# Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali (PDTA)

Luciano Orsini

Molteplici sono gli approcci disciplinari che hanno trattato il tema dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali (PDTA) .

I PDTA, conosciuti anche come percorsi critici, percorsi assistenziali, percorsi di assistenza integrata, piani di gestione dei casi, percorsi clinici o mappe di assistenza, sono utilizzati per pianificare e seguire in modo sistematico un programma di assistenza centrato sul paziente.
I PDTA sono utilizzati in tutto il mondo . Nonostante il largo impiego, esistono ancora molte incertezze:

- In primo luogo, la terminologia e il modo in cui sono definiti e sviluppati non sono chiari .
- In secondo luogo, il loro impatto non è chiaro. Diverse analisi sugli effetti dei PDTA descrivono una grande varietà di esiti.

In letteratura, i termini utilizzati con maggior frequenza sono clinical pathway, critical pathway, integrated care pathway e care map .

Sulla base di un consensus meeting internazionale tenutosi in Slovenia (Dicembre 2005), la definizione di PDTA è la seguente:

I PDTA sono una metodologia mirata alla condivisione dei processi decisionali e dell'organizzazione dell'assistenza per un gruppo specifico di pazienti durante un periodo di tempo ben definito. Le caratteristiche fondanti dei PDTA includono:

1. Una chiara esplicitazione degli obiettivi e degli elementi chiave dell'assistenza basata su evidenze scientifiche, best practice e aspettative dei pazienti;
2. La facilitazione della comunicazione, del coordinamento dei ruoli, e dell'attuazione consequenziale delle attività dei team multidisciplinari di assistenza, dei pazienti e delle loro famiglie;
3. La documentazione, il monitoraggio e la valutazione delle varianze e degli outcome;
4. L'identificazione delle risorse appropriate.

L'obiettivo di un PDTA è incrementare la qualità dell'assistenza migliorando gli outcome paziente, promuovendo la sicurezza dei pazienti, aumentando la soddisfazione dell'utenza ed ottimizzando l'uso delle risorse.

L'approccio economico aziendale riconosce nei PDTA le combinazioni economiche[1] delle aziende che partecipano al soddisfacimento dei bisogni di tutela di salute di coorti di pazienti omogenee per patologia (ad esempio, l'insufficienza renale cronica o il tumore polmonare) o per condizione di salute più generali (ad esempio, la gravidanze e il parto).

Si tratta, in via generale, di leggere in modo unitario l'insieme delle prestazioni e delle attività che vengono erogate in seno alle diverse strutture organizzative, di una o più aziende sanitarie, che concorrono alla presa in carico del malato dalla prevenzione fino al follow up o al fine vita.

E' intuitivo pensare che la **"condizione di tutela della salute"** intorno alla quale il PDTA si focalizza ne condizioni l'estensione e i contenuti: esistono alcune condizioni di salute che trovano nel setting ospedaliero il luogo dell'erogazione di gran parte delle prestazioni dalla diagnosi fino al follow up, altre che interrogano la sola rete dei servizi territoriali ed altre ancora che prevedono una forte interdipendenza tra strutture organizzative e comunità professionali sia dell'ospedale sia del territorio. E' naturale che i confini e i contenuti di PDTA che fanno riferimento alla prima piuttosto che alla seconda situazione avranno "confini" differenti (si pensi alla prevenzione e alle sue modalità erogative).

1-Per combinazione economica si intende l'insieme delle operazioni economiche svolte dalle persone che operano nelle aziende; esse vengono ricondotte all'assetto tecnico che rappresenta la configurazione fisico tecnica dell'azienda che va dalle attrezzature fino alle scelte di trasformazione tecnica (Airoldi, Brunetti, Coda 1994).

**Il PDTA, quindi, è l'insieme delle attività erogate per rispondere alla domanda del malato dalla fase di diagnosi a quella di risoluzione del problema di salute o al fine vita**:
si tratta di un sistema di attività che i diversi professionisti coinvolti nella cura del paziente intraprendono per gestirne la condizione di salute.

Nel recente passato sono maturate esperienze aziendali e riflessioni da parte degli studiosi e dei practitioners sul tema dei PDTA, tanto da rendere l'acronimo non solo noto ai più, ma anche largamente associato alla sequenza operativa di attività che consentono la migliore presa in carico possibile del bisogno di salute del malato, nel rispetto dei vincoli di conoscenza, risorse e organizzazione.

In sintesi, il PDTA:

• ha un oggetto unitario coincidente con una condizione di salute del cittadino o un problema di salute del malato;
• è la sommatoria di processi eterogenei sanitari e assistenziali (prevenzione, diagnosi, trattamento, follow up) di natura differente sotto il profilo professionale, organizzativo, logistico, ecc;
• propone una specifica sequenza spaziale e temporale di attività e comportamenti, condivisa con la comunità dei portatori di interesse (professionisti, direttori delle aziende sanitarie, policy makers, pazienti), che i professionisti sono chiamati a svolgere nei diversi contesti aziendali;
• viene valutato, nella sua interezza o in specifici sottoprocessi (ad esempio, la diagnosi) rispetto ai risultati di efficacia (ai traguardi sanitari finali o intermedi che consegue), di efficienza delle interfacce operative che la presa in carico attiva e di equità (possibilità di intercettare l'intera popolazione di cittadini o pazienti interessati dal medesimo bisogno di tutela di salute).

Altro tema che contraddistingue l'approccio economico aziendale ai PDTA è la gestione per processi: affinché le aziende possano gestire l'intera rete dei servizi, coinvolta nella presa in carico dei cittadini con la medesima condizione di salute, occorre che i diversi processi (da quello diagnostico fino a quello terapeutico o di palliazione) vengano interpretati come parti di un continuum e gestiti in modo unitario allo scopo di guidarne i contenuti e le interdipendenze reciproche (Tozzi, 2004).

Ad esempio progettare il PDTA per i malati asmatici non significa solo esplicitare quali sono gli schemi terapeutici a seconda della gravità del bisogno di salute, ma anche organizzare sia le relazioni tra MMG e pneumologi sia i meccanismi di invio tra i luoghi fisici in cui questi professionisti operano.

La gestione per processi, praticata relativamente ai PDTA, tocca alcuni fenomeni tipici delle aziende sanitarie:

• i meccanismi operativi aziendali sono spesso plasmati sulle strutture organizzative (ad esempio, il budget per l'Unità Operativa di Medicina di Laboratorio, la reportistica del Dipartimento di Neuroscienze). Occorre intervenire sulla loro configurazione per gestire i PDTA che sono processi che attraversano più strutture organizzative e spesso superano i confini aziendali. Tra i vari meccanismi operativi, il sistema informativo aziendale è certamente pivotale nell'implementazione di logiche di processo (Ongaro, 2004);
• la progettazione e ancor di più l'implementazione di un PDTA mette in luce la corresponsabilità tra i diversi professionisti e l'interdipendenza tra strutture organizzative nelle performance di presa in carico del malato: così come vi è un condizionamento della fase terapeutica in ragione della diagnosi, vi è una relazione di influenza tra le scelte adottate dai professionisti coinvolti in tali attività e tra le modalità di funzionamento delle strutture organizzative in cui tali fasi si svolgono;
• occorre arricchire le tecnostrutture aziendali delle competenze necessarie per la gestione dei PDTA: si tratta, ad esempio, di saperi e abilità da dispiegare nella relazione con i clinici, fondamentale per tracciarne i contenuti, nell'interrogazione dei database aziendali per identificare il consumo di prestazioni tipiche della coorte oggetto di studio, nell'analisi statistica dei database di PDTA.

Il terreno di gioco dei PDTA coinvolge sia la dimensione manageriale sia quella professionale delle cure, promuovendo il confronto tra i principali portatori di interesse delle questioni manageriali (dai responsabili di struttura complessa alle direzioni delle aziende fino al livello regionale) e i professionisti medici (Bueton and Roland, 1999)
La definizione di comportamenti e standard attesi nella gestione del malato è presente sia nella letteratura che argomenta le forme di implementazione delle strategie di governo clinico sia in quella focalizzata sugli **integrated care pathways (la principale traduzione di quello che nel presente scritto si intende per PDTA)** (Dwyer et al, 2012)

in entrambi i casi si registra una profonda riflessione sul tema della definizione degli standard ("quali sono i soggetti che sono chiamati a formularli?")

La realizzazione di un PDTA passa attraverso specifiche fasi che si rifanno al noto ciclo di Deming: analisi, riprogettazione, gestione del cambiamento e monitoraggio.

Spesso le progettualità aziendali sui PDTA rappresentano l'occasione per mettere in discussione i luoghi e le pratiche di cura e assistenza allo scopo di rivedere le relazioni tra i diversi saperi e le differenti strutture di offerta, ponendo l'accento sia sulla riconfigurazione delle rete di offerta territoriale sia sul rafforzamento delle forme di coordinamento tra professionisti con diverse clinical competencies. (Compagni et al., 2010) e tra la dimensione sanitaria e socio sanitaria della presa in carico.

## Specificità dei PDTA territoriali

Sul piano dei contenuti, i PDTA territoriali riguardano in larga parte le patologie croniche. I dati ISTAT (aggiornati al novembre 2013) mostrano come la popolazione italiana sia per il 38,6% interessata da almeno una patologia cronica, mentre per il 20,4% da almeno due. L'OMS definisce le malattie croniche come diseases of long duration and generally slow progression. Malattie, dunque, caratterizzate da una lunga durata e per le quali non esiste una cura definitiva, pertanto la presa in carico deve essere finalizzata a un costante monitoraggio, così da evitarne l'acuzie e la successiva ospedalizzazione. Esiste, inoltre, una diretta proporzionalità dell'incidenza di malattie croniche rispetto all'età delle persona (maggiore incidenza nella fascia >65 anni). Siamo, dunque, di fronte ad un bisogno di ristrutturazione del sistema di offerta delle aziende sanitarie che deve essere in grado di sviluppare logiche dall'approccio proattivo, integrato e trasversale. Molte condizioni croniche prevedono coorti di pazienti asintomatiche, difficili da intercettare (si pensi al BPCO) attraverso sistemi informativi automatizzati. Inoltre su di esse si concentra l'attenzione di molteplici discipline che propongono indicazioni per la fase diagnostica piuttosto che per quella terapeutica rendendo complicata l'operazione promossa dalle aziende sanitarie di trovare degli schemi di comportamento il più possibile unitari e condivisi;

## La cronicità ad alta complessità

La spesa sanitaria pro-capite dei pazienti cronici ha valori circa quattro volte superiori rispetto a quella dei non cronici (Rapporto Farmafactoring 2011) e riguarda ampie coorti di popolazione.

Spesso gli interventi di policy e quelli di management hanno riguardato le condizioni patologiche più frequenti e più comuni come il diabete non insulino dipendente, l'ipertensione, ecc. Si tratta di malattie che in passato ricevevano risposta all'interno dell'ospedale e che attualmente sono gestite dalla rete dei servizi territoriali. Infatti, proprio a supporto di tale processo di trasferimento di setting assistenziale sono nati i primi modelli di organizzazione dei servizi dedicati alle patologie croniche. Quello che si osserva attualmente è che lo spettro delle condizioni croniche alle quali il "territorio" è chiamato a rispondere annovera anche le seguenti situazioni:

• nuove cronicità, ovvero nuove condizioni croniche indotte dall'innovazione del sapere e della tecnologia. Si tratta di malattie che oggigiorno beneficiano di nuove soluzioni diagnostiche e terapeutiche: si pensi ad alcune malattie oncologiche come il tumore mammario che registra la sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi nell'87% delle donne colpite dalla malattia. Si stanno manifestando, quindi, vocazioni croniche all'interno di alcune coorti di malattie che solo nel recente passato manifestavano importanti tassi di mortalità. Come fare in modo che la nuova cronicità e la sopravvivenza dalla malattia possa essere gestita da nodi di offerta prossimi alla residenza del cittadino e competenti dal punto di vista professionale è una domanda che interroga la rete dei servizi territoriali e quelli dedicati ai cronici in modo specifico;

• cronicità ad alta complessità: esistono patologie croniche che necessitano di un interscambio costante tra ospedale e territorio poiché manifestano eventi acuti nel decorso cronico della malattia e richiedono competenze e risorse specialistiche ad alto costo oltre alle tradizionali funzioni di monitoraggio e follow up. Si pensi ad alcune patologie neurologiche quali la sclerosi multipla che compare nella popolazione giovane e che fino alle peggiori condizioni di disabilità prevede competenze multidisciplinari e

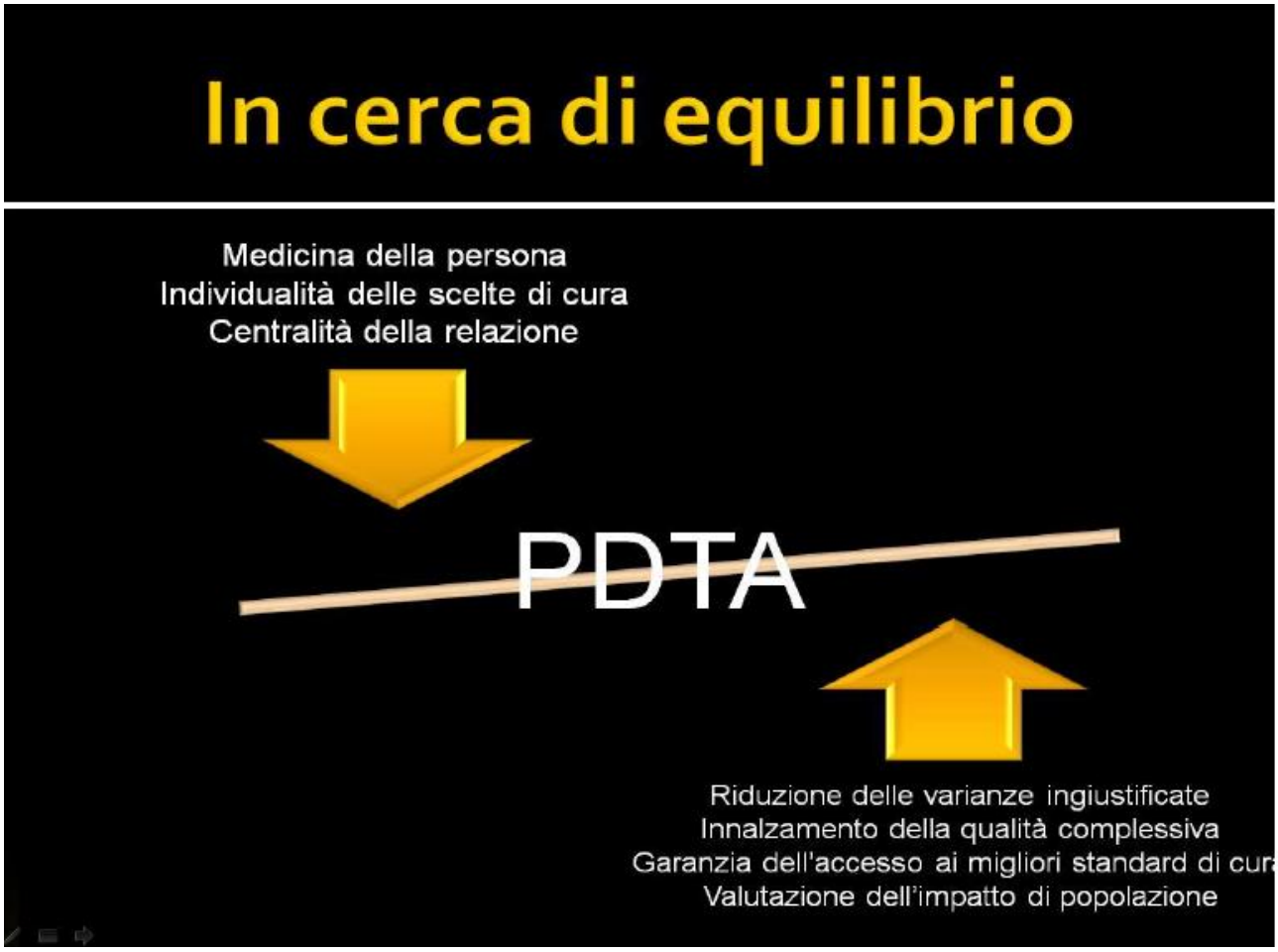
una staffetta costante tra servizi ospedalieri e territoriali da una parte e tra interventi sanitari e socio sanitari dall'altra. Si tratta di bisogni di tutela della salute che pongono ai sistemi quesiti importanti relativi ai ruoli o ai progetti di integrazione tra ospedale e territorio, ai modelli multidisciplinari che superano i confini aziendali, al bilanciamento tra specialismi e generalisti nel sistema delle competenze per la presa in carico.

La stima dei costi dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali costituisce una condizione fondamentale per migliorare la programmazione delle attività aziendali. Conoscere quanto, ed in quale maniera, ciascuna voce di spesa (ricoveri, pronto soccorso, farmaci, specialistica ecc.) grava nella determinazione del costo medio totale permette alle direzioni aziendali e territoriali di mettere a punto le più opportune linee strategiche per l'articolazione della propria offerta erogativa per processi di salute.
i costi maggiori si registrano per i percorsi di patologie a bassa sopravvivenza e, per tutti, quando si devono gestire multicronicità sullo stesso individuo

I PDTA sono uno strumento per mettere insieme i professionisti e accelerare le relazioni, e quindi lo scambio di informazioni a favore dei pazienti.

Incidere sui percorsi e sulle modalità di innovazione che si impongono significa intercettare e andare a incidere sugli aspetti fondamentali della missione di un'organizzazione sanitaria.
In questo contesto la riorganizzazione dei processi impone sfide, interne e non, significative per l'organizzazione: si pensi soltanto alla definizione

dei nuovi responsabili di percorso, alla necessità di dover rinegoziare un nuovo patto con la cittadinanza o al possibile spostamento della cabina di regia – gestionale e clinica – dei percorsi, probabilmente verso i distretti.



# Universalismo, Equità, Equità nella salute

**Universalismo assoluto**: uniformità di trattamento nell'assunto che tutti i cittadini sono eguali e a tutti spettano le stesse risorse *senza considerazione* della **varietà e diversità dei bisogni di salute che caratterizzano le diverse popolazioni nelle stesse classi d'età.**

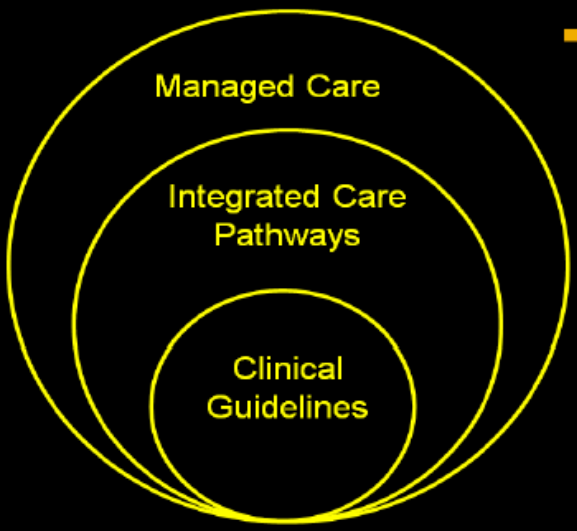
## Equità

È un **concetto etico**, fondato sul principio della giustizia distributiva. Tendere all'equità (nella salute, nell'utilizzo dei servizi sanitari) significa ridurre/eliminare le disuguaglianze sistematicamente associate a condizioni di svantaggio sociale e considerate ingiuste, **inaccettabili e prevenibili.**

## Equità nella salute

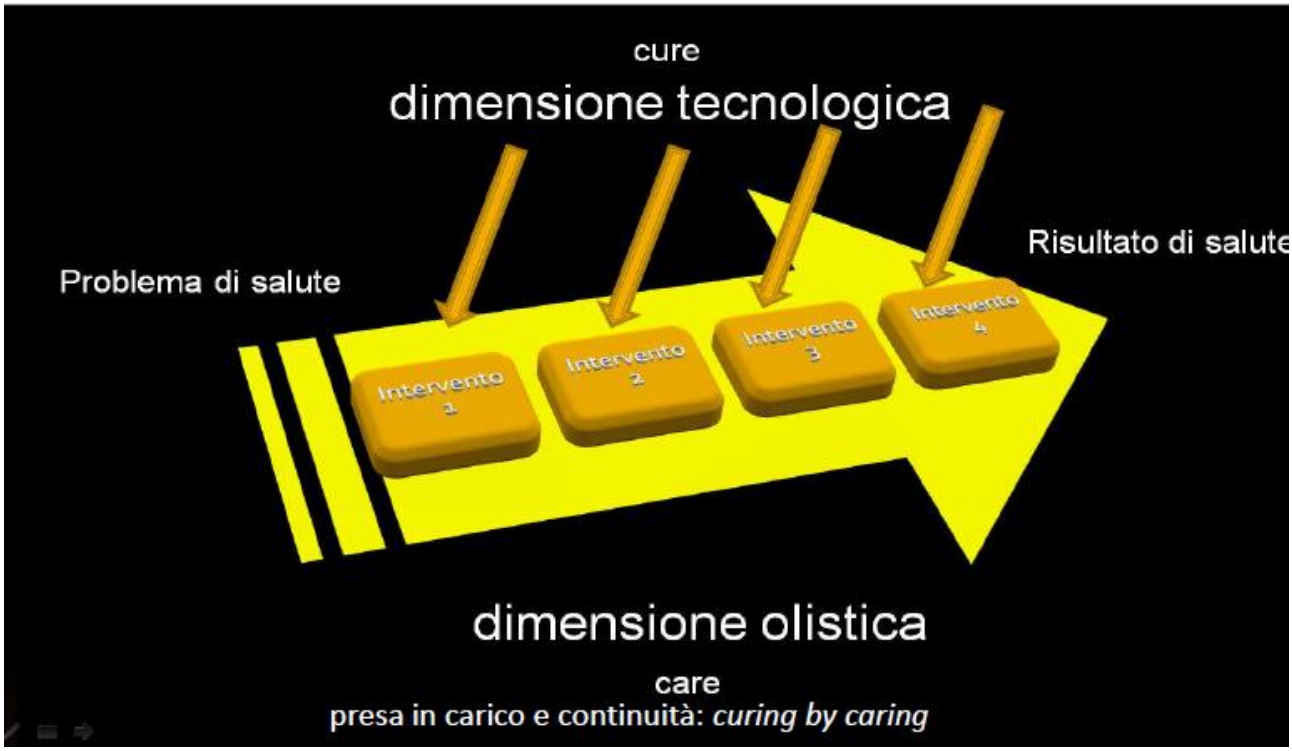
**Contrastare la disuguale distribuzione dei determinanti sociali ed economici della salute (reddito, occupazione, istruzione, abitazione, ambiente, ……, *assistenza sanitaria*)**

# Principles of Managed Care




- Integrated care pathways
  - Define the expected course of events in the care of a patient with a particular condition, within a set timescale
  - Based on best evidence for treatment approaches
  - Cross primary, secondary and tertiary care
  - Are amenable to audit

# Dalle tecnologie all'individuo



# Un modello multidimensionale

# Cos'è NON è un PDTA ?

- Non è un oggetto che si "vede"
- Non è un oggetto che si "vende"
- Non è una somma di prestazioni
- Non è un servizio
- Non è un prodotto
- Non è un "vincolo" per i clinici
- Non è il "magic bullet" per ogni patologia
- Non è un modo per "meccanicizzare" i rapporti fra professionisti
- Non è una nuova salvifica tecnologia

Bibliografia
Airoldi G., Brunetti G., Coda V., (1994), Economia aziendale, Bologna, Il Mulino.
Bueton S. A., Roland M., (1999), "Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care", Quality in health care, 8: 184-190.
Carbone C., Corsalini E., Longo F., Ricci A., (2012), "Scenari per lo sviluppo dei servizi territoriali: confronto tra modelli regionali di presa in carico della cronicità", in L'aziendalizzazione della Sanità in Italia, Rapporto OASI, Milano, Egea.
Casati G., (1999), Il percorso del paziente: la gestione per processi in sanità, McGraw Hill, Milano.
Casati G., Vichi M.C. (a cura di) (2002), Il percorso assistenziale del paziente in ospedale, Milano, McGraw Hill.
Compagni A., Tediosi F., Tozzi V., (2010), L'integrazione tra ospedale e territorio nelle Aziende Sanitarie, in L'aziendalizzazione della Sanità in Italia, Rapporto OASI, Milano, Egea.
Dwyer A. J., Becker G., Hawkins C., McKenzie L., Wells M., (2012), "Engaging medical staff in clinical governance: introducing new technologies and clinical practice into public hospitals". Australian Health Review, 2012, 36, 43-48.
Farmafactoring (2011), "Il Sistema Sanitario in controluce, Rapporto 2011, La spesa delle regioni e le regole del federalismo", http://www.fondazionefarmafactoring.it/FondFarmafactoring_Sintesi_Rappo rto_2011.pdf

## Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (pdta) del tumore del colon – retto.

## IL COMMISSARIO AD ACTA

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo dott. Luciano D'Alfonso è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo, secondo i Programmi Operativi di cui all'articolo 2, comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modifiche ed integrazioni;

**VISTO** il Decreto commissariale n. 90/2014 del 12 agosto 2014 di insediamento del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 e proseguito con i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88, della L. n. 191/2009;

**VISTO** il decreto commissariale n. 20/2012 dell'11.06.2012, di presa d'atto dell'insediamento del dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario, con decorrenza dell'incarico dall'11.06.2012;

**RICHIAMATO** l' Art. 4, comma 1, lettera g) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005: che impone alle Regioni lo " sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello di cura ospedaliero, che per quello territoriale, allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio della gestione"

**VISTA** l'Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011 "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro per gli anni 2011-2013"

**VISTA** l'Intesa Stato –Regioni del 30 ottobre 2014 "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden di malattia del cancro per gli anni 2014-2016"

**VISTA** la deliberazione giuntale n. 575/2011 dell'11 agosto 2011"Approvazione Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA)"

**VISTO** il decreto del Commissario ad Acta n. 60/2015 del 25 giugno 2015 "Recepimento e avvio del Piano Operativo per il contenimento delle Liste di Attesa di cui alla delibera n. 9 del 03 febbraio 2015 dell'Agenzia sanitaria regionale";

**CONSIDERATO** che, tra gli interventi per il contenimento delle Liste di Attesa, il Piano Operativo di cui al riferito DCA n. 60/2015, programma anche l'implementazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, demandando all'Agenzia Sanitaria Regionale - ASR Abruzzo - l'elaborazione del PDTA regionale per il tumore del Colon Retto;

**VISTA** la nota dell'ASR Abruzzo prot. n. 732/2016 del 06 maggio 2016 acquisita dal Dipartimento per la Salute ed il Welfare il 10 maggio 2016 con prot. n. RA/103250 ed assegnata al Servizio Programmazione Socio - Sanitaria il 23 maggio u.s. di trasmissione del Documento Tecnico "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del Tumore del Colon Retto", di seguito, per brevità PDTA – TCR, che si allega al presente decreto quale parte costitutiva ed integrante (All.1) ;

**CONSIDERATO** che il Documento Tecnico trasmesso dall'ASR (All.1) uniforma sul territorio regionale l'assistenza prestata ai pazienti con TCR puntualizzando i cardini basilari definiti dalle vigenti Linee Guida e le best practice a garanzia di un'offerta sanitaria appropriata ed efficace;

**RILEVATA** la necessità oltre che l'opportunità di procederne all'approvazione anche a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al DPCM 2001 e ss.mm.ii., che, alla lettera X, prevedono l'implementazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali;

**PRECISATO** che l'applicazione del Documento Tecnico che si approva non coperterà costi aggiuntivi a carico del Servizio sanitario regionale;

**RITENUTO**, in ragione delle specifiche competenze del Dipartimento per la salute ed il welfare, di modificare il paragrafo 7 del Documento Tecnico,demandando ai Servizi del Dipartimento, specificatamente competenti in materia, il monitoraggio degli indicatori organizzativi, di attività e del Piano Nazionale Esiti indicati dal Documento tecnico (All.1) e la definizione di uno specifico e puntuale Report informativo da pubblicare con cadenza annuale sul sito istituzionale della Regione Abruzzo;

**STABILITO** che, nell'esercizio della propria autonomia organizzativa, le Aziende UUSSLL regionali dovranno elaborare specifici Protocolli Operativi che, in coerenza con il Documento Tecnico che si approva (All.1), ne consentiranno l'adeguamento agli specifici e peculiari contesti locali integrandoli di connotati specifici;

**RITENUTO**, per l'urgenza che riveste il presente provvedimento, di procederne all'immediata approvazione disponendone la successiva trasmissione ai Ministeri affiancanti il Piano di Rientro per la relativa approvazione;

**DECRETA**

Per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. **di approvare** il Documento Tecnico "Percorso Diagnostico Terapeutico assistenziale (PDTA) del tumore del Colon retto" (All.1);
2. **di modificare** il paragrafo 7 del Documento tecnico (All.1) demandando ai Servizi del Dipartimento, specificatamente competenti in materia, il monitoraggio degli indicatori organizzativi, di attività e del Piano Nazionale Esiti indicati dal Documento tecnico (All.1) e la definizione di uno specifico e puntuale Report informativo da pubblicare con cadenza annuale sul sito istituzionale della Regione Abruzzo ;
3. **di precisare** che l'applicazione del Documento Tecnico che si approva non coperterà costi aggiuntivi a carico del Servizio sanitario regionale;

4. **di stabilire** che, nell'esercizio della propria autonomia organizzativa, le Aziende UUSSLL regionali dovranno elaborare specifici Protocolli Operativi che, in coerenza con il Documento Tecnico che si approva (All.1), ne consentiranno l'adeguamento agli specifici e peculiari contesti locali integrandoli di connotati specifici;
5. **di notificare** il presente decreto alle AASSLL e all'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR Abruzzo) per gli adempimenti di competenza, di notiziarne i competenti Servizi del Dipartimento per la Salute ed il Welfare, di disporne la trasmissione ai Ministeri affiancanti il PdiR per la prescritta validazione e di procederne alla pubblicazione sul BURAT.

IL COMMISSARIO AD ACTA
**Dott. Luciano D'Alfonso**

*Segue Allegato*

PDTA COLON-RETTO.pdf

**Approvazione del documento tecnico "PDTA del diabete".**

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo dott. Luciano D'Alfonso è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo, secondo i Programmi Operativi di cui all'articolo 2, comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modifiche ed integrazioni;

**VISTO** il Decreto commissariale n. 90/2014 del 12 agosto 2014 di insediamento del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 e proseguito con i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88, della L. n. 191/2009;

**VISTO** il decreto commissariale n. 20/2012 dell'11.06.2012, di presa d'atto dell'insediamento del dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario, con decorrenza dell'incarico dall'11.06.2012;

**VISTA** la legge n. 115/2017 recante "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito" e l'afferente Atto di Intesa del 1991;

**VISTO** il Piano nazionale della malattia diabetica;

**RICHIAMATO** l' art. 4, comma 1, lettera g) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005 che impone alle Regioni lo "sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello di cura ospedaliero, che per quello territoriale, allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio della gestione";

**VISTA** la deliberazione giuntale n. 575/2011 dell'11 agosto 2011 "Approvazione Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA)";

**VISTA** la DGR 609/2013 del 19 agosto 2013 recante "Recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997 n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del Documento recante "Piano per la malattia diabetica";

**VISTO** il decreto del Commissario ad Acta n. 60/2015 del 25 giugno 2015 "Recepimento e avvio del Piano Operativo per il contenimento delle Liste di Attesa di cui alla delibera n. 9 del 03 febbraio 2015 dell'Agenzia sanitaria regionale";

**CONSIDERATO** che, tra gli interventi per il contenimento delle Liste di Attesa, il Piano Operativo di cui al riferito DCA n. 60/2015, programma anche l'implementazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali demandandone l'elaborazione all'Agenzia Sanitaria Regionale - ASR Abruzzo;

**VISTA** la nota dell'ASR Abruzzo prot. n. 552 del 05 aprile 2016 acquisita dal Dipartimento per la Salute ed il Welfare il 17 maggio 2016 con prot. n. RA/110285 di trasmissione del Documento Tecnico "PDTA del Diabete" che si allega al presente decreto quale parte costitutiva ed integrante (All.A) che definisce

- il "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto";
- il "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 1 nell'adulto";
- il "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione integrata del diabete in età pediatrica";

**CONSIDERATO** che il Documento Tecnico trasmesso dall'ASR (All.A) stabilisce le linee programmatiche di un percorso di cura chiaro, condiviso e centrato sui bisogni dei pazienti diabetici, adulti e pediatrici, con l'obiettivo di prevenire o ridurre le complicanze, salvaguardando la vita dei pazienti, valorizzando i professionisti coinvolti e razionalizzando la spesa sanitaria;

**RILEVATA** la necessità oltre che l'opportunità di procederne all'approvazione anche a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al DPCM 2001 e ss.mm.ii., che, alla lettera X, prevedono l'implementazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali;

**PRECISATO** che l'applicazione del Documento Tecnico che si approva non coperterà costi aggiuntivi a carico del Servizio sanitario regionale;

**RITENUTO**, per l'urgenza che riveste il presente provvedimento, di procederne all'immediata approvazione disponendone la successiva trasmissione ai Ministeri affiancanti il Piano di Rientro per la relativa approvazione;

**DECRETA**

Per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. **di approvare** il Documento Tecnico "PDTA del Diabete" (All.A);
2. **di precisare** che l'applicazione del Documento Tecnico che si approva non coperterà costi aggiuntivi a carico del Servizio sanitario regionale;
3. **di notificare** il presente decreto alle AASSLL e all'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR Abruzzo) per gli adempimenti di competenza, di notiziarne i competenti Servizi del Dipartimento per la Salute ed il Welfare, di disporne la trasmissione ai Ministeri affiancanti il PdiR per la prescritta validazione e di procederne alla pubblicazione sul BURAT.

IL COMMISSARIO AD ACTA
**Dott. Luciano D'Alfonso**

PDTA DIABETE.pdf