



REGIONE PUGLIA

AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE DELLE PERSONE
E DELLE PARI OPPORTUNITÀ

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Codice CIFRA: AOA/DEL/2014_____

OGGETTO: Istituzione della Rete regionale dei Centri per la diagnosi dell'ipertensione arteriosa e del rischio cerebrocardiovascolare – Istituzione e nomina del Centro di Riferimento Regionale (CRR)

L'Assessore al Welfare, sulla base dell'istruttoria espletata dalla Responsabile della A.P. "Riabilitazione - Strutture residenziali e semiresidenziali, centri diurni e ambulatoriali – Strutture sociosanitarie", confermata dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera Specialistica e Accreditamento, riferisce quanto segue:

L'ipertensione arteriosa, di cui sono affetti oltre 18 milioni di italiani, rappresenta il maggiore fattore di rischio per morbilità e mortalità cardiovascolare costituendo, inoltre, un'importante voce di bilancio della sanità pubblica che necessita di una importante ottimizzazione.

L'individuazione dei soggetti a rischio, la diagnosi precoce ed il trattamento efficace dell'ipertensione arteriosa e delle condizioni associate, oltre al possibile beneficio clinico dei pazienti ipertesi, determina una significativa riduzione della spesa sanitaria ed un risparmio di risorse sociali impiegate per l'assistenza diretta e/o indiretta dei pazienti affetti dagli invalidanti eventi cardio-cerebro-vascolari.

Il modello assistenziale per la gestione di tali patologie croniche è quello della "presa in carico del paziente da parte di un team di cure" di cui facciano parte il MMG o il PLS e lo/gli specialista/i di supporto alla gestione del Percorso Diagnostico Terapeutico. Evidenze in campo organizzativo dimostrano la forte utilità di una figura infermieristica di supporto al Care and Disease Management delle malattie croniche, per la promozione dell'empowerment da parte degli stessi pazienti finalizzata ad una migliore gestione delle cure.

D'altro canto, la diagnostica e l'impostazione del programma terapeutico dell'ipertensione arteriosa coinvolge anche per la sua eziologia, la sua fisiopatogenesi e le sue complicanze, una serie di specialisti che, mutuamente, collaborano alla conoscenza ed all'elevarsi della qualità assistenziale in campo ipertensiologico.

L'ipertensione arteriosa, quindi, è l'esempio di una malattia, o meglio una sindrome, o, meglio ancora, una condizione multifattoriale e multieziologica "identificabile anche da elevati valori pressori" per cui è necessario un approccio multidisciplinare. L'ipertensiologo, quindi, è colui che, con la documentata esperienza e ricerca clinica può garantire tale approccio utile alla veloce diagnosi ed alla mirata terapia, con conseguente contenimento della spesa.

Nell'attuale fase di riordino delle strutture sanitarie e di razionalizzazione dell'assistenza, sono inderogabili e necessari più momenti di pianificazione. Appare, perciò, necessario definire in maniera puntuale le modalità di accesso dei pazienti all'assistenza, attraverso un'ottimale organizzazione della rete delle strutture che si occupano di ipertensione arteriosa ed una adeguata individuazione delle indagini appropriate per la gestione del Pacchetto Ambulatoriale Complesso e Coordinato del day service.

Il riferimento di letteratura per l'approccio appropriato al PDT dei soggetti ipertesi è rappresentato dalle Linee Guida ESH-ESC 2013 compilate congiuntamente dalle Società Europee di Ipertensione Arteriosa e di Cardiologia, dai loro aggiornamenti e dalle loro future riedizioni. Queste non solo indicano i necessari esami di primo livello ma permettono di identificare il rischio cardiovascolare aggiunto individuale e di suggerire le linee di approccio terapeutico basandosi sulle evidenze cliniche.

Le linee guida esprimono anche gli esami ematochimici e strumentali utili all'identificazione delle forme secondarie di ipertensione arteriosa e del rischio cerebro-cardio-vascolare. Si introducono nuovi marcatori e se ne riconsidera la specificità di altri.

La disponibilità di nuove tecnologie e metodiche e la revisione di quelle già in uso, con la possibilità di ampia revisione, hanno permesso l'individuazione di nuovi strumenti diagnostici tesi ad identificare il danno d'organo sin dalle prime fasi di progressione della lesione organica. In particolare, la stretta sorveglianza della progressiva riduzione della funzione renale e miocardica, il corretto impiego del monitoraggio ambulatorio della pressione arteriosa e degli indici funzionali derivabili, il riconoscimento dei fattori della sindrome metabolica e lo sviluppo della rigidità arteriosa. Inoltre, il decadimento cognitivo, per la grave incidenza e l'associazione con l'ipertensione, indica la necessità di inserire, in ambienti di alta specializzazione, l'indagine neuropsicologica come strumento di precoce diagnosi di complicità ipertensiologica.

Da questa rapida esposizione si evince la necessità di mirare l'intervento diagnostico e di intervenire con una competenza ed una attenzione "polispecialistica" che forse solo l'ipertensiologo, come precedentemente descritto, può offrire.

Le forme di ipertensione secondaria, secondo statistiche internazionali, sono più facilmente identificabili nei centri specialistici per la diagnosi e cura dell'ipertensione arteriosa, con conseguente possibile risoluzione del quadro morboso e riduzione e razionalizzazione delle risorse impiegate. In tali centri è più semplice identificare le cause di inadeguata risposta alla terapia anti-ipertensiva, le condizioni ipertensiogene sovrapposte ed identificare le forme di ipertensione resistente vera (P.A.>140/90 mmHg nonostante il trattamento con almeno 3 farmaci incluso un diuretico) che necessitano di un approccio terapeutico specialistico e tecnico sempre più avanzati.

L'attenzione diagnostica e l'ampliamento dell'accesso alla salute hanno ormai reso evidente anche la precoce insorgenza dell'ipertensione arteriosa in età pediatrica ed adolescenziale. Tale dato epidemiologico impone modernamente di assicurare una relazione stabile tra PLS, centri pediatrici ed ipertensiologi.

Sussiste, pertanto, la necessità di centri specialistici per lo studio, la diagnosi e la terapia dell'ipertensione arteriosa che dovrebbero "funzionare" come consulenti del medico di famiglia. I medici hanno il compito critico di raggiungere gli obiettivi diagnostici e terapeutici con mezzi appropriati e coerenti con le linee guida e con l'impiego razionale delle risorse, affinché non vengano a ridursi gli spazi e gli accessi ad una medicina qualificata e socialmente usufruibile da tutti i cittadini.

Al fine di definire un percorso di prevenzione affiancato ad un percorso diagnostico-assistenziale appropriato per il paziente affetto da ipertensione arteriosa si propone un modello di centri specialistici del tipo Hub & Spoke, che è un modello organizzativo caratterizzato dalla concentrazione dell'assistenza a elevata complessità in centri di eccellenza (centri Hub) supportati da una rete di servizi (centri Spoke) cui compete la selezione dei pazienti ed il loro invio a centri di riferimento quando una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale viene superata o un approfondimento clinico-diagnostico della forma ipertensiva si renda necessario.

In linea con quanto definito nel Piano Regionale di Salute 2008-2010 di cui alla legge regionale 19 settembre 2008 n. 23 il modello Hub & Spoke consente la definizione di una rete che permette una reingegnerizzazione dei propri percorsi interni di fruizione dei servizi in modo tale da garantire rispetto all'assistito:

- l'unitarietà della presa in carico, tale per cui la struttura o il professionista del caso è di volta in volta identificato con chiarezza;

- l'unitarietà del progetto assistenziale tale per cui l'individuo non viene più identificato dalla patologia che lo affligge, ma viene umanizzato attraverso il recupero di una sua visione olistica;
- l'unitarietà del percorso di fruizione dei servizi, tale per cui rispetto al problema diagnosticato vi sia una sequenza spazio-temporale di interventi definita e coordinata.

Pertanto, si propone di seguito l'istituzione della Rete regionale dei Centri per la diagnosi dell'ipertensione arteriosa e del rischio cerebrocardiovascolare distribuiti su tutto il territorio regionale, composta da Centri di I livello (Centri Spoke) e da Centri di II livello (Centri Hub), mediante l'individuazione del fabbisogno e dei requisiti minimi da possedersi per entrare a far parte della Rete.

Al fine di quanto innanzi, è stato costituito un gruppo di lavoro regionale sulle Patologia dell'ipertensione arteriosa e del rischio cerebrocardiovascolare coordinato dall'Agenzia Regionale Sanitaria (Ares Puglia), al quale hanno preso parte specialisti di indiscussa competenza sul tema, tra i quali il Coordinatore dell'Unità per la prevenzione cerebrovascolare ed ipertensione arteriosa "Anna Pirrelli" nell'ambito della Neurologia-Stroke Unit "FM. Puca" dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari ed il Direttore di Medicina Interna dell'Università di Bologna - Presidente della Società Italiana di Ipertensione Arteriosa (SIIA).

Il predetto gruppo di lavoro, sotto la supervisione dell'ARes Puglia, ha effettuato, sulla scorta dei dati epidemiologici nazionali della patologia in oggetto, una stima del fabbisogno regionale di Centri da individuare quali Centri della rete regionale, unitamente ai requisiti minimi da possedersi al fine del riconoscimento quale Centro della Rete regionale ed al numero e tipologia di prestazioni ambulatoriali ritenute appropriate, da effettuarsi da parte dei Centri di I e II livello. L'ARes Puglia ha formalmente trasmesso il documento del gruppo di lavoro al Servizio PAOSA.

Si precisa che i requisiti minimi necessari per il riconoscimento di Centro della Rete regionale per la diagnosi dell'ipertensione arteriosa e del rischio cerebrocardiovascolare, di I livello (Spoke) o di II livello (Hub) sono ulteriori requisiti di qualità che i Centri della Rete devono possedere, fermo restando il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi di cui al Regolamento regionale 13 gennaio 2005, n.3, poi modificato ed integrato dal Regolamento regionale 5 febbraio 2010, n.3.

Si propone, pertanto, tenuto conto della proposta formalizzata nel documento del Gruppo di lavoro di cui innanzi, di individuare quale fabbisogno regionale di Centri per l'ipertensione arteriosa ed il rischio cerebrocardiovascolare il seguente:

- almeno 1 (uno) Centro di II livello (Hub) per Azienda Sanitaria Locale, con un rapporto di almeno uno ogni 300.000-400.000 abitanti con equa distribuzione geografico-territoriale, in possesso, oltre che dei requisiti di cui al R.R. n.3/2005 e n.3/2010, dei requisiti minimi ulteriori di qualità riportati di seguito;
- almeno 1 (uno) Centro di I livello (Spoke) per ogni Distretto Socio Sanitario e non meno di 1 (uno) ogni 110.000 abitanti in possesso, oltre che dei requisiti di cui al R.R. n.3/2005 e n.3/2010, dei requisiti minimi ulteriori di qualità riportati di seguito.

Si propone, inoltre, di individuare i seguenti requisiti minimi per il riconoscimento dei Centri di I e II livello:

Requisiti minimi per l'individuazione dei Centri di primo livello

- specifico personale funzionalmente assegnato e dedicato per assicurare una competenza specifica ed un'efficienza assistenziale ed, in particolare, uno specialista medico ipertensiologo
- 300 visite ambulatoriali per ipertensione all'anno
- 150 monitoraggi ambulatori della pressione arteriosa (ABPM) all'anno
- 200 tra esami ecodoppler vascolari ed ecocardiografici l'anno

Requisiti minimi per l'individuazione dei Centri di secondo livello

- specifico personale funzionalmente assegnato e dedicato per assicurare una competenza specifica ed un'efficienza assistenziale ed, in particolare, uno specialista medico ipertensiologo
- 300 day-service e/o day-hospital all'anno
- 600 visite ambulatoriali per ipertensione all'anno
- 300 monitoraggi ambulatori della pressione arteriosa (ABPM) all'anno
- 400 tra esami ecodoppler vascolari ed ecocardiografici l'anno
- Esperienza nell'esecuzione di test ed esami utili alla diagnosi di ipertensione secondaria e di studio della compliance e della rigidità arteriosa
- Consolidata interazione multidisciplinare tra alte specialità mediche nell'ambito della stessa struttura nosocomiale
- Presenza di medici con specifico curriculum ipertensiologico ed esperienza documentata, anche in considerazione dell'attività scientifica dimostrata da interventi congressuali nazionali ed internazionali e pubblicazioni scientifiche a stampa
- Possibilità di esecuzione di esami di imaging complessi (TAC, RMN, scintigrafia, ecc) nella stessa struttura nosocomiale

In particolare, i Centri di II livello dovranno garantire:

- Raccordi interdisciplinari per le specialità di cardiologia, medicina interna, endocrinologia, neurologia, nefrologia, ostetricia e pediatria nell'ambito della stessa struttura nosocomiale;
- Attività di consulenza per la ASL di riferimento e per i reparti afferenti alla struttura ospedaliera di riferimento ivi incluse la gestione delle urgenze ed emergenze ipertensive;
- Collaborazione con gli organi di sanità pubblica per i temi di politica sanitaria;
- Verificare la qualità dell'azione di sanità pubblica contro l'ipertensione arteriosa e la corrispondenza delle attività di diagnosi e cura agli standard e alle linee guida nazionali e internazionali;
- Curare la farmacovigilanza di fase IV e disponibilità agli studi di fase III;
- Organizzare ambulatori specialistici tesi alla integrazione clinica;
- Possibilità di assicurare all'occorrenza: a) una consulenza neuropsicologica per le relazioni esistenti tra ipertensione e deficit cognitivo, b) una consulenza pediatrica per la crescente incidenza dell'ipertensione, anche primitiva, nella popolazione pediatrica ed adolescenziale, c) una indagine fisioterapica/motoria e dietologica, con indagine di composizione corporea, affinché i pazienti possano affrontare un programma preventivo e di revisione dello stile di vita;
- Programmi di educazione dei pazienti ipertesi, incluse le terapie non farmacologiche, strutturate per gruppi ed in collaborazione con i MMG ed i Care Manager degli stessi pazienti.

Dovendo individuare i Centri di I (Spoke) e II livello (Hub) a far parte della Rete regionale dei Centri per la diagnosi dell'ipertensione arteriosa e del rischio cerebrocardiovascolare, il Servizio PAOSA ha avviato una ricognizione dei Centri esistenti sul territorio in possesso dei requisiti di cui innanzi, mediante richiesta formale inviata ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliero-Universitarie. Ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali è stato chiesto di effettuare la ricognizione oltre che in riferimento alle proprie strutture ospedaliere, anche in riferimento alle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate insistenti nel territorio della ASL (IRCCS pubblici e privati, Enti Ecclesiastici, Case di Cura).

A seguito di analisi dei dati di attività ricevuti, è emerso che spesso in uno stesso Presidio ospedaliero sono presenti due Unità Operative che fanno diagnosi di ipertensione arteriosa, oppure che in una stessa Azienda più ambulatori che fanno diagnosi di ipertensione arteriosa hanno dati di attività esigui, ma che a seguito di processo di accorpamento potrebbero essere individuati come Centri della Rete regionale.

A tal fine, ritenendo che sia competenza dei Direttori generali effettuare la riorganizzazione degli ambulatori/Unità Operative da individuarsi quali Centri di I o II livello, si propone di dare loro mandato per individuare, entro e non oltre 30 giorni a partire dalla data di pubblicazione del presente provvedimento, tenuto conto del fabbisogno regionale come innanzi individuato, mediante propri atti formali, i Centri di I e II livello per la diagnosi dell'ipertensione arteriosa e del rischio cerebrocardiovascolare, anche a seguito di processo di accorpamento di ambulatori/Unità operative. I predetti atti devono essere trasmessi in copia al Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera Specialistica e Accreditamento, unitamente alla certificazione sul possesso dei requisiti individuati con il presente provvedimento e sul possesso dei requisiti di cui ai R.R. n.3/2005 e R.R. n.3/2010, al nominativo del medico specialista responsabile ed ai riferimenti telefonici del Centro, ai fini del successivo riconoscimento da parte della Giunta regionale dei Centri di I e II livello a far parte della Rete regionale dei Centri per la diagnosi dell'ipertensione arteriosa e del rischio cerebrocardiovascolare.

Si propone, inoltre, di dare mandato ai Direttori generali, tenuto conto del fabbisogno di Centri di I e II livello indicato con il presente provvedimento, di individuare i predetti Centri anche nell'ambito degli IRCCS pubblici e privati, degli Enti Ecclesiastici e delle Case di Cura insistenti nel proprio territorio, previa verifica sul possesso dei requisiti individuati con il presente provvedimento e sul possesso dei requisiti di cui ai R.R. n.3/2005 e R.R. n.3/2010.

Nel caso di mancata individuazione dei Centri e trasmissione di atti e certificazioni da parte dei Direttori Generali, il Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera Specialistica e Accreditamento procederà d'ufficio alla individuazione dei Centri di I e II livello, sulla scorta dei dati di attività trasmessi dalle Direzioni generali a seguito dell'attività di ricognizione effettuata dei Centri esistenti sul territorio, previa verifica sul possesso dei requisiti individuati con il presente provvedimento e sul possesso dei requisiti di cui ai R.R. n.3/2005 e R.R. n.3/2010 da parte degli organi competenti.

Come riferito innanzi, il gruppo di lavoro regionale sulla Patologia dell'ipertensione arteriosa e del rischio cerebrocardiovascolare, nel documento trasmesso al Servizio PAOSA, ha chiarito come sia necessario che, nell'ambito del team delle cure, il paziente sia affidato ad un medico specialista di riferimento, e non ad un "servizio", riaffermando la centralità e la peculiarità del singolo paziente e del rapporto medico-paziente e riproponendo, così, la professionalità e la responsabilità del medico ed, in particolare, dell'ipertensiologo. L'obiettivo è quello di favorire la costituzione del team di cure tra medici di medicina generale, specialista di riferimento, care manager e paziente, secondo il modello di gestione delle condizioni croniche (Chronic Care Model) programmato in ambito di assistenza primaria ed avviato in Puglia con il Progetto Nardino.

E', quindi, utile che il medico possa ricorrere al day-service, riconvertendo molta parte dell'attività sinora erogata in regime di day-hospital o addirittura di ricovero ordinario.

L'ottimizzazione di tale servizio si realizza attraverso una rete di competenze ipertensiologiche finalizzate a fornire una capillare, ma selezionata, rete di assistenza e di consulenza sulla patologia ipertensiva e sulla prevenzione cerebro-cardio-vascolare.

A tal fine, onde evitare che la valutazione dell'ipertensione arteriosa sia causa di ricovero ospedaliero (ordinario o in day hospital) non appropriato, è consigliabile eseguire le prestazioni in regime di day service. Per questo, il gruppo di lavoro regionale ha individuato i Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati del day service (PACC) di I e II livello eseguibili rispettivamente dai Centri di I e II livello che entreranno a far parte della Rete regionale per la diagnosi dell'ipertensione arteriosa e del rischio cerebrocardiovascolare. I PACC di I e II livello rappresentano una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato e garantire, comunque, al paziente la presa in carico da parte di uno specialista, con specifica preparazione ipertensiologica, responsabile del processo diagnostico e delle risorse impiegate, per un approccio globale e la definizione della gestione assistenziale specifica per l'inquadramento diagnostico e terapeutico del paziente iperteso.

Per l'approvazione dei pacchetti di prestazioni da effettuarsi in regime di day – service distinti e specifici per i Centri di I e II livello (PACC di I e di II livello) si rimanda a successivo provvedimento di Giunta regionale.

In particolare, dal punto di vista del percorso assistenziale, il PACC di I livello sarà gestito dal MMG/PLS e sarà eseguibile, in relazione ai previsti criteri di selezione dei pazienti, presso *“Centri di primo livello”* che, capaci di fornire i previsti esami nell'ambito della medesima struttura, funzioneranno come *“spoke”*. I Centri di I livello dovranno collaborare con il MMG o il PLS per la gestione dei progetti di educazione dei pazienti ipertesi, incluse le terapie non farmacologiche operando in sintonia con i programmi assistenziali e di ricerca della rete ipertensiologica .

Il Centro di I livello o il MMG/PLS, in caso di pazienti che richiedano un approfondimento clinico (rischio cerebro-cardio-vascolare aggiunto elevato, ipertensione resistente, ipertensione pediatrica, incongruenti elevati valori pressori domiciliari, fondato sospetto di ipertensione secondaria, etc.) invieranno i pazienti ai *“Centri di secondo livello”* per l'esecuzione del PACC di II livello. Questi Centri funzioneranno come *“hub”*, garantendo l'esecuzione del PACC di II livello ed integrando gli esami del PACC di I livello entro tre mesi dalla presa in carico del paziente. A tal fine è il medico che gestisce il caso che contatta il Centro di II livello, al fine di assicurare lo scambio di informazioni e la continuità del processo assistenziale.

Si propone, inoltre, di istituire il **Centro di Riferimento Regionale (CRR) della Rete dei Centri per la diagnosi dell'ipertensione arteriosa e del rischio cerebrocardiovascolare, coincidente con un centro di II livello**, finalizzato al coordinamento di dati e studi su base territoriale, alla verifica di nuove tecniche di studio inerenti la patologia ipertensiva, alla prevenzione cerebro-cardio-vascolare, alla promozione ed alla qualificazione della rete. Il CRR della rete ipertensiologica, in particolare, dovrà:

- Essere costituito da medici con comprovata e documentata esperienza clinica e scientifica, nazionale ed internazionale, in campo ipertensiologico;
- Identificare gli standard di produttività e gli indicatori per la valutazione della funzionalità dei Centri di I e II livello anche sulla scorta dei criteri indicati dalle società scientifiche di settore;
- Promuovere l'aggiornamento scientifico e tecnologico rendendo disponibili adeguate fonti bibliografiche, curando programmi di aggiornamento professionale ed istituendo corsi di aggiornamento accreditati (ECM);
- Istituire, in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) e l'Agenzia Regionale per la Sanità (AreS Puglia), un'attività di sorveglianza epidemiologica ed una banca dati utile ai fini assistenziali e scientifici;
- Costituirsi quale centro di confronto, anche on-line, con i Centri di I e II livello;

- Definire programmi di educazione sanitaria della popolazione e di formazione del personale sanitario e parasanitario, da proporre agli organismi regionali competenti;
- Organizzare l'assemblea regionale dei Centri di ipertensione di I e II livello aperto a tutti gli operatori;
- Fornire, in collaborazione con la Regione, le metodiche rese possibili dal progresso scientifico e tecnologico, con particolare riguardo a quelle per l'individuazione precoce delle forme secondarie d'ipertensione, per la diagnosi dei fattori di rischio, per l'individuazione precoce e la caratterizzazione funzionale dei danni d'organo da eseguire anche in regime di day-service;
- Effettuare attività di ricerca che sarà perciò tesa all'individuazione dei segni pre-clinici, organici e funzionali di danno cerebro-cardio-vascolare. Lo studio comprenderà lo svolgimento di ricerche di fisiopatologia, di modificazioni comportamentali e cognitive, di terapia e farmaco-economia in campo di ipertensione, prevenzione cerebro-cardio-vascolare, funzionalità neurovegetativa, oltre al controllo e la gestione dei protocolli di sorveglianza e terapeutici proposti da Società Scientifiche, Enti Pubblici e soggetti privati. E' compito del CRR quello di coinvolgere tutte le strutture di ricerca impegnate in questo campo d'indagine, al fine di assicurare le necessarie convergenze e sinergie per il miglioramento delle conoscenze sia in campo biomedico che clinico-assistenziale;
- coordinare una programmazione didattica con attività tese allo svolgimento di Master di I e II livello in Ipertensione Arteriosa per la formazione e mantenimento degli standard professionali necessari alla qualificazione della Rete ipertensiologica. Inoltre, dovrà promuovere corsi di perfezionamento in ipertensione arteriosa, corsi monografici ed attività didattiche elettive per studenti di Medicina e Chirurgia e delle Professioni Sanitarie, incontri formativi per l'educazione sanitaria dei pazienti e familiari;
- organizzare, per la diffusione delle conoscenze circa il modello gestionale del paziente iperteso ed i protocolli per l'appropriatezza relativa all'accesso alle prestazioni di Day Service ed all'erogazione delle prestazioni incluse nei PACC di I e II livello, entro un anno dalla attivazione della Rete ipertensiologica, un corso rivolto agli operatori dei Centri di I e II livello individuati dalle ASL, secondo i criteri individuati in uno specifico Piano di Formazione Regionale.

Per quanto riferito innanzi, si propone, inoltre, di individuare quale **Centro di Riferimento Regionale (CRR) della Rete dei Centri per la diagnosi dell'ipertensione arteriosa e del rischio cerebrocardiovascolare, da riconoscersi anche Centro di II livello**, l'U.O.C. di Neurologia Universitaria "F.M. Puca" dove opera la Stroke Unit presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari, dove si svolge attività di day hospital e di day service per l'ipertensione arteriosa e dove è presente l'Ambulatorio per la Prevenzione Cerebro-Vascolare ed Ipertensione Arteriosa, centro riconosciuto dalla Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa (SIIA), attualmente coordinato dal Prof. Pietro Nazzaro, Professore Associato di Medicina Interna, specialista in Medicina Interna ed in Neurologia, Certificato European Hypertension Specialist (ESH[®]), per la vasta esperienza scientifico-assistenziale internazionale acquisita e per l'alta professionalità ipertensiologica,, per la accessibilità a tecniche di studio della rigidità arteriosa, della variabilità pressoria, di indagine microcircolatoria, oltre che per la disponibilità di un laboratorio di ultrasonologia cerebrale ed ambulatori per la demenza ed il follow-up delle malattie cerebrovascolari.

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. n.28/2001 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONE ED INTEGRAZIONI

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.

Il presente schema di provvedimento rientra nelle competenze della Giunta Regionale a norma dell'art. 4, comma 4 lettera k) della L.R. 7/1997.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente schema di provvedimento dalla Responsabile della A.P. "Riabilitazione - Strutture residenziali e semiresidenziali, centri diurni e ambulatoriali – Strutture sociosanitarie" e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera Specialistica e Accreditamento;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa che quivi si intendono integralmente riportate

- Di istituire la Rete regionale dei Centri per la diagnosi dell'ipertensione arteriosa e del rischio cerebrocardiovascolare composta da Centri di I livello (Centri Spoke) e da Centri di II livello (Centri Hub);
- Di individuare quale fabbisogno regionale di Centri di I e II livello per l'ipertensione arteriosa ed il rischio cerebrocardiovascolare il seguente:
 - almeno 1 (uno) Centro di II livello (Hub) per Azienda Sanitaria Locale, con un rapporto di almeno uno ogni 300.000-400.000 abitanti con equa distribuzione geografico-territoriale, in possesso, oltre che dei requisiti di cui al R.R. n.3/2005 e n.3/2010, dei requisiti minimi ulteriori di qualità riportati di seguito;
 - almeno 1 (uno) Centro di I livello (Spoke) per ogni Distretto Socio Sanitario e non meno di 1 (uno) ogni 110.000 abitanti in possesso, oltre che dei requisiti di cui al R.R. n.3/2005 e n.3/2010, dei requisiti minimi ulteriori di qualità riportati di seguito;
- di individuare i seguenti requisiti minimi per il riconoscimento dei Centri di I e II livello:

Requisiti minimi per l'individuazione dei Centri di primo livello

- specifico personale funzionalmente assegnato e dedicato per assicurare una competenza specifica ed un'efficienza assistenziale ed, in particolare, uno specialista medico ipertensiologo;
- 300 visite ambulatoriali per ipertensione all'anno;
- 150 monitoraggi ambulatori della pressione arteriosa (ABPM) all'anno;
- 200 tra esami ecodoppler vascolari ed ecocardiografici l'anno;

Requisiti minimi per l'individuazione dei Centri di secondo livello

- specifico personale funzionalmente assegnato e dedicato per assicurare una competenza specifica ed un'efficienza assistenziale ed, in particolare, uno specialista medico ipertensiologo;
- 300 day-service e/o day-hospital all'anno;
- 600 visite ambulatoriali per ipertensione all'anno;
- 300 monitoraggi ambulatori della pressione arteriosa (ABPM) all'anno;
- 400 tra esami ecodoppler vascolari ed ecocardiografici l'anno;

- Esperienza nell'esecuzione di test ed esami utili alla diagnosi di ipertensione secondaria e di studio della compliance e della rigidità arteriosa;
 - Consolidata interazione multidisciplinare tra alte specialità mediche nell'ambito della stessa struttura nosocomiale;
 - Presenza di medici con specifico curriculum ipertensiologico ed esperienza documentata, anche in considerazione dell'attività scientifica dimostrata da interventi congressuali nazionali ed internazionali e pubblicazioni scientifiche a stampa;
 - Possibilità di esecuzione di esami di imaging complessi (TAC, RMN, scintigrafia, ecc) nella stessa struttura nosocomiale;
- Di stabilire che i **Centri di II livello** devono garantire:
 - Raccordi interdisciplinari per le specialità di cardiologia, medicina interna, endocrinologia, neurologia, nefrologia, ostetricia e pediatria nell'ambito della stessa struttura nosocomiale;
 - Attività di consulenza per la ASL di riferimento e per i reparti afferenti alla struttura ospedaliera di riferimento ivi incluse la gestione delle urgenze ed emergenze ipertensive;
 - Collaborazione con gli organi di sanità pubblica per i temi di politica sanitaria;
 - Verificare la qualità dell'azione di sanità pubblica contro l'ipertensione arteriosa e la corrispondenza delle attività di diagnosi e cura agli standard e alle linee guida nazionali e internazionali;
 - Curare la farmacovigilanza di fase IV e disponibilità agli studi di fase III;
 - Organizzare ambulatori specialistici tesi alla integrazione clinica;
 - Possibilità di assicurare all'occorrenza: a) una consulenza neuropsicologica per le relazioni esistenti tra ipertensione e deficit cognitivo, b) una consulenza pediatrica per la crescente incidenza dell'ipertensione, anche primitiva, nella popolazione pediatrica ed adolescenziale, c) una indagine fisioterapica/motoria e dietologica, con indagine di composizione corporea, affinché i pazienti possano affrontare un programma preventivo e di revisione dello stile di vita;
 - Programmi di educazione dei pazienti ipertesi, incluse le terapie non farmacologiche, strutturate per gruppi ed in collaborazione con i MMG ed i Care Manager degli stessi pazienti;
 - Di stabilire che i Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, tenuto conto dei dati ricognitivi delle Unità Operative/Ambulatori già trasmessi alla Regione, entro e non oltre 30 giorni a partire dalla data di pubblicazione del presente provvedimento, tenuto conto del fabbisogno e dei requisiti definiti innanzi, devono individuare mediante propri atti formali i Centri di I e II livello per la diagnosi dell'ipertensione arteriosa e del rischio cerebrocardiovascolare, anche a seguito di processo di accorpamento di ambulatori/Unità operative, trasmettendo copia dei predetti atti al Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera Specialistica e Accreditamento, unitamente alla certificazione sul possesso dei requisiti individuati con il presente provvedimento e sul possesso dei requisiti di cui ai R.R. n.3/2005 e R.R. n.3/2010, al nominativo del medico specialista responsabile ed ai riferimenti telefonici del Centro, ai fini della successivo riconoscimento da parte della Giunta;

- Di stabilire che i Direttori generali, nei limiti del fabbisogno di Centri di I e II livello indicato con il presente provvedimento, tenuto conto dei dati ricognitivi delle Unità Operative/Ambulatori già trasmessi alla Regione, devono individuare i predetti Centri anche nell'ambito degli IRCCS pubblici e privati, degli Enti Ecclesiastici e delle Case di Cura insistenti nel proprio territorio, previa verifica sul possesso dei requisiti individuati con il presente provvedimento e sul possesso dei requisiti di cui ai R.R. n.3/2005 e R.R. n.3/2010;
- Di stabilire che, nel caso di mancata individuazione dei Centri e trasmissione di atti e certificazioni da parte dei Direttori Generali, il Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera Specialistica e Accreditemento procederà d'ufficio alla individuazione dei Centri di I e II livello, sulla scorta dei dati di attività trasmessi dalle Direzioni generali a seguito dell'attività di ricognizione effettuata dei Centri esistenti sul territorio, previa verifica sul possesso dei requisiti individuati con il presente provvedimento e sul possesso dei requisiti di cui ai R.R. n.3/2005 e R.R. n.3/2010 da parte degli organi competenti;
- Di rimandare a successivo provvedimento l'individuazione dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati del day service (PACC) di I e II livello eseguibili rispettivamente dai Centri di I e II livello che rientreranno a far parte della Rete regionale per la diagnosi dell'ipertensione arteriosa e del rischio cerebrocardiovascolare;
- Di stabilire quanto segue:
 - il PACC di I livello sarà gestito dal MMG/PLS e sarà eseguibile, in relazione ai previsti criteri di selezione dei pazienti, presso "*Centri di primo livello*" che, capaci di fornire i previsti esami nell'ambito della medesima struttura, funzioneranno come "spoke". I Centri di I livello dovranno collaborare con il MMG o il PLS per la gestione dei progetti di educazione dei pazienti ipertesi, incluse le terapie non farmacologiche operando in sintonia con i programmi assistenziali e di ricerca della rete ipertensiologica;
 - Il Centro di I livello o il MMG/PLS, in caso di pazienti che richiedano un approfondimento clinico (rischio cerebro-cardio-vascolare aggiunto elevato, ipertensione resistente, ipertensione pediatrica, incongruenti elevati valori pressori domiciliari, fondato sospetto di ipertensione secondaria, etc.) invieranno i pazienti ai "*Centri di secondo livello*" per l'esecuzione del PACC di II livello. Questi Centri funzioneranno come "hub", garantendo l'esecuzione del PACC di II livello ed integrando gli esami del PACC di I livello entro tre mesi dalla presa in carico del paziente. A tal fine è il medico che gestisce il caso che contatta il Centro di II livello, al fine di assicurare lo scambio di informazioni e la continuità del processo assistenziale;
- di istituire il **Centro di Riferimento Regionale (CRR) della Rete dei Centri per la diagnosi dell'ipertensione arteriosa e del rischio cerebrocardiovascolare, coincidente con un centro di II livello**, finalizzato al coordinamento di dati e studi su base territoriale, alla verifica di nuove tecniche di studio inerenti la patologia ipertensiva, alla prevenzione cerebro-cardio-vascolare, alla promozione ed alla qualificazione della rete;
- di stabilire, mediante assegnazione dei seguenti obiettivi, che il CRR della rete ipertensiologica deve:

- Essere costituito da medici con comprovata e documentata esperienza clinica e scientifica, nazionale ed internazionale, in campo ipertensiologico;
 - Identificare gli standard di produttività e gli indicatori per la valutazione della funzionalità dei Centri di I e II livello anche sulla scorta dei criteri indicati dalle società scientifiche di settore;
 - Promuovere l'aggiornamento scientifico e tecnologico rendendo disponibili adeguate fonti bibliografiche, curando programmi di aggiornamento professionale ed istituendo corsi di aggiornamento accreditati (ECM);
 - Istituire, in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) e l'Agenzia Regionale per la Sanità (AreS Puglia), un'attività di sorveglianza epidemiologica ed una banca dati utile ai fini assistenziali e scientifici;
 - Costituirsi quale centro di confronto, anche on-line, con i Centri di I e II livello;
 - Definire programmi di educazione sanitaria della popolazione e di formazione del personale sanitario e parasanitario, da proporre agli organismi regionali competenti;
 - Organizzare l'assemblea regionale dei Centri di ipertensione di I e II livello aperto a tutti gli operatori;
 - Fornire, in collaborazione con la Regione, le metodiche rese possibili dal progresso scientifico e tecnologico, con particolare riguardo a quelle per l'individuazione precoce delle forme secondarie d'ipertensione, per la diagnosi dei fattori di rischio, per l'individuazione precoce e la caratterizzazione funzionale dei danni d'organo da eseguire anche in regime di day-service;
 - Svolgere attività di ricerca che deve essere finalizzata all'individuazione dei segni pre-clinici, organici e funzionali di danno cerebro-cardio-vascolare. Lo studio comprende lo svolgimento di ricerche di fisiopatologia, di modificazioni comportamentali e cognitive, di terapia e farmaco-economia in campo di ipertensione, prevenzione cerebro-cardio-vascolare, funzionalità neurovegetativa, oltre al controllo e la gestione dei protocolli di sorveglianza e terapeutici proposti da Società Scientifiche, Enti Pubblici e soggetti privati. E' compito del CRR quello di coinvolgere tutte le strutture di ricerca impegnate in questo campo d'indagine, al fine di assicurare le necessarie convergenze e sinergie per il miglioramento delle conoscenze sia in campo biomedico che clinico-assistenziale;
 - coordinare una programmazione didattica con attività tese allo svolgimento di Master di I e II livello in Ipertensione Arteriosa per la formazione e mantenimento degli standard professionali necessari alla qualificazione della Rete ipertensiologica. Inoltre, promuove corsi di perfezionamento in ipertensione arteriosa, corsi monografici ed attività didattiche elettive per studenti di Medicina e Chirurgia e delle Professioni Sanitarie, incontri formativi per l'educazione sanitaria dei pazienti e familiari;
 - organizzare, per la diffusione delle conoscenze circa il modello gestionale del paziente iperteso ed i protocolli per l'appropriatezza relativa all'accesso alle prestazioni di Day Service ed all'erogazione delle prestazioni incluse nei PACC di I e II livello, entro un anno dalla attivazione della Rete ipertensiologica, un corso rivolto agli operatori dei Centri di I e II livello individuati dalle ASL, secondo i criteri individuati in uno specifico Piano di Formazione Regionale;
- di individuare quale **Centro di Riferimento Regionale (CRR) della Rete dei Centri per la diagnosi dell'ipertensione arteriosa e del rischio cerebrocardiovascolare, che contestualmente si riconosce**

anche Centro di II livello, l'U.O.C. di Neurologia Universitaria "F.M. Puca" dove opera la Stroke Unit presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari, dove si svolge attività di day hospital e di day service per l'ipertensione arteriosa e dove è presente l'Ambulatorio per la Prevenzione Cerebro-Vascolare ed Ipertensione Arteriosa, centro riconosciuto dalla Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa (SIIA), attualmente coordinato dal Prof. Pietro Nazzaro, Professore Associato di Medicina Interna, specialista in Medicina Interna ed in Neurologia, Certificato European Hypertension Specialist (ESH®), per la vasta esperienza scientifico-assistenziale internazionale acquisita e per l'alta professionalità ipertensiologica, per la accessibilità a tecniche di studio della rigidità arteriosa, della variabilità pressoria, di indagine microcircolatoria, oltre che per la disponibilità di un laboratorio di ultrasonologia cerebrale ed ambulatori per la demenza ed il follow-up delle malattie cerebrovascolari;

- di notificare, a cura del servizio proponente, il presente provvedimento ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere Universitarie, agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, agli Enti Ecclesiastici e, per il tramite dei Direttori generali delle ASL, alle Case di Cura private accreditate ;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Portale regionale della Salute www.sanita.puglia.it;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 13/94;

Il Segretario della Giunta

Il Presidente della Giunta

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato, è stato espletato nel rispetto della normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, predisposto dall'Ufficio N.3 ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

La Responsabile della A.P. (Elena Memeo) _____

Il Dirigente del Servizio ad interim (Vincenzo Pomo) _____

Il sottoscritto Direttore di Area non ravvisa la necessità di esprimere, sulla proposta di delibera, osservazioni, ai sensi del combinato disposto degli artt. 15 e 16 del DPGR n.161/2008

Il Direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute delle persone e delle pari opportunità (Vincenzo Pomo) _____

L'ASSESSORE PROPONENTE (Donato Pentassuglia) _____