



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.

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO

che con deliberazione della Giunta Regionale della Campania n. 1168 del 16 settembre 2005 sono state approvate le linee di indirizzo per l'organizzazione dell'attività diabetologica e il percorso assistenziale per il paziente diabetico;

che tali linee di indirizzo propongono un modello organizzativo dell'assistenza al paziente diabetico che si adatti ai molteplici e mutevoli bisogni del paziente ed individuano pertanto per i tre stadi di gravità della malattia tre livelli di cura diversi con diverso assorbimento di risorse, diverse tipologie assistenziali e diversa organizzazione:

- un primo livello assistenziale per l'assistenza al paziente diabetico di tipo 2 non scompensato
- un 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;
- un terzo livello assistenziale a più alta intensità per le fasi della malattia che necessitano di ricovero ospedaliero;

che con la deliberazione di cui sopra si è stabilito che l'assistenza diabetologica di secondo livello viene erogata dai Centri Diabetologici dotati di un'organizzazione assistenziale strutturata in team diabetologico interdisciplinare e che rispettano i parametri definiti nello stesso atto deliberativo;

PREMESSO INOLTRE

che il diabete mellito è in continuo aumento, sia come incidenza che come prevalenza, e che tale patologia impatta fortemente sulla persona, sulla famiglia e sulla società; essendo la seconda causa di insufficienza renale terminale, la causa più comune di cecità, la più comune causa di amputazioni non traumatiche degli arti inferiori, la più comune malattia cronica tra i bambini e che inoltre:

- la prevalenza della patologia diabetica in Italia, secondo i dati ISTAT 2014 è del 5,5% mentre in Regione Campania la prevalenza della patologia diabetica è, sempre secondo dati ISTAT anno 2014, del 6,9%;
- la mortalità in Campania è tra le più alte d'Italia;
- tale patologia ha costi sanitari diretti consistenti (10-15% dei costi dell'assistenza sanitaria, con un elevato costo pro capite di circa 3.348 euro l'anno per paziente), la maggior parte dei costi del diabete è legato alle ospedalizzazioni mentre i farmaci per il diabete incidono per il 6,2%

che, pertanto l'organizzazione dell'assistenza sanitaria risulta fondamentale sia per il miglioramento degli obiettivi di salute che per la razionalizzazione della spesa;

VISTO

la legge 16 marzo n. 1987 n.115 recante "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito" ed, in particolare l'art. 2 che dispone che vengano stabiliti, con atto di indirizzo e coordinamento, gli interventi operativi più idonei per individuare le fasce di popolazione a rischio diabetico e per programmare gli interventi sanitari su tali fasce;

la DGRC n. 37/2004 "Linee Guida Regionali per l'assistenza al diabete in età pediatrica";

la DGRC n. 1133/2005 "Linee operative per la pianificazione regionale sulla prevenzione delle complicanze del diabete" in attuazione del progetto nazionale IGEA;

la Legge Regionale n. 9 del 29 luglio 2009 che ha dettato "disposizioni in attuazione della legge 16 marzo 1987 n. 315 relativa alla prevenzione ed alla cura del diabete mellito ed in particolare l'art. 3 che ha previsto la istituzione della Commissione Diabetologica Regionale ed l'art. 9 che ha recepito le linee

di indirizzo emanate con delibera n. 1168/2005 per l'organizzazione dell'attività diabetologica e percorso assistenziale per il paziente diabetico”;

l'art. 9 del Decreto del Commissario ad Acta n. 87 del 24/07/2013 relativo all'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale per la parte sulla gestione integrata del diabete;

il Decreto Commissariale n. 26 del 03.06.2014 avente ad oggetto “Recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 6 dicembre 2012 relativo al Piano per la malattia diabetica” con il quale è stato approvato il Piano attuativo regionale ;

il Decreto Commissariale n. 43 del 04.07.2014 avente ad oggetto “Prevenzione del piede diabetico attraverso l'attuazione del Disease Management. Individuazione della rete assistenziale regionale ed attuazione di percorsi diagnostico terapeutici integrato Ospedale-territorio per la gestione delle ulcere cutanee”;

il Piano nazionale della Prevenzione 2014-2018 che ha previsto la realizzazione di progetti regionali finalizzati nel caso del diabete a prevenire le complicanze attraverso la gestione integrata della malattia;

il Piano regionale della Prevenzione 2014-2018;

CONSIDERATO

che il diabete mellito è una malattia cronica invalidante di elevato impatto sociale;

che una modalità integrata di gestione del paziente indirizza la capacità di offerta dei servizi verso prestazioni appropriate e qualitativamente soddisfacenti aventi come obiettivo finale la riduzione della mortalità e del manifestarsi delle complicanze del diabete;

che l'obiettivo 1 del Piano nazionale si articola in una serie di obiettivi specifici ed in primo luogo prevede “di promuovere la ricognizione dell'offerta specialistica, verificata dal punto di vista strutturale, organizzativo e delle risorse (umane strumentali e dei servizi)”

che, pertanto, è necessario dare nuovo impulso all'assistenza territoriale per il paziente diabetico, con particolare riguardo alla prevenzione delle complicanze;

che il potenziamento dell'offerta di strutture territoriali richiede anche una maggiore appropriatezza nell'erogazione delle cure con la riduzione del ricorso improprio all'ospedale al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse e garantire una migliore qualità dell'assistenza al cittadino;

CONSIDERATO ALTRESI

che il potenziamento dell'assistenza territoriale, sia in termini qualitativi che quantitativi, richiede una nuova determinazione del fabbisogno delle strutture ambulatoriali appartenenti al secondo livello assistenziale;

che tale rideterminazione del fabbisogno si rende necessaria anche in considerazione dell'andamento epidemiologico della patologia diabetica che dal 2001 al 2014 (dati ISTAT) risulta essere in costante ascesa con dati regionali che dimostrano come la Campania sia la seconda regione in Italia per prevalenza di soggetti diabetici;

RITENUTO pertanto

Di dover rideterminare il fabbisogno di centri pubblici e privati per l'assistenza di secondo livello al paziente diabetico applicando alla popolazione residente in Campania uno standard pari a 1 Centro Diabetologico ogni 100.000 abitanti;

PROPONE e la Giunta, in conformità, a voto unanime

DELIBERA

Per i motivi di cui in premessa e che si intendono integralmente riportati e trascritti:

1. di applicare per la determinazione del fabbisogno di Centri Diabetologici per il secondo livello assistenziale pubblici e privati per l'assistenza al paziente diabetico lo standard di 1 Centro ogni 100.000 abitanti;

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
Salerno	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 evidenziaressero 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.