JAMD
THE JOURNAL OF AMD

ARTICOLO ORIGINALE

Il management sanitario in diabetologia

Healthcare management in diabetology

Paola Maida[1], Amodio Botta[2], Fabio Baccetti[3], Patrizia Li Volsi[4], Matteo Apicella[5], Angelo Gioia[6], Antonio Minenna[7], Daniela Piani[8], Stefano Masi[9]

[1]Clinica Athena Piedimonte Matese (CE). [2]AID Nefrocenter, Avellino. [3]UOS Diabetologia e Malattie Metaboliche Apuane e Lunigiana USL Toscana Nordovest. [4]Policlinico san Giorgio, Pordenone. [5]USL Toscana Sud-Est UOC Diabetologia PO San Donato, Arezzo. [6]UOS Diabetologia PO Giulianova Asl Teramo. [7]Endocrinologia Ospedale della Murgia Fabio Perinei Altamura ASL Bari. [8]UOC Cure Primarie Ausl Modena. [9]Referente CAD II Livello, Ottaviano, DS n. 52 Palma Campania (NA) – ASL Napoli 3 Sud, DS n. 60 Nocera Inferiore (SA) e DS n. 62 Sarno (SA) – ASL Salerno.

Corresponding author: **p.maida@virgilio.it**

Abstract

Clinical governance is the system through which healthcare organizations take responsibility for the continuous improvement of their services and ensure high standards of ca-re performance, providing the optimal conditions in which clinical excellence is promo-ted. In order to play a leading role in the management and governance of care processes, the diabetologist must acquire skills not only in the medical field but also in regulatory and managerial areas. The purpose of this publication is to provide a concise representation of the diabetic care situation in our country through an analysis that assesses the actual progress of care pathways in light of recent regulations issued by each individual Region over the past few years. Inter-regional differences, implementation issues of the decisions taken, verification of continuity of care between territory-hospital-territory, and finally the state of digitalization implementation are highlighted. The 2024 evaluation of regional performance is reported, regarding the opportunities for socio-health protection offered to their citizens. It is confirmed that regional performance levels are still significantly far from an optimal target. The Health Mission of the PNRR guides towards a new governance in which telemedicine represents a fundamental role for increasingly territorially guaranteed care. Diabetic care is therefore moving towards a new governance model. In this regard, some considerations are discussed and proposals are put forward. In conclusion, clinical governance is starting to integrate the Chronic Care Model with a One-Health approach.

KEY WORDS diabetologist; clinical government; performance; telemedicine; digitalization.

OPEN ACCESS

PEER-REVIEWED

Citation Maida P, Botta A, Baccetti F, Li Volsi P, Apicella M, Gioia A, Minenna A, Piani D, Masi S. Il management sanitario in diabetologia. JAMD 29:91-103, 2026.

DOI 10.36171/jamd 26.29.2.3

Editor Luca Monge, Associazione Medici Diabetologi, Italy

Received April, 2026

Accepted June, 2026

Published June, 2026

Copyright © 2026 Maida P. This is an open access article edited by AMD, published by Idelson Gnocchi, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement All relevant data are within the paper and its supporting Information files.

Funding The Author received no specific funding for this work.

Competing interest The Author declare no competing interests.

Riassunto

La *Clinical governance* è il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standards di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica. Per giungere ad avere un ruolo da protagonista nella gestione e nel governo dei processi assistenziali, il diabetologo deve acquisire competenze, oltre che in ambito medico, anche in quello normativo e manageriale. Lo scopo di questa pubblicazione è la rappresentazione sintetica dello stato assistenziale diabetologico del nostro Paese attraverso un'analisi che verifica il reale progresso dei percorsi assistenziali alla luce delle recenti normative che ogni singola Regione ha emanato nel corso degli ultimi anni. Si evidenziano differenze interregionali, criticità attuative delle decisioni assunte, verifica della continuità assistenziale territorio-ospedale-territorio ed infine lo stato di attuazione della digitalizzazione. Viene riportata la valutazione 2024 delle performance regionali, in tema di opportunità di tutela socio-sanitaria offerta ai propri cittadini. Si conferma come i livelli di performance regionali risultino ancora significativamente distanti da un target ottimale. La Missione Salute del PNRR orienta verso una nuova *governance* di cui la telemedicina rappresenta un ruolo fondamentale per un'assistenza garantita sempre più sul territorio. L'assistenza diabetologica si avvia quindi verso un nuovo modello di *governance*. A tal riguardo si discutono alcune considerazioni e si avanzano proposte. In conclusione, la *governance* clinica si avvia ad integrare il Chronic Care Model con un approccio One-Health.

PAROLE CHIAVE diabetologo; governo clinico; performance; telemedicina; digitalizzazione.

Premessa

Il Consiglio Direttivo Nazionale dell'Associazione Medici Diabetologi nel 2023 ha istituito il Gruppo di Studio "Health Management" (HM), conferendogli mandato per un biennio di approfondire lo stato assistenziale del SSN in diabetologia. Alla luce dei recenti decreti emanati per l'assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale, vista la programmazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), è sempre più necessario da parte del Diabetologo acquisire un nuovo linguaggio gestionale ed economico utile a interagire e dialogare con le Direzioni Aziendali e le Direzioni Sanitarie. Questo processo di apprendimento viene percepito come passo fondamentale per la classe diabetologica, soprattutto alla luce della riorganizzazione territoriale della diabetologia con i fondi del PNRR. Il nuovo diabetologo deve essere innovatore e innovativo, deve essere il coordinatore del processo assistenziale, il *case manager* del percorso di cura, al centro del quale vi è sempre la Persona con diabete (PcD). Il Gruppo di studio ha recepito tale incarico sviluppando in primis un'azione di conoscenza dell'assistenza in tutto il territorio nazionale ed analizzando poi le criticità e i progressi nell' ultimo quinquennio.

Introduzione

La *Clinical governance* è un approccio gestionale attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica. La *Clinical governance* è un approccio gestionale in sanità che tende a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, coinvolgendo tutti gli *stakeholder* del sistema, assicurando condizioni organizzative ottimali per soddisfare le esigenze di tutti i pazienti. Per giungere ad avere un ruolo da protagonista nella gestione e nel governo dei processi assistenziali, il diabetologo deve acquisire competenze non solo in ambito medico ma, anche in quello normativo e manageriale. In tal senso si rende necessario che nell'ambito della formazione lo specialista diabetologo acquisisca conoscenze utili a definire il ruolo che deve avere nell'ambito dei processi di governo clinico per consolidare un ruolo di protagonista nella gestione e nel governo dei processi assistenziali. Il coordinamento del modello di presa in carico da parte del diabetologo, una compiuta integrazione fra strutture diabetologiche, strutture specialistiche ospedaliere, territoriali con la Medicina Generale all'interno di un sistema di rete; un'organizzazione e una corretta allocazione delle risorse umane e strutturali sono elementi da cui partire per continuare a garantire e migliorare i livelli qualitativi e gli outcome di

salute dell'assistenza diabetologica. L'auspicio è che il nuovo modello organizzativo secondo gli scenari proposti dal PNRR, mutuando gli aspetti virtuosi dell'esperienza clinico-assistenziale maturata negli ultimi anni a partire dalla multi-professionalità garantita dal team diabetologico, elemento essenziale della Mission AMD, sappia declinare questo patrimonio di professionalità, conoscenze e competenze in chiave di maggiore prossimità e capillarità, sfruttando a pieno anche l'opportunità offerta dalle nuove tecnologie. Lo scopo di questa pubblicazione è la rappresentazione sintetica dello stato assistenziale attraverso un'analisi che verifica il reale progresso dei percorsi assistenziali alla luce delle recenti normative che la singola Regione ha emanato. Questa pubblicazione non può ignorare il ruolo del PNRR la cui attuazione tende a realizzare una revisione dell'attuale Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e Regionale (SSR). Il Gruppo H.M. ha iniziato il suo lavoro con una ricerca delle leggi, decreti, determine, delibere e circolari regionali riguardanti l'assistenza diabetologica emanate nelle varie regioni italiane per evidenziare eventuali differenze interregionali e criticità attuative delle decisioni assunte, per verificare la realizzazione della continuità assistenziale territorio-ospedale-territorio e lo stato di attuazione della digitalizzazione.

Lo stato di salute dell'assistenza diabetologica

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 dalla legge costituzionale n. 3 del 18/10/2001. In particolare, 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. Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia Diabetica (PND) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il PND si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la gestione delle complicanze. La Conferenza Stato Regioni ha approvato il Piano nazionale cronicità nel 2016. È un documento che, nel contesto del Patto per la salute 2014-2016, disciplina le modalità di assistenza e tutela dei pazienti affetti da malattie croniche. Una sintesi delle leggi e disposizioni attuative nazionali è riportata nella tabella 1.

Tabella 1 | Normative nazionali di riferimento in diabetologia.

Riferimento normativo	Titolo sintetico
L. 115/1987	Prevenzione e cura del diabete mellito
L. 104/1992	Assistenza, integrazione sociale e diritti delle persone con disabilità
L. 68/1999	Diritto al lavoro per i disabili
L. Cost. 3/2001	Riforma del Titolo V della Costituzione
D.Lgs. 196/2003	Codice in materia di protezione dei dati personali
D.Lgs. 59/2011, mod. D.Lgs. 2/2013 e D.M. 22.12.2015	Patente di guida: recepimento direttive europee 2006/126/CE, 2009/113/CE e 2014/85/UE
D.M. 09.12.2015	Condizioni di erogabilità e appropriatezza prescrittiva dell'assistenza ambulatoriale SSN
DPCM 12.01.2017	Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)
Accordo Stato-Regioni 06.12.2012	Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica (PND)
Piano Nazionale della Cronicità, Conferenza Stato-Regioni 2016	Modalità di assistenza e tutela dei pazienti con malattie croniche (Patto per la Salute 2014–2016)
XII Commissione Permanente (Igiene e Sanità), Doc. XVII n. 16, 09.10.2012	Indagine conoscitiva sulla patologia diabetica in rapporto al SSN e alle malattie non trasmissibili

Abbreviazioni: L. = Legge; L. Cost. = Legge Costituzionale; D. Lgs. = Decreto Legislativo; D.M. = Decreto Ministeriale; DPCM = Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri; LEA = Livelli Essenziali di Assistenza; PND = Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica; SSN = Servizio Sanitario Nazionale.

L'indagine conoscitiva dei 21 SSR relativamente all'assistenza diabetologica rappresenta un'analisi che verifica il reale progresso dei percorsi assistenziali alla luce delle recenti normative che la singola regione ha emanato[1]. La legislazione di ogni singola regione emanata negli ultimi anni è disponibile nei materiali dell'Appendice all'articolo consultabile sul sito di JAMD.

Servizio sanitario nazionale e servizi sanitari regionali

Recentemente il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella ha affermato: «Il SSN costituisce una risorsa preziosa ed è un pilastro essenziale per la tutela del diritto alla salute, nella sua duplice accezione di fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. La sua efficienza è frutto, naturalmente, delle risorse dedicate e dei modelli organizzativi applicati, responsabilità, quest'ultima, affidata alle Regioni. Per garantire livelli sempre più elevati di qualità nella prevenzione, nella cura e nell'assistenza, è necessaria la costante adozione di misure sinergiche da parte di tutti gli attori coinvolti». Condividiamo pienamente questa riflessione; tuttavia, è necessario rilevare come, nella pratica, le misure sinergiche tra i diversi attori — personale sanitario, livelli dirigenziali e componente politica — non siano sempre allineate, né nei contenuti né nei tempi di attuazione.

Governance clinica: la gestione integrata (Chronic Care Model)

Dalla metà degli anni '90 e poi agli inizi del nuovo millennio si è sempre più affermato un modello di assistenza diabetologica che pone la PcD al centro del percorso di cura. In Italia questo approccio si è concretizzato nella cosiddetta **gestione integrata della malattia**, un modello organizzativo sviluppato nel contesto internazionale e declinato nel nostro Paese nella forma della gestione integrata, ispirata ai principi del Chronic Care Model (CCM). Il CCM propone una serie di cambiamenti a livello dei sistemi sanitari utili a favorire il miglioramento della condizione dei malati cronici e suggerisce un approccio proattivo tra il personale sanitario e i pazienti stessi. L'obiettivo primario nella gestione del diabete consiste nel garantire una soddisfacente qualità di vita, attraverso la prevenzione delle complicanze acute e croniche provocate dalla malattia. In pratica è maturata l'idea di sperimentare un modello di assistenza a gestione integrata del paziente, ovvero che coinvolge diverse figure professionali (medico o pediatra di famiglia, specialista diabetologo, e infermiere)[2]. Il paziente è un vero e proprio partner dell'equipe professionale. Tale modello prevede una collaborazione tra istituzioni e associazioni dei pazienti. La capacità della persona con diabete nel gestire la propria malattia è una condizione fondamentale per la prevenzione delle complicanze e garantire una soddisfacente qualità di vita. A tal fine viene svolta una attività di educazione terapeutica anche negli ambulatori infermieristici[3]. A questo vanno aggiunti i gruppi di auto-mutuo-aiuto delle associazioni dei pazienti. In effetti la gestione integrata supera il vecchio concetto di medicina come risposta al sintomo per affermare tipologie di interventi orientati ad una medicina di iniziativa, dedicando una particolare attenzione alle persone più fragili. In definitiva passare da un modello di Medicina d'attesa, dove il bisogno si trasforma in domanda, ad una Medicina d'iniziativa[4]. Finalità del CCM è quella di integrare questo modello con l'organizzazione dell'Ospedale per Intensità di cure. La Regione esercita un'azione di monitoraggio degli interventi realizzati nei vari territori, che riguarda anche l'appropriatezza nella prescrizione dei nuovi farmaci e dei dispositivi medici ad alto costo. Per implementare questo modello si è affermata la necessità di attivare reti per la presa in carico delle persone con diabete. La presa in carico avviene attraverso le strutture diabetologiche di riferimento territoriale (Hub) e gli ambulatori periferici (Spoke). La presa in carico avviene in integrazione con i Medici di Medicina Generale (MMG) e i consultori familiari. Fondamentale per la realizzazione di questo modello è la presenza di un team dedicato. La struttura del team assistenziale (MMG, medici specialisti, infermieri, psicologo, etc.) deve essere modificata, separando l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata ai pazienti cronici[4]. La visita programmata è uno degli aspetti più significativi di questa organizzazione. Alla luce dell'esperienze degli ultimi anni è ancora utile parlare di gestione integrata o è necessario aprire a nuovi modelli? È fondamentale affrontare il nodo della multicronicità.

Cronicità e PNRR

Un risultato atteso dalla implementazione del PNRR è il D.M. 77 del 23.05.22 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" che, traendo le proprie priorità sia dal PNRR sia dal

Patto per la Salute, si propone di stabilire gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi sulla base dei quali le Regioni/Province Autonome debbano rimodulare l'assistenza territoriale per garantire la presa in carico individuale; in particolare vengono definite le caratteristiche della rete di prossimità in cui si articola l'offerta dei servizi territoriali. L'evoluzione del contesto demografico determina aspetti che possono avere un impatto rilevante rispetto ai bisogni di cura e assistenza. Attualmente, infatti, almeno una persona anziana su tre vive sola. Quando si consideri il tema della cronicità, bisogna parlare di multimorbilità, definita dall'OMS come "la presenza di due o più patologie croniche nella stessa persona"[5]. La multimorbilità è associata ad outcome negativi di salute, quali ospedalizzazioni, istituzionalizzazione e mortalità, con un aumento dei costi dell'assistenza sanitaria ed è spesso associata a deficit funzionali e cognitivi, a deprivazione socioeconomica, ad una bassa qualità della vita, all'utilizzo di molteplici farmaci, fattori tutti che rendono ancora più complicato il processo di cura tenuto a valutare e trattare sia la complessità derivante dall'interazione tra le patologie sia questi ulteriori fattori. È quindi sull'idea del prendersi carico della multimorbilità e della complessità ad essa associata che bisogna riorganizzare il servizio sanitario. In questo contesto una delle linee d'intervento proposte è quella di promuovere la definizione di una metodologia per l'implementazione di sistemi di stratificazione standardizzati che tenga conto dell'impatto della cronicità sulla sostenibilità dei servizi sanitari. Questa linea di azione mette sul tavolo anche il tema dell'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale (IA) in sanità ma, forse, prima di avventurarsi verso applicazioni più complesse, come le diagnosi assistite dall'IA, potrebbe essere opportuno testarne l'impiego nelle metodologie di stratificazione della popolazione e delle patologie.

Il primo risultato atteso è, infatti, la definizione a livello nazionale, di programmi di stratificazione della popolazione, attivati in accordo rispetto ai rischi clinici e ai bisogni di salute e sociosanitari.

Punto unico di accesso, patto di cura e valutazione multidimensionale sono gli strumenti pilastro di un nuovo modello assistenziale.

Il D.M. 77 individua sei livelli di stratificazione della popolazione, così articolati:

- I livello – persona in salute;
- II livello – persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo;
- III livello – persona con complessità clinico assistenziale media (presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica);
- IV livello – persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale (presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari);
- V livello – persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale (presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali con parziale o totale non autosufficienza, con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo);
- VI livello – persona in fase terminale.

Sanità digitale nel Piano nazionale della cronicità

E la sanità digitale? L'aggiornamento al Piano nazionale della cronicità (PNC) dedica un capitolo di sei pagine al tema in cui si dichiara l'obiettivo di «promuovere lo sviluppo della sanità digitale e, in particolare della telemedicina, nell'ambito dell'assistenza alle persone con cronicità, in coerenza con le migliori buone pratiche ed evidenze scientifiche, con la normativa di riferimento e con le indicazioni contenute nel D.M. 77/2022».

Si parte dal razionale secondo cui l'evoluzione tecnologica e l'esperienza maturata durante l'emergenza pandemica da COVID-19 hanno dato un notevole impulso allo sviluppo della telemedicina e della sanità digitale.

Le linee di intervento sono:

- migliorare qualità, equità, efficienza e appropriatezza dell'assistenza attraverso l'attivazione di modelli assistenziali che coniughino i servizi di telemedicina con le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie in presenza, partendo dai bisogni di salute delle persone assistite;
- rafforzare la sanità di iniziativa e promuovere la multidisciplinarietà degli interventi tramite la realizzazione dei nuovi modelli organizzativi e delle buone pratiche, anche attraverso lo sviluppo degli strumenti di Intelligenza Artificiale;
- potenziare e adeguare i percorsi di telemedicina per facilitare la presa in carico e la continuità assistenziale delle persone con cronicità sul territorio, favorendo la deospedalizzazione e migliorando la qualità delle cure anche tramite l'attivazione dei modelli organizzativi innovativi e lo sviluppo della sanità digitale;

- promuovere e potenziare l'interoperabilità dei sistemi, anche attraverso l'interconnessione aziendale;
- potenziare percorsi di formazione e aggiornamento continuo in sanità digitale per gli operatori sanitari.

Questa è quindi l'organizzazione per il futuro, un futuro che è già stato avviato con la piena realizzazione dei progetti previsti dal PNRR entro il 2026. Ma come attualmente è garantita l'assistenza in questa fase di graduale passaggio? La risposta viene fornita dalla valutazione delle performance regionali.

Performance regionali

La valutazione 2024 delle *performance* regionali (Figura 1), in tema di opportunità di tutela socio-sanitaria offerta ai propri cittadini, oscilla da un massimo del 60% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 26%[6]. Si conferma come i livelli di *performance* regionali risultino ancora significativamente distanti da un target ottimale. Il divario fra la prima e l'ultima Regione è rilevante: un terzo delle Regioni non arriva ad un livello pari al 40% del massimo ottenibile. Nella classifica si identificano quattro gruppi di Regioni: quattro Regioni, (verde nella mappa) Veneto, Piemonte, P.A. di Bolzano e Toscana, raggiungono livelli complessivi di tutela significativamente migliori delle altre, con un indice di *performance* che supera il 50% di quella massima (rispettivamente 60%, 55%, 54% e 53%). Nel secondo gruppo (verde chiaro), troviamo sette Regioni con livelli dell'indice di *performance* omogenei, compresi tra il 50% ed il 45%: Friuli-Venezia Giulia, P.A. di Trento, Emilia-Romagna, Liguria, Valle d'Aosta, Marche e Lombardia. Nel terzo gruppo (arancione) si attestano Sardegna, Campania, Lazio, Umbria, Abruzzo e Puglia, con livelli di *performance* compresi nel range 37-44%. Infine, quattro Regioni (rosso), Sicilia, Molise, Basilicata e Calabria, si attestano su livelli di *performance* inferiori al 35% del massimo raggiungibile.

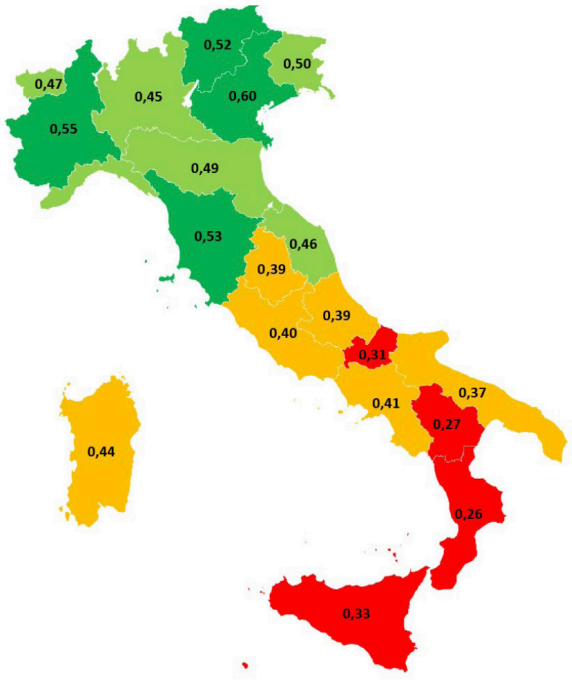


Figura 1 | Le performance regionali nel 2023: indice di performance (0 peggiore; 1 ottima)[6].

Difformità regionali nell'accesso alle cure

Ai cittadini italiani dovrebbe infatti essere garantito il diritto di beneficiare, nello stesso tempo e sull'intero territorio nazionale, delle cure rimborsate dal SSN, nel rispetto delle indicazioni terapeutiche. Tuttavia, le disparità fra le regioni nell'assistenza erogata rimangono una questione ancora aperta per il SSN[7]. Per quanto riguarda le modalità di distribuzione con la modalità diretta (DD) è il SSR che acquista direttamente il farmaco dall'industria e poi lo distribuisce ai pazienti attraverso le sue strutture, come i servizi farmaceutici territoriali. La dispensazione per conto (DPC) è una modalità che prevede che i farmaci vengano acquistati direttamente dalle ASL e distribuiti attraverso le farmacie che si trovano sul territorio. In questo caso, il SSR stipula con le farmacie private dei contratti per la distribuzione per conto, per far dispensare il farmaco dalle farmacie private, concordando per questo servizio un compenso calmierato. Questo sistema di distribuzione permette ai pazienti di ritirare i farmaci vicino a casa, senza doversi recare ogni volta presso strutture ospedaliere o le farmacie delle ASL più lontane. Infine, nella modalità di distribuzione farmaceutica convenzionata (DC) è il farmacista ad acquistare il farmaco per poi distribuirlo al paziente, venendo successivamente rimborsato dal SSR a norma di legge, in base a una percentuale sul prezzo del medicinale. L'indagine ha evidenziato come i diversi processi influiscano sulla durata complessiva dell'iter autorizzativo. In alcuni casi, come ad esempio in Lombardia, in cui non è presente un Prontuario terapeutico regionale (PTR), il dossier del farmaco viene inviato dall'azienda farmaceutica al Servizio farmaceutico regionale che,

stabiliti i termini di accesso e la lista dei prescrittori, emana una circolare di recepimento e fissa le modalità di acquisto. In questi casi, l'accesso al farmaco ai cittadini viene garantito con una procedura lenta. In altre Regioni sono presenti aspetti procedurali molto più complessi, che determinano un prolungamento a volte marcato dei tempi di approvazione. Ad esempio, in Sardegna e in Calabria la richiesta di inserimento del farmaco nel PTR deve essere a carico di un clinico e deve essere indirizzata ad una commissione locale, la quale a sua volta invia la richiesta alla commissione regionale. Quest'ultima stabilisce le modalità di distribuzione/acquisto, aggiorna il PTR e ne pubblica la versione rivista. L'intero processo avviene in un tempo generalmente compreso fra i sei e i dodici mesi. Anche dopo la fine dell'iter autorizzativo, le modalità di distribuzione del farmaco possono svolgere un ruolo importante. Infatti, la distribuzione diretta richiede una rete capillare ed efficiente, in assenza della quale l'accesso al farmaco può essere difficoltoso per i cittadini che vivono a distanza dal centro di distribuzione. Per quanto riguarda il canale di distribuzione del farmaco, in 8 Regioni è prevista fin dal primo momento la DPC, in 6 Regioni è presente una fase iniziale di DD cui segue la DPC, in 5 Regioni la DPC è preceduta da distribuzione convenzionata, mentre in Emilia-Romagna è contemplata la sola DD, salvo che per i farmaci per il diabete (ATC A10), per i quali alla distribuzione diretta fa seguito la DPC. I tempi di attivazione della DPC risultano estremamente variabili fra le diverse Regioni, potendo oscillare da uno e due mesi a oltre dodici mesi. Infine, in sette Regioni il prodotto deve essere inserito su un sito web per consentirne la prescrizione. Il tempo per l'inserimento oscilla da pochi giorni fino a due mesi. In sintesi, in aggiunta ai tempi, spesso molto lunghi, che trascorrono fra il deposito del dossier di autorizzazione e valutazione presso l'EMA e la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, le procedure regionali di recepimento dilatano ulteriormente, ed in modo non uniforme, il tempo necessario per l'effettiva disponibilità di una nuova terapia. Esiste pertanto una forte necessità di snellire e rendere omogenee tali procedure. Oggi, nella maggior parte delle Regioni, i Prontuari terapeutici hanno carattere vincolante e determinano sostanziali ritardi a danno dei pazienti, che in qualche caso devono aspettare più di due anni dall'approvazione dell'EMA, per accedere ai nuovi farmaci. Si creano di fatto situazioni in cui l'accesso a una terapia è possibile per pazienti di una Regione ma non per quelli di una Regione contigua. Le disparità di accesso da parte dei cittadini sono state più volte sottolineate dalle associazioni dei diritti del malato, che hanno ripetutamente denunciato la mancanza di omogeneità sul territorio nazionale della disponibilità di farmaci. Una ulteriore fonte di possibile disagio per i pazienti è rappresentata dai tempi, che possono superare anche i dodici mesi, per l'attivazione della distribuzione per conto. La distribuzione diretta può infatti comportare difficoltà di accesso, soprattutto da parte di soggetti anziani o fragili o per pazienti che non vivano nelle prossimità dei centri di dispensazione. Una possibile risposta alle disuguaglianze nel sistema di cure nel diabete è la creazione e implementazione delle reti Endocrino-Diabetologiche-Metaboliche in tutte le Regioni sul modello di quanto già avviene in Piemonte, Veneto, Lazio e Friuli-Venezia Giulia dove è presente e strutturata una Rete diabetologica regionale: una rete che possa garantire percorsi condivisi e prassi di buona cura almeno uguali su tutto il territorio regionale di riferimento.

Diseguaglianze regionali e adempimenti LEA

Le diseguaglianze regionali sugli adempimenti LEA conseguono a rilevanti differenze di tipo strutturale, tecnologico e organizzativo e professionale che condizionano la qualità dei 21 SSR[8]. A fronte delle scadenze italiane ed europee, le Regioni non si trovano infatti sulla stessa linea di partenza e l'entità del divario tra Regioni settentrionali e meridionali in sanità è tale che rende poco realistico raggiungere l'obiettivo trasversale del PNRR di ridurre le diseguaglianze regionali e locali. Inevitabilmente, dunque, il raggiungimento dei target nazionali sarà condizionato dalla capacità delle Regioni del Nord di trainare quelle del Mezzogiorno. Innanzitutto, il problema riguarda i modelli organizzativi dell'assistenza territoriale: infatti, accanto a Regioni del Nord dove questa è ormai da oltre un decennio strutturata e organizzata con Case della Comunità (CdC) variamente denominate, nella quasi totalità delle Regioni meridionali il territorio è desertificato e di fatto l'assistenza territoriale coincide con gli ambulatori dei MMG. A questo proposito, è utile ribadire che il DM 77 è stato concepito principalmente sul modello dell'Emilia-Romagna, dal quale la maggior parte delle Regioni si discostano sia a livello strutturale-organizzativo, sia in termini di coinvolgimento dei professionisti sanitari e di consapevolezza da parte della popolazione. In particolare, la prima ricogni-

zione effettuata dal Servizio studi Affari sociali della Camera su CdC e Ospedali di Comunità dichiarati attivi nel 2020 documentava una situazione regionale molto eterogenea. In secondo luogo, esistono nette differenze sulle performance dell'assistenza territoriale. Ad esempio, uno dei target più rilevanti della Missione 6 è assistere il 10% della popolazione over 65 in ADI, passando dai quasi 702 mila assistiti nel 2019 a oltre 1,5 milioni nel 2026 (+842 mila persone). Tuttavia, se da un lato il raggiungimento del target nazionale appare realistico, la riduzione delle differenze regionali è condizionata da differenti "punti di partenza". Infatti, a dicembre 2023 tre Regioni non hanno raggiunto i target intermedi: Sardegna, Campania e Sicilia.
Complessivamente questi dati confermano che in sanità nonostante la definizione dei LEA nel 2001, il loro monitoraggio annuale e l'utilizzo da parte dello Stato di strumenti quali Piani di rientro e commissariamenti, persistono inaccettabili diseguaglianze tra i 21 sistemi sanitari regionali. In particolare, oggi non siamo più di fronte ad un semplice divario Nord-Sud, ma ad una "frattura strutturale" che compromette qualità dei servizi sanitari, equità di accesso, esiti di salute e aspettativa di vita alla nascita, alimentando un imponente flusso di mobilità sanitaria da Sud a Nord.

Fascicolo sanitario elettronico

In base ai target EU del PNRR, entro il 31 dicembre 2025 almeno l'85% dei MMG dovrà alimentare il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), la cui implementazione presenta notevoli differenze regionali. Nel maggio 2022 sono state emanate le Linee Guida per l'attuazione del nuovo Fascicolo sanitario elettronico sulla base delle quali, nel giugno 2022, il Ministero per l'innovazione tecnologica e transizione digitale ha rilevato che, oltre ad un'implementazione disomogenea nelle Regioni in termini di contenuti e standard, il nucleo minimo dei documenti clinici non era pienamente implementato ovunque: solo Emilia Romagna, Lombardia, Toscana e Piemonte avevano una percentuale di alimentazione del FSE superiore al 50%, mentre Campania, Liguria, Sicilia e Calabria non superavano il 5%. Oggi tramite il portale realizzato dal Ministero della Salute e dal Dipartimento per la trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri è possibile monitorare i dati di utilizzo del FSE da parte di cittadini, medici e aziende sanitarie[9].
In dettaglio: i cittadini che nel periodo gennaio-marzo 2024 hanno effettuato almeno un accesso al FSE, sul totale di coloro ai quali nello stesso periodo è stato messo a disposizione sul fascicolo almeno un documento sono il 18%, con un range che varia dall'1% di Calabria, Marche e Sicilia al 64% della Provincia autonoma di Trento.
Tutte le Regioni del Mezzogiorno, ad eccezione della Campania (21%), si collocano al di sotto della media nazionale, con percentuali di utilizzo ≤3%, fatta eccezione per la Sardegna (8%). *È* utile far presente che dove la rete diabetologica regionale usa una sola cartella informatizzata diabetologica è previsto un collegamento diretto con FSE.
Se da un lato la Missione Salute del PNRR rappresenta una grande opportunità per potenziare il SSN, dall'altro è evidente che per ottenere il massimo ritorno in termini di salute delle risorse investite e per ridurre le diseguaglianze regionali e locali, la sua attuazione deve tenere conto delle criticità di implementazione ed essere sostenuta da diverse azioni politiche[10]. Infatti, effettuata la "messa a terra" della Missione Salute, il rispetto delle scadenze successive sarà condizionato soprattutto dalle criticità di attuazione del DM 77 nei 21 SSR, legate sia alle figure chiave del personale sanitario coinvolte nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale, sia alle rilevanti diseguaglianze regionali. Di conseguenza, per attuare il DM 77 bisogna mettere in campo coraggiose riforme di sistema, finalizzate in particolare a ridisegnare ruolo e responsabilità dei MMG e facilitare l'integrazione con l'Infermiere di famiglia o di comunità; in secondo luogo, sono necessari investimenti certi e vincolati per il personale sanitario dal 2027, oltre che soluzioni concrete per rendere attrattiva la professione infermieristica, poiché la sua carenza rappresenta attualmente un grande ostacolo per attuare il DM 77. Infine, occorre un affiancamento delle Regioni del Mezzogiorno per colmare i divari esistenti che non può coincidere, come previsto dal contratto istituzionale di sviluppo, con la fallimentare strategia dei Piani di rientro basata sull'attuazione dei poteri sostitutivi dello Stato nei confronti delle Regioni inadempienti[11]. Ma soprattutto la politica, oltre a credere davvero nell'impianto della Missione Salute, deve inserirlo in un quadro di rafforzamento complessivo del SSN, la cui crisi di sostenibilità è prossima al punto di non ritorno. In assenza di queste misure finiremo per indebitare le future generazioni per finanziare solo un costoso *lifting* del SSN.
Mentre potrebbe essere necessario a quel punto riformare il SSN, un sistema ormai vecchio di quasi 50 anni!

L'autonomia differenziata

L'art. 116, terzo comma, della Costituzione prevede la possibilità di attribuire alle Regioni a statuto ordinario "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" (c.d. "regionalismo differenziato" *o* "regionalismo asimmetrico") sulla base di un'intesa tra lo Stato e le Regioni che ne facciano richiesta. Firmata l'intesa, al Governo spetta di formulare il relativo DdL di ratifica che dovrà quindi essere approvato dalle Camere con maggioranza assoluta. Gli ambiti su cui sono attivabili ulteriori forme di autonomia riguardano alcune materie di competenza legislativa esclusiva dello Stato (organizzazione della giustizia di pace, norme generali sull'istruzione, tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali) e tutte le materie che l'articolo 117 della Costituzione attribuisce alla competenza legislativa concorrente tra Stato e Regioni tra cui ricerca scientifica e tecnologica, sostegno all'innovazione per i settori produttivi, tutela della salute, alimentazione, ordinamento sportivo, protezione civile. Le Regioni possono richiedere qualsiasi forma di autonomia su 23 materie, senza dover fornire motivazioni. Il Parlamento viene di fatto esautorato sia dalla valutazione e approvazione delle maggiori autonomie richieste, sia, nella fase iniziale, anche dalla definizione dei Livelli essenziali di prestazione (LEP); l'assegnazione di maggiori autonomie precede la definizione e il finanziamento dei LEP; per la materia "tutela della salute," visto che esistono già i LEA, non è necessario definire i LEP anche se dovranno comunque essere determinati in un decreto legislativo; non sono previsti maggiori oneri per la finanza pubblica né per il raggiungimento dei LEP né per il recupero dei divari tra le varie aree del Paese.

L'attuazione di maggiori autonomie in sanità, richieste proprio dalle Regioni con le migliori performance sanitarie e maggior capacità di attrazione, non potrà che amplificare tutte le diseguaglianze già esistenti. Di conseguenza, senza sanare almeno in parte tale "frattura strutturale", senza modificare i criteri di riparto del FSN, senza superare il sistema dei Piani di rientro e dei commissariamenti e senza aumentare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, l'autonomia differenziata rischia di trasformare definitivamente la sanità in un bene pubblico nelle più ricche Regioni del Nord e un bene di consumo nelle altre Regioni[7]. Non è infatti è ammissibile violare il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nell'esercizio del diritto alla tutela della salute, legittimando normativamente il divario tra Nord e Sud.

Missione Salute del PNRR: verso una nuova *governance*?

Il PNRR si articola in 16 componenti, raggruppate in 6 Missioni. Presentato alla Commissione europea il 30 aprile 2021 e formalmente approvato il 13 luglio 2021, il PNRR (denominato "Italia Domani") destina all'Italia un finanziamento di € 191,5 miliardi, tra sovvenzioni e prestiti di cui l'8,16% è destinato alla Missione 6 Salute[10].

Alla Missione Salute del PNRR sono stati assegnati € 15,63 miliardi ai quali si aggiungono altre risorse per un totale di € 20,9 miliardi; in dettaglio, € 2,89 miliardi del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC) istituito dal Governo per integrare e potenziare i contenuti del PNRR.

Di questi € 2,39 miliardi sono assegnati al Ministero della Salute con le seguenti destinazioni:

- € 500 milioni per il capitolo "Salute, ambiente, biodiversità e clima";
- € 1,45 miliardi per il programma "Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile";
- € 437 milioni per l'ecosistema innovativo della salute
- € 500 milioni sono destinati al Ministero dell'Università per iniziative di ricerca per tecnologie e percorsi innovativi in ambito sanitario e assistenziale

La Missione 6 Salute è costituita da due componenti:

- M6C1. Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.
- M6C2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN.

Case della Comunità

Secondo il 7° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale (ottobre 2024)[7], rispetto alle 1.421 Case della Comunità (CdC) da attivare entro il 2026, risultavano dichiarate attive dalle Regioni solo 268 (19% del totale), con standard organizzativi non sempre completi. Il quadro regionale si presentava disomogeneo: cinque Regioni si collocavano al di sopra della media nazionale — Lombardia (66%), Veneto (62%), Emilia-Romagna (52%), Molise (38%) e Piemonte (21%) — mentre Toscana (11%), Marche (10%), Liguria (3%) e Sicilia (1%), pur al di sotto della media, avevano avviato almeno alcune attivazioni. Le restanti dodici Regioni e Province autonome, tra cui sei del Mezzogiorno, non avevano ancora dichiarato attiva alcuna CdC. Il successivo monitoraggio AGENAS sul secondo semestre 2025 ha rilevato 781 CdC con almeno un

servizio attivo su 1.715 strutture previste (45%), ma solo 66 (4%) risultavano pienamente operative con tutti i servizi obbligatori e la presenza continuativa di personale medico e infermieristico; in 8 Regioni non era presente alcuna CdC completamente attiva[12].

Centrali operative territoriali

Delle 611 Centrali Operative Territoriali (COT) da attivare entro il 2024, ne risultavano dichiarate attive dalle Regioni 416, delle quali solo 362 (59% del totale) classificate come "pienamente funzionanti" a seguito della verifica dei requisiti da parte di un ingegnere indipendente[7]. Tra le tredici Regioni al di sopra della media nazionale, Abruzzo, Marche, Provincia Autonoma di Bolzano, Umbria e Valle d'Aosta avevano raggiunto il completamento totale. Al di sotto della media si collocavano la Sicilia (18%) e sette Regioni prive di qualsiasi COT attivata, di cui cinque del Mezzogiorno: Basilicata, Calabria, Campania, Molise e Puglia, oltre a Friuli-Venezia Giulia e Provincia Autonoma di Trento. Il monitoraggio AGENAS del secondo semestre 2025 ha confermato un quadro più positivo per questa tipologia di strutture: 625 COT risultavano attive e pienamente funzionanti sulle 657 programmate, con 480 che avevano raggiunto il target di rilevanza comunitaria rendicontato alla Commissione Europea[12].

Ospedali di Comunità

Dei 429 Ospedali di Comunità (OdC) da attivare entro il 2026, ne risultavano dichiarati attivi 56 (13% del totale)[7]. Il Molise aveva raggiunto il 100% dell'obiettivo assegnato; altre sei Regioni si collocavano al di sopra della media nazionale: Veneto (43%), Lombardia (33%), Puglia, Abruzzo e Liguria (18% ciascuna) ed Emilia-Romagna (15%). Marche (11%), Sardegna (8%) e Campania (2%), pur al di sotto della media, avevano attivato almeno un OdC, mentre le restanti undici Regioni, di cui tre nel Mezzogiorno, non avevano ancora avviato alcuna struttura. I dati AGENAS del secondo semestre 2025 mostrano un avanzamento ancora parziale: 163 OdC attivi su 594 previsti (27%), con Veneto (47), Lombardia (30) ed Emilia-Romagna (24) in testa e quattro Regioni — Basilicata, Marche, Provincia Autonoma di Bolzano e Valle d'Aosta — ancora a zero strutture operative[12].

Telemedicina

L'enfasi sulle grandi opportunità offerte dalla telemedicina nella riorganizzazione dell'assistenza sanitaria si sono concentrate soprattutto sulla creazione e utilizzo di dispositivi tecnologici sempre più sofisticati e molto meno sulla necessità di risolvere due criticità fondamentali per evitare nuove diseguaglianze. In primo luogo, l'elevato livello di *digital illitteracy* in Italia, che richiede l'attuazione di programmi di alfabetizzazione digitale rivolti a professionisti sanitari, pazienti, familiari e caregiver. In secondo luogo, la necessità di digitalizzare le infrastrutture: infatti, la piena attuazione delle riforme previste dal PNRR è strettamente legata alla digitalizzazione del Paese (identità digitale, adozione del cloud, servizi pubblici digitali) e alla disponibilità su tutto il territorio nazionale di una connettività veloce e uniforme. In tale contesto è determinante conseguire gli obiettivi previsti dal piano "Italia digitale 2026" e dal piano "Banda ultra larga", dove una delle sette linee di intervento è rappresentata dagli interventi per la "Sanità connessa", che intende garantire la connettività per le strutture sanitarie, dagli ambulatori agli ospedali, con velocità simmetriche di almeno 1 Gbps e fino a 10 Gbps[13].
Lo strumento cardine del modello delineato nel DM 77/2022 è la piattaforma tecnologica deputata all'erogazione dei servizi di telemedicina che si integra con l'ecosistema di sanità digitale (es. FSE) e si interfaccia con la Piattaforma nazionale di telemedicina. I servizi che possono essere erogati in telemedicina sono televisita, teleconsulto medico, teleconsulenza medico-sanitaria, teleassistenza, telemonitoraggio, telecontrollo, teleriabilitazione e altri servizi che possono essere erogati da remoto.

Assistenza diabetologica e *governance*

Alla luce delle considerazioni sopraesposte le criticità ed i punti su cui è necessario intervenire sono i seguenti.

- Governance *Stato-Regioni*. Potenziare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, nel rispetto dei loro poteri, per ridurre diseguaglianze, iniquità e sprechi e garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute.
- *Finanziamento pubblico*. Aumentare in maniera progressiva e consistente il finanziamento pubblico per la sanità per allinearlo alla media dei paesi europei, al fine di garantire il rilancio delle politiche del personale sanitario, l'erogazione uniforme dei LEA e l'equità di accesso alle innovazioni.
- *Livelli essenziali di assistenza*. Garantire l'aggiornamento continuo dei LEA per rendere

rapidamente accessibili le vere innovazioni escludendo le prestazioni sanitarie obsolete e ridurre le diseguaglianze regionali nell'esigibilità dei LEA.

- *Servizi sanitari e socio-sanitari*. Programmare l'offerta di servizi sanitari secondo i reali bisogni di salute della popolazione e renderla disponibile tramite reti integrate multiprofessionali, al fine di ridurre la frammentazione tra assistenza sanitaria e sociale e tra ospedale e territorio
- *Personale sanitario*. Rilanciare le politiche sul capitale umano per valorizzare la colonna portante della sanità pubblica e rendere nuovamente attrattiva la carriera nel SSN, innovando i processi di formazione e valutazione delle competenze professionali.
- *Sprechi e inefficienze*. Ridurre inappropriatezze e inefficienze, contrastare frodi e abusi e riallocare le risorse recuperate in servizi essenziali e innovazioni, aumentando il valore della spesa sanitaria.
- *Rapporto pubblico-privato*. Favorire una sana integrazione pubblico-privato al fine di ridurre le diseguaglianze d'accesso ai servizi sanitari e arginare l'espansione incontrollata della sanità privata.
- *Sanità integrativa*. Rendere i fondi sanitari realmente integrativi rispetto alle prestazioni già incluse nei LEA, al fine di arginare diseguaglianze, privatizzazione, erosione di risorse pubbliche e derive consumistiche.
- *Trasformazione digitale*. Promuovere cultura e competenze digitali della popolazione, in particolare di professionisti sanitari, pazienti, familiari e caregiver, e rimuovere gli ostacoli alla digitalizzazione, al fine di ridurre le diseguaglianze e migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari e l'efficienza del SSN.
- *Informazione alla popolazione*. Aumentare la consapevolezza civica del valore del SSN, potenziare l'informazione istituzionale basata sulle evidenze scientifiche e migliorare l'alfabetizzazione sanitaria, al fine di favorire decisioni informate sulla salute, ridurre il consumismo sanitario e contrastare le fake news.
- *Ricerca indipendente*. Potenziare la ricerca clinica e organizzativa integrandole in un programma nazionale di ricerca e sviluppo, al fine di produrre evidenze scientifiche per informare scelte e investimenti del SSN.

Governance clinica: dal Chronic Care Model all'approccio One-Health

La salute degli esseri umani, degli animali, delle piante e degli ecosistemi è interdipendente e dobbiamo affrontare una serie di sfide sanitarie trasversali a questi settori, tra cui la resistenza antimicrobica e l'impatto dei cambiamenti climatici sulla salute. L'approccio One Health fornisce un quadro potente per ottimizzare in modo sostenibile i risultati sanitari riconoscendo questa interconnessione. L'attuazione dell'approccio è essenziale per garantire che tutti i settori e le parti interessate lavorino insieme in modo efficace e intersettoriale, anche per affrontare la triplice crisi planetaria del cambiamento climatico, della perdita di biodiversità e dell'inquinamento. Tutti i Paesi devono disporre di Piani d'Azione Nazionali (PAN) sulla resistenza antimicrobica multisettoriali e prioritari, che attuino l'approccio One Health, con finanziamenti adeguati a carico dei bilanci nazionali. La crisi climatica è anche una crisi sanitaria urgente con impatti sugli ecosistemi, sulla salute umana, sulla salute animale e sulla produzione alimentare. L'implementazione dell'intelligenza artificiale (IA) nel settore sanitario rappresenta una grande opportunità per i professionisti sanitari, i pazienti, i decisori politici e altri stakeholder per migliorare l'efficienza operativa e i risultati sanitari. In questo contesto l'approccio One Health si configura come un riferimento strategico di *governance* politico-sanitaria su cui costruire un nuovo concetto di sistema sociosanitario.

Conclusioni

Gli interventi per un'assistenza diabetologica attenta ai bisogni delle persone con diabete individuati da AMD sono elencati nella figura 2.

Riteniamo fondamentale rafforzare le funzioni e la professionalità del diabetologo nel suo ruolo di coordinatore dell'intero percorso di cura, anche attraverso una formazione specifica dedicata alle competenze manageriali. Questo è stato l'obiettivo del presente lavoro di ricerca e di riflessione volto a delineare una nuova governance per il rilancio e l'adeguamento dell'assistenza diabetologica ai bisogni attuali. L'auspicio è che il nuovo modello organizzativo, secondo gli scenari proposti dal PNRR, mutuando gli aspetti virtuosi dell'esperienza clinico-assistenziale maturata negli ultimi anni a partire dalla multi-professio-



Figura 2 | Interventi per garantire un'assistenza diabetologica adeguata allo stato epidemiologico attuale[14].

nalità garantita dal team diabetologico, sappia declinare questo patrimonio di professionalità, conoscenze e competenze in chiave di maggiore prossimità e capillarità, sfruttando appieno anche le opportunità offerte dalle nuove tecnologie. È necessario un impegno concreto da parte degli enti decisori per facilitare accesso alle terapie innovative e ottimizzare percorsi assistenziali, tenendo sempre a mente che la via maestra per fronteggiare la sfida contro il diabete è "misurare, condividere e migliorare".

Bibliografia e sitografia

1. Diabetes Monitor. Italian Barometer Diabetes Report: i dati sul diabete in Italia, una fotografia su una pandemia complessa e in continua evoluzione. 2024. Disponibile da: https://panoramadellasanita.it/site/wp-content/uploads/2024/07/REPORT-2024.pdf. Accesso 4 aprile 2026.
2. Harvard TH. Chan School of Public Health. Health Professionals Follow-up Study (HPFS). Disponibile da: https://www.hsph.harvard.edu/hpfs/. Accesso 4 aprile 2026.
3. Nurses' Health Study. Disponibile da: https://nurseshealthstudy.org/. Accesso 4 aprile 2026.

4. Russo G, Di Bartolo P, Candido R, Lucisano G, Manicardi V, Giandalia A et al. The AMD ANNALS: a continuous initiative for the improvement of type 2 diabetes care. Diabetes Res Clin Pract 199:110672. doi:10.1016/j.diabres 110672, 2023.
5. Ministero della Salute. Osservatorio Cronicità. Manuale Operativo PON Cronicità 2023. Disponibile da: https://osservatoriocronicita.it/images/Manuale_Operativo_PON_Cronicita_2023_web_14_09.pdf Accesso 4 aprile 2026.
6. CREA Sanità. "Opportunità di tutela della salute: le performance regionali", XII Edizione, 2024. https://www.creasanita.it/wp-content/uploads/2003/05/crea_performance-2023.pdf.
7. Fondazione GIMBE. 7° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Ottobre 2024 https://salviamo-ssn.it/var/contenuti/7_Rapporto_GIMBE_SSN.pdf Accesso 4 aprile 2026.
8. Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Metodologia e risultati dell'anno 2022. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Disponibile da: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3456_allegato.pdf. Accesso 30 settembre 2024, Accesso 4 aprile 2026.
9. Ministero della Salute. Linee guida per l'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (Decreto 20 maggio 2022, GU Serie Generale n. 160 del 11/07/2022; DM 7 settembre 2023 GURI n. 249 del 24/10/2023. https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/07/11/22A03961/sg Accesso 4 aprile 2026.
10. Governo Italiano. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza "Italia Domani". Disponibile da: www.italiadomani.gov.it/content/dam/sogei-ng/documenti/PNRR%20Aggiornato.pdf. Accesso 30 settembre 2024.
11. Governo Italiano. Stato di attuazione PNRR. Disponibile da: https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/home.html. Accesso 4 aprile 2026.
12. AGENAS. Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022 — II Semestre 2025. Marzo 2026. Disponibile da: https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/03/report_nazionale_dm77_ii_semestre_2025_-_200326.pdf Accesso 4 aprile 2026.
13. Accordo Stato-Regioni del 17/12/2020. Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina (Rep. Atti n. 215/CSR); DM Salute 29/04/2022; DM Salute 21/09/2022; DM Salute e Ministero Innovazione 30/09/2022. https://www.statoregioni.it/media/3221/p-3-csr-rep-n-215-17dic2020.pdf Accesso 4 aprile 2026.
14. Associazione Medici Diabetologi e Società Italiana di Diabetologia. Le opportunità dell'assistenza diabetologica alla luce del PNRR. Giugno 2022.

Il management sanitario in diabetologia

Paola Maida, Amodio Botta, Fabio Baccetti, Patrizia Li Volsi, Matteo Apicella, Angelo Gioia, Antonio Minenna, Daniela Piani, Stefano Masi

APPENDICE
Leggi regionali

ABRUZZO

- Delibera della Giunta Regionale n.591/P dell'01.07.2008: accreditamento istituzionale
  I soggetti pubblici e privati autorizzati all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie possono presentare domanda di accreditamento ai sensi della L.R. 31.7.2007 n. 32
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 646 del 27 agosto 2018 ad oggetto: "Approvazione del nuovo Catalogo Unico Regionale delle Prestazioni Sanitarie Specialistiche prescrivibili.", nelle more della piena vigenza del DPCM 12.1.2017 che definisce i nuovi LEA , nonché nell'invarianza delle tariffe vigenti contenute nel Nomenclatore Regionale
- Catalogo versione 1.0 (del 01/03/2019)Aggiornamento catalogo versione 4.3 (Aprile 2023)
- DGR n. 63 del 03/02/2020 disciplina l'Istituzione della Commissione regionale della Malattia Diabetica per la promozione e il monitoraggio delle azioni necessarie alla corretta erogazione dell'assistenza ai pazienti diabetici adulti e pediatrici.
- L.R. 17 agosto 2023, n. 35 Interventi per la realizzazione di soggiorni educativo-terapeutici e campi scuola nella Regione Abruzzo in favore di bambini ed adolescenti con diabete mellito.
- 20.03.2015 Protocollo d'intesa tra Regione Abruzzo- assessorato alle politiche della salute e MIUR-ufficio scolastico regionale per l'abruzzo per un piano integrato di accoglienza e assistenza del minore con diabete nelle scuole di ogni ordine e grado.
- Prot. n.8861 del 24.07.2019 protocollo d'intesa relativo alle attivita' di promozione ed educazione alla salute nelle scuole tra la Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute e il Welfare e l'Ufficio Scolastico Regionale per l'Abruzzo–Direzione Generale
- 2021 Agenzia sanitaria regionale Abruzzo: PDTA per la gestione integrata del diabete in età pediatrica
- Delibera n 171 Giunta regionale 26 marzo 2018: Disposizioni in materia di prescrizione e dispensazione di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione di soggetti affetti da diabete mellito
- L.R. 23 maggio 2024, n. 9 Disposizioni urgenti per la copertura del disavanzo del servizio sanitario regionale risultante dal conto economico al quarto trimestre 2023.
- Deliberazione di Giunta n. 780 del 20/12/2017 Modifica e integrazione Decreto del Commissario ad Acta n. 114 del 28.09.2016 "Distribuzione di farmaci del PHT tramite le farmacie convenzionate con la modalità in nome e per conto (DPC) del SSR e attivazione del servizio Farmacup –
- DGR n. 508 del 16/07/2018 Misure per la prossimità dei Servizi al cittadino. Disposizioni attuative della

Distribuzione dei farmaci del PHT tramite le farmacie convenzionate con la ì in nome e per conto del SSR (DPC)LEA
- DGR n. 24 del 25/01/2022 DPCM 12 gennaio 2017 livelli essenziali di assistenza – presa d'atto e approvazione del documento tecnico "PDTA del diabete e rete diabetologica".tecnologie applicate al diabete mellito
- G.R. 26 marzo 2018 delibera n 171: Disposizioni in materia di prescrizione e dispensazione di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione di soggetti affetti da diabete mellito
- Telemedicina:nell'ambito dei fondi del PNRR la Regione Abruzzo ha elaborato il primo progetto regionale di telemedicina per la gestione dei pazienti con diabete, coerentemente al Modello Organizzativo Regionale.

BASILICATA

- Il Piano Nazionale sulla malattia diabete è stato recepito Giunta Regionale n.136 del14 febbraio 2013.
- Tutti gli ambulatori di Diabetologia in Basilicata sono autorizzati alla prescrizione di Tecnologie del Diabete e alla cura del Piede Diabetico e del Diabete Gestazionale - DGR 452 2016, -DGR 682 2018, -DGR 329 2021
- Ripresi dalla Giunta in data 19.12.24 con "Delibera per Integrazione delle linee di indirizzo per la prescrizione insulina, autocontrollo con glucometro, CGM ai pazienti in terapia intensiva per 1 anno per DM da pat.pancrea, ipoglicemie severe, trattamento insulinico non intensivo (3 somm., basal plus) o secretagoghi con uso sensore almeno 85% e TIR70%, GDM, autisti, edili
- Determinazione Dirigenziale, Listino Assistenza Sanitaria Integrativa Regionale 09/10/2017
- Delibera n. 430 del 19 Maggio 2017 Integrazioni DGR n.452 del 29 Aprile 2016
- Delibera n. 451 del 29 Aprile 2016 Linee guida per la prescrizione dispositivi per autocontrollo domicilaire glicemia
- Delibera n° 1565 del 1° dicembre 2015 su adozione del Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con Diabete
- Legge di stabilità regionale 2015:Erogazione presidi diagnostici e terapeutici per la prevenzione e la cura del diabete
- Delibera n. 885 29/10/2021 - Direttiva vincolante per lo sviluppo dell'assistenza diabetologica nella rete territoriale e Ospedaliera per il Diabete. Delibera N. 755 del 24/06/2014: Legge regionale concessione Microinfusore. Modello concessione Microinfusore
- Delibera di Giunta n. 761 del 24 GIU. 2014: Approvazione Linee Guida Regionali per la Promozione della Salute nelle scuole, Somministrazione dei farmaci a scuola
- Recepimento accordo Stato - Regioni del 6 dicembre 2012, Rep.Atti n.233/CSR, su Delibera 968 del 05/07/2011 - Assistenza sanitaria integrativa regionale -
- Protocollo per il sostegno alle patologie croniche dell'età evolutiva:Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente diabetico
- Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità: Ammalarsi meno, curarsi meglio.
- Distribuzione per conto dei farmaci e per la erogazione presidi per diabetici

CALABRIA

- DPRG Regione Calabria n.89 del 13 giugno 2013 "Adozione Piano nazionale Diabete"
- Legge regionale n.50 22/12/2017:interventi per la realizzazione di soggiorni educativi nella regione Calabria in favore di bambini,adolescenti e giovani con diabete mellito

- Decreto del Dirigente Tutela della saluten-719 2014 –Recepimento inserimento del bambino,adolescenti e giovani con diabete mellito in ambiente scolastico
- Decreto Commissario ad Acta n.11 del 25 gennaio 2018:Rete assistenziale Diabetologica integrata territorio-ospedale e documento di indirizzo sull'erogazione di presidi, prescrizione e gestione della terapia con microinfusore ed altre tecnologie di indirizzo per la gestione del diabete gestazionale e di indirizzo per la gestione della gravidanza in donne con diabete pregestazionale tipo 1 e tipo 2
- Decreto Commissario ad Acta n.96 27/07/2021 "ricostituzione coordinamento regionale della rete assistenziale diabetologica pediatria, transizione, scuola
- Decreto Commissario ad Acta n.13 del 2 aprile 2015:approvazione PDTA per la malattia diabetica e nell'adulto ed in età pediatrica
- Lettera circolare del 18/05/2005 n.8890:erogazione gratuita presidi per diabetici
- Lettera circolare del 13/04/2005 n.5665 erogazione presidi per diabetici
- Decreto Commissario ad Acta n.13n.49 del 30/011/2018 Modifiche linee guida in materia di prescrizione e dispensazione a carico del SSR di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione di soggetti affetti da diabete
- Decreto Commissario ad Acta n.146 del 7/11/2017 linee guida in materia di prescrizione e dispensazione a carico del SSR di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione di soggetti con diabete
- Associazioni e manifesto dei diritti della persona con diabete in linea con il piano nazionale sulla malattia diabete, le associazioni hanno creato un coordinamento regionale delle associazioni pazienti. Il manifesto dei diritti della persona con diabete in Calabria è stato recepito dall'azienda sanitaria provinciale di Crotone nel 2012

CAMPANIA

- Il Piano Nazionale sulla malattia diabete è stato recepito con la D.C.A n. 26 del 3 giugno 2014.
- 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 n. 330 del 6 luglio 2016 determinazione del fabbisogno di Centri Diabetologici per il secondo livello assistenziale pubblici e privati per l'assistenza al paziente diabetico
- Decreto Regionale del commissario ad Acta n.24 24/1/2020
- DCA 5 del 25/01/2018 Rete regionale Centri assistenza diabetologica II livello- Modifica ed integrazione
- DCA 51 del 7.11.2017 DCA 51 del 07/11/2017 Rete regionale Centri assistenza diabetologica II livello
- Delibera della Giunta Regionale n. 544 del 02/12/2020 Rete regionale dei centri di assistenza diabetologica -aggiornamento
- Decreto n. 14 del 13 gennaio 2017 costituzione della commissione diabetologica regionale ai sensi dell'articolo 4 della L.R. N.9/2009
- Decreto 87/2013 Accordo per la medicina Generale con Gestione Integrata Diabete
- Provvedimenti 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 Diabete) _
- Deliberazione N. 1277 - Area generale di Coordinamento N. 20 - Assistenza Sanitaria Linee Guida Regionali per l'assistenza al diabete in età pediatrica 16 gennaio 2004
- Decreto 159/2013 Commissione campi scuola
- DCA 48 del 04/07/2014 PDTA integrati ospedale – territorio per la gestione del piede diabetico
- Decreto dell'Assessore alla Sanità n. 832, del 27/11/2002 Modalità di concessione presidi diagnostici e terapeutici ai pazienti diabetici: legge 115/87
- DCA 48 del 28/06/2019 Modalità di distribuzione presidi per diabetici e relativi prezzi

- Tecnologie applicate alla cura del diabete mellito: percorso prescrittivo monitoraggio e gestione dei flussi Delibera della Giunta Regionale n.98 del 28/2/2017
- Delibera della Giunta Regionale n. 6 del 12/01/2021:linee di indirizzo regionali sull'attivazione dei servizi sanitari erogabili a distanza (telemedicina)
- Delibera n° 76 del 24/02/2025 DG 04 91 oggetto: Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente con Diabete in Regione Campania.
- Delibera della Giunta Regionale n. 266 del 21/05/2025: modalità organizzative per l'accesso a sensori, microinfusori e altri dispositivi per l'autocontrollo e il trattamento del diabete mellito....

EMILIA-ROMAGNA

- Legge regionale n. 22/2019 "Nuove norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private.
- "Patto per il Lavoro e per il Clima" (Giunta n. 1899 del 14 dicembre 2020)
- Applicazione del Piano sulla Malattia Diabetica nella Regione Emilia Romagna" 2015–
- https://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/diabete/gestione-integrata-del-diabete-mellito-di-tipo-2-2017/@Circolare_5-gestione-integrata-DM2_.pdf
- Nelle Aziende Usl sono attivi specifici registri delle persone con diabete, che consentono anche alle singole Aziende sanitarie una azione di monitoraggio sulla qualità dell'assistenza.
- I percorsi di cura. https://bibliotecamedica.ausl.re.it/allegati/ceveas%201%20diabete_
- Percorso diagnostico assistenziale per bambini e adolescenti (145.59 KB) https://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/diabete/Padiabetepediatrico.
- Le linee guida sui campi estivi
- Percorso transizione file:///C:/Users/pianid/Downloads/06_chiari.pdf
- Linee di indirizzo della gestione del piede diabetico, (https://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/diabete/piede-diabetico-) cui ha fatto seguito a livello provinciale la redazione di PDTA nella AUSL di riferimento:PDTA piede diabetico Modena 2018: PDTA piede diabetico Reggio-Emilia 2017 https://www.ausl.re.it/piede-diabetico
- Linee di indirizzo regionali sull'appropriato utilizzo dei dispositivi medici per l'automonitoraggio e l'autogestione del Diabete mellito Rinnovo composizione con Determina 20508 del 02/10/2023
- PT:https://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/strumenti-e-informazioni/ptr/elaborati/doc-ptr-330-modulo-richiesta-glucagone-polvere-nasale
- PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA E SPORTIVA https://assr.regione.emiliaromagna.it/pubblicazioni/dossier/doss080
- Razionalizzazione e contenimento della spesa SSR:linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l'anno 2024 https://www.farmindustria.it/app/uploads/2024/06/DGR-945_2024- programmazione-e-finanziamneto-2024-ASL.pdf
- LEA: DPCM 12 gennaio 2017 ;nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: modifiche alla dgr 1775/23 con decorrenza dal 15.7.2024
- Tecnologie applicate al diabete mellito: file:///c:/users/pianid/documents/cdc/amd/
- Programma regionale telemedicina: file:///c:/users/pianid/documents/cdc/amd/nuova %20cartella/progetto%20regionale%20telemedicina.
- Interventi straordinari e linee di indirizzo per la riorganizzazione dell'assistenza specialistica per il contenimento dei tempi d'attesa: bollettini/n-126-del-26-04-2024-

FRIULI VENEZIA GIULIA

- Legge regionale 27 giugno 1990 n. 28: “Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito nella Regione autonoma Friuli Venezia Giulia”
- DGR n.1676 del 28 agosto 2015 Recepimento Piano nazionale sulla malattia diabetica.
- Delibera di giunta regionale n° 303 del 24 febbraio 2017 - Documento di consenso regionale sulla prescrizione e gestione del monitoraggio in continuo della glicemia nei pazienti diabetici.
- Delibera della Giunta regionale n. 1.572 del 22 agosto 2017 -- Linee di indirizzo regionali per la gestione dell’iperglicemia e del diabete in ospedale.
- Decreto della Direzione centrale Salute n. 149/2018 di ricostituzione del “Tavolo tecnico regionale sulla malattia diabetica”, modificato e integrato con decreto n. 1466/2018.
- Delibera della Giunta regionale n°1013 del 21 giugno 2019 - Lr 28/1990, art 7: Linee di indirizzo per l’educazione terapeutica rivolta alla persona con diabete.
- Determina n° 955 del 30/12/2021: PDTA diabete mellito Tipo 2 nell’adulto”;
- DELIBERA N 168 DEL 3 FEBBRAIO 2023 Piano operativo regionale progetti di telemedicina Scheda AGENAS Diabete (non distinto tra 1 e 2) Finanziamento PNRR casi 58.095 Registro regionale diabete
- DGR n. 808 del 31/05/2024 è stato approvato l›aggiornamento del documento di Consenso Regionale sulla prescrizione dei microinfusori e dei sistemi di monitoraggio in continuo o intermittente della glicemia nelle persone con diabete.
- Piano di Rete Diabetologica regionale FVG versione n.00 del 3/08/2024
- Con decreto n. 277 del 31/12/2020 dell’Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute viene istituita all’interno della Rete della Cronicità la Filiera Diabete (RCFD) “Coordinamento Reti Cliniche” (CRC), come previsto dall’art. 3 della Legge Regionale n° 27 del 17 dicembre 2018 e dal Decreto ARCS N. 209 del 30.09.2020.
- determina n. 61 del 26/01/2021 ARCS attiva la Rete Regionale per la gestione del paziente con Diabete, successivamente aggiornata nei suoi componenti con la determina n. 182 del 05/03/2021.
- Determina n. 946 del 29/12/2021:PDTA PER LA GESTIONE DEL DIABETE IN ETA’ EVOLUTIVA In corso aggiornamento
- Determina n. 955 del 30/12/2021 Filiera Diabete - Diabete nell’Adulto: PDTA Diabete mellito di tipo 2 26/01/2021: “Rete della Cronicità - Filiera Diabete: costituzione “Rete Regionale per la gestione del paziente con Diabete”
- Determina n.775 30/12/2022”Linee di indirizzo per la gestione del paziente con piede diabetico”
- Delibera 1924 del 13/12/2024 Nuova nomenclatore tariffario specialistica ambulatoriale e protesica del FVG (applicato dal 1/03/2025)

LAZIO

- Decreto del Commissario ad Acta 14 dicembre 2015, n. U00581 è stato approvato. Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018
- Determinazione del commissario ad acta n° 000121/del 2013 “Recepimento Piano Nazionale Diabete” DCA U00247 del 25 Luglio 2014 - Programmi Operativi - Regione Lazio.
- Determinazione G12315 del 2/9/2014 Gruppo di lavoro diabete
- Determinazione n. 12568 del 15/10/2021 Piano per la malattia diabetica: rinnovo del gruppo di lavoro per la malattia diabetica (commissione diabete con la partecipazione di SID, AMD, SIEDP e Federdiabete Lazio
- Determinazione 22 ottobre 2019, n. G14407. Strumenti e modalità per promuovere la Partecipazione del-

le organizzazioni dei cittadini nella programmazione e valutazione dei servizi sanitari regionali –Tra i 10 gruppi di Partecipazione Attiva, si sottolinea la presenza del gruppo: Diabete e malattie metaboliche ed endocrinologiche:Determinazione G15044 del 4/11/2019. “Linee prescrittive presidi monitoraggio glicemico-Integrazioni e modifiche”

- Determinazione 5 novembre 2019, n. G15092. Istituzione del “Centro di Riferimento regionale delle Sorveglianze dei fattori di rischio delle malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione”
- SAN DCA U00474 7 ottobre 2015 Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente monitoraggio glicemico”
- Decreto Commisario Acts n. 474 del 7/10/2015 Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e relativo percorso attuativo
- Deliberazione della giunta regionale 2 marzo 2012, n. 71 «Percorso per favorire l’inserimento a scuola del bambino con diabete». Approvazione delle Linee d’indirizzo.
- Determinazione n. B00991 del 18/3/213. “Linee di indirizzo regionali sulla prescrizione e gestione della terapia con i microinfusori-integrazioni”
- Decreto Commissariale U00063 ratificato il 30.09.2009, vigente dal 01.10.2009, ed alle nuove procedure di distribuzione dei presidi per diabetici approvate.
- Determinazione G07215 del 5/6/2018. “Linee prescrittive presidi monitoraggio glicemico-Integrazioni e modifiche”



LIGURIA

- Piano Nazionale sulla malattia diabete recepimento con la L. R. n. 27 del 9 agosto 2013
- Legge Regionale n. 27 del 9/08/2013 di ARS Liguria n. 41 del 11/05/2015:Norme per prevenzione, la diagnosi e la cura del diabete mellito
- Determinazione del Direttore Generale di ARS Liguria n. 41 del 11/05/2015 Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il diabete mellito tipo 2 nell’adulto
- Delibera Giunta Regionale n. 477 del 26/05/2023:Accordo con le farmacie pubbliche e private convenzionate per la distribuzione di farmaci, ausili e presidi per l’assistenza integrativa per i pazienti diabetici in nome e per conto del SSR (DPC) e per la fornitura del servizio di prenotazioni sanitarie (Attraverso le piattaforme “prenoto salute farmacie” e ISES CUP-WEB) nelle aziende sociosanitarie liguri 1,2,3,4,5” .
- Determinazione del Direttore Generale di A.L.I.S.A. n. 415 del 14/10/2020:Microinfusori d’insulina e sistema di monitoraggio per pz glicemici - GARA 7430267 - ID SINTEL 111240839
- 12.7.2017 Accordo tra A.Li.Sa e i rappresentanti delle sigle sindacali dei MMG sulla gestione dei pazienti affetti da patologia cronica, come previsto dal Piano Nazionale Cronicità
- Accordo Stato Regioni n°181 del 26.10.2017. Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale 2017.
- Delibera Giunta Regionale n°640/2018 - Rinnovo commissione diabetologica regionale
- DGR n°55/2019 – Approvazione accordi integrativi tra Regione Liguria, A.Li.Sa. e MMG per la gestione delle patologie croniche previste dal Piano Nazionale delle Cronicità
- Delibera Commissario Straordinario di A.Li.Sa n°43/2019 – Ridefinizione del gruppo di Coordinamento della Rete Regionale HTA e aggiornamento delle modalità attuative
- Delibera Commissario Straordinario di A.Li.Sa. n°179/2019 – Rinnovo accordo per la distribuzione di farmaci da parte delle farmacie pubbliche e private convenzionate in nome e per conto del SSR (DPC) e per la fornitura del servizio CUP-WEB della durata triennale a partire dal 1° giugno 2019
- Delibera Giunta Comunale di Genova n°372/2019 – Adozione del Manifesto “La salute nelle città bene comune” e adesione al programma C14*
- 28.11.2020 - Firma dell’Urban Diabetes Declaration da parte del Sindaco Marco Bucci e ingresso di Genova nel programma internazionale di studio
- DGR n°1136 del 30.12.2020 “Indirizzi per la riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale”

LOMBARDIA

- Decreto DG Welfare n. 18447 del 17/12/2019 Oggetto: reti clinico assistenziali ed organizzative - nomina dei componenti degli organismi di coordinamento e approvazione dei piani di rete per le reti: cardiovascolare, diabetico-endocrinologica, neuroscienze, oncologica e reumatologica.
- Delibera della Giunta regionale n. XI/6253 del 11/04/2022 : percorso per la costruzione della Rete regionale dei Centri per la prevenzione, diagnosi e cura del Piede Diabetico e approvazione il documento tecnico
- Delibera n.1239-:approvazione nomenclatore regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale ai sensi del dpcm 12 gennaio 2017 "definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza"
- DELIBERAZIONE N° XII / 1827 Seduta del 31/01/2024 Offerta formativa "Implementazione Protocollo "Foodia-Net" rivolto a MMG e Specialisti SSR, Pazienti diabete tipo B e caregiver;
- DGR XI/1694 del 03/06/2019 "Reti sociosanitarie"
- Delibera n. 3009 del 9/09/2024 Approvazione del progetto di gestione dell'emergenza per i bambini affetti da diabete tipo 1 a rischio di grave ipoglicemia
- Delibera Regionale n. X/6919 del 24-7-2017 - Protocollo d'Intesa tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia per la somministrazione di farmaci a scuola
- Delibera XI/6253 del 11/04/2022 per attivazione della rete regionale dei centri per la prevenzione, diagnosi e cura del piede diabetico
- Deliberazione n° XI / 5925 Seduta del 07/02/2022 accordo regionale con le farmacie per l'erogazione di strumenti, ausili e presidi per il controllo della glicemia per i pazienti diabetici.
- DGR n° X/7888 del 26.02.2018 Ulteriori determinazioni in ordine di erogazione di ausili e presidi per il controllo della glicemia per pazienti diabetici
- Determinazione n.179 del 04.03.2019 Indizione della gara "ARCA_2019_022 per la fornitura di dispositivi per paziente diabetici con caratteristiche complesse"
- DELIBERAZIONE N° X / 6800 Seduta del 30/06/2017 "approvazione delle prime disposizioni attuative del D.P.C.M. 12.1.2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza , di cui all'articolo 1, comma 7 del D. L. 30.12.1992, n. 502 "
- Delibera 3987 del 3/3/2025 Elenco delle prestazioni non soggette all'obbligo di prenotazione e notifica alla rete regionale di prenotazione di cui alla L.R. 33/2009 ART. 21,
- Deliberazione n° XII / 1827 Seduta del 31/01/2024_Prescrizione ed erogazione a carico del SSR di microinfusori e di sistemi di monitoraggio del glucosio
- Deliberazione n° XI / 3528 Seduta del 05/08/2020 Indicazioni per l'attivazione di servizi sanitari erogabili a distanza (Televisita)
- Delibera 3923 del 17/02/2025 Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) - M6C1|1.2.2.3 COT DEVICE – Potenziamento dei servizi di telemedicina nell'ambito delle centrali operative territoriali

MARCHE

- Legge Regionale 9 dicembre 1987, n. 38 - Organizzazione e disciplina dei centri di diabetologia.
- DGR 1480 del 28.10.2013 Recepimento PND
- LEGGE REGIONALE 24 marzo 2015, n. 9 Disposizioni in materia di prevenzione,diagnosi precoce e cura del Diabete mellito
- Organizzazione e disciplina Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 delibera di Giunta Regionale
- Delibera di Giunta Regionale Piano socio sanitario Regionale 2020-2022
- L.R. n. 1/2009 . Nuove disposizioni in materia di prevenzione e cura del diabete mellito
- CATALOGO REGIONALE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

- L.R. 38/87 – D.G.R. n. 2903/99 “Campagna regionale per la prevenzione e la cura del diabete mellito
- Deliberazione della G.R. n. 838 ME/SAN del 18/04/2001 . Attività di educazione sanitaria per la prevenzione del diabete
- Decreto del Dirigente Servizio Salute N. 94/S04 del 06/05/2010 Assistenza integrata regionale
- DGR 1356 20/9/2010Attuazione atto di raccomandazione del ministro istruzione e del ministro Salute sulla somministrazione di farmaci in orario scolastico-Approvazione protocollo di intesa ”piano integrato di accoglienza /assistenza dei bambini a scuola”

MOLISE

- LEGGE REGIONALE 24 giugno 2008, n. 18 Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.
- Decreto n.50 del 8/11/2023:catalogo regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali
- Determinazione del direttore generale n. 161 del 28-08-2018 oggetto: d.p.c.m. del 12 gennaio 2017, “definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, erogazione dei presidi per persone affette da malattia diabetica o da malattie rare. costituzione comitato tecnico di indirizzo regionale per la malattia diabetica.
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 716 del 30 agosto 2011 Promozione di iniziative di informazione ed educazione sanitaria sull›utilizzo dei dispositivi medici ad uso domiciliare e/o personale per la terapia ed il monitoraggio del paziente diabetico nella Regione Molise
- DCA n. 40 del 16/10/2023 Piano regionale della prevenzione 2020-2025: campagna di screening per il diabete. Provvedimenti
- Piano regionale della prevenzione 2021-2025 regione Molise.Organizzazione dei servizi e gestione integrata
- D.G. n.533 del 24/07/2015 disposizioni in materia di appropriatezza prescrittiva relativamente ai farmaci ipoglicemizzanti e alla dispensazione dei presidi per autocontrollo.
- Determinazione del direttore generale n. 201 del 17-10-2018 oggetto: d.p.c.m. 12 gennaio 2017, recante “definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”, art. 13 - erogazione dei presidi per persone affette da malattia diabetica o da malattie rare. approvazione “linee di indirizzo per la terapia insulinica con microinfusori e sistemi di monitoraggio in continuo del glucosio.razionalizzazione e contenimento della spesa ssr
- Decreto del Commissario ad acta del 26 settembre 2011, n 80 ….Programma operativo 5 Razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica ….
- DDGS n. 161/2018 DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE COMITATO TECNICO DI INDIRIZZO REGIONALE PER LA MALATTIA DIABETICA .Linee di indirizzo per la terapia insulinica con microinfusori e sistemi di monitoraggio in continuo del glucosio.
- DCA N. 57 del 27/03/2024 - “Manuale dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l’autorizzazione all’esercizio requisiti ulteriori per l’accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell’Articolo 1, Comma 406, della Legge 30 dicembre 2020, n. 178”, ai sensi dell’Articolo 8, Comma 6 della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano”. rimodulazione DCA 27/2023”.
- Manuale autorizzazione accreditamento telemedicina (225.29 KB)
- DECRETO 77 e PNRR
- Documento di Programmazione della Rete Territoriale - DM 77 del 23maggio 2022, n.77 e PNRR

PIEMONTE

- Il Piano Nazionale recepito il 30.12.2013, dalla Giunta Regionale.D.D. 27 agosto 2010, n. 578
- Rinnovo gruppi di lavoro sulla riorganizzazione dell'assistenza diabetologica in Piemonte, nell'ambito del modello di gestione integrata del diabete fra ospedale e territorio.
- D.D. 11 agosto 2010, n. 555 Regione Piemonte. Contributo regionale per lo svolgimento dei campi scuola destinati a bambini e adolescenti diabetici negli anni 2010- 2011, ai sensi della D.G.R. n. 21-13415 dell'1.3.2010.
- Deliberazione della Giunta Regionale 3 aprile 2002 n. 57-5740 - Reintroduzione di una quota di partecipazione da parte degli assistiti alla spesa farmaceutica convenzionata
- Deliberazione della Giunta Regionale 9 agosto 2001, n. 1 – 3809
- Legge regionale del Piemonte 7/4/2000, n. 34 - Nuove norme per l'attuazione dell'assistenza diabetologica
- DGR 27 ottobre 2008 n 40 -9920 Approvazione dell'accordo regionale dei medici di medicina generale per la gestione integrata
- DD 30 aprile 2008 n 176 Piano nazionale per la prevenzione 2005-2007 prevenzione delle complicanze del diabete 2
- DGR 4 agosto 2009 n 36/11958 rete informatica per la gestione integrata del diabete
- DGR 1 marzo 2010 n 21-13415 approvazione linee guida per l'attuazione dei campi scuola
- DGR 12 aprile 2005 Realizzazione obiettivo piano sanitario regionale studio progetto diabete e sport
- Deliberazione della Giunta Regionale 20 luglio 2018, n. 38-7261 - DPCM 12 gennaio 2017. Dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione nel Diabete Mellito. Potenziamento della Rete Endocrinodiabetologica della Regione Piemonte.
- Deliberazione della Giunta Regionale 17 ottobre 2016, n. 27-4072 D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013. - Indirizzi organizzativi per l'istituzione della Rete territoriale EndocrinoDiabetologica
- D.D. 709 del 13 novembre 2017 - Attuazione del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale Diabete Mellito (PDTA-DM) nella sua articolazione uniforme a livello regionale come definita dalla Rete Endocrino-diabetologica del Piemonte
- Deliberazione della Giunta Regionale 24 marzo 2014, n. 19-7286 - Attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015 del Piano regionale di rientro. Razionalizzazione della spesa regionale per microinfusori e relativo materiale di consumo, dispositivi iniettivi e di monitoraggio continuo glicemico per pazienti diabetici.
- Determina N° 1902 Nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza (Lea)
- Deliberazione N. 48 del 20 Gennaio 2017: Piano Della Performance 2017-2019 Della Giunta Regionale

PUGLIA

- DM 12.3.2019 Adozione Nuovo sistema di garanzia PDTA pubblicato in G.uff.14.6.2019
- Istituzione di Area Epidemiologica e Care Intelligence per supporto trasversale per la diffusione di elementi di conoscenza e analisi di natura epidemiologica delle dinamiche di salute.
- DGR 387/2018 -con aggiornamento al 4/8/2022Centri autorizzati dalla Regione Puglia alla prescrizione di Tecnologie Complesse per il diabete II° livello Adulto o Pediatrico/Prescrizione PT a diabetico adulto o pediatra sia naive che continuità terapeutica-CSII/SAP/Agocannula I°livello/PT solo in continuità-CGM/FGM
- Aggiornamento dei Centri autorizzati dalla regione alla prescrizione di tecnologie del diabete CGM/FGM a tutti i centri ambulatoriali territoriali in regola con i requisiti (Team Specialista Endocrinologo, Dietista, Infermiere dedicato)
- TELEMEDICINA:istituito durante COVID

- Taranto 13.9.24 Istituzione di PIC (Percorso Individuale di Cura Lesioni Complesse tra cui il PIEDE DIABETICO)
- Integrazione ospedale-territorio con apertura totale della Rete Aziendale Lesioni Complesse coordinata dalla Wound Care con nuovo hub a Grottaglie con 2 posti letto in DAY-S e sala operatoria e 5 nuovi spoke a Taranto, Laterza, Martina Franca, Massafra e Manduria e tre amb.di infettivologia, terapia del dolore e nutrizione clinica.
- Implementazioni grazie anche all' utilizzo di telemedicina, intelligenza artificiale, teleconsulto, ecodoppler arterioso domiciliare eseguito da infermieri refertato in remoto da specialisti riducendo la necessità di amputazioni.

SARDEGNA

- Il Piano Nazionale sulla malattia diabete è stato recepito con la delibera n. 39/23 del 26.9.2013.
- Delibera del 29 dicembre 2009, n. 56/24 –Rimodulazione e proroga al 31.12.2019 del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014-2018
- DELIBERAZIONE N. 39/34 del 10.10.2014 Organismi consultivi e tecnici per l'implementazione del Piano Nazionale per la Malattia diabetica.
- DECRETO N. 36 del 30.12.2014 Costituzione della Consulta regionale della diabetologia e malattie metaboliche correlate
- Decreto Assessore n°5133/13 del 08.06.2021 "Ricostituzione della Consulta regionale della diabetologia e malattie metaboliche DGR n°17/8 del 07.05.2021 correlate".
- Delibera della Giunta Comunale di Cagliari n°151 del 17.10.2017 - Adozione del Manifesto dell'Health City Institute "La salute nelle città bene comune"
- Determina Direzione Generale Servizio Registro del Volontariato n°475 del 21.08.2019 – Iscrizione associazione "Federazione Rete Sarda Diabete ETS – ODV" al settore Coordinamenti regionali
- DECRETO N. 1 del 07.01.2015 Costituzione del Tavolo regionale per la riqualificazione e il rafforzamento delle cure primarie, istituito con DGR 44/13 DEL 7.11.2014
- Determina dirigenziale n°929/2018 – Accordo tra la Regione Sardegna e Federfarma per la distribuzione dei prodotti per diabetici tramite farmacie convenzionate DGR n°42-35/2019 – Avvio a regime della dematerializzazione della ricetta medica per prestazioni specialistiche Costituzione Federazione Rete Sarda Diabete
- DGR n°53-27/2017 Rinnovo Accordo con Federfarma Sardegna per la distribuzione di medicinali del PHT ai sensi dell'art. 8, Legge 16.11.2001, n. 405 e per la definizione di altre forme di collaborazione con le farmacie convenzionate 23.9.2016
- Determinazione Dirigenziale 11.03.2016, n. 195 Centri regionali autorizzati alla formulazione della diagnosi e al rilascio del piano terapeutico dei medicinali che agiscono sul sistema delle incretine (analoghi/agonisti del recettore del GLP-1 e inibitori dell'enzima dipeptidilpeptidasi-4 (DPP-4
- ACCESSO ALLE CURE:I pazienti hanno libero accesso al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale.In Sardegna non ci sono restrizioni per il rimborso di ausili e device per pazienti diabetici come da Piano regionale dei servizi sanitari 2006 - 2008 e da DELIBERAZIONE N. 53/9 DEL 29.12.2014

SICILIA

- Il Piano Nazionale sulla malattia diabete è stato implementato con Decreto dell'assessorato della Salute n°1112 del 10 giugno 2013.

- Decreto Assessoriale N. 1438 del 23/12/2021: Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025.
- DECRETO 07/03/2014. Costituzione della commissione Regionale per il Diabete in età evolutiva
- D.A. n°1756 del 21.09.2016 Istituzione della commissione regionale per il diabete in età adulta.
- DECRETO 1337 del 28 giugno 2019 Integrazione di un Componente della commissione regionale per il diabete in età adulta. Modifica composizione della Commissione regionale per il diabete in età adulta
- DECRETO 16 luglio 2019 Costituzione di un Gruppo di lavoro sull'obesità patologica.
- DECRETO 30/4/2002 Linee guida generali per la prevenzione delle complicanze acute e croniche legate alla malattia diabetica ed organizzazione delle strutture di diabetologia siciliane
- D.A. n° 2426 del 07.12.2016 Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per pazienti affetti da diabete mellito in età evolutiva.
- DECRETO 12 aprile 2019 Revoca del decreto n. 602 del 16 aprile 2018 e approvazione del nuovo documento Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per la gestione integrata delle persone con diabete mellito dell'età adulta.
- DECRETO N° 1520/13. Organizzazione dell'assistenza alle persone con diabete mellito in età pediatrica nella Regione Sicilia
- DECRETO 30/10/2003. Presidi ed ausili erogabili ai soggetti diabetici.
- DECRETO 18 ottobre 2002. Sostituzione della tabella A relativa a presidi ed ausili destinati ai soggetti diabetici
- DECRETO 8/3/2002 Sostituzione della tabella A allegata al decreto 4 luglio 2001, relativa all'elencazione dei presidi ed ausili erogabili ai soggetti affetti da diabete mellito.
- DECRETO 28/9/1998 - Esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per i soggetti affetti da diabete
- Decreto Assessoriale N. 1477 del 30/12/2021: Soglie prescrittive per il triennio 2022-2024
- ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE ACCESSO ALLE CURE I pazienti hanno libero accesso al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale. In linea con il Piano Nazionale sulla malattia diabete, le associazioni hanno creato un coordinamento regionale delle associazioni Pazienti. Il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete è stato recepito in data 5 Agosto 2010.

TOSCANA

- Delibera GRT n. 108/2011: Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il Diabete Mellito. Modello di gestione integrata tra i medici di medicina generale e servizi di diabetologia. Aggiornamento – sostituzione del PDTA nell'adulto
- Delibera n. 5 della Giunta Regionale del 07/01/2020 Linee di indirizzo Regione Toscana in materia di sicurezza sociale per l'idoneità alla guida nelle persone con diabete
- Delibera n. 177 della Giunta Regionale del 17/02/2020.
- Approvazione modulistica di cui alla DGRT n.177/2020 "Linee indirizzo Regione Toscana in materia di sicurezza sociale per l'idoneità alla guida nelle persone con diabete"

- Decreto n. 3594 della Giunta Regionale del 11/03/2020
- PNRR Missione 6 Componente 1 sub-investimento 1.2.3.2 "Servizi di telemedicina" – Approvazione Piano operativo Servizi di telemedicina Regione Toscana.
- Delibera n. 460 della Giunta Regionale del 28/04/2023:Approvazione "Modello organizzativo regionale dei servizi di telemedicina"
- Delibera n. 764 della Giunta Regionale del 03/07/2023. Investimento M6-C1-1.2.3.2 «Servizi di telemedicina» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) - Approvazione Accordo Quadro con Regione capofila Lombardia.
- Delibera n. 680 della Giunta Regionale del 03/06/2024

- DGR n.680/2024: Investimento M6-C1-1.2.3.2 «Servizi di telemedicina» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) - Adesione all'Accordo Quadro di Regione Lombardia, in qualità di Regione capofila, recante "Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina" indirizzo per i servizi di telemedicina"
- Decreto dirigenziale di Regione Toscana n. 27520 del 29/11/2024
- Approvazione schemi di accordo di collaborazione: Accordo di collaborazione per la somministrazione dei farmaci a scuola. Accordo di collaborazione sul diabete giovanile per favorire l'inserimento del bambino con diabete in ambito scolastico.
- Delibera n. 653 della Giunta Regionale del 25/05/2015
- Appalto specifico AS11 per la fornitura in Accordo Quadro multi fornitore di dispositivi per il monitoraggio in continuo del glucosio, dei sistemi di infusione continua dell'insulina e sistemi integrati e relativo materiale di consumo per le AA.SS. della Regione Toscana - determina aggiudicazione - ESTAR .Determina Estar n. 339 del 03/04/2024

TRENTINO ALTO ADIGE

Province autonome di Trento e Bolzano

- Il Piano Nazionale è stato recepito con delibera di giunta il 22 febbraio 2015._
- P.A. Trento – Alto Adige – Deliberazione della Giunta Provinciale del 27 settembre 2010, n. 1602 Approvazione dell'elenco aggiornato degli aghi per gli iniettori di insulina a penna per diabetici
- P.A. Trento – Alto Adige – Deliberazione della Giunta Provinciale 28 settembre 2009, n. 2408
- Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige – Deliberazione della Giunta Provinciale 28 settembre 2009, n. 2408 :Erogazione del materiale di medicazione e dei presidi terapeutici
- Provincia autonoma Bolzano – Erogazione di dispositivi per l'autocontrollo (DGP DEL 31/07/2018)
- PDTA nell'adulto (31/12/2014):Percorso preventivo diagnostico terapeutico assistenziale diabete mellito tipo 2 nell'adulto 15/03/2023 pag.1-64 rep.7465 emesso 21/04/2023
- Percorso preventivo diagnostico terapeutico assistenziale diabete mellito tipo 1 in età pediatrica 28/05/2024 pag.1-64 rep.14153 emesso 26/06/2024
- Deliberazione della Giunta provinciale n. 366 del 14.05.2024: Approvazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) per: scompenso cardiaco, diabete mellito tipo 2, BPCO e artrite reumatoide
- La scelta di orientare prioritariamente la presa in carico di pazienti affetti dalle 4 patologie succitate è stata basata su alcune considerazioni strategiche che di seguito si elencano: - la PAB non ha mai attivato né cosiddette Case della Salute né Case della Comunità nel tempo; ben 5 delle 10 programmate sono costruzioni ex novo; - i medici di medicina generale sono stati coinvolti nella predisposizione dei 4 PDTA prescelti e già prima della pandemia Covid-19 avevano preso in carico pazienti diabetici e pazienti con BPCO richiamandoli per una presa in carico condivisa; - l'apertura al 2026 delle Case della Comunità richiede un approccio pragmatico limitato inizialmente all'esperienza dei PDTA esistenti
- ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE
- ACCESSO ALLE CURE

I pazienti hanno libero accesso al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale.
A livello regionale non è ancora stato creato un coordinamento/federazione delle associazioni.
Il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete non è stato ancora recepito in Trentino Alto Adige.



UMBRIA

- Il Piano Nazionale sulla malattia diabete è stato recepito con la DGR 631 del 19/06/2013
- Protocollo d'Intesa tra Regione e Coordinamento persone con Diabete dell'Umbria 27 Aprile 2015.
- DGR 28 Luglio 2014, n. 933 Approvazione Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Regionale (PDTA).
- DGR 19 Giugno 2013 , n. 631. Linee vincolanti sulle modalità prescrittive delle scarpe ortopediche e dei plantari per pazienti affetti dalla complicanza Piede diabetico.
- D.G.R. 26 luglio 2010, n. 1093 "Modalità di prescrizione, autorizzazione ed erogazione dei materiali e presidi erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale ai cittadini affetti da diabete mellito, ai sensi della legge 115/87".
- Regolamento attuativo della L.115/87, all'interno del Piano Sanitario Regionale (in attesa della nuova versione)
- Delibera Regionale 17 marzo 1998 Protocolli indicativi per i servizi di diabetologia per le patenti di guida della Regione dell'Umbria.
- Legge Regionale n°11 del 09 Aprile 2015 Approvazione Piano Sanitario Regionale.
- Approvazione Prima Parte PRP 2014-2018 Deliberazione della Giunta regionale n. 1799 del 29.12.2014.
- Approvazione Seconda Parte del PRP 2014-2018 Deliberazione n. 746 del 28/05/2015.
- DGR N° 1411 del 05 dicembre 2016 Nuove modalità di prescrizione, autorizzazione ed erogazione dei dispositivi erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale alle persone affette da diabete mellito.
- Delibera Giunta Regionale n° 705 del 27 Giugno 2016 Aggiornamento accordo regionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private ai sensi dell'art. 8, comma 2, del D.Lgs 502/92 e s.m.i.
- Delibera di Giunta Regionale n. 902 del 28 Luglio .2017, Piano Nazionale della cronicità, recepito con DGR 28.12.2016, n. 1600. Determinazioni.
- Protocollo d'intesa Febbraio 2019. Somministrazione di farmaci a scuola.
- Delibera di Giunta Regionale n. 635 del 08 Maggio 2019, Piano Sanitario Regionale 2019-2021.
- I pazienti hanno libero accesso al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale.Il Riferimento Normativo regionale è la DGR N° 1411 del 05/12/2016 :Nuove Modalità di prescrizione, autorizzazione ed erogazione dei dispositivi erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale alle persone affette da diabete mellito.In linea con il Piano Nazionale sulla malattia diabete,le associazioni hanno creato un coordinamento regionale delle associazioni Pazienti.
- Il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete non è stato ancora recepito in Umbria.



VALLE D'AOSTA

- Il Piano Nazionale del diabete non è stato ancora recepito.
- D.G.R. 1237/2005 quantitativi, prescrizione e distribuzione dei dispositivi medi
- L.R. n. 13 del 20 giugno 2006 approvazione del Piano Regionale per la salute
- Nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) resi dal servizio Consiglio dei Ministri 29 Novembre 2001 e dell'art. 34 della legge 724/199
- DGR 343/2018 sull'utilizzo dei presidi per la misurazione della glicemia
- Servizio Sanitario Regionale (SSR) ai sensi del decreto del Presidente Del 4. revoca della DGR 931/2014.
- D.G.R. 1237/2005 quantitativi, prescrizione e distribuzione dei dispositivi medici
- Piano Regionale della Prevenzione 2016-2020

- Deliberazione n. 48 del 20 gennaio 2017, Piano della performance 2017-2022
- D.G.R. 1237/2005 quantitativi, prescrizione e distribuzione dei dispositivi medici
- DGR N. 841/2019 – Approvazione di risoluzione
- ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE.ACCESSO ALLE CURE
- I pazienti hanno libero accesso al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale.In Valle d'Aosta ci sono restrizioni per il rimborso di strisce e glucometri per l'auto-monitoraggio per i pazienti con diabete di tipo 2 (ad esempio pompe di insulina e accessori) o ad una soglia di reddito.
  In linea con il Piano Nazionale sulla malattia diabete, le associazioni hanno creato un coordinamento regionale delle associazioni Pazienti.
- Il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete non è stato ancora recepito in Valle d'Aosta

VENETO

- **Deliberazione n. 2782 del 27 settembre 2005 :** definizione dei percorsi attuativi del centro regionale di riferimento sui microinfusori
- **Decreto del dirigente della direzione piani e programmi socio sanitari n. 144 del 15 ottobre 2009,** attuazione art. 53 l.r. 19 febbraio 2007, n. 2.
- D**eliberazione n. 3415 del 30 dicembre 2010**,"obiettivo prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito.
- Deliberazione n. 3485 del 17 novembre 2009." Legge regionale n. 24 del 11 novembre 2011
- Dgr n. 613 del 29.4.2014 "protocolli per la terapia insulinica con microinfusore nei pazienti adulti e pediatrici aggiornata con decreto n. 40 del 28.4.2016"
- Dgr n. 2707 del 29.12.2014 "riconoscimento dei centri regionali specializzati delle strutture ospedaliere pubbliche qualificate hub dalla dgr n. 2122 del 19 novembre 2013. Deliberazione n. 14 dell'11 gennaio 2011";
- L.R.e 25 ottobre 2016, n. 19 "istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "azienda per il governo della sanità della regione del veneto – azienda zero".
- Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle aziende ulss" e s.m.i.; dgr n. 488 del 14.4.2017 "istituzione tavolo tecnico per l'assistenza integrativa regionale (air) diabete";
- Dgr n. 614 del 14.05.2019 "approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle aziende ulss, L.r. 48/2018

- Centri regionali autorizzati alla prescrizione di microinfusori (dgr 2018 crr)
- Protocolli per la terapia insulinica con microinfusore nel diabete mellito tipo 1 (approvati con dgr n. 613 del 29/04/2014 – bur n. 50 del 27/05/2016)
- DGR n. 222 del 6.03.2018 *"aggiornamento dei centri regionali autorizzati alla prescrizione, applicazione e gestione dei microinfusori per la terapia insulinica nell'ambito dei relativi protocolli regionali a favore dei pazienti adulti e pediatrici affetti da diabete di tipo 1";*
- Decreto del direttore generale area sanità e sociale n. 98 del 10.8.2018 "erogazione a carico del servizio sanitario regionale dei sistemi per il monitoraggio continuo della glicemia (sistemi cgm) real-time non associati al microinfusore: definizione criteri e modalità";
- Norme prescrittive e revisione dei criteri e modalità di prescrizione e dispensazione dei dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione (ddr m. 110 del 14/10/2021 (allegato a)
- Erogazione dispositivi automonitoraggio con sistema fgm (dgr n. 547 del 28/04/2017)allegato a (alla dgr n. 547 del 28/04/2017)
- Revisione della certificazione diabetologica per attività sportiva agonistica (05/05/2023)
- Aggiornamento 05/05/2023 della legge 16 marzo 1987 – abilitazione del diabetico all'attività sportiva