



**LEGGI E DISPOSIZIONI
ATTUATIVE NAZIONALI E
REGIONALI (Regione
Campania) IN TEMA DI
DIABETE MELLITO E
PATOLOGIE CRONICHE**

**GRUPPO AMD REGIONE CAMPANIA LEGGI ED
ISTITUZIONI**

*Iole Gaeta, Antonio Luciano, Paola G. Maida, Filomena
Parlato, Tommasina Sorrentino, Tiziana Spinosa, Andrea
Tatavitto*

PREFAZIONE

Ritengo un privilegio presentare questo elaborato, da me fortemente caldeggiato, frutto del lavoro dei componenti del “GRUPPO DI STUDIO AMD LEGGI E ISTITUZIONI” della nostra Regione, la cui mission è la conoscenza e l’analisi delle normative vigenti in materia di assistenza alle persone con diabete con l’obiettivo di renderla più equa ed omogenea su tutto il territorio Campano.

*Come riportato nel “**Rapporto Osserva Salute**”, la mortalità per Diabete Mellito e quella delle Malattie Cardiovascolari negli ultimi 20 anni si è notevolmente ridotta, su tutto il territorio Nazionale ma l’entità di tale riduzione è stata maggiore nelle Regioni del Nord rispetto a quelle del Sud e le Isole. Tale negativo divario Nord-Sud è notevolmente cresciuto negli ultimi anni. Purtroppo la Campania detiene il triste primato della più alta mortalità per malattie cardiovascolari e diabete nelle donne, mentre negli uomini è seconda solo alla Sicilia.*

Buona parte di questi sfavorevoli risultati sono spiegati dall’alta prevalenza di sovrappeso, obesità, sedentarietà e ... infatti gli studi di sorveglianza (Okkio e PASSI) hanno, chiaramente, dimostrato che 1 cittadino campano su 2 è affetto da sovrappeso o franca obesità indipendentemente dall’età ed e’ chiaro che proprio questa condizione ha fatto e sta facendo perdere, ai cittadini di questa area del Paese, i guadagni in termini di salute maturati nel trentennio tra gli anni 1950 - 1980.

Per ridurre la mortalità e migliorare la salute delle persone con diabete mellito è indispensabile migliorare il rispetto delle Linee Guida diagnostico-terapeutiche, l’organizzazione delle cure territoriali ma soprattutto implementare campagne di prevenzione mirate alla promozione di stili di vita salutari attraverso azioni complessive, in altre parole mettere in campo seri programmi di prevenzione primaria e secondaria.

Dal 2001 con il trasferimento della tutela della salute, in termini di assistenza sanitaria e relativa organizzazione, alle Regioni, abbiamo assistito ad un vero e proprio proliferare di Leggi Regionali che solo in parte hanno raccolto le indicazioni della legge 115/87. Al momento la situazione legislativa regionale è molto ricca e presenta un profilo molto variegato da Regione a Regione e talvolta questa varietà interpretativa è presente anche tra le Aziende Sanitarie della stessa Regione e la Campania non è da meno.

Chiudo questa presentazione con una riflessione, alla luce della riorganizzazione della capillare rete diabetologica nella nostra regione messa in atto dal decreto 330/2016, la conoscenza delle norme in materia di assistenza alla persona con

Diabete non è mai stata così utile come in questo momento, per meglio comprendere il nostro ruolo “di essere Diabetologo” ma soprattutto per confrontarsi con le Istituzioni.

E' doveroso un grazie accorato agli autori del VADEMECUM per il regalo che hanno fatto a noi tutti.

Geremia Romano

Presidente AMD Regione Campania

PREMESSA

Questo elaborato nasce dal progetto di lavoro dei componenti del “GRUPPO DI STUDIO REGIONALE AMD, LEGGI E ISTITUZIONI”

Il gruppo di studio, si dedica all’ approfondimento culturale delle normative ispirate al diabete, malattia cronica del secolo, che suscita per i dati di mortalità e morbilità tanto allarme e nel contempo molto interesse per gli aspetti economici di sostenibilità della spesa.

Il VADEMECUM si propone come una sorta di guida e di supporto per il complesso lavoro del diabetologo, così come complessa è la malattia che egli cura.

In esso sono elencate ed analizzate le normative Regionali, ma si sofferma anche sulle leggi Nazionali che hanno dato impulso all’assistenza diabetologica italiana, tra le più capillari al mondo.

E’ diviso in due parti, la prima riporta LEGGI E DISPOSIZIONI ATTUATIVE NAZIONALI, la seconda LEGGI E DISPOSIZIONI ATTUATIVE DELLA REGIONE CAMPANIA.

Ripercorre la Legge Nazionale 115/87 “Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito”, che ha segnato il passo dell’assistenza alle persone con diabete, il DGRC 1168/2005 “Linee guida di indirizzo per l’organizzazione delle attività diabetologiche e percorso assistenziale per il paziente diabetico”, la Legge Regione Campania n°9 “Disposizioni in attuazione della Legge 115/87”, relativa alla Prevenzione e alla Cura del Diabete Mellito ed altre. In Appendice A è stato redatto un GLOSSARIO per una migliore comprensione del testo ed in Appendice B la SWOT ANALYSIS, che è stata utilizzata sia per analizzare l’ utilità dell’uso del vademecum, sia per analizzare alcune normative di rilevanza nazionale e regionale.

Buona lettura.

Gruppo AMD Regione Campania Leggi ed Istituzioni

PARTE I

LEGGI E DISPOSIZIONI ATTUATIVE NAZIONALI

INTRODUZIONE

Con la Legge 115 del 16/3/1987 “Disposizione per la prevenzione del Diabete mellito” per la prima volta si definiva la malattia diabetica “di rilevanza sociale” e si dava mandato alle regioni di predisporre delle azioni mirate all’assistenza del paziente diabetico.

Le regioni diventavano a pieno titolo competenti della sanità pubblica a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione stabilita dalle Legge Costituzionale n. 3 del 18/10/2001.

E per quanto l’articolo 5 della Legge 115, comma 2, stabiliva “criteri di uniformità validi su tutto il territorio nazionale relativamente a strutture e parametri organizzativi dei servizi diabetologici” allo stato attuale si osservano diverse applicazioni della legge madre nelle regioni italiane.

Questo volumetto vuole fornire alla classe medica che si occupa di diabetologia degli elementi di conoscenza delle leggi e delle disposizioni attuative, atti amministrativi nazionali e regionali in tema di diabetologia, acquisendo da tali conoscenze la consapevolezza dell’importanza del lavoro svolto quotidianamente, e così assumendo un ruolo più attivo nel contesto organizzativo.

Il contenuto viene presentato in ordine cronologico.

Per avere un quadro normativo completo della Legislazione italiana in materia di diabete si può anche consultare la pagina www.fdgdiabete.it/fdgleggi/dialeggi.asp

INDICE PARTE I

	pag
<u>Titolo V della Costituzione</u>	7
<u>Legge 115/87</u> Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito”	7
<u>Legge 104/92</u> Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate	7
<u>Legge 68/99</u> Norme per il diritto al lavoro per i disabili	8
<u>Riforma del Titolo V Legge Costituzionale 3/2001</u>	8
<u>Decreto Legislativo 196/2003.</u> Codice in materia di protezione dei dati personali	9
<u>Decreto Legislativo 18 aprile 2011 n. 59</u> Attuazione delle direttive 2006/126/CE e 2009/113/CE concernenti la patente di guida <u>Decreto Legislativo 16 gennaio 2013, n. 2</u> Modifiche ed integrazioni ai decreti legislativi 18 aprile 2011, n. 59 e 21 novembre 2005, n. 286, nonché attuazione della direttiva 2011/94/UE recante modifiche della direttiva 2006/126/CE, concernente la patente di guida. (13G00019) <u>Decreto 22 dicembre 2015</u> Recepimento della direttiva della Commissione 2014/85/UE recante modifica della direttiva 2006/126/CE del Parlamento europeo e del Consiglio concernente la patente di guida. (16A00299)	10
<u>Piano sulla Malattia Diabetica .</u> Accordo del 6/12/2012 della conferenza permanente per i rapporti tra lo stato e le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano.	12
<u>Documento approvato dalla 12ª Commissione Permanente(Igiene e sanità)</u> A CONCLUSIONE DELL'INDAGINE CONOSCITIVA Doc. XVII n. 16 proposta dalla Commissione stessa nella seduta del 7 febbraio 2012, svolta nelle sedute SULLA PATOLOGIA DIABETICA IN RAPPORTO AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ED ALLE CONNESSIONI CON LE MALATTIE NON TRASMISSIBILI Comunicato alla Presidenza il 9 ottobre 2012	12
<u>Decreto del Ministero della Salute 9/12/2015.</u> Condizioni di erogabilità e indicazione di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili dal SSN.	13
<u>Piano Nazionale Cronicità. 2016</u> Conferenza Stato Regioni. Documento che, nel contesto del Patto per la salute 2014-2016, disciplina le modalità di assistenza e tutela dei pazienti affetti da malattie croniche.	13
<u>Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12/1/2017.</u> Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30/12/1992, n. 502	15

Titolo V della Costituzione

G.U. Serie Generale n. 298 del 27/12/1947.

www.governo.it

Il Titolo V è quella parte della Costituzione italiana in cui vengono "disegnate" le autonomie locali: comuni, province e regioni. Una serie di riforme del Titolo V cominciate negli anni Settanta e terminata con la riforma del 2001 hanno portato all'attuale struttura regionale. Lo scopo di tutte queste riforme era di spostare i centri di spesa dai livelli più alti, lo Stato centrale, a quelli più locali.

Legge 115/87

Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito"

G.U. serie Generale n. 71 del 26/3/1987

www.gazzettaufficiale.it

La Legge 115/87 "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito" fu proposta da un gruppo di deputati con il contributo della FAND - Associazione Italiana Diabetici.

Essa contiene principi generali affidando alle Regioni e alle Province autonome la concreta attuazione attraverso i Piani Sanitari Regionali. Il diabete viene definito una patologia "di alto interesse sociale" e vengono definiti alcuni obiettivi fondamentali da realizzare:

- prevenzione e diagnosi precoce;
- miglioramento della cura attraverso una rete di assistenza specializzata;
- prevenzione delle complicanze;
- inserimento dei diabetici nella scuola, nel lavoro, nello sport;
- miglioramento dell'educazione sanitaria e della conoscenza tra la popolazione;
- aggiornamento del personale sanitario;
- individuazione della popolazione a rischio;
- distribuzione gratuita dei fondamentali presidi diagnostici e terapeutici;
- l'istituzione della tessera personale del diabetico.

La normativa indica inoltre le caratteristiche base della struttura della rete diabetologica che le Regioni e le Province autonome sono tenute ad allestire. L'articolo 8, inoltre, chiarisce esplicitamente che il diabete privo di complicanze invalidanti "**non costituisce motivo ostativo** al rilascio del certificato di idoneità fisica per l'iscrizione nelle scuole di ogni ordine e grado, per lo svolgimento di attività sportive a carattere non agonistico e per l'accesso ai posti di lavoro pubblico e privato, salvo i casi per i quali si richiedano specifici, particolari requisiti attitudinali".

Legge 104/92

Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate

G.U. Serie Generale n. 39 del 17/2/1992 suppl. ordinario n. 30

www.gazzettaufficiale.it

La Legge quadro n° 104 del 5 febbraio 1992 è stata, e continua ad essere, una legge fondamentale per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.

Finalità della legge

Il primo articolo della legge definisce in modo compiuto quali sono i fini perseguiti, in particolare: "La Repubblica ... garantisce il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società". Inoltre sempre l'articolo 1 termina con il seguente enunciato: "(La Repubblica) ... predispone interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione sociale della persona handicappata". Di seguito la legge detta i principi dell'ordinamento in materia di diritti, integrazione sociale e assistenza della persona handicappata... (definizione dell'articolo 2).

Soggetti a cui si applica la legge

L'articolo 3 al primo comma recita: "È persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

Legge 68/99

Norme per il diritto al lavoro per i disabili

G.U. Serie Generale n. 68 del 23/3/1999 supplemento ordinario n. 57

www.gazzettaufficiale.it

La Legge 68/1999 promuove l'integrazione delle persone disabili nel mercato del lavoro attraverso azioni di sostegno e di collocamento mirato, con strumenti di inserimento personalizzato, tenendo conto delle particolari esigenze di questa categoria di cittadini.

La nuova normativa ha modificato in maniera radicale il collocamento lavorativo delle persone con disabilità, trasformandolo da *obbligatorio* (secondo quanto previsto dalla precedente Legge 482/1968) in *mirato*.

Scopo principale della legge è quello di incentivare la crescita della specifica domanda di lavoro per i lavoratori disabili e di agevolare l'inserimento lavorativo, perseguendo l'obiettivo di considerare le persone disabili come persone diversamente abili, dotate, dunque, di capacità differenti e non completamente prive di abilità.

Riforma del Titolo V Legge Costituzionale 3/2001

G.U. n. 248 del 24 ottobre 2001

www.governo.it

Il Titolo V è stato riformato con la Legge Costituzionale 3/2001, a seguito della Legge 58/1997 denominata "Federalismo a Costituzione invariata" dando piena attuazione all'art. 5 della Costituzione, che riconosce le autonomie locali quali enti esponenziali preesistenti alla formazione della Repubblica. I Comuni, le Città metropolitane, le Province e le Regioni sono enti esponenziali delle popolazioni residenti in un determinato territorio e tenuti a farsi carico dei loro bisogni. L'azione di governo si svolge a livello inferiore e quanto più vicino ai cittadini, salvo il potere di sostituzione del livello di governo immediatamente superiore in caso di impossibilità o di inadempimento del livello di governo inferiore

Lo Stato. Allo Stato compete solo un potere esclusivo e pieno, circoscritto alle materie elencate nell'articolo 117 comma 2° e 3°. Per tutte le altre materie le Regioni hanno potestà legislativa piena.

Le Regioni. Alle Regioni è stata riconosciuta l'autonomia legislativa, ovvero la potestà di dettare norme di rango primario, articolata sui 3 livelli di competenza: esclusiva o piena (le Regioni sono equiparate allo Stato nella facoltà di legiferare); concorrente o ripartita (le Regioni legiferano con leggi vincolate al rispetto dei principi fondamentali, dettati in singole materie, dalle leggi dello Stato); di attuazione delle leggi dello Stato (le Regioni legiferano nel rispetto sia dei principi sia delle disposizioni di dettaglio contenute nelle leggi statali, adattandole alle esigenze locali).

I Comuni. Sono enti territoriali di base, con autonomia statutaria, organizzativa, amministrativa, impositiva e finanziaria. Essi rappresentano, curano e promuovono lo sviluppo della comunità locale e sono i principali destinatari delle funzioni amministrative, in quanto più vicini al cittadino e ritenuti più idonei a esercitare i compiti amministrativi (municipalismo d'esecuzione).

Le Province. Sono enti intermedi tra i Comuni e le Regioni, rappresentativi di proprie comunità, con funzioni di cura degli interessi, ma anche di programmazione delle attività delle comunità locali che rientrano nel proprio territorio.

Le Città metropolitane. Sono tipi speciali di Province, con poteri notevolmente più ampi e molto vicini a quelli comunali, soprattutto in ambito urbanistico. Sono istituite, su iniziativa dei Comuni interessati, in aree metropolitane individuate nelle zone comprendenti i Comuni di Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Bari, Napoli, Reggio Calabria, Cagliari, Catania, Messina, Palermo, Trieste. Con la costituzione della Città metropolitana, la città originaria cessa di esistere.

Le Comunità montane. Sono unioni di Comuni montani e parzialmente montani, anche appartenenti a Province diverse, con funzione di valorizzazione delle zone montane, per l'esercizio di funzioni proprie conferite, nonché per l'esercizio associato di funzioni comunali.

L'autonomia finanziaria. Regioni, Province, Città metropolitane e Comuni hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa.

Decreto legislativo 196/2003.

Codice in materia di protezione dei dati personali

G.U. Serie Generale n. 174 del 29/7/2003 Supplemento ordinario n. 123

www.gazzettaufficiale.it

La struttura

Il codice si compone di 176 articoli più una serie di allegati, tra cui tre codici deontologici e un disciplinare sulle misure di sicurezza.

Esso è diviso in tre parti.

La prima parte contiene le norme di carattere generale (artt. 1/45), utili per qualsiasi trattamento di dati. Diritti e tutele sono collocati con evidenza all'inizio del Codice, facendo risaltare la disciplina di garanzia (art. 6). Al suo interno detta inoltre le regole "ulteriori" applicabili, da un lato, ai soli soggetti pubblici (artt. 18/46) e dall'altro quelle applicabili ai privati, inclusi i Concessionari di pubblici servizi e degli enti pubblici economici.

Nella seconda parte (artt. 46/140) si introducono i distinguo, in particolare quelli relativi all'utilizzo di dati personali nell'ambito della pubblica amministrazione, in ambito giudiziario e in campo sanitario.

La terza parte (artt. 141/186) contiene la tutela dei diritti e le sanzioni e spiega come tutelare la privacy quando il diritto d'accesso non ha dato i frutti sperati. In quei casi è possibile attivare il Garante o il giudice ordinario. Nella stessa parte del codice sono elencate anche le misure sanzionatorie da applicare nei confronti di chi utilizza i dati personali in maniera impropria.

Tutte le norme riunite sono di rango legislativo e ciò ha permesso di semplificare del 30% circa le norme vigenti.

I tre allegati che completano le disposizioni del Codice si compongono di:

Allegato A – Codici Deontologici;

Allegato B – Misure Minime di sicurezza;

Allegato C – Trattamenti in ambito giudiziario e di polizia.

Il testo unico ha recepito parte dei contenuti della direttiva n.2002/58/Ce, in particolare per quanto riguarda il c.d. meccanismo dell'opt-in: chi spedisce ad un indirizzo di posta elettronica, fax, telefono o telefonino (con gli Mms) messaggi commerciali, deve preoccuparsi di acquisire il consenso del destinatario di quei messaggi.

Nel nuovo codice si assiste ad un ampliamento dell'ambito di applicazione rispetto al quadro comunitario: secondo la direttiva n. 95/46 i dati personali oggetto di applicazione della direttiva riguardano esclusivamente le persone fisiche, al contrario del nuovo codice italiano che all'art. 1 dispone che "chiunque ha diritto alla protezione dei dati personali che lo riguardano", specificando che per dato personale s'intende qualunque informazione relativa a persona fisica, persona giuridica, ente o associazione.

Malgrado il diritto sancito che tutela la privacy, il valore della dignità della persona e la vita personale e familiare di un individuo, si osserva spesso inosservanza della protezione dei dati a livello internazionale non solo a causa delle nuove tecnologie, ma soprattutto per esigenze connesse alla sicurezza nazionale e a motivi di ordine pubblico, con un ampliamento della conservazione dei dati senza limiti di tempo, prescindendo da ogni forma di consenso.

Decreto legislativo 18 aprile 2011 n . 59

Attuazione delle direttive 2006/126/CE e 2009/113/CE concernenti la patente di guida

G.U. serie Generale n. 99 del 30/4/2011

www.gazzettaufficiale.it

Decreto legislativo 16 gennaio 2013 , n. 2

Modifiche ed integrazioni ai decreti legislativi 18 aprile 2011, n. 59 e 21 novembre 2005, n. 286, nonché attuazione della direttiva 2011/94/UE recante modifiche della direttiva 2006/126/CE, concernente la patente di guida. (13G00019)

(GU n.15 del 18-1-2013)

www.gazzettaufficiale.it

Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei trasporti 22 dicembre 2015

Recepimento della direttiva della Commissione 2014/85/UE recante modifica della direttiva 2006/126/CE del Parlamento europeo e del Consiglio concernente la patente di guida. (16A00299)

(GU n. 9 del 13 gennaio 2016)

www.gazzettaufficiale.it

Il Decreto Legislativo n.2 del 16/1/2013 introduce criteri per il rinnovo basati essenzialmente sul livello di rischio per la sicurezza alla guida per i pazienti diabetici. Questi livelli sono tre: basso, medio ed elevato e vengono decisi dal medico curante sulla base di chiare indicazioni. In funzione di questa valutazione si procede alla proposta di rinnovo secondo il seguente schema:

BASSO 10 ANNI (età inferiore a 50 anni)

5 ANNI (età compresa fra 50 e 70 anni)

3 ANNI (età superiore a 70 anni)

MEDIO 5 ANNI (età inferiore a 50 anni)

3 ANNI (età compresa fra 50 e 70 anni)

1 ANNO (età superiore a 70 anni)

ELEVATO invio alla Commissione Medico Legale con foglio firmato dall'interessato per presa visione e ritiro della certificazione

Punti da rispettare:

1 Vanno sempre utilizzati i modelli del Ministero in relazione al gruppo di appartenenza del tipo di patente da rinnovare:

Gruppo 1 - per Patenti: A, B, BE e sottocategorie

Gruppo 2 - per Patenti C, D, CE, DE e sottocategorie

2 Il Certificato diabetologico non deve essere stato rilasciato in data anteriore a 3 mesi.

3 Per la redazione del certificato possono essere accettati esami strumentali e di laboratorio effettuati entro l'anno con eccezione della emoglobina glicata il cui referto non deve essere superiore a 6 mesi

Non devono essere soggetti a pagamento:

- Il certificato del Servizio di Diabetologia in quanto non è un certificato «Legale» ma è una SCHEDA relativa al giudizio sul profilo attribuibile in relazione al rischio per la sicurezza della guida basato sulle complicanze della persona (registrate).
- Gli esami strumentali e di laboratorio effettuati dal Servizio di Diabetologia eseguiti nel regolare percorso di assistenza.

I criteri per la valutazione dei rischi sono i seguenti:

RISCHIO BASSO

- Assenza di retinopatia
- Assenza di neuropatia
- Assenza di nefropatia
- Ipertensione ben controllata
- Assenza di ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi
- Capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
- Controllo glicemico ADEGUATO *
- Giudizio sull'ipoglicemia BUONO **
- Nei punti 5 e 6 possono rientrare anche chi usa Insulina o farmaci che possono indurre ipoglicemie gravi

RISCHIO MEDIO

- Uso di farmaci che possono indurre ipoglicemie gravi
- Retinopatia non proliferante o proliferante, se con buona conservazione del visus
- Neuropatia autonoma o sensitivo-motoria di grado lieve, se con buona conservazione della percezione sensitiva e delle capacità motorie, non trattata con farmaci specifici
- Nefropatia se solo con microalbuminuria o macroalbuminuria
- Ipertensione se ben controllata
- Assenza di ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi
- Capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
- Controllo glicemico NON ADEGUATO *
- Giudizio sull'ipoglicemia ACCETTABILE **

RISCHIO ELEVATO

- Retinopatia proliferante, con riduzione del visus
 - Neuropatia autonoma o sensitivo-motoria grave, con perdita della percezione sensitiva e delle capacità motorie, trattata con farmaci specifici
 - Nefropatia con insufficienza renale cronica
 - Ipertensione non controllata, TIA/Ictus, ischemia cardiaca recente (< 1 anno) o non ben controllata
 - Ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi
 - Incapacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
 - Controllo glicemico NON ADEGUATO *
 - Giudizio sull'ipoglicemia SCARSO **
- * potrà essere considerato come controllo glicemico ADEGUATO, riferito alla valutazione di pericolosità alla guida, un valore di emoglobina glicata < 9,0 %, non adeguato in caso di valori > 9,0 %

** per le valutazioni delle ipoglicemie dovranno essere tenuti presenti al fine di attribuzione del giudizio di BUONO, ACCETTABILE, SCARSO i seguenti parametri valutativi:

- Valutazione anamnestica della capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
- Presenza/assenza di ipoglicemie gravi (che richiedono l'intervento di altra persona) e ricorrenti (almeno 2 episodi) riferiti negli ultimi 12 mesi

La Commissione Medico Legale:

In COMMISSIONE MEDICO LEGALE, integrata con Specialista Diabetologo devono andare:

- per Patenti del gruppo 1 (A, B, BE e sottocategorie) solo chi ha Rischio Elevato per la sicurezza alla guida
- per Patenti gruppo 2 (C, D, CE, DE e sottocategorie) tutti i pazienti del Gruppo 1 con Rischio Basso o Medio possono andare da qualunque medico abilitato ai sensi dell'Art. 119 del C.d.S. (ACI o ML Privato)

Piano sulla Malattia Diabetica .

Accordo del 6/12/2012 della conferenza permanente per i rapporti tra lo stato e le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano.

G.U. Serie Generale n. 32 del 7/2/2013, Supplemento ordinario n. 9

www.gazzettaufficiale.it

Obiettivi del Piano descritti nell' Accordo sono:

-contribuire al miglioramento della tutela assistenziale della persona con diabete o a rischio di diabete, anche attraverso l'ottimizzazione delle risorse disponibili;

-ridurre il peso della malattia sulla singola persona e sul contesto sociale;

-rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza, assicurando equità di accesso e riducendo le disuguaglianze sociali;

-sistematizzare a livello nazionale tutte le attività nel campo della malattia diabetica al fine di rendere più omogeneo il processo diagnostico-terapeutico;

-affermare la necessità di una progressiva transizione verso un nuovo modello di sistema integrato, proiettato verso un disegno reticolare «multicentrico», mirato a valorizzare sia la rete specialistica diabetologica sia tutti gli attori della assistenza primaria;

Documento approvato dalla 12^a Commissione Permanente(Igiene e sanità)

A CONCLUSIONE DELL'INDAGINE CONOSCITIVA Doc. XVII n. 16

proposta dalla Commissione stessa nella seduta del 7 febbraio 2012, svolta nelle sedute dell'8 febbraio 2012 (pomeridiana), del 29 febbraio 2012, del 28 marzo 2012, del 3 aprile 2012 (antimeridiana), del 17 aprile 2012, dell'8 maggio 2012, del 15 maggio 2012, del 22 maggio 2012, del 29 maggio 2012, del 14 giugno 2012, del 26 giugno 2012, del 3 luglio 2012, del 17 luglio 2012, del 25 luglio 2012, del 2 agosto 2012, del 18 settembre 2012, del 3 ottobre 2012 e conclusa nella seduta del 4 ottobre 2012

SULLA PATOLOGIA DIABETICA IN RAPPORTO AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ED ALLE CONNESSIONI CON LE MALATTIE NON TRASMISSIBILI

(Articolo 48, comma 6, del Regolamento)

Comunicato alla Presidenza il 9 ottobre 2012 SENATO DELLA REPUBBLICA XVI LEGISLATURA

www.Senato.it Igiene e sanità

Documento di 208 pagine che aveva i seguenti obiettivi:

- 1) Verificare le modalità con cui il Servizio sanitario nazionale attua piani di prevenzione, in particolare sugli stili di vita.
- 2) Fotografare se e come viene posta in essere la centralità delle persone con diabete durante le fasi della vita, dall'infanzia all'anzianità.
- 3) Mappare i servizi specialistici diabetologici, i servizi di diabetologia pediatrica, i servizi di diabetologia a livello ospedaliero e i centri di diabetologia dislocati su tutto il territorio nazionale, verificando i requisiti e le caratteristiche dei centri e la proporzione tra strutture specialistiche e popolazione di riferimento.
- 4) Verificare se, ed in che misura, esistono differenze sostanziali tra le diverse regioni in punto di erogazione dei presidi diagnostici e terapeutici.

5) Verificare se, ed in che misura, a livello regionale sono posti in essere interventi rivolti:

- * alla prevenzione e alla diagnosi precoce della malattia diabetica;
- * al miglioramento delle modalità di cura dei pazienti diabetici;
- * alla prevenzione delle complicanze;
- * ad agevolare l'inserimento dei diabetici nelle attività scolastiche, sportive e lavorative;
- * ad agevolare il reinserimento sociale dei cittadini colpiti da gravi complicanze post-diabetiche;
- * a migliorare l'educazione e la coscienza sociale generale per la profilassi della malattia diabetica;
- * a favorire l'educazione sanitaria del cittadino diabetico e della sua famiglia;
- * a provvedere alla preparazione e all'aggiornamento professionale del personale sanitario addetto ai servizi.

6) Esaminare come il sistema sanitario nazionale si fa carico delle complicanze connesse alla patologia diabetica.

7) Verificare la sostenibilità del sistema in termini di costi.

8) Verificare se ed in che modo è garantita l'innovazione tecnologica e farmacologica.

9) Verificare se ed in che modo viene garantita l'assistenza specialistica per le persone con diabete in ricovero ospedaliero.

Ma l'obiettivo finale dell'indagine è quello di illuminare, per l'avvenire, le scelte parlamentari e di Governo, evidenziando le maggiori criticità che, proprio perché tali, esigono un'attività di pronta risoluzione. Un dato è certo: il modello di cura deve diventare più efficace ed efficiente, per tentare di far fronte all'aumento del numero di diabetici che si verificherà nel corso dei prossimi anni e che solo in parte potrà essere arginato dalle, sia pur doverose ed importanti, campagne di prevenzione

Decreto del Ministero della Salute 9/12/2015.

Condizioni di erogabilità e indicazione di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili dal SSN.

G.U. Serie Generale n. 15 del 20/1/2016

www.gazzettaufficiale.it

Il **Decreto ministeriale 9 dicembre 2015**, che individua le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva per 203 prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 20 gennaio 2016. In particolare, le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva previste nel Decreto interessano: Odontoiatria, Genetica, Radiologia diagnostica, Esami di laboratorio, Dermatologia allergologica, Medicina nucleare.

Sono 3 gli allegati al Decreto: l'allegato 1 contiene le 203 prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale cui sono associate condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza prescrittiva;

l'allegato 2 riporta le patologie diagnosticabili con le prestazioni di genetica medica; le patologie e le condizioni per le quali è appropriata l'esecuzione di prestazioni di citogenetica; le patologie e le condizioni oncematologiche per le quali è indicata l'indagine genetica e/o citogenetica e le patologie e le condizioni per cui è appropriata l'esecuzione di prestazioni di immunogenetica;

l'allegato 3 contiene i criteri con cui sono state identificate le condizioni di erogabilità di odontoiatria.

Piano Nazionale Cronicità. 2016

Conferenza Stato Regioni. Documento che, nel contesto del Patto per la salute 2014-2016, disciplina le modalità di assistenza e tutela dei pazienti affetti da malattie croniche.

Regioni.it n2539 del 16/7/2014

www.salute.gov.it

www.regioni.it

I capisaldi del Piano per far fronte alle cronicità sono i seguenti:

- Integrazione dell'assistenza primaria, continuità assistenziale modulata sulla base dello stadio evolutivo della malattia, potenziamento cure domiciliari e attenzione ai bisogni globali dei pazienti, Piani di cura personalizzati e Chronic Care Model.

Questi alcuni dei capisaldi del "Piano Nazionale della Cronicità", documento che, in attuazione del Patto per la Salute 2014-2016, disciplina le modalità di assistenza e tutela del crescente numero di pazienti affetti da malattie croniche.

Il nodo risorse. Il Piano nazionale della cronicità nasce "dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività proponendo un documento condiviso con le Regioni che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individui un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza".

Il fine è "quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità della vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini". Un sistema in sostanza che si deve porre in modo integrato e proattivo (Chronic Care Model) e che sappia anche valutarsi per correggere eventuali errori di percorso.

Il documento si compone di due parti.

La prima recante gli indirizzi generali per la cronicità e la seconda contiene approfondimenti su patologie con caratteristiche e bisogni assistenziali specifici.

Nella **prima parte** vengono indicati la strategia complessiva e gli obiettivi di Piano, proposte alcune linee d'intervento ed evidenziati i risultati attesi, attraverso i quali migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei PDTA.

Nella **seconda parte** il Piano individua un primo elenco di patologie croniche (Malattie Renali croniche e Insufficienza Renale; Artrite Reumatoide e Artriti Croniche in età evolutiva; Malattia di Crohn e Rettocolite ulcerosa; Insufficienza Cardiaca Cronica; Malattia di Parkinson e Parkinsonismi; BPCO e Insufficienza Respiratoria Cronica in età evolutiva; Asma in età evolutiva; Malattie endocrine in età evolutiva; Malattie renali croniche in età evolutiva) e per ciascuna il Piano prevede: un sintetico inquadramento generale; un elenco delle principali criticità dell'assistenza; la definizione di obiettivi generali, specifici, la proposta di linee d'intervento, di risultati attesi e di alcuni indicatori di monitoraggio.

Invecchiamento e cronicità. Il fenomeno della cronicità ha una significativa portata nel Sistema sanitario ed è in progressiva crescita: si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie nei paesi avanzati sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche e che nel 2020 le stesse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo.

Un diverso modello integrato ospedale/territorio. Il Piano ribadisce come "l'ospedale va concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità che interagisca con la specialistica ambulatoriale e con l'assistenza primaria, attraverso nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multispecialistiche dedicate e 'dimissioni assistite' nel territorio finalizzate a ridurre il drop-out della rete assistenziale, causa frequente di riospedalizzazione a breve termine e di outcome negativi nei pazienti con cronicità".

Riorganizzazione attività dei medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS). Il MMG o PLS che ha preso in carico un paziente cronico dovrà tener conto delle diverse competenze specialistiche e professionali coinvolte nel processo di cura per il sovrapporsi di patologie diverse, di funzioni lese o compromesse o di problematiche socio-assistenziali, operando una sintesi adeguata alla specifica condizione clinica. In casi particolari in cui il paziente cronico sia direttamente in carico ad una struttura o a un servizio specialistico, in ragione della complessità clinica o socio-assistenziale, il PAI specialistica sarà definito dal medico che ha l'effettiva responsabilità della cura e condiviso con il MMG o PLS.

E strumenti principali della nuova rete sono proprio le famose Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse di Cure Primaria (UCCP) su cui com'è noto sono in atto le trattative per il rinnovo della convenzione.

In particolare, il Piano si pone poi l'obiettivo di influenzare la storia naturale di molte patologie croniche, non solo in termini di prevenzione, ma anche di miglioramento del percorso assistenziale della persona, riducendo il peso clinico, sociale ed economico della malattia. Tali obiettivi sono perseguibili e raggiungibili attraverso la prevenzione primaria, la diagnosi precoce, l'educazione e l'empowerment del paziente, nonché mediante la prevenzione delle complicanze, che spesso sono responsabili dello scadimento della qualità di vita della persona e che rappresentano le principali cause degli elevati costi economici e sociali delle malattie stesse.

Il Piano fornisce, quindi, indicazioni per favorire:

- il buon funzionamento delle reti assistenziali, con una forte integrazione tra l'assistenza primaria, centrata sul medico di medicina generale e le cure specialistiche;
- la continuità assistenziale, modulata sulla base dello stadio evolutivo e sul grado di complessità della patologia;
- l'ingresso quanto più precoce della persona con malattia cronica nel percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare;
- il potenziamento delle cure domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri, anche attraverso l'uso di tecnologie innovative di "tecnoassistenza";
- modelli assistenziali centrati sui bisogni "globali" del paziente e non solo clinici.

"Il Piano – si legge - segna una svolta importante nell'approccio alla malattia: la persona diviene il centro del sistema di cure, grazie alla costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici che la inseriscono in un piano di assistenza il più possibile personalizzato; il paziente quindi non è più utente "passivo" delle cure, ma collabora attivamente alla gestione della sua condizione, arrivando a definire con l'equipe un percorso di cura che gli consenta di convivere con il suo quadro patologico e di 'fare fronte' alla patologia".

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12/1/2017.

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30/12/1992, n. 502

G.U. Serie Generale n. 65 del 18/3/2017, Supplemento Ordinario n. 15

www.gazzettaufficiale.it

Il provvedimento, emanato sulla base dell'intesa sancita dalla Conferenza permanente Stato-Regioni nella seduta del 7 settembre 2016, si compone di 64 articoli e 18 allegati.

I livelli essenziali di assistenza riguardano la prevenzione collettiva e sanità pubblica, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera.

Per ciascuno degli ambiti sopra indicati il decreto e gli allegati individuano nel dettaglio i servizi e le prestazioni che rientrano nei LEA.

Vediamo più da vicino l'elenco delle attività e dei servizi:

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

In questo ambito il SSN garantisce, attraverso i propri servizi e avvalendosi di pediatri convenzionati, le seguenti attività:

- sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- salute animale e igiene urbana veterinaria;
- sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, e la sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- attività medico legali per finalità pubbliche.

Assistenza distrettuale

In questo ambito rientrano:

- assistenza sanitaria di base;

- emergenza sanitaria territoriale;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza integrativa;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- assistenza protesica;
- assistenza termale;
- assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
- assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

Assistenza sociosanitaria

Vi rientrano le seguenti attività:

- cure domiciliari;
- cure palliative domiciliari;
- assistenza sociosanitaria a minori, donne, coppie, famiglie;
- assistenza sociosanitaria a minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo;
- assistenza sociosanitaria a persone con disturbi mentali;
- assistenza sociosanitaria a persone con disabilità;
- assistenza sociosanitaria a persone con dipendenze patologiche;
- assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario;
- assistenza residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti;
- assistenza residenziale a persone nella fase terminale della vita;
- assistenza semiresidenziale e residenziale a minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo;
- assistenza semiresidenziale e residenziale a persone con disturbi mentali;
- assistenza semiresidenziale e residenziale a persone con disabilità
- assistenza semiresidenziale e residenziale a persone con dipendenze patologiche.

Assistenza ospedaliera

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera i nuovi Lea abbracciano le seguenti attività:

- pronto soccorso;
- ricovero ordinario per acuti;
- day surgery;
- day hospital;
- riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
- attività trasfusionali;
- attività di trapianto di cellule, organi e tessuti;
- centri antiveleni (CAV).

Assistenza specifica a particolari categorie

Nei LEA rientrano infine anche attività di **assistenza a particolari categorie di soggetti**:

- assistenza agli invalidi;
- persone affette da malattie rare;
- persone affette da malattie croniche e invalidanti;
- persone affette da fibrosi cistica;
- nefropatici cronici in trattamento dialitico;
- persone affette da Morbo di Hansen;
- persone con infezione da HIV/AIDS;
- persone detenute ed internate negli istituti penitenziari e minorenni sottoposti a provvedimento penale;
- assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità;
- persone con disturbi dello spettro autistico;
- assistenza sanitaria all'estero;
- cittadini di Stati non UE iscritti al Servizio sanitario nazionale;
- cittadini di Stati non UE non in regola con il permesso di soggiorno.

Con successivi accordi in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni, su proposta del Ministro della salute saranno fissati criteri uniformi per individuare i limiti e le modalità di erogazione delle prestazioni che il D.P.C.M. attribuisce alle regioni e province autonome.

I punti in cui viene citato il diabete mellito sono:

- 1) **ELENCO MALATTIE CRONICHE- CODICI DI ESENZIONE ED ELENCO PRESTAZIONI EROGABILI CON CODICE DI ESENZIONE PER DIABETE MELLITO ALLEGATO 8**
- 2) **PRESIDI PER DIABETE ALLEGATO 3**
- 3) **DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPOPRIATEZZA ALLEGATO 6A**
- 4) **PRESTAZIONI PER ASSISTENZA SPECIALISTICA LEA ALLEGATO 4**

ALLEGATO 8

ELENCO PRESTAZIONI EROGABILI CON CODICE DI ESENZIONE PER DIABETE MELLITO 013.250 e FREQUENZA

VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti (* **NOTA**)

90.04.5 ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) CON CADENZA ANNUALE O PIU' FREQUENTE CON VALORI PATOLOGICI E /O IN PRESENZA DI STEATOSI EPATICA.

90.09.2 ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) CON CADENZA ANNUALE O PIU' FREQUENTE CON VALORI PATOLOGICI E /O IN PRESENZA DI STEATOSI EPATICA.

90.11.1 C PEPTIDE

90.13.B COLESTEROLO LDL. Determinazione indiretta. Erogabile solo in associazione a Colesterolo HDL (90.14.1), Colesterolo totale (90.14.3) e Trigliceridi (90.43.2)

90.14.3 COLESTEROLO TOTALE

90.16.3 CREATININA. Non associabile a 90.16.4

90.27.1 GLUCOSIO

90.28.1 Hb - EMOGLOBINA GLICATA

90.33.4 ALBUMINURIA [MICROALBUMINURIA]

90.43.2 TRIGLICERIDI

90.44.3 URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario

90.94.2 ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma

91.48.4 PRELIEVO CITOLOGICO

91.48.5 PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO

91.49.1 PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE

91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

88.74.1 ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile con 88.75.1, 88.76.1 NON PIU' DI UNA VOLTA ALL'ANNO.

88.73.5 ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia a riposo o dopo prova fisica o farmacologica, Valutazione degli indici quantitativi e

semiquantitativi. NON PIU' DI UNA VOLTA ALL'ANNO

88.77.4 ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo.

93.08.A ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Includere tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2

93.08.B ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Includere tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2

93.08.2 ELETTROMIOGRAFIA DI UNA SINGOLA FIBRA. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B. Prescrivibile una sola volta sulla ricetta.

93.08.5 RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbo cavernoso, Riflessi esteroceettivi agli arti

93.09.1 VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo principale (fino a 6 segmenti)

93.09.2 VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo principale (fino a 4 segmenti)

93.56.4 BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO per linfedema

93.82.1 TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute

93.82.2 TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute

95.02 PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA

95.05 STUDIO DEL CAMPO VISIVO Campimetria, perimetria statica/cinetica, FDT

95.06 STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica

H 95.12 ANGIOGRAFIA CON FLUORESCEINA

95.26 TEST DI PROVOCAZIONE E CURVA TONOMETRICA PER GLAUCOMA

95.03.3 TOMOGRAFIA RETINICA (OCT) a luce coerente. Non associabile a 95.09.4

99.99.2 MONITORAGGIO DINAMICO DELLA GLICEMIA (HOLTER GLICEMICO). Incluso addestramento del paziente all'uso dell'apparecchio

14.34 FOTOCOAGULAZIONE LASER DELLA RETINA

89.52 ELETTROCARDIOGRAMMA

89.39.3 VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA

89.59.1 TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA Escluso: HEAD UP TILT TEST

86.01 ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma

86.23 RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE

96.59.1 MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE di ferita con estensione < 10 cm² e/o superficiale. Incluso: anestesia locale per contatto e detersione. Fino a sedici medicazioni per ferita.

05.31 INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore, Blocco del Ganglio celiaco, Blocco del Ganglio stellato, Blocco del simpatico lombare. Incluso il farmaco

NEL DMT1, in gravidanza, diabete pregestazionale, diabete gestazionale, in aggiunta

90.41.8 TIREOTROPINA [TSH] TEST REFLEX. Se TSH > 0.45 m U /L e < 3.5 mU/L: referto del solo TSH; Se TSH < 0.45 m U/L o > 3.5 mU/L: esecuzione automatica di FT4; Se FT4 > 3.5, referto di TSH + FT4; Se FT4 < 3.5, esecuzione automatica di FT3 e referto di TSH + FT4 + FT3. Non associabile a: TSH, FT3, FT4. Salvo range o cut-off più restrittivi definiti a livello regionale *

***NOTA:** il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica

ALLEGATO 3 PRESIDI PER PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIA DIABETICA

DESCRIZIONE	Codice
Strisce reattive per la determinazione del glucosio e dei corpi chetonici nelle urine	
Strisce reattive per determinazione glicosuria	W0101060201
Strisce reattive per determinazione corpi chetonici	W0101060201
Strisce reattive per determinazione glicosuria + corpi chetonici	W0101060202
Strisce reattive per la determinazione della glicemia nel sangue	
Strisce reattive per determinazione glicemia	W0101060101
Strisce reattive per la determinazione della chetonemia	
Strisce reattive per determinazione chetonemia	W0101060199
Comprese reattive	
Comprese reattive per determinazione glicosuria	W0101060201
Comprese reattive per determinazione corpi chetonici	W0101060201
Lancette pungidito	
Lancette pungidito	V0104
Minilancette pungidito	V0104
Penna pungidito	
Penna pungidito	V9009
Siringhe	
Siringa insulina monouso senza spazio morto 100 U.I.	A020199
Siringa insulina monouso senza spazio morto con ago 30 G 100 U.I.	A020199
Aghi	
Ago a farfalla per microinfusori	A010102
Ago per penna da insulina 12,7	A010101
Ago per penna da insulina 8	A010101
Ago per penna da insulina 6	A010101
Ago per penna da insulina 10	A010101
Apparecchi per la misurazione della glicemia	
Apparecchio per la misurazione della glicemia	W0201060102 Z12040115
Microinfusori per la somministrazione programmata dell'insulina	
Microinfusori	Z1204021601
Set per la somministrazione dell'insulina con il microinfusore	A030401

ALLEGATO 6 A ELENCO DRG AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA IN REGIME DI DEGENZA ORDINARIA

Codice Descrizione DRG

294 DIABETE età >35 (eccetto urgenze)

295 DIABETE ETA` < 36

ALLEGATO 4 SPECIALISTICA AMBULATORIALE-NOMENCLATORE CON BRANCHE (ENDOCRINOLOGIA)

06.01 AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA NELLA REGIONE TIROIDEA

06.01.1 AGOASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA

06.11.2 BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE

06.98.1 ALCOLIZZAZIONE ECOGUIDATA DEI NODULI TIROIDEI

62.11 AGOASPIRATO GONADE MASCHILE

H

86.04 INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO - Incluso: incisione di ascesso, favo o flemmone. Escluso: Drenaggio di compartimento fasciale del viso e bocca, spazio palmare o tenere, cisti o seno pilonidale (86.03)

88.71.4 DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroide, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari Incluso: eventuale ecocolordoppler delle ghiandole salivari e della tiroide Escluso: Ecocolordoppler delle paratiroidi (88.73.7)

88.77.4 ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo. La prestazione include la valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi.

88.77.6 ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo. La prestazione include la valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi.

88.78.1 MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO. Non associabile a: Ecografia dell'addome inferiore **88.75.1** Ecografia dell'addome completo 88.76.1. Minimo 4 sedute

88.79.6 ECOGRAFIA SCROTALE. Incluso testicoli e annessi testicolari. Incluso eventuale integrazione colordoppler

88.99.5 DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI

89.01.8 VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA DI CONTROLLO.

89.39.3 VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA

89.59.1 TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA Escluso: HEAD UP TILT TEST (89.59.2)

89.61.1 MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA

89.65.4 MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 e CO2

89.7A.8 PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA. Incluso: eventuale applicazione di microinfusore sottocute.

90.11.2 C PEPTIDE: dosaggio basale e dopo 6' dalla somministrazione e.v. di glucagone

93.07.1 BIOIMPEDENZIOMETRIA, PLICOMETRIA, VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE E PROGRAMMA DIETETICO

93.82.1 TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO/OBESO Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)

93.82.2 TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO/OBESO Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)

99.99.2 MONITORAGGIO DINAMICO DELLA GLICEMIA (HOLTER GLICEMICO). Incluso addestramento del paziente all'uso dell'apparecchio.

PARTE II

LEGGI E DISPOSIZIONI ATTUATIVE REGIONE CAMPANIA

INTRODUZIONE

Le regioni a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione nel 2001 diventavano a pieno titolo competenti della sanità pubblica, ma anche se l'art 5 della Legge 115/87 stabiliva "criteri di uniformità validi su tutto il territorio nazionale relativamente a strutture e parametri organizzativi dei servizi diabetologici" attualmente sono evidenti diverse modalità di applicazione della legge madre nelle diverse realtà regionali .

La Regione Campania ha prodotto molteplici leggi regionali e decreti in osservanza alla Legge 115.

Il contenuto del presente opuscolo viene presentato in ordine alfabetico-tematico con qualche commento che dovrebbe servire come spunto di discussione.

Sito web di riferimento: <http://burc.regione.campania.it/eBurcWeb/publicContent/home/index.iface>

INDICE PARTE II

	pag
ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE SANITARIO	24
CATALOGO REGIONALE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI	24
COMMISSIONE REGIONALE	26
EDUCAZIONE E TERAPIA EDUCAZIONALE	27
EDUCAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	27
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E GESTIONE INTEGRATA	28
PEDIATRIA, TRANSIZIONE, SCUOLA	34
PIEDE DIABETICO	35
PRESCRIZIONE DEI PRESIDI DIAGNOSTICO -TERAPEUTICI	35
RAZIONALIZZAZIONE E CONTENIMENTO DELLA SPESA SSR	37
SPESA FARMACEUTICA	42
CONCLUSIONI	43
APPENDICE A. GLOSSARIO	44
APPENDICE A. RAPPRESENTAZIONE GERARCHICA DELLA NORMATIVA (LEGGI) E DELLE DISPOSIZIONI ATTUATIVE	46
APPENDICE B. ANALISI SWOT DEFINIZIONE.	48
APPENDICE B. ANALISI SWOT DEL VADEMECUM	49
APPENDICE B. ANALISI SWOT DELLA LEGGE 115/87	50
APPENDICE B. ANALISI SWOT DELLA LEGGE REGIONALE 9/2009 E DEL DGRC 1168/2005	51
RINGRAZIAMENTI	53

ALLEGATO : SCHEDA ST6

**REGOLAMENTO RECANTE LA DEFINIZIONE DEI REQUISITI ULTERIORI E LEPROCEDURE PER
L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DEI SOGGETTI PUBBLICI E PRIVATI CHE EROGANO ATTIVITÀ DI
ASSISTENZA SPECIALISTICA IN REGIME AMBULATORIALE, IN REGIME DI RICOVERO ED IN REGIME
RESIDENZIALE”**

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE SANITARIO

Decreto commissario ad acta n 19 del del 7/3/2012

Accreditamento Istituzionale definitivo ai sensi della L.R. 23 del 14 dicembre 2011 – Modifiche alla L.R. del 15 marzo 2011, n. 4 (disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011-2013 della Regione Campania – legge Finanziaria Regionale 2011) – Modalità attuative”.

BURC 16 del 12/3/2012

L'accreditamento istituzionale ha come obiettivo la regolazione dell'ingresso nel mercato sanitario dei soggetti che intendano erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale, attivando un processo permanente di promozione e miglioramento della qualità dei servizi sanitari e sociosanitari in base a quanto stabilito dal D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e dal D. Lgs. 19 giugno 1999 n. 229. Le diverse fasi concernono l'autorizzazione delle strutture sanitarie alla realizzazione ed all'esercizio, l'accreditamento istituzionale, la stipula degli accordi contrattuali, l'attivazione di un sistema di monitoraggio e controllo sul mantenimento dei requisiti, sulla qualità dell'assistenza e sull'adeguatezza delle prestazioni rese, nonché sul rispetto degli accordi contrattuali.

Tale decreto ha fissato le modalità attuative per accedere allo status di accreditamento definitivo.

Il primo passo è consistito nella presentazione dell'istanza, attraverso la piattaforma web messa a disposizione da So.Re.Sa, in cui i legali rappresentanti delle strutture sanitarie interessate hanno auto-certificato il possesso dei requisiti stabiliti da:

- Deliberazioni della Giunta Regionale della Campania n. 3958 del 7 agosto 2001 e n. 7301 del 31 dicembre 2001: *'Definizione dei requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione alla realizzazione e dell'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie delle strutture pubbliche e private e approvazione delle procedure di autorizzazione'*
- Regolamento n. 3 del 31 Luglio 2006: *"Regolamento recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure dell'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica di emodialisi e di riabilitazione ambulatoriale"*
- Regolamento n. 1 del 22 Giugno 2007: *"Regolamento recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ed in regime residenziale"*

CATALOGO REGIONALE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

DGRC n 491 del 19/4/2006

Modifiche ed integrazioni alla deliberazione della Giunta regionale n. 377 del 3/2/1998 avente ad oggetto: Nomenclatore Tariffario . Approvazione linee guida .

BURC n. 22 del 15/5/2006

Il Nuovo Tariffario Regionale prevede l'erogazione di n. 4 prestazioni/ora per gli ambulatori di Diabetologia e Malattie del Ricambio. Viene inserita la modalità di calcolo della Capacità Operativa Massima (COM). In via temporanea con questa deliberazione vengono ancora confermate le circolari assessorili precedenti ai fini del calcolo delle COM.

Decreto commissario ad acta n. 32 del 27/3/2013

Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012 in materia di criteri e tariffe dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza specialistica ambulatoriale – Determinazioni – Rif. punto r) delibera del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010

BURC n. 18 del 02/04/2013

Questo decreto stabilisce una serie di misure tra le quali di recepire le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale, stabilite negli allegati 1, 2 e 3 del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 18 ottobre 2012, pubblicato sulla G.U. n. 23 del 28 gennaio 2013 – Supplemento Ordinario n. 8, stabilisce, inoltre, che le tariffe già vigenti in regione Campania, vengano sostituite dalle corrispondenti tariffe indicate nel decreto ministeriale.

DGRC n 431 del 24/9/2015.

Approvazione del Catalogo Regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

BURC n. 57 del 24/9/2015

Questa delibera approva il documento denominato "Catalogo Regionale" delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, contenuti in due Allegati fissandone l'adozione a partire dal 1/1/2016 anche mediante ricetta dematerializzata. Pertanto, il Medico prescrittore dovrà riportare, all'atto della prescrizione, il nuovo codice della prestazione e la relativa descrizione riportata nel Catalogo Regionale; obbliga le strutture di erogazione pubbliche e private, a decorrere dal 1° gennaio 2016, di riportare, per le prestazioni erogate, nei relativi flussi informativi C e XML (comma 5, art. 50 della legge 326/2003) i nuovi codici riportati nell'allegato 1, inoltre conferma le tariffe già in vigore.

Decreto dirigenziale n. 21 del 9/6/2017

DGRC n. 431 del 24/9/2015: Revisione del Catalogo Regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Versione 2

BURC n. 47 del 12/6/2017

In questo catalogo vengono ricodificate le prestazioni in funzione della procedura di dematerializzazione delle ricette e la necessità di trasmettere i dati al Sistema Tessera Sanitaria

Decreto Dirigenziale n. 81 del 19/07/2017

D.G.R.C. n. 431 del 24 settembre 2015: revisione del catalogo regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali- Versione 2.1

BURC n. 58 del 24/07/2017

Questo decreto chiarisce le modalità di prescrizione per la ricetta dematerializzata relative ai PACC con i relativi codici, integra e modifica il Catalogo di cui al D.G.R.C. n°431 del 24 settembre 2015 modifica l'allegato 3 rendendo corrispondente i codici del Nomenclatore e del Catalogo regionale", impegna le Aziende Sanitarie, i MMG e i PLS e gli Erogatori di prestazioni di Specialistica ambulatoriale all'aggiornamento dei propri sistemi informatici, con l'adozione del Catalogo regionale vers.2.1 entro il 31 agosto 2017

COMMISSIONE REGIONALE

DGR n. 3441 del 12/7/2002

Costituzione Comitato Tecnico - Consultivo per le attività connesse alla diabetologia pediatrica.

BURC n. 40 del 26/8/2002

Questa delibera istituisce il Comitato Tecnico Consultivo per le attività connesse alla diabetologia pediatrica di supporto al Settore Assistenza e Prevenzione Sanitaria - Servizio Materno, Infantile per tutte le attività connesse alla diabetologia pediatrica, in particolare con i seguenti compiti:

- a) predisporre le Linee Guida Regionali di Diabetologia Pediatrica;
- b) definire un protocollo assistenziale che preveda il momento della prevenzione, della diagnosi e della cura;
- c) predisporre una rete informativa per la popolazione a rischio;
- d) predisporre la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario e parasanitario interessato al problema.

Il Comitato è costituito da:

l'Assessore regionale alla Sanità o suo delegato con funzioni di Presidente; il Dirigente del Settore Assistenza Sanitaria; il Dirigente del Servizio Materno - Infantile regionale; n. 1 funzionario del Servizio Materno - Infantile regionale che svolga anche funzioni di segretario; n. 1 funzionario dell'ARSAN; n. 2 pediatri diabetologici dei Centri di Riferimento Regionali di Diabetologia Pediatrica previsti dalla L.R. 2/98 presso l'A.U.P. Il Università e l'A.U.P. Federico II; n. 1 pediatra diabetologo esperto di diabete neonatale; n. 1 dietologo; n. 1 cardiologo; n. 1 oculista; n. 1 nefrologo; n. 1 rappresentante dell'Associazione Giovani Diabetici.

Il Comitato si può avvalere della collaborazione di esperti. La partecipazione al Comitato è a titolo gratuito.

Le nomine sono fatte con atto monocratico del Presidente della Giunta Regionale, su proposta dell'Assessore alla Sanità.

DGR n. 2453 del 01/8/2003

Commissione Regionale di Coordinamento delle attività di prevenzione e di assistenza del diabete mellito in età adulta.

BURC n. 42 del 22/9/2003

Questa delibera della Giunta Regionale istituiva la Commissione Regionale di Coordinamento delle attività di prevenzione e di assistenza del diabete mellito in età adulta alla luce della L. 115/87, dell'accordo scaturito dalla Conferenza Stato - Regioni del 30/07/1991, della L.R. 10/2002 "Piano Sanitario Regionale", dell'Ordinanza Assessorile n.4 del 06/06/1988, e successive integrazioni.

Essa è formata da:

l'Assessore alla Sanità o suo delegato quale Presidente; il Dirigente del Settore Assistenza Sanitaria; il Dirigente del Servizio Medicina Sociale; un rappresentante dell'ARSAN; due diabetologi delle AA. UU.PP.; un diabetologo delle AA. OO. SS.; un diabetologo delle AA. SS. LL.; un cardiologo; un oculista; un nefrologo un rappresentante della Società Italiana di Diabetologia (SID); un rappresentante della Società Italiana Medici Diabetologi Ospedalieri (SIMDO); un rappresentante delle Associazioni dei diabetici; un funzionario del Settore assistenza sanitaria con funzioni di Segretario nonché da eventuali esperti che la Commissione stessa riterrà di dover interpellare.

La commissione è un organo di consultazione per le attività di prevenzione e di assistenza del diabete mellito in età adulta.

Decreto dell'Assessore alla Sanità n. 44 del 5/3/2010.

Costituzione della Commissione Diabetologica regionale. L.R. 9/2009

BURC n. 20 del 8/3/2010

Alla luce della L.R. 9/2009 riprende vita la Commissione Regionale ma con alterne vicende in quanto scollegata dalla realtà assistenziale, per quanto ben rappresentata nelle sue componenti.

EDUCAZIONE E TERAPIA EDUCAZIONALE

DGRC n. 1277 del 7/10/2005

Proroga del Progetto a scopi educativi-riabilitativi per pazienti affetti diabete di tipo 1

BURC n. 55 del 31/10/2005

Questo DGR destina delle risorse finanziarie ai campi scuola per i giovani diabetici, ma si tratta di un finanziamento a tempo determinato, mentre questa forma educativa dovrebbe essere attuata costantemente.

Legge regionale n. 9/2009.

Disposizioni in attuazione della legge 115/87 relativa alla Prevenzione e alla Cura del Diabete Mellito

BURC n. 48 del 3/8/2009

Educazione sanitaria (Art 13)

1. L'assessorato alla sanità, unitamente agli assessorati alle politiche sociali e all'istruzione, promuove e realizza programmi di educazione sanitaria relativi al diabete.
2. Stabilisce a livello regionale le linee di coordinamento e di indirizzo e tiene conto delle linee guida per l'assistenza ai pazienti diabetici in età pediatrica e adulti, della programmazione complessiva e della strutturazione temporale ed economico-gestionale. I centri regionali di riferimento e le ASL provvedono all'attuazione di corsi tendenti all'autocontrollo della malattia, utilizzando specialisti in diabetologia, endocrinologia o in discipline affini o equipollenti con il prevalente ausilio delle associazioni di volontariato regolarmente iscritte.

COMMENTO : *molte parole, poca pratica*

EDUCAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

DGRC n. 501 del 1/8/2017

Approvazione atto di indirizzo per le attività di educazione e promozione della salute nelle AA.SS.LL. della regione Campania.

BURC n. 62 del 7.8.2017

Questa delibera stabilisce:

1. di approvare l'allegato "Atto di Indirizzo per le Attività di Educazione e Promozione della Salute nelle AA.SS.LL. della Regione Campania"
2. che le Aziende Sanitarie, entro 30 giorni dall'approvazione della presente deliberazione, recepiscano con proprio atto deliberativo l'Atto di Indirizzo;
3. di demandare ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. ogni adempimento necessario per la messa a punto del sistema secondo l'articolazione prevista nel paragrafo 5. LA GOVERNANCE AZIENDALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE dell'allegato documento;
4. di disporre, altresì, che le AA.SS.LL. provvedano al censimento delle attività di educazione e promozione della salute in essere per tema/target/setting e ne valutino la loro congruenza rispetto al documento del Gruppo di studio regionale, al fine degli eventuali adempimenti di competenza;

COMMENTO: documento molto dettagliato, ma trattandosi di tematiche che solo a lungo termine possono dare risultati su una popolazione occorrono degli indicatori non solo degli interventi ma sui risultati attesi nella popolazione (ad esempio riduzione della prevalenza dei soggetti obesi nella popolazione in età scolare ecc..., di quale percentuale a distanza di quanto tempo, ecc....) ed inoltre non viene indicata quale indagine statistica si intende utilizzare per analizzare i dati.

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E GESTIONE INTEGRATA

DGRC n 4989 del 26/6/1996

Prestazioni diabetologiche riguardanti la prevenzione e la diagnosi precoce delle complicanze del diabete mellito. Legge 115/87. Recepimento allegata circolare.

BURC n 35 del 21/7/1997

La delibera contiene istruzioni attuative per le strutture diabetologiche pubbliche e strutture private temporaneamente accreditate relative alle prestazioni diabetologiche al fine di semplificare il lavoro degli operatori del Settore e di migliorare l'accesso del paziente diabetico alle strutture diabetologiche

DGRC n 9873 del 10/4/2000.

Centri erogatori di prestazioni di diabetologia.

BURC n 2 del 11/1/2002

La delibera della Giunta Regionale definisce il "Centro", le finalità, gli spazi e le relative dotazioni organiche. Definisce anche la produttività assistenziale massima, stabilisce gli spazi minimi. Il centro viene definito come struttura sanitaria autonoma che dispone di idonei locali ed è gestito da personale qualificato a svolgere i compiti e le finalità del centro che sono: prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito e delle sue complicanze acute e croniche (oculari, renali, cardiovascolari, neuropatiche) e che provvede all'addestramento, istruzione, educazione della persona con diabete in modo da risolvere i problemi che la malattia gli pone in ambito lavorativo, scolastico, familiare, ambientale ed esistenziale.

DGRC n. 37 del 16/1/2004.

Linee Guida Regionali per l'assistenza al diabete in età pediatrica.

BURC n. 8 del 23/2/2004

Con la legge 115/87 si ribadiva l'esigenza di affidare la gestione del diabete in età pediatrica a Centri di Riferimento Regionale di elevata specializzazione.

Emerge quindi dalla legislazione che:

- La gestione del diabete in età evolutiva spetta a specialisti in Pediatria di provata e prolungata esperienza specifica;
- I Centri Regionali hanno il compito di coordinare l'assistenza sul territorio, onde garantire l'omogeneità dell'approccio diagnostico e terapeutico al più alto livello di aggiornamento.

Nella Regione Campania sono istituiti due Centri di Riferimento per la Diabetologia Pediatrica (Legge Regionale n.2 del 26/2/98, B.U.R.C. 10 marzo 98) presso il Dipartimento di Pediatria della Seconda Università di Napoli ed il Dipartimento di Pediatria dell'Università Federico II.

DGRC n. 1168 del 16/9/2005.

Linee guida di indirizzo per l'organizzazione delle attività diabetologiche e percorso assistenziale per il paziente diabetico.

BURC n. 58 del 9/11/2005

La Delibera della Giunta Regionale contiene Le linee guida prodotte dalla Commissione Diabetologica per la organizzazione delle attività diabetologiche, analizza i percorsi diagnostico-terapeutici per i pazienti diabetici classificati in base alla eziologia (tipo1, tipo2, diabete in gravidanza) ed in rapporto alla loro complessità clinica (con o senza complicanze). Sono anche definiti i bacini di utenza e le dotazioni organiche, gli indicatori di monitoraggio, sono anche comprese le indicazioni alla degenza in regime di ricovero.

COMMENTO : nel documento non vengono mai evidenziati gli aspetti economico-finanziari

Legge regionale n. 9/2009.

Disposizioni in attuazione della legge 115/87 relativa alla Prevenzione e alla Cura del Diabete Mellito

BURC n. 48 del 3/8/2009

Comprende gli atti precedenti normativi e regolamentari.

L'organizzazione del modello assistenziale è basato:

- sulla prevenzione primaria e secondaria del diabete mellito
- sulla prevenzione e cura delle complicanze
- sulla prevenzione e cura dell'obesità
- sulla formazione/educazione

-sul riconoscimento del terzo settore e delle associazioni di volontariato

Essa prevede inoltre la istituzione della Commissione Regionale, identifica i LEA regionali per le persone con diabete mellito in età pediatrica ed in età adulta, la Rete dei Centri Diabetologici Territoriali e di quelli accreditati. Fa riferimento anche al monitoraggio di alcuni indicatori come le amputazioni e la dialisi dei pazienti con diabete mellito

L'osservatorio epidemiologico è incaricato di realizzare un registro della patologia.

COMMENTO: non entra nel merito delle modalità attuative e non affronta l'aspetto economico finanziario spiegando che si tratta di una riorganizzazione di prestazioni già rese.

DGRC n 642/2009 del 3/4/2009.

Prestazioni specialistiche diabetologiche e Circolare applicativa della delibera 642/2009 n. 2177 del 3/6/2009.

BURC n. 24 del 20/4/2009

Con questa deliberazione veniva richiamato il DM 329/99 (Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124. (GU Serie Generale n.226 del 25-09-1999 - Suppl. Ordinario n. 174), il Nomenclatore di cui al DGR n. 481 del 19/4/2006) definendo meglio le prestazioni ed i tempi di erogabilità differenziando percorsi diagnostico terapeutici per follow-up del paziente diabetico tipo 2 privo di complicanze d'organo e del paziente diabetico tipo 1 nonché del paziente diabetico tipo 2 con complicanze d'organo (come da DGRC 1168 /2005).

Decreto del Commissario ad Acta n 87 del 24/7/2013.

Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale . Art 9: Disease Management diabete mellito.

BURC n. 46 del 22/8/2013

L'accordo prevede la costruzione di percorsi diagnostico terapeutici, nella logica del Disease Management , allo scopo di ottenere come obiettivo finale la riduzione della mortalità e del manifestarsi delle complicanze del diabete, la gestione integrata della patologia diabetica realizza quanto individuato dal Piano Sanitario

Regionale, compresi contenuti del DGRC 1168 del 16/9/2005, dal Piano di Prevenzione Regionale 2010-2012 ed è in linea con gli obiettivi del Piano Nazionale Diabete. Tale modello assistenziale, si specifica nell'accordo, essere l'unica modalità assistenziale perseguita in Regione Campania relativamente alla patologia diabetica.

L'accordo prevede collaborazione con le strutture territoriali di Diabetologia, in quanto il MMG è parte del team diabetologico, sono inoltre previste riunioni dei componenti del team a carattere di audit per la discussione e la risoluzione di eventuali problematiche emergenti nel corso dell'assistenza e la discussione e confronto su particolari casi clinici.

Le ASL hanno il compito di promuovere integrazione tra i medici di MG, i servizi diabetologici territoriali e la struttura specialistica ospedaliera, al fine di attuare e migliorare i percorsi diagnostico-terapeutici, tenendo conto delle problematiche specifiche e delle risorse del territorio.

Nell'accordo sono ben definiti i compiti, gli obiettivi, gli indicatori e l'aspetto economico.

COMMENTO: *E' mancato successivamente un atto ufficiale di impegno nel coinvolgimento delle strutture territoriali diabetologiche. Ne' fino ad oggi risultano pubblicati dati di quanto presentato dai MMG circa il raggiungimento degli obiettivi vista l'esperienza degli ultimi tre anni e se questi dati sono indicativi di un futuro miglioramento degli outcomes finali come indicato anche negli obiettivi del Piano della Malattia Diabetica recepito dalla regione Campania.*

Decreto del Commissario ad Acta n 26 del 3/6/2014.

Recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 6/12/2012 relativo al "Piano per la Malattia Diabetica" BURC n. 39 del 9/6/2014

PIANO ATTUATIVO REGIONALE

Il Piano Nazionale sulla malattia diabetica, approvato con Accordo alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, il 6 dicembre 2012, è il primo Piano Nazionale. Nasce dall'esigenza di sistematizzare a livello nazionale tutte le attività nel campo della malattia diabetica al fine di rendere più omogeneo il processo diagnostico-terapeutico.

Il Piano nazionale individua 10 obiettivi e relative strategie generali, focalizzando l'attenzione su alcune aree principali al fine di ridurre l'impatto della malattia sulle persone con diabete o a rischio di diabete, sulla popolazione e sul SSN.

L'attuazione del Piano Nazionale prevede il raggiungimento di dieci obiettivi generali realizzati a livello regionale, ciascuno dei quali dovrà essere realizzato attraverso il raggiungimento di obiettivi specifici a livello delle singole AA.SS.LL, AA.OO. e AA.OO.UU.PP.

OBIETTIVO 1:

"Migliorare la capacità del SSN nell'erogare e monitorare i Servizi, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e che utilizzino metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza delle prestazioni erogate"

Indicatori:

- N. CAD che hanno attivato la rete assistenziale/tot. CAD/anno
- N. pz in PDTA/tot PZ seguiti/CAD/ANNO
- N. Strutture di III livello individuate nel PDTA diabete
- N. di MMG aderenti alla Gestione Integrata del Diabete/ASL/anno
- N. amputazioni Piede Diabetico/anno distinte per amputazioni maggiori e minori.

OBIETTIVO 2

"Identificare precocemente le persone a rischio e quelle con diabete; favorire adeguate politiche di intersettorialità per la popolazione generale a rischio e per le persone con diabete"

Indicatori:

- N. di nuovi casi di diabete diagnosticati/anno/ASL;
- N. di soggetti reclutati alla Gestione Integrata (art.9 decreto 87/2013).

OBIETTIVO 3

"Aumentare le conoscenze circa la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e l'assistenza, conseguendo, attraverso il sostegno alla ricerca, progressi di cura, riducendo le complicanze e la morte prematura"

Indicatori:

- N. deceduti per diabete /ASL/anno
- N. di group care di educazione terapeutica strutturata /ASL/anno
- N. eventi formativi per gli operatori /ASL/anno.

OBIETTIVO 4

"Rendere omogenea l'assistenza, prestando particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio-sanitaria sia per le persone a rischio che per quelle con diabete"

Indicatori:

- N. soggetti diabetici assistiti in assistenza domiciliare integrata/ASL/anno.

OBIETTIVO 5

"Nelle donne diabetiche in gravidanza raggiungere outcome materni e del bambino equivalenti a quelli delle donne non diabetiche; promuovere iniziative finalizzate alla diagnosi precoce nelle donne a rischio; assicurare la diagnosi e l'assistenza alle donne con diabete gestazionale".

Indicatori:

- N. CAD con percorsi specifici integrati dedicati alla gravida con diabete / totale CAD /ASL.

OBIETTIVO 6

"Migliorare la qualità di vita e della cura e la piena integrazione sociale per le persone con diabete in età evolutiva anche attraverso strategie di coinvolgimento familiare"

Indicatori:

- N. CAD con percorsi specifici integrati per diabete in età evolutiva / ASL/anno.

OBIETTIVO 7

"Organizzare e realizzare le attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione e al miglioramento dell'assistenza, per una gestione efficace ed efficiente della malattia"

Indicatori:

- N. di dimissioni per diabete/ASL/Anno
- Attuazione del Registro di Patologia Diabetica.

OBIETTIVO 8

"Aumentare e diffondere le competenze tra gli operatori della rete assistenziale favorendo lo scambio continuo di informazioni per una gestione efficace ed efficiente, centrata sulla persona"

Indicatori:

- Realizzazione della rete informatizzata per la Gestione Integrata /ASL.

OBIETTIVO 9

"Promuovere l'appropriatezza nell'uso delle tecnologie"

Indicatori:

- N. interventi di telemedicina per pz diabetici realizzati/ASL
- N. Centri specializzati per Microinfusori/ ASL o AAOO o AOUP/anno.

OBIETTIVO 10

"Favorire varie forme di partecipazione, in particolare attraverso il coinvolgimento di Associazioni"

di persone con diabete 2 rappresentative a livello regionale, sviluppando l' empowerment delle persone con diabete e delle comunità"

Indicatori:

- N. di associazioni di pazienti diabetici coinvolte per ASL.

COMMENTO: *Tutti questi obiettivi risultano realizzati in modo parcellare e tutt'ora non si intravede lo svolgimento di essi in modo sistematico ed armonico con il coinvolgimento degli operatori attivi nell'ambito diabetologico, né i mezzi a disposizione ed il personale dedicato risultano coerenti con quanto descritto, basti pensare alla carenza di personale e alla diversa organizzazione nelle ASL e alle tante leggi disattese in tal senso.*

Decreto del Commissario ad Acta n. 84 del 27.07.2016

DCA n. 35/2016 e Deliberazione di Giunta Regionale n. 330/2016. Determinazioni.

BURC n. 54 del 8/8/2016

Questo DCA è la presa d'atto del DGRC n. 330/2016 e la revoca del DCA n. 35 del 30/05/2016

DGRC n 330 del 6/7/2016

DGRC n 1168 del 16/9/2005. Ulteriori determinazioni .

BURC n. 45 del 7/7/2016

In questa delibera viene ripresa il concetto di fabbisogno di centri diabetologici in base al numero di abitanti come già stabilito dal DGRC 1168/2005 e si stabilisce di applicare per la determinazione del fabbisogno di Centri Diabetologici per il secondo livello assistenziale pubblici e privati per l'assistenza al paziente diabetico lo standard di 1 Centro ogni 100.000 abitanti; di determinare nel numero di 59 il fabbisogno di Centri Diabetologici pubblici e privati per il secondo livello assistenziale della Regione Campania con la seguente distribuzione territoriale:

ASL di Avellino 427.936 abitanti n. 4 centri

ASL di Benevento 282.321 abitanti n. 3 centri

ASL di Caserta 924.614 abitanti n. 9 centri

ASL Napoli 1 centro 992.614 abitanti n. 10 centri

ASL Napoli 2 nord 1.052.107 abitanti n.11 centri

ASL Napoli 3 sud 1.073.493 abitanti n. 11 centri

ASL Salerno 1.108.509 abitanti n. 11 centri

Si stabiliva inoltre di definire la quota relativa al fabbisogno pubblico e privato, sulla base di una ricognizione delle strutture pubbliche ambulatoriali esistenti, programmate o da programmare di secondo livello assistenziale e di quelle private tenendo conto, per queste ultime, dei provvedimenti già adottati dai Direttori Generali delle ASL e trasmessi alla Regione Campania relativi alle suddette strutture accreditabili per le attività indicate; di completare, laddove si evidenziassero carenze nel fabbisogno così definito, il processo di accreditamento delle strutture private ambulatoriali di diabetologia di secondo livello ai sensi di quanto disposto dall'art. 1, comma 237-quater della L.R. n. 4/2011 e s.m.i. con il quale è stabilito che, in relazione all'accREDITAMENTO istituzionale definitivo, il fabbisogno va soddisfatto prioritariamente attraverso l'accREDITAMENTO delle strutture private transitoriamente accreditate da intendersi provvisoriamente accreditate alla data del 1/1/2007.

COMMENTO: *Quanto esposto lascia riflettere sul fatto che le ASL non si sono mai precedentemente preoccupate nel rispetto delle leggi vigenti di "accreditare" le "proprie" strutture che nel contesto del documento fanno da "cenerentola" lasciando intravedere una palese differenza organizzativa e pertanto produttiva.*

Decreto del Commissario ad Acta n. 35 del 30/5/2016.

Assistenza Territoriale pazienti diabetici. Fabbisogno centri di diabetologia

BURC n. 54 del 8/8/2016

In questo DCA viene ripartito il fabbisogno pubblico/privato come stabilito dal DGRC n 330 del 6/7/2016

ASL	Popolazione 2015	Standard 1/100.000 Fabbisogno	Pubblici Esistenti	Pubblici programmati	Privati già esistenti	Totale esistenti e programmati	Fabbisogno pubblico o privato
Avellino	427936	4	0	1	2	3	1
Benevento	282321	3	0	1	1	2	1
Caserta	924614	9	0	2	3	5	4
Napoli 1 Centro	992614	10	6	0	8	14	-4
Napoli 2 Nord	1052107	11	0	2	0	2	9
Napoli 3 sud	1073493	11	0	3	4	7	4
Salerno	1108509	11	1	2	5	18	3
Campania	5861529	59	7	11	23	41	18

Decreto del Commissario ad Acta n. 51 del 7/11/2017.

Rete regionale Centri assistenza diabetologia II livello

BURC n. 84 del 20/11/2017

Questo DCA approva la rete delle strutture pubbliche per l'assistenza diabetologia di II livello ed il fabbisogno di strutture private per ciascuna Azienda Sanitaria Locale.

RETE REGIONALE DEI CENTRI DIABETOLOGICI DI II LIVELLO ELENCO DELLE STRUTTURE DI DIABETOLOGIA

ASL	FABBISOGNO come da DGRC 330/2016 n. 1 centro/100000 abitanti	Numero	CENTRI PUBBLICI	FABBISOGNO CENTRI PRIVATI
AVELLINO	4	1	CAD-Lioni	3
BENEVENTO	3+1 in deroga per zona disagiata	1	Distretto di Montesarchio	1
		2	Distretto Teleso Terme	
		3	Distretto Benevento Nord/Est	
CASERTA	9	6		
NAPOLI 1 CENTRO	11+1 Capri	1	CAD n.1 c/o PSP Crispi/Via S. Gennaro Antignano	6+1 Capri
			CAD n. 2 Via C. Battisti/Via Ammendola	
		2	CAD n. 3 Viale Resistenza/P. tta Casale Secondigliano	
		3	CAD n. 4 Via C. Scherillo/C.so A. Savoia	
		4	CAD n. 5 Via Winspeare/Via Acquaviva	
NAPOLI 2	11+1 Ischia	1	CAD DS 35 Pozzuoli	5+1 Ischia
		2	CAD DS 38 Marano	
		3	CAD DS 39 Villaricca	

NORD		4	CAD DS 43 Casoria	
		5	CAD DS 41 Frattamaggiore	
		6	CAD DS 46 Acerra	
NAPOLI 3 SUD	11	1	CAD DS 48	4
		2	CAD DS 51	
		3	CAD DS 52	
		4	CAD DS 54	
		5	CAD DS 57	
		6	CAD DS 58	
		7	CAD DS 59	
SALERNO	11	1	CAD DS 60 Nocera Inferiore	5
		2	CAD DS 63 Cava Tirreni/Costa Amalfi	
		3	CAD 64 Eboli/Buccino	
		4	CAD 66 Salerno	
		5	CAD 70 Vallo Lucania/Agropoli	
		6	CAD 72 Sala Consilina/Polla	

PEDIATRIA, TRANSIZIONE, SCUOLA

DGRC n. 37 del 16/1/2004.

Linee Guida Regionali per l'assistenza al diabete in età pediatrica.

BURC n. 8 del 23/2/2004

Questo DGR definisce gli obiettivi per la prevenzione, diagnosi, cura e follow-up del diabete in età evolutiva, definisce i compiti degli attori coinvolti in tale percorso, considera anche l'aspetto educativo, l'attività fisica e sportiva, le modalità di rilascio della certificazione per l'attività sportiva, con cenni alla fase di passaggio all'assistenza diabetologica dell'adulto.

COMMENTO: *Non viene preso in considerazione l'aspetto economico-finanziario. In modo molto generico fa riferimento ai rapporti con la Scuola e alle problematiche che possono riguardare il paziente diabetico in ambito scolastico.*

Legge regionale n. 9/2009.

Disposizioni in attuazione della legge 115/87 relativa alla Prevenzione e alla Cura del Diabete Mellito

BURC n. 48 del 3/8/2009

Questa legge introduce i Centri di Diabetologia Pediatrica provinciali che dovrebbero garantire su base provinciale l'assistenza al paziente diabetico in età pediatrica creando, ove non già esistenti presso strutture ospedaliere e territoriali, con competenze tali da consentire prestazioni efficienti ed efficaci sia in regime di ricovero ordinario, sia in regime di monitoraggio mediante una serie di controlli (follow-up). Il centro di diabetologia pediatrica provinciale, garantendo la continuità assistenziale, oltre a svolgere il trattamento delle urgenze, provvede a svolgere i controlli periodici per il monitoraggio diagnostico-terapeutico della patologia, anche con l'adozione di microinfusori, secondo i protocolli stabiliti dalle linee guida per l'assistenza al diabete in età pediatrica in collegamento con i centri di riferimento regionale. I centri di diabetologia pediatrica provinciali rappresentano unità operative semplici di diabetologia afferenti alle unità operative di pediatria o, in alternativa, ai presidi ASL o ai centri di diabetologia territoriali pediatrici da individuarsi per bacino di utenza provinciale. I presidi ospedalieri presso cui allocare le unità provinciali devono essere dotati di tutte le specialità relative alla cura e prevenzione del diabete e delle sue

complicanze al fine di assicurare la completezza e la qualificazione delle prestazioni erogate. Nei centri di diabetologia pediatrica provinciali deve essere assicurata la presenza di uno psicologo.

COMMENTO : dove sono? Come si inseriscono nel contesto dell'organizzazione ospedaliera e territoriale più volte rivisitata alla luce del contenimento della spesa SSR?

PIEDE DIABETICO

Decreto del Commissario ad Acta n. 43 del 4/7/2014 .

Attuazione del Piano operativo 13.3 (Decreto n. 18 del 31/3/2014). Prevenzione del Piede diabetico attraverso l'attuazione del Disease Management . Individuazione della rete assistenziale regionale ed attuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici integrati Ospedale Territorio per la gestione delle ulcere cutanee.

BURC n. 50 del 18/7/2014

Questo decreto approva un documento definito "Percorsi Diagnostico-Terapeutici integrati Ospedale-territorio per la Gestione del Piede Diabetico e delle ulcere Cutanee. Rete Assistenziale Regionale" ed incarica i Direttori Generali delle AA.SS.LL dell'attuazione entro il 31/12/2014 e demanda all'ARSAN l'attività di monitoraggio.

Il documento individua tre livelli assistenziali:

	SEDE e COMPITI	Figure competenti
I livello	AMBULATORIO: Attività di prevenzione e terapia educativa; attività di diagnosi del piede diabetico	MMG, Diabetologo, Personale infermieristico dedicato
II livello	CENTRO CHIRURGICO TERRITORIALE, CAD TERRITORIALE O OSPEDALIERO: Attività di diagnosi e cura e prevenzione delle eventuali complicanze e disabilità; medicazioni; piccola chirurgia; scarico delle lesioni neuropatiche plantari	Diabetologo, Personale Infermieristico Dedicato, Podologo, Tecnico ortopedico, Chirurgo
III livello	STRUTTURA DI RICOVERO: Procedure di rivascularizzazione distali endoluminali e chirurgiche, interventi di chirurgia sia di urgenza che di elezione	Diabetologo, personale infermieristico dedicato, cardiologo interventista, chirurgo vascolare, chirurgo plastico, ortopedico, radiologo interventista

PRESCRIZIONE DEI PRESIDI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI

DGRC n. 832 del 27/11/2002.

Modalità di concessione presidi diagnostici e terapeutici ai pazienti diabetici: Legge 115/87

BURC n. 61 del 9/12/2002

In questo decreto si definiscono alcune diciture:

- a) Centro di Diabetologia: con tale termine si definisce una struttura pubblica territoriale aziendale;
- b) U.O. di Diabetologia: con tale termine si definisce una U.O. ubicata presso presidi ospedalieri di A.S.L.; A.O.; A.U.P.
- c) Centri di Riferimento di Diabetologia Pediatrica ubicati presso le A.U.P. Federico II e II Università. Si specifica che gli specialisti delle strutture suindicate predispongono il piano terapeutico del paziente indicando la tipologia e la quantità dei presidi diagnostici e terapeutici necessari alla corretta gestione della patologia, i MMG e i PLS provvederanno poi alla prescrizione dei presidi. Si precisa che la concessione del microinfusore, in comodato d'uso, è subordinata a prescrizione e valutazione clinica di necessità del trattamento da parte di una struttura ospedaliera (UO di diabetologia ospedaliera o Universitaria). Per i

pazienti in età pediatrica il microinfusore sarà prescritto dai Centri di Riferimento di Diabetologia Pediatrica delle Aziende Universitarie Policlinico (punto c).

Decreto del Commissario ad Acta n. 75 del 9/7/2012.

Recepimento del Protocollo di intesa per la distribuzione dei presidi per diabetici sottoscritto in data 30/3/2012 con Federfarma Campania, Federfarma Napoli ed Assofarm Campania e sue integrazioni del 7/6/2012.

BURC n. 47 del 30/7/2012

In data 30.3.2012 la Regione Campania, Federfarma Campania ed Assofarm Campania hanno sottoscritto un Protocollo di Intesa, nel quale all'art. 1 è stato convenuto che la Regione Campania aderisce, in via provvisoria e sperimentale, alla proposta di distribuzione dei presidi per diabetici presentata da Federfarma Campania per i pazienti delle AA.SS.LL. Napoli 2 Nord e Napoli 3 Sud; Questo protocollo è ancora valido.

Delibera della Giunta Regionale n. 10 del 17/01/2017

Gestione del sistema informativo Sanitario Regionale. Determinazioni

BURC n. 6 del 18 Gennaio 2017

Questa delibera stabilisce di realizzare una infrastruttura unica per la gestione del Sistema Informativo Sanitario Regionale (SIRS), utilizzando piattaforma regionale realizzata nell'ambito del progetto Sani. A.R.P., consolidando un nucleo stabile di risorse professionali da dedicare allo sviluppo, manutenzione e gestione del SIRS, acquisendo nuove ed ulteriori risorse da dedicare sia allo sviluppo *software* che all'analisi dati; individuando il Referente Tecnico e Responsabile della Struttura Tecnico Operativa di Sani. ARP, nella persona del Dirigente di ruolo del Servizio Controllo di Gestione e Sistema Informativo Informatico dell'Asl Caserta, quale responsabile esterno del trattamento dei dati personali e sensibili (effettuato mediante la piattaforma informatica Regionale Sani. ARP) dei quali le AASSLL, le AAOO e la Regione Campania sono titolari, al fine di garantire la continuità degli adempimenti in ambito privacy, individuando lo stesso dirigente quale interlocutore con l'Autorità Garante della Privacy per eventuali problematiche in merito agli ambiti della piattaforma Sani.A.R.P.; disponendo che tutti gli attori che forniscono dati (Prescrittori, Specialisti e MMG, Erogatori pubblici e privati accreditati) provvedano ad acquisire dal paziente, dopo aver fornito idonea informativa il consenso informato.

Delibera della Giunta Regionale n. 98 del 28/2/2017.

Presidi diagnostici e terapeutici per pazienti affetti da diabete. Provvedimenti

BURC n 20 del 6/3/2017

Questa delibera autorizza la prescrizione del sistema di monitoraggio flash del glucosio - FGM - ai pazienti affetti da Diabete Tipo I e ai pazienti diabetici che eseguono almeno quattro controlli glicemici al giorno, da parte delle strutture di cui Decreti dell'Assessore alla Sanità n. 832, del 27/11/2002, n. 68 del 07/02/2003, e specificamente:

- Centri di diabetologia di struttura pubblica territoriale aziendale;
- U.O. di diabetologia ubicata presso presidi ospedalieri di A.S.L.; A.O.S e A.U.P.;
- Centri di riferimento di diabetologia pediatrica ubicati presso le A.U.P. Federico II e Vanvitelli di Napoli;
- Centri di diabetologia temporaneamente accreditati (Decreto Assessorile n. 68 del 7 febbraio 2003 di integrazione al Decreto n. 832/2002);

stabilisce inoltre che la modalità di distribuzione dei suddetti dispositivi avvenga tramite le farmacie territoriali e/o ospedaliere delle Aziende del SSR.

RAZIONALIZZAZIONE E CONTENIMENTO DELLA SPESA SSR

Legge regionale n. 16 del 28/11/2008 .

Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del SSR per il rientro dal disavanzo.

BURC n. 48 TER del 1/12/2008

In questa legge vengono ridefiniti vari ambiti del SSR.

La Regione definisce gli ambiti territoriali delle ASL in ragione delle caratteristiche geo-morfologiche del territorio e prevedendo comunque un'azienda per provincia. Sono, pertanto, previste le seguenti Aziende Sanitarie Locali:

- 1) Azienda sanitaria locale Avellino;
- 2) Azienda sanitaria locale Benevento;
- 3) Azienda sanitaria locale Caserta;
- 4) Azienda sanitaria locale Napoli 1;
- 5) Azienda sanitaria locale Napoli 2;
- 6) Azienda sanitaria locale Napoli 3;
- 7) Azienda sanitaria locale Salerno.

Ciascun distretto deve, di norma, coincidere con ogni ambito avente una popolazione non inferiore a 50.000 abitanti e non superiore a 120.000 abitanti. Nella definizione degli ambiti distrettuali va tenuto conto delle aree montuose, delle isole e dei territori a bassa densità abitativa.

Decreto del Commissario ad Acta n. 10 del 12/3/2010.

Razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale - Specialistica Ambulatoriale.

BURC n. 23 del 22/3/2010

Questo decreto dispone il divieto assoluto di trasformare i contratti degli specialisti ambulatoriali in contratti a tempo indeterminato, di rinnovare i contratti scaduti o in scadenza, di bandire nuovi turni, di conferire le ore rimaste vacanti, di conferire incarichi provvisori e di conferire a qualsiasi titolo ore rimaste vacanti per gli anni 2010 e 2011.

COMMENTO: *naturalmente questo divieto, trascinosi anche negli anni successivi al 2011, ha portato ad un impoverimento del settore ed in particolar modo in quello della diabetologia che invece come fabbisogno risultava in crescita come conseguenza della crescita della prevalenza nella popolazione della malattia diabetica.*

Solo di recente si è creata un'apertura e la ripresa dell'assegnazione di ore mirate alle necessità.

Decreto del Commissario ad Acta n. 17 del 20/3/2014.

Linee guida per migliorare l'appropriatezza della funzione ospedaliera ed il potenziamento di forme alternative di ricovero. Revoca del Decreto del commissario ad acta n. 58 del 30/9/2010.

BURC n. 20 del 31/3/2014

Con questo DCA cessa l'efficacia di tutto quanto previsto dal decreto commissariale n 58/2010 in materia di riduzione delle prestazioni di ricovero ad alto rischio di inappropriatezza.

Le nuove Linee Guida definiscono le caratteristiche del Day Service e dei Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC), le modalità di accesso e di dimissione, la partecipazione alla spesa per l'utente, la remunerazione degli erogatori, la gestione della Cartella Clinica Ambulatoriale e della Scheda Day-service Ambulatoriale (SDA), la trasmissione dei flussi informativi e forniscono gli indicatori per le attività di controllo e monitoraggio.

Il decreto prevede inoltre diverse modalità di remunerazione in caso di prestazioni erogate in regimi giudicati inappropriati, oppure oltre le soglie previste, e attraverso gli allegati al provvedimento stabilisce: le soglie di ammissibilità in regime di ricovero ordinario di n° 112 DRG ad alto rischio di inappropriatezza; gli

ulteriori PACC con relative liste di prestazioni e discipline di riferimento, che si aggiungono ai PACC già previsti dalla D.G.R. 102/2009; l'elenco delle procedure chirurgiche (PACC chirurgici) trasferibili in regime di Day Service con l'indicazione della tariffa omnicomprensiva con la quale vengono remunerate e il tracciato record del Scheda di Dimissione in Day Service (SDA).

Nell'Allegato 3 di questo Decreto si specifica che :

Il "PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo" introdotto con la DGRC 102/2009 ed il "PACC diagnostico per sovrappeso e obesità" possono essere effettuati nelle strutture di ricovero con le caratteristiche indicate per erogare PACC di tipo medico, nonché nei centri diabetologici privati che già erogano prestazioni con onere a carico del servizio sanitario regionale.

TABELLA PRESTAZIONI (DGRC 102/2009).(DR 32 del 27/3/2013)

Codice	Descrizione prestazione	Tariffa (euro)
89.99.1	PRIMA VISITA E VALUTAZIONE COMPLESSIVA	20.66
89.99.2	PROGRAMMA OPERATIVO-COORDINAMENTO CLINICO ED ORGANIZZATIVO	28.34
88.77.3	LASER(DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI)	23.24
86.22	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	20.40
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI	43.90
89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO (24 ore) DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	41.32
89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA	18,59
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	11.62
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO	55.78
89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA	41.32
88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE	43.90
90.16.3	CREATININA(S/U/DU/LA)	1.13
90.16.4	CREATININA CLEARANCE	1.60
89.13	VISITA NEUROLOGICA	20.66
93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA	10.33
93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA	10.33
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO	20.66
14.34	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON (LASER)	68.16
95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI	7.75
95.26	TONOGRAFIA,TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA	7.75
95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS	3.87
95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA O ANGIOSCOPIA OCULARE	46.48
90.04.5	ALANINA AMINOTRASFERASI (ALT)(GOT)(S)	1.00
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRASFERASI (AST)(GOT)(S)	1.04
90.11.1	C PEPTIDE	12.15
90.11.2	C PEPTIDE: DOSAGGI SERIATI DOPO TEST DI STIMOLO (5)	50.65
90.14.1	COLESTEROLO HDL	1.43
90.14.2	COLESTEROLO LDL	0.67
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	1.04
90.15.1	CORPI CHETONICI	0.54
90.15.4	CREATINCHINASI (CPK O CK)	1.44
90.27.1	GLUCOSIO (S/P/U/DU/LA)	1.17
90.28.1	HB EMOGLOBINA GLICATA	7.41
90.33.4	MICROALBUMINURIA	4.11
90.37.4	POTASSIO	1.02

90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE)	4.23
90.40.4	SODIO (S/U/DU/(SG)/ER)	1.02
90.43.2	TRIGLICERIDI	1.17
90.43.5	URATO(S/U/DU)	1.13
90.44.3	URINE,ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	2.17
90.62.2	EMOCROMO:HB.GR,GB.HCT,PLT,IND.DERIV.F.L.	3.17
90.64.5	FIBRINA/FIBRINOGENO:PROD DEGRADAZIONE(FDP/FSP)(S/U)	12.18
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE EMASIE (VES)	1.95
90.94.2	ESAME COLTURALE DELL'URINA(URINOCOLTURA)	8.31
91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	7.00
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	2.58
93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE(EMG)	10.33
93.82.1	TERAPIA EDUCAZ. DIABETICO PER SEDUTA INDIVIDUALE	4.39
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE ,DEFINITE BREVI	12.91

Decreto del Commissario ad Acta n. 35 del 8/8/2017.

Interventi tesi a migliorare l'appropriatezza organizzativa dei Ricoveri Ospedalieri: "Linee guida per l'attuazione dei percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC)"

BURC n. 66 del 4/09/2017

Il DCA integra e modifica il DCA n. 17 del 20/3/2014 e conferma che per il "PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo" introdotto con la DGRC n. 102/2009 ed il "PACC diagnostico per sovrappeso e obesità" è consentita l'erogazione anche presso i centri diabetologici pubblici e privati accreditati.

Decreto del commissario ad Acta n. 6 del 11.02.2016

Procedure di reclutamento del personale negli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016

BURC n. 17 del 14/03/2016

Questo decreto autorizza le Aziende Sanitarie del SSR della Campania ad avviare le procedure di reclutamento relative al personale cessato nel 2015, nella misura del 70%, previa Comunicazione della Struttura Commissariale che individua per ciascuna di esse il numero consentito di assunzioni per la suddetta annualità, secondo la metodologia riportata nel verbale del Tavolo e Comitato nella riunione del 10 dicembre 2012; le Aziende Sanitarie dovranno attestare, prima dell'avvio delle procedure di reclutamento il diretto collegamento tra le figure professionali che si avvieranno a reclutare e l'esigenza di assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza.

Decreto del Commissario ad Acta n. 36 del 1/6/2016.

Recepimento osservazioni Ministero della Salute ed Approvazione modifiche del Piano Regionale della Prevenzione della Regione Campania per gli anni 2014-2018

BURC n. 37 del 13/6/2016

Il DCA prende atto della deliberazione di Giunta Regionale n. 860 del 29/12/2015, avente come oggetto "Approvazione Piano Regionale della Prevenzione della Regione Campania per gli anni 2014 -2018", pubblicata sul BURC n. 2 del 11 Gennaio 2016, confermandone integralmente i contenuti ed apportando nel contempo le opportune modifiche ai documenti tecnici ad essa allegati, che recepiscono integralmente le osservazioni formulate dal Ministero;

In particolare il Programma B Azione 5 prevede come obiettivo specifico regionale "Migliorare la salute delle persone con aumentato rischio di MCNT attraverso un adeguamento del sistema di individuazione dei

target e grazie all'adesione a proposte di miglioramento comportamentale o di trattamento farmacologico" attraverso delle azioni definite e codificate :

B 5.1 Realizzazione entro il 2016 di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT.

B 5.2 Attivazione del programma secondo le modalità individuate dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di estensione e di adesione

B 5.3 Adeguamento del PDTA da parte del gruppo regionale per la gestione integrata del paziente diabetico

B 5.4 Adeguamento dei contenuti dell'art. 14 dell'accordo con i MMG al PRP 2014-2018

B 5.5 Recepimento a livello aziendale del piano operativo regionale

B 5.6 Realizzazione del percorso formativo multi-modulare obbligatorio per i MMG

B 5.7 Documentazione formale aziendale di avvio del programma

B 5.8 Delibera Aziendale di recepimento dell'adeguamento del PDTA Regionale per la gestione integrata del paziente diabetico

B 5.9 Formazione aziendale comune sul PDTA per il paziente diabetico

B 5.10 Proporzioni di MMG che hanno implementato, in almeno il 50% dei propri pazienti target, il programma di identificazione precoce dei soggetti con aumentato rischio di MCT e di offerta di counselling motivazionale breve per interventi comportamentali o farmacologici adeguati

B 5.11 Adozione di Linee di indirizzo regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche

B 5.12 Proporzioni di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica

COMMENTO : *Rispetto al cronoprogramma quasi nulla è stato fatto in merito.*

Decreto del Commissario ad Acta n. 67 del 14/7/2016.

Provvedimento di definizione del fabbisogno del personale delle Aziende sanitarie della Regione Campania

BURC n. 54 del 8/8/2016

In questo decreto si calcola l'effettivo fabbisogno di personale in base ad alcuni criteri che complessivamente è di 49102 unità di personale evidenziando così la necessità di nuovi posti per circa 4950 unità.

Per quanto riguarda la copertura dei posti previsti dalle nuove dotazioni organiche relativi all'assistenza territoriale, in considerazione del progressivo spostamento di risorse dall'area ospedaliera all'area territoriale, conseguente all'attuazione della programmazione sanitaria regionale e in particolare della nuova rete ospedaliera, le aziende dovranno procedere innanzitutto riallocando sul territorio eventuale personale in esubero presso le strutture ospedaliere, in conseguenza della realizzazione dei processi di riorganizzazione del rapporto ospedale – territorio.

Si specifica inoltre, che dovrà tenersi in debito conto l'eventuale esternalizzazione di servizi aziendali, in presenza dei quali, il parametro di riferimento della relativa figura professionale potrà essere rimodulato in riduzione. In particolare la dotazione organica relativa all'assistenza territoriale trova occupazione nel Dipartimento di Prevenzione, nel dipartimento di Salute Mentale e nel Distretto Sanitario.

Nel **Distretto Sanitario** sono comprese tutte le strutture che fanno capo ai distretti sanitari, con riferimento sia alle strutture che svolgono funzione di organizzazione dell'assistenza sanitaria distrettuale e di committenza, sia alle strutture che erogano direttamente prestazioni sanitarie agli assistiti. Le aziende valuteranno la dotazione organica in funzione a:

- l'effettivo grado di esternalizzazione dei servizi di erogazione delle prestazioni sanitarie;
- il ricorso a personale non dipendente, sia con riferimento al personale medico (specialisti ambulatoriali interni), sia con riferimento al personale infermieristico e OSS/OTA (cooperative).

Decreto Commissario ad ACTA n 99 del 22/9/2016.

Piano regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016-2018

BURC n. 63 del 26/9/2016

Questo decreto approva il Documento "Piano regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016 – 2018" che sostituisce integralmente il documento di cui al DCA n. 18/2015;

Nel Piano viene evidenziato il Ruolo Strategico del Distretto Sanitario, le funzioni, le forme organizzative, vengono descritte le nuove Articolazioni Organizzative del Distretto Socio Sanitario: Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP) Unità Complessa di Cure Primarie Pediatriche (UCCPP), Strutture Polifunzionali per la Salute (SPS), Gli Ospedali di Comunità (O d C).

Il cambiamento dei reali bisogni di salute impone di spostare il baricentro della risposta sanitaria dall'ospedale al territorio che dovrà essere in grado di affrontare la cronicità, la complessità e la fragilità.

COMMENTO: *non viene bene chiarito nel contesto del DCA come attuare l'assistenza diabetologica alla luce delle normative vigenti in materia*

Decreto del Commissario ad Acta n. 134 del 28/10/2016.

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art 1 comma 34 e 34 bis della Legge 662/96. Recepimento dell'Accordo ai sensi dell'art 4 del D.L. 28/8/1997, n. 281 tra il Governo e le province autonome di Trento e di Bolzano sulle Linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli Obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2014. Ritiro del DCA n. 22/2016.

BURC n. 73 del 7/11/2016

Questo decreto :

-approva il riparto delle risorse vincolate, pari a euro 350.684.150,00 per l'elaborazione di specifici progetti, secondo gli importi complessivi per il triennio di seguito indicati:

a.1 Attività di Assistenza Primaria – euro 62.634.426

a.2 Sviluppo dei processi di umanizzazione – euro 11.016.283

a.3 Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica – euro 35.521.865

a.4 Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione – euro 78.052.478

a.5 Gestione della cronicità – euro 81.742.629

a.6 Reti oncologiche – euro 84.716.470

-approva un Documento Tecnico di Analisi delle Linee progettuali 2014 – 2016 affinché i progetti prodotti risultino coerenti ed ispirati;

-approva le Linee Guida nonché gli schemi di presentazione e valutazione

- stabilisce che la Commissione di valutazione dei Progetti opererà in conformità alle Linee Guida

-prevede che - ove sia necessario per garantire il pieno utilizzo delle risorse programmate -la Commissione possa procedere alle rimodulazioni finanziarie relative ad Aziende che alla data del 31/1/2017 non abbiano presentato i propri piani d'attività, che non abbiano avviato o abbiano interrotto le attività relative alla programmazione degli Obiettivi di Piano 2012 e 2013, condivise dalla Regione;

-prevede che la Commissione proponga alla Struttura Commissariale la modifica delle quote di riparto FSR per l'annualità 2016 al fine di destinarle alle Aziende Sanitarie le cui attività risultino concluse o avviate;

- di stabilire un termine di 60 giorni dalla pubblicazione per la presentazione delle proposte progettuali;

Allegato A

Linea Progettuale 4: Gestione delle Cronicità

Oggi circa il 70% delle spese sanitarie sono in relazione alle patologie croniche .

La linea progettuale 4 contiene:

1) Area Progettuale 1 – Governance della cronicità nelle cure primarie

Essa si declina in 3 sotto-progetti:

1) Attivazione ambulatori infermieristici distrettuali (non in UCCP)

2) Attivazione degli Ospedali di Comunità (OdC) e/o potenziamento di quelli avviati

3) Elaborazione ed implementazione PDTA per patologie croniche ad elevato impatto assistenziale e nuovi metodi strutturati per la loro Governance

2) Area Progettuale 2 – Sviluppo e messa a regime di PDTA e Reti Assistenziali per specifiche patologie degenerative croniche in età adulta e in età pediatrica in continuità Ospedale-Territorio

Gli obiettivi di questa area sono :

· Implementare un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) finalizzato all'ottimizzazione del trattamento e delle risorse e con la partecipazione delle associazioni di volontariato per:

- Diabete
- Scompenso cardiocircolatorio
- Ipertensione arteriosa
- Insufficienza renale cronica
- Malattie rare
- Obesità
- BPCO
- SLA
- Salute mentale
- Neuropsichiatria Infantile

3) Area Progettuale 3 – Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche in età evolutiva: nuovi percorsi diagnostici terapeutici in Campania

Nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale pediatrico (SSRp) sono operative due reti assistenziali su scala regionale-provinciale e aziendale-territoriale (3 Livelli Assistenziali) già avviate negli anni precedenti, per il diabete (L.R. n. 9/2009) e l'obesità infantile e per i disturbi endocrinologici, neurologici e di gastroenterologia pediatrica.

4) Area Progettuale 4 – Gestione e presa in carico dei soggetti fragili e non autosufficienti

***COMMENTO:** A questo punto si devono vedere le progettualità presentate dalle singole ASL relative al diabete nel contesto di queste linee progettuali, gli obiettivi, la concordanza con quanto già fatto nelle singole ASL, con quale personale vengono attuate e la correlazione con le normative vigenti.*

SPESA FARMACEUTICA

Decreto del Commissario ad Acta n 57 del 29/5/2015.

Misure di incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva e di razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera

BURC n. 41 del 29/6/2015

Questo Decreto stabilisce di incentivare da parte dei MMG, dei PLS, degli Specialisti ambulatoriali interni e convenzionati esterni, dei medici ospedalieri ed universitari, di prediligere nelle prescrizioni farmaceutiche, nel rispetto delle indicazioni terapeutiche autorizzate, i farmaci con brevetto scaduto. Per i Direttori Generali e/o Commissari Straordinari delle AA.SS.LL. campane, l'attuazione dei punti elencati dovrà essere considerato un obiettivo prioritario, valutato anche ai fini di conferma o revoca dei propri incarichi dirigenziali.

L'utilizzo di prescrizione dei farmaci "branded", sarà assoggetto all'obbligo del prescrittore di allegare le motivazioni di scelta su apposito modulo, pena la non rimborsabilità del farmaco da parte del SSR ai farmacisti. Infine, al fine di verificare l'appropriatezza delle prescrizioni, nelle ricette dematerializzate il medico prescrittore dovrà indicare il codice ICD9-CM relativo alla patologia per la quale si effettua la prescrizione.

Decreto del Commissario ad Acta n. 66 del 14/7/2016.

Misure di incentivazione dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari. Monitoraggio delle prescrizioni attraverso la piattaforma SANIARP.

BURC n. 54 del 8/8/2016

La necessità di dover migliorare l'appropriatezza prescrittiva e razionalizzare la spesa farmaceutica convenzionata nasce dal fatto che gli indicatori della spesa farmaceutica convenzionata delle ASL della Campania lasciano emergere sensibili differenze tra la spesa pro-capite delle singole ASL. Inoltre emergono anche differenze tra la spesa prodotta in Regione Campania rispetto alle altre regioni di Italia con uno scostamento in valore assoluto rispettivamente di € 174.686.914 e di € 159.004.883 rispettivamente della spesa farmaceutica territoriale e della spesa farmaceutica ospedaliera. Viene pertanto assegnato "ai direttori generali/commissari straordinari delle ASL con indicatori superiori alla media regionale l'obiettivo di ridurre del 50% tali differenze entro il 31 dicembre 2016" e "assegnando alle ASL con indicatori inferiori alla media regionale l'obiettivo minimo di ridurre del 50% la differenza rispetto alla ASL più virtuosa a livello regionale". Inoltre "chiede" a tutti i medici prescrittori di "privilegiare nelle prescrizioni farmaceutiche, nel rispetto delle indicazioni terapeutiche autorizzate, i farmaci con brevetto scaduto.

Decreto del Commissario ad Acta n. 97 del 20/9/2016.

Oggetto: Distribuzione dei farmaci in nome e per conto, e successiva nota del 22/2/2017 avente ad oggetto: Aggiornamento elenco farmaci A- PHT dispensati in DPC.

BURC n. 69 del 17/10/2016

www.federfarna.it/.../PHT/nota%20ed%20allegati%20DPC%2021%20apr%20DFT.pdf...

L'allegato 1 contiene l'elenco dei farmaci A- PHT dispensati in DPC e le specifiche modalità di prescrizioni, in particolare i farmaci per i quali vi è l'obbligo al MUP .

CONCLUSIONI

Questo opuscolo mostra come la Regione Campania abbia prodotto leggi e documenti dettagliati in ambito diabetologico.

L'abbondanza delle normative dovrebbe essere garanzia di miglioramento della qualità assistenziale e di miglioramento professionale per gli operatori della diabetologia

Eppure i dati relativi alla morbilità e alla mortalità in Campania per il diabete risultano nel tempo peggiorati e soprattutto buona parte dei contenuti di tale documentazione resta sulla carta.

Il susseguirsi di normative di volta in volta aggiuntive alle precedenti rallenta il processo di attuazione. Inoltre presunte difficoltà economiche sono ancora alla base delle carenze di personale dedicato alle attività diabetologiche . Pertanto a dispetto di un potenziamento delle attività distrettuali come bene si intende nel contesto del DCA 99 del 22/9/2016 prevale sempre un ' assistenza di tipo ospedalocentrica.

L'assistenza diabetologica è prevalentemente territoriale dove il personale già ridotto non viene supportato da altro personale formato alle nuove esigenze tecnologiche

APPENDICE. A.

GLOSSARIO E RAPPRESENTAZIONE GERARCAICA DELLA NORMATIVA E DELLE DISPOSIZIONI ATTUATIVE

Legge

Per legge ordinaria, in diritto, s'intende l'atto normativo adottato dal parlamento o, in certi ordinamenti, dall'analogo organo di un ente territoriale e locale, ad esempio legge regionale, secondo la procedura ordinariamente prevista per l'esercizio della funzione legislativa. *È quella che, anche nel linguaggio comune suole essere denominata legge, senza ulteriori specificazioni.*

Nella gerarchia delle fonti del diritto la legge ordinaria è subordinata alla costituzione, alla legge costituzionale ed eventualmente alla legge organica, ma è sovraordinata a tutte le altre fonti del diritto, eccettuate quelle che hanno il suo stesso rango, come gli atti aventi forza di legge.

Solitamente la legge ordinaria ha competenza generale e residuale, nel senso che può disciplinare qualsiasi materia, escluse solo quelle che la costituzione gli sottrae e attribuisce ad altra fonte, come la legge costituzionale (*riserva di legge costituzionale*), la legge organica (*riserva di legge organica*) o il regolamento parlamentare.

La legge costituzionale è un atto normativo, presente negli ordinamenti a costituzione rigida, adottato dal parlamento con una procedura *aggravata*, ossia più complessa rispetto a quella prevista per le leggi ordinarie, che ha lo stesso rango della costituzione nella gerarchia delle fonti del diritto e la può, entro certi limiti, integrare o modificare (in quest'ultimo caso si può parlare, più specificamente, di **legge di revisione costituzionale** o **riforma costituzionale**).

Legge regionale

Una **legge regionale**, in Italia, è la legge prodotta da un consiglio regionale e messa in vigore nella sola regione nella quale essa è promulgata.

In Italia la legge regionale è prevista dall'art. 117 della Costituzione ed ha la stessa posizione nella gerarchia delle fonti del diritto della legge ordinaria.

Decreto-legge

Il decreto legge (d.l.) è un atto normativo di carattere provvisorio avente forza di legge adottato in casi straordinari di necessità e urgenza dal Governo ai sensi dell' art. 77 e 72 della Costituzione della Repubblica Italiana. È approvato dal Consiglio dei Ministri ed emanato dal Presidente della Repubblica. Può essere adottato in casi straordinari di necessità e d'urgenza e perde ogni efficacia se non è convertito in legge dal Parlamento nei sessanta giorni successivi alla pubblicazione.

Decreto legislativo

Il decreto legislativo (d.lgs.), detto anche *decreto delegato*, è disciplinato dall'art. 76 della Costituzione. Anch'esso è approvato dal Consiglio dei ministri ed emanato dal Presidente della Repubblica. Può essere adottato solo a seguito di delega del Parlamento.

Disposizioni attuative

Nell'ordinamento italiano varie autorità amministrative adottano atti normativi (generalmente regolamenti o provvedimenti amministrativi in forma di decreto. Tra gli altri si possono ricordare:

- il decreto del Presidente della Repubblica (d.P.R. è un regolamento o provvedimento amministrativo emanato dal Presidente della Repubblica, di solito su proposta di un ministro o previa deliberazione del Consiglio dei ministri;
- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (d. P.C.M.), regolamento o provvedimento amministrativo emanato dal presidente del Consiglio dei Ministri;
- il decreto ministeriale (d. m.), regolamento o provvedimento amministrativo emanato da un ministro; se è emanato da più ministri si parla di *decreto interministeriale*;
- il *decreto del Presidente della Giunta regionale* (d. P.G.R.), regolamento o provvedimento amministrativo emanato dal presidente della giunta di una regione;
- il *decreto rettorale*, statuto, regolamento o provvedimento amministrativo emanato dal rettore di un'università o istituzione assimilata;
- il *decreto prefettizio*, regolamento o provvedimento amministrativo emanato dal prefetto

Deliberazione

Una deliberazione (nel linguaggio comune anche delibera), in diritto, è l'atto giuridico imputato ad un organo collegiale, costituito da una pluralità di persone e non a queste singolarmente.

Proprio perché imputata al collegio, ma non alle singole persone che lo compongono, la deliberazione si distingue dalla *convenzione*, imputata invece ai singoli soggetti che l'hanno conclusa. Inoltre, mentre la convenzione può essere conclusa solo con il consenso di tutte le parti, la deliberazione può essere assunta anche con il consenso di una parte soltanto dei componenti il collegio. Infatti, per la validità della deliberazione, le norme che disciplinano il funzionamento del collegio richiedono che la stessa riceva il voto favorevole di una quota dei componenti (il cosiddetto *quorum funzionale*) di solito inferiore alla totalità.

Nell'ordinamento amministrativo italiano sono particolarmente note le deliberazioni delle giunte e dei consigli regionali, provinciali e comunali. Si tratta di atti di indirizzo politico-amministrativo, mentre i rimanenti atti amministrativi sono di competenza dei dirigenti (e sono per lo più denominati *determinazioni* o, nel linguaggio corrente, *determine*). Sono approvati con deliberazione i bilanci dell'ente, i regolamenti e gli strumenti di pianificazione (ad esempio i piani regolatori), il cui testo viene allegato alla delibera stessa.

Circolare

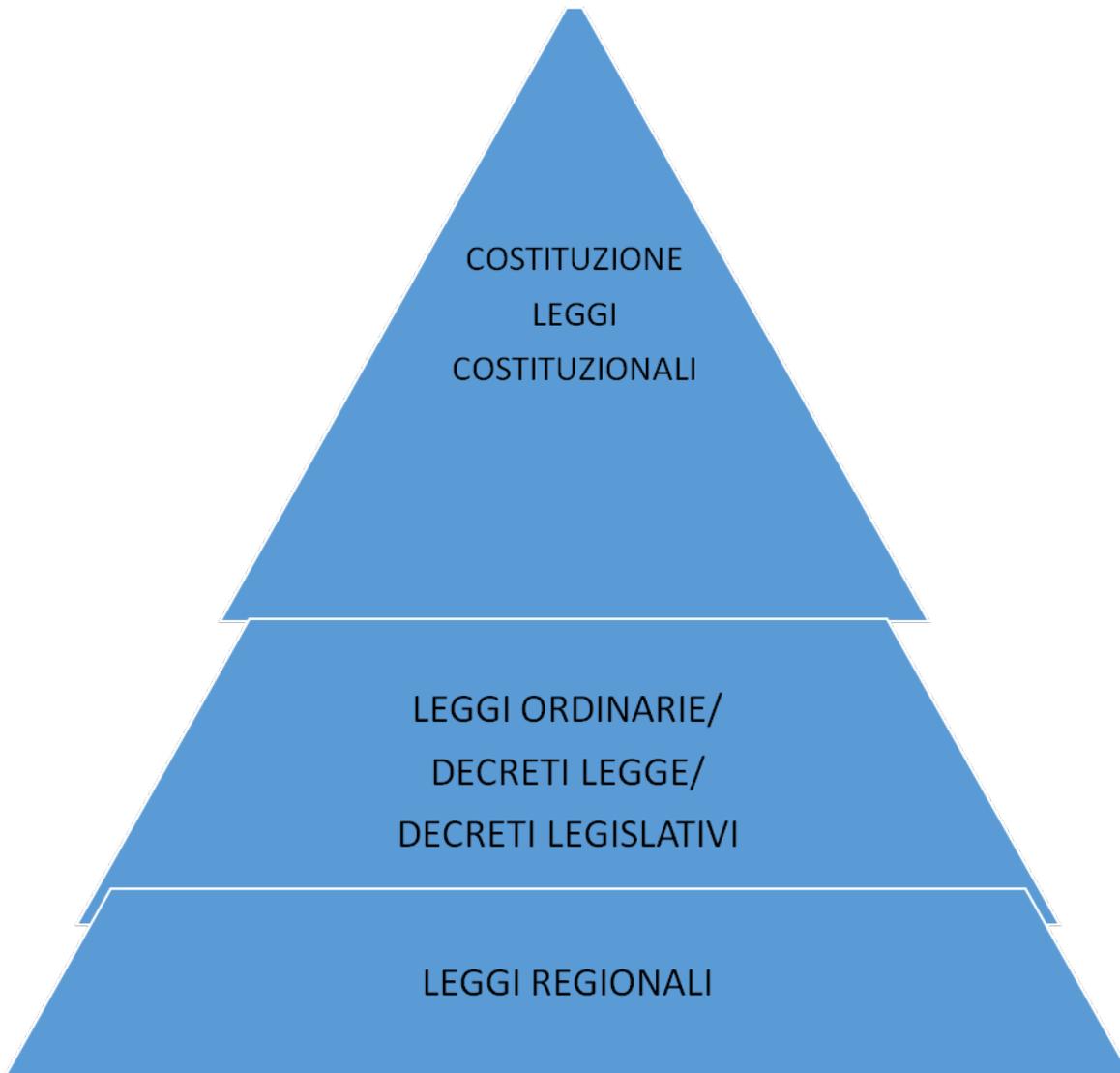
Una circolare è una comunicazione scritta che in un'organizzazione (impresa, amministrazione pubblica ecc.) inviata ad una pluralità di destinatari per impartire ordini, dare disposizioni o trasmettere informazioni. Sostanzialmente consiste in una lettera che contiene ordini e disposizioni da parte dei superiori ai loro subordinati. In Italia, la circolare non è considerata un atto normativo.

Dal punto di vista giuridico gli ordini e le disposizioni contenute nella circolare hanno validità limitata all'ordinamento interno dell'organizzazione e non trovano, quindi, applicazione nei confronti degli estranei che si rapportano con essa. Nella pratica le circolari sono largamente utilizzate nelle amministrazioni pubbliche, i cui uffici interpretano ed applicano le norme di legge secondo le indicazioni in esse contenute.

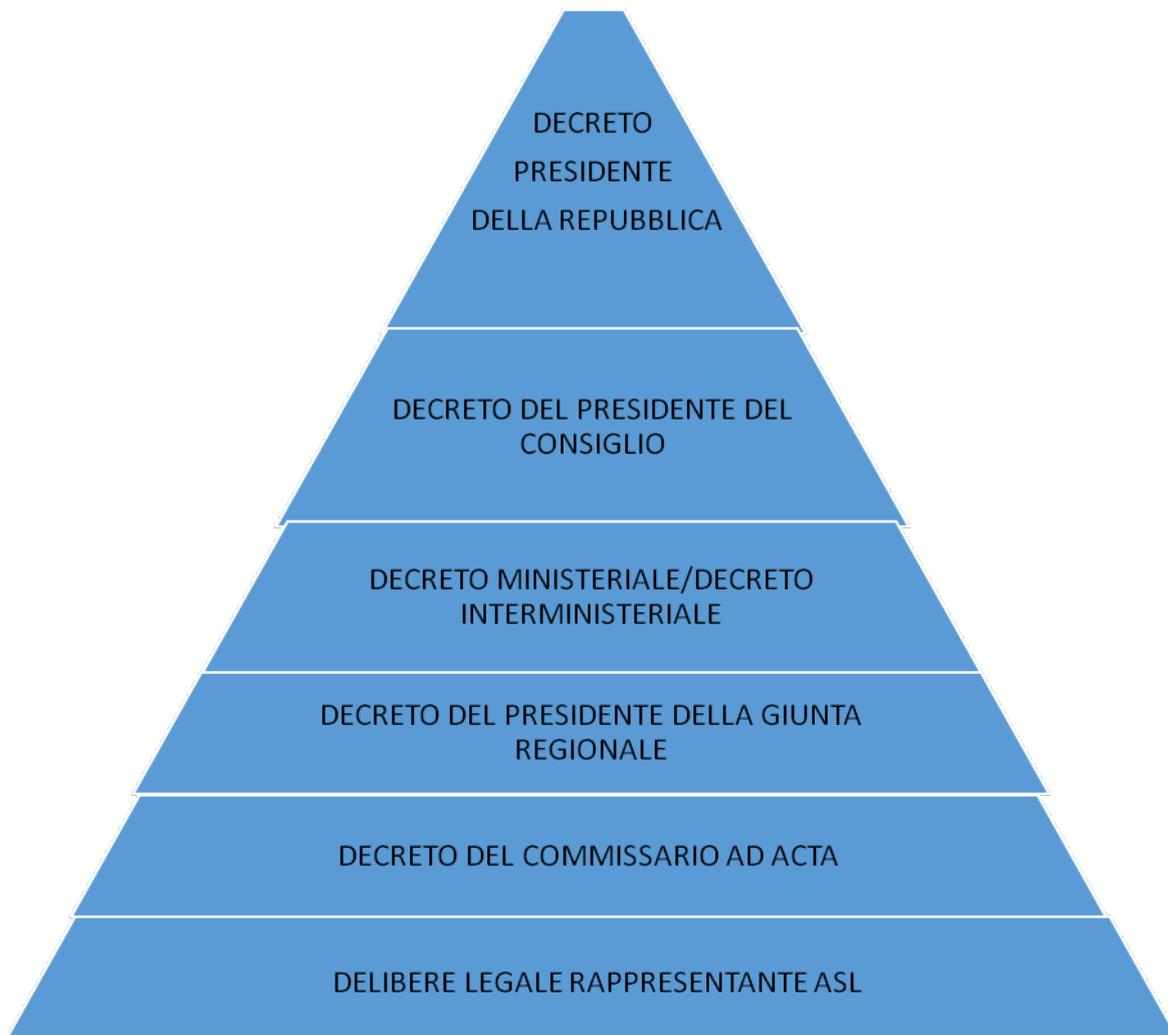
Conferenza Stato-Regioni

La Conferenza Stato-Regioni (più precisamente, Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano) rappresenta la principale sede di coordinamento tra lo Stato e le Regioni.

In virtù del d.lgs. n. 281/1997, alla Conferenza Stato-Regioni non spettano solo funzioni di informazione, consultazione e raccordo, ma anche l'espressione di un parere (non vincolante) sugli schemi di atti normativi proposti dal Governo nelle materie di competenza regionale e sui disegni di legge finanziaria della c.d. legge comunitaria, oltre che l'adozione di intese e accordi tra lo Stato e gli enti territoriali nelle materie di interesse comune.



ATTI NORMATIVI (LEGGI) IN ORDINE GERARCHICO



DISPOSIZIONI ATTUATIVE IN ORDINE GERARCHICO

ALTRE TIPOLOGIE DI DISPOSIZIONI ED ATTI IN ORDINE GERARCHICO:

PIANO SANITARIO NAZIONALE
PIANO SANITARIO REGIONALE
DECRETI REGIONALI SU SINGOLE TEMATICHE
ATTI AZIENDALI

APPENDICE B

ANALISI SWOT . DEFINIZIONE

L'analisi SWOT (metodologia per l'analisi di contesti economico-territoriali complessi) è uno strumento efficace per esaminare le forze e le debolezze presenti all'interno di una organizzazione e le minacce e le opportunità date dall'ambiente esterno, pertanto tale analisi non potrebbe essere effettuata per valutare norme. Il Gruppo ha comunque voluto utilizzare tale metodica per meglio evidenziare ciò che tali normative avrebbero o potrebbero generare, nella ipotesi di essere implementate, come descritto in ciascuna norma, su tutto il territorio regionale (ASL e AO). Il termine SWOT è un acronimo : Strengths (forze), Weaknesses (debolezze), Opportunities (Opportunità), Threats (minacce).

Analisi SWOT: le componenti

I punti di forza e di debolezza

- sono propri del contesto delle analisi
- sono modificabili grazie alla politica o all'intervento proposto Le opportunità e le minacce
- derivano dal contesto esterno
- difficilmente modificabili, ma è necessario tenerle sotto controllo in modo da sfruttare le opportunità e ridurre le minacce.

Analisi SWOT: come si effettua

A tavolino:

- i punti di forza , di debolezza , le opportunità e le minacce vengono individuati sulla base di dati raccolti in modo neutrale ed oggettivo

In modo partecipativo:

- i punti di forza, debolezza, le opportunità e le minacce vengono messi a fuoco, mediante l'uso di tecniche partecipate, attraverso l'analisi congiunta tra esperti e stakeholders

Analisi SWOT: le fasi di attuazione

- Raccolta minuziosa delle informazioni sul settore di riferimento, interno ed esterno, nel quale si vuole sviluppare il progetto;
- Identificazione delle componenti del progetto da sviluppare
- Individuazione dei fattori esogeni, classificandoli come opportunità e minacce, per ogni componente in cui è articolato il progetto;
- Individuazione dei fattori endogeni, classificandoli come punti di forza e di debolezza, per ogni componente in cui è articolato il progetto;
- Classificazione/Selezione delle possibili strategie. In tale fase, si fa leva sui punti di forza e si cerca di ridurre i punti di debolezza, si massimizzano le opportunità e si minimizzano le minacce, permettendo così la realizzazione delle varie componenti del progetto.
- In quest'ultima fase, che può essere considerata una fase di mero controllo, si fa una valutazione complessiva sull'efficacia delle strategie adottate.

Analisi SWOT: la matrice

Fattori o Contesto Esterno	Opportunità	Strategie W-O <i>Trasformare i punti di debolezza in punti di forza</i>	Strategie S-O <i>Situazione Ottimale</i>
	Minacce	Strategie W-T <i>Trasformare i punti di debolezza in punti di forza e ridurre le minacce trasformandole in opportunità</i>	Strategie S-T <i>Ridurre le minacce trasformandole in opportunità</i>
		Punti di Debolezza	Punti di Forza
Fattori o Contesto Interno			

Analisi SWOT: quando si utilizza

- **in fase ex-ante:** per migliorare l'integrazione del programma nel suo contesto;
- **in fase intermedia** consente di verificare se, in relazione ai cambiamenti intervenuti nel contesto, le linee di azione individuate siano ancora pertinenti e fornisce uno strumento per decidere modifiche al programma;
- **In corso d'opera,** l'analisi S.W.O.T. consente a più riprese la verifica delle linee strategiche adottate, se cioè esse siano ancora pertinenti o se necessitino di modifiche che le adattino ai mutamenti intervenuti. Tutto questo è reso possibile dalle caratteristiche intrinseche di flessibilità di questa metodologia che ha la qualità di un processo sia iterativo che interattivo e di conseguenza è applicabile ripetutamente ed è adeguabile continuamente al contesto;
- **in fase ex post:** serve a contestualizzare i risultati finali dei piani e programmi. Nella eventualità che sia mutato il contesto in cui il progetto è stato concepito e realizzato, si potrà adeguare anche il progetto al nuovo contesto.

Analisi SWOT del Vademecum LEGGI E DISPOSIZIONI ATTUATIVE NAZIONALI E REGIONALI (Regione Campania) IN TEMA DI DIABETE MELLITO E PATOLOGIE CRONICHE

Questa analisi SWOT mira ad individuare i punti di forza, i punti di debolezza, le opportunità e le minacce di alcune normative del presente documento che il gruppo di lavoro regionale ha deciso di redigere per la comunità scientifica diabetologica.

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
<ul style="list-style-type: none"> ● Competenza del diabetologo ● Relazione continua con le realtà diabetologiche ● Disponibilità di normative, delibere, etc ● Agevole consultazione ● Gruppo di lavoro regionale - Leggi ed istituzioni 	<ul style="list-style-type: none"> ● Informazione/formazione carente in Ambito legislativo (scarsi ECM dedicati) ● Mancanza di riferimenti o di facile consultazione ● Evoluzione delle normative ● Resistenza all'apprendimento (tempo che viene tolto all'assistenza) ● Mancanza di un insegnamento specifico nei corsi di laurea ● Scarso contatto dei diabetologi con i dirigenti strategici aziendali

OPPORTUNITÀ	MINACCE
<ul style="list-style-type: none"> • Presenza di una commissione diabetologica regionale che recepisce le proposte del gruppo • Ricaduta positiva sulle istituzioni, delle competenze acquisite dai diabetologi. • Sensibilità dei rappresentanti istituzionali. • Disponibilità del gruppo ad aggiornare le normative raccolte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Materia noiosa/Scarso interesse verso la materia • Demotivazione del diabetologo oberato dal carico assistenziale • Assenza di un feedback sul riscontro dell'applicazione delle normative con le direzioni ma anche in ambito societario • Percezione di un carico di lavoro aggiuntivo

ANALISI SWOT Legge 16 marzo 1987, n. 115, DGRC 1168/2005 e Legge 9/2009 Regione Campania

- Sono norme dedicate specificamente alle “Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito” definendo il diabete una patologia “di alto interesse sociale” con l’obiettivo di realizzare:
 - prevenzione e diagnosi precoce;
 - miglioramento della cura attraverso una rete di assistenza specializzata;
 - prevenzione delle complicanze;
 - inserimento dei diabetici nella scuola, nel lavoro, nello sport;
 - miglioramento dell’educazione sanitaria e della conoscenza tra la popolazione;
 - aggiornamento del personale sanitario;
 - individuazione della popolazione a rischio;
 - distribuzione gratuita dei fondamentali presidi diagnostici e terapeutici;
 - l’istituzione della tessera personale del diabetico etc

Legge Nazionale n.115 del 16 marzo 1987

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
<ul style="list-style-type: none"> • Legge-quadro, di principi generali, dei quali affida poi alle Regioni e alle Province autonome la concreta attuazione attraverso i Piani sanitari regionali • Definisce il diabete una patologia “di alto interesse sociale” e stabilisce alcuni obiettivi fondamentali da realizzare • La normativa indica inoltre le caratteristiche base della struttura della rete diabetologica che le Regioni e le Province autonome sono tenute ad allestire • La legge 115 è stata incorporata nel Piano sanitario nazionale del 1999. • Decreto 134/2016 obiettivi di piano con disponibilità di risorse economiche progettualizzate anche per le cronicità in cui inserire 	<ul style="list-style-type: none"> • A tutt’oggi non tutte le Regioni hanno dato piena attuazione al dettato della normativa • Piano di rientro sanitario • Scarse risorse economiche aziende sanitarie e continui turnover delle direzioni strategiche • Carezza di personale infermieristico, nutrizionisti, specialisti per il piede per attuazione di Centri (contemplati nella legge)

PDTA, risorse umane	
<p style="text-align: center;">OPPORTUNITA'</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piano sulla malattia diabetica • Legge Regionale N.9 del 22 Luglio 2009 – “Disposizioni in attuazione della legge 16 marzo 1987, n. 115 relativa alla prevenzione e alla cura del diabete mellito” • Decreto dell'Assessore alla Sanità n. 832, del 27/11/2002 Modalità di concessione presidi diagnostici e terapeutici ai pazienti diabetici: legge 115/87 • Delibera della Giunta Regionale n. 330 del 06/07/2016 • DGRCN. 1168 del 16/09/2005 • Portale Regionale SANIARP dei Diabetici che contiene oltre ai numeri ed alla tipologia di malati anche i costi suddivisi per: a) Farmaci, b) Presidi 	<p style="text-align: center;">MINACCE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risorse economiche • Scarsa integrazione delle categorie coinvolte (associazioni, medici, istituzioni)

DGRC 1168/2005 e Legge 9/2009 Regione Campania

<p style="text-align: center;">PUNTI DI FORZA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attività della commissione regionale di coordinamento delle attività di prevenzione e di assistenza per il diabete mellito in età adulta (DGRC 2453/2003 DGRC 1168/2005) • Formazione continua dei teams • Capillarità dei servizi territoriali attivi • Formulazione ed implementazione di PDTA • Razionalizzazione del percorso assistenziale • Individuazione rete ospedale-territorio • Integrazione totale tra Primary e Secondary care • Ottimizzazione delle prestazioni erogate, riduzione dei tempi di attesa e aumento della fruibilità. Ruolo dello specialista. Prevenzione secondaria. • Empowerment del paziente • Ottimizzazione delle risorse umane: 	<p style="text-align: center;">PUNTI DI DEBOLEZZA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disomogeneità dei punti di erogazione • Scarsa presenza di tecnologie avanzate • Scarso o incompleto personale del team dedicato • Resistenza degli operatori al cambiamento organizzativo e culturale • Inappropriatezza delle richieste di prestazione per mancata applicazione del PDTA. • Sovrapposizione di patologie non correlate al diabete che necessitano di percorsi integrati. • Inadeguata pianificazione • Scarsa comunicazione tra i tre livelli assistenziali • Maggiori costi per la formazione professionale, organizzazione e ai sistemi di comunicazione informatizzati. • Debolezza della rete dei servizi sociali • Volontariato e /o cooperative sociali poco rappresentate
--	---

<p>lavorare per obiettivi. Riduzione degli sprechi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adozione della cartella informatizzata in rete • Monitoraggio degli indicatori e valutazione degli outcomes. • Gestione integrata: Reclutamento del numero di pazienti con diabete non noto e riduzione dei ricoveri inappropriati • Possibilità di individuare progettualità mirate attraverso obiettivi condivisi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cultura imprenditoriale carente • Personale infermieristico e di altre figure del team carente • Dispersione delle risorse tra strutture diverse sul territorio • Controllo dei costi spesso più importante delle reali necessità dei pazienti • Scarsa operatività della commissione regionale di coordinamento delle attività di prevenzione e di assistenza per il diabete mellito in età adulta (DGRC 2453/2003 DGRC 1168/2005) • Libretto del paziente diabetico previsto dal DGRC 1168/2005 scarsamente utilizzato dal team diabetologico
---	--

POTENZIALITÀ	CRITICITÀ
<ul style="list-style-type: none"> • L'attuazione dei centri di diabetologia può contribuire a migliorare sia la qualità di cura che la qualità di vita dei pazienti diabetici • Fondi e opportunità finanziarie regionali finalizzati all'attuazione di progetti specifici per il diabete e le cronicità (DCA 134/2016)) • Programmi di formazione specifici promossi dalle ASL e AO • Commissione diabetologica regionale di supporto all'assessorato alla sanità, supervisionante le attività diabetologiche regionali • Pressioni degli stakeholders (associazione di volontariato e di cittadini) relativamente all'offerta di prestazioni sanitarie • Programmi di screening sulla popolazione a rischio • Programmi per migliorare il Counselling • Implementazione del Registro epidemiologico del diabete mellito (attualmente non implementato) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del peso economico sulle componenti più deboli della società • Aumento della prevalenza della malattia diabetica per invecchiamento della popolazione • Aggravamento dello squilibrio demografico • Crescente numero di utenza multi-etnica • Pressioni degli stakeholders (associazione di volontariato e di cittadini) relativamente all'offerta di prestazioni sanitarie • Assenza di un progetto di sviluppo strategico • Pluralità di livelli decisionali e di soggetti coinvolti • Legami deboli o assenti con l'azienda ospedaliera • Ridimensionamento di alcuni reparti a seguito delle scelte strategiche a livello regionale • Probabile ridimensionamento del settore sanitario a seguito delle scelte strategiche a livello regionale • Deterioramento del capitale umano (età di svariati operatori prossima al pensionamento) • Un nuovo quadro legislativo ed organizzativo che impone la razionalizzazione delle funzioni operative delle aziende sanitarie ed ospedaliere • Un nuovo quadro legislativo ed organizzativo che impone la razionalizzazione e la partecipazione dei servizi al cittadino • Vincoli nazionali e regionali sulle risorse destinate alle ASL (spending review e blocco assunzioni) • Assenza di oneri finanziari per implementare le norme (art. 20 legge 9/2009) • Aumento della domanda, non sempre appropriata, con riferimento alle caratteristiche dell'offerta così come definita dal DGRC 1168/2005 nel processo in corso di riorganizzazione dei centri di diabetologia

RINGRAZIAMENTI

Il Gruppo AMD Leggi ed Istituzioni ringrazia:

-AMD Regione Campania

-il Dott. Geremia Romano presidente AMD Campania che ha proposto e fortemente voluto questo gruppo

“REGOLAMENTO RECANTE LA DEFINIZIONE DEI REQUISITI ULTERIORI E LEPROCEDURE PER L’ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DEI SOGGETTI PUBBLICI E PRIVATI CHE EROGANO ATTIVITÀ DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN REGIME AMBULATORIALE, IN REGIME DI RICOVERO ED IN REGIME RESIDENZIALE”

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE CAMPANIA - N. 38 DEL 4 LUGLIO 2007

REGOLAMENTO N. 1 DEL 22 GIUGNO 2007

DIABETOLOGIA Scheda: ST6

1	Deve essere fornita all'utente una Guida ai Servizi A	A
2	Nella Guida devono essere esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente	A
3	La Guida deve contenere informazioni riguardanti: <input type="checkbox"/> nome e cognome del responsabile del Centro <input type="checkbox"/> elenco delle prestazioni erogabili <input type="checkbox"/> modalità di accesso <input type="checkbox"/> orari di accesso <input type="checkbox"/> orari per il rilascio di eventuali referti	A
4	La Guida deve contenere informazioni riguardanti i tempi massimi di attesa, i costi di partecipazione alla spesa e le relative modalità di pagamento	A
5	Deve esistere una procedura per la raccolta del consenso informato	A
6	Deve esistere ed essere seguita una procedura per il collegamento con i Medici di Medicina Generale e gli specialisti d'organo per la costituzione del T.D.I. ai sensi della D.G.R.C. 1168/16.9.2005	A
7	Devono esistere ed essere applicate disposizioni per la compilazione della cartella clinica comprensive di: <input type="checkbox"/> modalità di compilazione <input type="checkbox"/> identificazione delle responsabilità per la compilazione <input type="checkbox"/> definizione dei tempi massimi consentiti per la compilazione e per il completamento	A
8	Devono essere compilate cartelle cliniche computerizzate per ogni paziente	C
9	Deve essere redatto un piano terapeutico per ciascun paziente	A
10	Deve esistere ed essere applicata una procedura per la trasmissione al medico di medicina generale del piano terapeutico per la prescrizione dei presidi sanitari	A
11	Deve essere compilato il libretto del paziente per la parte di competenza secondo le indicazioni contenute nella D.G..R.C. 1168/05	A
12	Per ogni operatore deve essere disponibile documentazione dell'avvenuta attività formativa e di aggiornamento per il settore, secondo le previsioni della D.G.R.C. 1168/05	A
13	Devono esistere ed essere seguite procedure per le attività di informazione ed educazione sanitaria specifiche per il settore secondo le previsioni della D.G.R.C. 1168/05	A
14	Deve esistere una procedura che documenti il rilevamento e la trasmissione alle ASL territorialmente competenti dei dati utili per il monitoraggio della applicazione delle linee guida per il diabete mellito e la corretta attuazione del percorso clinico assistenziale di cui D.G.R.C. 1168/05	A

15	Deve essere assicurata la dotazione di personale per un Centro di Diabetologia per un bacino di utenza di circa 100.000 abitanti (comprensivo di circa 4.000 diabetici), con le seguenti figure: Specialisti in Diabetologia N. 3 Specialisti in Oculistica N. 1 (anche in consulenza) Specialisti in Cardiologia N. 1 (anche in consulenza) Specialista in Neurologia N.1 (anche in consulenza) Infermieri N. 4 Amministrativi N. 1	A
16	I Centri di Diabetologia che assistono un numero di pazienti inferiore a 4000 devono assicurare la seguente dotazione di personale: Specialisti in Diabetologia N. 2 Specialisti in Oculistica N. 1 (anche in consulenza) Specialisti in Cardiologia N. 1 (anche in consulenza) Specialista in Neurologia N.1 (anche in consulenza) Infermieri N. 3 Amministrativi N. 1	A
17	Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso	B
18	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura	B
19	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; - quale azione è stata attuata o proposta; - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.	C
20	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	C

Lo stesso regolamento stabilisce i livelli di qualità:

CLASSI	LIVELLO DI QUALITÀ	POSSESSO DEI REQUISITI
Classe 1	Accreditamento istituzionale con livello di qualità di base	100% Requisiti generali 100% Requisiti specifici
Classe 2	Accreditamento istituzionale con livello di qualità intermedia	100% Requisiti generali 100% Requisiti specifici tipo A 100% Requisiti specifici tipo B
Classe 3	Accreditamento istituzionale con livelli di qualità superiore	100% Requisiti generali 100% Requisiti specifici tipo A 100% Requisiti specifici tipo B 100% Requisiti specifici tipo C