

**DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE  
ASUR  
N. DEL**

**Oggetto: RETE CLINICA CARDIOLOGICA ASUR**

**IL DIRETTORE GENERALE  
ASUR**

- . . . -

**VISTO** il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

**RITENUTO**, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

**ACQUISITI** i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore amministrativo, ciascuno per quanto di rispettiva competenza;

**- D E T E R M I N A -**

1. Di approvare il documento "Rete Clinica Cardiologica ASUR", allegato1;
2. Di trasmettere il presente atto ai Direttori di AAVV, ai Direttori di Presidio Ospedaliero, ai Direttori di Distretto, ai Direttori di C.O. 118, ai Direttori di Pronto Soccorso, ai Direttori di UUOO Cardiologia, ai Direttori/Dirigenti dei Servizi Professioni Sanitarie, per ogni relativo seguito di competenza;
3. Di dichiarare che dal presente atto non derivano costi a carico del Bilancio ASUR;
4. Di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione all'Albo Pretorio Informatico Aziendale, ai sensi dell'art. 28 della L.R. 26/96, come sostituito dall'art.1 della L.R. 36/2013;
5. Di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art.17 della L.R. 26/96 e s.m.i.

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

(Dott. Pierluigi Gigliucci)

**IL DIRETTORE SANITARIO**

(Dr.ssa Nadia Storti)

**IL DIRETTORE GENERALE**

(Dr. Alessandro Marini)

Per i pareri infrascritti:

**U.O. CONTROLLO DI GESTIONE E BILANCIO**

Visto quanto dichiarato dal responsabile del procedimento si attesta che dal presente atto non derivano costi aggiuntivi a carico del Bilancio ASUR.

**Il Direttore Area Controllo di Gestione**

(Dott.ssa Sonia Piercamilli)

**Il Direttore Area Contabilità, Bilancio e**

**Finanza**

(Dott. Luigi Stortini)

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

STAFF DIREZIONE SANITARIA

**Normativa di riferimento**

1. D.M. 70/2015 Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;
2. DGRM 1345/13 Riordino delle Reti Cliniche nella Regione Marche;
3. DGRM 1219/14 Modifica della deliberazione n.1345/13 e n. 551/13 concernente la definizione di parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del SSR;
4. ASUR DG 916/15, all. 1: Rete cardiologica percorso STEMI;
5. DGRM 1282/16 Rete Telematica Sindromi Coronariche Acute
6. ASUR DG 361/17 Adeguamento dell'assetto organizzativo definito con ASURDG n. 481/16
7. DGR n. 541 del 15/07/2015 "Recepimento Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70. "Regola mento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (G.U. Serie Generale n. 127 del 4-6-2015);
8. DGR n. 846 del 25/07/2016 "Estensione del servizio di elisoccorso H24 (con servizio notturno) e/o nelle condizioni metereologiche caratterizzate da scarsa visibilità".

**Bibliografia**

1. Boersma E et al : Early thrombolytic treatment in acute myocardial infarction: reappraisal of the golden hour. Lancet 1996; 348:771-775;
2. Boersma E et al: Does time matter? A pooled analysis of randomized clinical trials comparing primary percutaneous coronary intervention and in-hospital fibrinolysis in acute myocardial infarction patients. Eur H Journal 2006;27: 779-788;
3. O'Gara PT et al: 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of ACCF/AHA task force on practice guidelines. Circ 2013; 127:e362-e425;
4. Ibanez B. et al: 2017 ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST- segment elevation. Eur H Journal 2017; 00: 1-66;
5. Linee Guida Nazionali 2006 ASSR-PNLG di Cardiologia Riabilitativa e Prevenzione Secondaria delle Malattie Cardiovascolari;
6. Piano di indirizzo 2010 Ministero della Salute sulla Riabilitazione, GU Serie Generale n° 50, suppl. ord. n° 60, 2 marzo 2011;
7. Quaderno Ministero della Salute n° 8/2011 su Centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali;

8. Quaderno Ministero della Salute n° 1/2010 su Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza alle malattie del sistema Cardio-vascolare;
9. Documento di consenso FIC 2009 su Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia;
10. Conferenza Nazionale di Prevenzione ANMCO-ISS 2010/2011;
11. AACVPR/ACCF/AHA 2010 Update: performance measures on cardiac rehabilitation for referral to CR/Secondary Prevention Services. JACC 2010; 56: 1159;
12. AACVPR/ACCF/AHA 2007 Performance measures on cardiac rehabilitation for referral and delivery of CR/Secondary Prevention Services. JACC 2007; 50: 1400;
13. ACCF/AHA/ACP 2009 Competence and training statement: a curriculum on prevention of cardiovascular disease. JACC 2009; 54: 1336;
14. Cardiac Rehabilitation Section and committee on Education and Accreditation EACPR. Can level of education, accreditation and use of databases in CR be improve? Results from ECR Inventory Survey. Eur J Prev Cardiol 2011; 19: 143;
15. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: physical activity counselling and exercise training. Key components of the position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the EACPR. Eur H J 2010; 31: 1967;
16. The ESC Core Curriculum of the General Cardiologist. ESC Education Committee 2006-2008;
17. The ESC Core Syllabus. A learning frame work for the continuing medical education of the General Cardiologist. ESC 2004;
18. Documento di Consenso ANMCO/IACPR-GICR. Criteri per la selezione dei pazienti da inviare ai centri di cardiologia riabilitativa. G Ital Cardiol 2011; 12: 219;
19. Requisiti e Indicatori in Cardiologia Riabilitativa: documento di consenso del GICR/IACPR. Monaldi Arc Chest Dis 2012;78:168-192;
20. Documento ANMCO/GICR-IACPR/GISE: L'organizzazione dell'assistenza nella fase postacuta delle sindromi coronariche. G.Ital.Cardiol. 2014;15:Suppl 1 al n°1;
21. Piepoli MF, Corrà U, Adamopoulos S, et al. Secondary prevention in the clinical management of patients with cardiovascular disease. Core components, standards and outcome measures for referral and delivery. A Policy Statement from the Cardiac Rehabilitation Section of the EACPR. Endorsed by the Committee for Practice Guidelines of the ESC. Eur J Prev Cardiol 2012; Jun 20;
22. Documento del Tavolo Tecnico Direzione Sanità Regione Lombardia. Appropriatezza delle attività di Cardiologia Riabilitativa nel sistema Sanitario della Regione Lombardia e PRI unificato. DGR Requisiti di Accreditamento organizzativi e funzionali delle Strutture di Riabilitazione Cardiologica. Regione Lombardia. DGR 9.4.2009 n° 423;
23. Percorsi Assistenziali in Riabilitazione Cardiologica (ARS Liguria). DGR Regione Liguria 17.9.2010 n° 1082;
24. Atto di indirizzo e coordinamento per l'organizzazione dei servizi di riabilitazione. DGR Regione Veneto 1 Febbraio 2000 n° 253;
25. Linee Guida per i controlli di appropriatezza dei ricoveri nelle UO di Riabilitazione. DGR Regione Veneto 4.12.2007 n° 3913;
26. Piano della Riabilitazione Regione Sicilia, GU Regione Sicilia, anno 66, n° 54 del 21.12.2012;

27. "TOOLKIT for Clinical Decision-Making – Second Edition" dell' Acute Cardiovascular Care Association della Società Europea di Cardiologia 2015;
28. 2017 HRS/EHRA/ECAS/APHRS/SOLACE expert consensus statement on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation. Europace 2017 Sep 15. doi: 10.1093/europace/eux274. [Epub ahead of print];
29. European heart Rhythm Association (EHRA) consensus document on the management of supraventricular arrhythmias, endorsed by heart Rhythm society (HRS), Asia-Pacific Heart Rhythm Society (APHRS), and Sociedad latinoamericana de Estimulación cardiaca y Electrofisiología (SOLAECE). Europace 2017; 19: 465-511;
30. 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Eur Heart J 2013; 34; 2281-2329;
31. Risk Stratification for Arrhythmic Events in Patients With Asymptomatic Pre-Excitation: A Systematic Review for the 2015 ACC/AHA/HRS Guideline for the Management of Adult Patients With Supraventricular Tachycardia, J Am Coll Cardiol 2016; 67: 1624-1638;
32. The EHRA White Book 2017 The Current Status of Cardiac Electrophysiology in ESC Member Countries; [www.escardio.org/EHRA](http://www.escardio.org/EHRA).

### **Motivazione:**

La riorganizzazione ospedaliera indicata dal DM 70/15, che valorizza aspetti quali la Clinical Governance e la sicurezza delle cure, e l'adozione della direttiva EU/24/2011 sulla mobilità transfrontaliera rendono necessaria una riorganizzazione della rete ospedaliera in base a standard di dotazione strutturale, tecnologica, bacino di utenza, e complessità delle prestazioni erogate.

L'ospedale assolve alla funzione specifica di gestione delle problematiche assistenziali di soggetti affetti da patologie ad insorgenza acuta ed assicura la gestione del percorso diagnostico terapeutico sia all'interno del presidio che all'interno della rete.

Nel DM 70/15 vengono classificati i presidi in base al bacino di utenza che vi afferisce e ne viene codificata la presenza delle Unità Operative in relazione alla complessità ed intensità di cure previste.

Unità Operative di Cardiologia con relativa UTIC sono previste per i presidi ospedalieri di I livello, ovvero quelli con un bacino di utenza compreso fra 150.000 e 300.000 abitanti, alle quali si aggiungono Unità di Cardiologia con servizio di emodinamica interventistica h 24 nei presidi con bacino di utenza compresi fra 300.000 e 600.000 abitanti.

Standard minimi e massimi per struttura per singola disciplina definiti dalla Legge 135/2012 sono:

Disciplina	Bacino di utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata			
	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto	
	Massimo	Minimo	Massimo	Minimo
Cardiologia	0,3	0,15		
Unità Coronarica	0,3	0,15		
Emodinamica			0,6	0,3

Il documento indica inoltre per i volumi e gli esiti le soglie minime a cui fare riferimento per la riconversione della rete ospedaliera.

Infarto miocardico acuto	100 casi/anno in fase acuta di primo ricovero per ospedale
Angioplastica coronarica percutanea	250 procedure/anno di cui almeno 30% angioplastiche primarie in IMA-STEMI

Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 minuti dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta	Minimo 60%
--	------------

A livello regionale le DGRM 1345/13 e 1219/14 sono state definite le Unità Operative Complesse e le relative funzioni delle aziende del SSN. L'ASUR, in coerenza con gli atti regionali, tramite DG 350/2015 481/2016 e 361/2017 ha definito l'assetto organizzativo aziendale ed ha individuato i Dipartimenti Funzionali Cardiologici.

L'ASUR Marche ha attivato un tavolo di lavoro multidisciplinare finalizzato alla riorganizzazione della rete cardiologica, valutando i bisogni di popolazione (dati SDO) e nel rispetto della normativa vigente. Il modello assistenziale della rete cardiologica è quello per intensità di cura, che prevede la presa in carico del paziente in tutti i suoi diversi momenti assistenziali, dalla gestione della fase acuta intensiva, sino alla fase riabilitativa. La dimensione dell'emergenza-urgenza rappresenta solo la prima tappa di un percorso di sviluppo della rete cardiologica come effettiva integrazione ospedale-territorio, che comprende, attraverso l'acquisizione di diverse competenze e profili professionali, anche il trattamento delle patologie croniche cardiovascolari, in un'ottica di approccio integrato e multidisciplinare alle polipatologie della persona, per lo più anziana.

Il gruppo di lavoro si è suddiviso in 3 sottogruppi, con l'impegno di lavorare sulle 3 tematiche cardiologiche rilevanti:

#### 1. Urgenze/SCASTEMI

2. Cardiologia riabilitativa
3. Aritmologia

## Urgenze/SCASTEMI

I documenti di consenso delle Società Scientifiche e la Società Europea di Cardiologia sottolineano come per la gestione ottimale del paziente con SCASTEMI sia necessario un modello organizzativo coordinato di assistenza territoriale in rete, che viene identificata pertanto come standard di cura per infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST. La rete quale sistema organizzativo rivolto alla gestione dello SCASTEMI deve integrare i sistemi di intervento di emergenza-urgenza con il territorio e gli ospedali a diversa complessità assistenziale ed un adeguato sistema di trasporto.

Il modello è quello di una rete di intervento territoriale imperniato sul servizio di emergenza del 118 a cui si affianca una rete interospedaliera coordinata di tipo Hub & Spoke evoluto. Per modello evoluto si intende un modello di rete dove le componenti organizzative che vi partecipano agiscono in modo organico e sincronizzato sia nella fase acuta che in quella immediatamente successiva, avvicinandolo al di "network", o di griglia, di cui un gruppo di professionisti condividono un percorso clinico, partecipano attivamente al suo disegno, e supportano, ciascuno per la propria competenza, la sua esistenza. Il sistema della rete quindi offre la possibilità di una presa in carico completa, con qualità omogenea e coordinata, disegnata attorno al paziente e non all'organizzazione delle singole strutture che vi partecipano, attraverso:

- corretta gestione degli snodi dei percorsi organizzativi
- razionale impiego delle risorse
- sviluppo e mantenimento della clinical competence degli operatori
- verifica periodica dei risultati attesi ed ottenuti
- aggiornamento periodico delle best practice e della evidence based practice da implementare.

La rete cardiologica ASUR per le emergenze urgenze intende perseguire le seguenti finalità:

- individuare e implementare i requisiti clinici e organizzativi ritenuti essenziali a garanzia della qualità dell'assistenza assicurata dalla rete, anche ai fini delle possibili ricadute per il sistema regionale di accreditamento;
- assicurare un aggiornamento periodico delle best practice e delle evidence based practice da implementare;
- definire gli strumenti per il monitoraggio e il miglioramento delle performance di rete;

- ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con specifiche patologie acute cardiovascolari, favorendone la diagnosi precoce anche con l'utilizzo dei sistemi di teletrasmissione elettrocardiografica a distanza e teleconsulto con i centri hub;
- razionalizzare l'impiego delle risorse evitando duplicazioni di servizi e garantendo il rispetto dei principi di inclusività e vocazioni distintive delle strutture;
- favorire lo sviluppo e il mantenimento della clinical competence in un quadro di adeguamento dei volumi di attività per operatore e struttura equivalenti alle soglie minime definite da standard di letteratura;
- promuovere un sistema di governo della rete cardiologica, che integri la dimensione aziendale con la visione interaziendale richiesta dalla natura dei problemi assistenziali affrontati e dalle caratteristiche dei servizi coinvolti;
- rendere il più omogeneo possibile l'accesso alle prestazioni sanitarie d'emergenza necessarie ai cittadini.

## Cardiologia Riabilitativa

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la Cardiologia Riabilitativa (CR) come un processo multifattoriale, attivo e dinamico, che ha come fine quello di favorire la stabilità clinica, di ridurre le disabilità conseguenti alla malattia e di supportare il mantenimento e la ripresa di un ruolo attivo nella società, con l'obiettivo di ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari, di migliorare la qualità della vita e di incidere complessivamente in modo positivo sulla sopravvivenza. La CR rappresenta un intervento "strutturato" che riguarda in maniera particolare la gestione della fase post-acuta di malattia e che prevede percorsi specifici per la prevenzione secondaria. Tale intervento deve anche prevedere, in continuità assistenziale, un intervento a lungo termine. Considerata l'efficacia dell'intervento riabilitativo nel percorso assistenziale dei pazienti cardiopatici in fase postacuta e cronica di malattia il gruppo di lavoro ha il fine di analizzare modelli organizzativi efficienti ed applicabili nelle varie realtà cliniche ed assistenziali esistenti nel territorio, con l'obiettivo di rendere fruibile la riabilitazione cardiologica a tutti i cardiopatici.

Il modello assistenziale è quello per intensità di cura. Presso le UO di Cardiologia per le quali è previsto l'indirizzo riabilitativo devono essere attivati percorsi interni per la presa in carico del paziente in tutti i suoi diversi momenti assistenziali, dalla gestione della fase acuta intensiva, sino alla fase riabilitativa.

La rete per la riabilitazione cardiologica intende perseguire le seguenti finalità:

- perseguire la stabilità clinica;
- limitare le conseguenze fisiologiche e psicologiche della malattia cardiovascolare;
- migliorare globalmente la capacità funzionale e incidere così favorevolmente sul grado di autonomia, indipendenza e, quindi, sulla qualità della vita;
- ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari;



- ritardare la progressione del processo aterosclerotico e della cardiopatia sottostante ed il deterioramento clinico;
- ridurre morbosità e mortalità.

## Aritmologia

Le aritmie cardiache per prevalenza e per consumo di risorse hanno assunto negli ultimi decenni un peso rilevante nell'assistenza sanitaria.

Le Linee Guida ESC 2016 sulla gestione e il trattamento della fibrillazione atriale (FA) sistematizzano la gestione di una patologia di larghissima prevalenza, che riguarda circa l'1% della popolazione generale con una prevalenza che aumenta esponenzialmente con l'età e ha un forte impatto prognostico, dato che rappresenta la prima causa di ictus e ha un ruolo importante in molti casi di demenza senile.

A differenza di altri settori della cardiologia in cui il modello della rete integrata secondo il modello Hub and Spoke può rappresentare un'adeguata risposta al bisogno assistenziale del paziente, nel caso del paziente aritmico il collegamento delle strutture aritmologiche deve necessariamente essere meno rigido e codificato: più che una rete integrata, un sistema integrato. La classificazione dei presidi aritmologici di primo, secondo e terzo livello presente nel documento di programmazione nazionale dell'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardioritmiologia-Federazione Italiana Cardiologia (AIAC-FIC) non ha valore gerarchico ma è funzionale al percorso ritenuto più appropriato per i quadri aritmici epidemiologicamente e clinicamente più rilevanti.

Il sistema integrato delle strutture aritmologiche intende perseguire le seguenti finalità:

- favorire l'integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri favorendo la continuità assistenziale dei percorsi;
- garantire l'appropriatezza dei percorsi e delle prestazioni;
- ridurre le liste di attesa.

Alla luce di quanto sopra esposto, si propone al Direttore Generale l'adozione del seguente schema di determina:

1. Di approvare il documento "Rete Clinica Cardiologica ASUR", allegato 1;
2. Di trasmettere il presente atto ai Direttori di AAVV, ai Direttori di Presidio Ospedaliero, ai Direttori di Distretto, ai Direttori di C.O. 118, ai

Direttori di Pronto Soccorso, ai Direttori di UUOO Cardiologia, ai Direttori/Dirigenti dei Servizi Professioni Sanitarie, per ogni relativo seguito di competenza;

3. Di dichiarare che dal presente atto non derivano costi a carico del Bilancio ASUR;
4. Di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione all'Albo Pretorio Informatico Aziendale, ai sensi dell'art. 28 della L.R. 26/96, come sostituito dall'art.1 della L.R. 36/2013;
5. Di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art.17 della L.R. 26/96 e s.m.i.

**Il Responsabile del Procedimento  
(Dott.ssa Maria Rita Mazzocanti)**



- ALLEGATI -

**La Rete Clinica Cardiologica ASUR**