

PREVENZIONE/ Il progetto organizzativo dell'Aou Martino di Messina per ottimizzare le cure

Ora-Cuore, la lista è di genere

Tra le donne il 20% in più di decessi - Allo studio social card finalizzata

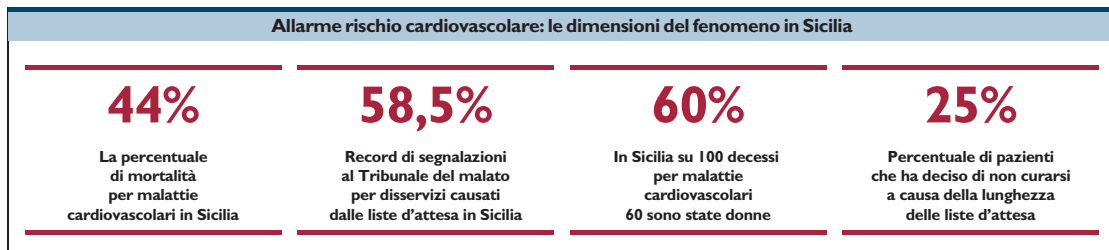
L'attuale periodo di difficoltà per l'Italia e la complessità delle problematiche che attendono l'Europa fanno sì che la popolazione si aspetti in risposta dal Governo una programmazione concreta, organica, realizzabile nell'immediato futuro e compatibile con i sacrifici di spesa richiesti.

L'analisi dei flussi di dati della sanità ha già consentito di ridurre ampiamente la dispersione di risorse, nel tentativo di garantirle, per una migliore gestione della maggior parte delle patologie della popolazione.

D'altra parte sono affiorate delle problematiche strategiche che, se trascurate, possono indebolire il Sistema sanitario nazionale e recenti sono le segnalazioni dell'Istat di un incremento di circa 45.000 decessi della mortalità globale già nei primi otto mesi del 2015 rispetto al 2014, dati questi ancora non compiutamente analizzati da un punto di vista epidemiologico.

Diventa necessario operare quindi una ricognizione delle risorse e delle progettualità fruibili.

Il Pocs (programma operativo di



consolidamento e sviluppo 2013-2015 (pagine 212-216) della Regione Sicilia; 5.092.080 di abitanti, pari all'8,37% della popolazione nazionale 60.795.612, 48,5% sesso maschile e 51,5% sesso femminile) ha posto in risalto come la mortalità cardiovascolare, prima delle cause di morte, in Sicilia sia la più alta d'Italia.

A fianco di questo reperto appare l'evidenza che la mortalità per cause cerebrovascolari è la terza causa di morte, (ca 6.973 persone/anno nel periodo 2004-2011; pag. 216 Pocs, dati Dasoe ReNCaM) che per il 58,9% colpisce le donne, per il

41,1% gli uomini con una differenza di decessi fra i due generi di ca il 20 per cento.

Le donne apparirebbero maggiormente affette da ipertensione, diabete, sindrome metabolica, maggiormente sedentarie e dipendenti dal fumo di sigaretta.

Tale differenza di genere, appare particolarmente grave perché questo delta, malgrado l'instaurazione delle Stroke unit, è significativo del fatto che in prevenzione primaria non siamo pronti a gestire un numero così ragguardevole, capace di esprimersi e proiettato anche in altri contesti re-

gionali e con gli attuali incrementi di mortalità - una strage di donne, che appaiono trascurate, diverse nell'attenzione alla propria salute e diverse probabilmente anche nella tipologia di cure necessarie. Donne che, in quanto affette da una patologia che ne determina il 20% della mortalità più degli uomini, necessiterebbero anche di liste di attesa differenziali, protette, strutturate.

Tale procedura potrebbe essere coordinata nell'ambito di un progetto nazionale di organizzazione e razionalizzazione delle liste di attesa "Ora-cuore di donna", il cui controllo

sia garantito dall'applicazione di indicatori di performance secondo le raccomandazioni dell'Istituto superiore di Sanità, da una governance della domanda che intervenga sull'appropriatezza prescrittiva secondo linee guida nazionali e regionali, con interventi sulla formazione dei medici prescrittori e con una governance dell'offerta attraverso la formazione di medici erogatori polyvalenti, già presenti in carico nel Ssn, per ridurre le liste di attesa e intercettare il pareggio di bilancio approssimativamente a 1 anno, rendendo stabile il progetto a 3 anni.

Il sottoprogetto "mobile" per chi vive lontano

Il nostro sistema di razionalizzazione delle liste d'attesa, si proietta con attenzione anche verso quei pazienti residenti in provincia (640.000 totale abitanti), in aree marginali, dove la rete assistenziale ospedaliera e diagnostica dell'Asp non può arrivare, sia per mancanza di medici erogatori che per carenza di presidi organizzati.

Su 22.000 richieste di primo accesso, 44.000 globali (il 6,87% della popolazione), per quanto riguarda la diagnostica cardiovascolare ultrasonografica, il Policlinico universitario ne intercetta già spontaneamente il 25% dei pazienti, senza il contributo del progetto Ora Cuore, un 25% dei soggetti interessati non ha risorse economiche e ca il 25% dei pazienti aventi diritto viene intercettata dalle risorse sanitarie dell'Asp e dai centri privati convenzionati.

Con il progetto Ora Cuore a regime l'Aou G. Martino intercetta il 50% delle prestazioni di primo accesso già al primo anno, formando in contemporanea nuovo personale erogatore polyvalente. Dopo il primo anno, quando il personale erogatore sarà formato, sarà possibile attraverso la ricognizione del Cup e Sovracup comprendere quali e quante siano le sacche di pazienti che nei margini della provincia non riescono a usufruire di tali risorse, e organizzandoli in gruppi anche con richieste di diversa tipologia, il medico potrà con un piccolo ecografo mobile,

multidisciplinare, con due sonde, andare a prestare la propria opera negli spokes attrezzati o in carenza di questi, presso gli stessi presidi di guardia medica e emergenza territoriale che sono abbondantemente distribuiti sul territorio e forniti tutti di caratteristiche sanitarie a norma.

Comune al sottoprogetto cuore fragile sarà la possibilità anche di prevedere percorsi temporalmente ottimizzati per raggiungere il paziente fragile della periferia della provincia anche a domicilio.

Per realizzare il sottoprogetto Ora cuore-mobile, considerando che l'ottimizzazione dell'intero progetto abbatterà il 50% delle richieste di ecocardiogramma per inappropriata e forse anche il 30% delle richieste per il vascolare, potrebbero essere sufficienti 4 ecografi portatili (due per area territoriale (N/S)) (4 apparecchiature x 44 settimane x 5 gg lavorativi x 8 esami/die/operatore) producendo cioè 7.040 esami in periferia, con il personale parzialmente formato, già dipendente delle aziende, retribuendolo con i proventi riconosciuti per le prestazioni intercettate ed eventuali altre risorse per integrare gli spostamenti. Anche per tale sottoprogetto saranno resi operativi gli indicatori di performance e sarà avviata una procedura di controllo degli outcome.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Accessi facilitati per i fragili

Ci siamo inoltre orientati a salvaguardare accessi privilegiati per quei pazienti "fragili" affetti da patologia della sopravvivenza, coesistenza della cronicità, presenza di polipatologie (comorbidità), alterazioni conclamate della funzionalità organica e spesso, difficoltà sociali, ambientali e delle stesse strutture sanitarie a garantire accessi fruibili in tempi accettabili. Anche tali patologie, sia per i pazienti più giovani che più frequentemente per quelli anziani, insistono maggiormente nelle fasce di reddito più basso.

Lo studio Share, mittel-europeo, riporta una prevalenza media dei pazienti fragili anziani del 17%, sino al 23% se vengono considerati i disabili secondo lo studio Santos. Per la popolazione della provincia di Messina si tratterebbe del 17% su 640.000 abitanti.

Centrale in questo progetto "Ora Cuore fragile" come del resto per gli altri sottoprogetti - la formazione dei medici di base - per decidere le reali necessità di questa fascia di popolazione, per cui diventa essenziale garantire tempistiche e modalità ottimali di accesso limitatamente alla diagnostica cardiovascolare necessaria.

L'operatività sarebbe garantita dalla piattaforma informatica, che interagendo con il Cup E Sovracup, con lo sviluppo di App dedicate ai medici di base, consentirebbe di riservare direttamente durante la visita in qualsiasi giorno e ora, accessi diretti, senza file in uffici di prenotazione, uffici ticket, centri di esecuzione esami.

L'uso di indicatori di performance, consentirà di cogliere tempestivamente i miglioramenti o le criticità del progetto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il metro del profilo di rischio

L'applicabilità del modello disegnato di intervento sul sistema sanitario è stata studiata per l'Aou G. Martino di Messina e per il comprensorio provinciale di una popolazione di 640.000 abitanti, rappresentativo di una regione intera come la Basilicata e simmetrico come problematiche sanitarie con quello di una sanità evoluta come quella di Milano, almeno per quello che riguarda la problematica delle liste di attesa in campo cardiovascolare. È evidente come il fenomeno nazionale delle liste di attesa sia gestito in maniera inappropriata e, non potendosi incrementare all'infinito l'offerta delle prestazioni, abbiamo ritenuto indispensabile proporre la realizzazione di un progetto correttivo che moduli tali problematiche, attra-

verso la realizzazione della rete "ora-cuore.com" secondo il nuovo modello della h-health 2020. Bisogna intervenire almeno su due fattori: sul piano della domanda rendendola più appropriata e sul piano dell'offerta, adeguandola e organizzandola in termini di accessibilità, efficacia, efficienza.

Metodologia-strategia. Il primo aspetto da affrontare è l'ottimizzazione della gestione del "governo della domanda":

1. attraverso la formulazione di criteri di appropriatezza degli esami richiesti (rapporto costi-benefici);
2. reale fabbisogno di salute nell'area in cui insiste il progetto (territorio metropolitano);
3. identificazione dei soggetti prescrittori e semplificazione delle proce-

H-health (obiettivo Europa 2020) (www.ora-cuore.com)	
Sanità in rete	Sanità in rete
<ul style="list-style-type: none"> ● Governance offerta ● Lean management 	<ul style="list-style-type: none"> ● Governance domanda
Social network per:	Social network per:
<ul style="list-style-type: none"> ● medici ● paramedici ● aziende ● centri di formazione 	<ul style="list-style-type: none"> ● medici territorio ● paramedici territorio ● pazienti (feed back) ● aziende

EDURE prescritte in rapporto al reale stato di necessità;

4. monitoraggio periodica ex-ante della prescrizione (es. oltre il 40-50% degli esami ecocardiografici risultano inappropriati);

5. corsi di formazione.
Punto uno: criteri di appropria-

tezza prescrittiva delle società scientifiche italiane e internazionali.

Punto due: valutazione attraverso l'incrocio dei dati rilevati da un "run-in informatico con i medici di base" e dei dati dell'osservatore epidemiologico della (Dipartimento per le Attività sanitarie e Osservatorio epi-

demologico) Regione, circa il reale fabbisogno di salute nell'area metropolitana. Inoltre, il rigoroso monitoraggio delle condizioni epidemiologiche della popolazione consente una programmazione sanitaria mirata, con risultati rilevanti in termini di efficacia e di efficienza delle misure adottate.

Punto tre, quattro e cinque: il confronto telematico, condotto unitamente all'Ordine dei medici, consente di percepire la reale disponibilità dei medici del territorio a essere co-protagonisti nella formazione e nella gestione delle liste di attesa, partecipando attraverso una moderna piattaforma elettronica bidirezionale che permetterà di privilegiare le reali condizioni diagnostiche di urgenza. Inoltre la refertazione elettronica degli esami dei pazienti, parzialmente parametrizzata, consentirà di migliorare direttamente anche sul territorio il follow-up dei pazienti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Su questa fascia della popolazione femminile a maggior rischio nelle regioni a minor reddito, gravemente il disagio di far parte anch'essa di quel 25% dei cittadini che non sono più in grado di gestire economicamente la propria salute, pur nell'ambito della sanità convenzionata, non potendo permettersi il pagamento di ticket per una diagnostica che metta a punto il loro profilo di rischio e consenta d'intraprendere o riprendere un percorso terapeutico mirato.

Le donne inoltre spesso vestono elettivamente il ruolo particolare di caregiver, fornitrici di una sanità pa-

ralella gratuita, trasparente, che tutela quei pazienti fragili, bambini, anziani, affetti da handicap, che con tale perdita si riverteranno - affaticandolo ulteriormente - anche sul Sistema sanitario nazionale e dal quale, in uscita, non troveranno l'assistenza domestica necessaria, in un turbinio di ricoveri.

I dati dell'Istat delle medie relative alla globalità della Nazione del 2013 riportano a tale proposito una riduzione di mortalità per eventi cerebro-vascolari totali dagli anni Novanta al 2013 e in particolare nell'Italia del Nord, dati sovrapponibili

al Sud con aumento invece dei tassi di mortalità nel Centro e ancora di più nelle Isole.

Potrebbe adesso quindi essere utile testare tale progettualità (Ora Cuore di donna), unitamente allo studio di una Social card esclusivamente finalizzata, che allevi i costi della diagnostica e della terapia di tali soggetti in difficoltà.

pagine a cura di
Maurizio Cinquegrani
specialista in Medicina interna
Università di Messina

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Liste di attesa aggiornate a luglio 2014 (giorni)

www.asl.milano.it; www.polime.it;
www.aorpapardopiemonte.it; www.asp.messina.it

Comp.rio	Ecocardiogramma color doppler		Eco color doppler vasi epiaortici		Eco color doppler artero venoso periferico	
	Min	Max	Min	Max	Min	Max
Milano	14	150	7	322	1	294
Messina	1	181	1	349	1	368

LA STRATEGIA «ORA CUORE»

I passi del modello taglia-attese

Razionalizzare il metodo per abbattere i tempi

Il progetto Ora Cuore nasce per dare una risposta concreta alle necessità di diagnostica ambulatoriale delle malattie cardiovascolari, ancora oggi la prima causa di morte della popolazione (44%), in Sicilia la più alta d'Italia, con le liste di attesa ai vertici (58,5% delle segnalazioni al Tribunale dei diritti del malato. In particolare, si è osservato anche che, fra le cause cerebrovascolari, la terza causa di morte (13%) dopo i tumori, la mortalità è gravemente sbilanciata nelle donne, di cui ne perdiamo il 60% contro il 40% degli uomini, per cui è stato previsto un sottoprogetto **Ora-cuore-di-donna**. Il 25% dei pazienti, inoltre, nell'attuale periodo di crisi ha rinunciato a curarsi.

La sanità inglese si è soffermata sull'osservazione del Black report (1980) "inequalities in Health", sulle disuguaglianze nella salute e su quanto tali differenze fossero legate al reddito. Un'ampia differenza di reddito in una società avanzata, contribuisce a aggravare la scarsa coesione sociale, alla base dell'instabilità di un periodo di crisi. L'Italia, che era tra i leader europei nel 2004 per la più bassa disuguaglianza sociale nella sanità, deve ritrovare oggi attraverso queste nuove progettualità, la capacità di realizzare una sanità fruibile per chi ne abbia reale necessità.

Attraverso l'analisi dei dati, sono stati ridefiniti i percorsi correttivi, impiegando meglio quelle professionalità strutturali alla produzione di una buona sanità, rimotivando il personale e migliorandone l'efficienza, implementando indicatori di performance, convertendo i centri esecutivi a logiche formative, creando nuovi modelli di professionisti multi-valenti, la migliore eredità che possiamo lasciare al Paese. Abbiamo pertanto voluto ascoltare le difficoltà e le speranze dei nostri concittadini certi di poter dare un contributo significativo per un'Italia un po' migliore.

Confrontando il problema delle liste di attesa (v. tabella in alto, dati tratti dai siti ufficiali - aggiornamento luglio 2014 s.e.eo.) per la diagnostica d'immagini cardiovascolari (ecocardiogramma, ecodoppler tronchi sopra aortici, arti inferiori) di una realtà evoluta come quella di Milano, con quella siciliana del comprensorio di Messina, il problema dei tempi di risposta del sistema appare sovrapponibile, motivo per cui è la gestione che risulta inappropriata.

Abbiamo pertanto previsto un intervento sulla governance della domanda, regolando l'appropriatezza prescrittiva in base alle linee guida, con interventi di formazione in telemedicina con i medici di base. L'altro intervento contemporaneo si orienta sulla governance dell'offerta, con un programma di raddoppio delle prestazioni pomeridiane (extra orario di servizio), dei medici strutturati già esperti

(3 ore per 3 volte alla settimana per 44 settimane) in abbattimento delle liste, pagando il personale medico, tecnico e paramedico con i proventi prodotti, riferendoci in parte agli accordi sindacali del Veneto.

Contemporaneamente all'abbattimento delle liste d'attesa, avverrà così la formazione dei nuovi medici erogatori già strutturati, sia della struttura universitaria che di quella territoriale, che una volta validati dal centro di formazione del progetto Ora-cuore, avranno le competenze (polivalenza diagnostica), i privilegi e la capacità di risolvere i problemi per operare sul territorio (nel campo della diagnostica cardiovascolare ultrasonografica), che attualmente è sgumato di erogatori. Partiranno quindi i sottoprogetti **Ora-cuore fragile** e **Ora-cuore mobile** (per i pazienti più a rischio e quelli in realtà sprovvisti di strutture erogatrici). Il controllo della distribuzione delle prenotazioni e del lavoro sarà sotto stretta pianificazione informatica, anche per prevenire i drop out, la perdita cioè della prestazione, per mancata presentazione del paziente, con il Sottoprogetto Ora-cuore di donna. Con la formazione in sede, certificata Ecm, in quanto la formazione è un nostro Istituto, con il contributo dei proventi, il sistema dovrebbe incontrare il punto di pareggio in un anno. I medici di base risparmieranno risorse del loro budget, liberando spazi ad accessi privilegiati per i pazienti più gravi o a maggiore rischio. I medici erogatori formati andranno a strutturare la rete Hub e spoke, che con i Core lab che si creeranno, prenderà il controllo del territorio per la consulenza in telemedicina, alternandosi nel sottoprogetto **Octa-Core** (nuova dorsale). Il contemporaneo incardinamento della refertazione elettronica strutturata, con l'archivio elettronico dei medici di base, creerà i presupposti scientifici di una osservazione codificata su pazienti a medio-alto rischio dell'intera popolazione, se il progetto verrà condiviso dalle altre regioni, con la forza di un Framingham heart study. Le donne a medio-alto rischio cerebrovascolare, per il tasso di mortalità così sbilanciato (+20%), avranno corsie preferenziali nell'attesa, usufruendo anche di strategie d'intervento. I giovani studenti di Medicina potranno partecipare al percorso formativo del progetto, ricevendo le skills-up predette, utili sul mercato del lavoro anche per quelli che non riusciranno ad accedere alle specializzazioni. Il 10% delle prestazioni fornite, quando il sistema sarà a regime, grazie alle competenze raggiunte e ai fondi intercettati dal sistema dei proventi erogati, potrà essere gratuitamente dedicato a quegli utenti a medio-alto rischio, aventi diritto, oggi non più in grado di permettersi la fruizione delle risorse a causa della crisi.

La strage "rosa" nel segno dell'inappropriatezza

Il progetto ora cuore di donna, parte dall'evidenza che la mortalità cerebro vascolare, che è la seconda causa di morte mondiale e la terza più comune causa di disabilità, mentre rivela una incidenza decrescente nei Paesi ad alto reddito, Stati Uniti compresi, presenta incremento dell'incidenza nei Paesi a basso reddito e maggiormente nelle donne di età avanzata oltre i 75 anni.

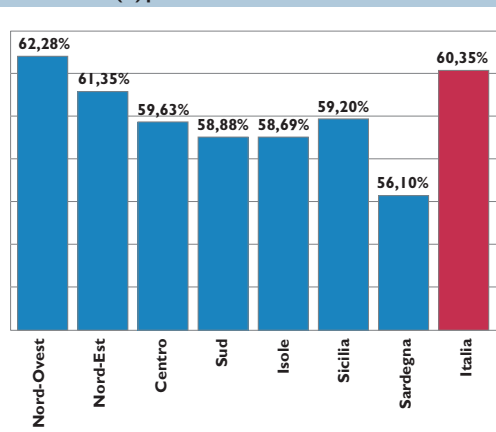
Nella realtà nazionale italiana, in cui il momento di crisi segna maggiormente i pazienti a basso reddito, confrontata nel piano occupazione e sviluppo con quella siciliana (Pocs 2013-2015, pag. 216), la mortalità cardiovascolare in Sicilia appare la più alta d'Italia (media annua 20.000 decessi) e quella femminile (post-menopausale) risulta dominante (58,9%) vs quella maschile (41,8%) per quanto riguarda la patologia cerebro vascolare (media annua di decessi 6.973 - periodo 2004-2011).

Davanti a questi dati, che mostrano una disuguaglianza inaccettabile, con numeri che sull'ambito nazionale assumono le dimensioni certamente di una "strage di donne", segno di inappropriatezza nella gestione del fenomeno, non è possibile immaginare che chi è esposto a mortalità così dominante, attinga alle stesse liste di attesa di chi è affetto in misura meno determinante dalla patologia, così come peraltro abbiamo immaginato un percorso parimenti selettivo, di dimensioni inferiori, per il paziente del progetto "cuore-fragile".

Dovrà essere ridisegnata l'appropriatezza prescrittiva nella fase di governance della domanda, al fine di garantire le fasce deboli più esposte alla patologia, integrando l'operato del medico con il suo accesso privilegiato al sistema di prenotazione "Cup e Sovracup".

L'intervento sulle liste di attesa è strutturale alla Sanità nazionale, perché liberando posti inutilmente occu-

Mortalità (%) per cause cerebrovascolari nelle donne



I morti in Italia

	Uomini	Donne	Totale
Nord-Ovest	5.981	9.878	15.859
Nord-Est	3.806	6.043	9.849
Centro	4.926	7.278	12.204
Sud	5.325	7.626	12.951
Isole	3.102	4.408	7.510
Italia	23.140	35.233	58.373

Fonte: Istat 2013

pati da pazienti a basso profilo di rischio in favore dei pazienti a più alto profilo di rischio, ne consente per questi ultimi un migliore monitoraggio, riducendo la spesa nazionale, attraverso l'alloggiamento in ultimo del carico dei ricoveri ospedalieri e delle complicazioni dello stato di malattia.

Identificando le donne inoltre come soggetti esposti a maggior rischio

cerebro vascolare, è possibile - tramite i medici di base - integrandosi con l'operato delle Università, delle Asp e dei Centri di formazione del progetto Ora Cuore, effettuare una strategia d'intervento, che migliori la consapevolezza del paziente nella prevenzione di fronte alle potenzialità della patologia, riducendo anche il rischio residuo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

© RIPRODUZIONE RISERVATA