



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 43 del 04.07.2014

OGGETTO: Attuazione del programma operativo 13.3 (Decreto n. 18 del 31 marzo 2014): Prevenzione del piede diabetico attraverso l'attuazione del Disease Management. Individuazione della rete assistenziale regionale ed attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici integrati Ospedale-Territorio per la gestione delle ulcere cutanee.

PREMESSO:

- a. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale commissario ad acta per l'intero periodo di vigenza del Piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale, a norma dell'art. 4, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007 n. 159 convertito, con modificazioni, nella legge 29 novembre 2007, n. 222;
- b. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato commissario ad acta per il piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo i programmi operativi predisposti dal commissario medesimo ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 88 della legge n. 191 del 2009;
- c. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Governo ha nominato il dott. Mario Morlacco ed il dott. Achille Coppola sub-commissari ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro;
- d. che a seguito delle dimissioni rassegnate in data 22 febbraio 2012 dal sub-commissario Achille Coppola, con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 marzo 2012 i compiti relativi alla predisposizione degli acta per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario sono riuniti nella persona del sub-commissario Mario Morlacco;
- e. che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2013 il Prof. Ettore Cinque è stato nominato quale sub-commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, con riferimento a diverse azioni ed interventi;

VISTO

- a. il decreto n. 18 del 31 marzo 2014: programma operativo 13.3: Prevenzione del piede diabetico attraverso l'attuazione del Disease Management. Individuazione della rete assistenziale Regionale;
- b. le Ordinanze dell'Agenzia Regionale Sanitaria nn. 50 del 23/07/2013 e 57 del 20/09/2013 con cui è stato costituito il gruppo per la identificazione di idonei percorsi diagnostico-terapeutici ospedale- territorio per le cure delle ulcere cutanee e delle ulcere correlate al Piede Diabetico;
- c. l'accordo Rep. Atti n. 233/CSR sancito in data 6 dicembre 2012 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano per la malattia diabetica";
- d. il Decreto 26/14 del Commissario ad Acta per la Sanità avente ad oggetto: Recepimento dell'Accordo Stato – Regioni del 6 Dicembre 2012 relativo al "Piano per la Malattia Diabetica".

VISTI, altresì

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- a. la DGR n. 1168/2005 relativa alle linee di indirizzo per l'organizzazione dell'attività diabetologica e del percorso assistenziale del paziente diabetico;
- b. la DGR n. 1133/05 "Linee operative per la pianificazione regionale sulla prevenzione delle complicanze del diabete" in attuazione del Progetto nazionale IGEA;
- c. la Legge Regionale n. 9 del 22 luglio 2009 di recepimento della Legge 16 marzo 1987, n.115 relativa alla prevenzione e la cura del diabete mellito;
- d. "Piano Sanitario Regionale 2011/2013" (Decreto Commissario ad Acta per il piano di rientro sanitario n.22 del 22 Marzo 2011);
- e. il Piano Nazionale di Prevenzione 2010 – 2012 che ribadisce l'impegno nel campo di prevenzione del diabete e delle sue complicanze attraverso azioni da attuarsi all'interno di quattro macro – aree di intervento (Medicina predittiva, Programmi di Prevenzione collettiva, Programmi di Prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio, Programmi volti a prevenire complicanze e recidive di malattia);
- f. la DGRC n.309/11 "Piano Regionale di prevenzione - Progetto 7 - prevenzione delle complicanze del Diabete: Percorso educativo assistenziale per la prevenzione del Piede Diabetico (quadro d'insieme n.3.3.1.1)
- g. la gestione integrata della patologia diabetica di cui all'art. 9 del Decreto del Commissario ad Acta n. 87 del 24/07/2013 relativo all'accordo integrativo regionale per la Medicina Generale, che realizza quanto individuato nel Piano sanitario Regionale, nel Piano di Prevenzione Regionale 2010- 2012 ed è in linea con gli obiettivi del Piano Nazionale Diabete;

DATO ATTO

- a. che nell'ambito della Commissione Permanente sulla malattia diabetica che ha operato presso il Ministero della Salute con il coinvolgimento delle Regioni, delle Associazioni dei pazienti e delle Società scientifiche, è stato elaborato il documento relativo al "Piano Nazionale per la Malattia Diabetica" mirante ad individuare alcuni obiettivi strategici per:
 - migliorare le attività di prevenzione, cura e riabilitazione del diabete;
 - favorire percorsi che garantiscano al paziente uniformità di risposte;
 - delineare le strategie generali e specifiche per la realizzazione di ciascun obiettivo;
- b. delle specifiche indicazioni relative alla cura del Piede Diabetico previste nel Piano Nazionale Diabete - (pubblicato sulla G.U. del 7 febbraio 2013) recepito con il Decreto 26/14 del Commissario ad Acta per la Sanità;
- c. che tali obiettivi possano ridurre il peso della malattia con un miglioramento della qualità di vita delle persone con diabete e/o ulcere e con una riduzione dei costi per il Sistema Sanitario, il documento *de quo* fornisce indicazioni per il miglioramento della qualità dell'assistenza, in linea con l'evoluzione registrata in ambito scientifico e tecnologico e con i nuovi modelli organizzativi diffusi in vaste aree del territorio;

RITENUTO

- a. di approvare il documento allegato "Percorsi diagnostico-terapeutici integrati ospedale-territorio per la gestione del piede diabetico e delle ulcere. Rete Assistenziale Regionale";
- b. di demandare all'ARSAN l'attività di monitoraggio dell'attuazione del piano operativo regionale, ai sensi dell'art. 4, comma 1, del regolamento approvato con DGRC n. 206 del 28/6/2013.



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

Per le motivazioni espresse in narrativa e che qui di seguito si intendono integralmente riportate e trascritte

DECRETA

- a. di approvare l'allegato documento "Percorsi Diagnostico-Terapeutici integrati Ospedale-Territorio per la gestione del Piede Diabetico e delle ulcere cutanee. Rete Assistenziale Regionale"
- b. di incaricare i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie dell'attuazione dei percorsi assistenziali previsti nel documento allegato nonché dell'attivazione delle strutture individuati costituenti la rete assistenziale regionale per la cura del Piede Diabetico e delle ulcere cutanee entro il 31.12.2014 come da crono programma del Programma Operativo 13.3;
- c. di demandare all'ARSAN l'attività di monitoraggio dell'attuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici integrati ospedale-territorio per la gestione del piede diabetico e delle ulcere;
- d. di disporre che il presente atto venga pubblicato sul BURC.

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario
Dott. Mario Morlacco

Il Capo Dipartimento della Salute
e delle Risorse Naturali
Prof. Ferdinando Romano

Il Direttore Generale della Tutela della Salute e C.S.S.
Dott. Mario Vasco

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

Attuazione del Programma operativo 13.3 (Decreto n. 18 del 31 marzo 2014) : PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI INTEGRATI OSPEDALE – TERRITORIO PER LA GESTIONE DEL PIEDE DIABETICO E DELLE ULCERE CUTANEE.

Rete Assistenziale Regionale

Prevenzione e trattamento del piede diabetico e delle ulcere cutanee attraverso l'attuazione del disease management.

Individuazione della rete assistenziale regionale e dei percorsi terapeutici.

La Regione Campania ha una elevata prevalenza di casi di piede diabetico e di ulcere cutanee, tali lesioni, anche se con patogenesi diversa, possono essere accumulate in quanto presentano percorsi assistenziali diagnostico terapeutici comuni ed integrati, e rappresentano una rilevante problematica socio-economica, specie nel caso in cui queste esitino in amputazioni, comportando prolungati periodi di ospedalizzazione e di riabilitazione, nonché maggiore necessità di assistenza a domicilio e di servizi sociali.

Le ulcere cutanee sono più frequenti in età geriatrica: variano tra lo 0,3% a 60 anni e l'1% a 65, fino a raggiungere il 5% a 90 anni per cui se ne prevede un aumento dell'incidenza in relazione all'allungamento della vita media. L'incidenza è nettamente più elevata nel sesso femminile con un rapporto di 3:1.

Le ulcere flebostatiche sono le più frequenti, con una prevalenza tra il 70-80%, seguite da quelle arteriose (15-20%).

Le ulcere da decubito colpiscono maggiormente la popolazione geriatrica. L'incidenza delle lesioni da decubito nei soggetti ospedalizzati di tutte le età varia dal 4 al 9% ed aumenta del 10-25% negli anziani. Il problema riguarda non solo i pazienti ricoverati ma principalmente pazienti assistiti a domicilio coinvolgendo tutti gli operatori sanitari (Specialisti, Medici di base, Infermieri Operatori ospedalieri e di Distretto).

Il 67% delle Ulcere Cutanee recidivano. Questo dato mette in risalto il carattere sociale del problema ed è reso ancora più significativo dalla limitata tendenza alla guarigione (il 20% delle ulcere cutanee sono ancora aperte dopo 2 anni, e l'8% non risultano guarite dopo 5 anni).

L'incidenza annuale di ulcere del piede nella popolazione diabetica è di 2,5-10,7%. Le ulcere colpiscono il 10-15% dei diabetici dopo più di 20 anni di malattia, e sono particolarmente subdole perché decorrono a lungo senza sintomi a causa della neuropatia sensitiva; durante la fase acuta richiedono quasi sempre il ricovero, con una guarigione molto lenta, in genere dai 2 ai 6-8 mesi.

Si ritiene che in Italia circa il 30% dei pazienti diabetici da almeno 10 anni abbia una forma di neuropatia diabetica; il 15% dei pazienti diabetici ospedalizzati ha ulcere distali.

Per quanto riguarda le lesioni da piede diabetico, la Campania presenta uno dei più alti tassi di amputazione e negli ultimi 10 anni, al contrario di quanto è successo nella maggioranza delle restanti regioni, non si è osservata alcuna riduzione di tale tasso.

L'analisi effettuata sulla banca dati SDO Regionale riporta oltre seicento amputazioni non traumatiche degli arti connesse alla patologia diabetica /anno.

Lo spettro delle lesioni ai piedi è strettamente dipendente dalle differenti condizioni socio economiche e dall'adesione agli standard di cura.

Il piede diabetico, una volta manifestatosi, non è suscettibile di guarigione completa; una sua caratteristica è il ripetersi di manifestazioni ulcerose la cui frequenza e gravità dipendono

esclusivamente dall'igiene e dalla sorveglianza da parte del paziente o dei familiari, dall'uso di presidi di prevenzione domiciliare (scarpe o tutori di scarico, plantari), dalla opportunità di usufruire di cure podologiche frequenti e dalla prontezza nel riconoscimento e nell'intervento sulle lesioni iniziali (attraverso personale sanitario specificamente addestrato).

La Regione ha inteso intraprendere un'attività specifica mirata per la prevenzione del Piede Diabetico con una linea operativa dedicata all'interno del Piano Regionale di Prevenzione, Progetto 7: Prevenzione delle complicanze del diabete: percorso educativo assistenziale per la prevenzione del piede diabetico (Quadro d'insieme n. 3.3.1.1) DGRC 309 del 2011.

Alla luce di tali criticità si è reso necessario individuare una rete assistenziale a differente intensità, che consenta l'attuazione di specifici percorsi assistenziali.

Tale organizzazione a rete ha l'obiettivo di garantire che da qualunque punto avvenga l'accesso del "caso" (PS, UO non specializzate, ecc.) esso venga ricondotto all'interno dei percorsi individuati, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza dell'intero processo assistenziale.

Per consentire la fase di pianificazione è stato costituito un apposito gruppo di lavoro, composto da esperti del settore (Ordinanze Direttore Generale A.R.San. n.50 del 23.7.2013 e n.57 del 20/9/2013)

SVILUPPO DI MODELLI INTEGRATI ASSISTENZIALI

Il modello assistenziale di riferimento per il trattamento del piede diabetico e delle lesioni cutanee, finalizzato anche alla prevenzione delle recidive, è la Gestione Integrata, che deve essere articolata secondo :

1. Un Approccio multidisciplinare;
2. L'organizzazione di centri specializzati;
3. L'attuazione di Percorsi diagnostico-terapeutici aderenti alle più recenti linee guida nazionali ed internazionali;
4. L'integrazione Territorio-Ospedale;
5. Formazione continua degli operatori;
6. Sistema informativo con l'uso di cartelle cliniche informatizzate e la messa in rete dei punti assistenziali.

METODOLOGIA DI LAVORO

Punto comune ad ogni livello è la necessità della "presa in carico del paziente" che può essere definita tale solo in presenza di:

1. una valutazione "multidimensionale" per la corretta rilevazione di tutti i bisogni;
2. la stesura di un piano assistenziale più o meno articolato che prevede il coinvolgimento di una più figure professionali, che agiscono in team, a seconda della complessità;
3. l'erogazione degli interventi necessari previsti dal piano;
4. il coordinamento degli interventi

Le Linee Guida internazionali indicano per la cura del Piede Diabetico la necessità di un approccio multidisciplinare integrato, articolato su diversi livelli di intensità di cura, come si evince nella Tabella seguente:

ATTIVITÀ GARANTITE		EQUIPE OPERANTE
I livello	AMBULATORIO: attività di prevenzione e terapia educativa; attività di diagnosi del piede diabetico.	MMG, diabetologo, personale infermieristico dedicato.

II livello	Centro Chirurgico Territoriale, CAD territoriale o ospedaliero: attività di diagnosi, e cura e prevenzione delle eventuali complicanze e disabilità: - medicazioni; piccola chirurgia; scarico delle lesioni neuropatiche plantari.	Diabetologo, personale infermieristico dedicato, podologo, tecnico ortopedico, chirurgo
III livello	STRUTTURA DI RICOVERO: Procedure di rivascolarizzazione distali endoluminali e chirurgiche, interventi di chirurgia sia di urgenza sia di elezione	Diabetologo, personale infermieristico dedicato, cardiologo interventista, chirurgo vascolare, chirurgo plastico, ortopedico, radiologo interventista

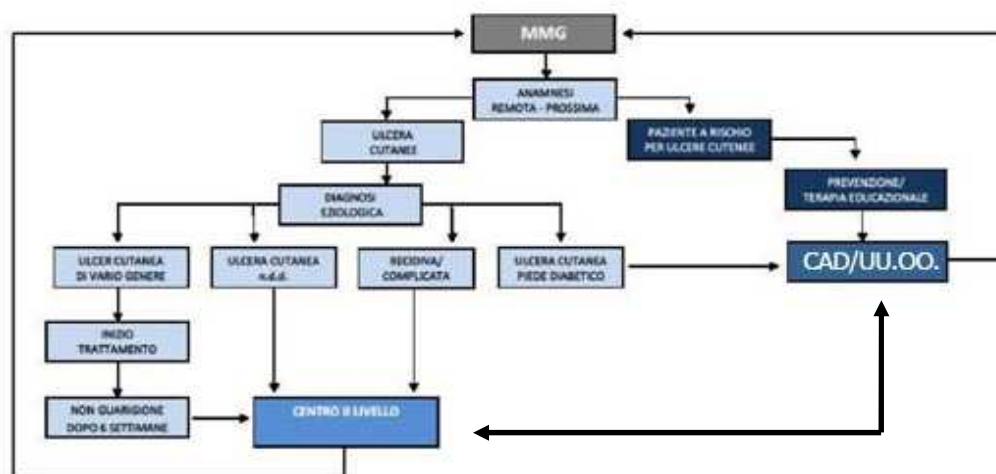
Tale indicazione può essere applicata anche per le ulcere cutanee, integrando le specifiche competenze ed attività.

I LIVELLO DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE

Il MMG rappresenta nel Sistema Sanitario Nazionale la figura sanitaria, a cui il paziente portatore di lesione cutanea si rivolge per ricevere informazioni, prevenzione, assistenza. In tale ottica ogni MMG offre le prestazioni di sua competenza ed indirizza il paziente verso i percorsi assistenziali più appropriati.

In tale livello di intervento il MMG ha il ruolo di case manager del piano assistenziale. Al crescere della complessità, la valutazione, la stesura e l'esecuzione possono essere demandate in misura diversa, secondo criteri di necessità e competenze, a figure specialistiche, mentre rimane costante ad ogni livello, la funzione di coordinamento dell'esecuzione del piano da parte del MMG.

Percorsi Diagnostico terapeutici per la gestione del Piede Diabetico e delle ulcere cutanee di vario genere : I Livello (MMG)



Per i pazienti diabetici il MMG svolge attività di prevenzione e terapia educativa, attività di diagnosi precoce di lesioni pre-ulcerative localizzate ai piedi (ACN Medicina generale – Decreto Commissario ad Acta Regione Campania n. 87 del 24.07.2013).

In caso di comparsa di lesioni correlate al piede diabetico è previsto l'invio urgente del paziente da parte del MMG al Centro Antidiabete (CAD) di riferimento. Nel caso il CAD verifichi la necessità di procedure chirurgiche si integrerà con il Centro Chirurgico Territoriale Chirurgico di riferimento.

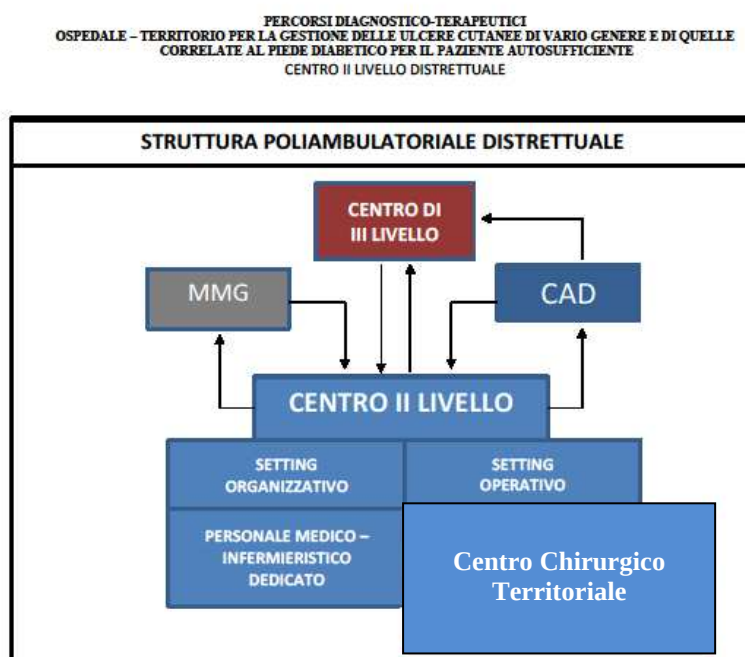
E' prevista la possibilità che il paziente possa continuare la terapia in regime di self-care domiciliare.

II LIVELLO DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE

Il Centro Chirurgico Territoriale è la struttura di riferimento a cui afferiscono pazienti con lesioni cutanee che necessitano di un ulteriore inquadramento diagnostico e di interventi terapeutici chirurgici eseguibili in ambito ambulatoriale.

Si configura come un Centro specificamente attrezzato che opera all'interno della struttura aziendale competente per le Cure Primarie e può essere ubicata nelle strutture poliambulatoriali distrettuali delle AASSLL e/o in presidi riconvertiti ad attività territoriali. Nell'ambito di tale organizzazione deve essere prevista la presenza di un' équipe di professionisti individuati non solo in base alla specializzazione ma, principalmente, in base alla cultura e all'interesse nei confronti delle lesioni cutanee con esperienza in wound care, in diagnostica vascolare (ecocolordoppler vascolare), tecniche di bendaggio e conoscenza di medicazioni avanzate. Un ambulatorio infermieristico, per potenziare e favorire lo svolgimento delle procedure assistenziali, sarà parte integrante del Centro e sarà costituito da personale dedicato ed esperto del settore.

Tale struttura svolge procedure chirurgiche in anestesia locale senza blocco loco-regionale e medicazioni complesse con e senza asportazione delle ferite.

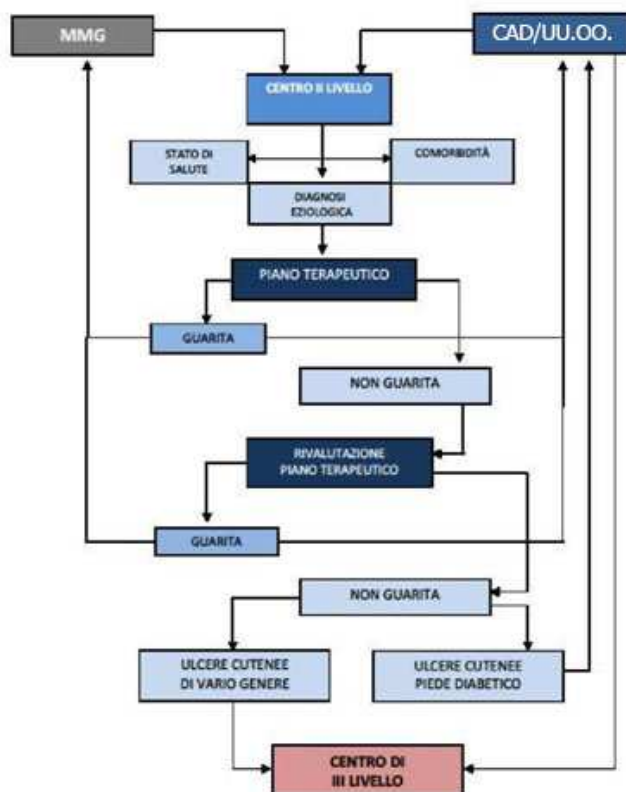


E' previsto che le Aziende Ospedaliere ed i Policlinici Universitari, nonché i P.O. di AA.SS.LL. (non coinvolti nella rete di III livello) possano dotarsi di centri di II livello per la cura delle lesioni ulcerative cutanee correlate al piede diabetico o a ulcere cutanee di altro tipo.

A tali strutture afferiranno i pazienti presi in carico dal MMG e da altre UUOO (Assistenza Anziani, Riabilitazione, CAD) per le attività di tipo strettamente chirurgico.

Tali attività, laddove se ne valutasse la fattibilità, potranno essere effettuate anche in regime domiciliare. In relazione al grado di complessità dell'intero percorso clinico-diagnostico-assistenziale, il medico responsabile del caso, deciderà il regime più appropriato (ambulatoriale, domiciliare o invio al III Livello-ospedaliero).

Percorsi Diagnostico terapeutici per la gestione del Piede Diabetico e delle ulcere cutanee di vario genere: II Livello (Centro Chirurgico Territoriale)



III LIVELLO di INTENSITÀ ASSISTENZIALE

Al centro di III livello afferiranno quei casi, il cui livello di complessità non consente il trattamento a livello ambulatoriale, quali:

- ✓ *trattamento lesioni piede diabetico*
- ✓ *ulcere ischemiche gravi da rivascolarizzare*
- ✓ *ulcere neoplastiche*
- ✓ *patologie dismetaboliche gravi*
- ✓ *necessità di eseguire terapie vasoattive e/o gas terapia*
- ✓ *malnutrizione*
- ✓ *ulcere infette*
- ✓ *necessità di eseguire biotecnologie*
- ✓ *ulcere da sottoporre ad innesti o lembi*
- ✓ *ulcere da sottoporre a chirurgia ortopedica, ricostruttiva e/o rigenerativa*
- ✓ *etc.*

Setting Organizzativo

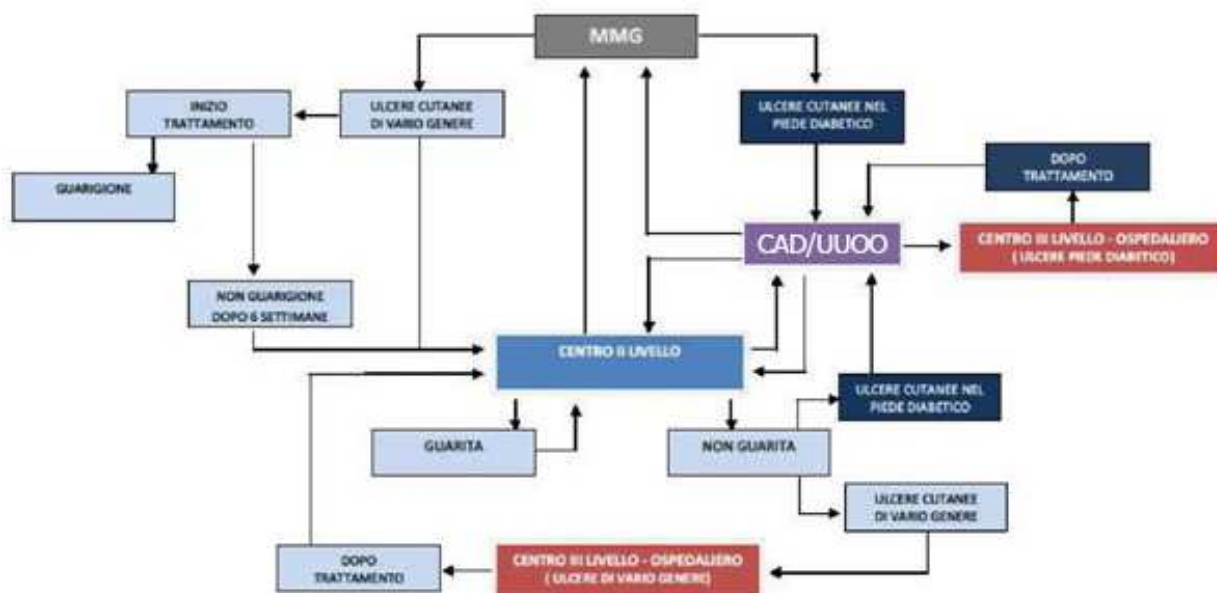
Il centro di III livello è un'Unità polispecialistica funzionale di tipo Ospedaliero nella quale operano e collaborano Strutture e Servizi che concorrono all'assistenza ai Pazienti con patologia ulcerativa cutanea e piede diabetico.

Il centro opera in gestione integrata sia con le strutture interne dell'Ospedale sia con tutte le strutture territoriali addette alla prevenzione, alla cura, al controllo periodico clinico-strumentale - follow up - ed alla riabilitazione dei pazienti affetti da lesioni cutanee e piede diabetico.

Il centro di III livello dovrà erogare prestazioni in Day Service, in Day Surgery ed in ricovero ordinario, in stretta integrazione con i centri di II livello, per garantire la continuità del percorso assistenziale, attraverso procedure definite per la dimissione e la successiva presa in carico alle strutture territoriali.

La struttura di III Livello deve garantire la completezza dell'intero percorso assistenziale con alta complessità: dalla terapia medica vasoattiva, ad interventi di rivascolarizzazione, nonché alla chirurgia ricostruttiva-rigenerativa, all'applicazione di tutori di scarico, ai controlli dopo la cura (follow up).

Percorsi Diagnostico terapeutici per la gestione del Piede Diabetico e delle ulcere cutanee di vario genere: III Livello (Struttura Ospedaliera)



Al fine di consentire un percorso di cura appropriato e completo, che comprenda tutte le discipline coinvolte in questo complesso intervento assistenziale, le strutture di III livello devono essere allocate presso presidi ospedalieri ove siano presenti le seguenti specialità: Diabetologia e/o Medicina Interna, Ortopedia, Chirurgia Vascolare, Radiologia interventistica e possibilmente Chirurgia plastica ed in grado di espletare una completa diagnostica radiologica.

Poiché la Regione ha circa 5,8 milioni di abitanti devono essere previste almeno 6 Strutture di III livello allocate in Presidi Ospedalieri con le succitate specialità, e pertanto, oltre al potenziamento delle strutture esistenti come l'AORN Cardarelli, che presenta la maggiore casistica regionale, si è reso necessario individuare un centro di III livello per Provincia, individuandone un secondo (oltre l'AORN Cardarelli) per la Provincia di Napoli, considerando l'alta densità abitativa, uno per la Provincia di Caserta, uno per la Provincia di Salerno, uno per le Province di Benevento - Avellino.

Vista la prevalenza dei casi da trattare per ulcere croniche (diabetiche e non) si stima che è necessario istituire almeno una struttura multidisciplinare di III livello ogni 1.000.000 di abitanti.

Tali strutture possono essere realizzate all'interno o secondo un'organizzazione funzionale con percorsi intra-ospedalieri o con la disponibilità di posti letto di degenza specifici in strutture

appositamente individuate che riuniscano tutte le tecnologie e le competenze, in strettissima relazione con la restante rete degli altri due livelli di assistenza.

Ogni servizio di questo tipo dovrebbe poter seguire nell'arco di un anno un minimo di 200-300 casi complessi, fino a un massimo di 500-600. Stando alle evidenze presenti in letteratura, questo tipo di programmazione, è in grado di ridurre di circa l'85% le amputazioni maggiori.

Le strutture di III Livello devono essere strettamente integrate con la rete territoriale delle Cure Primarie e soprattutto dei Servizi di Diabetologia, in grado di recuperare al follow-up i pazienti sottoposti ai trattamenti intensivi, e di mettere in atto i provvedimenti di prevenzione secondaria e terziaria.

Il gruppo di lavoro (individuato con le Ordinanze dell'Agenzia Regionale Sanitaria nn. 50 del 23/07/2013 e 57 del 20/09/2013), attraverso la raccolta ed analisi dei dati relativi alle strutture presenti sul territorio della regione Campania, ha individuato gli ospedali candidabili al ruolo di strutture di III livello:

1. AORN Cardarelli (Napoli);
2. AORN Ospedale dei Colli (Napoli);
3. A.O.U. Federico II (Napoli);
4. A.O.U. SUN;
5. A.O. Ruggi (Salerno);
6. A.O. Moscati (Avellino);
7. A.O. Rummo (Benevento);
8. A.O.R.N. Sant'Anna e S. Sebastiano (Caserta).

In tali strutture sono, infatti, garantite le discipline previste dal Programma operativo 13.2 ed in particolare Diabetologia/Medicina Interna, Ortopedia, Chirurgia Vascolare ed applicabilità di procedure di Radiologia interventistica (procedura ICD-9-CM 39.90).

Al fine di ottimizzare il sistema di offerta assistenziale regionale sarà possibile integrare tali strutture con l'obiettivo di potenziare le competenze.

E' necessario prevedere in ambito regionale almeno una struttura di III livello con competenze in grado di promuovere e realizzare procedure cliniche innovative e/o sperimentali utili a favorire ulteriori interventi a carattere di eccellenza. Tale struttura, poiché a valenza di ricerca, dovrebbe realizzare attività integrate con sedi Universitarie avvalendosi della collaborazione di Aziende Ospedaliere con connotazione di eccellenza (es. A.O.R.N. Cardarelli, A.O. Caserta).

Tale struttura è stata identificata nell'Azienda Ospedaliera dei Colli, Presidio Ospedaliero ex CTO, essendo in atto una riorganizzazione delle strutture sanitarie regionali, considerando la presenza, in tale P.O. dell'"Unità rigenerativa ortopedica" che si avvale di tecniche innovative per la riparazione delle lesioni ossee.

Nelle fasi di riorganizzazione saranno definiti sia eventuali protocolli di intesa che successivi atti programmatori.

E' necessario prevedere un'offerta formativa da parte delle AA.OO., AA.SS.LL., AA.OO.UU., relativamente al personale coinvolto nei livelli operativi di specifica competenza

Al fine di misurare il raggiungimento degli obiettivi saranno valutati a cadenza annuale i seguenti indicatori:

Indicatori di processo:

- n. Centri di III livello attivati/n. centri di III livello individuati/anno;
- n. Centri Chirurgici Territoriali attivati /ASL
- proporzione ASL/AO che hanno attivato un percorso assistenziale;

- proporzione CAD che attuano il percorso/totale n. CAD per ASL;
- n. di operatori che hanno ricevuto una formazione specifica per ASL;
- n. amputazioni/entro i primi sei mesi dalla attivazione del percorso (rete in fase di avvio) rispetto allo storico di 600 amp./anno per ASL;
- n. amputazioni/entro il primo anno dalla attivazione del percorso (rete a regime) rispetto allo storico di 600 amp./anno;
- n. pazienti con Piede Diabetico presi in carico dal I, II e III livello per ASL;
- n. pazienti con Ulcere Cutanee presi in carico dal I, II e III livello per ASL;
- n. ulcere cutanee guarite/ulcere cutanee prese i carico/centro per ASL;
- riduzione dei ricoveri inappropriati per tale patologia (ricoveri per medicazioni, ricoveri 0-1 giorno, ricoveri non seguiti da intervento chirurgico, ricoveri ripetuti) rispetto all'anno precedente per ASL;
- n. amputazioni minori per diabete / totale amputazioni per diabete/ anno;
- n. amputazioni maggiori / totale amputazioni per diabete/anno;
- valutazione dei costi assistenziali diretti sostenuti per diagnostica e terapia (Farmaceutica, Ricoveri, e Riabilitazione)/anno per ASL;
- n. pazienti seguiti in regime domiciliare/anno/ASL;