana. Nel 2001 la Regione Toscana ha affidato al Laboratorio Management e Sanità (MES) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa la predisposizione e implementazione di un sistema di valutazione della performance delle Aziende Sanitarie toscane. Il sistema basato su 130 indicatori, sperimentato nel 2004 su 4 aziende sanitarie, è entrato a regime nel 2006 per tutte le Aziende Sanitarie toscane. Sulla base dell'esperienza maturata il Ministero della Salute, nell'ambito del progetto SiVeAS, ha affidato al MES l'elaborazione, in via sperimentale, di un'analisi di un primo gruppo di indicatori per misurare la performance dei servizi sanitari a livello regionale, di Azienda Sanitaria Locale e di Azienda ospedaliera.

È stato quindi messo a punto un primo pacchetto di indicatori mirati a valutare la performance di quattro dimensioni riferibili ai livelli di assistenza: ospedaliera (relativamente a quattro prospettive di analisi: capacità di governo della domanda; efficienza; appropriatezza delle prestazioni; qualità clinica); distrettuale; farmaceutica; assistenza sanitaria collettiva e di prevenzione. Sono stati successivamente introdotti alcuni indicatori previsti nel Patto per la Salute 2006. I risultati (34 indicatori) riferiti al 2008 sono pubblicati sul sito del Ministero della Salute con la metodologia del “bersa-

glio”, che permette una visualizzazione semplice e integrata dei punti di forza e di debolezza di ciascuna Regione anche attraverso report analitici predisposti per ogni singola Regione. Nel sistema di valutazione non sono attualmente presenti indicatori di esito.

Il Programma Nazionale Esiti (PNE-2). Il “Programma Nazionale Esiti (PNE-2): valutazione degli esiti, dell'assistenza ai tumori e delle cure primarie a patologie croniche” (Progetto 2010 del CCM a sostegno a progetti strategici di interesse nazionale) rappresenta lo sviluppo di un percorso avviato con il Progetto “Mattoni 08 – Misura dell'Outcome”, che aveva come obiettivo valutare comparativamente e sistematicamente gli esiti di interventi sanitari sia a livello di soggetto erogatore della prestazione sanitaria (produzione) sia a livello di popolazione (committenza). Sulla base delle raccomandazioni e dei risultati prodotti dal “Progetto Mattoni del SSN – Misura dell'Outcome” si sono sviluppati:

- nel 2008 il programma PROGRESSI (PROGRamma ESiti per SiVeAS e LEA), che si poneva come obiettivo principale quello di sviluppare ulteriormente la metodologia per la produzione di stime di esito a livello nazionale e gli strumenti necessari per la valutazione dell'outcome;
- nel 2009 il programma Valutazione della performance: programma di Valutazione delle decisioni e delle attività delle strutture sanitarie – PNE1 con i fondi di ricerca CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie).

Gli indicatori al momento individuati e testati (n. 33 e già predisposti per utilizzo interattivo su pagina web) sono descritti da specifiche e dettagliate schede e sono espressi, nella maggior parte dei casi, come rapporti, con al numeratore il numero dei trattamenti/interventi erogati o il numero di pazienti che hanno sperimentato l'esito in studio (es. mortalità a breve termine, ospedalizzazioni per specifiche condizioni ecc.), al denominatore il gruppo di pazienti che riceve quel trattamento/intervento (*workload-based denominators*) o la popolazione a rischio (*population-based deno-*

minators). In altri casi sono espressi come misure di durata/sopravvivenza/attesa (es. tempo di attesa per intervento dopo frattura del collo del femore).

Il sistema di monitoraggio della performance della qualità di AgeNaS. L'AgeNaS, a partire dalla metà del 2009, è impegnata, su mandato condiviso con il Ministero della Salute e le Regioni, nel coordinamento dello sviluppo di un sistema di monitoraggio della performance della qualità delle prestazioni.

Sulla base dell'analisi della letteratura e delle esperienze internazionali e nazionali è stato condiviso un macromodello fondato su 4 assi di tutela e garanzia del SSN (per ciascun asse è stato fatto corrispondere un criterio MACRO di sintesi):

- salute (tutela salute e garanzia dei livelli di assistenza) => efficacia;
- risorse (garanzia buon uso delle risorse economico-finanziarie) => efficienza;
- diritti (garanzia soddisfazione utenti e partecipazione cittadini) => *empowerment*;
- valori (contrastare le disuguaglianze nella salute) => equità.

Per ciascuno degli assi/criteri macro è stato individuato un insieme di criteri meso e micro.

- Criterio macro: efficacia:
 - criteri meso: accessibilità e fruibilità;
 - criteri micro: disponibilità servizi; raggiungibilità servizi; fruibilità;
 - criteri meso appropriatezza processi assistenziali;
 - criteri micro: Livelli di Utilizzazione; Volumi Procedure Alta Specializzazione; Appropriately Specifici Percorsi Assistenziali; Controllo Del Dolore; Gestione Rischio Clinico - Adozione Raccomandazioni;
 - criterio meso esiti (NB: indicatori estrapolati dal programma nazionale esiti);
 - Criteri micro: Complicanze; Riammissioni; Ospedalizzazioni Evitabili; Mortalità per Procedure; Mortalità per Patologie; Prevenzione.
- Criterio macro: efficienza:
 - criterio meso efficienza economica;

- criteri micro: equilibrio economico aziendale; spesa per livelli di assistenza;
- criterio meso efficienza organizzativa;
- criteri micro: Appropriately Uso Regimi Assistenza; Appropriately Utilizzo Risorse Umane, Strutturali e Tecnologiche; Adeguatezza Innovazione Tecnologica, Strutturale, ICT; Soddisfazione Operatori.

■ Criterio macro: *empowerment*:

- criteri meso: DIRITTI;
- criteri micro: Diritto a: Prevenzione; Accesso; Informazione; Consenso; Rispetto del Tempo; Sicurezza; Innovazione; Evitare Sofferenza e Dolore; Trattamento Personalizzato; Confort; Reclamo;
- criteri meso: COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI;
- criteri micro: Partecipazione dei Cittadini; Soddisfazione Utenti.

A partire da questi criteri sono stati selezionati 237 indicatori totali, così ripartiti: Efficacia (126); Efficienza (83); *Empowerment* (28). Il criterio Equità verrà esplorato attraverso la lettura di alcuni degli indicatori individuati per i precedenti assi in rapporto alle aree di deprivazione. Gli indicatori selezionati verranno sottoposti all'attenzione delle Società scientifiche e Associazioni professionali per una loro condivisione. Si prevede, inoltre, un diretto coinvolgimento (anche nella fase di raccolta dati) delle associazioni di rappresentanza dei cittadini per gli indicatori riferiti al criterio *Empowerment*. Tutti gli indicatori, le modalità di analisi e i modelli di *data dictionary* ("repository of concepts and algorithms") verranno quindi sottoposti alla preventiva approvazione da parte dei referenti delle Regioni per una loro validazione) prima di essere inseriti in un modello interattivo sulle pagine web del Ministero della Salute e di AgeNaS.

Progetti e iniziative su base regionale. L'adozione dei sistemi di valutazione nelle Regioni italiane appare oggi ripartita tra:

- sistemi strutturati di valutazione multidimensionale;
- sistemi misti a supporto di uno o più li-

velli di assistenza o di specifiche dimensioni della qualità dell'assistenza;

- sistemi collegati direttamente ai Piani di Rientro.

Nell'ambito dei sistemi strutturati di valutazione multidimensionale, spicca l'esperienza della Regione Toscana, precedentemente descritta. Una versione "ridotta" basata su 80 indicatori è stata adottata, con scopi diversificati, da otto Regioni e PA: Umbria (utilizza il sistema come riferimento ufficiale e vincolante rispetto alla verifica degli obiettivi), Piemonte, Marche, Valle d'Aosta e PA di Trento (in una fase di adozione sperimentale), Liguria e Basilicata (come riferimento inter-regionale per il *benchmarking*).

La Liguria e la Basilicata adottano il sistema multidimensionale della BSC: la Regione Liguria produce un insieme di indicatori di efficacia, efficienza, appropriatezza, sulla base dei quali viene costruita una BSC per la valutazione dei professionisti e dei livelli organizzativi. Il sistema comprende un sofisticato metodo di stratificazione del rischio clinico basato sugli APR-DRG. La Regione Basilicata adotta una forma di BSC, tradotta in un documento che include strategie e obiettivi in termini di salute, prevenzione, area territoriale, soddisfazione dei cittadini.

La Lombardia adotta da molti anni un sistema multidimensionale di valutazione della qualità basato su tre percorsi: *ex ante*, con metodi sviluppati in collaborazione con la *Joint Commission International*; *ex post*, sia di esiti (metodologia Bicocca), sia di soddisfazione dell'utenza; dei Direttori Generali, attraverso l'indicazione di obiettivi e indicatori che misurano il livello di raggiungimento degli obiettivi.

L'Emilia Romagna valuta il sistema per dimensioni e livelli organizzativi. Nel corso degli anni, la Regione si è caratterizzata per il particolare impegno delle reti professionali nella valutazione dei percorsi clinici e dell'*Health Technology Assessment* (HTA). La maggiore procedura di valutazione avviene su base annuale e coinvolge tutti i direttori di Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere, con un obbligo esplicito a

produrre un rapporto dei risultati, in particolare attraverso il "bilancio di missione".

Nell'ambito di sistemi misti vanno inserite le seguenti Regioni:

- il Lazio, che dal 2009 pubblica i risultati del Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari (PRE-VALE) mirato a: definire e misurare gli esiti degli interventi sanitari a livello di strutture, unità operative, Aziende Sanitarie Locali, municipi, gruppi di popolazione; individuare le aree critiche su cui mirare interventi di miglioramento della qualità; monitorare l'andamento della qualità delle cure nel tempo;
- il Veneto, che elabora un insieme di indicatori di efficacia, accesso e sicurezza, volti a prendere in considerazione trasversalmente i livelli di equità. Il metodo utilizzato per valutare l'attività ospedaliera è quello dell'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). Il sistema di indicatori prevede anche la raccolta dei dati sulla soddisfazione degli utenti;
- la Puglia, che produce un insieme variegato di indicatori (es. indicatori LEA, monitoraggio dei tempi di attesa, profilo di prescrizione dei MMG) per l'analisi direzionale a uso dei professionisti, i quali stanno evolvendo verso un proprio sistema di valutazione. Di particolare rilevanza il modello MAAP (Modello di analisi dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri) basato sugli APR-DRG.

Nelle Regioni sottoposte a Piano di Rientro gli indicatori legati alle azioni di risanamento e agli adempimenti LEA costituiscono il riferimento centrale di ogni procedura di valutazione, divenuta particolarmente stringente sia in termini assoluti (entità dell'intervento) sia per la tempistica della verifica di tutte le politiche sanitarie intraprese.

A livello di coinvolgimento nella valutazione dei portatori di interesse (*stakeholders*), le Regioni appaiono nettamente orientate verso i livelli direttivi e le reti dei professionisti, con un coinvolgimento marginale dei settori trasversali e dei cittadini.

La pubblicazione di rapporti di valutazione integrati appare uno dei punti meno sviluppati dalle Regioni italiane. Sono disponibili

li, in generale, rapporti statistici commentati su settori specifici (assistenza ospedaliera, spesa farmaceutica, medicina generale), ma appaiono quasi totalmente inesistenti i sistemi moderni e mirati di navigazione su web presenti in altri Paesi.

7.10.4. Prospettive

La varietà dei sistemi di valutazione della performance disponibili attualmente nelle Regioni italiane rappresenta una risorsa importante del sistema sanitario che, nonostante la veloce evoluzione e la precaria stabilità di alcune delle soluzioni esistenti, può permettere di cogliere le opportunità migliori in maniera equa e trasparente solo attraverso un'ulteriore azione di coordinamento. La funzione di *"stewardship"*, promossa dall'OMS in particolare attraverso la Carta di Tallinn riconosciuta nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, rappresenta una responsabilità precisa del SSN attraverso la quale garantire trasparenza e *accountability* a tutti i livelli tramite il rafforzamento delle attività di monitoraggio, la pubblicazione dei risultati e la disseminazione delle migliori pratiche su base nazionale. A tal fine, è necessario al tempo stesso garantire il rispetto degli schemi specifici e degli obiettivi regionali, in un contesto più ampio in cui le esperienze si rendono disponibili e direttamente confrontabili per tutti gli attori del sistema. L'identificazione di un approccio di riferimento, attraverso il quale le diverse esperienze regionali possano qualificare le loro misurazioni sugli assi della qualità, dell'efficienza economica e del rispetto dei diritti, rappresenta un elemento strategico

ineludibile per un sistema decentrato capace di confrontarsi e migliorarsi in maniera ciclicamente virtuosa. Tali assi, riconosciuti nell'ipotesi AgeNaS, si basano sul modello concettuale OMS, ampiamente consistente con i principali modelli di settore esistenti a livello globale, basato su misure di salute, di protezione finanziaria e di rispondenza dei sistemi sanitari nazionali.

Un modello di riferimento unico non esclude il mantenimento delle diversificazioni esistenti, sempre che si provveda a uno scambio sistematico e tempestivo di tutte le informazioni disponibili, attraverso la creazione di un *"toolbox"* nazionale quale la *"repository"* suggerita dall'approccio AgeNaS. In tal modo, gli sviluppi futuri si potranno delineare in maniera più condivisa, per identificare, disseminare e promuovere la convergenza verso le soluzioni migliori in maniera naturale e partecipata.

Bibliografia essenziale

- D.Lgs. 150 del 27 ottobre 2009 "Attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni"
- Ouchi. In: Nuti S (Ed). La valutazione della Performance in Sanità. Bologna: Edizioni Il Mulino, 2008
- Vasselli S, Filippetti G, Spizzichino L. Misurare la performance del sistema sanitario. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2006
- World Health Organization. Quality of Care: A process for making strategic choices in health systems. Ginevra: WHO Press, 2006
- World Health Organization Europe. The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth, Tallinn 2008 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf. Ultima consultazione: settembre 2011

7.11. La soddisfazione dei cittadini per il Servizio Sanitario Nazionale

Qualità dei servizi e soddisfazione dell'utente rappresentano elementi fortemente correlati tra loro e dal ruolo sempre più importante. In sanità, in particolare, la *custo-*

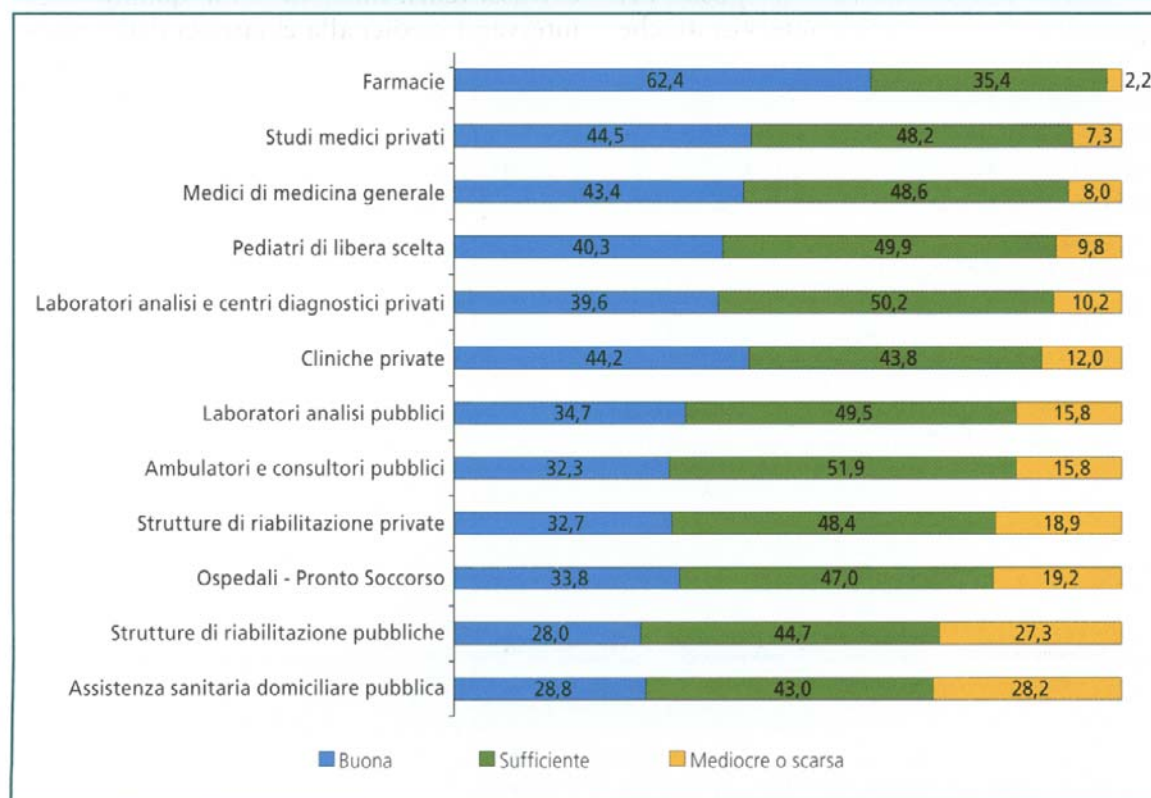
mer satisfaction rappresenta l'indicatore più importante della capacità dell'organizzazione di sintonizzarsi con l'utente, il paziente/cliente, la cui soddisfazione dovrebbe

be costituire uno dei principali segnali rispetto al raggiungimento degli obiettivi. Molte sono le esperienze realizzate nel mondo, specie in ambito anglosassone, di *customer satisfaction analysis*, da cui prendere spunto. Una rassegna è contenuta nel Rapporto prodotto per SiVeaS nel 2008. L'analisi delle esperienze fino a oggi realizzate in Italia in termini di valutazione della soddisfazione e della qualità percepita permette di evidenziare una serie di punti fermi:

- lo stato avanzato della consapevolezza dell'importanza della tematica;
- la crucialità che la questione riveste, alla luce dei processi di aziendalizzazione, devoluzione sanitaria, a livello sia regionale sia locale, e riconoscimento della potestà di libera scelta da parte del cittadino;
- l'eterogeneità delle esperienze fino a oggi messe in campo, alcune delle quali di sicuro valore metodologico, scientifico e politico, ma con scarse possibilità di confronto e standardizzazione a livello generale.

L'indagine condotta dal Ministero della Salute attraverso il Censis sulle aspettative, le opinioni e le valutazioni degli italiani sulla sanità, e presentata nel corso dell'anno 2010, ha permesso di raccogliere una serie di informazioni inedite sulla qualità percepita e la soddisfazione a livello nazionale e di macroarea geografica del Paese. In particolare, l'analisi dei dati raccolti mostra in modo chiaro tre aree distinte per diverso grado di soddisfazione. Per la maggior parte degli italiani la relazione con il SSN è molto positiva per quanto riguarda i servizi di primo accesso (cure primarie, MMG e PLS, farmaceutica territoriale), nell'ambito dei quali il sistema dell'offerta sanitaria italiana viene percepito come capace di rispondere in larga misura alle aspettative e alle esigenze assistenziali dei cittadini (*Figura 7.11*). Sacche di problematicità si riscontrano per l'area del ricovero, soprattutto in merito alla disomogeneità della distribuzione territoriale dei servizi, e in partico-

Figura 7.11. Qualità complessiva percepita dei servizi sanitari pubblici e privati disponibili sul territorio (valore %).



Fonte: Indagine Censis – 2010.

lare per lo svantaggio delle Regioni Meridionali per quanto riguarda la presenza degli ospedali e dei pronto soccorso (ma anche degli ambulatori pubblici), e di quelle centrali per quanto concerne la accessibilità dei servizi ospedalieri e d'emergenza, in relazione sostanzialmente ai tempi di attesa (Tabella 7.20). Decisamente ancora più critiche le valutazioni rispetto ai nuovi servizi territoriali, e in particolare alle aree di integrazione sociosanitaria e di sostegno di lungo termine alle cronicità.

Inoltre, seppure indicati da quote minoritarie del campione, emergono dall'analisi dei dati fattispecie di problematicità anche nel rapporto con i servizi di cure primarie, e in particolare a proposito del MMG:

- il 13,6% ha indicato di essersi dovuto rivolgere a un medico privato, a causa dell'indaguatezza del servizio fornito dal proprio MMG e la percentuale raggiunge il 15,3% a proposito del PLS;
- al 10,5% degli italiani è capitato che il medico di famiglia non abbia diagnosticato una patologia emersa, invece, a controlli più approfonditi (e il medesimo problema si è presentato a proposito del pediatra al 9,2% degli intervistati che hanno in famiglia un minore di 13 anni che fa riferimento a un PLS).

Infine, se è vero che circa 3 italiani su 4 ritengono poco o per nulla frequenti i casi di malasanità (intesi come errori diagnostici o

terapeutici con conseguenze significative sulla salute dei pazienti) nella zona in cui vive, va necessariamente rilevato che questa percentuale si riduce al 58,3% al Sud e Isole (dove il 34,5% degli italiani li ritiene abbastanza frequenti e il 7,2% molto frequenti), mentre si attesta intorno al 90% circa nelle Regioni Settentrionali (Tabella 7.21). Valori estremamente simili a quelli che si rilevano a proposito dell'opinione sulla probabilità che un paziente ricoverato in ospedale possa subire un grave errore medico: lo ritiene poco o per nulla probabile il 69,7% complessivo, ma il dato scende al 51,1% al Sud e Isole.

Le esperienze raccolte tra i cittadini, che nell'ultimo anno hanno ricevuto cure ospedaliere in regime di ricovero, confermano, nella sostanza, quanto rilevato in termini di opinioni e aspettative presso la popolazione generale e i pazienti intervistati indicano in larghissima maggioranza di essere sostanzialmente soddisfatti per la qualità dei servizi ricevuti. Sono mediamente circa 9 su 10 i pazienti che si dichiarano molto o abbastanza soddisfatti dei vari aspetti dell'assistenza indagati (dalla qualità degli interventi medici alla chiarezza delle informazioni ricevute, dalla disponibilità e gentilezza del personale alla qualità delle strutture e dell'accoglienza).

Nell'ambito di una relazione complessivamente positiva, però, va evidenziato il ri-

Tabella 7.20. Problemi di presenza sul territorio e di accessibilità dei servizi sanitari, per ripartizione geografica (valore %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
<i>Servizi indicati come scarsamente presenti sul territorio</i>					
Assistenza sanitaria domiciliare pubblica	13,8	14,2	23	25	19,5
Ospedali e Pronto Soccorso	4,4	8,8	15,7	26,5	15
Ambulatori e consultori pubblici	6,3	15	14	22	14,9
<i>Servizi indicati come non facilmente accessibili a causa dei tempi di attesa</i>					
Ospedali e Pronto Soccorso	25,9	24	53,2	37,8	35
Ambulatori specialistici pubblici	24,4	20,4	36,2	34,9	29,6
Laboratori analisi pubblici (ASL e ospedale)	26,7	17,7	29,9	27,4	25,9

Fonte: Indagine Censis – 2010.

Tabella 7.21. Frequenza di casi di malasanità nella propria zona, per ripartizione geografica (valore %)

Secondo Lei, quanto sono frequenti nella zona in cui vive i casi di "malasanità" (errori diagnostici o terapeutici con conseguenze significative sulla salute dei pazienti)?	Nord -Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Molto	0,6	2,3	3,6	7,2	3,8
Abbastanza	6,3	10	27,1	34,5	20,7
Poco	73,6	71,3	52,6	46,9	59,9
Per nulla	19,5	16,4	16,7	11,4	15,6
Totale	100	100	100	100	100

Fonte: Indagine Censis – Centro nazionale per il Controllo delle Malattie – 2010.

correre di malfunzionamenti e distorsioni nell'erogazione dei servizi ospedalieri che, pur riguardando una minoranza di casi, mantengono una dimensione rilevante, specialmente in determinati contesti territoriali.

Le modalità di accesso al ricovero programmato risultano, per esempio, ancora frequentemente afflitte da una marcata ambiguità dei percorsi di presa in carico, che sconfinano spesso in personalismi e favoritismi e che trovano terreno fertile in strutture organizzative spesso percepite come iperburocratizzate e respingenti:

- è infatti un paziente su 3, tra quelli che hanno ricevuto un ricovero programmato, a dichiarare che prima di essere ricoverato ha dovuto farsi visitare privatamente o *intra moenia* dal medico dell'ospedale, pur avendo già ricevuto l'indicazione del ricovero da un altro medico, e la percentuale sale al 41,6% tra i residenti al Sud e Isole;
- il 30% circa dichiara di aver dovuto seguire una trafila burocratica complessa e faticosa;
- il 21,4% (quasi il 30% al Centro e al Mezzogiorno) indica di aver dovuto ricorrere a conoscenze personali per facilitare l'accesso in ospedale.

Altri segnali di criticità nell'assistenza, sempre abbondantemente minoritari ma comunque indicativi del persistere di modalità disfunzionali di gestione dei pazienti, sono stati rilevati a proposito della quotidianità nei reparti, rispetto alla quale è l'8,0% (il 14,5% al Mezzogiorno) ad aver passato almeno una giornata senza essere

visitato né ricevere trattamenti medici, e senza che gli fosse chiaro il motivo, mentre è l'11,5% (il 18,1% al Sud e Isole) a indicare di aver ricevuto informazioni diverse da diversi medici (*Figura 7.12*).

Altri aspetti, sempre minoritari ma significativi, di malfunzionamento e di cattiva gestione in ambito ospedaliero sono i seguenti:

- il 3,9% degli intervistati recentemente ricoverati ritiene di avere subito gravi errori diagnostici o terapeutici, mentre il 6,7% pensa di essere stato vittima di disservizi sotto il profilo medico;
- il 72,6% ritiene di essere stato sempre e puntualmente informato sulle proprie condizioni, ma il 27,4% la pensa all'opposto;
- il 79,9% ritiene che il follow-up dopo la dimissione (terapie, visite di controllo, riabilitazione ecc.) sia stato organizzato e gestito adeguatamente.

Un'ulteriore parte dell'indagine, infine, ha riguardato le opinioni e le esperienze degli italiani che nel corso dell'ultimo anno si sono sottoposti ad accertamenti diagnostici strumentali ambulatoriali a carico del SSN. A questo proposito le informazioni raccolte permettono di delineare un quadro preciso dei punti di forza e delle problematiche più frequenti ed è di nuovo un'ampia maggioranza a dichiararsi soddisfatta per la prestazione ricevuta, per quanto riguarda sia gli aspetti relazionali, sia quelli clinici (*Figura 7.13*).

La maggior parte del campione si esprime positivamente anche a proposito della gestione degli appuntamenti e dell'attesa sostenuta in ambulatorio prima di sottoporsi