



Mista a Cuore

**Indagine
sul paziente con
patologia
cardiovascolare**



Sommario

Introduzione	3
Analisi di contesto: l'incidenza delle patologie cardiovascolari in Italia	5
Mortalità, incidenza e prevalenza	5
I fattori di rischio e prevenzione primaria	7
I dati della ricerca	9
I Medici di Medicina Generale e gli Specialisti	9
Numerosità del campione, distribuzione territoriale, specialità	9
Educazione alla salute e prevenzione	10
La prevenzione primaria	10
La prevenzione secondaria	12
La presa in carico	14
Accessibilità ai servizi	14
Presa in carico acuzie	16
La Telemedicina	20
Accessibilità ai farmaci e Piano Terapeutico	20
Empowerment individuale, coinvolgimento del caregiver e rapporti con le Associazioni	21
I pazienti con patologia cardiovascolare	23
Numerosità del campione, distribuzione territoriale	23
Educazione alla salute e prevenzione	24
Prevenzione primaria	24
I fattori di rischio	24
Prevenzione secondaria	25
Il percorso di presa in carico	26
Accessibilità ai servizi	26
Presa in carico delle acuzie: il percorso ospedaliero	28
Dimissioni dall'Ospedale	29
Telemedicina e accesso ai farmaci	30
Empowerment individuale e il ruolo del caregiver	31
Conclusioni	33

Introduzione

Il progetto Mi sta a cuore – indagine sul paziente con patologia cardiovascolare nasce a seguito di una serie di interlocuzioni avviate tra Cittadinanzattiva, Fimmg e Gise (Società Italiana di Cardiologia Invasiva) con l'obiettivo di organizzare una azione congiunta in grado di incidere sull'impatto che le patologie cardiovascolari hanno sulla salute e sul benessere della popolazione italiana.

Sebbene gli indicatori degli ultimi anni ci restituiscono l'immagine di un sistema che è stato in grado di ridurre il tasso di mortalità rispetto a questo gruppo di patologie, riuscendo a cronicizzarle in molti casi, le malattie cardiovascolari restano di gran lunga una delle principali cause di invalidità e di morbosità.

Le criticità organizzative che limitano la possibilità di diagnosi precoce, e quindi l'intercettazione dei pazienti spesso solo a seguito di episodi acuti, sommate alle disuguaglianze territoriali e alla eccessiva aziendalizzazione dei percorsi di cura, fanno emergere uno scenario piuttosto preoccupante per il futuro, caratterizzato da un profondo cambiamento epidemiologico.

I temi riguardanti le patologie cardiovascolari sono, quindi, centrali nel dibattito sulla salute pubblica e sono diventati una vera e propria emergenza nell'emergenza in quest'era pandemica.

L'incapacità del Servizio Sanitario Nazionale di far fronte contemporaneamente alla gestione del Covid 19 e alla continuazione della presa in carico dei pazienti cronici ha causato già nel breve periodo un acuirsi delle criticità e una diminuzione generale del tasso di salute e benessere collettivo del nostro Paese.

I temi sul tavolo riguardano anche la capacità di organizzare modelli in grado di integrare al proprio interno non solo la riforma della medicina territoriale, principale portato innovativo della pandemia, ma anche tematiche storiche quali l'accesso all'innovazione tecnologica e farmaceutica che presentano livelli di avanzamento regionali significativamente diversi e distanti.

È partendo da queste considerazioni preliminari, affrontate in numerosi tavoli di lavoro e confronto che Cittadinanzattiva, Fimmg e Gise, grazie al contributo non condizionato di Abbott hanno progettato, programmato e realizzato il progetto Mi sta a cuore – Una indagine sul paziente con patologia cardiovascolare.

Il progetto si basa sulla volontà di fotografare la situazione esistente sia dal punto di vista dei clinici (MMG e specialisti ospedalieri), sia da quello dei cittadini, cercando di far emergere le discrepanze tra le diverse percezioni e valorizzando i punti di contatto e di forza dei percorsi di cura.

Lo strumento utilizzato è stato quello della survey. Il comitato tecnico-scientifico, costituito da Anna Franzone di Gise, da Paolo Misericordia di Fimmg e da Rosa Paola Metastasio e Lorenzo Latella di Cittadinanzattiva, ha elaborato due questionari distinti con lo scopo di

indagare l'organizzazione dei servizi per i pazienti con fattori di rischio cardiovascolare o con patologia cronica diagnosticata e le percezioni che pazienti e clinici hanno delle loro interazioni e del funzionamento del percorso di cura nelle diverse regioni.

I dati raccolti, l'analisi della letteratura esistente e le considerazioni del team di lavoro costituiscono il corpo del presente lavoro che vuole essere un punto di partenza di una strategia più incisiva e che coinvolgerà alcune regioni del nostro Paese che fungeranno da luoghi pilota per l'attuazione di percorsi di prevenzione, presa in carico e gestione/monitoraggio dei pazienti con patologia cardiovascolare.

Analisi di contesto: l'incidenza delle patologie cardiovascolari in Italia

L'Italia è al quarto posto tra i paesi OCSE per aspettativa di vita alla nascita con una spesa sanitaria contenuta, sebbene si collochi tra gli ultimi posti per qualità della vita dei pazienti con una o più patologie e all'ottavo posto in Europa per bisogni insoddisfatti di visite mediche (EUROSTAT 2019).

Considerando che la struttura della popolazione del nostro Paese vede una percentuale di anziani over 65 maggiore rispetto a quella dei giovani tra gli 0 e i 14 anni (23% vs 13%) e che il tasso di natalità è in costante decremento negli ultimi anni, la proiezione che demografica che si può azzardare è che nel 2050 un cittadino su 8, nel nostro paese, avrà più di 80 anni, elemento che determinerà l'aumento progressivo della domanda di salute alla quale sarà necessario far fronte.

Le risposte a questo scenario devono necessariamente essere elaborate oggi, iniziando a costruire un nuovo SSN che possa essere in grado di dare migliore assistenza e contribuire positivamente agli esiti di salute di una popolazione con patologie croniche sempre più diffuse.

Il costante invecchiamento della popolazione, abitudini e stili di vita scorretti, i nuovi fattori ambientali, stanno contribuendo all'aumento dell'incidenza di patologie che, grazie all'innovazione clinica, farmaceutica e tecnologica, riusciamo a cronicizzare, ma rispetto alle quali non abbiamo strumenti e modelli pienamente efficaci per rendere sostenibile il nostro sistema, soprattutto da un punto di vista economico.

I dati pubblicati dall'Istat nel 2020 ci propongono l'immagine di un Paese nel quale oltre il 35% dei decessi avviene proprio a causa di patologie cardiovascolari o oncologiche, tra le prime cause di morte anche in Europa, e con profonde differenze di accesso ai servizi sul territorio nazionale che generano, per alcune regioni, un abbassamento dell'aspettativa di vita anche di 5 anni rispetto alla media nazionale.

L'abitudine a seguire stili di vita scorretti, quali l'eccessivo uso di alcool o la consuetudine al fumo (1/5 della popolazione) oltre al preoccupante fenomeno dell'obesità infantile (siamo al secondo posto tra i paesi dell'Ocse) ci restituiscono l'immagine di una popolazione fragile, che sta subendo un cambiamento epidemiologico significativo rispetto alla tenuta del sistema salute.

Mortalità, incidenza e prevalenza

In questo scenario le patologie cardiovascolari rappresentano la prima causa di mortalità nel nostro paese e tra le principali cause di invalidità, con oltre 9,6 milioni di pazienti.

Secondo i dati Istat del 2018 sono stati 232.000 i decessi dovuti a patologie cardiovascolari, l'85% dei quali riguardanti cittadini over 75, con una maggiore incidenza nelle regioni del sud, confermando che, come per tutte le malattie croniche non trasmissibili, la mortalità è un evento correlato all'aumento dell'età.

Quello della mortalità è il primo indicatore da tenere presente. In Italia, fortunatamente il tasso di mortalità per patologie cardiovascolari è significativamente in discesa, anche se le patologie del sistema cardiocircolatorio continuano a rappresentare il 35% di tutti i decessi della popolazione del nostro paese.

Negli uomini la mortalità risulta più alta rispetto alle donne, con circa il doppio dei decessi per le patologie ischemiche del cuore e un terzo per le patologie cerebrovascolari.

Le ospedalizzazioni e i ricoveri in regime ordinario per patologie cardiovascolari negli ultimi anni sono in decrescita per entrambi i sessi, grazie ad un migliorato sistema di monitoraggio e di gestione territoriale dei pazienti, con una minore incidenza dei ricoveri inappropriati, anche se rappresentano ancora il 14.3% del totale, pari a circa 900.000 ogni anno, con una media di 7,2 giorni di degenza per paziente.

I fattori di rischio e prevenzione primaria

Le patologie cardiovascolari dipendono da una molteplicità di fattori di rischio, alcuni modificabili, quali le abitudini alimentari, il fumo, la sedentarietà e gli scorretti stili di vita, altri immutabili quali la predisposizione genetica, il sesso e l'età. L'interazione tra questi fattori, se non controllati o modificati, incide profondamente sulla possibilità di incidenza di eventi acuti che possono condurre il paziente anche al decesso.

La loro valutazione costituisce la base di partenza per una adeguata analisi del rischio del singolo individuo e la capacità del Sistema Sanitario di costruire modelli in grado di monitorare i fattori immutabili e di incidere, invece, sui fattori modificabili, costituisce la vera sfida per il prossimo futuro.

L'obiettivo principale della nostra azione deve essere, quindi, la prevenzione primaria, unico strumento in grado di contrastare le patologie cardiovascolari, contribuendo a limitarne o a impedirne l'insorgenza. La prevenzione necessita, però, di uno sforzo multidisciplinare, in grado di coinvolgere anche il sistema educativo per l'adozione di corretti stili di vita già in età adolescenziale al fine di diminuire la propensione al rischio cardiovascolare nella fase di vita adulta.

Lo sforzo che dobbiamo compiere si basa su una alleanza tra i diversi soggetti che concorrono alla promozione della salute, per un piano nazionale di prevenzione dell'insorgenza delle patologie cardiovascolari capace di tenere conto delle diversità dei contesti sociali, economici, educativi che influiscono sulla capacità degli individui di modificare i comportamenti a rischio e che educi i cittadini a percorsi di salute che possano limitare gli effetti negativi sulla salute dei fattori immutabili attraverso un monitoraggio costante e un accesso adeguato ai servizi territoriali.

Quello che ci si para davanti è un contesto altamente sfidante che può essere approcciato solo con una complessità di azioni che tengano insieme, in una rete a nodi stretti, una molteplicità di attori, a partire dal paziente e dal suo ruolo attivo nel proprio percorso di salute, fino a coinvolgere tutte le componenti sanitarie che costituiscono il nostro Servizio Sanitario Nazionale, comprese le associazioni di tutela dei pazienti che, soprattutto negli ultimi anni pandemici, hanno dimostrato di poter fare la differenza grazie alla capacità di essere presenti capillarmente sui territori, offrendo servizi formativi ed informativi di prossimità, indispensabili per la costruzione di una cultura della salute individuale e collettiva.

I dati della ricerca

I Medici di Medicina Generale e gli Specialisti

Numerosità del campione, distribuzione territoriale, specialità

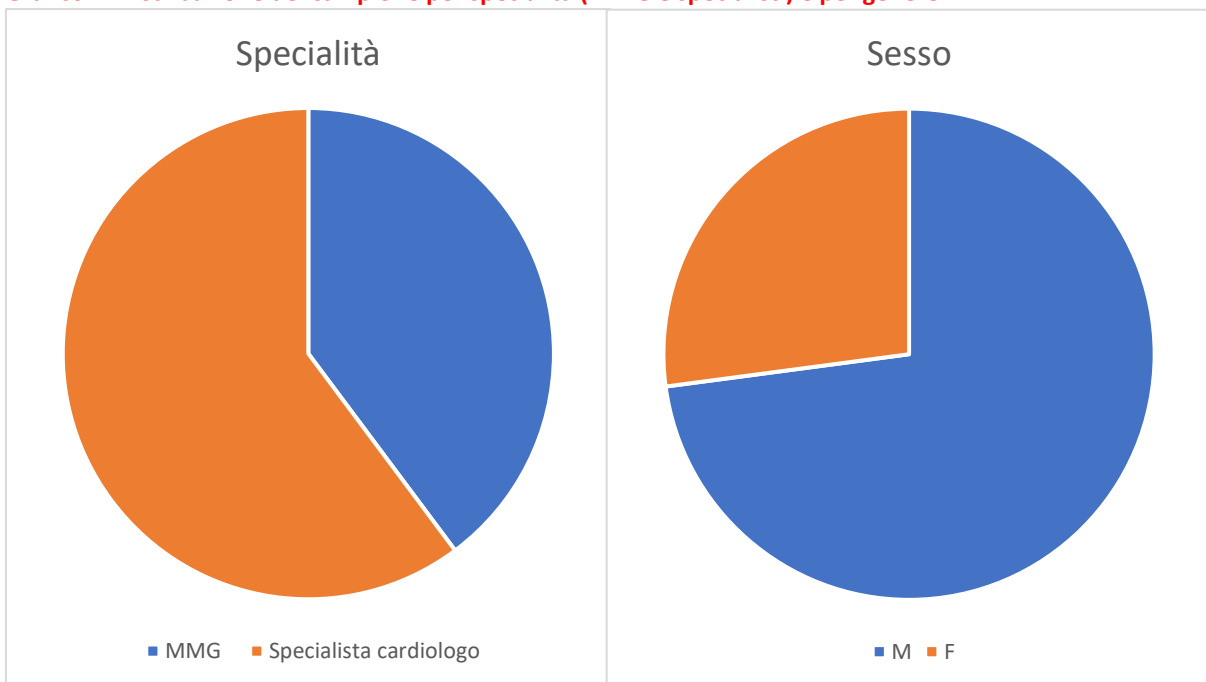
Le survey, lanciate a partire da luglio 2021, hanno raccolto complessivamente 3.073 risposte. Sono state 1.308 le risposdenze da parte di pazienti, a fronte delle 1.060 compilate da Specialisti ospedalieri e ambulatoriali e 705 da parte di MMG.

Di seguito tratteremo separatamente alcuni dati e proporremo, invece, una comparazione utile per quelle sezioni che riguardano le percezioni di presa in carico del paziente con fattore di rischio cardiovascolare o con patologia diagnosticata a seguito di evento acuto.

Il campione di riferimento dei clinici, che non raggiunge numeri statisticamente rilevanti è, però, altamente significativo e ci permette di avanzare alcune valutazioni organizzative e di percezione nel percorso di cura del paziente con patologia cardiovascolare.

Come detto precedentemente hanno risposto alla survey, complessivamente, 1.765 clinici, il 60,2% sono specialisti cardiologi e il 39,8% medici di medicina generale.

Grafico 1. Distribuzione del campione per specialità (MMG e specialisti) e per genere.



Il campione è composto per il 72,9% da persone di sesso maschile e vede una distribuzione per fasce di età abbastanza omogenea, anche se con una certa prevalenza nella fascia tra i 55 e >65 anni con il 43,5% delle risposte. È interessante notare come questa prevalenza sia maggiormente marcata tra i medici di medicina generale per i quali la fascia di età rappresenta oltre il 56%.

Il campione non è distribuito in modo omogeneo tra le diverse regioni del nostro paese, ma ci restituisce una immagine abbastanza esaustiva di quanto presente in termini di servizi, organizzazione dei percorsi e capacità di presa in carico dei pazienti.

Tabella 1. Distribuzione del campione per regione di residenza

REGIONE	%
Abruzzo	1.4
Basilicata	0.8
Calabria	1.4
Campania	10.5
Emilia-Romagna	13.9
Friuli Venezia Giulia	2
Lazio	7.4
Liguria	2.5
Lombardia	15.9
Marche	1.7
Molise	0.3
P.A. Bolzano	0.3
P.A. Trento	1.4
Piemonte	7.4
Puglia	8.2
Sardegna	1.4
Sicilia	5.4
Toscana	4
Umbria	0.3
Valle d'Aosta	0.3
Veneto	13.6

Il 50,6% del campione esercita in una città in zona centrale, a fronte del 22,3% esercitante in zona cittadina periferica e del 25,1% che esercita in un paese. Solo il 2% esercita in zona rurale con scarsa popolazione (questo dato si riferisce totalmente ad una condizione dei medici di medicina generale).

Educazione alla salute e prevenzione

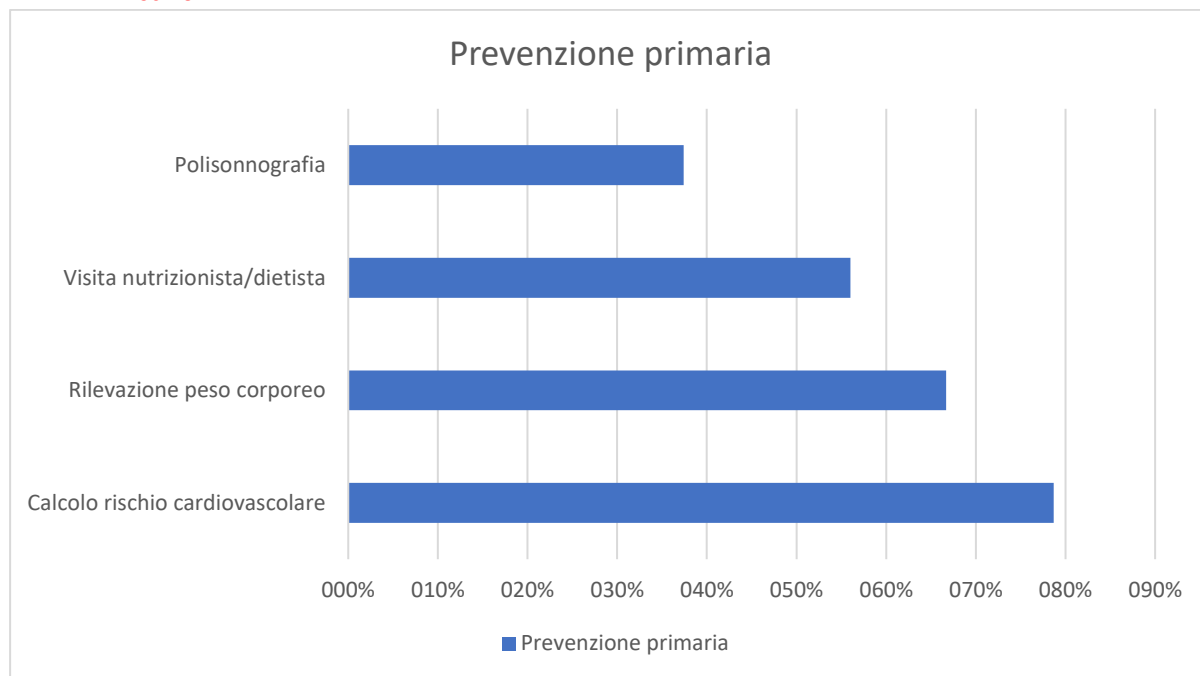
La prevenzione primaria

La quasi totalità del campione intervistato dichiara di seguire le Linee Guida delle società scientifiche nazionali e internazionali per l'identificazione dei fattori di rischio cardiovascolare per la prescrizione delle misure per il loro controllo.

In particolare, come si evidenzia nella tabella di seguito, una percentuale superiore al 78% dichiara di eseguire il calcolo del rischio cardiovascolare totale con l'ausilio delle carte del rischio o di app dedicate. Oltre il 56% prescrive, ai pazienti che presentano fattori di rischio,

visite dal nutrizionista/dietista e nel 37,4% dei casi viene prescritta o consigliata una polisonnografia.

Gráfico 2. Attinenza alle LLGG delle società scientifiche e prescrizione delle misure per il controllo dei fattori di rischio



La percentuale del campione che riferisce di non seguire le Linee Guida delle società scientifiche nazionali ed internazionali, quantificabile in poco più dell'1% del campione, tutto ascrivibile alla categoria dei Medici di medicina generale, dichiara di affidarsi alla propria esperienza e alla conoscenza profonda del paziente, fattori che permettono una valutazione globale e quasi immediata. Altro fattore che condiziona l'azione dei MMG è la percezione di un eccessivo ricorso ad esami evitabili, ritenuti inappropriati in una fase di prevenzione primaria.

Quello che emerge con chiarezza nell'ambito della prevenzione primaria e dell'educazione alla salute e alla prevenzione è la quasi totale assenza di programmi sperimentali di collaborazione tra MMG e specialisti per l'individuazione di pazienti con rischio cardiovascolare. Solo il 7,4%, infatti, dichiara di far parte di percorsi strutturati che vedono una interazione costante tra specialisti e medici di medicina generale.

Risulta particolarmente interessante che questa tipologia di interazione, presente in Campania, Lazio, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Piemonte e Veneto si basa quasi principalmente sulla presenza di PDTA e sulla capacità di alcune regioni di organizzare tavoli di confronto che tengono dentro tutti gli stakeholder del comparto salute. Una analisi più approfondita ci restituisce in quadro che vede la presenza di PDTA Aziendali e non regionali, fattore che crea, chiaramente, delle disuguaglianze di trattamento dei pazienti nei diversi territori delle singole realtà regionali oltre che una applicazione di modelli a macchia di leopardo su tutto il territorio nazionale.

È totalmente assente il riferimento a piattaforme di gestione del paziente che possano facilitare la valutazione dei fattori di rischio cardiovascolare attraverso una visione integrata tra specialisti e medici di medicina generale. Sebbene siano presenti sistemi informatizzati di gestione propri per le due categorie, non si evidenzia una interazione tra gli stessi, fattore che preclude la possibilità di organizzare un percorso che parta da una visione integrata della prevenzione primaria e che si sviluppi nelle successive fasi di cura.

Un dato che emerge nell'indagine relativa alla prevenzione primaria è quello relativo al tempo di cura del paziente. L'83% dei medici intervistati dichiara di dedicare sufficiente tempo al confronto con i pazienti sulle strategie di prevenzione primaria. Questo dato fa sorgere importanti interrogativi perché si discosta fortemente da quella che è una realtà, ormai evidente, che vede la prevenzione cardiovascolare raggiungere percentuali scarse su tutto il territorio nazionale. La frattura tra quanto dichiarato da medici di medicina generale e specialisti e quella che è l'evidenza epidemiologica del nostro paese va analizzata, soprattutto, indagando sulla qualità del tempo dedicato e sull'utilizzo di linguaggi e stili di comunicazione che creano, a volte, distanza tra clinici e pazienti. Il non parlare la stessa lingua, non accertarsi che il paziente abbia realmente compreso il percorso proposto, l'assenza di strumenti, anche tecnologici, che possano consentire un controllo costante, sono i fattori che limitano la capacità di modificare gli stili di vita a rischio e di instradare il paziente su un percorso di cura che possa evitare l'insorgere di acuzie in ambito cardiovascolare.

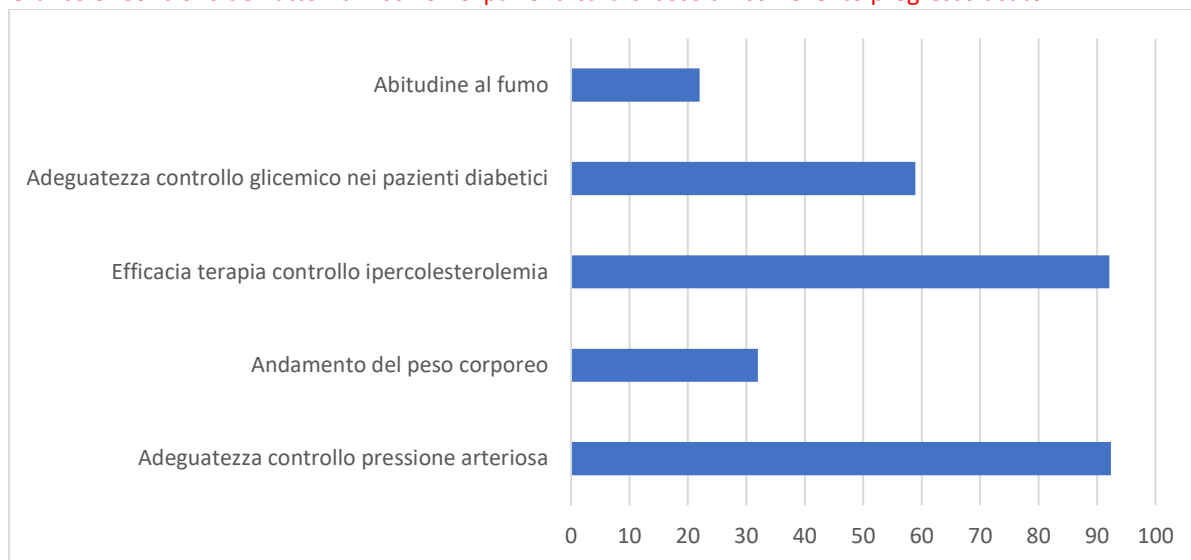
La prevenzione secondaria

Uno dei principali fattori di criticità nel percorso di cura dei pazienti con fattori di rischio cardiovascolare o con patologia conclamata è la capacità degli stessi di aderire al percorso terapeutico. I dati epidemiologici ci restituiscono l'immagine di un paese nel quale l'aderenza alle terapie, a prescindere dalla patologia del paziente, è sempre al di sotto degli standard ottimali. I fattori che generano questo stato di cose sono molteplici e riguardano sicuramente una scarsa propensione dei pazienti ad essere costanti nel proprio percorso di cura ma, anche, da una carenza organizzativa del sistema che non presenta strumenti in grado di accompagnare il paziente stesso nel suo percorso di salute. La mancata integrazione e l'assenza di un modello multidisciplinare condizionano fortemente la capacità del sistema e dei suoi attori di avere parte attiva nel percorso di aderenza terapeutica, nonostante una percezione e una dichiarazione di efficienza del proprio modello attivo da parte degli intervistati dalla survey.

Il 97% del campione dichiara infatti di valutare, sistematicamente, l'aderenza alle terapie dei propri pazienti, controllando i fattori di rischio in quei pazienti che hanno già avuto un evento cardiovascolare.

In particolare la valutazione viene effettuata monitorando costantemente l'adeguatezza della pressione arteriosa (92,4%), l'efficacia della terapia nel controllo dell'ipercolesterolemia (92,1%) e l'adeguatezza del controllo glicemico nei pazienti diabetici (58,9%). Minore attenzione, invece, viene dedicata al controllo dell'andamento del peso corporeo (32%) e al controllo dei corretti stili di vita, in particolare l'abitudine al fumo (22%).

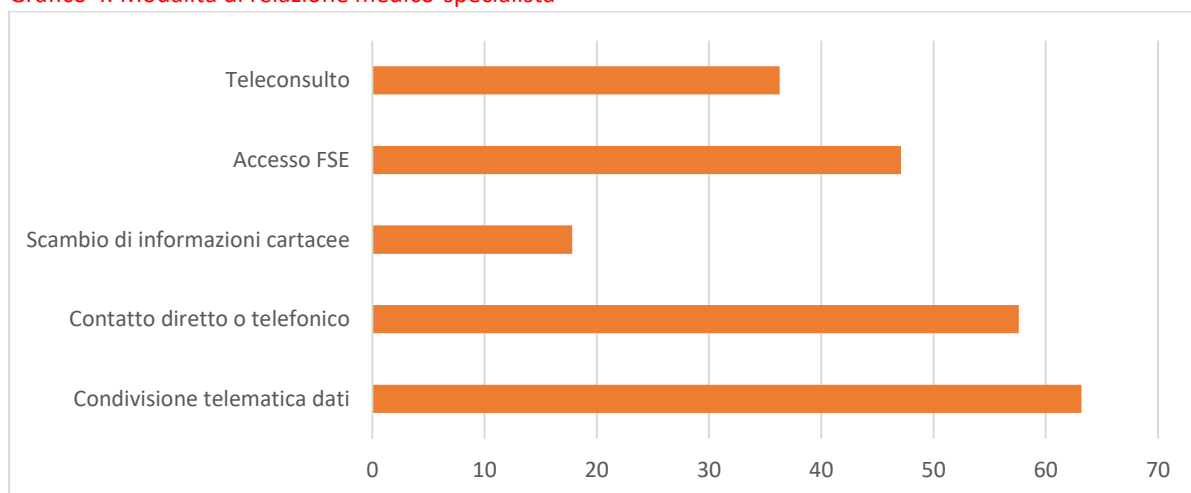
Grafico 3. Controllo dei fattori di rischio nei pazienti cardiovascolari con evento pregresso acuto



Entrando nel merito della relazione tra medico di medicina generale e specialista, la quasi totalità del campione ritiene che possa essere il giusto strumento per garantire una corretta gestione del paziente. Il 97,2% del campione, infatti, ritiene che la creazione di modelli in grado sistematizzare il confronto e lo scambio di informazioni sia ormai elemento imprescindibile per far fronte a richieste di salute sempre più complesse e diversificate.

L'utilizzo di piattaforme informatiche per la condivisione dei dati del paziente è il principale strumento indicato da oltre il 63% degli intervistati, seguito da una modalità più diretta di confronto telefonico (57,6%). In merito a questo ultimo dato è necessario specificare che la modalità di interazione telefonica, così come lo scambio di informazioni cartacee è percepito utile da una fascia del campione che ricade in un range anagrafico piuttosto elevato, ovvero quello che va dai 60 anni in su ed è spiegabile alla luce di una minore capacità di utilizzo di strumenti tecnologici da parte di una generazione di clinici non pianamente socializzata.

Grafico 4. Modalità di relazione medico-specialista



Il Fascicolo Sanitario Elettronico è un altro elemento percepito come particolarmente utile per la gestione multidisciplinare e congiunta dei pazienti con patologia cardiovascolare, così come l'utilizzo di strumenti di telemedicina, teleconsulto e televisiva che hanno conosciuto un particolare sviluppo nel periodo covid e rappresentano, oggi, elementi essenziali per una corretta, costante e snella presa in carico del percorso di salute dei cittadini.

La presa in carico

Accessibilità ai servizi

Entrando più a fondo nel percorso di presa in carico del paziente con fattori di rischio cardiovascolare emerge una realtà che vede il settore pubblico capace di effettuare una prima presa in carico in oltre il 76% dei casi. I cittadini/ pazienti, quindi usufruiscono sia della rete dei medici di medicina generale, sia dell'offerta specialistica pubblica nel momento dell'emersione del problema. La capacità dei medici di medicina generale di individuare le criticità resta il primo fattore di protezione per i pazienti stessi e una garanzia di funzionamento del sistema.

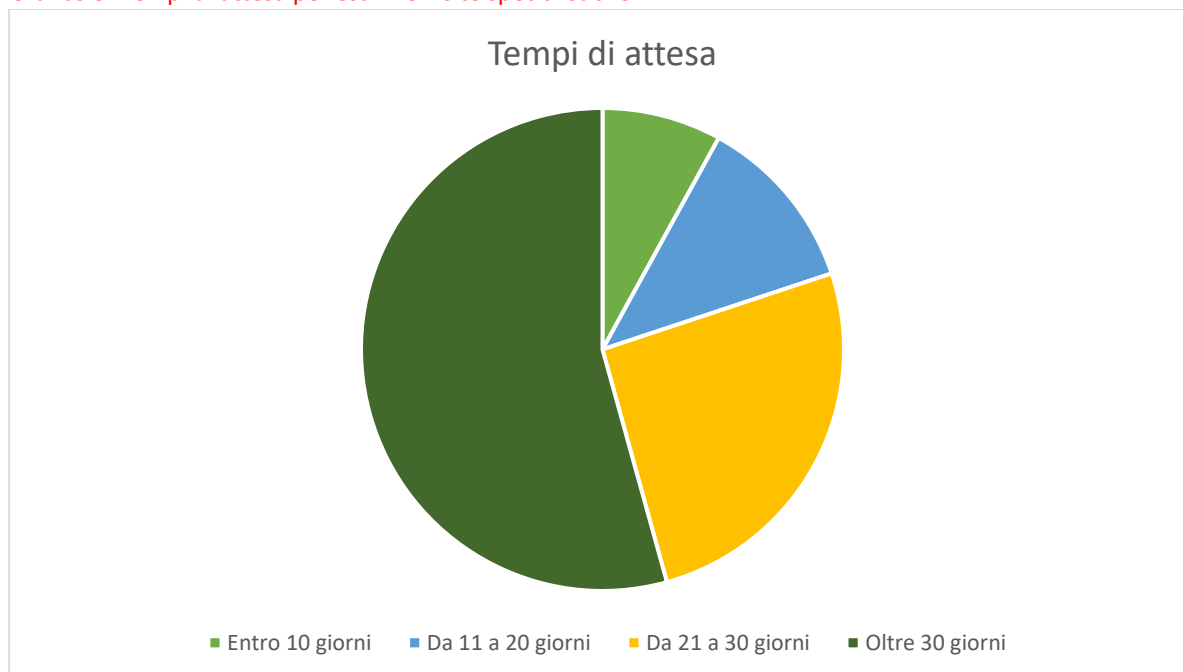
Soffermandoci però sui tempi di attesa medi per il primo accesso a visita specialistica o ad esame diagnostico

emergere un quadro che evidenzia le prime criticità.

In poco meno dell'8% dei casi la visita o l'esame specialistico sono garantiti entro 10 giorni (codice di priorità B sulla prescrizione) e nel 12% circa dei casi i tempi di attesa vanno dagli 11 ai 20 giorni. Più dell'80% degli intervistati dichiara che i tempi di attesa medi per la prima visita o esame specialistico per i loro pazienti vanno dai 21 giorni in su (il 54% riferisce di tempi di attesa che possono superare anche i 30 giorni).

Anche se è vero che tali dati risentono di una percentuale più alta in alcune regioni del sud (Calabria e Sicilia), nessuna delle realtà regionali presenta tempi di attesa riconducibili ad una soglia accettabile.

Grafico 5. Tempi di attesa per esami e visite specialistiche



Il dato può essere in parte spiegato con una certa incapacità del sistema pubblico di prendere in carico le richieste con codice di priorità B. I tempi di attesa, secondo una percezione degli intervistati, sono rispettati in ambito pubblico solo nel 30,4% dei casi, a fronte di una capacità del sistema privato accreditato pari al 60,8%. Questa fotografia risente, come evidenziato da numerosi studi pubblicati negli ultimi anni, di una incapacità cronica del sistema pubblico, in particolare del sistema ospedaliero, di far fronte ad una crescente richiesta di cure, situazione complicata ancora di più dall'emergenza pandemica che ha comportato la chiusura di ambulatori e la conversione di intere strutture ospedaliere per far fronte alla necessità di contenere la diffusione dei contagi e di strutturare un sistema in grado di garantire servizi ai positivi al covid.

La capacità del privato accreditato, invece, di far fronte alle richieste, risente meno delle criticità legate ai tempi di attesa e, sicuramente, ha risentito meno delle restrizioni imposte dal covid, seppure con percentuali molto diverse tra regione e regione, dovute all'organizzazione interna e alla capacità dei singoli sistemi sanitari di calcolare l'effettivo bisogno e definire il giusto budget a copertura delle prestazioni. I continui stop erogativi, esperienza soprattutto delle regioni del sud, condizionano fortemente la capacità dell'intero sistema di dare risposte nei tempi stabiliti per legge e di arrivare a diagnosi precoci in grado di limitare l'impatto del rischio cardiovascolare nel percorso di cura dei pazienti.

Nel percorso di cura dei pazienti, successivamente alla diagnosi, è spesso lo specialista a programmare il controllo successivo (66,8%), in tempi adeguati rispetto alla esigenza clinica (più dell'85% delle visite secondarie viene effettuata nei tempi previsti) e solo il 14% circa degli intervistati lamenta tempi di accesso eccessivamente lunghi rispetto all'esigenza.

La criticità segnalata dipende anche dalla carenza di sistemi di gestione del paziente. Solo il 37,5%, infatti, dichiara di utilizzare un sistema di gestione che riprogramma automaticamente le visite successive e che consente di seguire il paziente nel tempo

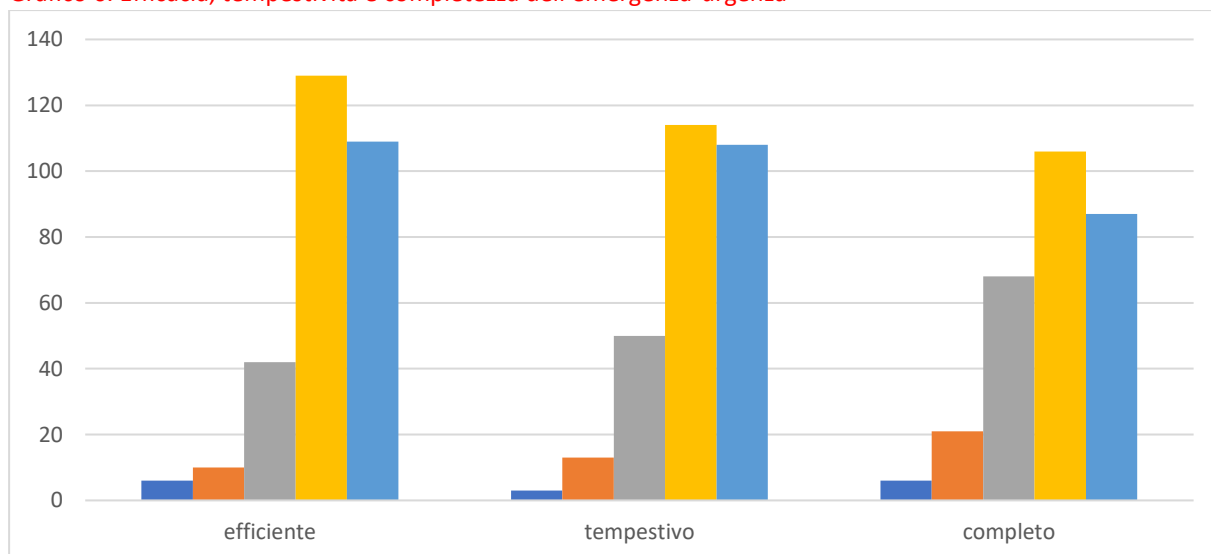
Presa in carico acuzie

L'indagine prosegue con l'analisi delle risposte fornite in merito alla presenza di sistemi e reti per la gestione dei pazienti interessati da acuzie.

Nello specifico emerge un quadro abbastanza chiaro dei servizi esistenti nelle diverse regioni e in particolare dell'esistenza di reti di emergenza urgenza sul territorio (rete IMA e stroke), circa l'82% degli intervistati dichiara l'esistenza della rete a fronte di un 12% circa che riferisce di una carenza organizzativa da questo punto di vista. Questo dato è trasversale a diverse regioni, fatto che fa presupporre che il sistema di organizzazione legato alle Aziende sanitarie non è omogeneo all'interno delle singole regioni e alcuni territori restano, ancora oggi, sprovvisti di un sistema di emergenza-urgenza efficace e capace di rispondere in tempi certi e rapidi alle esigenze di salute dei pazienti con acuzie cardiovascolare. Risulta quantomeno interessante verificare che circa il 6% del campione dichiara di non sapere se sul proprio territorio sia presente una rete (la quasi totalità del campione è ascrivibile alla categoria del MMG).

Lì dove la rete di emergenza-urgenza è presente si rileva una chiara percezione di efficienza, tempestività e completezza della stessa, con oltre l'80% del campione che si dichiara abbastanza soddisfatto o molto soddisfatto dei servizi esistenti. Restano comunque margini di miglioramento. Se si procede, infatti, ad una analisi più approfondita del dato, incrociato con le regioni di residenza dei rispondenti alla survey, emerge una posizione molto diversificata soprattutto nelle regioni del centro-sud, nelle quali risulta essere presente la rete ma con valori di efficienza, tempestività e completezza molto al di sotto della media nazionale.

Grafico 6. Efficacia, tempestività e completezza dell'emergenza-urgenza



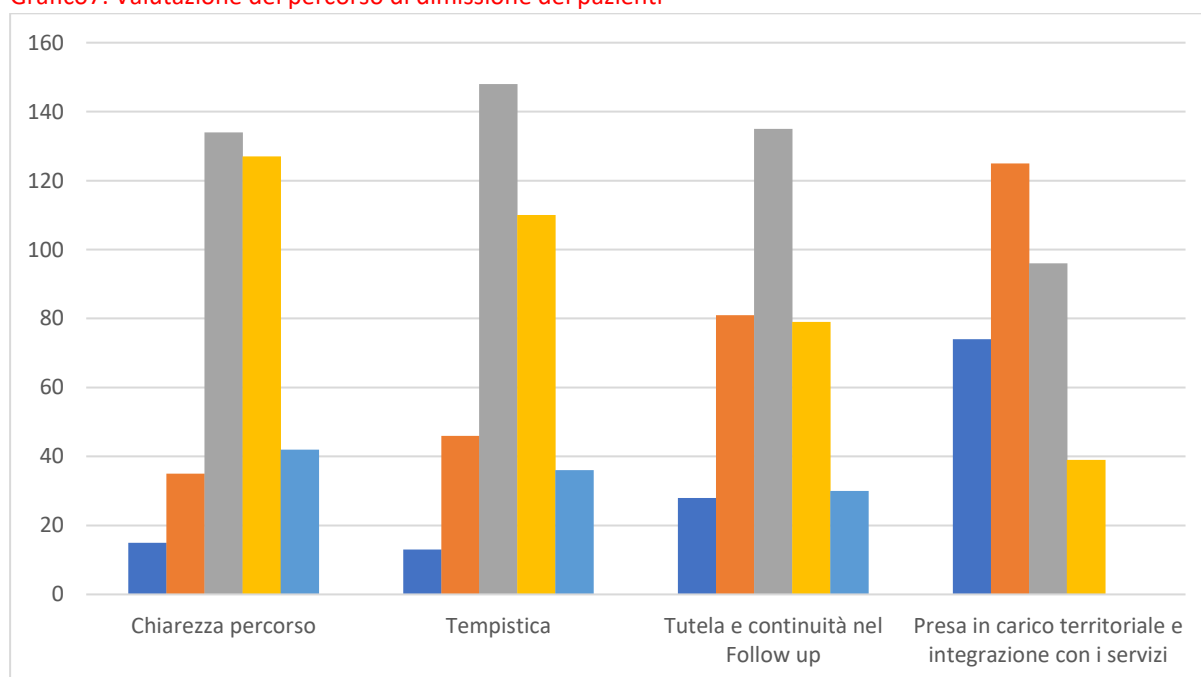
Ancora più nello specifico la valutazione fornita in merito alla qualità del percorso di presa in carico ospedaliera in termini di efficacia complessiva, vede una certa stratificazione di risposte che, seppur percentualmente più indirizzate ad una efficacia piena, con valori che vanno dal 7 al 10 di gradimento nell'oltre il 78% dei casi, lascia un ampio margine di miglioramento, ascrivibile alla qualità dei servizi e alla efficacia dei percorsi organizzati per singola struttura ospedaliera. Questo dato ci restituisce la necessità di costruire sistemi di presa in carico ospedaliera capaci di garantire equità e uguaglianza nell'accesso ai servizi e, allo stesso tempo, garantire una certa flessibilità necessaria all'adattamento alle singole realtà ospedaliere.

Il dato finora trattato è confermato anche dalle risposte fornite in merito all'esistenza di percorsi clinici specifici, attivati dalle strutture ospedaliere, per le patologie cardiovascolari. Questi sono presenti nel 65,3% dei casi a fronte di un 34,7% di realtà in cui sono esistenti.

Proseguendo però dobbiamo necessariamente rilevare che la maggior parte dei percorsi dichiarati dai singoli intervistati riguardano esclusivamente l'accesso alle visite e al rinnovo dei piani terapeutici. Quest'ultima opzione risulta particolarmente rilevante se incrociata con le esperienze emerse in periodo pandemico che hanno permesso una sburocratizzazione e una facilitazione dei percorsi di rinnovo quasi totalmente assente in periodo precedente.

Alcune criticità ulteriori emergono per la fase di dimissione ospedaliera. Se da un lato risulta chiaro il percorso di dimissione e non sussistono particolari criticità in merito alla tempistica dello stesso, non è altrettanto percepito efficiente il sistema di presa in carico e di monitoraggio del follow up (le percentuali di gradimento scendono sotto il 45%) e, soprattutto il sistema di presa in carico territoriale, ovvero l'integrazione fondamentale con gli altri servizi che dovrebbero concorrere nel percorso di tutela del paziente (gradimento al di sotto del 40%).

Grafico7. Valutazione del percorso di dimissione dei pazienti



A questo proposito è interessante notare che oltre il 98% degli intervistati dichiara di informare sistematicamente i propri pazienti dell'importanza dell'aderenza terapeutica. Questo dato, come abbiamo già avuto modo di verificare precedentemente, non è in linea con la fotografia dell'aderenza dei pazienti al percorso terapeutico nel nostro paese. Ancora una volta ci sono delle criticità che potrebbero essere legate in prima istanza allo stile di comunicazione del clinico e alla incapacità da parte dei pazienti di recepire le indicazioni indispensabili ad una piena attuazione del percorso.

Se è vero che per i pazienti è difficile modificare il proprio stile di vita per aderire ad un percorso di cura è altrettanto vero che emergono, proseguendo nella analisi, alcune criticità legate proprio allo scarso confronto tra specialisti e medici di medicina generale.

Il 45% circa del campione di riferimento dichiara, infatti, che i pazienti evidenziano una certa difficoltà a seguire le terapie assegnate e questo dipende, spesso, dalla complessità di un quadro clinico non conosciuto nella maggior parte dei casi dagli specialisti.

Le principali difficoltà che emergono, infatti, sono legate al numero eccessivo di farmaci che i pazienti devono assumere e agli effetti collaterali che le terapie causano in presenza di morbidità e di altre terapie già esistenti. Altra criticità che emerge è quella legata all'eccessiva burocrazia per il rinnovo dei piani terapeutici che limita la capacità, soprattutto dei pazienti fragili, di essere costanti nelle cure.

Un maggior dialogo tra le diverse figure che concorrono al percorso di salute dei pazienti, facilitato dall'utilizzo di piattaforme informatiche e da una piena attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, sarebbero fondamentale per risolvere gran parte delle criticità emergenti nei percorsi di cura individuali.

La gestione del percorso diagnostico-terapeutico del paziente, a seguito di dimissione ospedaliera per evento cardiovascolare acuto, resta una delle principali criticità generante disuguaglianze di trattamento e disomogeneità di accesso ai servizi.

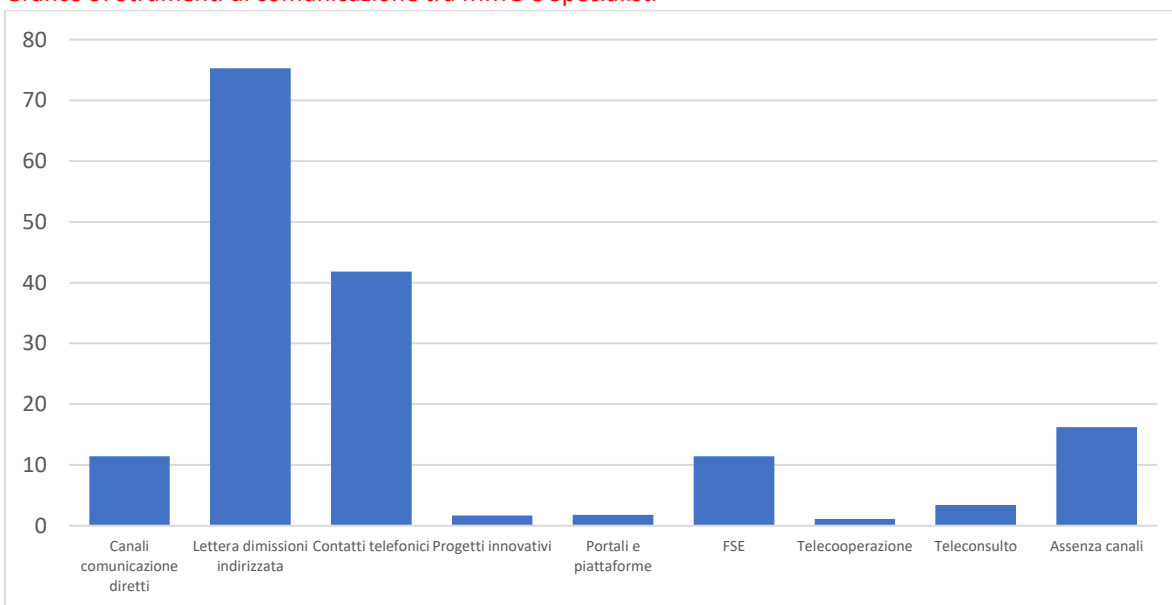
Solo nel 22,7% dei casi il percorso è gestito tramite l'interazione diretta dei MMG e le sedi di ricovero ospedaliero, a fronte di un 31,6% dei casi in cui è solo il MMG a farsi carico dell'organizzazione del percorso e di un 45,7% a carico, invece, delle stesse sedi di ricovero che ne gestiscono e definiscono il percorso dedicato.

Grafico 8. Gestione del paziente post dimissione



A questa disparità di gestione si somma la carenza di percorsi definiti per la riabilitazione di pazienti che hanno avuto eventi acuti cardio/cerebrovascolari. Il 35% del campione, infatti, riferisce la totale assenza di tali percorsi e, sebbene ci sia una prevalenza maggiore al sud, il dato riguarda specifiche zone all'interno di tutte le regioni italiane sottolineando, ancora una volta, come la capacità di organizzazione dei percorsi dipenda fortemente dalla capacità delle singole aziende e dei distretti in esse presenti di dare vita ad organizzazioni complesse e integrate tra i servizi esistenti e dalla presenza di canali e modelli di comunicazione tra i diversi attori, rodati, efficaci e generalmente riconosciuti.

Grafico 9. Strumenti di comunicazione tra MMG e Specialisti



La Telemedicina

Strumento sempre più importante e necessario nel percorso di presa in carico e gestione dei pazienti con patologia cardiovascolare è la telemedicina. Se il 69% circa degli intervistati dichiara che esistono programmi di telemedicina per la gestione dei pazienti, e nel 69% dei casi questi erano già presenti prima della pandemia, è interessante notare come solo in una piccola percentuale si tratti di sistemi organici e sistemici.

La maggior parte dei rispondenti alla survey, infatti, dichiara di utilizzare sistemi di messaggistica, tele refertazione o teleconsulto non all'interno di piattaforme regionali ma di progetti realizzati attraverso una rete informale e di collegamento tra MMG e specialisti.

Così come emerge chiaramente la carenza di programmi di home rehabilitation strutturati basati su recall telefonici, messaggistica, utilizzo di app, la cui incidenza è solo nel 21,6% dei casi.

Accessibilità ai farmaci e Piano Terapeutico

Concentrandoci poi sulla parte burocratica del percorso di cura dei pazienti abbiamo interrogato il nostro campione in merito alla attualità e all'efficacia del Piano terapeutico quale strumento di monitoraggio e di controllo del percorso di cura del paziente con patologia cardiovascolare. Circa l'80% del campione ritiene i Piani terapeutici strumenti ormai inadeguati e non più attuali alle esigenze di cure. Se è vero che consentono di controllare in parte l'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza alle terapie, l'eccessiva burocratizzazione del percorso ne ha fatto uno strumento obsoleto che rischia di trasformarsi in un deterrente alla prescrizione dei farmaci determinandone addirittura una sottoutilizzazione. Inoltre, viene percepito come uno strumento fortemente limitante dell'autonomia professionale dei medici.

Tale percezione è confermata dalla risposta fornita alla domanda sulla abolizione del Piano terapeutico al fine di semplificare l'accesso ai farmaci e snellire l'attività prescrittiva.

Oltre il 91% degli intervistati ritiene, infatti, che l'abolizione del piano terapeutico possa semplificare molto o abbastanza il percorso di cura dei pazienti e la capacità dei medici di influire sullo stesso.

Ulteriore elemento di miglioramento del sistema è estendere la possibilità da parte dei MMG di prenotare visite specialistiche per i pazienti assistiti. Questo avviene solo nel 40,6% dei casi, ma viene percepita come una opportunità da quasi l'80% del campione

Empowerment individuale, coinvolgimento del caregiver e rapporti con le Associazioni

Il ruolo che il caregiver può svolgere nel percorso di cura dei pazienti con patologie cardiovascolari è uno di quegli elementi sui quali è necessario porre particolare attenzione. Se è vero che questa figura è ormai generalmente riconosciuta e gode di un riconoscimento giuridico garantito soprattutto grazie al suo inserimento nel Piano Nazionale Conicità, è altrettanto vero che l'interazione con i MMG e con gli specialisti risente di alcune difficoltà oggettive.

Se da una parte c'è ancora ritrosia da parte dei clinici a coinvolgere figure ulteriori nel percorso di cura dei propri pazienti, è altrettanto vero che la qualità dei caregiver non è ancora particolarmente attenzionata dagli stessi pazienti. Spesso si tratta di familiari o di badanti che non hanno le corrette conoscenze e le competenze per poter rappresentare un valido supporto al paziente. Questo spiega, in parte, la ritrosia dichiarata da più del 40% del campione a coinvolgere il caregiver nel piano di cura del paziente e a riconoscergli un ruolo specifico.

La difficoltà di interfaccia dei clinici con figure altre rispetto a quella del paziente è avallata anche dalla dichiarata scarsa conoscenza sulla presenza di Associazioni di tutela dei pazienti che potrebbero rappresentare valido supporto conoscitivo e di trasferimento di competenze. Solo il 28% dichiara di conoscere l'esistenza di specifiche associazioni che tutelano pazienti con patologie cardiovascolari e solo la metà di questi dichiara di avere interazioni o collaborazioni, riconoscendo in esse un valore aggiunto nei percorsi di cura.

Lì dove, però, questa conoscenza è più approfondita e dove è accettato il ruolo delle Associazioni di tutela dei pazienti, è dichiarata anche la collaborazione in percorsi specifici che coinvolgono i cittadini nel riconoscimento dei sintomi, nella autogestione della patologia, nel supporto all'aderenza terapeutica e, soprattutto nell'applicare corretti stili di vita funzionali non solo al decorso della patologia ma al raggiungimento del benessere.

Generalmente, procedendo ad un incrocio dei dati forniti, emerge anche che una maggiore interazione con i diversi soggetti presenti sul territorio corrisponde anche ad una maggiore consapevolezza degli strumenti normativi presenti. È il caso della conoscenza dell'esistenza o meno della carta dei servizi delle singole Asl. Il 58% degli intervistati dichiara di conoscerne l'esistenza, ma solo una percentuale pari al 30% di questi dichiara di essere a conoscenza o meno di una specifica sezione dedicata ai servizi cardiovascolari. Se incrociamo questo dato con quelli analizzati precedentemente è facile verificare che più si ha interazione con associazioni, caregiver e altri soggetti presenti sul territorio più aumenta la consapevolezza delle norme e dei percorsi esistenti. Il dato di conoscenza, infatti, è prossimo al 96% tra coloro che dichiarano il coinvolgimento dei caregiver nei percorsi di cura e che interagiscono con le associazioni di tutela dei pazienti.

I pazienti con patologia cardiovascolare

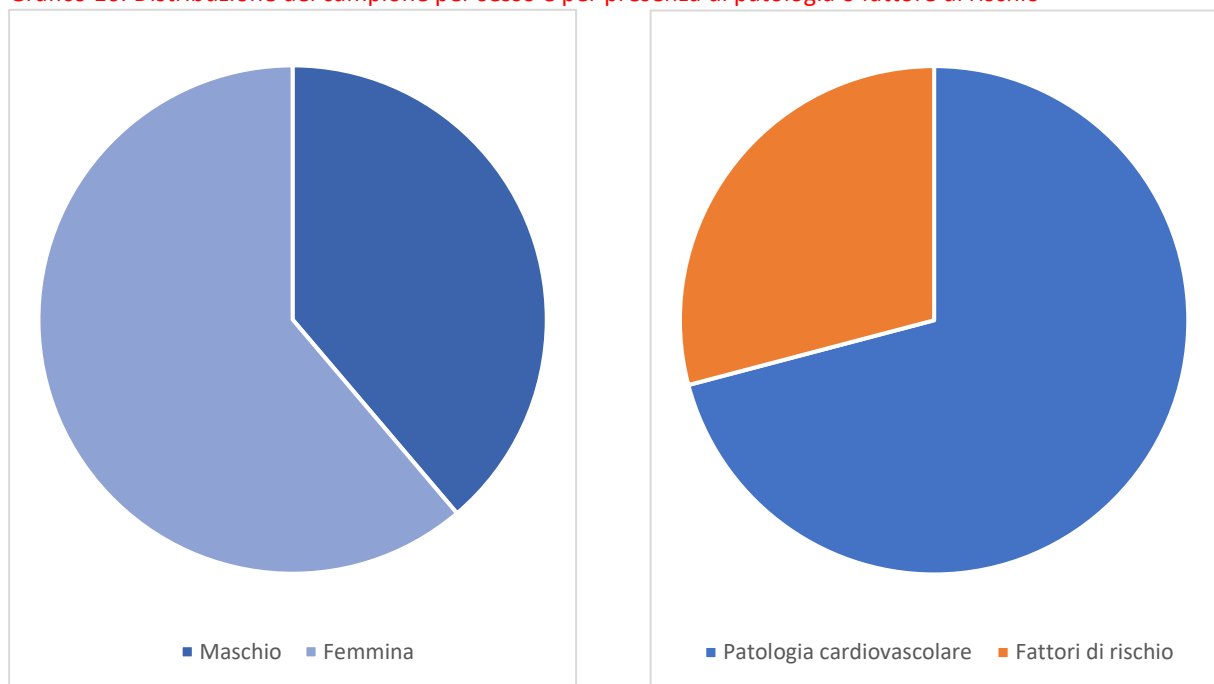
Numerosità del campione, distribuzione territoriale

La survey dedicata ai pazienti con fattori di rischio o con patologia cardiovascolare conclamata ha raccolto, nel periodo di somministrazione, 1.308 questionari.

Il campione di riferimento è formato per circa il 61% da donne a fronte del 39% di uomini, e si iscrive per oltre il 79% in una fascia di età pari o superiore ai 45 anni.

La provenienza territoriale è piuttosto disomogenea, con una predominanza di pazienti rispondenti residenti in Campania, Lazio e Veneto che raggiunge quasi il 70% del campione.

Grafico 10. Distribuzione del campione per sesso e per presenza di patologia o fattore di rischio



Il 47% del campione dichiara di essere residente in un paese o in una zona con popolazione sparsa, a fronte di un 23% residente in zona periferica o semiperiferica e di circa un 30% residente in città o zona centrale.

Il 70,9% è affetto da patologia cardiovascolare con esperienza pregressa di episodio acuto a fronte di uno scarso 30% di soggetti che dichiarano uno o più fattori di rischio.

Educazione alla salute e prevenzione

Prevenzione primaria

La survey dedicata ai pazienti si è concentrata principalmente sulla prevenzione primaria e nello specifico sulle principali fonti di informazione utilizzate dai pazienti per acquisire conoscenze e competenze sui corretti stili di vita e sulla prevenzione in presenza di fattori di rischio cardiovascolare.

Il dato che emerge prepotentemente è di una profonda diversificazione delle fonti predominanti di informazione. Se da un lato oltre il 46% del campione riferisce di affidarsi principalmente a fonti istituzionali riconducibili al sito del Ministero della Salute o ad altri Enti e Società scientifiche, solo il 16% fa riferimento ai servizi sanitari territoriali (MMG e Distretti) e quasi il 40% si affida ai social media, alla tv generalista o allo scambio di informazioni con conoscenti, amici o parenti.

Il dato sulla capacità di acquisire informazioni certe e strutturate è il primo campanello d'allarme e richiama alla necessità di strutturare meglio i percorsi di informazione e formazione dei pazienti, il cui apporto ad un corretto stile di vita in grado di limitare gli effetti dei fattori di rischio cardiovascolare è il vero fattore discriminante in un percorso di salute e benessere.

L'assenza di percorsi informativi e formativi è certificata anche dello scarso coinvolgimento degli stessi pazienti in iniziative di sensibilizzazione e informazione sui fattori di rischio cardiovascolare e sui corretti stili di vita rivolti alla popolazione. Solo il 24,6% del campione riferisce di essere stato coinvolto in percorsi più o meno strutturati. Nel 53 % dei casi si è trattato di incontri o eventi formativi in presenza o online, a fronte di una informazione che passa attraverso opuscoli informativi o singole campagne pubblicitarie che non coinvolgono direttamente i pazienti ma sono dedicate ad un pubblico generale (42.3%).

Altro dato interessante è che tali incontri dedicati sono stati organizzati, in quasi la metà dai casi, da Associazioni di pazienti o da Organizzazioni civiche di tutela (per la quasi totalità, circa l'80% si sono concentrati sulla diffusione di informazioni sui corretti stili di vita e sull'alimentazione) e solo nel 12% dei casi da Asl, MMG o servizi territoriali, sottolineando una scarsa attenzione dell'intero sistema alla prevenzione primaria e alla costruzione di processi dedicati ai pazienti che possano ridimensionare la pericolosità dei fattori di rischio cardiovascolare o seguire i pazienti che hanno avuto un episodio acuto nel loro percorso di cura.

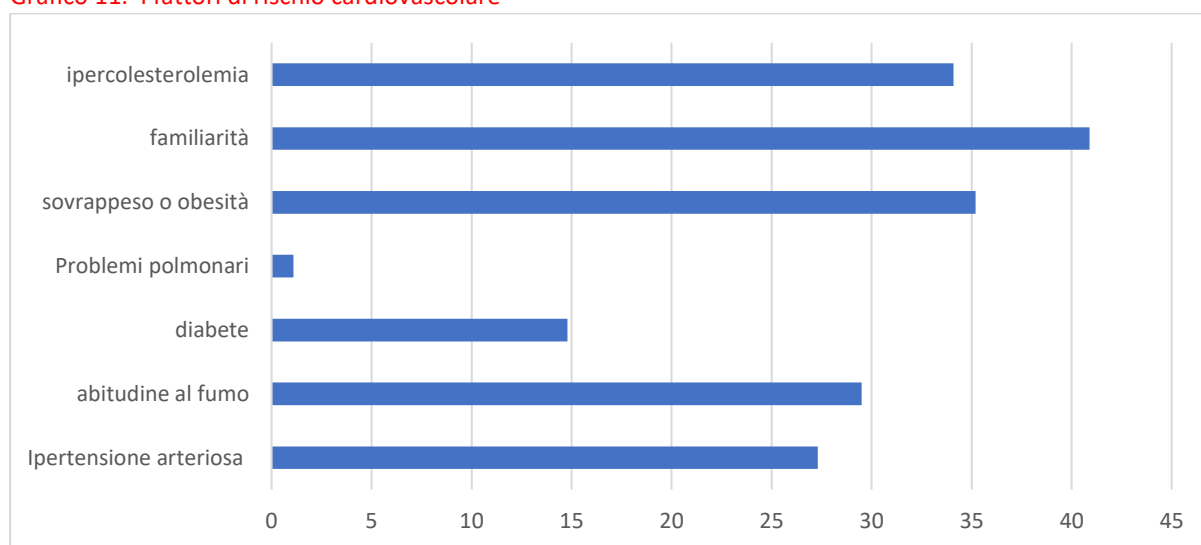
I fattori di rischio

In merito alla analisi proposta sui fattori di rischio abbiamo chiesto ai pazienti coinvolti se avessero avuto una qualche valutazione del proprio fattore di rischio da parte di un Medico di medicina generale o da parte di uno specialista: la risposta è stata positiva soli nel 21,6% dei casi, a fronte di una risposta negativa da parte di oltre il 60% del campione. Il dato che però

risulta particolarmente interessante è relativo al 18% dei rispondenti che dichiarano di non sapere se hanno ricevuto una valutazione del proprio rischio clinico, il che rimanda ad una scarsa comunicazione tra medico e paziente e corrobora quanto rilevato sul percorso informativo e formativo che i pazienti ricevono.

I 144 pazienti che dichiarano di aver ricevuto una valutazione del proprio profilo di rischio cardiovascolare (l'11% del campione) riferiscono di essere stati inseriti in un percorso con una chiara procedura di anamnesi basata su una batteria di domande e su specifiche analisi del sangue e di laboratorio, dimostrando che dove l'attenzione ai percorsi è strutturata e chiara è anche in grado di offrire un servizio utile e preventivo, in grado di coordinarsi con tutti i servizi territoriali.

Grafico 11. I fattori di rischio cardiovascolare



Dei pazienti che hanno ricevuto una valutazione oltre l'80% presenta un rischio cardiovascolare intermedio o basso, con la presenza però di più fattori di rischio che vanno dalla familiarità (40,9%), alla ipercolesterolemia (34,1%), passando per il diabete e per l'ipertensione arteriosa (rispettivamente il 15% e il 27%), fino ad arrivare ai problemi dell'obesità e alla abitudine al fumo (35,2% e 29,5%).

Prevenzione secondaria

Se 70% circa del campione dichiara di svolgere regolarmente controlli per tenere sotto controllo la propria situazione cardiovascolare, solo nel 30% dei casi si tratta di percorsi strutturati e scanditi temporalmente e organizzati da una struttura pubblica o da un MMG. In oltre il 60% dei casi si tratta invece di controlli autogestiti che non fanno parte di un percorso ma che vengono concordati, di volta in volta, o con lo specialista di riferimento o con lo stesso MMG.

Nel caso in cui il medico di riferimento del percorso sia uno specialista emerge un quadro che vede il paziente soddisfatto del percorso costruito per il proprio benessere e che comprende la capacità del sistema, in oltre il 75% dei casi, di garantire una presa in carico da parte dello stesso specialista che ha effettuato la prima visita e che accompagna il paziente nella sua storia cardiovascolare. Questo risulta essere un fattore positivo dal punto di vista del paziente che si sente maggiormente curato, con ricadute positive anche nel percorso di aderenza alla terapia e nella capacità di modificare i propri stili di vita per riadattarli alle esigenze che la patologia impone.

L'analisi qualitativa delle risposte fornite ci restituisce, infatti un quadro piuttosto variegato nel quale i pazienti che non sono inseriti in un percorso di garanzia dichiarano una scarsa continuità terapeutica e una difficoltà, di volta in volta, a ricostruire la propria storia clinica con pareri spesso discordanti e che hanno una percezione di instabilità e di inefficienza del sistema.

Un profondo lavoro va quindi avviato per garantire l'applicazione di modelli di cura che siano in grado di garantire il rapporto tra paziente e specialista e in grado di coinvolgere anche il territorio, luogo presso il quale si deve svolgere sia la fase di prevenzione sia la fase di cura quotidiana della patologia.

L'assenza di tali modelli, su quasi tutto il territorio nazionale condiziona molto la capacità dell'intero sistema di fare prevenzione e controllo sui fattori di rischio e limita la capacità di evitare l'insorgere di episodi acuti cardiovascolari.

Il percorso di presa in carico

Accessibilità ai servizi

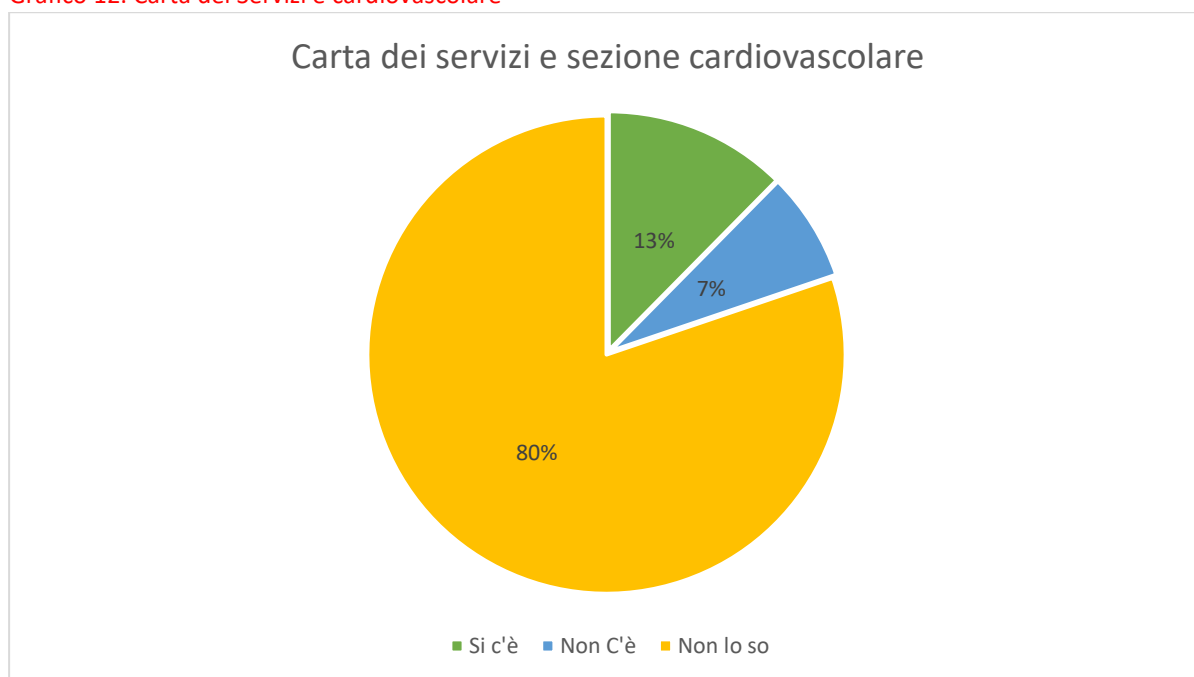
Il percorso di analisi dei dati prosegue rispetto alla presenza o meno di servizi dedicati ai pazienti cardiovascolari in ambito pubblico e alla conoscenza degli stessi da parte dei pazienti lì dove presenti.

Emerge subito che il 47% degli intervistati dichiara di essere a conoscenza della presenza di servizi dedicati alle persone con patologie cardiovascolari ma di usufruirne solo nel 27% dei casi. Il dato più allarmante è legato, però, alla dichiarazione di totale inesistenza degli stessi (11% dei casi) o alla non conoscenza di attivazione di tale tipologia di servizi (41,1%). Questo ultimo dato ci sembra particolarmente in line con quanto dichiarato precedentemente, ovvero una scarsa capacità da parte del sistema di costruire percorsi dedicati e di coinvolgere i pazienti all'interno degli stesso anche dove presenti.

Il dato è corroborato dalla quasi totale mancanza di conoscenza sulla presenza nella Carta dei Servizi, nella ASL di appartenenza, di una specifica sezione dedicata ai servizi cardiovascolari. Oltre l'80% del campione dichiara, infatti, di non essere a conoscenza della presenza di sezioni specifiche, e il 7% dichiara invece l'assenza di tale strumento nella propria Asl. Solo il 12,4%

dichiara di essere a conoscenza di una specifica sezione della Carta dei Servizi dedicata al cardiovascolare.

Grafico 12. Carta dei Servizi e cardiovascolare

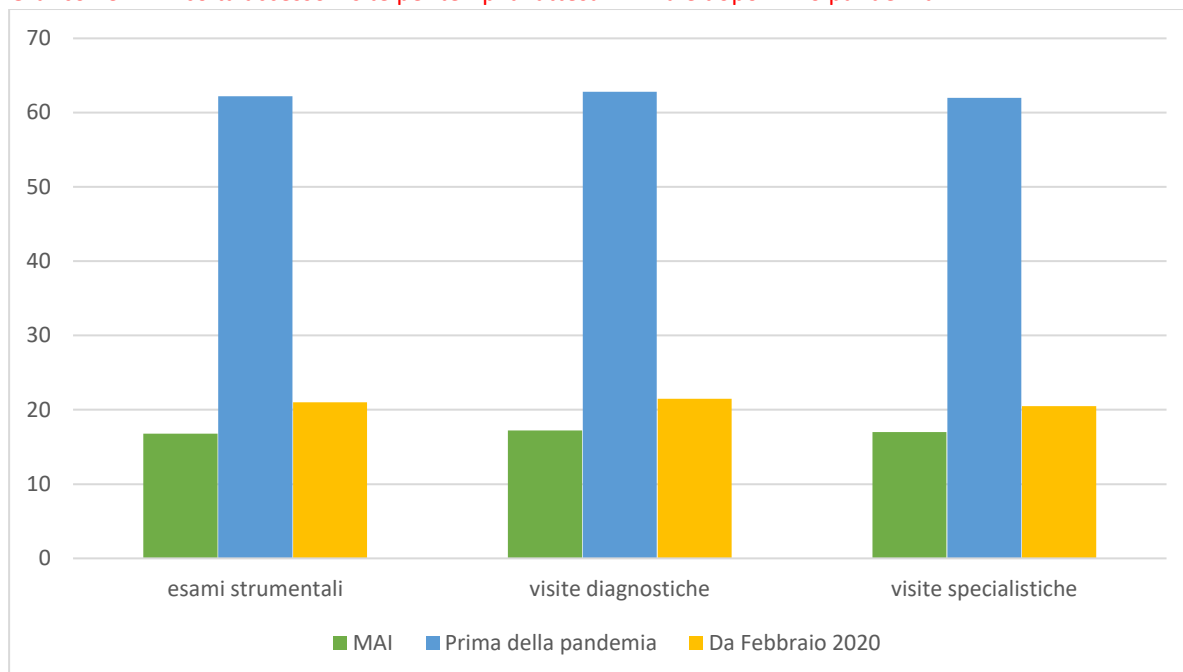


Si è proceduto poi ad una analisi delle difficoltà di accesso riscontrate dai pazienti con fattori di rischio o con patologia cardiovascolare conclamata rispetto a tre strumenti principali: esami strumentali, visite diagnostiche e visite specialistiche.

Per tutte le categorie individuate è stato chiesto ai pazienti rispondenti alla survey se avessero avuto esperienze di difficoltà di accesso dovute ai lunghi tempi di attesa.

È emerso che la pandemia non è stato un fattore discriminante in quanto, nella maggior parte dei casi (in media il 62% circa) le difficoltà erano presenti già prima dell'inizio della pandemia, situazione che si è accentuata successivamente nel 21% dei casi, a fronte di una dichiarazione di efficienza dei servizi e di assenza di problematiche di accesso in circa il 17%.

Grafico 13. Difficoltà accesso visite per tempi di attesa. Prima e dopo inizio pandemia



654 pazienti dichiarano, inoltre, di avere avuto visite annullate o rimandate a data da destinarsi a causa della pandemia e rispetto alle quali hanno fatto fronte rivolgendosi, per circa il 60% dei casi a strutture sanitarie private, percepite come strutture in grado di offrire servizi con tempi di attesa più accettabili rispetto al pubblico (78,4% dei casi) e di migliore qualità (17,5%). Un dato che andrebbe sicuramente approfondito in una ulteriore analisi è quello che vede pazienti con patologie cardiovascolari recarsi presso strutture convenzionate nelle quali operano gli stessi specialisti che hanno effettuato la presa in carico in strutture pubbliche (3.2%).

Va comunque sottolineato che per stessa rispondenza dei pazienti intervistati le strutture pubbliche dedicate alle patologie cardiovascolari sono presenti, in una distanza inferiore ai 40 km, in oltre il 70% dei casi e pertanto non è la carenza di strutture o di servizi il vero punto di discriminazione quanto, piuttosto, una inadeguatezza dei modelli di gestione, applicati sicuramente a macchia di leopardo e con differenze che generano difficoltà di accesso ai servizi e disuguaglianza territoriale.

Presa in carico delle acuzie: il percorso ospedaliero

Come già richiamato precedentemente, oltre il 70% degli intervistati è affetto da patologia cardiovascolare e il 66,9% di questi dichiara di aver avuto uno o più episodi acuti che hanno richiesto una degenza in ospedale e/o un accesso in Pronto Soccorso.

La valutazione che i pazienti offrono sulla rete di Emergenza-Urgenza che si è attivata nell'assistenza rispetto all'ultimo episodio cardiovascolare acuto ci restituisce l'immagine di

una rete percepita come tempestiva ed efficace ma con una valutazione piuttosto critica rispetto alla umanizzazione e alla qualità della relazione. Se per le prime due categorie, infatti, le percentuali di gradimento attestano tra il buono e l'eccellente nel 56% dei casi (con ampi margini di miglioramento dovuti ad una valutazione intermedia), nel caso dell'attenzione alla relazione con il paziente le percentuali sul gradimento del servizio scendono al 28%, dimostrando una scarsa attenzione alle esigenze del paziente, fatto che può essere solo in parte giustificato dalla necessaria tempestività di intervento che gli episodi cardiovascolari richiedono.

In merito al percorso di presa in carico ospedaliera, da pronto soccorso in poi, il servizio è valutato efficace e fluido ma con una scarsa capacità di integrazione con gli altri servizi territoriali. La maggior parte dei pazienti intervistati, inoltre, offre una risposta intermedia che lascia ampi margini di miglioramento e su quali sarà necessario proporre un ulteriore approfondimento. Sebbene in generale l'esperienza ospedaliera sembra essere positiva non possiamo non sottolineare le disparità di esperienze su base regionale, con le regioni del sud che arrancano rispetto ad altre aree del paese che riescono ad offrire servizi migliori (c'è da sottolineare che il dato è in parte falsato dalla eccessiva rispondenza da parte di pazienti provenienti dalla Campania).

Solo il 26,8% dei pazienti che hanno avuto uno o più episodi acuti è stato inserito in un percorso clinico per patologie cardiovascolari e di questi, il 60% dichiara che il percorso faceva riferimento ad un PDTA (il 41,7% PDTA regionale – il 39,8% PDTA Aziendale – l'8,5% non sa di che natura).

Dimissioni dall'Ospedale

Abbiamo poi proceduto ad indagare il percorso di dimissioni dall'ospedale, chiedendo al campione di riferimento di esprimersi su una serie di valutazioni.

Il 32,9% dei rispondenti dichiara efficace la comunicazione ricevuta in merito all'organizzazione del percorso di dimissione, con particolare attenzione alle diverse fasi dello stesso e ricevendo materiale informativo e ausili per il post ospedaliero. Se un ulteriore 42,7% dichiara accettabile, anche se migliorabile il percorso, desta preoccupazione il quasi 33% di pazienti che definiscono scadente il percorso di dimissioni che li ha lasciati disorientati e senza punti di riferimento.

Una situazione simile è dichiarata dai pazienti in merito alla tempistica del percorso, percepita come accettabile ma migliorabile nel 57,3% dei casi, scadente nel 14,6% e appropriata solo nel 28% dei casi.

Stessa situazione si ripropone in risposta alla richiesta di valutazione degli aspetti di tutela e continuità nella fase di Follow up che vede il sistema percepito come efficace nel 25,6% dei casi, accettabile ma migliorabile nel 45,1% e scadente nel 29,3%.

La presa in carico territoriale che prevede una integrazione tra diversi servizi è percepita come il punto debole dell'intero sistema di dimissioni. Solo il 13% degli intervistati ne dichiara l'efficacia, a fronte di una valutazione scarsa o molto scarsa in oltre il 50% dei casi, nei quali il paziente si è trovato disorientato, senza punti di riferimento e con scarse informazioni trasferite al MMG di riferimento.

Nei casi di dimissioni e invio del paziente in un Centro di Cardiologia Riabilitativa la percezione dei pazienti cambia radicalmente. È oltre il 62% che dichiara infatti una efficienza del sistema e un ricovero tempestivo e adeguato alle esigenze di riabilitazione, con un ulteriore 25% che dichiara il proprio inserimento in registri dedicati creatisi a causa della impossibilità di procedere al ricovero per problemi legati alla pandemia.

Situazione opposta, invece per quanto riguarda la definizione di un progetto riabilitativo domiciliare che richiede una organizzazione multidisciplinare e multiservizio che poco si integra e che riesce scarsamente a dare riscontro alle esigenze dei pazienti. Solo il 36,3% dei pazienti con esigenze di riabilitazione domiciliare è stato inserito in un chiaro percorso prima delle dimissioni ospedaliere, a fronte di un 73,7% che dichiara una molteplicità di criticità, una assenza totale di informazioni e di supporto e, in molti casi, l'impossibilità di ricevere il servizio domiciliare.

Telemedicina e accesso ai farmaci

Sebbene la pandemia abbia contribuito ad accelerare notevolmente lo sviluppo della telemedicina in Italia, rispetto all'esperienza vissuta dai pazienti rispondenti alla survey, la capacità del sistema di coinvolgerli all'interno di un percorso strutturato è stata piuttosto scarsa. Solo il 3% di essi dichiara di essere stato inserito all'interno di un programma di e-Health (40 pazienti su 1.308 intervistati).

Il quadro che emerge non è di gran lunga migliore rispetto alla capacità dei servizi di coinvolgere pazienti in programmi di home rehabilitation mediante l'utilizzo di recall telefonici o messaggistica o l'inserimento in app e piattaforme (82 pazienti).

Dal punto di vista di gestione del paziente con le nuove opportunità che la digitalizzazione e la informatizzazione mettono a disposizione, si dovrà sicuramente lavorare di più e prevedere sistemi in grado di accompagnare i pazienti e di offrire servizi che si delineano sempre più per la loro immaterialità ma che offrono la possibilità di un monitoraggio costante e progressivo rispondente alle esigenze di salute individuali. Un aspetto che invece è stato accolto con particolare favore da tutti i pazienti è quello legato alle facilitazioni dell'accesso ai farmaci, reso possibile dall'attivazione della Distribuzione per Conto (DPC) che ha permesso l'acquisto dei farmaci direttamente presso le farmacie di comunità senza doversi recare nelle farmacie ospedaliere (il 92,7%). Una valutazione favorevole viene fatta anche sulla diffusione della ricetta dematerializzata e inviata telematicamente (89% di gradimento) e al rinnovo automatico dei piani terapeutici che erano percepiti come un ostacolo proprio al continuo reperimento dei farmaci (76%).

Empowerment individuale e il ruolo del caregiver

L'informazione e la formazione dei pazienti e dei loro caregiver risulta essere ancora uno dei punti deboli del percorso di cura. La figura del caregiver è, infatti, poco considerata e riconosciuta. Complice di questa situazione è che il caregiver, soprattutto per i pazienti anziani, è una figura ricoperta da badanti, nella maggior parte dei casi straniere, che non hanno la giusta competenza per poter accompagnare il paziente nel proprio percorso.

La survey ci restituisce una immagine piuttosto chiara che vede il coinvolgimento del paziente con il caregiver solo nel 6% dei casi e un mancato coinvolgimento totale in circa il 60%.

Approfondendo la tipologia di coinvolgimento del 6% dei pazienti emerge la partecipazione a programmi di educazione ed autogestione della patologia e dei corretti stili di vita in 45 casi, così come per il coinvolgimento pieno nel percorso di aderenza terapeutica (52 pazienti).

Un certo ruolo di accompagnamento dei pazienti con patologie cardiovascolari è svolto dalle associazioni di tutela che rappresentano un punto di riferimento nel 53,7% dei casi.

Conclusioni

Il percorso di ricerca svolto dimostra come sia ancora profondo il lavoro che dobbiamo condurre per garantire un percorso di cura per i pazienti con fattori di rischio cardiovascolare che parta dalla prevenzione, passi da una diagnosi precoce e sia in grado di limitare l'insorgere di eventi acuti se non di eliminarli.

L'immagine che le survey ci restituiscono è quella di un paese nel quale l'offerta dei servizi preventivi, così come le reti ospedaliere, è ancora troppo a macchia di leopardo, fattore che genera disuguaglianze di accesso ai servizi e disparità di cure tra cittadini.

Il tasso di mortalità analizzato in apertura del presente lavoro e che vede una maggiore incidenza nelle regioni del Sud è sintomatico di una fragilità del sistema e ci dimostra che lì dove l'organizzazione della rete e dei servizi è più efficace, i tassi di decesso si riducono e aumenta anche il livello di benessere del cittadino con patologia cronica.

Una prima azione è, quindi, quella di ridurre le disuguaglianze presenti e i fondi che il PNRR destinerà alla ristrutturazione della medicina territoriale potranno fungere da volano per la ristrutturazione di interi modelli che, oggi, sono carenti anche a causa di una subordinazione della Medicina di prossimità rispetto alla organizzazione ospedaliera.

Va migliorata la prevenzione che non può più solo basarsi sul monitoraggio dei fattori di rischio dei pazienti, ma deve far parte di una strategia comune intersettoriale, in grado di coinvolgere lo stesso sistema educativo del Paese. Dobbiamo far crescere nuove generazioni più consapevoli del proprio ruolo individuale sulla salute collettiva. Abbiamo bisogno di modificare profondamente i nostri stili di vita che rappresentano il fattore di rischio modificabile sul quale è possibile incidere maggiormente evitando, in molti casi, il decesso.

L'analisi dei dati ci offre la possibilità di poter proporre un modello di prevenzione basato su una collaborazione tra medici di medicina generale e specialisti ospedalieri che può avvalersi anche di supporti tecnologici, oggi indispensabili per un corretto percorso di cura.

La collaborazione pratica potrebbe partire dalla individuazione di una serie di alert sulle piattaforme di gestione dei pazienti oggi in uso ai MMG e all'utilizzo di canali di comunicazione con gli specialisti ospedalieri per stabilire, congiuntamente, il percorso di cura migliore per ogni singolo paziente.

Il sistema che immaginiamo avrebbe il vantaggio di costituire un primo esempio di medicina di iniziativa e di costruire il primo modello di integrazione ospedale- territorio che non si basi solo ed esclusivamente sulla gestione di un paziente ormai cronico, ma che possa evitare l'ospedalizzazione e la stessa cronicizzazione di una patologia.

La ricerca ha dimostrato che sussistono tutti gli elementi per poter arrivare ad un modello di gestione dei cittadini, facendo prevenzione, incidendo notevolmente sull'insorgenza di acuzie e rendendo l'intero sistema più sostenibile, svincolando risorse preziose da reinvestire.

Dobbiamo sottolineare anche che la ricerca evidenzia una chiara distorsione nella percezione del rapporto tra medici e pazienti, soprattutto in merito alla informazione e alla formazione degli stessi per una corretta aderenza alle terapie e alla gestione della propria patologia.

Il Covid ci ha offerto una straordinaria possibilità di sviluppo della salute pubblica e, oggi, disponiamo di tutti gli strumenti esperienziali, economici e tecnologici per costruire il modello futuro basato sulla prevenzione e sulla cura della persona piuttosto che della patologia.

Il passaggio da una salute individualistica a una visione di comunità è il primo cambiamento che dobbiamo introiettare per ripensare in modo sistemico la salute nel nostro Paese che non può più incentrarsi sulla risposta alle emergenze o sull'ospedalizzazione, ma deve garantire una capacità intrinseca di adattamento ai cambiamenti epidemiologici, demografici, sociali, economici e ambientali attraverso una moltiplicazione di servizi e un forte rinnovamento dell'offerta a partire dall'assistenza territoriale.

È proprio dall'assistenza territoriale che deve svilupparsi il rinnovamento dell'integrazione con le strutture ospedaliere e una cultura di prevenzione che ne esalti la specializzazione e tutto può avvenire solo attraverso un coinvolgimento diretto di tutti i soggetti che concorrono al percorso di salute pubblica, in primis le associazioni e il Terzo settore.

Abbiamo vissuto e stiamo continuando a vivere un forte stravolgimento dei nostri sistemi sociali e sanitari che richiedono soluzioni definitive a criticità storiche sulle quali hanno pesato fortemente le decisioni politiche e il definanziamento, attuati sulla visione dei servizi pubblici come costo e non come investimento. Va recuperata una dimensione resiliente della tutela della nostra salute e, soprattutto delle generazioni future spingendo su una sfida di modernizzazione dell'intero sistema Paese che ci trascini fuori dal pantano nel quale oggi viviamo e che sia in grado di incidere anche sull'analfabetismo, sulla povertà economica e sociale che sono diretta conseguenza di uno Stato che sta arretrando da troppo tempo.

La pandemia ci ha dato una opportunità, quella di ripensarci come nazione e di fermarci a riflettere sugli errori commessi in passato e sulle criticità oggi ancora presenti nei diversi sistemi, sta a tutti noi cogliere la sfida ed evitare il fallimento.



Con il contributo non condizionato

