

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 29 maggio 2017, n. 795

Istituzione Tavolo tecnico regionale della Radiologia Interventistica.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal responsabile A.P. e confermate dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue.

Visto:

- Il D.Lgs. 502/1992 s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali.
- Il Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 con cui è stato definito il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", acquisita l'intesa in sede di Conferenza Stato — Regioni (Rep. Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015);
- le deliberazioni di Giunta regionale n. 161/2016, n. 265/2016 e n. 1933/201 nonchè la deliberazione di Giunta regionale n. 239 del 28/02/2017 con cui è stato approvato in via definitiva il Regolamento di riordino della rete ospedaliera, pubblicato sul Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 32 del 14/03/2017 (R.R. 10 marzo 2017, n. 7), in attuazione del D.M. n. 70/2015 e delle Legge di Stabilità 2016 — 2017.

Atteso che:

- a) il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" e, specificamente, il punto 8 "Reti ospedaliere" prevede (cfr. 8.1.1.) che all'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale;
- b) lo stesso D.M. n.70/2015 prevede altresì che "per la definizione delle reti sopra elencate le regioni adottino specifiche disposizioni tenendo conto delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni già contenute negli appositi Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-regioni sulle rispettive materie. Relativamente alle reti sopra elencate, per le quali non siano disponibili linee guida e raccomandazioni, è istituito uno specifico tavolo tecnico presso AGENAS composto da rappresentanti del Ministero della salute, di AGENAS, regioni e province autonome, con il compito di definire entro un anno dalla data di approvazione del presente decreto le relative linee guida e raccomandazioni, nonché di aggiornare quelle già esistenti, da sancire tramite Accordi in sede di Conferenza Stato-Regioni";
- c) Il Tavolo Istituzionale per la revisione delle Reti cliniche (TI), istituito e coordinato da AGENAS e composto da rappresentanti di AGENAS, del Ministero della Salute, delle Regioni e delle Province autonome, che opera con il supporto del Coordinamento Tecnico-Scientifico (CTS) che a sua volta coordina i Gruppi di Lavoro di Rete Clinica delle singole reti cliniche, si è dotato di uno strumento condiviso con Ministero della salute e Regioni e validato dal CTS nella riunione del 30 giugno 2016, denominato "Griglia di rilevazione delle Reti Cliniche";
- d) con note prot. n. P-9470 — PG e n. 9471 — PG del 10/11/2016 il Direttore Generale dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali ha trasmesso la Griglia, corredata di un documento esplicativo, che ha la finalità di rilevare lo stato di implementazione delle reti clinico-assistenziali da parte delle Regioni e P.A. e di monitorare, per ciascuna rete, l'effettiva aderenza dei requisiti e dei percorsi e il mantenimento degli stessi, alle linee guida e alle raccomandazioni esistenti a livello nazionale, nonché il suo funzionamento.
- e) Il Tavolo istituzionale per la Revisione delle reti cliniche D.M. n. 70/2015 dell'Age.Na.S. in data 22/09/2016

ha approvato la griglia di rilevazione contenente quanto segue:

- Struttura di base:

1. **Organizzazione e Direzione/Sistema di Governo:** formalizzazione di un modello organizzativo di riferimento (es.: Hub&Spoke, poli/antenne, misto; altro ecc.) con la descrizione delle componenti/nodi della RSR (es.: definizione dei centri Hub e dei centri Spoke);
2. **Meccanismi operativi - Processi assistenziali:** PDTA - Clinical Pathway: programma di peer review (audit interno) annuale interdisciplinare/interprofessionale per la valutazione del grado di applicazione dell'Assigned Pathway e sono valutati gli eventuali motivi di scostamento dal PDTA stesso;
3. **Meccanismi Operativi - Processi assistenziali:** Dimissioni protette e/o assistite: definizione e applicazione di programmi di dimissione ospedaliera protetta e/o assistita in particolare per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta e per i pazienti in fase terminale (Hospice).
4. **Meccanismi Operativi - Processi assistenziali - monitoraggio qualità:** un sistema formalizzato di monitoraggio e valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni/servizi erogati nonché dei meccanismi di integrazione/continuità assistenziale della rete.
5. **MECCANISMI OPERATIVI - Processi di supporto: Formazione:** Il Piano di Rete deve prevedere lo sviluppo di programmi di formazione di livello regionale sviluppati in modalità integrata (multiprofessionale e multidisciplinare) per gli operatori della rete che comprendano lo sviluppo e potenziamento delle competenze ed abilità di organizzazione e gestione (networking ed attività di Rete).
6. **MECCANISMI OPERATIVI - Processi strategico gestionali- monitoraggio:** partecipazione a sistemi di monitoraggio nazionali delle reti (qualora esistenti).

- Processi sociali: deve essere prevista una valutazione formalizzata e periodica dell'integrazione dei servizi e dei PDTA dal punto di vista dei professionisti.

- Risultati:

1. **RISULTATI - Prestazioni: output e outcome.** I dati (di processo ed esito) rilevati dai sistemi di monitoraggio della qualità dell'assistenza e del benessere dei professionisti:
 - vengono portati a conoscenza e discussi con gli operatori con cadenza periodica (es.: una volta all'anno);
 - vengono individuate possibili aree di criticità e relative azioni di miglioramento;
 - vengono monitorate nel tempo le azioni di miglioramento;
 - viene monitorata la mobilità interregionale (pubblica e privata) dei pazienti per le patologie inerenti la rete quale indicatore di efficienza della Rete.

2. **RISULTATI - Esperienza del paziente e Soddisfazione dei pazienti/utenti/cittadini**

- Vengono descritte le modalità con cui sono resi pubblici i dati/informazioni relativi a:

- a) attività della Rete (volumi ed esiti)
- b) qualità percepita
- c) umanizzazione dell'assistenza
- e) azioni di miglioramento
- f) coinvolgimento delle associazioni di pazienti e/o cittadini.

Preso atto:

- che la Radiologia Interventistica (RI) è un'ultra-specialità clinica della Radiologia, focalizzata sulla diagnosi e sul trattamento mininvasivo, guidato dall'imaging, di numerose patologie che, grazie allo sviluppo tecnologico avvenuto negli ultimi anni, rappresenta uno dei campi più in evoluzione della medicina. Il miglioramento delle tecniche di imaging e di RI, insieme al bisogno della medicina moderna di trattare le patologie in maniera sempre meno invasiva per il paziente, con il vantaggio di minori costi sociali e di ridotti tempi di degenza, ha fatto sì che tali pratiche si diffondessero negli ospedali di medie e grandi dimensioni. Alla luce di tale evoluzione, nel corso degli ultimi venti anni si è andata delineando una nuova figura professionale, quella del radiologo interventista. Poiché il radiologo interventista interagisce direttamente con i pazienti

per ciò che riguarda le loro patologie e le eventuali opzioni terapeutiche, è necessario che vengano disposte strutture non solo per effettuare le procedure di RI, ma anche strutture dove il radiologo interventista possa seguire i pazienti sia in regime ambulatoriale che in ricovero ordinario.

- si avverte quindi l'esigenza di individuare e/o creare e istituzionalizzare Centri di I, II e III livello di RI, aventi differenti livelli di complessità, in relazione a requisiti clinici, organizzativi, tecnologici e strutturali allo scopo di stabilire degli standard qualitativi nei confronti sia dei pazienti sia degli operatori coinvolti e per la creazione di un servizio impegnato a offrire assistenza sanitaria globale che va al di là del lavoro effettuato nella sola sala angiografica e/o di diagnostica per immagini;
- che in Italia il campo di applicazione della RI è molto ampio. Le possibilità applicative di tale disciplina vanno dalla diagnostica invasiva all'interventistica vascolare ed extravascolare. Inoltre, la Radiologia Interventistica ha un notevole campo di applicazione in ambito oncologico, con finalità sia diagnostiche sia terapeutiche, sia curative sia palliative;
- che oggi giorno numerose patologie trovano spesso adeguata risposta curativa nelle potenzialità terapeutiche della RI. Solo a scopo esemplificativo sono descritti alcuni campi di applicazione della RI:
 - a) nell'ambito delle patologie cerebrovascolari, come nell'ictus ischemico ed emorragico, il ruolo della diagnostica per immagini (DI) e la RI è di assoluto rilievo sia nella prevenzione sia nel trattamento in fase iperacuta (mediante trombolisi, terapia fibrinolitica locoregionale intracerebrale). Si calcola, infatti, che, in media, la gestione e il trattamento appropriato dell'ictus in fase acuta nelle unità multidisciplinari di terapia dedicate all'ictus (Stroke Unit) comportino una riduzione di spesa pari a 9/10 rispetto a quella riguardante l'assistenza per invalidità di pazienti non prontamente trattati in acuto. Numerosi studi randomizzati e controllati dimostrano, infatti, la superiorità in termini di outcome clinico e di economicità di gestione, del management dei pazienti accolti nelle Stroke Unit, rispetto a quelli gestiti nei reparti non specializzati;
 - b) la DI e la RI hanno un ruolo di primaria importanza nella valutazione e nella gestione terapeutica delle complicanze vascolari della patologia diabetica. Il diabete è, infatti, in notevole aumento nei Paesi industrializzati, tanto da essere considerato dall'OMS al pari di un'epidemia. Tuttavia, i progressi nella cura di tale patologia fanno sì che non ci siano più problemi legati alla sopravvivenza, ma al contempo favoriscono lo sviluppo di quelli legati alle complicanze croniche sia microangiopatiche (retinopatia, nefropatia, neuropatia) che macroangiopatiche, dove trova terreno fertile la RI (cardiopatia ischemica, arteriopatia degli arti inferiori, arteriopatia dei tronchi sovraortici);
 - c) un importante distretto corporeo che risente dei rischi legati alla "società del benessere", in particolar modo all'aumento dell'età media e all'attività sedentaria, è senz'altro il sistema osteoarticolare. L'osteoporosi e le fratture osteoporotiche colpiscono, dopo i cinquanta anni, in media una donna su due e un uomo su cinque. Le fratture osteoporotiche (frequenti quelle vertebrali, del polso e del collo-femore) devono essere necessariamente trattate nell'immediato, al fine di evitare una progressiva perdita di autosufficienza da parte del paziente. Sulla base degli elevati costi economici che derivano dal periodo d'invalidità, dalla perdita di autosufficienza per alcuni pazienti e per l'insorgere di nuove complicanze in pazienti in età avanzata, si è proceduto di recente in molti Paesi europei alla creazione di unità multidisciplinari e specializzate, sulla scia delle Stroke Unit, che sono state denominate Fracture Unit. Infatti, oltre alla terapia della patologia in fase acuta è fondamentale la prevenzione della stessa mediante azioni svolte nei confronti dei fattori di rischio. A tale scopo la Radiologia è di fondamentale importanza nell'ambito sia della prevenzione sia nella diagnosi di fratture paucisintomatiche e sia nella pianificazione della possibilità terapeutica più idonea. La RI ha infine un ruolo primario nel trattamento terapeutico (fratture vertebrali: vertebroplastica o cifoplastica);
 - d) la RI ha avuto un notevole impatto nella gestione diagnostica e terapeutica dei pazienti oncologici. I pazienti con patologie oncologiche non aggredibili chirurgicamente trovano nella RI numerose possibilità terapeutiche, dalle ablazioni transcatetere (embolizzazioni, chemioembolizzazioni, chemioterapia locoregionale) alle termoablazioni tumorali (epatiche, polmonari, osteovertebrali).

- della necessità di organizzare dei Centri di Radiologia Interventistica è legata alla possibilità delle metodiche interventistiche di gestire con successo sia situazioni critiche di emergenza-urgenza, sia di minore urgenza con frequenza quotidiana in ospedali di piccole e medie dimensioni, in maniera tale da evitare il ricorso a terapie chirurgiche molto più onerose da un punto di vista biologico ed economico. Per l'importante ruolo nella gestione delle emergenze-urgenze della RI è pertanto necessaria la copertura attiva o in reperibilità del servizio nelle 24 ore, a seconda della complessità del Centro. È necessaria, perciò, la realizzazione di una rete sul territorio in grado di assolvere tale compito. I CRI così abilitati, sia per la disponibilità di apparecchiature sia per le competenze del personale, vanno eletti a riferimento da parte delle strutture ospedaliere limitrofe, non adeguatamente attrezzate. A tale scopo è prevista una distribuzione capillare e mirata secondo lo schema "Hub & Spoke" (mozzo e raggi). Nei CRI di riferimento il medico radiologo interventista deve interagire sia con i vari specialisti sia direttamente con i pazienti, per quanto riguarda le loro patologie e le scelte terapeutiche, e deve poter disporre non solo
- che la necessità di organizzare dei Centri di Radiologia Interventistica è legata alla possibilità delle metodiche interventistiche di gestire con successo sia situazioni critiche di emergenza-urgenza, sia di minore urgenza con frequenza quotidiana in ospedali di piccole e medie dimensioni, in maniera tale da evitare il ricorso a terapie chirurgiche molto più onerose da un punto di vista biologico ed economico. Per l'importante ruolo nella gestione delle emergenze-urgenze della RI è pertanto necessaria la copertura attiva o in reperibilità del servizio nelle 24 ore, a seconda della complessità del Centro. È necessaria, perciò, la realizzazione di una rete sul territorio in grado di assolvere tale compito. I CRI così abilitati, sia per la disponibilità di apparecchiature sia per le competenze del personale, vanno eletti a riferimento da parte delle strutture ospedaliere limitrofe, non adeguatamente attrezzate. A tale scopo è prevista una distribuzione capillare e mirata secondo lo schema "Hub & Spoke" (mozzo e raggi). Nei CRI di riferimento il medico radiologo interventista deve interagire sia con i vari specialisti sia direttamente con i pazienti, per quanto riguarda le loro patologie e le scelte terapeutiche, e deve poter disporre non solo di apparecchiature idonee, ma anche di strutture e ambienti dedicati.

Si propone di:

- istituire il Tavolo tecnico regionale "Radiologia interventistica" con l'obiettivo di individuare, nell'ambito della rete ospedaliera della Regione Puglia, definita con il Regolamento regionale n. 7/2017, i centri deputati all'erogazione delle prestazioni di Radiologia Interventistica, che tenga conto della produzione attuale;
- di stabilire la seguente composizione del Tavolo tecnico regionale "Radiologia interventistica", composto da:
 - a) almeno un rappresentante per provincia esperto in materia e Direttore della U.O. di Radiologia o di Radiologia interventistica, su indicazione dei Direttori Generali delle Asl, Aziende Ospedaliere nonché dai Legali rappresentanti degli Enti del Servizio Sanitario Regionale;
 - b) un Direttore Sanitario per Area Vasta: Area Salento, Area Bari, Area Puglia Nord;
 - c) un rappresentante dell'Agenzia Sanitaria Regionale (A.Re.S);Il Tavolo tecnico, qualora necessario, potrà avvalersi di altri esperti o dei rappresentanti delle Società scientifiche di settore.
- di stabilire che la partecipazione al Tavolo tecnico "Radiologia interventistica" è a titolo gratuito;
- di stabilire che con proprio atto il Dirigente della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" provveda alla nomina dei componenti del Tavolo tecnico "Radiologia interventistica" e ad eventuali sostituzioni per avvicendamento nella carica.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del seguente atto finale ai sensi della L. R. n. 7/97, art. 4, lett. k.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e

dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal responsabile A.P. e dal Dirigente di Sezione;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di istituire il Tavolo tecnico regionale "Radiologia interventistica" con l'obiettivo di individuare, nell'ambito della rete ospedaliera della Regione Puglia, definita con il Regolamento regionale n. 7/2017, i centri deputati all'erogazione delle prestazioni di Radiologia Interventistica, che tenga conto della produzione attuale;
2. di stabilire la seguente composizione del Tavolo tecnico regionale "Radiologia interventistica", composto da:
 - a) almeno un rappresentante per provincia esperto in materia e Direttore della U.O. di Radiologia o di Radiologia interventistica, su indicazione dei Direttori Generali delle Asl, Aziende Ospedaliere nonché dai Legali rappresentanti degli Enti del Servizio Sanitario Regionale;
 - b) i seguenti Direttori Sanitario per Area Vasta:
 - Area Salento Dott. Angelo Greco (Dir. Sanitario ASL BR)
 - Area Bari Dott. Giustina D'Amelio (AOU Policlinico Bari)
 - Area Puglia Nord Dott. Laura Liliana Moffa (OORR Foggia)
 - c) dal rappresentante dell'Agenzia Sanitaria Regionale (A.Re.S) Dott. Elisabetta Graps

Il Tavolo tecnico, qualora necessario, potrà avvalersi di altri esperti o dei rappresentanti delle Società scientifiche di settore.

3. di stabilire che la partecipazione al Tavolo tecnico "Radiologia interventistica" è a titolo gratuito;
4. di stabilire che con proprio atto il Dirigente della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" provveda alla nomina dei componenti del Tavolo tecnico "Radiologia interventistica" e ad eventuali sostituzioni per avvicendamento nella carica;
5. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" alla Sezione "Risorse strumentali e tecnologiche", ai Direttori Generali delle ASL, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS pubblici e privati, Enti Ecclesiastici nonché alle Associazioni di categoria della sanità ospedaliera privata pugliese;
6. di notificare il presente provvedimento alle Case di Cura private accreditate, per il tramite dei Direttori Generali delle ASL territorialmente competenti;
- 7 di pubblicare il presente atto sul BURP.

Il segretario della Giunta
dott.a Carmela Moretti

Il Presidente della Giunta
dott. Michele Emiliano