

La conoscenza delle leggi per migliorare il percorso assistenziale della patologia diabetica. Knowledge management e business process reengineering

Laws knowledge improves diabetes clinical pathway. Knowledge management and business process reengineering



I. Gaeta¹, A. Luciano², P.G. Maida³, F. Parlato⁴, T. Sorrentino⁵, T. Spinoso⁶, A. Tatavitto³ (Gruppo AMD Campano Leggi ed Istituzioni)

Corresponding author
p.maida@virgilio.it

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a rapidly increasing non transmissible disease with high social and economic impact and costs. The Italian strategy against diabetes has far-reaching roots, i.e. the National Diabetes Law, which, in 1987, introduced an innovative care model characterized by patient centrality through the establishment of Territorial Diabetes Centers. The Law 115/87 has been followed by many other subsequent laws which assure a good management of diabetes, even with respect to the different economic and social changes occurred in the last decades.

Our health care system is characterized by normative sources practically developed in chronic care models pathways. Our region, Campania, boasts a variety of standards in the field of diabetes. The analysis of laws is an in-depth analysis necessary to define the welfare care processes, allowing them to be improved, when necessary, and coordinating and aligning them to the underlying scientific knowledge (Good Quality Clinical Practice, Evidence Based Medicine).

The aim of AMD Campania's "Law and Institution" working group is to promote an active role of the diabetes specialist in the care pathway organization for the person with diabetes through the acquisition of a specific knowledge of the laws governing diabetes care (knowledge management). For this purpose, we have

drafted a VADEMECUM of national and regional laws, as a tool for an easy and quick consultation, focusing our attention on the weak points of Laws and their level of accomplishment in the territory. As a further step, a web survey will be carried out as a monitoring tool to detect the level of knowledge of the regulations by diabetologists operating in Campania Region.

Key words Diabetes, Diabetic Care, Knowledge management, Role of diabetes specialist.

SINOSI

Il diabete mellito essendo una patologia cronica in forte crescita nella popolazione comporta elevati costi sociali ed economici. La strategia italiana contro il diabete ha radici lontane nella legge madre Nazionale che nel 1987 introdusse un modello di cura innovativo dando il via alla centralità del paziente nel percorso assistenziale grazie alla istituzione di Centri Diabetologici territoriali. Alla legge 115/87 si sono susseguite molte normative che dovrebbero consentire una buona gestione della patologia diabetica nel contesto dei cambiamenti economici e sociali che si sono verificati negli ultimi decenni. Ciò che muove il sistema delle cure in sanità sono le fonti normative dalle quali ogni processo o percorso di cura prende il via. La Campania vanta una molteplicità di normative in campo diabetologico. L'analisi delle normative è un approfondimento necessario per la definizione dei processi assistenziali, permettendone l'ottimizzazione, il coordinamento e l'allineamento alla cultura tecnico scientifica che ne è alla base (Good Clinical Practice, Total Quality Management, Evidence Based Medicine).

Scopo del gruppo di lavoro "Leggi ed Istituzioni" dell'AMD Campana è quello di favorire un ruolo at-

¹ Centro Diabetologico DS38, Asl Na2 Nord.

² Ds Bn1 Asl Bn.

³ Athena Villa Dei Pini, Day Service Diabetologia, Piedimonte Matese (Ce).

⁴ Centro Diabetologico Ds 58, Asl Na3 Sud.

⁵ U.o.s., Centro Diabetologico Ds 52, Asl Na3 Sud.

⁶ Centro Diabetologico Ds25, Asl Na1centro.

tivo del diabetologo nell'organizzazione del percorso assistenziale alla persona con diabete attraverso l'acquisizione di una specifica conoscenza delle leggi che disciplinano l'assistenza diabetologica (knowledge management). A tal fine è stato elaborato un VADEMECUM delle leggi e dei documenti sia di rilevanza nazionale che regionale come strumento cartaceo di facile e rapida consultazione, inserendo nel documento l'analisi delle Criticità delle leggi principali e del livello di attuazione di queste sul territorio. Nella progettualità in itinere sarà realizzata una web survey come strumento di monitoraggio per rilevare il livello di conoscenza delle normative da parte dei diabetologi operanti in Regione Campania.

Parole chiave Diabete, Assistenza diabetologica, Knowledge management, Ruolo dello specialista diabetologo.

INTRODUZIONE

La definizione e la formalizzazione dei processi assistenziali è una azione fondamentale per tutte le organizzazioni eroganti servizi alla persona e costituisce un atto di equità e trasparenza verso i pazienti e la comunità. La necessità sempre più avvertita dai gestori della salute è quella di governare la domanda rispetto all'offerta.⁽¹⁾ Nel parlare di cronicità, questa esigenza si amplifica in maniera esponenziale, dalle istituzioni, agli stakeholders, ai fruitori come evidenziato dal recente Piano Nazionale delle Cronicità. La Regione Campania ha emanato una serie di leggi ed atti amministrativi in attuazione alla Legge 115/87: DGR 4989/1997, DGR37/2004 e 1168/2005 e di seguito il Regolamento 1 del 22 Giugno 2007 per l'Accreditamento Istituzionale, DGRC642/2009, la Legge Regionale n9/2009, decreto 87/2013, Decreto 17/2014, Decreto 26 del 2014 e Decreto 43 del 2014. Inoltre nel Decreto 18 del febbraio 2015 viene così ridefinita l'organizzazione delle cure primarie:

- riequilibrare il rapporto ospedale-territorio
- delineare una rete di servizi territoriali integrata con quella ospedaliera realizzando un continuum di snodi assistenziali ad intensità variabile
- individuare, in conformità alla L. 189/2012, al Patto per la Salute 2014/2016 e ai Programmi Operativi regionali, un modello organizzativo unitario, da realizzare nelle 7 Aziende Sanitarie, che garantisca equità di accesso e trattamento ai cittadini campani;
- stabilire che il governo della rete di assistenza territoriale e le possibilità di continuità e integrazione con il livello ospedaliero è affidato al

Direttore di Distretto che adotta la modalità di gestione per processi con presa in carico globale dell'assistito.

Le nuove forme organizzative costituiscono articolazioni del Distretto sanitario.

Inoltre il "Piano regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016-2018" mira a ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso e i ricoveri inappropriati e a implementare i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) per le cronicità garantendo l'addestramento del paziente all'autogestione consapevole della malattia e l'adozione della medicina di iniziativa. Il DGRG n 330 del 6/7/2016, il Decreto 84 del 2016 ed il Decreto 99 del 2016 in linea con quanto descritto, hanno stabilito che "... l'assistenza diabetologica di secondo livello venga erogata nei Centri Diabetologici dotati di una organizzazione assistenziale strutturata in team diabetologico interdisciplinare e che rispettano i parametri definiti nello stesso atto deliberativo... che si attui un potenziamento dell'offerta sanitaria extraospedaliera e territoriale... e di dare mandato alla Direzione Generale per la tutela della Salute di definire conclusivamente l'offerta reale pubblica e privata di strutture di secondo livello."

Tuttavia a tutt'oggi esiste grande difformità nell'organizzazione assistenziale delle diverse ASL e scarsa implementazione dei modelli organizzativi previsti dagli strumenti normativi della Regione Campania⁽²⁾. La conoscenza e l'analisi delle normative potrebbe fornire al diabetologo non solo la giusta chiave di lettura, ma anche validare una cultura finora un po' trascurata, in quanto ritenuta talora ostica.

OBIETTIVI

Scopo di questo lavoro è di fornire alla classe medica che si occupa di diabetologia gli elementi di conoscenza delle leggi e delle normative nazionali e regionali in tema di diabetologia, acquisendo da tali conoscenze la consapevolezza dell'importanza del lavoro svolto quotidianamente e dell'importanza di assumere non solo un ruolo di "esecutore" delle attività a cui è preposto, ma anche di "controllore" del contesto amministrativo - gestionale che è preposto alla organizzazione strategica delle attività.

Tale pianificazione delle attività ha lo scopo di perseguire i seguenti obiettivi:

- a) La conoscenza delle leggi che determina crescita culturale ed accresce la consapevolezza di ruolo del diabetologo che deve avere competenze ma-

nageriali, come singolo e come aderente alla Società Scientifica;

- b) l'interazione proattiva con le Istituzioni: promuovendo il miglioramento delle conoscenze giuridiche si implementa il dialogo/confronto con le Istituzioni, rafforzando identità e qualità professionale del diabetologo;
- c) l'acquisizione di Competenze Giuridico-manageriali che permette di essere preparati ed adeguati alla compartecipazione nei processi decisionali che regolano le attività assistenziali diabetologiche;
- d) la partecipazione al processo decisionale ed alla ridefinizione dei processi assistenziali: competenze per *business process reengineering*.

METODOLOGIA

L'attività del gruppo di lavoro si è svolta in più fasi:

- 1) Studio, Ordinamento e Catalogazione gerarchica e cronologica delle leggi e normative nazionali e della Regione Campania più rilevanti ai fini dell'organizzazione dell'assistenza
- 2) Elaborazione di un glossario della terminologia giuridica utile ad una migliore comprensione del testo
- 3) Compilazione di un VADEMECUM delle leggi e dei documenti sia di rilevanza nazionale che regionale come strumento cartaceo di facile e rapida consultazione
- 4) Analisi delle Criticità delle leggi principali: livello di attuazione sul territorio, problemi gestionali legati alle misure di applicazione disattese, inadeguatezza della gestione dei dati. È stata utilizzata come strumento l'analisi SWOT. Questa è una metodologia per l'analisi di contesti economico-territoriali complessi ed è uno strumento efficace per esaminare le forze e le debolezze presenti all'interno di una organizzazione nonché le minacce e le opportunità date dall'ambiente esterno. Sebbene tale analisi non potrebbe essere effettuata per una valutazione normativa, si è cercato di mettere in evidenza ciò che tali normative potrebbero generare, nella ipotesi di essere implementate come descritto in norma, su tutto il territorio regionale (ASL e AO)
- 5) Tra le progettualità del gruppo di lavoro vi è la realizzazione di una piattaforma interattiva digitale e l'attivazione di uno strumento di monitoraggio per rilevare il livello di conoscenza delle normative da parte dei diabetologi operanti in Regione Campania (questionario conoscitivo/web survey). L'acquisizione di competenze e conoscenze giuridico - manageriali verrà quindi studiato in una

seconda fase secondo il metodo del Knowledge management^(3,4,5).

RISULTATI

Alla fase preliminare di studio, ordinamento e stesura della catalogazione gerarchica e cronologica delle principali leggi e normative nazionali e regionali ha fatto seguito la compilazione di un glossario dei termini giuridici per contribuire ad una migliore comprensione del testo. Nel vademecum è stato dettagliatamente riportato il significato delle leggi catalogate sia in termini della fonte del diritto che degli ambiti di competenza. Nella figura 1 sono rappresentati gli atti normativi in ordine gerarchico. Nella figura 2 sono catalogati invece i decreti dell'autori-

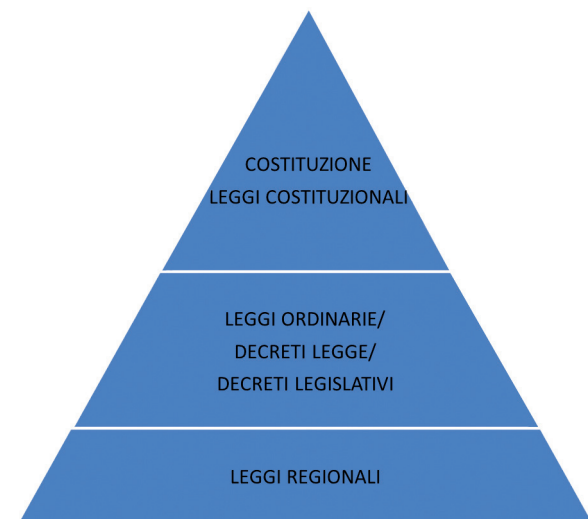


Figura 1 Atti normativi in ordine gerarchico.



Figura 2 Atti amministrativi in ordine gerarchico.

tà amministrativa. Ciò in quanto nell'ordinamento italiano varie autorità amministrative adottano atti normativi (generalmente regolamenti) o provvedimenti amministrativi in forma di decreto. Nel glossario è stato chiarito nel dettaglio il significato delle normative e degli atti giuridici che disciplinano e regolamentano le attività del medico e con le quali ci si misura spesso senza conoscerne a fondo la fonte e l'ambito applicativo, come le *leggi* (ordinarie, costituzionali e regionali), il *decreto legge* (d.l.), il *decreto legislativo* (d.lgs.), la *delibera*, la *determina*, la *circolare*, nonché le fonti che emanano questi atti normativi e i casi in cui vengono utilizzati.

Così come è stato chiarito il significato e le funzioni della Conferenza Stato-Regioni, sede principale e permanente di coordinamento dei rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. In virtù del d.lgs. n. 281/1997, alla Conferenza Stato-Regioni non spettano solo funzioni di informazione, consultazione e raccordo, ma anche l'espressione di un parere (non vincolante) sugli schemi di atti normativi proposti dal Governo nelle materie di competenza regionale e sui disegni di legge finanziaria e della c.d. legge comunitaria, oltre che l'adozione di intese e accordi tra lo Stato e gli enti territoriali nelle materie di interesse comune. La Conferenza Stato-Regioni è quindi un organo che riveste un ruolo fondamentale anche per le scelte in ambito sanitario. Inoltre è stato illustrato anche il senso di altre tipologie di atti che possiamo catalogare come amministrativi: Piano Sanitario Nazionale, Piano Sanitario Regionale, Decreti Regionali su singole tematiche, Atti Aziendali.

È stato compilato all'interno del *Vademecum* un elenco delle leggi e dei documenti sia di rilevanza nazionale (Tabella 1) che regionale (Tabella 2). Il contenuto viene presentato in ordine cronologico per quanto riguarda la normativa nazionale mentre quella regionale viene presentata in ordine alfabetico-tematico. Inoltre per avere un quadro normativo completo della Legislazione italiana in materia di diabete sono stati indicati i siti web a cui fare riferimento (Tabella 3).

Completata questa attività, è stato dato spazio ad una analisi delle criticità delle normative nazionali e regionali prese in esame e che più hanno avuto rilievo nel determinare l'organizzazione e la pianificazione dei processi sanitari per l'assistenza diabetologica adottando la *Swot Analysis*.

Questa metodologia per l'analisi di contesti economico-territoriali complessi è uno strumento efficace per esaminare le forze e le debolezze presenti all'interno di una organizzazione e le minacce e le opportunità date dall'ambiente esterno.

Quindi pur essendo poco usata per una valutazione delle normative, è utile mettere in evidenza ciò che le stesse potrebbero generare nell'ipotesi di essere implementate su tutto il territorio regionale (ASL, AO). In particolare sono state analizzate tra le normative diabetologiche nazionali (Box 1) la Legge 16 marzo 1987, n. 115 e tra quelle regionali (Box 2) il Piano sulla malattia diabetica-Legge Regionale N.9 del 22 Luglio 2009.

La Legge 16 marzo 1987, n. 115 è una legge dedicata specificamente alle "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito" e definisce il diabete una patologia "di alto interesse sociale" e stabilisce alcuni obiettivi fondamentali da realizzare.

Tabella 1 Legislazione e documenti a rilevanza nazionale.

- Titolo V della Costituzione
- Legge 115/87 Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito"
- Dichiarazione di Saint Vincent.1989.Documento di riferimento a livello internazionale dei paesi Europei di lotta al Diabete
- Legge 104/92 Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate
- Legge 68/99Norme per il diritto al lavoro per i disabili
- Decreto legislativo 196/2003. Codice in materia di protezione dei dati personali
- Documento MIUR- Ministero della Salute. 2005. Somministrazione dei farmaci in orario scolastico
- Decreto legislativo 59/2011. Attuazione delle direttive 2006/126/CE e 2009/113/CE concernenti la patente di guida
- Piano sulla Malattia Diabetica .Ministero della Salute. Direzione Generale Programmazione Sanitaria: Commissione Nazionale Diabete 2012
- Documento SID Italia . Guida alla legislazione regionale sul Diabete in Italia. 2012
- Intervento del presidente del Senato . 2012. Indagine conoscitiva del Senato sul Diabete
- Decreto del Ministero della Salute 9/12/2015. Condizioni di erogabilità e indicazione di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili dal SSN.
- Piano Nazionale Cronicità. 2016 Conferenza Stato Regioni. Documento che, nel contesto del Patto per la salute 2014-2016, disciplina le modalità di assistenza e tutela dei pazienti affetti da malattie croniche
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12/1/2017.Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30/12/1992, n. 502

Tabella 2 Legislazione e documenti a rilevanza regionale.

- DGRC n 9873 del 10/4/2000. Centri erogatori di prestazioni di diabetologia.
- DGRC n. 832 del 27/11/2002. Modalità di concessione presidi diagnostici e terapeutici ai pazienti diabetici: Legge 115/87.
- DGRC n. 37 del 16/1/2004. Linee Guida Regionali per l'assistenza al diabete in età pediatrica.
- DGRC n. 1168 del 16/9/2005. Linee guida di indirizzo per l'organizzazione delle attività diabetologiche e percorso assistenziale per il paziente diabetico.
- Legge regionale n. 16 del 28/11/2008. Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del SSR per il rientro dal disavanzo.
- DGRC n 642/2009 del 3/4/2009. Prestazioni specialistiche diabetologiche e Circolare applicativa della delibera 642/2009 n. 2177 del 3/6/2009.
- Legge regionale n. 9/2009. Disposizioni in attuazione della legge 115/87 relativa alla Prevenzione e alla Cura del Diabete Mellito
- Decreto dell'Assessore alla Sanità n. 44 del 5/3/2010. Costituzione della Commissione Diabetologica regionale. L.R. 9/2009
- Decreto del Commissario ad Acta 10 del 9/3/2010. Razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale Specialistica Ambulatoriale.
- Decreto del Commissario ad Acta n. 75 del 9/7/2012. Recepimento del Protocollo di intesa per la distribuzione dei presidi per diabetici sottoscritto in data 30/3/2012 con Federfarma Campania, Federfarma Napoli ed Assofarm Campania e sue integrazioni del 7/6/2012.
- Decreto del Commissario ad Acta n 87 del 24/7/2013. Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale. Art 9: Disease Management diabete mellito.
- Decreto del Commissario ad Acta n. 17 del 20/3/2014. Linee guida per migliorare l'appropriatezza della funzione ospedaliera ed il potenziamento di forme alternative di ricovero. Revoca del Decreto del commissario ad acta n. 58 del 30/9/2010.
- Decreto del Commissario ad Acta n 26 del 3/6/2014. recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 6/12/2012 relativo al "Piano d per la Malattia Diabetica".
- Decreto del Commissario ad Acta n. 43 del 4/7/2014. Attuazione del Piano operativo 13.3 (Decreto n. 18 del 31/3/2014). Prevenzione del Piede diabetico attraverso l'attuazione del Disease Management. Individuazione della rete assistenziale regionale ed attuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici integrati Ospedale Territorio per la gestione delle ulcere cutanee.
- Decreto del Commissario ad Acta n 57 del 29/5/2015. Misure di incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva e di razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera.
- DGRC n 431 del 24/9/2015. Approvazione del Catalogo Regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.
- Decreto del Commissario ad Acta n. 35 del 30/5/2016. Assistenza Territoriale pazienti diabetici. Fabbisogno centri di diabetologia.
- Decreto del Commissario ad Acta n. 36 del 1/6/2016. Recepimento osservazioni Ministero della Salute ed Approvazione modifiche del Piano Regionale della Prevenzione della Regione Campania per gli anni 2014-2018.
- DGRC n 330 del 6/7/2016. DGRC n 1168 del 16/9/2005. Ulteriori determinazioni.
- DCA n. 66 del 14/7/2016. Misure di incentivazione dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari. Monitoraggio delle prescrizioni attraverso la piattaforma SANIARP.
- Decreto del Commissario ad Acta n. 67 del 14/7/2016. Provvedimento di definizione del fabbisogno del personale delle Aziende sanitarie della Regione Campania
- Decreto del Commissario ad ACTA n 84 del 27/7/2016. DCA n. 35 /2016 e Deliberazione della Giunta Regionale n. 330/2016. Determinazioni.
- DCA n. 97 del 20/9/2016. Distribuzione dei farmaci in nome e per conto, e successiva nota del 22/2/2017 avente ad oggetto: Aggiornamento elenco farmaci A- PHT dispensati in DPC.
- Decreto Commissario ad ACTA n 99 del 22/9/2016. Piano regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016-2018.
- Decreto del Commissario ad Acta n. 134 del 28/10/2016. Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art 1 comma 34 e 34 bis della legge 662/96. Recepimento dell'Accordo ai sensi dell'art 4 del decreto legislativo 28/8/1997, n. 281 tra il Governo e le provincie autonome di Trento e di Bolzano sulle -Linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli Obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2014. Ritiro del DCA n. 22/2016. Linee progettuali 4 Gestione delle cronicità.*

La pubblicazione completa del Vademecum delle Normative per l'assistenza diabetologica in Campania è prevista entro Dicembre 2017, sia in forma cartacea che digitale.

Seguirà l'attivazione di una piattaforma interattiva Web che costituirà strumento di monitoraggio del livello di conoscenza delle normative da parte dei diabetologi iscritti ad AMD Campania. A tal fine il gruppo ha compilato un questionario di indagine, sia cartaceo che digitale.

A completamento delle fasi predisposte nella programmazione, si apre uno scenario in cui è possibile ravvisare obiettivi secondari, improntati ad una logica di ricerca e miglioramento continuo.

La conoscenza delle leggi e l'interazione proattiva con le Istituzioni può essere studiata secondo il metodo del Knowledge Management e la spirale di Nonaka, che è un modello utilizzato per analizzare il trasferimento della conoscenza e la creazione di conoscenza organizzativa.⁽⁶⁾

Tabella 3 Siti web di riferimento per le normative diabetologiche.

- Quadro normativo completo della Legislazione italiana in materia di diabete www.fgdidiabete.it/fdgleggi/dialeggi.asp
- Titolo V della Costituzione G.U. Serie Generale n. 298 del 27/12/1947. www.governo.it
- Legge 115/87 Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito” G.U. serie Generale n. 71 del 26/3/1987 www.gazzettaufficiale.it
- Legge 104/92 Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate- G.U. Serie Generale n. 39 del 17/2/1992 suppl. ordinario n. 30 www.gazzettaufficiale.it
- Riforma del Titolo V Legge Costituzionale 3/2001-G.U. n. 248 del 24 ottobre 2001-www.governo.it
- Decreto 22 dicembre 2015- Recepimento della direttiva della Commissione 2014/85/UE recante modifica della direttiva 2006/126/CE del Parlamento europeo e del Consiglio concernente la patente di guida. (16A00299) (GU n. 9 del 13 gennaio 2016) www.gazzettaufficiale.it
- Piano sulla Malattia Diabetica. Accordo del 6/12/2012 della conferenza permanente per i rapporti tra lo stato e le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano. G.U. Serie Generale n. 32 del 7/2/2013, Supplemento ordinario n. 9-www.gazzettaufficiale.it
- Decreto del Ministero della Salute 9/12/2015. Condizioni di erogabilità e indicazione di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili dal SSN. G.U. Serie Generale n. 15 del 20/1/2016 www.gazzettaufficiale.it
- Piano Nazionale Cronicità. 2016-Conferenza Stato Regioni. Documento che, nel contesto del Patto per la salute 2014-2016, disciplina le modalità di assistenza e tutela dei pazienti affetti da malattie croniche. Regioni.it n2539 del 16/7/2014 www.salute.gov.it, www.regioni.it
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12/1/2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30/12/1992, n. 502 G.U. Serie Generale n. 65 del 18/3/2017, Supplemento Ordinario n. 15 www.gazzettaufficiale.it

Box 1 Legge 115/1987.

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
<ul style="list-style-type: none"> * prevenzione e diagnosi precoce; * miglioramento della cura attraverso una rete di assistenza specializzata; * prevenzione delle complicanze; * inserimento dei diabetici nella scuola, nel lavoro, nello sport; * miglioramento dell’educazione sanitaria e della conoscenza tra la popolazione; * aggiornamento del personale sanitario; * individuazione della popolazione a rischio; * distribuzione gratuita dei fondamentali presidi diagnostici e terapeutici; * l’istituzione della tessera personale del diabetico etc. * Individuazione della importanza del team multidisciplinare in diabetologia 	<ul style="list-style-type: none"> * A tutt’oggi non tutte le Regioni hanno dato piena attuazione al dettato della normativa * Piano di rientro sanitario * Scarse risorse economiche aziende sanitarie e continui turnover delle direzioni strategiche * Carenza di personale infermieristico, nutrizionisti, specialisti per il piede per attuazione di Centri (contemplati nella legge)
POTENZIALITÀ	MINACCE
<ul style="list-style-type: none"> * un’esperienza originale in Europa, alla quale altri Paesi guardano con interesse * una legge-quadro, di principi generali, dei quali affida poi alle Regioni e alle Province autonome la concreta attuazione attraverso i Piani sanitari regionali * definisce il diabete una patologia “di alto interesse sociale” e stabilisce alcuni obiettivi fondamentali da realizzare * La normativa indica inoltre le caratteristiche base della struttura della rete diabetologica che le Regioni e le Province autonome sono tenute ad allestire * La legge 115 è stata incorporata nel Piano sanitario nazionale 1999. * Disponibilita di risorse economiche progettualizzate anche per le cronicità in cui inserire pdta, risorse umane... (Decreto 134/2016) 	<ul style="list-style-type: none"> * Aumento del peso economico sulle componenti più deboli della società * Aumento della prevalenza della malattia diabetica per invecchiamento della popolazione * Pluralità di livelli decisionali e di soggetti coinvolti, legami deboli o assenti con la AO

L’acquisizione di competenze giuridico-manageriali, favorendo una specifica formazione per compartecipare ai processi decisionali, rende possibile una competenza per la ridefinizione del processo assistenziale diabetologico in Campania secondo il metodo del Business Process Reengineering.

DISCUSSIONE

Il lavoro svolto sin qui ha permesso ai componenti del Gruppo di Studio di approfondire ed analizzare le normative vigenti in un clima di crescita culturale e di sinergia dialettica.

Box 2 Legge 9/2009 e DGRC 1168/2005.

PUNTI DI FORZA (CONTESTO INTERNO)	PUNTI DI DEBOLEZZA (CONTESTO INTERNO)
<ul style="list-style-type: none"> - Attività della commissione regionale di coordinamento delle attività di prevenzione e di assistenza per il diabete mellito in età adulta dgrc 2453-2003 (formulazione delle linee di indirizzo... dgrc 1168-2005) - Alta formazione professionale dei singoli operatori - La pluralità dei punti d'erogazione delle prestazioni - Presenza consolidata di servizi attivi (poliambulatori distrettuali, presidi ospedalieri) - La capillarità sul territorio delle strutture di 1°, 2° e 3° livello d'erogazione - Formulazione ed implementazione di PDTA Aziendale-distrettuale - Razionalizzazione del percorso assistenziale - Riordino, rifunzionalizzazione e riqualificazione rete ospedale-territorio con Definizione dei percorsi assistenziali ASL-AO - Riconoscimento dell'attività Specialistica - Potenziamento della rete informatica - Collaborazioni con Associazioni di volontariato 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispersione delle risorse tra strutture diverse e sul territorio - Carenza tecnologica o di tecnologie, in alcuni casi, da adeguare - Carenza di coordinamento tra i diversi gruppi e tra le istituzioni aziendali - Possibile e frequente sovrapposizione d'eventi acuti non correlati alla patologia di base che accedono a servizi non integrati nel sistema. - Mancanza di disponibilità dei dati a tutti gli operatori - Maggiori costi legati alla necessità d'investimento in formazione professionale, in organizzazione ed in sistemi di comunicazione informatizzati - Debolezza della rete di servizi sociali - Possibilità che il sistema sia governato più dal controllo dei costi che dalla reale necessità d'assistenza del paziente - Scarsa attività della commissione regionale di coordinamento delle attività di prevenzione e di assistenza per il diabete mellito in età adulta DRGC 2453-2003 (dopo la formulazione delle linee di indirizzo ha prodotto,ad oggi la 1168/2005)
POTENZIALITÀ (CONTESTO ESTERNO)	MINACCE (CONTESTO ESTERNO)
<ul style="list-style-type: none"> - L'attuazione dei centri di diabetologia può contribuire a migliorare sia la qualità di cura che la qualità di vita dei pazienti diabetici - Fondi e opportunità finanziarie regionali finalizzati all'attuazione di progetti specifici per il diabete e le cronicità in genere (decreto 134-2016) - Programmi di formazione specifici promossi dalle ASL e AO - Commissione diabetologica regionale di supporto all'assessorato alla sanità, supervisionante le attività diabetologiche regionali - Programmi di screening sulla popolazione a rischio - Programmi per migliorare il Counseling - Implementazione del Registro epidemiologico del diabete mellito (attualmente non implementato) 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento del peso economico sulle componenti più deboli della società - Aggravamento dello squilibrio demografico - Ridimensionamento di alcuni reparti a seguito delle scelte strategiche a livello regionale - Un nuovo quadro legislativo ed organizzativo che impone la razionalizzazione delle funzioni operative delle aziende sanitarie ed ospedaliere - Vincoli nazionali e regionali sulle risorse destinate alle ASL (spending review e blocco assunzioni)

L'abbondanza delle normative in ambito nazionale e regionale dovrebbe essere garanzia di miglioramento della qualità assistenziale e di miglioramento professionale per gli operatori dell'ambito diabetologico. Eppure i dati relativi alla morbilità e alla mortalità in Campania per il diabete risultano nel tempo peggiorati. (7). In realtà la moltitudine di normative e la loro disomogenea applicazione sul territorio regionale potrebbero rappresentare una delle cause dei risultati negativi in termini di prevenzione delle complicanze croniche del diabete. La Regione Campania dotandosi di una normativa così ricca fornisce in via teorica una guida dettagliata per modernizzare l'assistenza diabetologica, ma al contempo il susseguirsi di normative di volta in volta aggiuntive alle precedenti rallenta il processo di attuazione. Inoltre le Aziende Sanitarie, pur avendo il compito di promuovere l'integrazione tra i MMG e i servizi di diabetologia territoriali e le

strutture specialistiche ospedaliere, al fine di attuare e migliorare i percorsi diagnostici terapeutici. (art.9 AIR 2013 dec.87), attribuiscono la scarsa implementazione dei modelli di cura previsti dalle normative alle difficoltà nel reperire le risorse economiche individuate come causa delle carenze di personale dedicato alle attività diabetologiche. E in Campania dove l'assistenza diabetologica è prevalentemente distribuita all'interno delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) il personale già ridotto non viene supportato da altro personale formato alle nuove esigenze tecnologiche. Pertanto a dispetto di un potenziamento delle attività distrettuali come bene si intende nel contesto del DCA 99 del 22/9/2016 continua a prevalere sempre un tipo di assistenza di tipo ancora troppo parcellizzata e prevalentemente ospedalocentrica, con ricadute negative sui costi dell'assistenza diabetologica (8)(Studio Arno).

La definizione e la formalizzazione dei processi assistenziali attraverso lo studio del corpus giuridico ad essi relativo è un'azione che permette un maggior controllo della nostra attività e consente di approfondire aspetti spesso dati per scontati, scoprendo quanto invece essi siano fortemente disomogenei o poco definiti. Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ⁽⁹⁾ ribadisce che per introdurre e governare un cambiamento bisogna passare attraverso un percorso di conoscenza e apprendimento, propedeutici all'attuazione di strategie di cambiamento.

Avere ripercorso la definizione dei processi produttivi/assistenziali è un meccanismo di coordinamento dell'ASL/Azienda/Distretto e passando attraverso la formalizzazione delle procedure e dei percorsi, ne ottiene un miglioramento della operatività. Ma ciò che più conta è l'innalzamento della cultura tecnica, scientifica ed organizzativa che deve essere alla base di un coerente ed ottimale funzionamento delle Organizzazioni Sanitarie Diabetologiche.

È auspicabile quindi prevedere una seconda fase a questo lavoro, applicando il modello del BPR (Business Process Reengineering), intervento organizzativo di revisione dei procedimenti operativi. ^(10,11,12,13,14)

CONCLUSIONI

Le numerose normative in ambito nazionale e regionale dovrebbero essere garanzia di miglioramento della qualità assistenziale e di miglioramento professionale per gli operatori in ambito diabetologico. La conoscenza da parte del diabetologo delle normative nazionali e regionali, l'analisi delle opportunità, e delle criticità, dei punti di forza e debolezza di queste, potrebbe fornire al medico diabetologo la possibilità di intervenire nella riprogettazione dei processi quando non più adeguati alle necessità assistenziali e delle aziende sanitarie.

COMPETING INTERESTS

The author(s) declared that no competing interests exist.

COPYRIGHT NOTICE

© 2017, The Author(s). Open access, peer-reviewed article, edited by Associazione Medici Diabetologi and published by Idelson Gnocchi (www.idelsongnocchi.it)

BIBLIOGRAFIA

1. MIND-AMD Managing Innovation In Diabetes. Verso una diabetologia 3.0. JAMD, 19 (3, suppl. B), 2016.
2. Meridiano Sanità Diabete 2020. The European House. Ambrosetti, 2015.
3. Nonaka and Takeuchi: The Knowledge Management Creating Company, Oxford, 2005.
4. Snowden D. I only know what I want to know... Knowledge Management Ark Publications, 1998.
5. Nonaka I and von Krogh G. Tacit knowledge and knowledge convention. Organization Science 20, (n. 3), 2009.
6. Astrologo D, Garbolino F. Conoscenza Partecipativa. Nuove pratiche di knowledge management. EGEA, 2008.
7. Istat 2017 /REPORT_DIABETE, <http://www.istat.it/it/files/2017>.
8. Osservatorio ARNO diabete. Il profilo assistenziale della popolazione con diabete. Rapporto 2015. Volume XXIII 9 World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals.
10. Pintus E. La reingegnerizzazione dei processi nelle Pubbliche Amministrazioni. SDA Bocconi, 1998.
11. Onagro E. La logica per processi strumento per lo sviluppo organizzativo delle Pubbliche Amministrazioni. SDA Bocconi, 2001.
12. Casati G. Il percorso del paziente. La gestione per processi in Sanità. EGEA, Giuffrè Ed, 2000.
13. Fioravanti L, Spadonaro F. Continuità assistenziale e disease management, CEIS Sanità Università Tor Vergata, Roma, Politiche Sanitarie. Vol. 8, n. 1, 2007.
14. Casati G, Marchese E et al. La gestione dei processi clinico-assistenziali per il miglioramento della prassi. Caleidoscopio Italiano (200), 2006.