



PUNTO 56 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 23/12/2015

ESTRATTO DEL VERBALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1914 / DGR del 23/12/2015

OGGETTO:

Istituzione della Rete Reumatologica integrata ospedale-territorio. Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016. Deliberazione n. 78/CR del 28 settembre 2015.

COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE

Presidente	Luca Zaia	Presente
Vicepresidente	Gianluca Forcolin	Presente
Assessori	Luca Coletto	Presente
	Giuseppe Pan	Presente
	Roberto Marcato	Presente
	Gianpaolo E. Bottacin	Presente
	Manuela Lanzarin	Presente
	Elena Donazzan	Presente
	Federico Caner	Presente
	Elisa De Berti	Presente
Segretario verbalizzante	Cristiano Corazzari	Presente
	Mario Caramel	

RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI

LUCA COLETTA

STRUTTURA PROPONENTE

AREA SANITA' E SOCIALE

APPROVAZIONE:

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

OGGETTO: Istituzione della Rete Reumatologica integrata ospedale-territorio. Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016. Deliberazione n. 78/CR del 28 settembre 2015.

NOTA PER LA TRASPARENZA:

Viene approvata l'istituzione della Rete Reumatologica integrata ospedale-territorio.

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

Le malattie reumatiche costituiscono la seconda causa più frequente di disabilità dopo le malattie cardiovascolari. Comprendono sia condizioni molto frequenti alcune delle quali genericamente definite degenerative sia condizioni meno frequenti che nel loro complesso colpiscono il 3% della popolazione e che sono sostenute da processi infiammatori ad andamento cronico evolutivo a genesi infettiva (malattia reumatica, artriti reattive) o immunoflogistica (spondiloartriti, artrite psoriasica, artriti enteropatiche) o più propriamente autoimmune a prevalente espressione articolare (artrite reumatoide, artriti giovanili idiopatiche) o sistemica (Malattie autoimmuni sistemiche altrimenti note come connettiviti o vasculiti).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito le malattie reumatiche come la prima causa di dolore e di disabilità in Europa, sottolineando come queste da sole rappresentano la metà delle patologie croniche ad alto potenziale di disabilità e di handicap che colpiscono la popolazione di età superiore ai 65 anni.

L'85% delle malattie reumatiche è diagnosticabile solo con un attento esame clinico. Le persone affette da malattie reumatiche sono spesso costrette ad abbandonare il lavoro, si trovano a dovere affrontare disagi nella vita di relazione, con sensibile riduzione della qualità della vita (costi intangibili). Inoltre più aumenta il grado di severità della malattia maggiori sono i costi per la collettività. Nel loro complesso le malattie reumatiche rappresentano la più frequente causa di assenza dal lavoro e la causa di circa il 27 % delle pensioni di invalidità erogate Italia.

In Italia circa il 10% della popolazione è colpita da malattie reumatiche e la spesa per queste malattie è stimata in 5-6 miliardi di euro l'anno. Circa 2/3 dei costi è rappresentata da perdita di produttività per 300.000 lavoratori (costi indiretti).

In Veneto, il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016, approvato con legge regionale n. 23/2012, ha introdotto nel sistema sanitario regionale il modello *hub and spoke*, fortemente incentrato sull'integrazione ospedale-territorio, ed ha introdotto elementi di riordino dell'assistenza territoriale attraverso il coinvolgimento della Medicina Convenzionata nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e nelle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), quest'ultime assimilate nel contesto veneto alle Medicine di Gruppo Integrate.

Tale previsione consente di garantire appropriatezza, condivisione di percorsi, migliore rapporto costo-efficacia di percorsi diagnostici e terapeutici. E' fondamentale, infatti, un coordinamento funzionale che garantisca l'appropriatezza di percorsi, verifichi la congruità di prestazioni, sia garanzia di qualità delle prestazioni.

In attuazione a quanto previsto dal PSSR 2012-2016, con DGR n. 2122 del 19 novembre 2013, la Giunta Regionale ha adeguato le schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di

1914

23 DIC. 2015

cui alla l.r. 39/1993, ed ha definito le schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie, secondo i principi, criteri e parametri indicati dal PSSR 2012-2016.

Con DGR n. 641 del 7 maggio 2013 sono stati definiti i Centri in possesso dei requisiti necessari per la formulazione della diagnosi e dei piani terapeutici per l'impiego dei farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale; sono stati autorizzati i Centri per l'impiego di farmaci a prescrizione specialistica che necessitano di monitoraggio intensivo; sono stati forniti gli indirizzi prescrittivi stilati dalla Commissione Tecnica Regionale per alcune aree terapeutiche di farmaci biologici per le patologie reumatologiche. Successivamente, con DGR n. 754 del 14 maggio 2015, è stato approvato l'elenco dei Centri prescrittori di farmaci con Nota AIFA e/o Piano Terapeutico, sostitutivo di quello approvato con DGR n. 641/2013.

Alla luce di quanto sopra riportato, la Giunta Regionale con DGR n. 78/CR del 28 settembre 2015 ha approvato l'istituzione della Rete Reumatologica veneta integrata ospedale-territorio ed, in coerenza con il modello *hub and spoke* e con l'integrazione Ospedale-Territorio di cui alla DGR n. 2122 del 19 novembre 2013, ha individuato i livelli ed i ruoli della rete medesima.

La DGR n. 78/CR/2015 è stata trasmessa al Consiglio regionale per l'acquisizione del parere della competente Commissione consiliare, così come previsto dall'art. 2, comma 3, della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23.

La Quinta Commissione consiliare, nella seduta del 27 ottobre 2015, ha esaminato la DGR n. 78/CR/2015 ed ha espresso parere favorevole all'unanimità subordinatamente alle modifiche evidenziate nel testo allegato al parere (PAGR n. 25) di cui alla nota prot. 24843 del 4 novembre 2015 acquisita agli atti con protocollazione n. 452917 del 9 novembre 2015.

Si riportano, nella tabella che segue, le modifiche:

Testo della DGR n. 78/CR/2015	Modifiche della Quinta Commissione (PAGR n. 25)
<p>Pag. 5, 3 capoverso Il Medico di Medicina Generale (MMG) è il referente con il quale il paziente instaura un rapporto continuativo, proiettato nel tempo e con possibilità di frequenti consultazioni: ha dunque un ruolo fondamentale nella identificazione della patologia reumatologica e nel suo percorso iniziale poiché:</p>	<p>Pag. 5, 3 capoverso Il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di libera scelta (PLS) nel caso dei pazienti in età pediatrica ed evolutiva, rappresentano i referenti con i quali il paziente instaura un rapporto continuativo, proiettato nel tempo e con possibilità di frequenti consultazioni: ha dunque un ruolo fondamentale nella identificazione della patologia reumatologica e nel suo percorso iniziale poiché:</p>
	<p>Pag. 5 alla fine del 3 capoverso inserire il seguente capoverso: Per quanto concerne l'età pediatrica ed evolutiva, con l'intento di erogare prestazioni uniformi in tutto il territorio regionale, oltre all'individuazione delle UOC di Pediatria presenti presso gli ospedali individuati come Hub a valenza regionale dalla programmazione quali centri di terzo livello (Hub) per tale fascia di età, è necessario che presso ogni azienda sanitaria sia identificato un referente per la reumatologia pediatrica, di norma incardinato presso l'UOC di Pediatria e operante in sinergia con i centri di reumatologia pediatrica di terzo livello.</p>
<p>Pag. 5, 4 capoverso La figura del MMG è importante anche per il monitoraggio dell'evoluzione clinica e della terapia del paziente reumatico che deve avvenire in stretta</p>	<p>Pag. 5, 4 capoverso La figura del MMG e del PLS sono importanti anche per il monitoraggio dell'evoluzione clinica e della terapia del paziente reumatico che deve avvenire in</p>

collaborazione con lo specialista Reumatologo; entrambe le figure costituiscono ruoli-chiave in tutto il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del malato.	stretta collaborazione con lo specialista Reumatologo; entrambe le figure costituiscono ruoli-chiave in tutto il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del malato.
---	---

Con il presente atto, recependo il parere espresso dalla Quinta Commissione consiliare, si propone di istituire la Rete Reumatologica veneta integrata ospedale-territorio ed, in coerenza con il modello *hub and spoke* e con l'integrazione Ospedale-Territorio di cui alla DGR n. 2122 del 19 novembre 2013, si propone di individuare i livelli ed i ruoli della rete medesima, così come di seguito riportato.

Terzo livello (ospedaliero) – Centro *hub*

Unità Operativa Complessa (UOC) di Reumatologia con posti letto dedicati ed in grado di gestire tutte le patologie reumatiche e tutte le fasi diagnostiche complesse, anche per le patologie rare.

Tale UOC ha il compito di provvedere ad accogliere i pazienti con necessità di ricovero a ciclo continuo, completando il percorso diagnostico terapeutico ed è inserita in azienda in grado di garantire il necessario supporto di tutte le discipline necessarie alla gestione del percorso diagnostico terapeutico per pazienti complessi e pluri-patologici quali ad es. cardiologia, nefrologia, neurologia, pediatria, diagnostiche strumentali complesse. Opera in raccordo con le strutture di riferimento pediatriche per la gestione dei pazienti in età pediatrica al fine di identificare un percorso unico di presa in carico dei pazienti.

Il centro *hub*, in ambito reumatologico, assicura il necessario supporto alle strutture dell'Area Sanità e Sociale per le azioni di programmazione e governo clinico, tramite lo svolgimento delle seguenti attività:

- coordinamento delle attività di tutti i Centri di Assistenza Reumatologica, nell'ottica del miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di una ottimizzazione del rapporto costi benefici soprattutto per quanto attiene l'uso dei farmaci innovativi ad alto costo;
- predisposizione di protocolli operativi per l'adozione delle linee guida;
- raccolta dei dati epidemiologici relativi alle malattie reumatiche;
- monitoraggio delle modalità di approccio terapeutico al fine di ottimizzare l'uso appropriato dei farmaci e degli schemi terapeutici sia nel trattamento delle forme di recente insorgenza sia nelle forme ormai cronicizzate;
- monitoraggio della Rete e raccolta dati sulla diagnosi, gestione e cura delle artriti idiopatiche giovanili, anche per una corretta ed efficace presa in carico dei piccoli pazienti;
- proposte di sviluppo e rilancio della ricerca, ivi comprese la terapia termale e talassoterapia.

Secondo livello (ospedaliero) – Centro *spoke*

Unità operativa con posti letto funzionali all'interno di area omogenea o dipartimentale, in grado di gestire le patologie reumatiche, all'interno di protocolli definiti e condivisi e di PDTA integrati con i centri *hub*; in grado di somministrare terapie infusionali in regime ambulatoriale protetto anche per patologie complesse; in possesso dell'autorizzazione alla prescrizione dei farmaci biologici di cui alla DGR n. 641 del 7 maggio 2013 e successive modifiche ed integrazioni. Opera in raccordo con le strutture di riferimento pediatriche per la gestione dei pazienti in età pediatrica al fine di identificare un percorso unico di presa in carico dei pazienti.

Primo livello (territoriale) – Ambulatorio specialistico

Ambulatorio con la presenza dello specialista in reumatologia, che avvia il percorso di presa in carico per arrivare alla diagnosi precoce, in particolare nel caso di malattie aggressive e potenzialmente invalidanti e suscettibili di terapie efficaci quali connettiviti, artrite reumatoide, spondilite anchilosante, artrite psoriasica, polimialgia reumatica.

Garantisce qualora richiesto il follow-up dei pazienti cronici con controlli periodici, avvalendosi di percorsi definiti e condivisi dai centri ospedalieri.

Il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di libera scelta (PLS) nel caso dei pazienti in età pediatrica ed evolutiva rappresentano i referenti con i quali il paziente instaura un rapporto continuativo, proiettato nel tempo e con possibilità di frequenti consultazioni: ha dunque un ruolo fondamentale nella identificazione della patologia reumatologica e nel suo percorso iniziale poiché:

- sulla base della raccolta dei dati anamnestici, individua eventuali fattori di rischio che possano richiedere approfondimenti diagnostici;
- osserva i primi segni e sintomi che possono evidenziare il rischio di una malattia reumatica infiammatoria e auto-immune;
- formula un sospetto di diagnosi sempre più precoce con un accurato esame di sintomi e segni, con l'uso di appropriati esami di laboratorio e delle attuali metodiche di imaging (ecografia, TAC o RMN);
- indirizza il paziente al Reumatologo di secondo e terzo livello, contribuendo ad evitare ritardi diagnostici, sviluppo di complicanze e utilizzo improprio di risorse secondo criteri di appropriatezza clinica;
- fornisce, in accordo con lo specialista, informazioni al paziente e ai familiari sulla malattia in atto, sulla sua evoluzione e sull'efficacia dei trattamenti disponibili, aiutandoli a responsabilizzarsi mediante il counselling che pratica anche per i problemi e i disagi provocati dalla malattia;
- pianifica e attiva, in collaborazione con il distretto socio-sanitario, l'assistenza domiciliare integrata per i pazienti che ne hanno necessità (prosecuzione dei trattamenti iniziati e adesione al trattamento).

Per quanto concerne l'età pediatrica ed evolutiva, con l'intento di erogare prestazioni uniformi in tutto il territorio regionale, oltre all'individuazione delle UOC di Pediatria presenti presso gli ospedali individuati come Hub a valenza regionale dalla programmazione quali centri di terzo livello (Hub) per tale fascia di età, è necessario che presso ogni azienda sanitaria sia identificato un referente per la reumatologia pediatrica, di norma incardinato presso l'UOC di Pediatria e operante in sinergia con i centri di reumatologia pediatrica di terzo livello.

La figura del MMG e del PLS sono importanti anche per il monitoraggio dell'evoluzione clinica e della terapia del paziente reumatico che deve avvenire in stretta collaborazione con lo specialista Reumatologo; entrambe le figure costituiscono ruoli-chiave in tutto il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del malato.

Anche alla luce degli sviluppi delle Cure primarie previsti sul contesto regionale, andrà in particolare favorita l'implementazione di modalità e strumenti che facilitino gli scambi informativi tra questi professionisti, quali ad esempio il teleconsulto specialistico.

Si rinvia ad un successivo atto l'individuazione delle strutture componenti la rete regionale, nel rispetto di quanto disposto con il presente atto e di quanto disposto relativamente ai Centri prescrittori di farmaci con Nota AIFA e/o Piano Terapeutico. Si demanda ad un decreto del Direttore della Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria l'eventuale successiva integrazione della rete con l'inserimento delle strutture che, nel tempo, risultino in possesso dei requisiti richiesti.

Si dà atto che quanto disposto con il presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

Udito il relatore, il quale dà atto che la struttura proponente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;

Vista la L.R. 29 giugno 2012, n. 23 ed il Piano Socio Sanitario 2012-2016;

Vista la DGR n. 641 del 7 maggio 2013;

Vista la DGR n. 2122 del 19 novembre 2013;

Vista la DGR n. 754 del 14 maggio 2015;

Vista la DGR n. 78/CR del 28 settembre 2015;

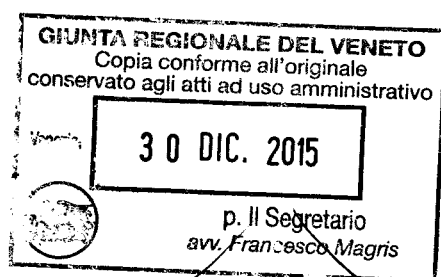
Visto l'art. 2, comma 3, della l. r. 29 giugno 2012, n. 23 e successive modifiche ed integrazioni;

Visto il parere della Quinta Commissione consiliare rilasciato in data 27 ottobre 2015 (PAGR n. 25);
Visto l'art. 2 co. 2 lett. o) della legge regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

DELIBERA

1. di istituire, per le motivazioni e secondo le modalità espresse in premessa, la Rete Reumatologica integrata ospedale-territorio;
2. di rinviare ad un successivo atto l'individuazione delle strutture componenti la rete regionale, nel rispetto di quanto disposto con il presente atto e di quanto disposto relativamente ai Centri prescrittori di farmaci con Nota AIFA e/o Piano Terapeutico;
3. di demandare ad un decreto del Direttore della Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria l'eventuale successiva integrazione della rete con l'inserimento delle strutture che, nel tempo, risultino in possesso dei requisiti richiesti;
4. di approvare le disposizioni e i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo;
5. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
6. la Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria è incaricata dell'esecuzione del presente atto;
7. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.

IL VERBALIZZANTE
Segretario della Giunta Regionale
F.to Avv. Mario Caramel



1914

28 DIC. 2015

