



**Roadshow diabetologia  
Diabete mellito e complicanze  
macrovascolari  
Napoli 26 novembre 2018  
FOCUS DIABETE**

**Programmazione sanitaria Regionale**

**T. Sorrentino**

Dirigente medico in distacco alla Regione Campania

Direzione Generale della tutela della salute

Uod 17

Il Diabete è una delle malattie cronico-degenerative più diffuse nella popolazione ed è gravato da molteplici complicanze croniche che hanno un impatto significativo sulla quantità e sulla qualità della vita delle persone che ne sono affette

# Fonte :Italian barometer

## Il Diabete e l'Obesità nelle Regioni Italiane

### L'impatto del diabete in Campania

La Campania detiene il primato della prevalenza dell'obesità infantile in Italia (19,2%). **La prevalenza delle persone che dichiarano di essere diabetiche (5,7%)** pur essendo superiore alla media nazionale (5,4%), non è così elevata come in altre regioni del Sud (es. Calabria 7,9%). È leggermente migliore rispetto ai dati nazionali il tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato. Il tasso standardizzato di mortalità è in aumento per i maschi ed in riduzione per le femmine, ma resta per queste ultime il peggior dato in Italia.

**N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE** **333.498**

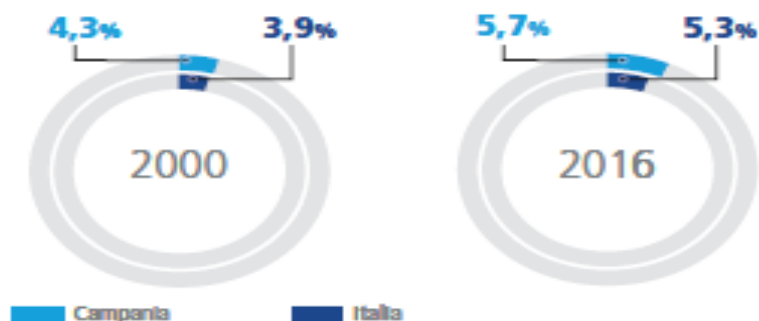
**POPOLAZIONE** **5.850.850** abitanti  
**NAPOLI** **974.074** abitanti

#### STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE



La Campania è la regione più "giovane" con un'età media di 41,6 anni (44,4 la media nazionale). Ma è anche il territorio dove la speranza di vita è minore per i maschi 73,9 e per le femmine 83,4, (dati significativamente inferiori alla media nazionale).

#### PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



#### ATTIVITÀ FISICA (%)

#### BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



#### CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)

# Legge nazionale 115/87

La prima legge in ordine cronologico , comparsa in Europa sul diabete è stata la nostra legge 115/87

È stata una legge di iniziativa popolare in cui il ruolo **delle associazioni ebbe un'importanza assoluta**, che in tempi ancora lontani dalla decentralizzazione dei servizi sanitari indicò con accuratezza i modelli organizzativi da assumere

# Elenco Leggi a rilevanza Regionale in tema di Diabete Mellito (1990 – 2017)

**DGR n. 501 del 1/8/2017** Approvazione atto di indirizzo per le attività di educazione e promozione della salute nelle A.S.S.LL. della regione Campania.

**DGRC n 330 del 6/7/2016. DGRC n 1168 del 16/9/2005. Ulteriori determinazioni**

**D.C.A. n 26 del 3/6/2014** Recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 6/12/2012 relativo al "Piano per la Malattia Diabetica"

**D.C.A. n 87 del 24/7/2013** Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale . Art 9: Disease Management diabete mellito.

**L. R. 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”

**Proroga del progetto a scopi educativi-riabilitativi per pazienti affetti da diabete di tipo 1 7 ottobre 2005 – Deliberazione N. 1277** – Area generale di Coordinamento N. 20 – Assistenza Sanitaria

**D.G.R. n. 1168 del 16/9/2005** Linee guida di indirizzo per l'organizzazione delle attività diabetologiche e percorso assistenziale per il paziente diabetico.

**Linee Guida Regionali per l'assistenza al diabete in età pediatrica 16 gennaio 2004 – Deliberazione N. 37**

**Linee di indirizzo Regionali e Circolari applicative 2003-2004 D.M. del 04.08.2003** Specialità medicinale Lantus Insulina glargine

**D.A.S. n. 832, del 27/11/2002** Modalità di concessione presidi diagnostici e terapeutici ai pazienti diabetici: legge 115/87

**Circolare n.05/99 del 03/11/1999** Presidi diagnostici e terapeutici di cui agli artt. 3-4 L.115/87

**D.G.R.4989 del 26/06/1997** Prestazioni diabetologiche riguardanti la prevenzione e la diagnosi precoce delle complicanze del diabete mellito. Legge 115/87 Recepimento allegata circolare

**Circolare n.11/95 del 10/05/1995** Presidi diagnostici e terapeutici di cui agli artt. 3-4 L.115/87

**Circolare n.10647 del 16/07/1991** Chiarimenti sulla circolare 5054/90 per l'erogazione di reflattometri

**Circolare n.5054 del 03/03/1990** Presidi diagnostici e terapeutici di cui agli artt.3-4 Legge 115/87

## **Elenco Leggi a rilevanza Regionale in tema di Diabete Mellito (1990 – 2017)**

**DGR n. 501 del 1/8/2017** Approvazione atto di indirizzo per le attività di educazione e promozione della salute nelle AA.SS.LL. della regione Campania.



**DGRC n 330 del 6/7/2016. DGRC n 1168 del 16/9/2005. Ulteriori determinazioni**



**D.C.A. n 26 del 3/6/2014** Recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 6/12/2012 relativo al "Piano per la Malattia Diabetica"



**D.C.A. n 87 del 24/7/2013** Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale . Art 9: Disease Management diabete mellito.



**L. R. 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”**

**Proroga del progetto a scopi educativi-riabilitativi per pazienti affetti da diabete di tipo 1 7 ottobre 2005 – Deliberazione N. 1277 – Area generale di Coordinamento N. 20 – Assistenza Sanitaria**



**D.G.R. n. 1168 del 16/9/2005** Linee guida di indirizzo per l'organizzazione delle attività diabetologiche e percorso assistenziale per il paziente diabetico

## **D.G.R. n. 1168 del 16/9/2005- Linee guida di indirizzo per l'organizzazione delle attività diabetologiche e percorso assistenziale per il paziente diabetico**

BURC n. 58 del 9/11/2005

### **Prodotte dalla Commissione Diabetologica definiscono:**

Percorsi diagnostico-terapeutici per i pazienti diabetici classificati in base alla eziologia (tipo1, tipo2, diabete in gravidanza) ed in rapporto alla loro complessità clinica (con o senza complicanze).

Bacini di utenza (1 CAD ogni 100,000 – 150,000 ab.)

Requisiti minimi delle risorse strutturali ed umane

indicatori di monitoraggio

Indicazioni per la degenza in regime di ricovero.

**Nel documento non considerati gli aspetti economico-finanziari**

# D.G.R. n. 1168 del 16/9/2005 Linee guida di indirizzo per l'organizzazione delle attività diabetologiche e percorso assistenziale per il paziente diabetico

Individuano:

- primo livello assistenziale per l'assistenza al paziente diabetico di tipo 2 **non scompensato**
- secondo livello assistenziale per l'assistenza al paziente diabetico tipo 2 **con scompenso glicometabolico e complicanze** e per l'assistenza al paziente con **diabete tipo 1**, che siano gestibili a livello ambulatoriale;
- terzo livello assistenziale a più alta intensità per le fasi della malattia che necessitano di **ricovero ospedaliero**;

**L. R. 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”**

**BURC n. 48 del 3/8/2009**

Comprende gli atti precedenti normativi e regolamentari.

L'organizzazione del modello assistenziale è basato:

- Prevenzione primaria e secondaria del diabete mellito
- Prevenzione e cura delle complicanze
- Prevenzione e cura dell'obesità
- Formazione/educazione
- Riconoscimento del terzo settore e delle associazioni di volontariato

*Prevede inoltre: la istituzione della Commissione Regionale, identifica i LEA regionali per le persone con diabete mellito in età pediatrica ed in età adulta, la Rete dei centri Diabetologici Territoriali e di quelli accreditati. Fa riferimento anche al monitoraggio di alcuni indicatori come le amputazioni e la dialisi dei pazienti con diabete mellito come indicatori di qualità dell'assistenza offerta*

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

**Art. 20**  
**Norma finanziaria**

1. La presente norma di legge non presenta oneri finanziari in quanto trattasi di riorganizzazione di prestazioni comunque già rese nel territorio della regione Campania.

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

1. La presente  
bollettino uff

zione nel

La presente l

E' fatto obbligo a chiunque spetti, di osservare e di farla osservare come legge della Regione Campania.

22 luglio 2009

*Bassolino*

## Il modello di cura

### La rete

- In Campania i tre classici livelli di assistenza (**primaria, specialistica ambulatoriale e degenza ospedaliera**) costituiscono un continuum, una rete in cui viene utilizzato lo strumento della gestione integrata e in cui ciascun professionista e l'intero team adotta un **Percorso Diagnostico-terapeutico-Assistenziale (PDTA)** condiviso e costruito sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, con l'ottica di valorizzare il contributo di tutti gli attori della filiera assistenziale di cui l'assistito diventa parte attiva sottoscrivendo un patto di cura con l'equipe operativa.

**D.C.A. n 87 del 24/7/2013 Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale . Art 9: Disease Management diabete mellito.**

**L'accordo prevede:**

- ☐ **Costruzione di un PDTA**, seconda la logica del Disease Management con obiettivo finale di ridurre la mortalità e le complicanze acute e croniche del diabete.
- ☐ **Inclusione proattiva del MMG nel team diabetologico** con la costruzione di canali di comunicazione privilegiati per favorire una stretta collaborazione con le strutture territoriali di Diabetologia e quelle Ospedaliere.
- ☐ **Le Asl hanno il compito di promuovere integrazione** tra i medici di MMG, i servizi diabetologici territoriali e la struttura specialistica ospedaliera.
- ☐ Nell'accordo sono ben definiti i compiti , gli obiettivi, gli indicatori e l'aspetto economico.

## ART 9 - Disease Management del Diabete Mellito

### **Il Diabete in Campania**

A fronte di una prevalenza nazionale di 4,9%, la Campania si attesta su una prevalenza del 6%, raggiungendo percentuali superiori al 12 % con l'aumentare dell'età.

Il sesso maschile ha una prevalenza maggiore del sesso femminile ma dopo i 75 anni tale rapporto si inverte. Il Tasso di mortalità è di 57,8 per 100.000 per il sesso maschile, dove i Campani sono secondi solo ai Siciliani, mentre il tasso di mortalità femminile è il più alto d'Italia con il 51,2 per 100.000.

La propensione all'uso dell'ospedale si sta riducendo negli ultimi 10 anni, nel 2011 sono stati effettuati circa 8.000 ricoveri per patologia diabetica, ma purtroppo c'è ancora molta inappropriata sia nel ricorso al ricovero ordinario, che nell'uso del DH. Tra le complicanze del diabete, quelle che causano maggiori ricoveri sono le complicanze circolatorie periferiche, dato confermato dall'alto numero di amputazioni (circa 600/anno) nelle persone con diabete.

La prevalenza elevata del diabete, tra gli adulti campani, conferma la correlazione con le **disuguaglianze sociali**: infatti aumenta al crescere dell'età, delle difficoltà economiche e con il basso livello d'istruzione.

**L'eccesso di peso e la sedentarietà**, condizioni che caratterizzano lo stato di salute di tutta la popolazione campana, sono ancor più diffusi nella popolazione diabetica tale da rendere prioritari interventi atti alla modifica degli stili di vita.

**L'attuazione della Legge Regionale 9/2009** potrà sicuramente migliorare questo preoccupante quadro epidemiologico.

I dati epidemiologici della Regione Campania, soprattutto riguardo gli esiti delle complicanze del diabete, e l'alto consumo di risorse per tale patologia, pongono l'attenzione sulla necessità di un approccio ad una patologia cronica ad alta prevalenza come il Diabete, basato sulla integrazione tra i vari livelli di cura, potenziando la presa in carico territoriale attraverso definiti percorsi assistenziali, ed implementando i livelli più complessi attraverso l'integrazione con gli ospedali, evitando le migrazioni sanitarie ed i ritardi diagnostico terapeutici dovuti a tempi di attesa.

Al fine di concepire l'assistenza al diabete in una logica di Percorso Assistenziale all'interno di una più ampia cornice comprendente lo sviluppo e l'attuazione del Chronic Care Model, è necessario diffondere la "cultura" della presa in carico, della continuità assistenziale e dell'integrazione tra i vari operatori attraverso l'impiego di sistemi integrati di informatizzazione che consentano la razionalizzazione delle procedure ed il monitoraggio dell'adesione ai percorsi diagnostico-terapeutici.

I compiti del Medico di MG nell'ambito del percorso clinico assistenziale del paziente diabetico possono essere così definiti:

#### **1. Effettuare lo screening della popolazione a rischio per individuare:**

- casi di diabete non diagnosticati
- casi di diabete gestazionale
- casi con ridotta tolleranza glicidica (IGT) ed Alterata Glicemia a Digiuno (IFG)

#### **2. Operare, in collaborazione con la STD, per:**

- a. effettuare l'educazione sanitaria e il counselling dei soggetti a rischio e della persona con diabete al fine di correggere gli stili di vita errati, sia per i comportamenti alimentari, l'esercizio fisico e la

**5. Raccogliere i dati clinici dei propri assistiti con diabete mediante cartelle cliniche informatizzate del proprio gestionale finalizzate alla malattia diabetica, nel rispetto della recente normativa sulla privacy regolata nel "Codice in materia di protezione dei dati personali"- D.Lgs. n.196 del 30 giugno 2003, in vigore dal 1 gennaio 2004, anche al fine di realizzare la cooperazione informatizzata con le STD.**

L'invio alla STD di secondo livello avviene attraverso prescrizione della visita diabetologia, e prescrizione delle prestazioni ambulatoriali previste nel protocollo operativo della DGR 642/2009.

Al fine di ridurre il ricorso inappropriato al ricovero ospedaliero, specialmente in day Hospital, deve essere promosso il modello assistenziale del Day Service, attraverso la prescrizione del Pacchetto Ambulatoriale Complesso e Coordinato (PACC 250) come da DGRC 102/2009

### **PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PER IL FOLLOW-UP DEL PAZIENTE DIABETICO TIPO 2 PRIVO DI COMPLICANZE D'ORGANO** **DGRC 1168/2005 RECEPITE DALLA LEGGE 9/2009**

Ogni paziente diabetico di tipo 2 è seguito in modo integrato tra MMG e Struttura Territoriale Diabetologica, sottoponendosi a visita specialistica: al momento della diagnosi e per la rivalutazione annuale del compenso e delle complicanze.

La responsabilità della continuità delle cure, della terapia e del follow-up di questa tipologia di pazienti spetta al MMG, che concorda il piano di assistenza con lo specialista diabetologo. Entrambi si impegnano a mantenere attiva una costante comunicazione su qualsiasi evento relativo al paziente.

Nei compiti del MMG rientra la valutazione da riportare nel report trimestrale (Allegato B)

**A) ogni 3 mesi nell'ambito del proprio ambulatorio dedicato:**

- visita medica comprendente misurazione dei parametri di routine quali
- peso corporeo,
- pressione arteriosa,
- BMI e misurazione circonferenza vita
- valutazione dell'autocontrollo glicemico eseguito dal paziente

## **D.C.A. n 26 del 3/6/2014 Recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 6/12/2012 relativo al "Piano per la Malattia Diabetica"**

BURC n. 39 del 9/6/2014

### **PIANO ATTUATIVO REGIONALE**

- ❑ Il Piano Nazionale sulla malattia diabetica, approvato con Accordo alla Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome, il 6 dicembre 2012, è il primo Piano Nazionale. Nasce dall'esigenza di disciplinare a livello nazionale tutte le attività in campo diabetologico al fine di rendere più omogenea l'Assistenza alle Persone con Diabete
- ❑ Individua 10 obiettivi e relative strategie generali, focalizzando l'attenzione su alcune aree assistenziali strategiche per ridurre l'impatto della malattia sulle persone con diabete o a rischio di diabete, sui costi per il SSN.

# D.C.A. n 26 del 3/6/2014 Recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 6/12/2012 relativo al "Piano per la Malattia Diabetica"

BURC n. 39 del 9/6/2014

## PIANO ATTUATIVO REGIONALE (1)

### OBIETTIVO 1:

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

#### Indicatori:

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

### OBIETTIVO 2

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

#### Indicatori:

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

**D.C.A. n 26 del 3/6/2014 Recepimento dell'Accordo  
Stato Regioni del 6/12/2012 relativo al "Piano per la  
Malattia Diabetica"**

BURC n. 39 del 9/6/2014

## **PIANO ATTUATIVO REGIONALE (2)**

### **OBIETTIVO 3**

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

Indicatori:

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

### **OBIETTIVO 4**

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

Indicatori:

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

# D.C.A. n 26 del 3/6/2014 Recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 6/12/2012 relativo al "Piano per la Malattia Diabetica"

BURC n. 39 del 9/6/2014

## PIANO ATTUATIVO REGIONALE (2)

### OBIETTIVO 5

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

Indicatori:

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

### OBIETTIVO 6

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

Indicatori:

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

### OBIETTIVO 7

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

Indicatori:

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

**DALLA DGR 1168/2005 al DGRC n 330 del 6/7/2016. DGRC n 1168 del 16/9/2005. Ulteriori determinazioni**

**BURC n. 45 del 7/7/2016**

In questo DGRC viene ripreso il concetto di **fabbisogno di centri diabetologici per il secondo livello assistenziale** (territorio), come deliberato nel DGRC 1168/2005, in base al numero di abitanti, stabilendo 1 Centro ogni 100.000 abitanti, per un totale di 59 CAD tra pubblici e privati con la seguente distribuzione territoriale:

| ASL                    | Popolazione<br>2015 | Standard<br>1/100.000<br>Fabbisogno |
|------------------------|---------------------|-------------------------------------|
| <b>Avellino</b>        | <b>427936</b>       | <b>4</b>                            |
| <b>Benevento</b>       | <b>282321</b>       | <b>3</b>                            |
| <b>Caserta</b>         | <b>924614</b>       | <b>9</b>                            |
| <b>Napoli 1 Centro</b> | <b>992614</b>       | <b>10</b>                           |
| <b>Napoli 2 Nord</b>   | <b>1052107</b>      | <b>11</b>                           |
| <b>Napoli 3 sud</b>    | <b>1073493</b>      | <b>11</b>                           |
| <b>Salerno</b>         | <b>1108509</b>      | <b>11</b>                           |
| <b>Campania</b>        | <b>5861529</b>      | <b>59</b>                           |



## Delibera della Giunta Regionale n. 330 del 06/07/2016

Dipartimento 52 - Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali

Direzione Generale 4 - Direzione Generale Tutela salute e coord.to del Sistema Sanitario Regionale

Oggetto dell'Atto:

DGRC N. 1168 DEL 16 SETTEMBRE 2005: ULTERIORI DETERMINAZIONI.

2. di determinare nel numero di 59 il fabbisogno di Centri Diabetologici pubblici e privati per il secondo livello assistenziale della Regione Campania con la seguente distribuzione territoriale:

| ASL             | Popolazione 2015 | Standard 1/100.000 |
|-----------------|------------------|--------------------|
| Avellino        | 427.936          | 4                  |
| Benevento       | 282.321          | 3                  |
| Caserta         | 924.614          | 9                  |
| Napoli 1 centro | 992.614          | 10                 |
| Napoli 2 nord   | 1.052.107        | 11                 |
| Napoli 3 sud    | 1.073.493        | 11                 |
| Salemo          | 1.108.509        | 11                 |
| Campania        | 5.861.529        | 59                 |

3. di dare mandato alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario di definire, nell'ambito del fabbisogno di centri diabetologici sopra riportato, la quota relativa al fabbisogno pubblico e privato, sulla base di una puntuale ricognizione delle strutture pubbliche ambulatoriali esistenti, programmate o da programmare di secondo livello assistenziale e di quelle private tenendo conto, per queste ultime, dei provvedimenti dei Direttori Generali delle ASL trasmessi alla Regione Campania relativi alle suddette strutture accreditabili per le attività indicate;

4. di completare, laddove si evidenziassero carenze nel fabbisogno così definito, il processo di accreditamento delle strutture private ambulatoriali di diabetologia di secondo livello ai sensi di quanto disposto dall'art. 1, comma 237-quater della legge regionale n. 4/2011 e s.m.i. con il quale è stabilito che, in relazione all'accREDITAMENTO istituzionale definitivo, il fabbisogno va soddisfatto prioritariamente attraverso l'accREDITAMENTO delle strutture private transitoriamente accreditate da intendersi provvisoriamente accreditate alla data del 1/1/2007;

5. di demandare ad una successiva fase l'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture private già in esercizio e solo successivamente quello delle strutture di nuova realizzazione ai sensi del citato art. 1, comma 237-quater L.R. 4/2011, nel caso in cui si evidenziassero, per la quota a carico del privato, ulteriori carenze nel fabbisogno aziendale a seguito del completamento dei procedimenti di accREDITAMENTO relativi alla citata prima fase;

6. di trasmettere il presente provvedimento al Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute, per il seguito di competenza, nonché alla Segreteria di Giunta della Regione Campania ed all'Unità Operativa "Bollettino Ufficiale – Ufficio Relazione con il pubblico" per la pubblicazione sul Burc.



**Regione Campania**  
**Il Commissario ad Acta per l'attuazione**  
**del Piano di rientro dal disavanzo del SSR campano**  
**(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

**DECRETO N. 5 DEL 25/01/2018**

**OGGETTO:** Rete regionale Centri assistenza diabetologica II livello- Modifica ed integrazione del DCA 51 del 17.11.2017 (Deliberazione Consiglio dei Ministri del 10.07.2017, punto vii)

**VISTA** la legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)" e, in particolare, l'art. 1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore ad un triennio;

**VISTA** l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

**VISTA** la Deliberazione della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20/03/2007 "Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004";

**VISTA** la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 con la quale il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015 con la quale sono stati nominati quale Commissario ad acta il dott. Joseph Polimeni e quale subcommissario ad acta il dott. Claudio D'Amario;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, il Presidente della Giunta Regionale è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del vigente piano di rientro dal disavanzo del SSR campano, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e

1

fonte: <http://burc.regione.campania.it>

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

| ASL             | FABBISOGNO come da DGRC 330/2016 n. 1 centro/100000 abitanti | Numero | CENTRI PUBBLICI                                     | FABBISOGNO CENTRI PRIVATI |
|-----------------|--------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------|---------------------------|
| AVELLINO        | 4                                                            | 1      | CAD - Lioni                                         | 3                         |
| BENEVENTO       | 3 + 1 in deroga per zona disagiata                           | 1      | Distretto di Montesarchio - Sede Airola             | 1                         |
|                 |                                                              | 2      | Distretto Telesse Terme                             |                           |
|                 |                                                              | 3      | Distretto Benevento Nord/Est                        |                           |
| CASERTA         | 9                                                            | 1      | CAD Distretto 12 Caserta                            | 3                         |
|                 |                                                              | 2      | CAD Distretto 14 Cellole                            |                           |
|                 |                                                              | 3      | CAD Distretto 17 Aversa                             |                           |
|                 |                                                              | 4      | CAD Distretto 22 Capua                              |                           |
|                 |                                                              | 5      | CAD Distretto 23 Castelvolturno                     |                           |
|                 |                                                              | 6      | CAD Distretto 15 Piedimonte Matese                  |                           |
| NAPOLI 1 CENTRO | 11 + 1 Capri                                                 | 1      | CAD n. 1 c/o PSP Crispi/Via S. Gennaro Antignano    | 6 + 1 Capri               |
|                 |                                                              | 2      | CAD n. 2 Via C. Battisti/Via Ammendola              |                           |
|                 |                                                              | 3      | CAD n. 3 Viale Resistenza/P.ta Casale Secondigliano |                           |
|                 |                                                              | 4      | CAD n. 4 Via C. Scherillo/C.so A. Savoia            |                           |
|                 |                                                              | 5      | CAD n. 5 Via Winspeare/Via Acquaviva                |                           |
| NAPOLI 2 NORD   | 11 + 1 Ischia                                                | 1      | CAD DS 35 Pozzuoli                                  | 7 + 1 Ischia              |
|                 |                                                              | 2      | CAD DS 38 Marano                                    |                           |
|                 |                                                              | 3      | CAD DS 39 Villaricca                                |                           |
|                 |                                                              | 4      | CAD DS 43 Casoria                                   |                           |
| NAPOLI 3 SUD    | 11                                                           | 1      | CAD DS 48                                           | 4                         |
|                 |                                                              | 2      | CAD DS 51                                           |                           |
|                 |                                                              | 3      | CAD DS 52                                           |                           |
|                 |                                                              | 4      | CAD DS 54                                           |                           |
|                 |                                                              | 5      | CAD DS 57                                           |                           |
|                 |                                                              | 6      | CAD DS 58                                           |                           |
|                 |                                                              | 7      | CAD DS 59                                           |                           |
| SALERNO         | 11                                                           | 1      | CAD DS 60 Nocera Inferiore                          | 5                         |
|                 |                                                              | 2      | CAD DS 63 Cava Tirreni/Costa Amalfi                 |                           |
|                 |                                                              | 3      | CAD 64 Eboli/Buccino                                |                           |
|                 |                                                              | 4      | CAD 66 Salerno                                      |                           |
|                 |                                                              | 5      | CAD 70 Vallo Lucania/Agropoli                       |                           |
|                 |                                                              | 6      | CAD 72 Sala Consilina/Polla                         |                           |

# **Direzione Generale della Tutela della Salute**

- Costituzione di Tavoli operativi periodici con i Referenti Aziendali delle diabetologie per il monitoraggio delle realtà assistenziali

## **Cosa si è prodotto**

- **Ricognizione dello stato attuale dei Centri diabetologici territoriali di II livello e delle attività di III livello connesse alle complicanze del diabete nelle strutture Ospedaliere e Universitarie**

# Commissione diabetologica regionale

- Revisione e aggiornamento Decreto regionale 832/2009: L.G. alla prescrizione dei presidi per diabete

Si sta lavorando su :

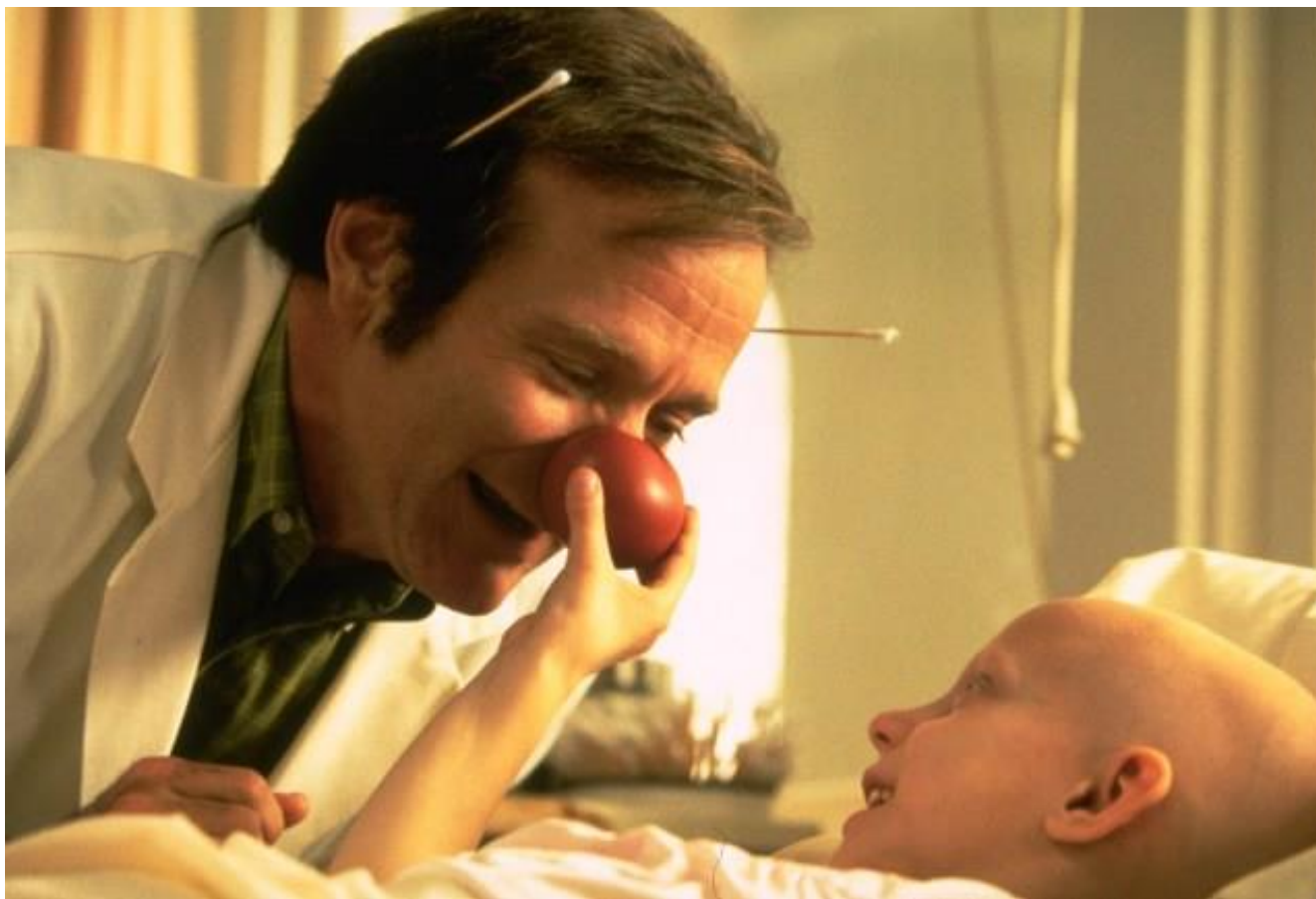
- ***Linee di indirizzo in merito alla prescrizione di Tecnologie applicate al trattamento e all'autocontrollo del Diabete Mellito***

# III Livello di cura del piede diabetico

Ad oggi i principali riferimenti :

- AORN Cardarelli
- Università della Campania L. Vanvitelli
- Ospedale Moscati di Avellino
- di Napoli Federico II

Se si cura una malattia si vince o si perde ma se si  
cura una persona si vince sempre



# **l'assistenza in Gestione integrata**

- La commissione diabetologica regionale ha prodotto un documento sull'organizzazione delle attività diabetologiche che è divenuto parte integrante del DGR del 16 dicembre del/2005 n 1168
- Nel documento il diabete è considerato come un modello esemplare per organizzare un'assistenza integrata tra MMG e medici specialisti.
- La patologia diabetica è considerata da un punto di vista clinico-organizzativo come suddivisibile in tre livelli di complessità corrispondenti ad altrettanti impegni di assistenza e la trasmissione dei dati tra i vari livelli è prevista su formato elettronico