

COMUNICATO STAMPA

LA REGIONE DEFINISCE LA RETE TERRITORIALE ENDOCRINO-DIABETOLOGICA PER PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE DEL DIABETE

In Piemonte, sono circa **280.000** le persone che soffrono di diabete, oltre il **5%** della popolazione. Il 91% di questi sono adulti con diabete di tipo 2, gli altri sono persone con diabete di tipo 1- età pediatrica (circa il 5%), diabete gestazionale, diabete secondario e altri tipi di diabete.

Il dato è costante crescita: nel 2011 i pazienti diabetici iscritti al Registro regionale del diabete erano 268.200, di cui l'88% con diabete di tipo 2, con aumento del 10% in quattro anni.

Per quanto riguarda le fasce di età: 1,5% ha un'età inferiore ai 30 anni, il 33,5% un'età compresa fra il 30 e i 60 anni e il 65% un'età superiore ai 60 anni.

Per garantire a questi pazienti una sempre migliore assistenza attraverso l'omogeneità e la condivisione dei percorsi di cura fra tutti i servizi competenti e coinvolti in ciascuna area del territorio regionale, l'analisi e la soluzione collegiale dei problemi, l'appropriatezza clinica ed organizzativa, la formazione comune la **Regione Piemonte ha istituito la rete territoriale endocrino-diabetologica** approvando nei giorni scorsi, con una delibera proposta dall'assessore alla Sanità, gli indirizzi per la riorganizzazione dell'assistenza diabetologica e endocrinologia

Una rete all'avanguardia in Italia il cui modello si configura in quattro quadranti con centri hub di riferimento:

- Area metropolitana di Torino: Asl To1, To2, To3, To4, To5, con centri hub di riferimento gli Ospedali Mauriziano, Città della Salute, Maria Vittoria (To2) e San Luigi Gonzaga di Orbassano;
- Piemonte nord-est: Asl Biella, Vercelli, Novara e Vco, con centro hub Ospedale Maggiore di Novara;
- Piemonte sud-est: Asl Asti e Alessandria, con centro hub Ospedale di Alessandria;
- Piemonte sud ovest: Asl Cn1 e Cn2, con centro hub Ospedale di Cuneo

Nella fase transitoria, la Rete si svilupperà su 2 aree di coordinamento interaziendale:

- Piemonte orientale: (Aree Nord Est e Sud Est)
- Piemonte occidentale (Area Metropolitana di Torino e Sud-Ovest).

La rete, secondo le indicazioni dell'Assessorato alla sanità, dovrà essere strettamente correlata con tutte le forme organizzative della medicina generale (medici di famiglia e pediatri) per la gestione integrata dei percorsi di salute: è dai medici di famiglia che passa la sensibilizzazione verso i pazienti sullo stile di vita corretto (alimentazione sana ed esercizio fisico) che insieme

al mantenimento costante di un buon compenso metabolico è in grado di ridurre l'incidenza delle complicanze del diabete.

Il modello di assistenza è basato su alcune priorità:

- personalizzazione della terapia ovvero agire in modo personalizzato sia sullo stile di vita, sia sulle prescrizioni farmacologiche, sui tempi e sulle dosi di somministrazione;
- ottimizzazione del percorso diagnostico-terapeutico per adattarlo e renderlo appropriato a seconda delle esigenze e della situazione clinica del paziente;
- inserimento del paziente al centro di un “team integrato” costituito dal suo medico di famiglia, dal diabetologo e dagli altri operatori sanitari coinvolti nel processo di cura (infermieri, dietisti, ecc).

Info e programmi su:

www.regione.piemonte.it/sanita

Deliberazione della Giunta Regionale 17 ottobre 2016, n. 27-4072

D.G.R. n.25-6992 del 30.12.2013. Indirizzi organizzativi per l'istituzione della Rete territoriale Endocrino-Diabetologica del Piemonte e per la composizione della Commissione Endocrino-Diabetologica Regionale. Modifica della D.G.R. n. 17-6836 del 09.12.2013.

A relazione dell'Assessore Saitta:

La Giunta regionale, con proprio atto deliberativo n. 25-6992 del 30.12.2013, *Programmi Operativi 2013-2015*, ha previsto, nell'ambito del Programma 13 *"Reti assistenziali per intensità di cura"*, l'Azione 13.2.3 *"PDTA-Ambulatoriale Diabete Mellito"*, il cui obiettivo finale è quello di giungere ad un modello di rete regionale per la gestione, in forma integrata con le cure primarie, di tutte le attività specialistiche per la prevenzione, la diagnosi e la cura del diabete, come articolate nel PDTA approvato con D.G.R. n. 61-13646 del 22.3.2010.

La suddetta deliberazione, recependo gli indirizzi del Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica approvato il 6.12.2012, ha altresì previsto l'individuazione di ambiti di riferimento regionali specializzati riguardo ad alcune aree ritenute prioritarie fra le quali il diabete in età evolutiva e la prevenzione e cura del piede diabetico.

La D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014, come modificata ed integrata dalla D.G.R. n. 1-924 del 23.1.2015, ha individuato il percorso per l'articolazione delle strutture ospedaliere e per la determinazione della rete territoriale, demandando la definizione di dettaglio relativa a discipline di natura principalmente territoriale, fra le quali la diabetologia, alla redazione degli atti aziendali.

Con la D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015, recante *"Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014-2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i., nell'Allegato A, punto 3.2.1 "Area della continuità tra ospedale e territorio"* è stata ribadita la necessità di potenziare e riorganizzare l'interazione fra strutture e funzioni ospedaliere e territoriali, nell'ambito di reti integrate ospedale-territorio le quali *"devono intervenire in modo appropriato temporalmente e quali-quantitativamente nei percorsi di cura ed assistenziali"*.

Ai fini del raggiungimento del suddetto obiettivo ed in coerenza con le strategie delineate nel Piano nazionale e nella citata deliberazione, con apposite determinazioni del competente Settore della Direzione Sanità, è stato delineato il percorso per realizzare un modello di rete regionale per la gestione coordinata del diabete e delle malattie metaboliche, partendo da progetti sperimentali nell'ambito delle aree sovrazonali di coordinamento in cui si articola il territorio regionale.

In particolare:

- con la D.D. n. 270 dell'8.4.2014 si è proceduto all'avvio della sperimentazione di un modello di rete interaziendale ASL/AO/AOU per la gestione coordinata ed omogenea del PDTA-Diabete in quelle realtà territoriali che, sulla base della programmazione e dell'organizzazione aziendale in essere, avevano evidenziato una maggiore propensione verso una progettualità integrata in ambito interaziendale, al fine di formulare un disegno di rete fra le strutture territoriali ed ospedaliere entro i confini dell'area sovrazonale;
- con la D.D. n. 733 del 29.8.2014 sono stati approvati i progetti interaziendali per la sperimentazione di modelli di rete integrata territorio/ospedale, finalizzata all'erogazione coordinata del PDTA Diabete nei seguenti ambiti territoriali:

- AA.SS.LL. Novara, Vercelli, Biella, Verbano-Cusio-Ossola, AOU “Maggiore della Carità” di Novara (Area interaziendale di coordinamento Piemonte Nord Est);
- AA.SS.LL. Alessandria, Asti, A.O. “SS. Antonio e Biagio” di Alessandria (Area interaziendale di coordinamento Piemonte Sud Est);
- ai suddetti progetti si è aggiunto successivamente quello per la sperimentazione della Rete endocrino-diabetologica nell’Area Metropolitana Torinese, come elaborato nell’ambito del “Tavolo interaziendale metropolitano per la realizzazione di una Rete integrata di prestazioni specialistiche” istituito ai sensi della D.G.R. n. 15-7486 del 23.4.2014;

- con la D.D. n. 129 del 10.3.2015 è infine stato definito il percorso operativo per l’avvio dei progetti sperimentali e sono stati individuati il ruolo, le funzioni e le competenze del Centro di Accoglienza, d’indirizzo e supporto al PDTA-Diabete.

Il percorso regionale finalizzato alla definizione della rete è stato valutato positivamente dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze, nell’ambito dei pareri espressi riguardo alle azioni regionali collegate al Piano di Rientro e relativo Programma Operativo Regionale 2013-2015.

In particolare:

- con il parere n. 158-P del 18.8.2014 viene sollecitata la definizione dei progetti interaziendali per l’erogazione appropriata e coordinata del PDTA-Diabete in ambito interaziendale, in coerenza con il Piano Nazionale Diabete;

- con il parere n. 38-P del 18.2.2015 si prende atto delle azioni poste in essere dalla Regione con l’approvazione dei progetti interaziendali per la sperimentazione regionale dei modelli di rete e con l’individuazione delle AA.SS.LL. capofila per il coordinamento di tali progetti: tali azioni sono ritenute coerenti con le previsioni del Programma Operativo Regionale 2013-2015. Il Ministero invita inoltre la Regione ad individuare le funzioni minime che i servizi specialistici dovranno garantire per essere qualificati come Centro di Accoglienza, d’indirizzo e supporto al PDTA;

- infine con il parere n. 10-P del 3.3.2016 si prende atto delle azioni poste in essere dalla Regione con la sopra citata D.D. n. 129 del 10.3.2015, richiedendo altresì che le modalità di accesso al C.A.I.S. siano uniformi in tutte le A.S.L. e pertanto, avvalorando il percorso in atto verso la definizione di una rete integrata fra medicina specialistica e medicina di territorio che garantisca uniformità ed appropriatezza del percorso di salute su tutto il territorio regionale.

Analogamente all’assistenza diabetologica, anche il trattamento delle malattie endocrino-metaboliche necessita di un percorso di riordino funzionale in ambito sovraaziendale, in quanto associate a un elevato assorbimento di risorse assistenziali, sia ambulatoriali che di ricovero ospedaliero, in particolare per il problema di patologie altamente prevalenti quali le malattie tiroidee, l’obesità e le dislipidemie.

Tenendo conto che la diabetologia e l’endocrinologia e malattie metaboliche fanno capo alla medesima disciplina ospedaliera e che le rispettive specializzazioni mediche sono equipollenti, si ritiene corretto ed opportuno favorirne l’integrazione funzionale unificando e gestendo in rete le due aree specialistiche in un unico ambito organizzativo.

Nell'ambito degli Atti aziendali adottati dalle AA.SS.RR. nel corso del 2015 e recepiti con D.G.R. n. 53-2487 del 23.11.2015, sono stati individuati i presupposti organizzativi per l'avvio di un modello di rete interaziendale per le discipline in oggetto.

In ciascuna delle aree territoriali le ASL/AO/AOU hanno infatti previsto in conformità alla D.G.R. n. 29-3148 dell'11.4.2016 la possibilità di avviare forme di coordinamento/collaborazione interaziendale funzionali alla razionalizzazione ed appropriatezza del sistema di offerta specialistica.

Tali forme, attivate previa stipula di appositi accordi interaziendali a titolo non oneroso, volti a disciplinare i rapporti tra le parti, sono funzionalmente alternative a quelle strutturate in specifiche forme organizzative nell'ambito delle aree di coordinamento sovrazionali.

In considerazione di quanto sopra, si ritiene pertanto di procedere all'approvazione del progetto organizzativo-funzionale della Rete territoriale Endocrino-Diabetologica del Piemonte e delle Reti ospedaliere di Diabetologia pediatrica e di Cura del Piede diabetico, unitamente ai criteri per la composizione della Commissione Endocrino-Diabetologica Regionale, come riportati nell'Allegato A facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

In coerenza con i principi, i criteri e gli indirizzi riportati nel presente provvedimento, è demandata ad apposite determinazioni dei competenti Settori della Direzione Sanità, l'individuazione:

- dei compiti operativi dei centri in sede HUB riconosciuti per l'espletamento di attività di diabetologia pediatrica e di cura del piede diabetico, nell'ambito della rete ospedaliera regionale per il trattamento di tali patologie;
- delle modalità operative di coordinamento della rete in ciascuna area interaziendale e a livello regionale;
- dei componenti della Commissione Endocrino-Diabetologica Regionale, quale organismo rappresentativo della rete e dei relativi pazienti, operante a supporto delle scelte strategiche della programmazione regionale riguardo all'assistenza endocrino-diabetologica;
- del crono-programma per lo sviluppo del piano d'azione 2016-2019, come definito nell'Allegato A al presente provvedimento;
- degli indicatori per monitorare l'andamento del progetto di rete nel primo triennio.

Sentito il parere favorevole della Commissione Diabetologica Regionale, costituita con D.G.R. n. 17-6836 del 9.12.2013, nella seduta del 16.6.2015;

sentite le rappresentanze delle strutture regionali di Diabetologia ed Endocrinologia e le relative Società Scientifiche (sezioni regionali), nell'incontro dell'11.4.2016, con esito favorevole;

condividendo le argomentazioni del Relatore e visti:

il Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica approvato il 6.12.2012,
la legge 16 marzo 1987, n. 115,
la legge regionale 7 aprile 2000, n. 34,
la D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, Programma 13, Azione 13.2.3,
le DD.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i. e n. 26-1653 del 29.6.2015,
la D.G.R. n. 61-13646 del 22.3.2010,
le DD.DD. n. 270 dell'8.4.2014, n. 733 del 29.8.2014 e n. 129 del 10.3.2015,
i Pareri Ministeriali n. 158-P del 18.8.2014, n. 38-P del 18.2.2015 e n. 10-P del 3.3.2016,

informata, con nota prot. 1001/SAN del 10/10/2016, la competente Commissione Consiliare, ai sensi dell'art. 9 della L.R. n. 34/2000;

la Giunta Regionale, con voto unanime,

delibera

- di approvare in attuazione della D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2016 il progetto organizzativo-funzionale della Rete territoriale Endocrino-Diabetologica del Piemonte, unitamente ai criteri per la composizione della Commissione Endocrino-Diabetologica Regionale, come riportati nell'Allegato A facente parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

- di demandare a successive determinazioni regionali, in coerenza con i principi, i criteri e gli indirizzi riportati nella presente deliberazione, l'individuazione:

o dei compiti operativi dei centri in sede HUB riconosciuti per l'espletamento di attività di diabetologia pediatrica e di cura del piede diabetico, nell'ambito della rete ospedaliera regionale per il trattamento di tali patologie;

o delle modalità operative di coordinamento della rete in ciascuna area interaziendale e a livello regionale;

o dei componenti della Commissione Endocrino-Diabetologica Regionale, quale organismo rappresentativo della rete e dei relativi pazienti, operante a supporto delle scelte strategiche della programmazione regionale riguardo all'assistenza endocrino-diabetologica;

o del crono-programma per lo sviluppo del piano d'azione 2016-2019, come definito nell'Allegato A alla presente deliberazione;

o degli indicatori per monitorare l'andamento del progetto di rete nel primo triennio;

- di stabilire che la Commissione Endocrino-Diabetologica Regionale opererà a titolo gratuito e resterà in carica per un periodo di due anni dalla nomina, così come disposto dalla L.R. n. 34/2000.

La presente deliberazione non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso giurisdizionale avanti al TAR entro 60 giorni dalla data di comunicazione o piena conoscenza dell'atto, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni dalla suddetta data.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

La Rete territoriale Endocrino-Diabetologica della Regione Piemonte

1) Obiettivi, finalità e aree di responsabilità della Rete

L'obiettivo prioritario della Rete territoriale Endocrino-diabetologica della Regione Piemonte (di seguito: Rete ED) è garantire al cittadino la miglior assistenza nel settore attraverso:

- la condivisione e l'omogenea applicazione di percorsi di cura (PDTA),
- il perseguimento e la periodica revisione dell'appropriatezza clinica e organizzativa dell'assistenza erogata,
- l'analisi e la possibile soluzione collegiale di problemi emergenti,
- la formazione comune.

Inoltre la Rete ED, in coerenza con l'obiettivo generale di spostare la gestione delle cronicità dal versante ospedaliero a quello territoriale:

1. assicura l'assistenza ai pazienti diabetici o endocrinologici, secondo livelli di cura adeguati allo stadio di evoluzione della malattia, attraverso un'organizzazione formalizzata tra strutture di endocrinologia e/o diabetologia territoriali, in accordo con la rete delle Cure primarie da un lato e secondo percorsi per i ricoveri o prestazioni di elevata complessità concordati con i centri ospedalieri HUB;
2. promuove l'integrazione fra specialisti territoriali, ospedalieri e medici di medicina generale, sia nell'approccio diagnostico e terapeutico che nel counselling e nell'educazione terapeutica;
3. elabora percorsi per assicurare il rispetto dei tempi per le prime visite con particolare attenzione al paziente neo-diagnosticato;
4. individua percorsi specifici per il diabete e le sue complicanze, per le malattie endocrine e metaboliche e per la gravidanza coinvolgendo tutte le figure professionali necessarie: gli operatori del team oltre agli specialisti dedicati, quali ginecologo, nefrologo, oculista, neurologo, cardiologo, ecc.;
5. è parte della rete territoriale aziendale (Distretti, rete delle Cure primarie e delle relative forme organizzative, strutture residenziali socio-sanitarie) per garantire la gestione integrata(GI) dei percorsi di salute e la presa in carico dei pazienti più complessi;
6. attiva percorsi preferenziali per consulenze, in particolare ai pazienti ricoverati negli ospedali sede di DEA o pronto soccorso al fine di ridurre il tasso di ricovero e della degenza media, favorendo la successiva rapida presa in carico dell'assistito; rappresenta pertanto il punto di intersezione nel percorso di continuità assistenziale pre e post ricovero ospedaliero, avendo il compito di garantire

ai propri pazienti la **presa in carico**, congiuntamente ai MMG e **l'accompagnamento** in tutte le fasi in cui si articola il percorso di salute, ivi compresa la fase ospedaliera qualora si renda necessaria in caso di insorgere di complicanze o per interventi di elevata complessità;

7. assicura la raccolta omogenea di dati amministrativi e clinici per un costante monitoraggio delle attività della rete al fine di individuare criticità e azioni di miglioramento;
8. collabora con istituzioni riconosciute per la ricerca, progettazione e realizzazione di progetti di Epidemiologia e Prevenzione;
9. assicura il coordinato monitoraggio delle prescrizioni e del consumo di farmaci, ausili e protesi per diabetici, per garantire l'allineamento alle indicazioni aziendali e regionali.

2) Aziende sanitarie e strutture coinvolte della Rete ED

Gli atti aziendali adottati nel 2015, in applicazione delle **n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.e n. 42-1921 del 27.7.2015**, hanno ridisegnato l'organizzazione dell'assistenza specialistica endocrino-diabetologica regionale, che risulta oggi articolata nell'ambito di una struttura "spoke" per ogni A.S.L a fronte di sette strutture operanti in HUB Ospedalieri.

Tale articolazione rende pertanto possibile e agevole la riorganizzazione in rete dell'endocrinologia e della diabetologia territoriale regionale, **operando sulle 4 aree di coordinamento interaziendale in cui già attualmente si sta sviluppando la sperimentazione della gestione in rete del PDTA Diabete (Figura 1)**

Il modello di Rete ED, come descritto nella Figura 2, è così articolato:

Area Metropolitana di Torino: AA.SS.LL TO 1, TO2, TO3, TO4 e TO5 con Centri HUB di riferimento AO Mauriziano di Torino, AOU Città della Salute di Torino, P.O. Maria Vittoria di Torino (ASL TO2) e AOU di Orbassano;

Area Piemonte Nord-Est : AA.SS.LL Biella, VC, NO e VCO con Centro HUB di riferimento AOU di Novara;

Area Piemonte Sud-Est : AA.SS.LL AT e AL con Centro HUB di riferimento AO di Alessandria;

Area Sud ovest AA.SS.LL: ASL CN1 e CN2, con Centro HUB di riferimento AO di Cuneo.

Nel modello raffigurato, di tipo funzionale e non strutturale, la strutture specialistiche delle AA,.SS.LL., coordinate fra loro sulla base di percorsi condivisi ed omogenei, rappresentano il riferimento centrale del sistema. Sono sede di Centro di Accoglienza, di indirizzo e supporto al PDTA (CAIS), il quale in base agli indirizzi di cui alla D.G.R. n. 61-13646 del 22.3.2010 e D.D. n. 129 del 10.3.2015, rappresenta la cabina di regia per la presa in carico e per il governo del percorso complessivo del paziente in ambito specialistico.

Da un lato si interfacciano con la rete territoriale, governata e coordinata dal Distretto, ai fini di un'ottimale condivisione dei percorsi diagnostico-terapeutici con la rete delle Cure Primarie, nell'ambito del modello di gestione integrata già in essere per il diabete (D.G.R. n. 40-9920 del 27.10.2008 e s.m.i.) ed in prospettiva estendibile alle patologie endocrino metaboliche (tiroide e dislipidemie in particolare), nonchè in genere a tutta l'area delle cronicità, esercitando il ruolo di hub in tale modello.

Dall'altro lato la rete specialistica territoriale si interfaccia con la rete ospedaliera HUB per la gestione dell'elevata complessità assistenziale e per l'alta specializzazione.

Eventuali attività endocrinologiche o diabetologiche, espletate presso ambulatori afferenti ad altre discipline, in particolare Medicina Interna e Geriatria, si raccordano funzionalmente con la struttura aziendale della Rete ED per quanto riguarda i percorsi clinici e organizzativi nell'ambito della rete stessa.

Gli specialisti ambulatoriali interni rientrano a tutti gli effetti fra le figure specialistiche che operano nella rete e partecipano all'applicazione e revisione dei percorsi clinici ed organizzativi della rete stessa.

Il modello di Rete ED è pertanto orientato a realizzare l'interrelazione **fra** il percorso di presa in carico da parte della medicina territoriale ed il percorso specialistico territoriale ed ospedaliero, in un sistema di organizzazione sanitaria in cui:

- l'ospedale non è più il riferimento di centralità del sistema e l'unico luogo deputato ad erogare prestazioni assistenziali di elevata qualità;
- si allarga, dal punto di vista qualitativo sul territorio, l'offerta delle risposte sanitarie nell'ambito di percorsi diagnostico-terapeutici predefiniti.

Con apposito provvedimento del competente Settore della Direzione Sanità si provvederà altresì all'individuazione dei centri in sede HUB riconosciuti per l'espletamento di attività di diabetologia pediatrica e di cura del piede diabetico, istituendo pertanto la rete ospedaliera regionale per il trattamento di tali patologie.

3) Fase transitoria 2016-2019

Nelle more di consolidare l'assetto organizzativo a regime, come descritto al punto 2), si procede con l'avvio di una fase transitoria, decorrente dall'entrata in vigore della presente deliberazione ed estesa fino a tutto il 2019, in cui la Rete ED si sviluppa su due aree di coordinamento interaziendale:

- Piemonte orientale (Aree Nord-est e Sud est);
- Piemonte occidentale (Area Metropolitana di Torino e Sud-ovest).

4) Modalità di coordinamento della rete ED

Per l'ottimale avvio e per il coordinato svolgimento dell'attività organizzativa, gestionale e di monitoraggio della rete, viene individuata, con apposito provvedimento del competente Settore della Direzione Sanità, un'A.S.L. con funzione di capo-fila nell'ambito di ciascuna area di coordinamento interaziendale.

Tale assetto organizzativo non comporta sovraordinazione gerarchica e **si esplica tramite la competente struttura aziendale operante nell'area di diabetologia-endocrinologia** (SC o, qualora non prevista, SSVD) che esercita pertanto una funzione di coordinamento in merito:

- ai rapporti fra le AA.SS.RR. dell'area interaziendale, sia fra le stesse, sia nei confronti della Regione, ai fini del monitoraggio dell'attuazione e dello sviluppo della Rete ED;

- al rapporto fra le AA.SS.LL. e la rete degli ospedali HUB negli adempimenti organizzativi-operativi preordinati a conseguire un omogeneo, coordinato ed appropriato sviluppo dei PDTA;
- al rapporto fra le strutture specialistiche territoriali e la rete delle Cure primarie, per ottimizzare la reciproca collaborazione e la condivisione dei percorsi nell'ambito del modello di gestione integrata del diabete e delle patologie endocrine.

La suddetta funzione si esplica attraverso il sistematico interscambio comunicativo per via telematica, nonché tramite riunioni operative dei servizi dell'area di rete indette dalla struttura coordinante, con cadenza stabilita secondo necessità e comunque almeno semestrale. Partecipano a tali riunioni i responsabili dei servizi coinvolti nella Rete ED e, di volta in volta, medici, infermieri, dietisti ed altre professionalità coinvolte in relazione agli argomenti trattati.

Con il medesimo provvedimento di cui sopra viene altresì individuata, fra le funzioni territoriali di area, una modalità di coordinamento complessivo della Rete ED, con l'obiettivo di armonizzare e di garantire la massima omogeneità delle azioni a livello regionale. Tale attività di confronto e raccordo è da attuarsi principalmente nell'ambito della Commissione Endocrino-Diabetologia regionale.

5) Piano d'azione 2016-2019

Il Piano d'azione si sviluppa attraverso le seguenti fasi:

1. Pianificazione interaziendale delle azioni da intraprendere: in ogni area della Rete ED la struttura coordinatrice, d'intesa con le Direzioni Generali delle altre AA.SS.RR. coinvolte e con la rete dei Distretti delle AA.SS.LL., istituisce e coordina il gruppo di lavoro per la definizione e/o il completamento della riorganizzazione in rete dell'attività endocrino-diabetologica. Ne fanno parte i responsabili delle SC/SSVD/SS competenti nelle materie oggetto della rete, afferenti alle AA.SS.RR. dell'area interaziendale. Sulla base dei temi affrontati sono coinvolte nei lavori tutte le figure professionali, mediche e non, che partecipano all'erogazione dell'assistenza endocrinologica, diabetologica e metabolica. In particolare si ritiene utile la costante interazione con le strutture degli Hub di riferimento e con la rete pediatrica e del piede diabetico.
2. Riarticolazione attività: in ogni area si procede al censimento e alla definizione **delle sedi di attività, articolandole per intensità di cura**: primo livello (Cure primarie – Gestione Integrata del DM2 e di alcune malattie tiroidee e metaboliche); secondo livello (Endocrinologie e Diabetologie territoriali, ambulatori di altre discipline) e criteri per l'invio alle strutture di terzo livello Endocrino-diabetologia ospedaliera (HUB).
3. Revisione dei PDTA già approvati nell'ambito della sperimentazione regionale (Piemonte Nord Est, Sud Est e Area metropolitana di Torino) alla luce dei nuovi atti aziendali e contestuale aggiornamento dei percorsi in considerazione della componente endocrino-metabolica.
4. Definizione ex novo dei PDTA per l'Area Piemonte Sud-ovest (provincia di Cuneo).

5. Avvio delle attività riportate al precedente punto 1) “Obiettivi, finalità e aree di responsabilità della Rete ED”.
6. Identificazione, nell’ambito del provvedimento di cui sopra, di un primo set di 5 indicatori di processo e outcome intermedio per monitorare l’andamento del progetto nel primo triennio.

6. Monitoraggio delle attività e degli esiti della Rete ED

L’attività della rete (territoriale, della diabetologia pediatrica e del piede diabetico) viene monitorata a livello aziendale e regionale, con il supporto della Commissione Endocrino-Diabetologica Regionale, tramite:

1. l’analisi dei verbali delle riunioni di area, in cui dovranno risultare decisioni condivise riguardo ai percorsi diagnostico-terapeutici, alle procedure operative ed organizzative dei servizi erogati, nonché proposte migliorative e monitoraggio delle azioni intraprese;
2. gli indicatori di cui al punto 5:
3. eventuale altro set di indicatori di processo e outcome individuati su proposta della Commissione Endocrino-Diabetologica Regionale.

Il calcolo degli indicatori è affidato al Servizio regionale di Epidemiologia dell’ASL To3.

7. La Commissione Endocrino-Diabetologica Regionale.

La Commissione Diabetologica, istituita ai sensi dell’art. 9 della legge regionale 7 aprile 2000, n. 34, “Nuove norme per l’attuazione dell’assistenza diabetologica”, con funzioni di verifica e coordinamento dello stato di attuazione e delle attività di prevenzione e cura del diabete mellito, è integrata, nell’ambito del modello regionale per la realizzazione della Rete ED, con la componente rappresentativa delle attività di prevenzione e cura delle malattie endocrino-metaboliche.

Le competenze di tale organismo, che nel presente modello di Rete ED è ridenominato Commissione Endocrino-Diabetologica Regionale, sono quelle previste dall’art. 10 della L.R. n. 34/2000 e si esplicano nell’esercizio di funzioni consultive e di supporto per la definizione delle strategie e degli indirizzi della programmazione regionale in materia di assistenza diabetologica ed endocrino-metabolica.

In coerenza con lo schema disposto dal citato art. 9 della L.R. n. 34/2000 per quanto attiene alla componente diabetologica e demandando a successiva determinazione regionale la designazione dei singoli componenti, la rappresentanza complessiva nell’ambito della Commissione è articolata come di seguito specificato:

- 1) Parti assistenziali e scientifiche:

- i Responsabili delle strutture endocrino-diabetologiche (SC/SSVD) che esercitano la funzione di coordinamento di area della Rete ED;
- n. 1 rappresentanza delle strutture endocrino-diabetologiche A.O./A.O.U. per ogni area della Rete ED;
- n. 1 rappresentanza della diabetologia pediatrica;
- n.1 rappresentanza dei centri regionali per la cura del piede diabetico
- n. 1 rappresentanza delle struttura individuata quale titolare del trattamento dei dati contenuti nel Registro Diabete, ai sensi della D.G.R. n. 20-5817 del 21.5.2013 e D.P.G.R. n. 54 dell'1.8.2013;
- n. 1 rappresentanza dei Medici Specialisti Ambulatoriali Interni;
- n. 1 rappresentanza della rete delle Cure primarie;
- n. 1 rappresentanza degli operatori sanitari non medici dell'assistenza endocrino-diabetologica;
- n. 1 rappresentanza dei Distretti sanitari.

2) Associazioni di volontariato:

- n. 2 rappresentanze delle associazioni operanti a livello regionale sull'area endocrino-diabetologica.

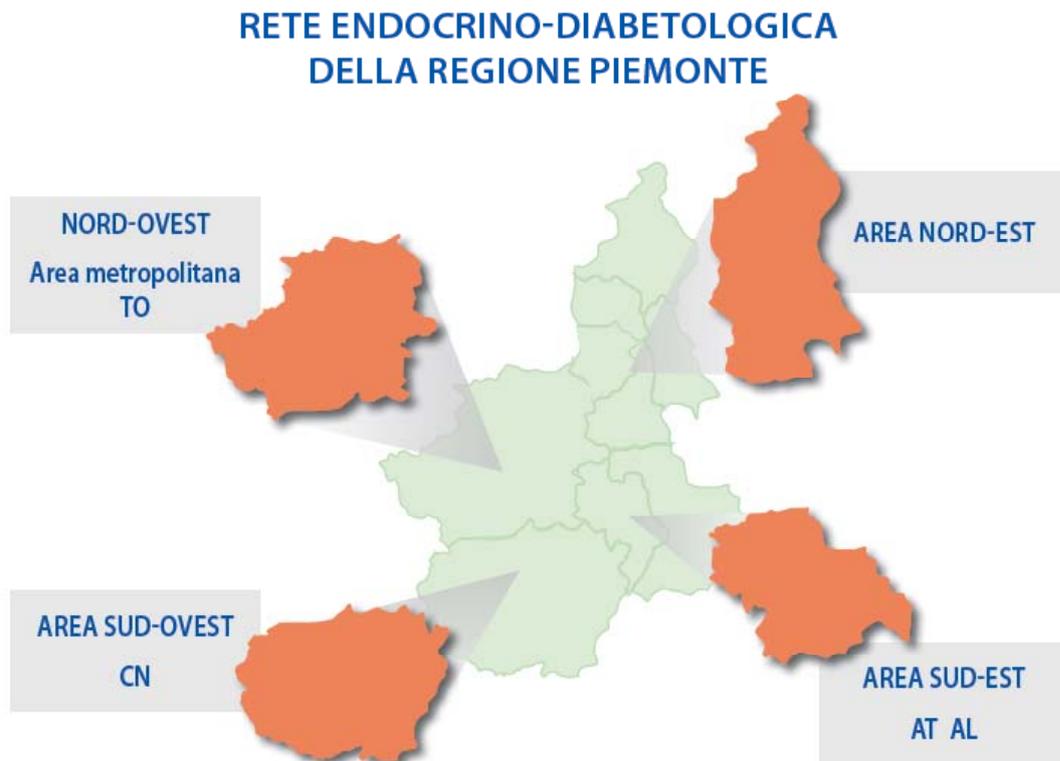
3) Strutture regionali coinvolte nelle attività assistenziali:

dirigente e/o funzionario competente del Settore Assistenza Sanitaria e Socio-sanitaria Territoriale e, di volta in volta, dirigenti/funzionari dei Settori competenti della Direzione Sanità, sulla base degli argomenti all'ordine del giorno.

Le funzioni di coordinamento tecnico-organizzativo sono assicurate dal Settore Assistenza Sanitaria e Socio-sanitaria Territoriale.

In relazione agli specifici argomenti trattati, la Commissione, qualora ne ravvisi la necessità, si confronta con le rappresentanze regionali delle Società Scientifiche di diabetologia ed endocrinologia.

Figura 1.



4 aree corrispondenti ai 4 quadranti regionali con un responsabile per area di cui uno è nominato coordinatore

Figura 2

