



REGIONE CALABRIA

Proposta di D.C.A. n. 139 del 12.09.2017

Registro proposte del Dipartimento tutela della Salute.

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 30 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

DCA n. 119 del 14/09/2017

OGGETTO: Rete Reumatologica Integrata Ospedale-Territorio Hub/Spoke

IL R.U.P. del Settore 11

Il Dirigente Generale

Publicato sul Bollettino

Calabria n. _____ del _____



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DCA n. 119 del 14/09/2017

OGGETTO: Rete Reumatologica Integrata Territorio-Ospedale Hub Spoke

IL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 30 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

VISTO l'articolo 120 della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 Giugno 2003, n.131;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1° Ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 Novembre 2007, n. 222;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, firmato tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle finanze e il Presidente pro tempore della regione in data 17 dicembre 2009, poi recepito con DGR N. 97 del 12 febbraio 2010;

RICHIAMATA la Deliberazione del 30 Luglio 2010, con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Presidente pro tempore della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario di detta Regione e sono stati contestualmente indicati gli interventi prioritari da realizzare;

RILEVATO che il sopra citato articolo 4, comma 2, del decreto legge n. 159/2007, al fine di assicurare la puntuale attuazione del Piano di rientro, attribuisce al Consiglio dei Ministri — su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni - la facoltà di nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più sub commissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

VISTO l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, il quale dispone che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della predetta legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale pre-vigente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale.

VISTO gli esiti delle riunioni di verifica dell'attuazione del Piano di rientro, da ultimo della riunione del

26 luglio e del 23 novembre 2016 con particolare riferimento all'adozione dei Programmi operativi 2016-2018

VISTO il DCA n. 119 del 4/11/2016 con il quale è stato approvato il Programma Operativo 2016- 2018, predisposto ai sensi dell'art. 2, comma 88, della L. 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i.;

VISTO il Patto per la salute 2014-2015 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) ed, in particolare l'articolo 12 di detta Intesa;

VISTA la legge 23 dicembre 2014, n. 190 (in particolare, l'articolo 1, da 569 a 572) che recepisce quanto disposto dal Patto per la salute 2014-2015 di cui alla citata Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) statuendo che la nomina a Commissario ad acta per cui è deliberazione è incompatibile con qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento;

VISTA la nota prot. ri.2981LICL397 del 20 marzo 2015 con la quale il Ministero dell'Economia e delle Finanze' ha trasmesso alla Regione Calabria la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12.3.2015 con la quale è stato nominato l'Ing. Massimo Scura quale Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;

VISTA la medesima Deliberazione del Consiglio dei ministri in data 12.3.2015 con la quale è stato nominato il Dott. Andrea Urbani sub Commissario unico nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della regione Calabria con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

RILEVATO che con la suddetta Deliberazione è stato assegnato al Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di adottare e ed attuare i Programmi Operativi e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli 'essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e Utilità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:

- 1) adozione del provvedimento di riassetto della rete ospedaliera, coerentemente con il Regolamento sugli standard ospedalieri di Cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 e con i pareri resi dai Ministeri affiancanti, nonché con le indicazioni formulate dai Tavoli tecnici di verifica;
- 2) monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
- 3) adozione del provvedimento di riassetto della rete dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
- 4) adozione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto • specificatamente previsto dal Patto per la salute 2014-2016;
- 5) razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;
- 6) razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi;
- 7) interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
- 8) definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipulazione del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies> comma 2- quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 15, comma 17, del decreto-legge a 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012;

- 9) completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- 10) attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
- 11) interventi sulla spesa relativa alla medicina di base;
- 12) adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
- 13) rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di Tienilo e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
- 14) tempestivo trasferimento delle risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale;
- 15) conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria;
- 16) puntuale riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192 del 2012;

PREMESSO che la Regione Calabria nella formulazione del programma operativo 2016-2018 (ai sensi dell'art. 15, comma 20, DL 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni nella L. 7 agosto 2012, n. 135), ha previsto nel programma 2.1.1 "Riorganizzazione delle Reti Assistenziali per intensità di cure", la definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse che prevedano l'integrazione ospedale/territorio;

CONSIDERATO che oltre al miglioramento dell'assistenza nei confronti delle persone con malattia reumatologica, la realizzazione di un nuovo modello di sistema integrato, proiettato verso un disegno multicentrico, mirato a valorizzare sia la rete specialistica Reumatologica, che tutti gli attori dell'assistenza primaria, permette di rendere più efficienti i servizi di prevenzione e assistenza, promuovendo la riduzione del peso della malattia sulla singola persona e sul contesto familiare e sociale;

TENUTO CONTO che per dare attuazione al Piano sulla malattia Reumatologica è stato istituito un gruppo tecnico di lavoro, costituito, da specialisti ospedalieri e territoriali di tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere, dal delegato regionale per la Società Italiana di Reumatologia, da tre rappresentanti delle associazioni dei pazienti, così come esplicitato nell'Allegato 1 del presente DCA, così di seguito composto:

Il Gruppo Tecnico di Coordinamento Regionale della Rete Reumatologica Calabrese è composto da due Dirigenti del Settore n.11 del Dipartimento Tutela della Salute, dagli specialisti reumatologici rappresentanti gli Hub, gli Spoke, il territorio, dai rappresentanti la società scientifica di reumatologia e le associazioni dei pazienti, così come di seguito indicato:

Dott. Sergio Petrillo - Dirigente Medico – R.U.P. Settore 11 Dipartimento Tutela della Salute

Dott.ssa. Maria Antonietta Iorfida - Dirigente Biologo Settore 11 Dipartimento Tutela della Salute Componenti ;

Dott. ssa Roberta Pellegrini Hub CS(Referente d'Area)

Dott. Giuseppe Muccari Hub AO Pugliese Ciaccio di CZ

Prof. Saverio Naty	A.O.U.MD CZ(Referente d'Area)
Dott. Maurizio Caminiti	Hub, RC(Referente d'Area)
Dott. Marcello D'Amico	Spoke Cetraro-Paola
Dott. Giuseppe Varcasia	Spoke Castrovillari
Dott. Carmela Palopoli	Spoke Crotone
Dott. Massimo L'Andolina	Spoke VV, OG Tropea
Dott. Nicola Congiusta	Spoke, Locri
Dott. Pietro Gigliotti	ASP CS
Dott. Domenico Olivo	ASP KR

Prof.ssa Rosa Daniela Grembiale Delegato Reg.le Società Italiana Reumatologia (SIR)

Rappresentanti Associazioni Pazienti

Dott. Rosario Pugliano	ACALMAR
Sig.ra Antonella Celano, Ing. Gioconda Durante	APMAR

CONSIDERATO che l'attività svolta dal gruppo di lavoro ha prodotto i seguenti documenti:

1. " Rete Reumatologica integrata ospedale e territorio Hub e Spoke " (Allegato 1)
2. " Diagrammi del flusso operativo per il paziente con sospetta malattia reumatica e del flusso per il paziente con malattia reumatica accertata", entrambi da ridefinire con successivo atto, per singola patologia, attraverso specifico PDTAR, da redigere a cura del costituendo Gruppo Tecnico Regionale di Coordinamento della Rete Reumatologica della Regione Calabria (Allegato 2) ;

RITENUTO che, al fine di favorire l'analisi e la soluzione collegiale dei problemi, l'appropriatezza clinica ed organizzativa, la formazione comune, l' omogeneità, la condivisione e l'uniformità dei percorsi di cura su tutto il territorio, la Regione Calabria intende istituire la Rete Territoriale Reumatologica così da procedere alla organizzazione della stessa anche al fine di attivare specifici PDTAR per ogni patologia reumatica ;

CONSIDERATO che, relativamente alla rete, la Regione Calabria intende definire il modello organizzativo che si svilupperà su tre aree di coordinamento interaziendale Territorio/Ospedale, e intende prevedere che la rete dovrà essere strettamente correlata con tutte le forme organizzative della medicina Generale (Medici di famiglia e Pediatri) affidando il coordinamento d'Area al responsabile/referente dell'Hub di riferimento ;

DATO ATTO che il presente provvedimento è stato redatto materialmente dal Dirigente responsabile del procedimento del Settore 11 "Servizi Ospedaliero-Specialistico Ambulatoriale, Diagnostica e Laboratoristica Pubblica e Privata, del Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria;

VISTI

- la legge regionale 13 maggio 1996 n.7 e ss.mm. e. ii (Norme sull'ordinamento della struttura organizzativa della Giunta regionale e sulla dirigenza regionale);
- la legge regionale n. 34/2002 e s.m.i. e ritenuta la propria competenza.

TENUTO CONTO che con proposta n 128 del 31-07-2017 era già stato inoltrato detto

provvedimento alla Struttura Commissariale, nella sua interezza, per l'adozione dello stesso a seguito dell'istruttoria effettuata da Dipartimento Salute

- **VISTA** la nota 0008485-01/08/2017 – GAB – GAB – A, con la quale il Dott. Andrea Urbani, Direttore Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico di sub-Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi sanitari per la Regione Calabria.
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 352 del 31/07/2017 con la quale il Dott. Bruno Zito è stato individuato quale Dirigente Generale ad interim del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, nelle more dell'individuazione del titolare all'esito delle procedure previste dalla normativa vigente;
- **RAVVISATA** la necessità di riproporre integralmente detto DCA

DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale

Di Costituire il Gruppo Tecnico Regionale di Coordinamento della Rete Reumatologica della Regione Calabria composto da due Dirigenti del Settore n.11 del Dipartimento Tutela della Salute, dagli specialisti reumatologici rappresentanti gli Hub, gli Spoke, il territorio, in associazione ai rappresentanti delle società scientifiche e delle associazioni dei pazienti, così come di seguito indicato:

Referenti regionali:

Dott. Sergio Petrillo - Dirigente Medico – R.U.P. Settore 11 Dipartimento Tutela della Salute

Dott.ssa. Maria Antonietta Iorfida - Dirigente Biologo Settore 11 Dipartimento Tutela della Salute

Componenti ;

Dott. ssa Roberta Pellegrini Hub CS (Referente d'Area)

Dott. Giuseppe Muccari Hub AO Pugliese Ciaccio di CZ

Prof. Saverio Naty A.O.U CZ (Referente d'Area)

Dott. Maurizio Caminiti Hub, RC (Referente d'Area)

Dott. Marcello D'Amico Spoke Cetraro-Paola

Dott. Giuseppe Varcasia Spoke Castrovillari

Dott. Carmela Palopoli Spoke Crotone

Dott. Massimo L'Andolina Spoke VV, OG Tropea

Dott. Nicola Congiusta Spoke, Locri

Dott. Pietro Gigliotti ASP CS

Dott. Domenico Olivo ASP KR

Prof.ssa Rosa Daniela Grembiale Delegato Reg.le Società Italiana Reumatologia (SIR)

Rappresentanti Associazioni Pazienti

Dott. Rosario Pugliano

ACALMAR

Sig.ra Antonella Celano, Ing. Gioconda Durante

APMAR

DI APPROVARE la nuova Rete Reumatologica Integrata Ospedale e Territorio Hub/Spoke per la Regione Calabria per come rappresentata nell'Allegato 1 al presente DCA , quale parte integrante dello stesso;

DI APPROVARE il Diagramma del flusso operativo per il paziente con sospetta malattia reumatica e diagramma di flusso per il paziente con malattia reumatica accertata, entrambi da ridefinire con successivo atto, per singola patologia, attraverso specifico PDTAR, da redigere a cura del costituendo Gruppo Tecnico Regionale di Coordinamento della Rete Reumatologica della Regione Calabria, per come rappresentati nell'Allegato 2 al presente DCA che fa parte integrante dello stesso;

DI FARE OBBLIGO ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali e Ospedaliere di dare attuazione a quanto decretato attraverso atti formali (deliberativi) da trasmettere al Dipartimento della Salute e con, conseguenti azioni specifiche tese:

- alla massima diffusione ai predetti documenti ;
- all'organizzazione della parte di rete di Loro competenza in collaborazione con i professionisti Reumatologi facenti parte del gruppo di lavoro e con il referente d'Area;
- allo sviluppo di attività di informazione e di formazione ;
- all'attuazione concreta dei percorsi, provvedendo anche al relativo monitoraggio;
- all'individuazione di eventuali elementi ostativi ed alla proposizione di eventuali interventi correttivi di cui occorrerà dare immediata e formale informativa sia al Dipartimento Tutela della Salute, in persona del responsabile del Settore n.11, sia al referente d'Area.

DI TRASMETTERE il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

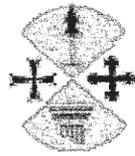
DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto al Dirigente generale del Dipartimento Tutela della Salute ed agli interessati;

DI DARE MANDATO al Dirigente generale per la pubblicazione sul BURC telematico e sul sito web del Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria.

Il Commissario ad acta

Ing. Massimo Scura





REGIONE
CALABRIA

ALLEGATO 1

**RETE REUMATOLOGICA
INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO
HUB/SPOKE**

Sommario

PREMESSA.....	PAG.10
EPIDEMIOLOGIA DELLE MALATTIE REUMATICHE IN CALABRIA.....	PAG. 12
RETE REUMATOLOGICA.....	PAG. 17
PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI.....	PAG.18
LA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE	PAG.20
IL COORDINAMENTO REGIONALE DELLA RETE REUMATOLOGICA...PAG.30	
RETE INFORMATICA A SUPPORTO DELLA RETE REUMATOLOGICA. PAG.32	
NOTE CONCLUSIVE.....	PAG.33

PREMESSA

“La complessità della moderna Reumatologia consiste nella competenza su malattie croniche, in cui coesistano infiammazione e autoimmunità, accanto a condizioni che riconoscono cause degenerative o dismetaboliche, come l'artrosi e l'osteoporosi e condizioni a patogenesi auto-infiammatoria, come osservato in malattie di prevalente interesse pediatrico. Le malattie reumatiche rappresentano la condizione cronica più diffusa nella popolazione italiana, risultando la prima causa di inabilità temporanea e la seconda di disabilità permanente, oltre ad essere la più frequente causa di assenza dal lavoro. Oltre al progressivo deterioramento della qualità di vita dei soggetti colpiti, forte è l'impatto socio-sanitario di queste patologie. Secondo l'Osservatorio Sanità e Salute, in Italia sono circa 23 milioni le giornate di lavoro perse annualmente per le tre principali malattie reumatiche invalidanti: **artrite reumatoide, artrite psoriasica e spondilite anchilosante**. Tutte condizioni che colpiscono individui nella fascia di età lavorativa - oltre la meta' tra i 45 e i 65 anni. Se non controllate farmacologicamente in maniera adeguata, le malattie reumatiche portano a progressiva disabilità e comparsa di comorbidità associate, particolarmente a carico del sistema cardiovascolare. L'evoluzione clinica e la progressiva perdita di autosufficienza comportano un'inevitabile compromissione della qualità di vita e conseguentemente elevati costi sociali. In Italia, nel 2015, la spesa socio-sanitaria annuale, per le tre sole patologie su menzionate ha superato i 4 miliardi di euro, quasi la metà dei quali è imputabile proprio alla perdita di produttività dei 371.586 lavoratori colpiti (dati desunti dal numero di pazienti esentati in 150 Asl, distribuite nelle singole regioni del Paese - pari allo 0,6% della popolazione italiana di cui, il 68% costituito da donne). Per molte patologie su base autoimmune, oggi esistono mezzi diagnostici di laboratorio ed indagini strumentali maggiormente sensibili, che permettono di giungere ad una diagnosi più precoce. Inoltre, nel corso degli ultimi anni sono stati introdotti in terapia nuovi farmaci prodotti con tecnica di biologia molecolare che hanno permesso di modificare la storia naturale di molte malattie autoimmuni, oltre a nuove metodologie di utilizzo di farmaci in precedenza utilizzati, sia singolarmente che in associazione. Pertanto, il blocco dell'evoluzione della malattia ed in alcuni casi la remissione completa possono essere ottenuti molto più che in passato. E' stato ampiamente acclarato che in circa la metà dei casi, una diagnosi precoce ed un trattamento adeguato portano ad un miglioramento della prognosi con riduzione della disabilità e della comorbidità. Ovviamente questo si traduce in un abbattimento dei costi sia diretti, legati alla richiesta di malattia, che indiretti, legati alle complicanze ed alla disabilità. Dall'indagine conoscitiva condotta dalla Commissione Permanente Igiene e Sanità è, tuttavia, emerso che a livello nazionale l'iter diagnostico non è ancora adeguatamente rapido. Inoltre, è stata rilevata un'estrema eterogeneità di comportamento tra le regioni ed anche tra zone diverse nell'ambito della stessa regione. Questo vale sia per quanto riguarda la possibilità di accedere a strutture specialistiche sia per la disponibilità delle nuove terapie, ma anche per l'uso aggiornato dei vecchi farmaci. La Legge Regionale della Calabria del 19 marzo 2004, n. 11 pubblicata sul BUR n. 5 del 16 marzo 2004, supplemento straordinario n. 3, definisce il “Piano Regionale per la Salute 2004/2006” evidenziando all'Obiettivo salute 3.7, le Malattie Reumatiche.

In particolare, lo stesso piano si pone come obiettivo prioritario il “miglioramento della qualità della vita del malato reumatico, assicurando gli interventi di diagnosi precoce, terapia appropriata e personalizzata, assicurando la continuità assistenziale specifica a scapito della soluzione degli episodi di malattia”. Lo stesso piano evidenzia come il raggiungimento di tale target debba essere effettuato attraverso un’azione strategica sintetizzata nella frase “Definire una rete integrata di funzioni assistenziali, dalle strutture territoriali dei Distretti, alle UU.OO. di degenza, attivate secondo il fabbisogno in termini di p.l. definito nel presente PRS, fino alle strutture di riabilitazione”. E’ quindi evidente come lo stesso piano ponga l’accento sulla necessità di strutturare un sistema, che tenendo conto delle diverse fasi della vita della persona affetta da patologie reumatiche, lo accompagni in un sistema integrato che coinvolga le strutture territoriali dei distretti (ASP), gli Ospedali fino alle strutture di riabilitazione. Preso atto della necessità di adottare un modello organizzativo dell’assistenza al paziente reumatologico che si adatti ai suoi molteplici e mutevoli bisogni e che individui per i diversi stadi di gravità della malattia, almeno tre livelli di cura diversi, con diverso assorbimento di risorse, diverse tipologie assistenziali e diversa organizzazione, si struttura un modello organizzativo in grado di essere efficace per l’assistenza integrata, coniugata alla medicina di iniziativa ed al follow up proattivo, strumenti, questi, che permettono di garantire una rapida diagnosi ed una corretta terapia in linea con la stretta “windows of opportunity” necessaria per la prevenzione del danno disabilitante ed un progetto di terapia secondo il modello “treat-to-target”. Esso prevede l’attivazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali e Riabilitativi (Allegato n.1), condivisi e codificati per i vari stadi di patologia, un sistema di raccolta dei dati clinici che possa generare gli indicatori di processo e di esito, ed un sistema di comunicazione tra i vari attori. I modelli funzionali di rete assistenziale promossi per la gestione di patologie croniche si basano generalmente su una struttura tipo “Hub & Spoke” che, in base al diverso livello di criticità del paziente, prevede la concentrazione in centri di eccellenza (Hub) e l’invio dei pazienti ai centri periferici (Spoke) per il proseguimento delle cure. Il modello di Rete Reumatologica Integrata (proposta nel Piano Nazionale per la Malattia Cronica), che si basa su risorse e competenze già esistenti e da integrare a livello regionale, può efficacemente contribuire al miglioramento della qualità assistenziale e alla riduzione dei costi. In tale modello infatti per offrire la risposta più appropriata alla criticità presentata, è previsto che a livello territoriale vengano realizzati dei percorsi assistenziali finalizzati a creare sinergie operative tra le diverse risorse e competenze già esistenti e da implementare. In tale modo i vari nodi della rete possono essere alternativamente Hub o Spoke in base alle competenze e alla “expertise” presenti, alla criticità da trattare e ai PDTAR condivisi con gli altri nodi della rete. La rete assistenziale è costituita dal livello dell’assistenza primaria e dal livello delle cure specialistiche. È necessaria una maggiore flessibilità nei modelli organizzativi e operativi, che, per essere efficaci, devono prevedere servizi strutturati e organizzati, “riconoscibili per la complessità delle prestazioni offerte”, e professionisti dedicati, organizzati in team multi-professionali e multi-disciplinari, che gestiscano percorsi assistenziali integrati. Saranno previsti idonei indicatori di processo, outcome con i relativi standard e con la produzione di un report semestrale di attività, comprensivo dei risultati conseguiti e delle eventuali azioni di miglioramento proposte. Tali indicatori di processo dovranno essere redatti ed inviati al Centro di Coordinamento d’area regionale, da ogni referente individuato per ogni HUB, Spoke e strutture del Territorio delle aree, **NORD, CENTRO, SUD.**

EPIDEMIOLOGIA DELLE MALATTIE REUMATICHE IN CALABRIA

Con il termine “Malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni” si fa riferimento ad un gruppo di malattie croniche, gravi e invalidanti come le Artriti (es. Artrite Reumatoide, Spondiloartriti, Artrite Psoriasica, Artriti Enteropatiche, Artrite Idiopatica Giovanile), le Connettiviti (es. Sclerosi Sistemica, Lupus Eritematoso sistemico, Sindrome di Sjögren, Dermatomiosite, Polimiosite, Vasculiti) ed altre malattie rare. Alle malattie reumatiche infiammatorie ed autoimmuni occorre aggiungere le patologie degenerative, soprattutto l’Artrosi e l’Osteoporosi che molto frequentemente si associano alle prime, incrementando la disabilità ed i costi sociali. In Calabria non esistono dati ufficiali sulla frequenza delle malattie reumatiche, poiché non è presente un REGISTRO REGIONALE delle MALATTIE REUMATICHE ed i dati sono ipotizzabili solo sulla base dei dati epidemiologici nazionali, rapportati alla popolazione riferita ai dati Istat del 2015, nei quali la Calabria contava **1.970.521** abitanti, e/o sulla base delle esenzioni per patologie reumatiche croniche invalidanti e malattie rare. Sulla base di ciò, tutte le patologie reumatiche, siano esse su base autoimmune-autoinfiammatoria che degenerativo-metaboliche interesserebbero nella nostra Regione circa 30.000 persone, con costi che si aggirano sui **400.000.000 di EURO**, senza considerare i costi sostenuti per le frequentissime comorbidità ad esse associate. Delle patologie suddette, nei paragrafi a seguire, si evidenzieranno i tratti più significativi facendo una breve sintesi dei costi sia economici che sociali che si riversano sul Sistema Sanitario Nazionale.

Artrite Reumatoide

L’artrite reumatoide è una patologia infiammatoria cronica su base autoimmune che colpisce tra lo 0,3 e 1,0% della popolazione. In Italia sono circa **400.000** le persone di ogni età affette da artrite reumatoide. Nel setting della medicina, si stima 2-3 pazienti per ogni 1000 assistiti. La malattia interessa con maggior frequenza le donne che risultano da 3 a 4 volte più colpite degli uomini, inserendo di diritto l’artrite reumatoide tra le patologie di genere. Dolore, fatica e depressione accompagnano la malattia, caratterizzata da un danno progressivo dell’anatomia articolare con conseguente disabilità, riduzione della qualità e dell’aspettativa di vita. L’artrite reumatoide interessa soggetti di ogni età, tra cui persone ancora inserite nel mondo del lavoro. La progressiva disabilità caratterizzante il decorso della malattia si ripercuote sulla capacità lavorativa dei pazienti con conseguenti assenze e, talvolta, perdita del lavoro. L’artrite reumatoide comporta quindi “costi” particolarmente significativi. In Italia il costo medio annuo per i 253.069 pazienti stimati affetti da artrite reumatoide di età maggiore di 18 anni risulterebbe pari a 3.388.593.910 Euro, di cui 2.330.006.283 Euro per costi diretti costituiti dalla componente sanitaria (per un importo di 698.976.578 Euro) e non sanitaria (per 1.631.029.705 Euro), mentre 1.058.587.627 Euro sono i costi indiretti. Il costo sociale medio annuo stimato di un paziente malato di artrite reumatoide in Italia risulterebbe secondo l’esercizio pari a **13.390 Euro**. I costi diretti ammonterebbero a 9.207 Euro (il 69% del totale), ripartiti in costi diretti sanitari per un ammontare di 2.762 Euro, comprensivi di ospedalizzazioni, farmaci tradizionali e biologici, visite, esami diagnostici e terapia riabilitativa (il 21% del totale) e in costi diretti non sanitari per un importo di 6.445 Euro, comprensivi di spese di trasporto, assistenza domestica a pagamento, assistenza informale gratuita prestata da familiari o conoscenti e dispositivi ausiliari domestici (il 48% del totale). I costi indiretti

dovuti alle prestazioni previdenziali erogate, alle perdite di produttività dovute alle assenze dal lavoro del paziente e dei *caregivers* risultano pari a 4.183 Euro (il 31% del totale) per un numero medio annuo di 65 giornate di assenza.

Tabella 1. Costi Artrite Reumatoide su base nazionale.

	Costo per paziente	%	Costo totale per Italia
N. persone adulte con AR			253.069
Costi diretti	9.207	69%	2.330.006.283
<i>Costi diretti sanitari</i>	<i>2.762</i>	<i>21%</i>	<i>698.976.578</i>
<i>Costi diretti non sanitari</i>	<i>6.445</i>	<i>48%</i>	<i>1.631.029.705</i>
Costi indiretti	4.183	31%	1.058.587.627
Totale Costo Sociale	13.390	100%	3.388.593.910

Il dato stimato per la Calabria, su una popolazione di **1.970.521** abitanti è di circa 4.700 pazienti di età maggiore di 18 anni. Il costo totale risulterebbe superiore ai 63 milioni di Euro.

- L'Artrite Reumatoide in Italia interessa **254.631** pazienti, con una prevalenza del 4,2 per mille abitanti .
- **In Calabria, il numero atteso di malati di artrite reumatoide è di circa 4.700** su di una popolazione di **1.970.521** abitanti (dati Istat 2015)
- Rispetto alla popolazione non affetta dalla patologia, i pazienti con AR mostrano:
 - Una probabilità 6 volte superiore di andare incontro a gravi limitazioni funzionali
 - Un aumento di 4 volte delle giornate lavorative perse per la limitazione funzionale articolare

Nei pazienti affetti da AR:

- L'indice di disabilità lavorativa aumenta di 10 volte rispetto alla popolazione generale;
- Dopo 10 anni, solo il 50% mantiene la propria occupazione;

Inoltre i lavoratori affetti da AR vanno incontro a una riduzione del proprio reddito di circa il 60% nei primi 6 anni dalla comparsa della malattia

Nei pazienti affetti da AR:

- La spesa sanitaria totale risulta aumentata di 4 volte rispetto alla popolazione sana
- Il tasso di ospedalizzazione è raddoppiato
- Il numero di visite mediche è quadruplicato

Nella A.R. la prognosi è severa, infatti si ha:

- Sopravvivenza a 5 anni del 45-55%, come nei coronaropatici con compromissione di 3 vasi coronarici o nei pazienti con Morbo di Hodgkin al IV stadio.
- Riduzione dell'aspettativa di vita media di 7 anni per gli uomini e di 3 anni per le donne.

Artrite Psoriasica

L'artrite psoriasica è un'artropatia cronica infiammatoria associata a psoriasi cutanea e/o ungueale. La malattia colpisce ugualmente donne e uomini, la maggior parte dei quali manifesta la psoriasi prima dell'Artrite. L'Artrite Psoriasica presenta differenti modalità di espressione clinica che si identificano in una prevalente compromissione dello scheletro assiale o delle articolazioni periferiche; in quest'ultimo caso sono interessate soprattutto le piccole articolazioni delle mani e dei piedi.

In Italia, essa interessa circa 250.000 persone, con una prevalenza di 4,6 per mille abitanti.

- Circa il 20 – 30 % dei pazienti sviluppa una forma distruente invalidante;
- Entro due anni dalla diagnosi, circa il 47% dei pazienti presenta almeno una erosione
- L'Artrite psoriasica si associa ad un aumento del rischio di mortalità del 60% rispetto alla popolazione generale
- L'invalidità e la compromissione funzionale associate all'artrite psoriasica possono essere gravi quanto quelle riscontrate in altre artropatie come l'Artrite reumatoide

In Calabria il numero atteso di soggetti con artrite psoriasica è di circa 5.000 paz.

Spondilite anchilosante

La malattia colpisce più frequentemente (66- 75%) individui di sesso maschile, con picco di età tra i 20 ed i 30 anni. La sua prevalenza si aggira tra lo 0,2 e lo 0,5%.

Colpisce sempre lo scheletro assiale, con marcata predilezione della articolazioni sacroiliache, ma non infrequentemente anche le articolazioni e le entesi periferiche, prevalentemente agli arti inferiori e con localizzazione asimmetrica. Una significativa percentuale di pazienti, compresa tra il 20 ed il 40%, presenta anche manifestazioni extra articolari, in particolare uveite anteriore, ma anche malattia infiammatoria cronica intestinale, psoriasi, disturbi della conduzione cardiaca, insufficienza aortica, interessamento polmonare, interessamento renale, osteoporosi e fratture vertebrali. Anche questa patologia è estremamente invalidante e colpisce soggetti all'inizio della loro storia lavorativa. **In Calabria il numero atteso di soggetti con S.A. è di circa 4.000 pazienti**

Connettiviti

Le Connettiviti sono un gruppo di malattie del sistema immune che include patologie con differenti caratteristiche cliniche, a volte associate, che hanno un'unica e distinguibile caratteristica: un comune meccanismo autoimmunitario sottostante ed il danno d'organo sistemico immuno-mediato. Tra esse sono comprese malattie relativamente frequenti come l'artrite reumatoide, il Lupus eritematosi sistemico, le miopatie infiammatorie idiopatiche, la Sclerosi sistemica, le connettivite miste ed altre più rare come la sindrome di Sjögren's.

LES

Il lupus eritematoso sistemico (LES) è una malattia infiammatoria cronica autoimmune, invalidante, progressiva, associata a molte comorbidità, prevalentemente cardiovascolari. Colpisce più frequentemente soggetti in età fertile ma può insorgere a qualsiasi età. Per il suo coinvolgimento multisistemico, è in grado di provocare notevoli disabilità e mortalità precoce. Gli studi epidemiologici indicano che la prevalenza varia molto, interessando da 10 a 50 persone per 100.000 abitanti; **il numero atteso di soggetti affetti da LES in Calabria è, pertanto, di circa 500 pazienti.**

Sclerosi sistemica

La Sclerosi Sistemica è una malattia cronica ed evolutiva a patogenesi auto-immune, che si caratterizza per la progressiva fibrosi della cute che nel tempo, può determinare retrazioni invalidanti. Si distinguono due forme: limitata e diffusa con diverse caratteristiche di prognosi. Bersaglio dell'aggressione auto-immunitaria sono considerate le cellule endoteliali, che formano il rivestimento interno dei vasi sanguigni. Questo fenomeno patologico comporta l'alterazione della microcircolazione e quindi dell'irrorazione sanguigna nella cute ed anche in altri organi, con conseguente stimolo alla maggiore produzione di collagene, una proteina costituente il tessuto connettivo. A questa maggiore produzione di collagene consegue la fibrosi degli organi colpiti che è la principale particolarità della malattia. La prevalenza è sicuramente sottostimata in quanto molte forme oligosintomatiche e scarsamente evolutive non vengono diagnosticate. La Sclerosi sistemica è nettamente prevalente nel sesso femminile ed ha una prevalenza che varia tra 8 e 30 casi ogni 100.000 abitanti e incidenza di 10-20 nuovi casi per anno per milione di abitanti. **Il numero atteso di soggetti affetti da Sclerosi Sistemica in Calabria è di circa 600-700 pazienti.** I costi pro capite per questa malattia sono nettamente superiori a quelli delle patologie precedenti per la gravità maggiore della prognosi e dell'evoluzione.

Vasculiti

Le **vasculiti** sono un gruppo eterogeneo di malattie accomunate da un'inflammatione dei vasi sanguigni di tipo autoimmune. Si tratta di malattie rare, a volte difficilmente differenziabili fra loro. Queste patologie presentano tassi di incidenza annuale di 0,5-3,7 per milione di abitanti. Le forme più frequenti, Granulomatosi di Wegener, Poliangiote microscopica e la sindrome di Churg-Strauss presentano tassi di sopravvivenza a 5 anni pari a 74-91%, 45-76% e 60-97%, rispettivamente.

Artrosi

In Italia colpisce circa 4.000.000 di pazienti; rappresenta il 72,6% di tutte le malattie reumatiche.

Essa è la principale causa di invalidità cronica nei paesi sviluppati e di invalidità e dolore nei pazienti con età >60 anni

In Calabria sono colpite da artrosi circa 150.000-200.000 persone.

Così come riportato dall'OMS:

"Le patologie muscoloscheletriche rappresentano la causa principale di morbidità nel mondo. Tali patologie hanno un impatto sostanziale sulla salute e sulla qualità di vita e determinano costi

enormi per i sistemi sanitari. Le patologie articolari, la rachialgia, l'osteoporosi ed i traumi agli arti in seguito ad incidenti hanno un impatto enorme sull'individuo, sulla società e sui sistemi di assistenza socio-sanitaria. Con l'aumento del numero degli anziani e le variazioni dello stile di vita che si stanno verificando in tutto il mondo, tale tendenza è destinata ad aumentare in modo drammatico dai prossimi dieci anni in poi".

Osteoporosi

L'osteoporosi, così come riportato dall'OMS e dalle linee guida EULAR, è la causa più comune di fratture da fragilità; esse si verificano in donne e uomini di età superiore ai 50 anni. Queste fratture sono più frequentemente a carico di alcuni distretti anatomici, anca, femore, vertebre, omero prossimale e radio distale e, oltre ad essere gravate da un notevole impatto sociosanitario ed economico, si associano ad un aumento della morbilità e mortalità.

Le fratture da fragilità ossea sono tra le più frequenti manifestazioni muscolo-scheletriche per la quale i pazienti consultano gli operatori sanitari di più di una specialità medica. Subito dopo una frattura, il paziente ha bisogno di cure acute fornite da un chirurgo ortopedico e alle cure mediche perioperatoria, in quanto trattasi molto frequentemente di pazienti fragili. Segue l'attuazione di modalità di prevenzione frattura in pazienti a rischio di una successiva frattura. Questa, di solito è eseguita sotto la supervisione dei MMG, reumatologi, geriatri, fisioterapisti. Sia la European League Against Rheumatism (EULAR) che la Federazione europea delle associazioni nazionali di Ortopedia e Traumatologia (EFORT) hanno riconosciuto l'importanza della cura multidisciplinare ottimale per i pazienti con una recente frattura, seguita dalla prevenzione delle fratture successive in pazienti ad alto rischio, ed hanno quindi avviato un processo collaborativo emanando linee guida comuni. (22 Dicembre 2016)

In Italia ci sono più di 4.000.000 pazienti a rischio:

- 3.500.000 di donne
- 1.000.000 di uomini

In età post-menopausale è affetta una donna su tre e la prevalenza aumenta con l'età e sempre con l'età aumenta l'incidenza delle fratture vertebrali:

- 11,5% per le donne d'età tra 50 e 54 anni;
- 35% per le donne d'età tra 75 e 79 anni;
- alterazioni morfologiche vertebrali sono state riscontrate in oltre il 20% di donne dopo i 65 anni.

Sono 250.000 le fratture dovute a osteoporosi ogni anno, delle quali circa 110.000 di polso, 80.000 all'anca e 70.000 al femore, con una spesa pro-capite stimata intorno ai 13.500 euro per paziente. In conseguenza di ciò, il 50% dei pazienti non è più autonomo. I pazienti con frattura del femore prossimale presentano entro un anno dalla frattura un tasso di mortalità del 15-30%. Il rischio per le donne di morire per le conseguenze di una frattura di femore è pari al rischio di morire per tumore al seno.

RETE REUMATOLOGICA

Come descritto, le malattie reumatiche sono patologie piuttosto frequenti ed altamente invalidanti, con alti costi sociali e con grave riduzione della qualità di vita, soprattutto quando non vengano adeguatamente trattate. In Calabria **sono fra le patologie a più alta mobilità passiva per la carenza di strutture specialistiche dedicate**. Per queste motivazioni sono fra le prime voci di spesa per il SSN.

Nell'ambito della razionalizzazione della spesa pubblica non si può non tenere conto di quelli che sono gli Standard previsti per la Reumatologia:

- 1 U.O.C. ogni milione di abitanti range (600.000-1,200.000 abitanti)
- 1 U.O.S. ogni 500.000 abitanti.

La rete reumatologica regionale si attiene a questi standard e tiene conto delle "Linee guida per la definizione degli Atti Aziendali" della Regione Calabria. Tale progetto mira, utilizzando le risorse umane e le strutture già esistenti, *ad integrare l'organizzazione dell'assistenza al Malato reumatico fra strutture ospedaliere e territoriali* per formare una Rete Reumatologica Regionale che permetta di accogliere gli Utenti affetti da qualsiasi tipologia di affezione reumatica (dalle patologie infiammatorie anche più gravi e/o più rare alle patologie degenerative), trattarli secondo i più moderni e validati protocolli, sia in regime di ricovero ordinario che di D.H., e seguirli poi costantemente per tutto il corso della malattia con percorsi condivisi e rapidi e con cartelle cliniche (elettroniche) e protocolli identici e concordati fra strutture ospedaliere e territoriali.

Questa proposta di organizzazione ha diversi vantaggi:

- Miglioramento della gestione dei pazienti per la qualità di vita e la prevenzione delle disabilità;
- Accesso semplice e rapido dei pazienti alle cure;
- Riduzione della mobilità passiva;
- Trattamenti uniformi e modalità di accesso alle strutture univoche;
- Valorizzazione e semplificazione del lavoro degli operatori;
- Reale presa in carico del Sistema Sanitario del Paziente in tutte le fasi della malattia;
- Integrazione con le realtà del volontariato (con attività di informazione, divulgazione, formazione, ecc.);
- Ritorno di immagine positivo della Regione Calabria e diffusione di best practice in sistemi di eccellenza;
- Diminuzione dei costi sanitari
- Diminuzione dei costi sociali.

PERCORSI DIAGNOSTICO -TERAPEUTICI E RIABILITATIVI in REUMATOLOGIA

(Principi Generali)

Entro sei mesi dall'emanazione del presente atto, sono prodotti i **Percorsi Diagnostici Terapeutici e Riabilitativi (PDTAR)** relativi alle principali patologie reumatologiche, *coerenti con le Linee Guida Regionali (DCA 118/2015 ed s.m.i.) e con quanto previsto dai DCA 127/2015 ed s.m.i., 93/2016 ed s.m.i., con valenza per ognuna delle 3 Aree di Coordinamento reumatologico.*

La realizzazione di un PDTAR permetterà quindi di definire in modo chiaro e condiviso un percorso di cura in grado di:

- garantire una diagnosi precoce;
- effettuare una valutazione multidimensionale del bisogno di salute;
- integrare la pluralità degli interventi;
- garantire l'appropriatezza delle prestazioni;
- migliorare la qualità dell'assistenza;
- garantire la presa in carico del paziente senza frammentazione del percorso;
- gestire correttamente la patologia riducendo le complicanze;
- garantire equità di accesso ai trattamenti sul territorio regionale;
- garantire una maggiore sostenibilità del Sistema Sanitario Regionale.

Il PDTAR rappresenta, dunque uno strumento di "*Clinical Governance*" che, attraverso un approccio per processi, definisce gli obiettivi, i ruoli e gli ambiti di intervento; garantisce chiarezza delle informazioni all'utente e chiarezza dei compiti agli operatori; aiuta a migliorare la qualità, la costanza, la riproducibilità e l'uniformità delle prestazioni erogate; aiuta a prevedere e quindi ridurre rischi e complicanze; facilita la flessibilità e gli adattamenti ai cambiamenti consentendo di strutturare ed integrare attività ed interventi in un contesto in cui sono coinvolte - nella presa in carico del paziente con problemi di salute - diverse specialità, professioni e aree d'azione.

Le fasi che dovranno essere prese in considerazione per ogni singola patologia sono:

- Sospetto diagnostico
- Screening reumatologico
- Accertamento diagnostico
- Stadi iniziali
- Trattamento farmacologico
- Follow-up e valutazione delle risposte

I percorsi diagnostico terapeutici dovranno tenere in considerazione l'appropriatezza tecnico-clinica delle prestazioni in base alle linee guida condivise nel gruppo regionale e l'appropriatezza organizzativa, intesa come migliore opportunità per l'assistito e migliore utilizzo delle risorse disponibili nell'area, nella logica di una nuova rete reumatologica che costituisce il naturale supporto ai percorsi stessi.

La Rete Reumatologica costruita sul modello Hub & Spoke, definisce per ciascun paziente affetto da malattie reumatiche il miglior supporto organizzativo al percorso diagnostico assistenziale e

riabilitativo, consentendo un risparmio economico e la fruizione oculata dei servizi. Essa realizza un abbinamento inscindibile tra assistenza e ricerca clinica applicata. E', infatti, ampiamente condiviso che non vi può essere oggi buona erogazione di prestazioni se non correlate ad una ricerca clinica adeguata (intesa come aggiornamento costante, verifica critica dei risultati, studio ed applicazione di nuove opportunità terapeutiche), al fine di offrire al paziente il meglio delle potenzialità reumatologiche presenti sul territorio. La rete reumatologica, in rapporto allo stadio di malattia, assume le seguenti funzioni:

- **PREVENTIVA** - funzione garantita dalla rete orizzontale (MMG/PLS, reumatologi ambulatoriali, fisioterapisti, fisiatristi, associazioni) tramite educazione sanitaria alla prevenzione primaria e secondaria, mediante la diffusione di interventi di contrasto alla sedentarietà e di promozione di stili di vita attivi;
- **DIAGNOSTICA** - funzione affidata inizialmente al MMG/PLS con ruolo di "filtro" per patologie di altra natura e cui spetta anche il compito di individuare nel suo assistito i sintomi sospetti di una malattia reumatologica e di inviarlo tempestivamente allo specialista per una prima visita reumatologica, per la definizione diagnostica e la predisposizione del piano terapeutico e riabilitativo. **L'organizzazione per livelli crescenti della Rete Reumatologica, fino ai centri Hub per i casi particolarmente complessi, privilegia l'accesso dei pazienti che maggiormente necessitano di una rapida diagnosi per evoluzione, altrimenti negativa ed invalidante delle patologie.** Tale organizzazione inoltre, garantisce ai professionisti coinvolti l'acquisizione e lo sviluppo delle competenze specialistiche richieste per la cura di queste malattie, spesso rare o poco frequenti, che necessitano di una organizzazione in network con strutture nazionali ed internazionali;
- **GESTIONE URGENZE/EMERGENZE REUMATOLOGICHE** - funzione dedicata ai pazienti con malattie reumatologiche ad esordio acuto, riaccerbazioni gravi delle stesse o complicanze ad esse associate che possano mettere in pericolo la vita. Tale funzione vede coinvolti oltre che i centri Spoke e gli Hub, anche i PS e i DEA ospedalieri in stretta collaborazione con altri specialisti presenti nella struttura .
- **GESTIONE CRONICITÀ** - funzione che vede coinvolti tutti gli attori dell'assistenza reumatologica. Considerata la necessità di prescrizione di "farmaci di fondo" per la maggior parte delle patologie reumatiche a livello specialistico, resta centrale la figura del MMG/PLS che rappresenta il raccordo con altre professionalità che intervengono nel processo di cura territoriale: il riabilitatore, lo psicologo, l'assistente sociale. Il MMG/PLS, supportato da un continuo scambio di informazioni con lo specialista di riferimento, evita controlli e attese inutili, riduce di fatto i tempi di attesa per le visite ambulatoriali permettendo una riduzione della spesa.

LA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

L'Articolo 1 della legge 189/2012 e il Patto della Salute 2014/2016 propongono una configurazione strutturale dell'assistenza primaria e delle funzioni del Medico in rapporto di convenzionamento con il SSN finalizzate ad una diversa organizzazione del sistema sanitario territoriale, in un contesto di appropriatezza, qualificazione ed omogeneità dei servizi resi al cittadino, sostenibilità economica ed integrazione delle diverse attività professionali sanitarie.

L'ACN (Accordo Collettivo Nazionale) per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre figure professionali ambulatoriali, siglato il 17-12-2015, istituisce le nuove forme organizzative della specialistica ambulatoriale: Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), rimandando a livello regionale la definizione di un documento di programmazione (Articolo 4, comma 2).

L'ACN, inoltre, definisce puntualmente le caratteristiche organizzative delle AFT e delle UCCP (articolo 5-6-7-8), rimandando ad un regolamento aziendale il funzionamento delle AFT ed alla programmazione regionale la partecipazione degli specialisti alle UCCP.

AFT

Le AFT della specialistica in generale e nello specifico quella reumatologica, garantiscono i percorsi della cronicità, integrandosi con i MMG/PLS nelle loro forme organizzative (AFT MMG e AFT PLS) e con i dipartimenti Ospedalieri di riferimento.

Ferme restando le caratteristiche dell'AFT individuate dall'ACN, vengono di seguito individuate alcune caratteristiche definite a livello regionale:

- Il dimensionamento deve permettere al sistema omogeneità, economicità, volumi significativi per la realizzazione di un approccio di un governo clinico: si ritiene che le AFT della specialistica convenzionata interna debbano avere una popolazione di riferimento di circa 100.000 abitanti corrispondente ad un ambito distrettuale, oppure, in funzione delle caratteristiche del territorio, sovra-distrettuale
- Ferma restando la caratterizzazione mono professionale delle AFT (articolo 5 ACN), è possibile ipotizzare che al loro interno vengano coinvolti sia specialisti interni, dipendenti e del settore privato accreditato
- Per ogni AFT è previsto un referente AFT con le funzioni e caratteristiche previste dall'articolo 6 dell'ACN

UCCP

Le Unità Complesse di Cure Primarie sono le strutture organizzative di riferimento delle AFT distrettuali ad integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, caratterizzate da una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio.

In generale la popolazione di riferimento di una UCCP è di circa 100.000 residenti e comprende:

- Circa 3 NCP o Case della Salute (avendo come popolazione di riferimento circa 30.000 residenti) compatibilmente con le scelte organizzative delle singole aziende ASL con le caratteristiche territoriali

- 1 AFT della Specialistica
- AFT della PLS

Farmacie territoriali: La prescrizione della terapia farmacologica e dei trattamenti sanitari necessari nei pazienti in dimissione dall'ospedale o in prestazione post-ambulatoriale rappresenta un momento fondamentale per garantire la continuità assistenziale, alla quale si deve poter rispondere con percorsi veloci per l'attivazione di servizi sanitari domiciliari e la dispensazione dei farmaci e dei dispositivi medici necessari. La prescrizione dei farmaci in oggetto da parte dello Specialista ospedaliero/territoriale dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni terapeutiche, delle vie e delle modalità di somministrazione previste dalla scheda tecnica autorizzata dall'AIFA. L'utilizzo di un farmaco al di fuori delle indicazioni autorizzate dovrà avvenire nel rispetto della legge 94/98 e dell'articolo 348 della Legge finanziaria del 2008 (prescrizioni off – label), in altre parole in presenza di consenso informato del paziente e mai a carico dell'SSN. In questo contesto risulta indispensabile una stretta comunicazione tra gli specialisti reumatologi autorizzati alla prescrizione ed i farmacisti territoriali.

Il paziente in dimissione o dopo una visita specialistica presenta la prescrizione alla Farmaceutica Territoriale, sede aziendale presso la quale avviene la consegna di farmaci. Nel colloquio con il paziente il farmacista dà tutte le informazioni utili per l'assunzione del farmaco, risponde ad eventuali richieste del paziente ed eventualmente contatta il reparto per chiarimenti. Nel caso di piani terapeutici, quindi ripetibili nel tempo, il farmacista effettua una consegna per un tempo definito e programma le consegne successive.

ASSISTENZA DI PRIMO LIVELLO MMG/PLS

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

- Selezionano i pazienti da prendere in carico in base alla loro complessità clinica e, in relazione a quest'ultima, lo avviano ai centri territoriali o, se necessario, agli Spoke/ Hub
- Gestiscono in loco le problematiche diagnostico-terapeutiche.

Inoltre:

- sulla base della raccolta dei dati anamnestici, individuano eventuali fattori di rischio che possano richiedere approfondimenti diagnostici;
- osservano i primi segni e sintomi che possono evidenziare il rischio di una malattia reumatica infiammatoria e auto-immune;
- formulano 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;

- indirizzano il paziente al Reumatologo della rete, contribuendo ad evitare ritardi diagnostici, sviluppo di complicanze e utilizzo improprio di risorse secondo criteri di appropriatezza clinica;
- forniscono, 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 sui problemi e i disagi provocati dalla malattia;
- In collaborazione con lo specialista reumatologo valutano la prosecuzione dei trattamenti iniziati e l'adesione al trattamento.
- Si avvalgono degli specialisti che costituiscono il gruppo multidisciplinare (Pneumologo, Cardiologo, Nefrologo, Neurologo, Gastroenterologo, Dermatologo, Diabetologo, Nutrizionista Clinico, Psichiatra, Patologo Clinico, Microbiologo, Ortopedico, Fisiatra, Genetista, Chirurgo vascolare)
- Il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di libera scelta, interagiscono, pertanto, con gli specialisti secondo il modello HUB e Spoke.

Il distretto rappresenta, per motivi di prossimità, il riferimento principale per la popolazione residente, in particolar modo per le persone con patologie croniche, che si rivolgono ai servizi per esigenze primarie legate alla gestione della loro malattia.

In particolare, per i pazienti reumatici, i servizi distrettuali hanno il compito di garantire l'accessibilità al percorso di cura organizzato e coordinato dal responsabile del servizio territoriale. Inoltre, il distretto garantisce l'erogazione di tutte le prestazioni (certificazioni, invalidità, 104 etc.) necessarie in relazione ai bisogni sanitari e socio sanitari dei pazienti nel rispetto della norma vigente. Il percorso di cura garantisce agli assistiti la programmazione degli accessi alla Struttura Specialistica Reumatologica, agli ambulatori degli specialisti reumatologici del territorio e, ove occorra, l'accessibilità ai presidi ospedalieri. Il distretto e la specialistica ambulatoriale devono funzionare come binari di congiunzione tra ospedale e territorio, come un sistema polifunzionale multidimensionale con i suoi potenziali punti di integrazione con il sistema ospedaliero, come mostrato nella figura 1. Gli ambulatori degli specialisti reumatologi del territorio vengono organizzati, in ciascuna area di riferimento (Nord, Centro e Sud) con logica distrettuale al fine di garantire la massima offerta di servizi possibile, con logica di prossimità al paziente, ma nel rispetto dei percorsi stabiliti dalla nuova rete che vede il paziente avviato verso uno specifico livello di assistenza e di cura nel rispetto del PDTAR di riferimento.

Centro 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.

E' demandata ad ogni singola ASP la possibilità che gli specialisti reumatologi operanti nelle AFT mono-professionali e nelle UCCP di riferimento, con il loro assenso e sentito il parere del Referente del Coordinamento territoriale, possano essere utilizzati, per esigenze specifiche, anche in sedi diverse.

ASSISTENZA DI SECONDO LIVELLO

L'assistenza di secondo livello è demandata alle SS territoriali, che coordinano gli accessi, ed alle Strutture Specialistiche Reumatologiche (SSR) degli Spoke entrambi in possesso dei requisiti minimi organizzativi e tecnologici, successivamente specificati, che caratterizzano un nodo di secondo livello della rete reumatologica, nelle more del redigendo Piano Nazionale delle Cronicità che tende alla deospedalizzazione delle patologie croniche.

- Identifica i pazienti ed avvia ad un percorso diagnostico specialistico integrato secondo il modello descritto dai **Percorsi Diagnostici Terapeuti e Riabilitativi (PDTAR)**;
- Adegua le strutture ai bisogni reumatologici della popolazione di riferimento;
- Alimenta ed Agisce attraverso la rete informatica che connette Territorio ed Ospedale .

Centro SPOKE (II livello della rete)

Si caratterizza per la contemporanea

- **Presenza di una Unità Operativa con posti letto funzionali posta all'interno di area omogenea o dipartimentale**, in grado di gestire le patologie reumatiche, nel rispetto di protocolli definiti e condivisi e di PDTAR 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 DCA n.118 del 12/11/2015** 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.

- **Presenza di un Ambulatorio** con specialista in reumatologia o con specialità equipollente o affine, (DM 30/01/1998), che avvia il percorso di presa in carico con l'obiettivo di raggiungere la 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 dalla rete.

Requisiti minimi organizzativi e tecnologici dell'ambulatorio:

- Presenza di uno specialista in reumatologia o con specialità equipollente o affine, (DM 30/01/1998), ;
- Team specialistico dedicato: Reumatologo, Pneumologo, Cardiologo, Dermatologo, Diabetologo, Patologo Clinico, Psichiatra, Microbiologo, Ortopedico, Fisiatra, Podologo, Infermiere;
- accesso all'utenza di almeno 30 ore settimanali, distribuite in 5 giorni a settimana, con almeno un'apertura pomeridiana;
- presenza di un servizio di radiologia nella struttura;
- locali idonei secondo requisiti per autorizzazione/accreditamento;
- sistema informatico per la gestione integrata e raccolta dati;
- sistematica raccolta dei dati e compilazione dei registri di monitoraggio regionali e ALTA

- presenza di personale sanitario (II.PP) idoneo a svolgere attività formative/informative riguardanti le malattie reumatiche.

Il personale sanitario non medico deve avere formazione in campo reumatologico al fine di operare in maniera specifica nei percorsi educazionali mirati alla gestione delle diverse malattie reumatologiche, l'addestramento all'utilizzo dei farmaci e dei devices, garantire percorsi di addestramento all'uso delle tecnologie. Detti requisiti devono essere garantiti per tutte le strutture di secondo livello nelle more dell'autorizzazione ed accreditamento definitivo e previa certificazione delle direzioni sanitarie aziendali.

Le prestazioni possono essere erogate in regime ambulatoriale o in regime di Day Service/PACC/Day Hospital/Day surgery in funzione dei PDTAR.

Le strutture in possesso dei requisiti minimi, ma non ancora autorizzati e accreditati, previa formale richiesta indirizzata al Dipartimento della Salute, potranno successivamente avere l'autorizzazione alla prescrizione dei farmaci biologici(ai sensi del DCA 127/2015 e DCA n 93/2016 e successive modifiche ed integrazioni) .

- **Presenza di un Centro Infusionale dedicato** (o con possibilità di poter accedere a un Centro Infusionale integrato tra più UUOO) che garantisca la somministrazione dei farmaci biologici infusionali alla stregua e nel rispetto degli standard di un ambulatorio per chemioterapia.
- **Presenza di una Farmacia ospedaliera:** Per i pazienti che necessitano di ricovero ospedaliero e per quelli trattati con terapia infusionale ambulatoriale, la Farmacia Ospedaliera dovrà monitorare le prescrizioni di farmaci richiesti con **modulistica ad hoc** allo scopo di migliorare il livello di appropriatezza dell'uso del farmaco e di controllare la spesa farmaceutica con elaborazione di report sistematici; La stessa dovrà essere dotata di un sistema informativo aziendale che garantisca i flussi informativi relativi alla registrazione e alla movimentazione dei farmaci impiegati in ambito reumatologico.

L'autorizzazione quale centro prescrittore è condizionata dalla presenza di tutti i requisiti e gli elementi organizzativi precedentemente descritti. L'assenza o il venire meno dei suddetti, comporta la non autorizzazione - per quelli non ancora in possesso della stessa - o l'esclusione dai centri prescrittori per quelli già autorizzati.

ASSISTENZA DI TERZO LIVELLO

L'assistenza di terzo livello è demandata ai nodi della rete presenti negli ospedali Hub ed in possesso dei seguenti requisiti minimi, oltre a quelli già previsti per il secondo livello:

- **Presenza di reparti di Reumatologia e/o di Pediatria** con posti letto da utilizzare per il trattamento di pazienti con malattie reumatiche;
- Negli Hub, in assenza di reparti di Reumatologia e nelle more del riassetto della rete ospedaliera soprattutto per l'area centro che risulta sprovvista di reparti di reumatologia in entrambe le AA.OO. d'area, presenza di posti letto in Degenza

Ordinaria, in Day Hospital, Day Service Ospedaliero da impiegare sistematicamente, nel contesto di reparti di area medica. Ciò al fine di garantire il ricovero e il trattamento di pazienti affetti da patologia reumatica, di fatto già in trattamento da anni; Tale attività di assistenza potrà essere garantita solo in presenza di **almeno uno specialista in reumatologia** dedicato al trattamento e alla cura di detti pazienti o, come previsto dalla vigente normativa, di uno specialista con titolo equipollente o affine con attività almeno decennale in reumatologia ;

- **Presenza di attività sistematica di follow-up attivo, in collegamento funzionale strutturato con i professionisti che fanno parte del team REUMATOLOGICO allargato e formalizzato con atto organizzativo dell'azienda** (Pneumologo, Cardiologo, Nefrologo, Neurologo, Gastroenterologo, Dermatologo, Diabetologo, Nutrizionista Clinico, Patologo Clinico, Microbiologo, Ortopedico, Oculista, Psichiatra, Radiologo, Pediatra, Fisiatra, Genetista, Chirurgo vascolare per la gestione del paziente reumatico complesso con comorbidità.

Perché sia nodo della rete , l'Unità Operativa di Reumatologia, di Pediatra, o, in assenza di reparto di reumatologia, lo specialista di riferimento presente in reparto d'area medica con posti letto dedicati, devono essere in grado di gestire tutte le patologie reumatiche e tutte le fasi diagnostiche complesse, interagendo sia con il gruppo multidisciplinare che con i centri della rete delle Malattie Rare; i Pediatri che hanno in carico i piccoli pazienti affetti da malattie reumatiche, anche ai fini della gestione del periodo transazionale dalla fase pediatrica a quella adulta, dovranno relazionarsi sistematicamente con i colleghi ai quali saranno progressivamente affidati i pazienti divenuti adulti, 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 Territoriale in ambito sanitario e Sociale per le azioni di programmazione e governo clinico, tramite lo svolgimento delle seguenti attività:

- delle attività dei 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;
- Coordinamento attività di predisposizione di protocolli operativi condivisi;
- 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.

Le strutture HUB sono centri autorizzati alla prescrizione di farmaci biotecnologici di cui alla DCA 127/2015 DCA n 93/2016 e successive modifiche ed integrazioni. L'autorizzazione quale centro proscrittore è ovviamente condizionata al mantenimento di tutti i requisiti e degli elementi

organizzativi precedentemente descritti. Il venire meno dei suddetti requisiti, comporterà l'esclusione dai centri prescrittori da quelli autorizzati .

I centri privati non possono essere riconosciuti tra i centri prescrittori.

La rete, giusti decreti organizzativi, si configura in tre aree così definite:

AREA NORD, AREA CENTRO, AREA SUD:

A supporto di tali aree esiste un'organizzazione dei servizi ospedalieri secondo il modello hub / spoke, supportato da og (ospedale generale), ozd (ospedale zona disagiata) e da attività ambulatoriali distribuite sul territorio di riferimento, con alcuni centri già autorizzati alla prescrizione dei farmaci biologici , di seguito indicati con un asterisco * e comunque nel rispetto e nelle more di una possibile rivisitazione del DCA n.64 /2015 che ha già riorganizzato la rete di assistenza ospedaliera.

AREA NORD

III Livello

Hub AO CS, Annunziata

SC Reumatologia *

II Livello

Spoke Castrovillari

Reumatologia *

Spoke Rossano /Corigliano

Spoke Paola/Cetraro

Ospedale OZD Asp cs Acri

Ospedale OZD Asp cs S Giovanni in Fiore

Ospedale OZD Asp cs Trebisacce

I Livello

Distretto Cosenza Savuto

Distretto Pollino Esaro

Distretto Tirreno

Distretto Valle Crati

Castrolibero

Ambulatorio Territoriale

Praia a Mare

Ambulatorio Territoriale

Rende

Ambulatorio Territoriale

Trebisacce

Ambulatorio Territoriale

Cassano allo Jonio

Ambulatorio Territoriale

San Giovanni in Fiore

Ambulatorio Territoriale

San Marco Argentano

Ambulatorio Territoriale

Acri

Ambulatorio Territoriale

Cosenza

Ambulatorio Territoriale

AREA CENTRO

III Livello

Hub AO CZ, Pugliese Ciaccio
AOUCZ, MaterDomini

presso SC Medicina- Ambulatorio Reumatologia *
presso SC Medicina - Ambulatorio DH Reumatologia *

II Livello

Spoke Lamezia Terme
Spoke Crotona
Spoke Vibo Valentia

SC d Medicina Ambulatorio Reumatologia*
SC Geriatria Ambulatorio Reumatologia*
SC Medicina

Ospedale Generale Tropea
Ospedale Generale Soverato

Ambulatorio Reumatologia (Spoke V V) *

Ospedale OZD Soveria Mannelli
Ospedale Generale OZD Serra S Bruno

I Livello

ASP Catanzaro

Distretto Catanzaro Lido
Distretto Lametino
Distretto Soverato

Dovrà prevedere almeno 1 struttura ambulatoriale

ASP Vibo Valentia

Vibo Valentia

Ambulatorio territoriale

ASP Crotona

Distretto Crotona
Distretto Cirò Marina
Distretto Mesoraca

Ambulatorio territoriale

Casa di Cura Privata Madonna dello Scoglio, con posti letto di reumatologia il cui numero potrà essere oggetto di una proposta di redistribuzione nell'area al fine di garantire adeguata assistenza in almeno 1 degli Hub di riferimento

AREA SUD

III Livello

Hub AO RC, Bianchi Melacrino

SSD Reumatologia *

II Livello

Spoke Locri

SC Medicina con SS Reumatologia*

Spoke Polistena
Ospedale Generale OG Gioia Tauro
Ospedale Generale OG Melito Porto Salvo

I Livello

ASP Reggio Calabria 1	Ambulatorio territoriale
Bagnara	Ambulatorio territoriale
Reggio Nord	Ambulatorio territoriale
Villa San Giovanni	Ambulatorio territoriale

ASP Reggio Calabria 2	
Reggio Sud	Ambulatorio territoriale
Saline Ioniche	Ambulatorio territoriale
Melito	Ambulatorio territoriale
Chorio di San Lorenzo	Ambulatorio territoriale

ASP Locride	
Monasterace	Ambulatorio territoriale
Caulonia	Ambulatorio territoriale
Roccella Ionica	Ambulatorio territoriale
Gioiosa	Ambulatorio territoriale
Siderno	Ambulatorio territoriale
Bovalino	Ambulatorio territoriale
Bianco	Ambulatorio territoriale
Palizzi	Ambulatorio territoriale

ASP Tirrenica	
Palmi	Ambulatorio territoriale
Rosarno	Ambulatorio territoriale
Taurianova	Ambulatorio territoriale
Cittanova	Ambulatorio territoriale

Con il presente decreto si struttura la nuova organizzazione della rete secondo lo schema di seguito rappresentato:

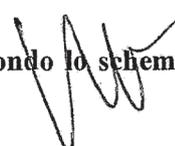
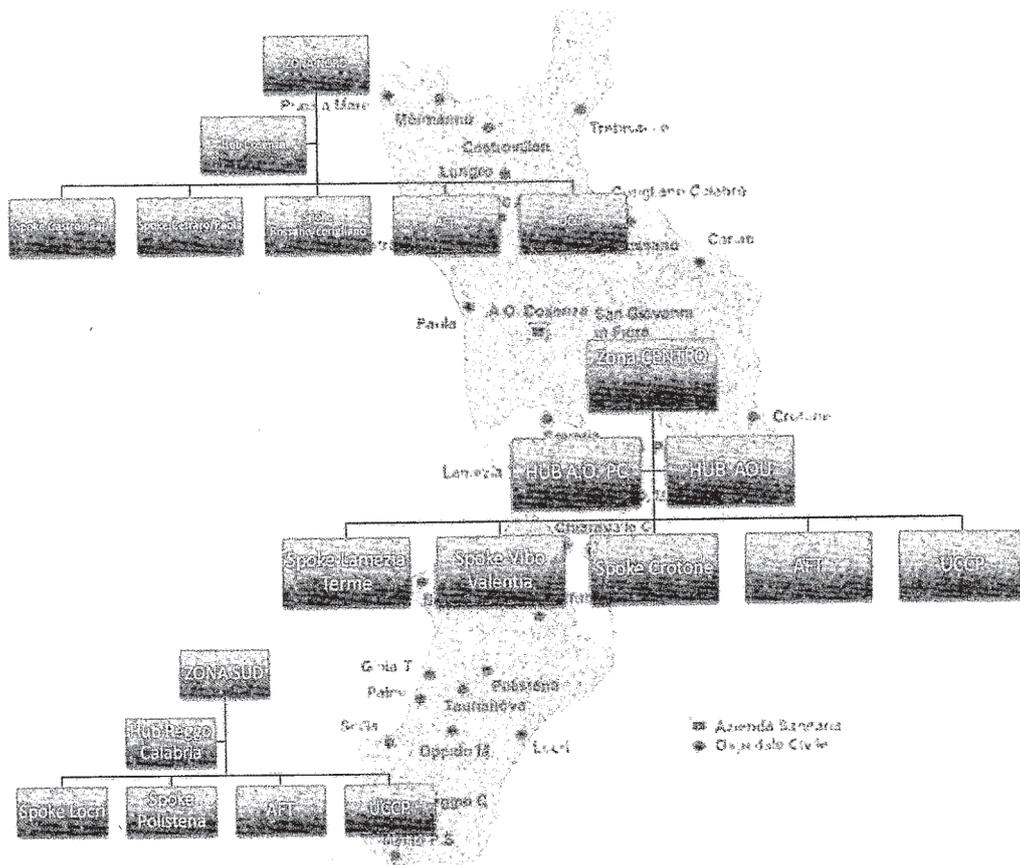


Fig.1 Organizzazione della Rete Reumatologica Regionale



IL COORDINAMENTO REGIONALE DELLA RETE REUMATOLOGICA

Il Gruppo Tecnico di Coordinamento Regionale della Rete Reumatologica risponde direttamente al Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e si relaziona sistematicamente con il Dirigente del Settore 11 "Servizi Ospedaliero-Specialistico Ambulatoriale, Diagnostica e Laboratoristica Pubblica e Privata" che li coordina e cura le relazioni con i Dirigenti Responsabili o Loro delegati dei Settori Autorizzazione/Accreditamento, Prevenzione, Politica del Farmaco, Territoriale e Informatico per le problematiche di loro competenza che di volta in volta devono essere affrontate.

Il Gruppo Tecnico di Coordinamento Regionale della Rete Reumatologica Calabrese è costituito da due Dirigenti del Settore n.11 del Dipartimento Tutela della Salute, dagli specialisti reumatologici rappresentanti gli Hub, gli Spoke, il territorio, in associazione ai rappresentanti delle società scientifiche e delle associazioni dei pazienti, così come di seguito indicato:

Dott. Sergio Petrillo - Dirigente Medico – R.U.P. Settore 11 Dipartimento Tutela della Salute

Dott.ssa. Maria Antonietta Iorfida - Dirigente Biologo Settore 11 Dipartimento Tutela della Salute

Dott. ssa Roberta Pellegrini Hub CS (Referente d'Area)

Dott. Giuseppe Muccari Hub AO Pugliese Ciaccio di CZ

Prof. Saverio Naty A.O.U .MD di CZ (Referente d'Area)

Dott. Maurizio Caminiti Hub, RC (Referente d'Area)

Dott. Marcello D'Amico Spoke Cetraro-Paola

Dott. Giuseppe Varcasia Spoke Castrovillari

Dott. Carmela Palopoli Spoke Crotona

Dott. Massimo L'Andolina Spoke VV, OG Tropea

Dott. Nicola Congiusta Spoke, Locri

Dott. Pietro Gigliotti ASP CS

Dott. Domenico Olivo ASP KR

Prof.ssa Rosa Daniela Grembiale Delegato Reg.le Società Italiana Reumatologia (SIR)

Rappresentanti Associazioni Pazienti

Dott. Rosario Pugliano ACALMAR

Dott.ssa Antonella Celano, Ing. Gioconda Durante APMAR



LE FUNZIONI DEL COORDINAMENTO REGIONALE

- Formulare gli obiettivi organizzativi, programmare le attività di governo clinico;
- Definire le priorità per le attività di ricerca, sviluppo e Health Technology Assessment per l'acquisizione di nuove tecnologie, definire i criteri di appropriatezza clinica e organizzativa dell'assistenza reumatologica, con particolare riferimento ai ricoveri;
- Implementare la Rete Informatica;
- Coordinare le attività delle tre Aree nella definizione dei Piani operativi;
- Fornire supporto tecnico per l'attività di programmazione;
- Predisporre documenti ed elaborare linee guida tecnico-scientifiche dalle quali originano i PDTAR con cui vengono istituiti momenti di raccordo per la definizione di strumenti, tempi e metodi di attivazione della rete reumatologica regionale;
- Monitorare l'appropriatezza dei percorsi assistenziali fornendo un'ideale valutazione attraverso una relazione tecnica trimestrale da presentare al Dipartimento Tutela della Salute, Settore 11.
- Il Coordinamento Regionale, attraverso il coinvolgimento di gruppi di lavoro di valutazione del farmaco in seno alla Commissione Regionale del Farmaco, avrà il compito di elaborare raccomandazioni basate sull'evidenza, in merito a farmaci innovativi in ambito reumatologico e di alto impatto economico indicandone la forza e gli indicatori d'uso atteso attraverso specifici quesiti clinici.
- **Il Coordinamento Regionale omogeneizza e rende coerente le attività delle tre Aree che comprendono** le diverse strutture di tutte le Aziende Ospedaliere e Sanitarie Provinciali che assistono il paziente reumatologico nel percorso diagnostico terapeutico e definisce, con i nodi della rete, le Unità Operative delle Strutture Hub, Spoke e OG e le Unità Specialistiche che partecipano ai percorsi diagnostici che saranno con successivi atti adottati.
- **Il Coordinamento delle tre Aree è affidato ai referenti Hub** che hanno funzione non gerarchica, ma di raccordo di tutti le componenti d'Area, in relazione al funzionamento della rete e della applicazione dei PDTAR e del loro monitoraggio, in stretta collaborazione con gli specialisti dei distretti territoriali afferenti all'area di competenza che gestiscono l'organizzazione di tutti gli ambulatori territoriali.

RETE INFORMATICA A SUPPORTO DELLA RETE REUMATOLOGICA

Il Coordinamento Regionale si impegna a sviluppare le specifiche per un sistema informativo regionale per la reumatologia, tenendo conto di quanto ad oggi esistente nelle aziende e secondo le indicazioni che verranno prodotte dallo stesso, poichè strumento essenziale per la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici e per la prescrizione informatizzata dei farmaci reumatologici.

La costituenda rete informatica regionale della reumatologia provvederà a:

- Raccogliere, analizzare e processare le informazioni sanitarie in modo sicuro ed automatico;
- Sviluppare un sistema di reporting della prescrizione specifico e integrato tra territorio e regione ;
- Rendere disponibile il dato ai professionisti della rete secondo codifiche condivise;
- Costruire banche dati per la ricerca scientifica;

L'informatizzazione della Rete si baserà su una piattaforma condivisa dalle Aziende Sanitarie al fine di garantire la connessione online continua di tutte le realtà afferenti alla Rete Reumatologica della Regione Calabria.

La piattaforma prevederà la presenza, all'interno del sito web di ogni singola azienda, di un link "Rete Reumatologica", a cui gli operatori autorizzati possano accedere mediante l'inserimento di una user ID e di una password.

I link di ogni singola azienda garantiranno l'accesso ai database delle singole UU.OO. afferenti alla rete ed insistenti nell'azienda (Archivi dati cartelle cliniche delle UU.OO. di Reumatologia), ai database di archiviazione dei servizi diagnostici ai PDTA regionali, alle Linee Guida Regionali, ai programmi di formazione e d'aggiornamento, ai protocolli degli studi clinici controllati attivi.

Le comunicazioni tra le diverse unità operative della rete reumatologica avverranno attraverso un servizio di posta elettronica certificata al fine di sveltire le procedure e garantire la sicurezza del sistema. All'interno della piattaforma informatica potrebbe anche essere attivato un servizio di TeleMedicina destinato a clinici, utenti, e loro caregivers. Attraverso il servizio di telemedicina i pazienti reumatologici potrebbero avvalersi di una rete di esperti in grado di sostenerli durante tutto il percorso della malattia (counseling clinico e psicologico).

Il servizio di TeleMedicina potrebbe inoltre favorire l'interazione tra i Centri Reumatologici della rete con Centri Reumatologici di rilievo nazionale, collegati alla rete attraverso un servizio di "second opinion" al fine di confrontare sia la diagnosi che la terapia, assicurando al paziente l'opportunità di accesso alle terapie più idonee e consentendo il controllo della qualità degli esami eseguiti, nell'ottica di un supporto decisionale alla ottimale gestione del paziente.

La rapidità nell'ottenere un secondo parere senza spostamenti del paziente consentirebbe inoltre, di indirizzare velocemente lo stesso alle terapie più appropriate, senza ricorrere alla mobilità extraregionale, con il duplice risultato di migliorare la qualità di vita del paziente e risparmiare risorse. Sarà implementato il monitoraggio delle liste di attesa per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche, specificando la tipologia reumatologica della prestazione e il benchmark dei principali tempi di erogazione.

Sulla base dei criteri di appropriatezza, che saranno definiti dal Coordinamento Regionale, e sulla base della valutazione e del monitoraggio effettuato dal Coordinamento reumatologico di area, sarà periodicamente rivalutata la dotazione organica e strumentale della rete reumatologica con il preciso obiettivo di riportare l'attività al setting di erogazione più appropriato. In particolare per le attività di reumatologia si favorirà un aumento dell'erogazione in regime ambulatoriale, in aderenza con quanto previsti dal DPGR 5/2014.

Al fine di migliorare il livello di assistenza, in grado di favorire una diagnosi precoce ed una più accurata appropriatezza prescrittiva è necessaria l'attivazione di un CUP dedicato.

NOTE CONCLUSIVE

La Rete Reumatologica integrata Ospedale – Territorio, in coerenza con il modello HUB e SPOKE e in accordo ed integrazione con il nuovo modello organizzativo assistenziale dell'assistenza primaria (AFT e UCCP) individua i ruoli ed i livelli della rete medesima.

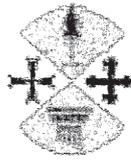
La Rete reumatologica regionale favorisce l'implementazione di modalità e strumenti che facilitino gli scambi informativi tra professionisti, quali ad esempio il teleconsulto specialistico e crea il **Registro regionale delle patologie reumatiche**.

I Nodi della Rete operano in stretta collaborazione, adottando strumenti informatici comuni (cartelle informatiche in rete) e protocolli di trattamento condivisi e comuni.

I requisiti devono essere garantiti per tutte le strutture nelle more dell'autorizzazione ed accreditamento definitivo e previa certificazione delle direzioni sanitarie aziendali.

Il Gruppo tecnico regionale si riunirà periodicamente per aggiornare protocolli, linee guida e PDTAR anche in collaborazioni, quando necessario, con i componenti del gruppo multidisciplinare.

Preso atto che a seguito del DCA n.64 del 2015, tutti i posti letto di reumatologia per l'Area Centro risultano essere allocati nell' ASP Crotona presso la Clinica privata "Madonna dello Scoglio" di Cotronei, al fine di rendere più funzionale la rete reumatologica regionale, appare opportuna prevedere, con successivo atto, la riconversione di un congruo numero di posti letto da allocare presso uno dei centri HUB, al fine di garantire nella città capoluogo di regione, una adeguata assistenza di III livello ai pazienti reumatologici bisognosi di trattamenti per acuti, nel contesto di una struttura dedicata e nel rispetto dei parametri previsti dal D.M. 70/2015.



REGIONE
CALABRIA

ALLEGATO 2

**PDTAR PAZIENTE ADULTO
CON
PATOLOGIA REUMATOLOGICA**

FASE 1

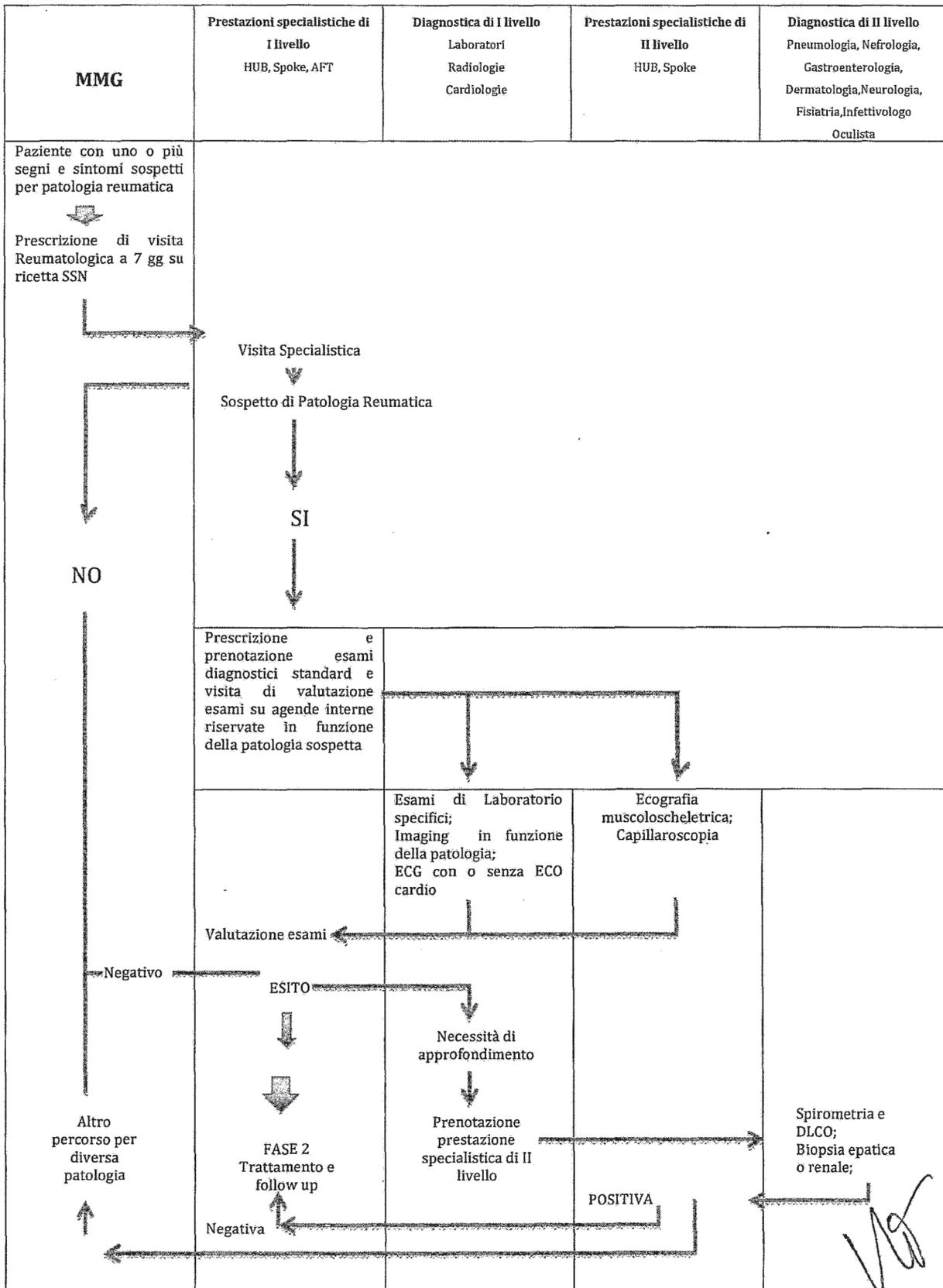
ACCESSO E DIAGNOSI

FASE 2

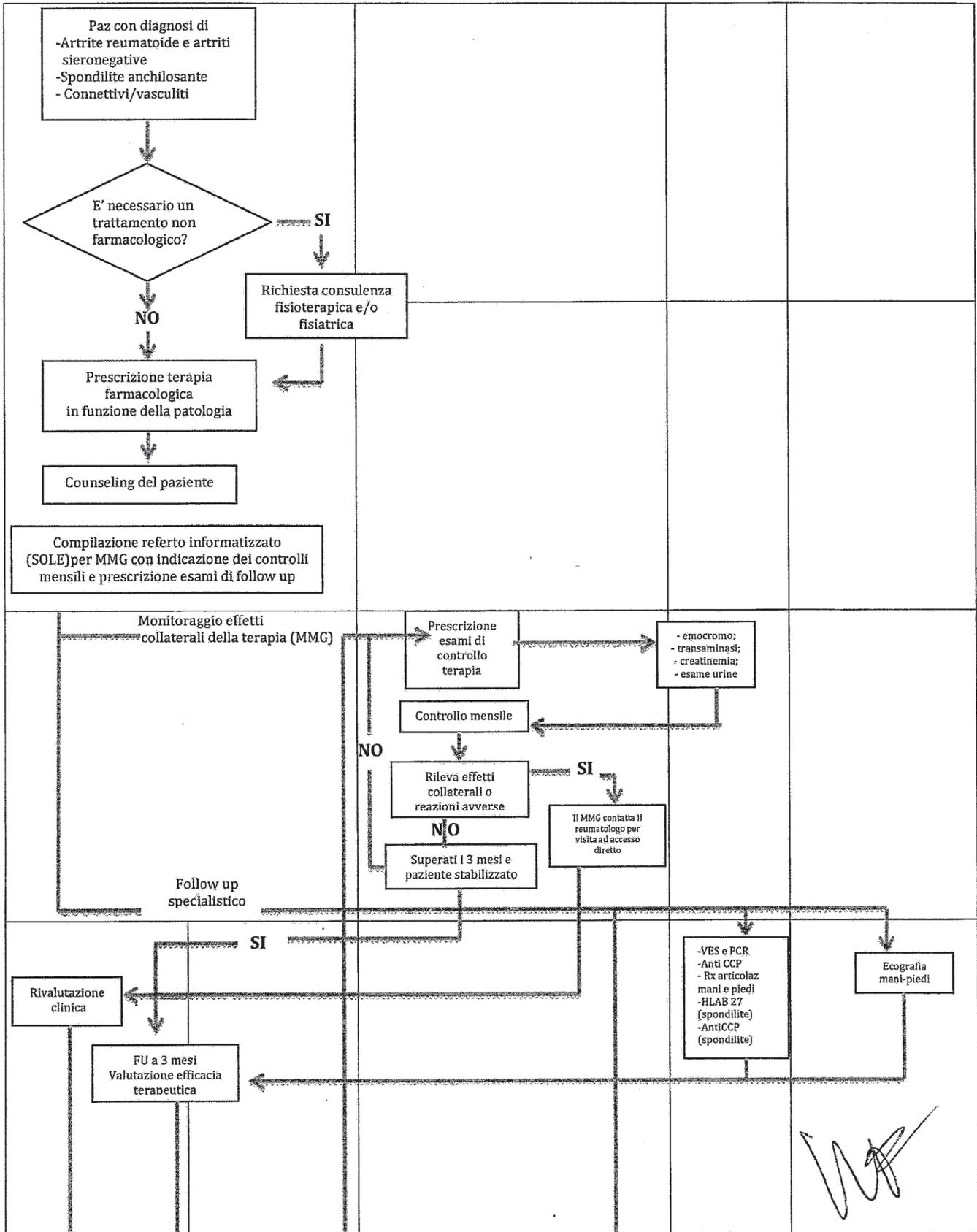
TRATTAMENTO E FOLLOW UP

PDTAR Paziente adulto

FASE 1: Accesso e Diagnosi



Fase 2 Trattamento e Follow up



[Handwritten signature]

