


CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO

4850

 **Consiglio regionale del Veneto**
Uscita del 31/03/2011 Num. 0004980
CRV CRV spc-UPA

Venezia, 31 MAR. 2011

Al Signor Presidente
della QUINTA Commissione Consiliare

Al Signor Presidente
della PRIMA Commissione Consiliare

Al Signor Presidente
della Giunta regionale

e, p.c.

Ai Signori Presidenti
delle Commissioni Consiliari

Ai Signori Presidenti
dei Gruppi Consiliari

Al Signor Assessore
delegato per i rapporti tra il
Consiglio e la Giunta regionale

Al Signor Segretario generale
della programmazione

Loro sedi



IX LEGISLATURA

oggetto: Progetto di legge n. 149
Proposta di legge di iniziativa dei consiglieri Antonino Pipitone,
Diego Bottacin, Andrea Causin, Stefano Fracasso, Gustavo
Franchetto, Raffaele Grazia, Gennaro Marotta, Leonardo Padrin,
Pietrangelo Pettenò, Bruno Pigozzo e Claudio Sinigaglia relativa
a: "INTERVENTI REGIONALI PER L'ASSISTENZA
DIABETOLOGICA".

Ai sensi dell'art. 39 dello Statuto e degli art. 20 e 44 del Regolamento, trasmetto
il progetto di legge indicato in oggetto.

La Quinta Commissione consiliare presenterà la propria relazione al Consiglio
entro i termini previsti dall'art. 24 del Regolamento.

La Prima Commissione consiliare, ai sensi dell'art. 26, primo comma, del
Regolamento esprimerà il parere di sua competenza alla Quinta Commissione
consiliare, trasmettendolo per conoscenza a questa Presidenza.

DIREZIONE
RAPPORTI ATTIVITÀ
ISTITUZIONALI

Ufficio
atti
istituzionali

San Marco 2322
Palazzo Ferro Fini
30124 Venezia

+39 041 2701233 *tel*
+39 041 2701271 *fax*
drai.uai@consiglioveneto.it
www.consiglioveneto.it

Ove altre commissioni dovessero rilevare nel progetto di legge di cui trattasi, aspetti che rientrano nelle proprie competenze, potranno esprimere il proprio parere alla Commissione referente.

Si invita infine il Presidente della Giunta regionale a trasmettere, ai sensi e per gli effetti dell'art. 6 della legge regionale 29 novembre 2001, n. 39, la scheda di analisi economico-finanziaria nei termini previsti dallo stesso articolo.

Cordiali saluti.



IX Legislatura

IL PRESIDENTE

(Cleodolfo Ruffato)

IL SEGRETARIO GENERALE

(dott. Roberto Zanon)



CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO

NONA LEGISLATURA

PROGETTO DI LEGGE N. 149

PROPOSTA DI LEGGE d'iniziativa dei Consiglieri Pipitone, Franchetto e Marotta, Grazia, Fracasso, Pigozzo, Sinigaglia, Bottacin, Causin, Padrin e Pettenò

INTERVENTI REGIONALI PER L'ASSISTENZA DIABETOLOGICA

Presentato alla Presidenza del Consiglio il 16 marzo 2011.

Trasmesso alle Commissioni consiliari Prima e **QUINTA** e ai Consiglieri regionali il 31 marzo 2011.

INTERVENTI REGIONALI PER L'ASSISTENZA DIABETOLOGICA

Relazione:

Nel Veneto circa 250.000 persone sono oggi malate di diabete, altri 125.000 lo sono senza ancora saperlo: ogni anno migliaia sono i nuovi casi. Il 10 per cento della popolazione adulta presenta glicemie superiori al normale e nel 25 per cento dei casi rischia di diventare diabetica entro 5 anni. Il costo sociale è stato calcolato in 2.500 euro l'anno a persona. La spesa farmaceutica collegata ad un diabetico è del 54 per cento maggiore rispetto a quella per un normale paziente. I costi diretti e indiretti, nel Veneto, vengono calcolati in 1 miliardo e 500 milioni di euro l'anno.

Il diabete mellito, in particolare il tipo 2, rappresenta un fattore di rischio indipendente per le malattie cardiovascolari ed agendo sinergicamente con altri fattori di rischio quali l'ipertensione arteriosa, la dislipidemia, il fumo di sigaretta, l'obesità, etc., determina un eccesso di mortalità pari al 30-40 per cento rispetto alla popolazione non diabetica. Si stima che i diabetici presentino un rischio di eventi cardiovascolari pari a quelli della popolazione diabetica non cardiopatica.

L'approccio terapeutico prevede innanzitutto nel porre in atto misure di carattere generale come una dieta adeguata, un'attività fisica costante, la cessazione del fumo, la correzione del peso, della pressione arteriosa e dell'assetto lipidico. È necessario, quindi, individuare fra i diabetici quanti sono a rischio più elevato per un evento cardiovascolare ed intraprendere di conseguenza un adeguato iter diagnostico che consenta di agire tempestivamente, tenendo conto che un ECG costa euro 30,00, un ecocardiogramma euro 110,00, una scintigrafia miocardica perfusoria euro 310,00, a fronte di euro 7.700,00 per un'angioplastica coronarica e di euro 21.000,00 per un by-pass aorto-coronarico, così da permettere di individuare precocemente i soggetti a rischio ed agire quindi con una terapia intensiva, consentendo di salvare più vite e di conseguire notevoli risparmi in termini economici.

Da quanto sopra, emerge che il diabete è una patologia in espansione, di alta rilevanza per i suoi elevati costi medici, sociali ed economici.

In età evolutiva la gestione clinica del diabete di tipo 1 è sempre più complessa per molteplici ragioni (esordio in età sempre più precoce, errati stili di vita, difficoltà relazionali tra genitori e figli, etc.), mentre il drammatico incremento dell'obesità infantile comporta anche alterazioni pre-diabetiche del metabolismo glucidico e preannuncia un preoccupante aumento del diabete di tipo 2. Questa mutata realtà rende l'attuale organizzazione dell'assistenza diabetologica necessitante di interventi di riorganizzazione e di potenziamento.

In ragione dell'alto grado di possibilità di prevenzione, la lotta al diabete si deve basare sia sulla promozione della salute sia sulla cura della malattia e delle sue complicanze, in entrambi i casi con dimostrata riduzione della morbilità, mortalità e contenimento della spesa. Stimolare e sostenere la ricerca scientifica del settore è parte integrante della lotta al diabete.

Gli obiettivi di queste strategie vanno perseguiti dagli operatori della Medicina convenzionata e ospedaliera con strumenti e programmi comuni, concordati, coordinati e scientificamente aggiornati nel quadro generale di

governo della malattia, con lo sviluppo e l'attuazione di strumenti per la gestione integrata della persona a rischio di/o affetta da diabete.

È indubbio che il diabete sia una vera e propria emergenza sanitaria e questo ha portato la Giunta regionale del Veneto nel 2009 a predisporre un articolato "Progetto diabete" definito - sono parole dell'Assessore alla Sanità - "una delle azioni più qualificanti e qualificate della politica sanitaria dell'intera legislatura".

Con la presente legge si vuole recepire nella fonte primaria regionale le statuizioni definite nel "Progetto Obiettivo Prevenzione, Diagnosi e Cura del Diabete Mellito" istituito con la deliberazione della Giunta regionale n. 3485 del 17 novembre 2009, in armonia con la legge regionale 24 novembre 2003, n. 36, che ha istituito la Commissione regionale per le attività diabetologiche, nel rispetto e in attuazione della legge n. 115 del 16 marzo 1987.

INTERVENTI REGIONALI PER L'ASSISTENZA DIABETOLOGICA

Art. 1 - Finalità.

1. Ad integrazione della legge regionale 24 novembre 2003, n. 36, nel rispetto e in attuazione della legge 16 marzo 1987, n. 115 "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito", in riferimento al Progetto Obiettivo "Prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito" approvato dalla Giunta regionale il 17 novembre 2009 (DGR n. 3485 del 17 novembre 2009) al fine di organizzare un sistema coordinato di prevenzione e cura del diabete mellito, la Regione del Veneto promuove e coordina:

- a) il monitoraggio epidemiologico continuo del diabete e delle condizioni ad esso correlate (l'obesità e le complicanze diabetiche specifiche e non specifiche);
- b) l'attuazione di un'efficace prevenzione primaria a tutte le età, anche attraverso l'attività di screening per la diagnosi delle alterazioni pre-diabetiche del metabolismo glucidico;
- c) attuazione di un'efficace prevenzione secondaria (diagnosi precoce);
- d) attuazione di un'efficace prevenzione terziaria (prevenzione delle complicanze croniche);
- e) attuazione di forme efficaci ed innovative di assistenza coordinate in rete informatica;
- f) la predisposizione di PDTA (protocolli diagnostici e terapeutici assistenziali) sulle complicanze del diabete e sul diabete gestazionale.

2. Per quanto riguarda in particolare l'età evolutiva un efficace modello di lotta al diabete dovrà tenere conto delle seguenti necessità:

- a) la riconduzione delle proposte programmatiche, della prevenzione e della gestione clinica dei vari tipi di diabete nell'ambito dell'area pediatrica;
- b) l'attuazione di una politica sanitaria basata sul mantenimento della salute, mediante una formazione scolastica al corretto stile di vita per la prevenzione primaria dell'obesità;
- c) l'attivazione di una diversa organizzazione assistenziale per la prevenzione e la cura del diabete in età evolutiva.

3. La strategia di lotta al diabete, obiettivo prioritario della Regione Veneto, deve essere inserita in una visione orientata non solo alla cura della malattia ma anche alla promozione della salute, in conformità agli obiettivi del Piano sanitario nazionale e regionale e del Piano nazionale di prevenzione.

4. Riferimento per le attività regionali di prevenzione, diagnosi e cura sono le linee guida nazionali e internazionali delle Società scientifiche diabetologiche, sentita la Commissione regionale per il diabete.

5. I percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali (PDTA) rappresentano la risposta organica e strutturata ai problemi sanitari ed in particolare alla frammentazione e alla disomogeneità della cura, al trattamento inappropriato ed alla deviazione dalle linee-guida.

In diabetologia i PDTA sono piani multiprofessionali e interdisciplinari di assistenza costruiti per specifiche categorie di pazienti diabetici (diabetici tipo 1, tipo 2, donne con diabete gestazionale, etc.) predisposti e utilizzati da chi eroga prestazioni sanitarie; i PDTA identificano la migliore sequenza di azioni da effettuare al fine di raggiungere obiettivi di salute definiti a priori, con un'efficienza e un'efficacia ottimali.

L'assistenza al paziente diabetico deve prevedere l'integrazione della medicina generale e di quella specialistica, della medicina del territorio e di quella ospedaliera.

Art. 2 - Livelli minimi di assistenza.

1. Ogni Azienda sanitaria locale (ASL), deve assicurare a tutti i soggetti affetti da diabete tipo 1 e tipo 2 i seguenti livelli minimi di assistenza:

- una valutazione metabolica completa fatta dal diabetologo al momento della diagnosi e a intervalli regolari;
- una valutazione dei fattori di rischio cardiovascolari al momento della diagnosi e a intervalli regolari;
- una informazione corretta e completa sul diabete, sulle sue complicanze, sull'efficacia della modificazione degli stili di vita e dei trattamenti nel modificare la storia naturale della patologia;
- la definizione e la gestione di un piano terapeutico personalizzato, finalizzato ad ottenere il migliore compenso metabolico possibile;
- un approccio dietetico personalizzato;
- la terapia educativa fatta da infermieri esperti come parte integrante del piano terapeutico che comprenda, a seconda delle esigenze, la gestione dell'ipoglicemia, la gestione del diabete in caso di patologie intercorrenti, la cura dei piedi, il counseling sulla cessazione del fumo, la gestione della attività fisica e di una corretta alimentazione, la autogestione della terapia sulla base del monitoraggio domiciliare della glicemia;
- la fornitura dei dispositivi medici per l'attuazione della terapia, quali le penne per insulina e gli infusori, quando indicati;
- l'addestramento al monitoraggio domiciliare della glicemia e la prescrizione del relativo materiale di consumo nei casi che lo richiedano;
- il trattamento degli altri fattori di rischio cardiovascolare quali il sovrappeso, l'ipertensione e le dislipidemie;
- una corretta informazione sulla contraccezione nelle donne diabetiche in età fertile, quando indicato;
- una corretta informazione sulla pianificazione della gravidanza in tutte le donne diabetiche in età fertile;
- lo screening e il trattamento della retinopatia diabetica;
- lo screening e il trattamento della nefropatia diabetica;
- lo screening e il trattamento della neuropatia diabetica;
- lo screening e il trattamento della disfunzione erettile;
- lo screening e il trattamento del piede diabetico;
- lo screening e il trattamento della cardiopatia ischemica e delle altre complicanze vascolari;
- una assistenza qualificata nel corso dei ricoveri ordinari;
- l'applicazione di protocolli clinici per le emergenze diabetologiche e per il trattamento ospedaliero dei pazienti diabetici acuti (paziente critico in terapia intensiva, infarto miocardico acuto, ictus).

2. Ogni ASL deve assicurare da parte dei team diabetologici a tutte le donne in gravidanza lo screening del diabete gestazionale ed a quelle con diabete gestazionale in atto e alle donne diabetiche in gravidanza i seguenti livelli minimi di assistenza:

- il counseling su corretta alimentazione e attività fisica;

- una corretta informazione sulla gestione del diabete in gravidanza;
- la terapia medica e nutrizionale adeguata, con frequenti rivalutazioni;
- la terapia educativa all'autogestione;
- l'addestramento al monitoraggio domiciliare della glicemia e la prescrizione del relativo materiale di consumo (diabete gestazionale);
- lo screening periodico della retinopatia diabetica (diabete pre-gravidico);
- l'assistenza metabolica specialistica durante il travaglio e il parto;
- la rivalutazione metabolica dopo il parto (diabete gestazionale).

3. La Rete assistenziale diabetologica regionale, deve essere strutturata in tre livelli: il diabete mellito (DM) è una malattia cronica che si presenta durante la sua storia naturale con vari gradi di sviluppo. Il 70 per cento dei pazienti si trova al grado più basso. La gestione della malattia pertanto implica il coinvolgimento e l'integrazione di differenti attori assistenziali coinvolti nell'assistenza primaria e nell'assistenza specialistica. A tal riguardo si distinguono tre livelli assistenziali. Il primo livello è rappresentato dai MMG che sono i responsabili della presa in carico dei pazienti e che fra i loro compiti sono contemplati:

- prevenzione del diabete, individuando i soggetti a rischio;
- ricerca del diabete misconosciuto;
- assistenza a tutti i diabetici nell'ambito di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) condivisi con gli specialisti diabetologi;
- valutazione periodica dei pazienti con il più basso grado di sviluppo della malattia.

Il secondo livello è rappresentato dalle UO complesse o semplici dipartimentali costituiti da un team diabetologico che prevede medici specialisti, infermieri dedicati esperti di diabete e dietisti esperti nella terapia nutrizionale del diabete. Compiti del team sono:

- assistere i diabetici di più alto grado di sviluppo della malattia;
- fornire consulenza ai MMG per i pazienti con basso grado di sviluppo della malattia che vanno incontro a scompenso metabolico e/o a comparsa o progressione di danno d'organo;
- fornire consulenza diabetologica per le UO ospedaliere dove operano;
- assistere le donne con diabete gestazionale o diabetiche in gravidanza assicurando una gestione interdisciplinare che coinvolge specialisti diabetologi, ginecologi, pediatri e neonatologi;
- impostare la terapia nutrizionale;
- svolgere programmi di educazione terapeutica per una corretta gestione della malattia da parte del paziente.

Il terzo livello è rappresentato dalle UO complesse di endocrinologia e malattie metaboliche. In queste strutture deve essere presente un team diabetologico che comprende anche altre figure professionali rispetto a quello di secondo livello (psicologo, podologo, dottore in scienze motorie, ecc.). I suoi compiti, oltre a quelli propri del secondo livello, comprendono la gestione della terapia delle complicanze acute o croniche riacutizzate in regime di ricovero ospedaliero e tutte quelle situazioni cliniche più complesse della patologia diabetica.

4. Le strutture private accreditate fanno parte integrante della rete assistenziale diabetologica e concorrono all'assistenza del paziente diabetico seguendo gli indirizzi della programmazione regionale e delle singole ULSS, collaborando al rispetto del protocollo diagnostico-terapeutico definito all'interno della gestione integrata, se avviata a livello aziendale.

Art. 3 - Configurazione territoriale della rete dei Servizi specialistici di malattie metaboliche e diabetologia.

1. In ogni provincia è istituita una Unità operativa specialistica complessa di endocrinologia e malattie metaboliche, ai sensi del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

2. In tutte le Aziende sanitarie locali (ASL) è istituita una Unità operativa specialistica di malattie metaboliche e diabetologia - a collocazione o ospedaliera, in ambito dipartimentale, o territoriale in ambito distrettuale - dotate di personale dedicato e con autonomia funzionale e strutturale.

Dette Unità operative si configurano di norma quali strutture complesse o semplici dipartimentali ai sensi del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

Nelle ASL dotate di più presidi ospedalieri viene istituita un'unica Unità operativa che articola la propria attività nei diversi presidi.

Le Unità operative di malattie metaboliche diabetologia sono dirette da medici inquadrati nella disciplina di Malattie metaboliche e diabetologia (DPR 10 dicembre 1997 n. 484 "Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del servizio sanitario nazionale") e deve disporre di personale medico, infermieristico e dietistico sufficiente.

3. L'assistenza offerta al diabetico deve essere omogenea in tutto il territorio regionale, tramite PDTA condivisi con le altre figure professionali dell'ospedale e del territorio dell'ospedale e del territorio.

I PDTA sono definiti in base al fenotipo del paziente, applicati uniformemente da tutte le strutture in cui si eroga assistenza specialistica diabetologica per offrire pari opportunità a tutte le persone con diabete. La gestione integrata, con la multidisciplinarietà e la centralità del paziente informato che la caratterizzano, necessita di formazione specifica per tutti gli operatori coinvolti.

4. Il lavoro di medico diabetologo, infermiere e dietista, esperti nella cura del diabete, ("team diabetologico") è considerato irrinunciabile.

Si definisce infermiere dedicato ed esperto colui che svolge la propria attività lavorativa all'interno del team diabetologico per almeno il 95 per cento del suo carico orario e che sia in possesso di un curriculum formativo ECM costituito per almeno il 50 per cento da formazione in ambito diabetologico. L'infermiere è considerato esperto quando ha svolto almeno un anno di attività lavorativa continuativa con affiancamento all'interno di un team diabetologico e quando ha conoscenze solide nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura del diabete e sue complicanze. L'attività di un singolo medico specialista in diabetologia senza alcuna collaborazione continuativa ed integrata con infermiere e dietista non configura un'attività di secondo livello (ovvero, come definito nel Progetto Obiettivo della Regione del Veneto - DGR n. 3485 del 17 novembre 2009 - l'attività di quelle strutture in cui è presente almeno un team diabetologico). La qualificazione dei team diabetologici è attribuita attraverso specifici percorsi di accreditamento e verificata dalla Commissione regionale per le attività diabetologiche.

5. Le strutture di secondo e terzo livello devono farsi carico di organizzare corsi di formazione e aggiornamento per medici specialisti, medici di medicina generale, infermieri, dietisti e altri membri del team.

6. Nelle Aziende ospedaliere-universitarie di Padova e Verona, sedi delle Scuole di specializzazione di endocrinologia e malattie del ricambio, è previsto che le strutture di terzo livello ivi presenti svolgano specifiche funzioni assistenziali-didattiche e di ricerca e siano dotate di letti autonomi per poter, oltre ai compiti assistenziali, formare i futuri specialisti.

Art. 4 - Configurazione territoriale della rete dei Servizi specialistici di malattie metaboliche e diabetologia dell'età evolutiva.

1. Il diabete di tipo 1 (0-17 anni) presenta caratteristiche che lo distinguono dalla malattia in età adulta, inserendosi nel più ampio contesto dello sviluppo intellettuale, psichico e relazionale del bambino, coinvolgendo famiglia, scuola, mondo sportivo, amicizie. I soggetti affetti da diabete dell'età evolutiva, come per altre forme di cronicità, hanno scarsa necessità di accessi ospedalieri, soprattutto per ricovero ordinario, ma necessitano di adeguate risposte di assistenza territoriale: ambulatori, attività formative residenziali (campi scuola), assistenza domiciliare e extra-murale (famiglia e scuola).

2. Sono istituite Strutture specialistiche pediatriche di diabetologia (SSPD) - a rilevanza super-aziendale - con compiti preventivi, diagnostici, terapeutici, educativi e di follow-up.

Ogni SSPD deve avere in carico un numero di almeno 100 bambini affetti da diabete ed opera prevalente a livello ambulatoriale, a tempo pieno, su cinque giorni lavorativi.

Ogni SSPD deve essere configurata come Unità operativa semplice funzionale o organizzativa, come previsto dalla legge n. 115/1987, e opera in Dipartimento transmurale con una UOC di pediatria.

La SSPD deve essere dotata di spazi ed attrezzature adeguate, e di personale dedicato comprendente un numero idoneo di operatori sanitari in base al numero dei pazienti seguiti. Il team è costituito da personale dedicato: pediatra diabetologo responsabile (individuato secondo i criteri dell'Atto di indirizzo della legge n. 115/1987 dalla Conferenza Stato Regioni - 1991), infermiere, dietista, psicologo e da personale di supporto (assistente sociale e assistente sanitaria). Le risorse per il funzionamento dell'SSPD dovranno essere garantite dalle Aziende, secondo un criterio super-aziendale.

3. Nella Regione Veneto si prevedono due strutture di terzo livello il CRR (Centro regionale di riferimento) per la diabetologia in età evolutiva, ubicate nelle Aziende ospedaliere-universitarie di Padova e Verona, sedi delle Scuole di specializzazione di endocrinologia e malattie del metabolismo.

Il CRR esercita funzioni specifiche a livello dell'intera regione che si differenziano da quelle dalle SSPD. Il CRR che è una Unità complessa alla quale afferisce una SSPD, svolge le seguenti funzioni:

- segue, in collaborazione con le SSPD, casi di diabete complessi sotto il profilo biomedico e psicosociale, che necessitano di interventi di alta specializzazione;
- attua la più moderna strategia di laboratorio e clinica per la predizione delle varie forme di diabete mellito nelle popolazioni a rischio, avvalendosi di un laboratorio di biologia molecolare sui soggetti a rischio;

- promuove ed attua, in collaborazione con altre strutture specialistiche, forme di terapia avanzata della malattia diabetica e delle sue complicanze (ad esempio i trapianti d'organo o di cellule, ecc.);
- coordina, in collaborazione con la medicina territoriale, le Unità operative pediatriche ospedaliere o distrettuali programmi di intervento multidimensionale miranti al cambiamento delle abitudini alimentari e di attività motoria per l'adozione di uno stile di vita salutare, promuove e coordina una rete informatica di collegamento tra primo, secondo e terzo livello, partecipa alla rilevazione dei dati e all'aggiornamento della cartella diabetologica pediatrica regionale, coordina, in collaborazione con il Servizio epidemiologico regionale, la gestione del Registro regionale per il diabete dell'età evolutiva.

Art. 5 - Funzioni delle Unità operative di malattie metaboliche e diabetologia.

1. Sono funzioni delle Unità operative specialistiche di malattie metaboliche e diabetologia di secondo e terzo livello:

- a) l'accertamento della patologia e l'impostazione del piano complessivo di trattamento con accordo di reciproco impegno tra utente e struttura sanitaria erogante la prestazione ed in connessione con il medico di famiglia ed i medici specialisti pediatri di libera scelta, secondo PDTA condivisi e verificabili tramite un sistema di audit e di monitoraggio;
- b) la raccolta e l'aggiornamento dei dati per il Registro regionale, gestito dal Servizio epidemiologico, correlato alla cartella diabetologica informatizzata dei pazienti diabetici;
- c) lo screening delle complicanze del diabete mellito, in collegamento con altre Unità operative specialistiche, per la definizione diagnostica ed il trattamento di dette complicanze;
- d) l'attività ambulatoriale, organizzata come assistenza multidisciplinare e multi-distrettuale, con accesso continuativo diurno e disponibilità a prestazioni di urgenza relativa;
- e) l'attività di consulenza negli interventi di cura domiciliari;
- f) l'attività di degenza in regime di Day-Hospital.

2. Le Unità operative di malattie metaboliche e diabetologia e le Unità di diabetologia pediatrica assicurano l'assistenza specialistica diretta nei casi che richiedano un trattamento intensivo e sub-intensivo in collegamento con il Dipartimento di emergenza e accettazione (DEA).

Art. 6 - Risorse delle Unità operative di malattie metaboliche e diabetologia.

1. La dotazione di personale delle Unità operative di malattie metaboliche e diabetologia, tiene conto delle dimensioni del bacino d'utenza, delle caratteristiche del territorio e del presidio, assicurando continuità di intervento.

Il rapporto è riconosciuto in un team diabetologico ogni 50.000 abitanti. In specie, operando in regime ambulatoriale e di degenza ordinaria e di Day-Hospital tale rapporto risponde alle esigenze di assistenza, di trattamento, di terapia educativa, di consulenza multidisciplinare, di screening e diagnosi delle complicanze acute e croniche.

Art. 7 - Interventi per il diabete in età evolutiva.

1. La Regione, tenuto conto dei criteri e delle metodologie stabilite con atto di indirizzo e di coordinamento dello Stato e sentito il parere della Commissione

regionale per le attività diabetologiche, organizza procedure per l'individuazione dei soggetti a rischio e per la diagnosi precoce della malattia diabetica, favorendo ogni strategia preventiva.

2. La terapia educativa viene prioritariamente attuata nel corso degli accessi alle Unità operative di diabetologia pediatrica ed è potenziata mediante iniziative esterne alla struttura, ossia presso il domicilio, le strutture scolastiche e sportive, anche avvalendosi delle associazioni dei pazienti diabetici.

Art. 8 - Interventi per l'attuazione della terapia educativa e per l'attività di informazione e di aggiornamento del personale sanitario.

1. Sono funzioni di tutte le Unità operative di malattie metaboliche e diabetologia:

- a) l'attuazione della terapia educativa con continuità, sistematicità ed in stretta connessione con le altre terapie diabetologiche;
- b) l'informazione dei familiari degli assistiti nonché la partecipazione ad iniziative per l'educazione alla salute e di prevenzione relative alla malattia diabetica e alle altre malattie metaboliche, rivolte a tutta la popolazione;
- c) l'incontro periodico con i medici di famiglia ed i medici specialisti pediatri di libera scelta allo scopo di favorire l'aggiornamento e la formazione professionale e di coordinare efficaci azioni per la prevenzione, terapie e riabilitazione sul territorio nonché per il monitoraggio e l'epidemiologia del diabete e delle altre malattie metaboliche;
- d) collaborazione con le associazioni dei pazienti diabetici per attività di formazione e informazione sulla patologia diabetica.

2. Tali compiti istituzionali vengono considerati nella definizione delle risorse di ogni Unità operativa di malattie metaboliche e diabetologia.

3. Per la formazione del personale sanitario la Regione, tramite le strutture diabetologiche riconosciute, anche sulla base delle iniziative promosse in materia dalla Commissione regionale, promuove ed attua specifici interventi in collaborazione con le aree di formazione delle ASL e le competenti strutture universitarie.

Art. 9 - Agevolazione dell'inserimento nelle attività lavorative.

1. La Regione attraverso specifici atti e provvedimenti di propri organi, favorisce l'inserimento dei giovani diabetici nel mondo del lavoro:

- a) conferendo alla Commissione regionale di cui alla legge regionale n. 36/2003 la funzione di organo di tutela a cui esporre eventuali inadempienze o violazioni;
- b) promuovendo l'informazione presso le organizzazioni sindacali ed imprenditoriali, le istituzioni scolastiche e sportive, sulla legislazione vigente relativa alla patologia del diabete mellito;
- c) sensibilizzando gli enti pubblici e privati circa le necessità terapeutiche dei dipendenti affetti da diabete mellito e dei dipendenti con figli minori affetti da diabete infantile-giovanile, anche con l'eventuale inserimento di specifiche clausole contrattuali nei rispettivi contratti aziendali o di categoria;
- d) favorendo l'attivazione di specifici contratti di formazione.

Art. 10 - La prevenzione del diabete nella Regione Veneto.

1. La Regione, attraverso la Commissione regionale ex 36/2003 e gli altri organi esecutivi si occupa della prevenzione tramite divulgazione di informazioni sulla sana alimentazione e sui vantaggi dell'attività fisica mediante:

- materiale cartaceo (depliant, opuscoli, manifesti) da distribuire alla cittadinanza;
- conferenze da tenere nelle circoscrizioni, nelle scuole e negli ambienti di lavoro;
- materiale informativo da collocare su giornali, riviste e siti internet;
- spot e interviste su radio e TV locali e regionali.

2. La Regione promuove altresì un'alimentazione corretta nelle scuole e nelle comunità e il corretto svolgimento dell'attività fisica nelle scuole tramite:

- l'organizzazione di corsi sulla corretta alimentazione nelle scuole, nelle comunità e nelle circoscrizioni, privilegiando l'inclusione di soggetti a maggiore rischio di diabete;
- la predisposizione di piani urbanistici che favoriscano l'attività fisica (costruzione e/o ampliamento di palestre e piscine, piste ciclabili, sentieri della salute, parchi e giardini, ecc.).

3. La Regione promuove screening per la popolazione attraverso:

- la misurazione della glicemia a digiuno annualmente nei soggetti di età >40 anni;
- l'esecuzione di carico orale di glucosio nei soggetti con obesità e/o glicemia a digiuno fra 100 e 125 mg/dl.

Art. 11 - Pianificazione.

1. Ogni Azienda ULSS deve predisporre un piano che preveda i seguenti punti:

- analisi quali-quantitativa dei bisogni della propria popolazione;
- individuazione di eventuali obiettivi intermedi da raggiungere per conseguire gli obiettivi generali e specifici;
- preparazione di progetti per il raggiungimento degli obiettivi generali e specifici;
- individuazione delle risorse umane ed economiche necessarie per raggiungere gli obiettivi;
- allocazione dei finanziamenti per realizzare i vari progetti (divulgazione, corsi di educazione, programmi di attività fisica, ecc.) finalizzati ai vari obiettivi;
- sottoscrizione di eventuali accordi (convenzioni, protocolli di intesa, patti aziendali, ecc.) fra i vari attori al fine di favorire e sostenere sinergie fra i medesimi;
- redazione di una Carta dei servizi in cui sono dichiarati i principi fondamentali osservati nell'erogazione dei servizi, descrivendone le modalità di fruizione.

2. Ogni Azienda deve dotarsi di una Commissione per le attività sul diabete che promuova, esamini e proponga il piano delle attività relative al diabete (prevenzione, diagnosi, cura, ecc.). La Commissione è costituita da:

- 1 rappresentante della Direzione sanitaria, con funzioni di Presidente;
- 1 rappresentante dei medici di medicina generale;
- 1 rappresentante dei pediatri di famiglia;

- 1 rappresentante degli specialisti in diabetologia che operano nelle strutture dell'Azienda;
- 1 rappresentante degli specialisti in diabetologia che operano nell'Azienda ospedaliera eventualmente presente nel territorio dell'ULSS;
- 1 rappresentante dei pediatri esperti di diabete dell'età evolutiva che operano nelle strutture dell'Azienda;
- 1 rappresentante dei pediatri esperti di diabete dell'età evolutiva che operano nell'Azienda ospedaliera eventualmente presente nel territorio dell'ULSS;
- 1 rappresentante degli infermieri che operano nelle UO di diabetologia;
- 1 rappresentante dei dietisti che operano nelle UO di diabetologia;
- 2 rappresentanti individuati dalle associazioni dei pazienti attive nel territorio dell'ULSS (di cui uno espresso dalla/e associazione/i dei pazienti adulti ed uno espresso della/e associazione/i dei pazienti in età evolutiva);
- 1 rappresentante del Dipartimento di prevenzione.

Art. 12 - Copertura finanziaria.

1. La Regione del Veneto provvede annualmente, nei capitoli di bilancio pertinenti, a stanziare le risorse economiche necessarie a garantire la corretta applicazione della legge.

INDICE

Art. 1 - Finalità.....	3
Art. 2 - Livelli minimi di assistenza.	4
Art. 3 - Configurazione territoriale della rete dei Servizi specialistici di malattie metaboliche e diabetologia.	6
Art. 4 - Configurazione territoriale della rete dei Servizi specialistici di malattie metaboliche e diabetologia dell'età evolutiva.	7
Art. 5 - Funzioni delle Unità operative di malattie metaboliche e diabetologia.....	8
Art. 6 - Risorse delle Unità operative di malattie metaboliche e diabetologia.....	8
Art. 7 - Interventi per il diabete in età evolutiva.....	8
Art. 8 - Interventi per l'attuazione della terapia educativa e per l'attività di informazione e di aggiornamento del personale sanitario.	9
Art. 9 - Agevolazione dell'inserimento nelle attività lavorative.	9
Art. 10 - La prevenzione del diabete nella Regione Veneto.....	10
Art. 11 - Pianificazione.....	10
Art. 12 - Copertura finanziaria.....	11