



**CARD Puglia**



Associazione  
Direzioni e Dirigenti Sanitari  
del Distretto del Lazio

# **CARDPUGLIA: il modello pugliese della presa in carico del paziente diabetico**

Dott. Vincenzo Gigantelli  
Presidente CARDPUGLIA  
Direttore Distretto Socio Sanitario n.14  
ASL BA

## **IL RILANCIO DEI DISTRETTI NELLA REGIONE LAZIO**

Roma, 6 luglio 2018  
Polo Didattico  
Piazza Oderico da Pordenone 3

**La Sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale**  
**LA SFIDA DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO IN PUGLIA**  
 11-12 novembre 2011  
 UNA Hotel Regina  
 S.P.57 Torre a Mare-Noicattaro 70016 - Bari  
 Tel. 080.5430907 Fax 080.5431662

**PERCORSI ASSISTENZIALI TERRITORIALI E OSPEDALIERI**  
 quali vie necessariamente convergenti  
 13-14 aprile 2012  
 UNA Hotel Regina  
 S.P.57 Torre a Mare-Noicattaro 70016 - Bari  
 Tel. 080.5430907 Fax 080.5431662

**CARD Puglia**  
**CONVEGNO REGIONALE CARD PUGLIA 2013**  
 Investire nel distretto forte pugliese scambiando buone prassi  
 11-12 aprile 2013  
 UNA Hotel Regina  
 S.P.57 Torre a Mare-Noicattaro 70016 - Bari  
 Tel. 080.5430907 Fax 080.5431662

**CARD Puglia**  
**CORSO DI AGGIORNAMENTO**  
**LA CORRETTA APPLICAZIONE DEL PDTA NELLA PATOLOGIA RESPIRATORIA (BPCO, ASMA)**  
 Referenti Scientifici Dott. Vincenzo Gigante, Dott. Aldo Leo  
 Bari, 27 SETTEMBRE 2012

**CARD Puglia**  
**IX CONGRESSO REGIONALE CARD PUGLIA**  
 Il distretto che produce benessere per tutti  
 10-11 aprile 2014  
 UNA Hotel Regina  
 S.P.57 Torre a Mare-Noicattaro 70016 - Bari  
 Tel. 080.5430907 Fax 080.5431662  
[www.unahotelreginabari.it](http://www.unahotelreginabari.it)

**CARD Puglia**  
**X CONGRESSO REGIONALE CARD PUGLIA**  
 IL PATTO PER LA SALUTE TRA COSTI STANDARD, LEA E QUALITÀ PERCIPITA: VIAGGIO TRA PROPOSTE ED ESPERIENZE I

**CARD Puglia**  
 SEMINARIO SUL TEMA:  
**MEDICINALI EQUIVALENTI APPROPRIATEZZA TERAPEUTICA E SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA**  
 Sala Convegni  
 Assessorato alle Politiche della Salute Regione Puglia  
**BARI, VENERDÌ 18 SETTEMBRE 2016**

**CARD Puglia**  
**LE CURE PRIMARIE IN PUGLIA**  
 Lecca, 24 - 25 febbraio 2017  
 Grand Hotel Tiziano e dei Congressi

**CARD Puglia**  
**XII CONGRESSO REGIONALE CARD PUGLIA**  
 21-22 aprile 2017  
 Covo dei Saraceni Hotel  
 Via Conversano, 1 Polignano a Mare (BA)  
 Tel. 080.5430907 Fax 080.5431662  
[www.unahotelreginabari.it](http://www.unahotelreginabari.it)

**CARD Puglia**  
**CONGRESSO REGIONALE CARD PUGLIA**  
**DISTRETTO TRA APPROPRIATEZZA TERAPEUTICA E SOSTENIBILITÀ**  
 22 aprile 2016  
 Covo dei Saraceni Hotel  
 Polignano a Mare (BA)  
 Tel. 080.5430907 Fax 080.5431662  
[www.covodeisaraceni.com](http://www.covodeisaraceni.com)





**Riconversione DEL**  
**Presidio Ospedaliero**  
***“Florenzo Jaia”***

**in**

**Presidio Territoriale**  
***“Florenzo Jaia”***

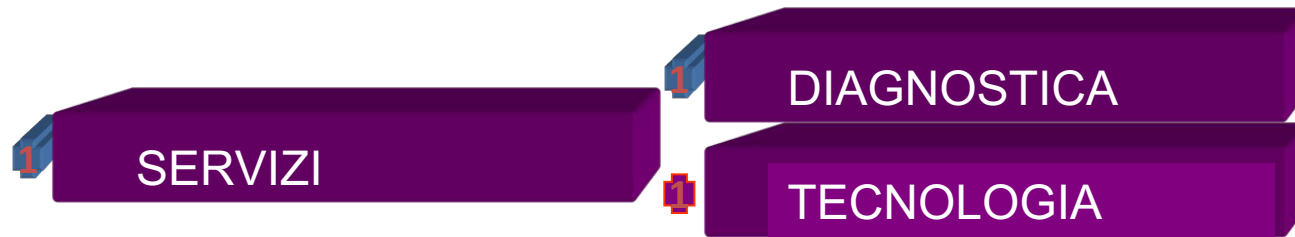
**Protocollo di Intesa**  
**Regione Puglia Comune di Conversano ASL Ba**  
**13 giugno 2012**

# Poliambulatorio di 3° livello

|                     |                        |
|---------------------|------------------------|
| ALLERGOLOGIA        | MEDICINA INTERNA       |
| CARDIOLOGIA         | MEDICINA DELLO SPORT   |
| CARDIOLOGIA SPORT   | PNEUMOLOGIA            |
| CHIRURGIA           | GINECOLOGIA            |
| CHIRURGIA VASCOLARE | PEDIATRIA              |
| DERMATOLOGIA        | UROLOGIA               |
| DIABETOLOGIA        | ORTOPEDIA              |
| ENDOCRINOLOGIA      | OTORINOLARINGOIA       |
| GERIATRIA           | MEDICINA/CHIR. URGENZA |
| NEUROLOGIA          | NPIA                   |
| NEFROLOGIA          | FISIATRIA              |
| REUMATOLOGIA        | RIABILITAZIONE         |



# Poliambulatorio di 3° livello



DAY SERVICE MEDICI

DAY SERVICE CHIRURGICI

IPERTENSIONE

OCULISTICA

DIABETE

ORTOPEDIA

CHIRURGIA

ORL

# ATTIVITÀ SPECIALISTICA DSS 12 ASL BA POLIAMBULATORI DI CONVERSANO – POLIGNANO A MARE – MONOPOLI

Il presente lavoro si propone di offrire un primo resoconto delle attività specialistiche realizzate nel corso dell'anno 2013 nel Poliambulatorio di Terzo livello del Presidio Territoriale "Florenzo Jaja" di Conversano, nei Poliambulatori "Sant'Antonio" di Polignano a mare e nel Poliambulatorio "San Camillo" di Monopoli nonché sul territorio del Distretto Socio Sanitario n. 12 della ASL BA. Oltre ai principali dati di carattere organizzativo e di attività si analizzano le principali criticità da superare ed i progetti da realizzare ISO risorse e/o con idonei investimenti.

*Relazione  
anno  
2013*

# Guida pratica ai servizi

Aggiornata a Settembre 2014

Presidio  
Territoriale di  
Assistenza  
"Florenza Jaja"  
CONVERSANO





## DAY SERVICE MEDICI

### PAC01 DIABETE

### PAC02 IPERTENSIONE

Le patologie mediche per le quali è previsto un follow up in regime di D.S. sono l'ipertensione Arteriosa (Cod.Reg.: PAC02) e il Diabete Mellito (PAC01).

Possono usufruire dei PACC soltanto i pazienti con patologia già diagnosticata, con l'obiettivo di un follow up (e non per screening o sospetto diagnostico).

Il D.S. può essere eseguito una volta l'anno per paziente e per patologia.

Il MMG/Specialista richiede il PAC 01 o PAC 02 mediante prescrizione su ricetta SSN.

L'utente procede come una normale prenotazione di esame (CUP o altro sistema di prenotazione es. farmacia).

#### INFORMAZIONI OPERATIVE

Il giorno previsto l'utente deve presentarsi nella sede del Day Service (Ascensore/Scala B, Piano, 1 stanza 127 - Sala accoglienza e attesa) alle ore 8.00-8.15:

- con un campione di urina della mattina
- a digiuno (bere solo acqua)
- con la documentazione clinica, la terapia domiciliare e i farmaci da assumere sino alle 14.00.



L'utente, dopo l'accoglienza, viene indirizzato nel percorso diagnostico dal personale dedicato, attuando il protocollo previsto che si conclude verso le 13.30-14.00.

Il percorso viene concluso in un accesso successivo, concordato tra il medico referente e l'utente, nel corso del quale viene discussa la situazione clinica e la terapia, vengono consegnati la relazione conclusiva e gli esami eseguiti, in originale (agli atti resta copia in fascicolo personale D.S).

#### Personale dedicato

Dirigenti Medici: Dott.ssa Anna Maria Cagnazzo  
Dott.ssa Maria Carmela D'Alessandro  
Dott. Nicola Morelli

Referente CPSI: Maria Spinozza  
CPSI: Vito Lacandela, Bibbiana Ruoppo

Equipe Cardiologica  
Equipe Oculistica

Giorni: PAC01 DIABETE MELLITO: lunedì, martedì e giovedì  
PAC02 IPERTENSIONE: mercoledì e venerdì

#### Come prenotare

Uffici CUP, Farmacie abilitate o Numero Verde CUP  
Regione Puglia: 800-345477

#### Accesso diretto

in casi selezionati, previa segnalazione del MMG o di un Medico Specialista.

#### Contatti

Medicina Day Service: 080-4091332  
Dott.ssa D'Alessandro 080-4091230  
Dott. Morelli 080-4091223  
Dott.ssa Cagnazzo 080-4091349

e-mail: [medint@conversano.esl.ber.it](mailto:medint@conversano.esl.ber.it)

#### Da ricordare

Portare con sé referti precedenti, esami ematochimici, o quanto attenga alla storia clinica precedente.

Portare un campione di urina della mattina

Presentarsi a digiuno (solo acqua)

Portare con sé i farmaci da assumere sino alle 14.00.

#### Note

in caso di necessità telefonare dal lunedì al venerdì dalle 12.00 alle 14.00

### Informazioni per i MMG o Specialisti per la richiesta delle prestazioni

In caso di richiesta di ecocardiogramma si prega di utilizzare il codice 88723 (ecocolordopplergrafia cardiaca) che corrisponde alla prestazione che viene effettivamente erogata in osservanza della attuali conoscenze scientifiche.

L'esame ecocardiografico B Mode (corrispondente al codice 88721) viene infatti sempre completato con lo studio ecocolordoppler del flusso e delle sue alterazioni, senza del quale il test perde di significato.

Le visite cardiologiche domiciliari devono essere prenotate dal paziente per contatto diretta con la Porta Unica di Accesso (PUA) distrettuale (tel. 080.4091426 – fax 080.4091406).

Il test da sforzo viene programmato dopo valutazione di un Cardiologo dell'Ambulatorio.

Se il test da sforzo e' stato richiesto da altra struttura (es U.O di Cardiologia, altri Cardiologi) è sufficiente ma necessario contatto diretto con il Cardiologo per consentire una valutazione della documentazione e del rischio della procedura nel caso specifico.

#### 1) PRESTAZIONI PRENOTABILI TRAMITE CUP/FARMACIE/NUM.VERDE

| C O D I C I |       | PRESTAZIONI  |
|-------------|-------|--|
|             | R002  | VISITA SPECIALISTICA CARDIOLOGICA                        |
|             | R0021 | VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO                         |
| 8952        |       | ELETTROCARDIOGRAMMA                                      |
| 88721       |       | ECOGRAFIA CARDIACA                                       |
| 88723       |       | ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA                           |
| 89611       |       | MONITORAGGIO CONTINUO (24 ORE) DELLA PRESSIONE ARTERIOSA |
| 8950        |       | ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO 24 h                        |
| 8952        |       | ELETTROCARDIOGRAMMA domiciliare                          |

#### 2) PRESTAZIONI PRENOTABILI CON ALTRA MODALITA' O CON PROGRAMMAZIONE INTERNA

|      |      |   |
|------|------|---|
|      | R002 | VISITA SPECIALISTICA CARDIOLOGICA domiciliare     |
| 8943 |      | TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO |

# SMART CARE PROJECT

Conversano (Bari)  
14 Dicembre 2013



## SMART Care Project

“Ottimizzazione  
dell’integrazione e  
coordinamento tra  
MMG e Specialisti per  
la cura del Paziente  
Diabetico Cronico”

**Dott. Vincenzo Gigantelli**

**Direttore**

**Distretto Socio Sanitario n.12 ASL BA**

**Presidente CARD PUGLIA**

# Team

---

- **Sponsor:** Dottori: V. Gigantelli /G. D’Auria /A. Ramunni
- **Project Leader:** Dott. V. A. Giagulli (Diabetologo)
- **Team:**
  - Dott. Albanese (MMG)
  - Dott. Grattagliano (MMG)
  - Dott. Liuzzi (Pediatra)
  - Dott. G.Ramunni (Cardiologo)
  - Dott. I.Ramunni (Diabetologo)
  - Dott. A.Resta (Geriatra)
- **Facilitatore:** Ing. Davide Volgare



Specific  
Measurable  
Achievable  
Realistic  
Time Related



# Goal Statement

---

- **Goal:** Armonizzare, procedure, PDTA e linguaggi tra MMG e Specialista Ospedaliero - SMART Care Project
  - nuovi modelli di setting assistenziali territoriali
  - individuare dei PDTA per gli «out-patients» al fine di ridurre sia l'inappropriatezza che la degenza media del ricovero ospedaliero, con impatto su costi e liste d'attesa
  - Fornire un'assistenza più accurata al paziente affetto da patologia cronica
- **Vincoli:**
- Rispetto delle Normative Nazionali
  - Es. Ruoli per il rilascio di esenzioni
- Garantire continuità assistenziale
- Garantire che le soluzioni individuate mirino all'integrazione tra MMG e Specialista e non all'antitesi

# Business case

- **Benefici:**
  - Inquadramento clinico
  - Individuazione priorità clinica
  - Scompensi e acuzie
  - Fenotipizzazione
    - Conseguente adeguatezza Piano Terapeutico
    - Conseguente migliore individuazione molecole
  - Adeguatezza:
    - Ridondanza visite, esami, controlli , ospedalizzazione
    - Aumento dell'intervallo di tempo tra le ospedalizzazioni necessarie
  - Tempi: Riduzione di liste d'attesa, degenza media, tempo d'attesa tra la diagnosi malattia e l'ET con fenotipizzazione
- **Hard Savings:** Riduzione Costi attuali, Contenimento costi futuri; **Soft Savings:** Costi sociali



## SMART Care Project

*«Armonizzare, procedure,  
PDTA e linguaggi  
tra MMG e Specialisti»*



# Il Modello pugliese della presa in carico del paziente diabetico

Vincenzo Gigantelli

**#roma6luglio2018**

## Obiettivi di cura nei pazienti con cronicità



- Miglioramento del quadro clinico
- Miglioramento dello stato funzionale
- Minimizzazione della sintomatologia
- Prevenzione della disabilità
- Miglioramento della qualità di vita
- Ecc.

## MALATTIA CRONICA

OMS : problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni

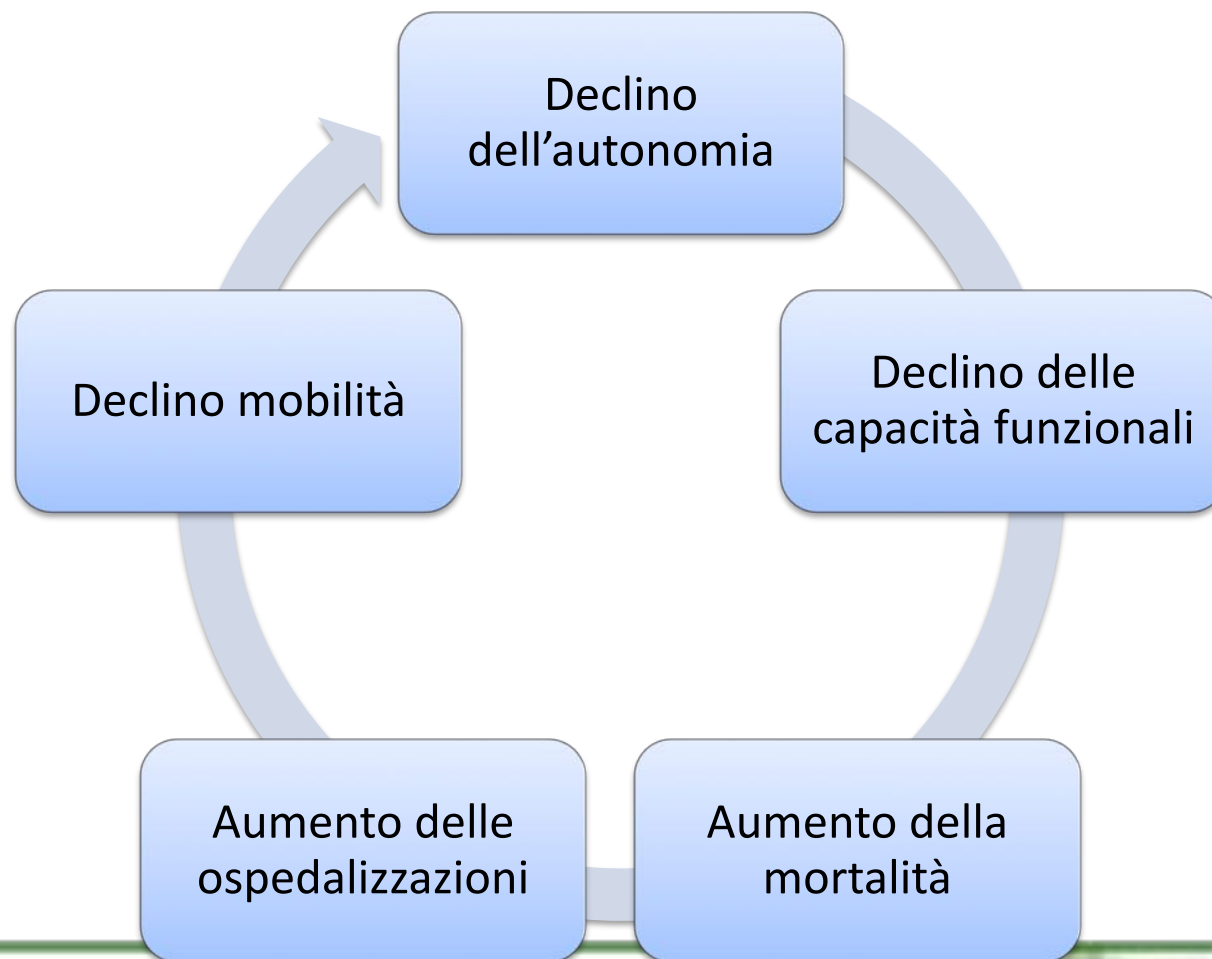
Il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale è speso per la gestione delle malattie croniche

Nel 2020 le malattie croniche rappresenteranno l'80% di tutte patologie a livello mondiale



### Piano Nazionale della Cronicità

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016





# Realizzazione degli obiettivi di cura

- Corretta gestione del malato
- Definizione di nuovi percorsi assistenziali
- Presa in carico del paziente nel lungo termine
- Prevenire e contenere la disabilità
- Garantire la continuità assistenziale
- Garantire l'integrazione degli interventi socio-sanitari



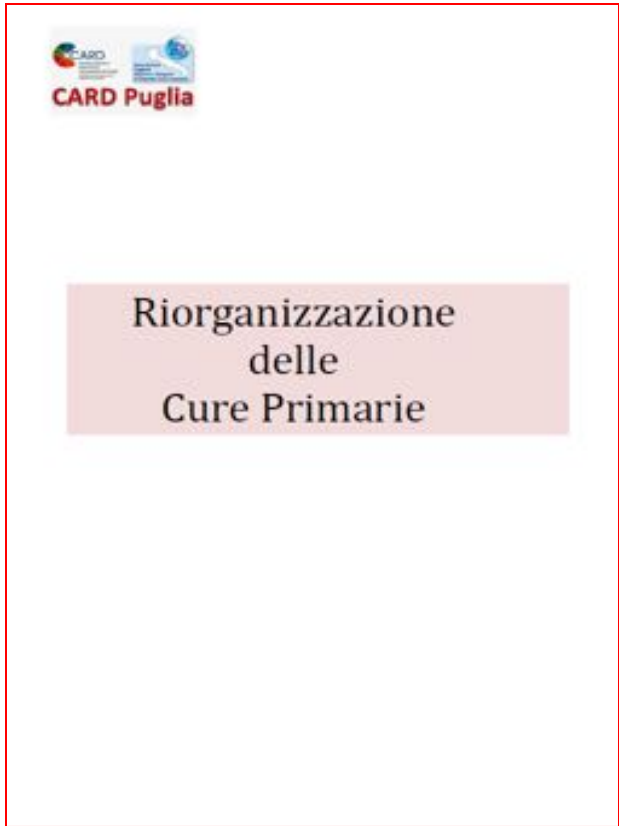
La CardPuglia ha avviato da alcuni anni un percorso di collaborazione e condivisione con Regione e ARESS presentando alcuni contributi / modelli organizzativi / lavori, ecc.



**CARD Puglia**

In particolare a CardPuglia ha contribuito nel **luglio 2016** a produrre un contributo sulla **RIORGANIZZAZIONE DELLE CURE PRIMARIE** e nel **gennaio 2017** una **LINEA GUIDA** per la costruzione dei PDTA per il Diabete

Gennaio 2017



Luglio 2016





## Riorganizzazione delle Cure Primarie

Entrambi i lavori puntano ad ottimizzare da una parte l'organizzazione della assistenza primaria nelle nuove forme (AFT, UCCP) prevedendo nei PTA la collocazione con la assistenza specialistica....

## Sommario

|   |    |
|---|----|
| Premessa  | 3  |
| Assistenza Primaria   | 5  |
| Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)  | 5  |
| Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)   | 6  |
| UCCP a sede unica (modello metropolitana)   | 6  |
| UCCP in rete (modello rurale e montano a bassa densità abitativa)   | 7  |
| UCCP con sede di riferimento (modello sub urbano) – sistema hub and spoke   | 7  |
| Il Presidio Territoriale di Assistenza (PTA)  | 8  |
| Tipologie di PTA  | 10 |
| Area pubblica   | 11 |
| Area clinica  | 12 |
| Area di Direzione   | 15 |
| Il collegamento del PTA con l'Ospedale  | 16 |
| Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi   | 17 |
| Normativa di riferimento per Accreditemento della Struttura   | 20 |
| Sezione "A" – Requisiti generali  | 20 |
| Sezione "B" – Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi specifici per le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale | 20 |
| Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi specifici per la struttura di P.M.A.   | 21 |
| Day Service   | 22 |
| Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenza (CCDD)  | 24 |
| Riabilitazione  | 26 |
| Strutture di degenza territoriale   | 30 |
| Ospedale di Comunità (O.C.)   | 30 |
| Unità di Cure Residenziali Intensive (URIA RI)  | 31 |
| Centro Risvegli (C.R.)  | 33 |
| Hospice   | 34 |





Riorganizzazione  
delle  
Cure Primarie



La struttura delle nostre proposte recentemente sono state recepite nel Regolamento Regionale n. 1001 del 12 giugno 2018 modello di organizzazione e funzionamento del PTA ....





La CardPuglia adoperando la stessa metodologia collaborativa ha proposto alla Regione il contributo seguente in materia di Diabete Mellito .... Con l'idea di favorire un processo di miglioramento organizzativo e...



... per creare un percorso dedicato alla **patologia diabetica** assunta a **paradigma di patologia cronica** per cui prevedere un percorso di cura dedicato.

|   |    |
|---|----|
| <b>Sommario</b>   |    |
| Introduzione  | 4  |
| Scopi del documento   | 4  |
| Inquadramento epidemiologico  | 4  |
| Proposte per una nuova organizzazione   | 7  |
| Le indicazioni dei documenti nazionali ed internazionali/delle esperienze normative | 7  |
| L'organizzazione della rete   | 7  |
| MMG/PJL   | 4  |
| infermieri  | 4  |
| dietaisti   | 7  |
| servizi specialistici   | 7  |
| associazioni di volontariato  | 4  |
| adesione informale alla gestione integrata  | 4  |
| Modalità di svolgimento delle attività  | 4  |
| Primo Ricovero di iperglicemia  | 4  |
| Diabete di tipo 2 non complicato o con complicanze minime in fase non evolutive     | 44 |
| accesso al Centro diabetologico   | 44 |
| Urgente   | 44 |
| Breve   | 44 |
| (tempi di attesa massima 10 giorni)   | 44 |
| Differita   | 44 |
| (tempi di attesa massima 30-40 giorni)  | 44 |
| L'ambulatorio   | 44 |
| indicatori di processo  | 44 |
| indicatori di esito intermedio  | 44 |
| indicatori di esito finale  | 44 |
| ambulatorio 1   | 44 |
| ambulatorio 2   | 44 |
| ambulatorio 3   | 44 |
| ambulatorio 4   | 44 |
| ambulatorio 5   | 44 |
| Flow-chart 1  | 44 |
| Flow-chart 2  | 44 |



**Il presente documento va inteso come indirizzo per l'elaborazione di PDTA locali, in quanto la dimensione di un PDTA non può che essere aziendale. La contestualizzazione del PDTA nelle realtà locali deve tuttavia rispettare l'impianto generale e gli indicatori proposti a livello regionale anche per consentire un reale ed omogeneo monitoraggio dei risultati raggiunti.**





## Introduzione

È ormai unanimemente dimostrato che il modello assistenziale per la gestione delle patologie croniche è quello della "presa in carico del paziente da parte di un team di cure" di cui facciano parte il medico di medicina generale (MMG), o il pediatra di libera scelta (PLS), e lo/gli specialista/i di supporto alla gestione del Percorso Diagnostico Terapeutico. Evidenze in campo organizzativo dimostrano, inoltre, la forte utilità di una figura infermieristica di supporto al "Care and Disease Management" delle malattie croniche, per la promozione dell'empowerment da parte degli stessi pazienti finalizzata ad una migliore gestione delle cure.

Vi è l'esigenza, pertanto, che si affermino i principi della gestione integrata delle patologie come modalità in grado di assicurare la continuità assistenziale e il coordinamento degli interventi all'interno di una rete collaborativa di servizi e professionisti.

Tra le malattie in crescita, il diabete risulta una delle patologie croniche a più larga diffusione e, con le sue complicanze, rappresenta un problema sanitario e sociale per le persone di tutte le età.<sup>1</sup>

## Scopo del documento

Numerosi studi condotti negli ultimi decenni hanno dimostrato come il “buon controllo” metabolico possa ridurre in maniera sostanziale il numero delle complicanze, incidere sui costi della malattia e migliorare la qualità della vita della persona con diabete.<sup>2</sup>

Al fine di favorire il raggiungimento di target fissati dalle linee guida nazionali ed internazionali è indispensabile adottare modelli gestionali ed organizzativi indicati come “disease management”<sup>3</sup> o come indicato nel Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica 2013, “Gestione integrata della malattia”.<sup>4</sup>

Nell’attuale fase di riordino delle strutture sanitarie e di razionalizzazione dell’assistenza, sono inderogabili e necessari più momenti di pianificazione. Appare, perciò, necessario definire in maniera puntuale le modalità di accesso dei pazienti all’assistenza, attraverso un’ottimale organizzazione della rete delle strutture che si devono occupare di diabete ed una adeguata individuazione delle indagini appropriate per la gestione del diabete in tutte le sue fasi.



## Proposte per una nuova organizzazione

### *Le indicazioni dei documenti nazionali ed internazionali/delle evidenze/della normativa*

L'organizzazione delle cure per le malattie croniche, ed in particolare del diabete mellito, si basa su una stretta collaborazione tra professionisti diversi in grado di consentire l'esecuzione degli interventi coordinati nell'ambito di percorsi assistenziali predefiniti.<sup>6</sup>

Tra le strategie identificate è considerata fondamentale la "diffusione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), intesi come la contestualizzazione di linee guida, relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa. Si tratta di strumenti atti a descrivere obiettivi ed azioni condivise tra le varie componenti coinvolte nella presa in carico (sia operanti nel Territorio, sia nelle strutture ospedaliere), finalizzate a delineare il migliore percorso praticabile in termini di appropriatezza, privilegiando un'ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura. La concreta attuazione dei PDTA richiede la definizione di indicatori clinici ed organizzativi, di volumi di attività e di tetti di spesa previsti".

Il PDTA consente di:

- strutturare e integrare attività e interventi in un contesto in cui diverse specialità, professioni e aree d'azione (ospedale, territorio) sono implicate nell'assistenza e cura della persona con diabete;
- valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida e/o ai riferimenti presenti in letteratura e alle risorse disponibili;
- confrontare e misurare le attività (processi) e gli esiti (outcome) attraverso indicatori specifici che consentono di analizzare gli scostamenti tra l'atteso e l'osservato, con l'obiettivo di raggiungere un continuo miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza di ogni intervento.

Il PDTA del Diabete mellito tipo 2 si configura, quindi, quale *“Strumento che disciplina gli interventi rivolti alla prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito, con l’obiettivo di migliorare processi ed esiti della cura dei pazienti diabetici attraverso la diagnosi precoce della malattia e la prevenzione delle sue complicanze”*.

Per organizzare e gestire l’assistenza delle persone con patologie croniche è necessario definire le prestazioni che devono essere eseguite esplicitando:

- Le modalità di accesso (dove e quando);
- Gli standard di qualità (almeno uno per tipologia di prestazione);
- Le risorse necessarie (assistenza medica e delle altre professioni sanitarie coinvolte nei PDTA).

### **L’organizzazione della rete**

L’obiettivo deve essere quello di progettare una risposta ai bisogni di salute del paziente con diabete caratterizzata da un forte coordinamento ed integrazione tra operatori, attraverso l’identificazione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi dalle diverse componenti della rete collaborativa, la

<sup>8</sup> “Documento di indirizzo politico e strategico per la buona assistenza alle persone con diabete (AMD-SIMG-SID 2009).

Il modello organizzativo di riferimento è una "rete" in cui sono coinvolti principalmente i MMG/PLS e figure professionali del Distretto Socio Sanitario ed all'occorrenza dell'Ospedale di riferimento.

### MMG/PLS

Un ruolo rilevante va attribuito al medico di medicina generale (MMG) o pediatra di libera scelta (PLS). Questa figura professionale, infatti, opera in un contesto ideale per poter identificare e valutare i soggetti a rischio ed i soggetti con malattia in fase iniziale, contribuendo insieme agli specialisti a definire un programma di assistenza individuale e attraverso la relazione di fiducia ne facilitano l'adesione da parte del paziente.

Grazie ai frequenti contatti diretti o indiretti, il MMG/PLS è nelle migliori condizioni per seguire il paziente già inquadrato sostenendone l'aderenza ai controlli e alla terapia e verificando periodicamente l'appropriatezza degli interventi. Infine, se inserito in un contesto organizzativo adeguato, il MMG/PLS può attuare interventi di medicina di iniziativa che consentono di implementare efficacemente i percorsi di cura.



Il MMG/PLSha dunque il compito di:

- diagnosticare i casi con ridotta tolleranza glucidica (IGT) e alterata glicemia a digiuno (IFG), diagnosticare precocemente la malattia diabetica e gestire la terapia farmacologica;
- identificare, tra i propri assistiti, le donne con diabete gestazionale;
- effettuare e promuovere nell'ambito di competenza l'educazione sanitaria e il counselling delle persone a rischio e di quelle con diabete per l'adozione di corretti stili di vita, comportamenti alimentari e per l'autogestione della malattia mediante anche l'ausilio del personale infermieristico proprio e/o dei Servizi Territoriali;
- gestire in modo integrato coi Servizi Specialistici il follow-up del paziente diabetico, finalizzato al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze.

### Servizi specialistici


Sussiste, pertanto, la necessità di individuare centri specialistici che dovrebbero “funzionare” come consulenti del medico di famiglia e definire un percorso di prevenzione affiancato ad un percorso diagnostico-assistenziale appropriato per il paziente affetto da diabete.

Al fine di definire un percorso di prevenzione affiancato ad un percorso diagnostico-assistenziale appropriato per il paziente affetto da diabete, si propone un modello di centri specialistici del tipo Hub&Spoke, che è un modello organizzativo caratterizzato dalla concentrazione dell’assistenza a elevata complessità in centri di eccellenza (*centri Hub*) supportati da una rete di servizi (*centri Spoke*) cui compete la selezione dei pazienti ed il loro invio a centri di riferimento quando una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale viene superata o un approfondimento clinico-diagnostico del diabete si renda necessario.


Il modello Hub&Spoke consente la definizione di una rete che permette un’ingegnerizzazione dei propri percorsi interni di fruizione dei servizi in modo tale da garantire rispetto all’assistito:

- l’unitarietà della presa in carico, tale per cui la struttura o il professionista del caso è di volta in volta identificato con chiarezza;
- l’unitarietà del progetto assistenziale tale per cui l’individuo non viene più identificato dalla patologia che lo affligge, ma viene umanizzato attraverso il recupero di una sua visione olistica;
- l’unitarietà del percorso di fruizione dei servizi, tale per cui rispetto al problema diagnosticato vi sia una sequenza spazio-temporale di interventi definita e coordinata.

Pertanto, si propone di seguito l'istituzione della Rete regionale dei Centri per la diagnosi di diabete e delle sue complicanze distribuiti su tutto il territorio regionale, composta da:



Centri di I livello (Centri Spoke): almeno 1 (uno) per ogni Distretto Socio Sanitario e comunque non meno di 1 (uno) ogni 110.000 abitanti con un idoneo organico dedicato composto dalle suddette figure professionali nonché col necessario supporto specialistico per l'esecuzione del Day service ed altre consulenze e prestazioni necessarie;



Centri di II livello (Centri Hub): almeno 1 (uno) in ambito ospedaliero individuato dalla ASL e comunque con un rapporto di almeno 1 ogni 300.000-400.000 abitanti con una distribuzione geografico-territoriale, costituita da una UOC con almeno n. 6 posti letto per la gestione del piede diabetico e chirurgia vascolare.



Fermorestando il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalle normative vigenti in materia, i **Centri di I livello** (Centro Spoke) devono possedere ulteriori requisiti minimi rappresentati da specifico personale funzionalmente assegnato e dedicato per assicurare una competenza specifica ed un'efficienza assistenziale.<sup>7</sup>

- In particolare, specialista medico diabetologo/endocrinologo dedicato, in numero tale da poter effettuare un numero soddisfacente di visite ambulatoriali diabetologiche all'anno rispetto all'esigenza del territorio servito; consolidata interazione multidisciplinare con le altre specialità mediche nell'ambito della stessa struttura con potenzialità da poter effettuare Day service specifici; presenza del dietista dedicato; consolidata interazione del Centro con i MMG/PLS e con i Servizi Territoriali nell'ambito di un preciso PDTA territoriale condiviso; etc.

Altra indicazione del Centro di I livello è rappresentata dalla prescrizione ed erogazione della terapia insulinica con microinfusore e degli Holter glicemici. Il paziente ritenuto candidabile viene preso totalmente in carico dal Centro di I livello per la verifica delle indicazioni, o della presenza delle eventuali controindicazioni, alla terapia insulinica con microinfusori, alla strutturazione ed attuazione del percorso formativo alla terapia microinfusiva.

La gestione dei pazienti in trattamento insulinico intensivo mediante microinfusori è complessa, pertanto il Centro necessita di alcuni requisiti minimi quali:

- conoscenza degli strumenti attualmente disponibili sul mercato;
- attività ambulatoriale di almeno 5 giorni la settimana;
- organico con almeno 1 medico specialista diabetologo/endocrinologo, 1 infermiere, 1 dietista dedicati;
- formazione alla conta dei CHO;
- programmazione e gestione della gravidanza nel diabete pregravidico; obesità grave.



Al *Centro di II livello* (Centro Hub) verranno indirizzati tutti quei casi che necessitano di prestazioni eseguite in ambiente ospedaliero (ad esempio esami FAG, OCT, Laserterapia, etc.) o non gestibili ambulatorialmente dal Centro di I livello e che necessitano principalmente di un ricovero ospedaliero in regime ordinario o diurno per la loro risoluzione, come ad esempio: piede diabetico infetto grave; coma chetoacidotico; preparazione e follow up per intervento di amputazione; grave nefropatia diabetica; gestione delle complicanze croniche di grado severo richiedenti interventi multidisciplinari; programmazione e gestione della gravidanza nel diabete pregravidico; obesità grave; etc.

## APPENDICE 1

Prevenzione primaria del diabete mellito tipo 2

## APPENDICE 2

SCREENING DEL DIABETE TIPO 2

## APPENDICE 3

OBIETTIVI DI CURA NELLA PERSONA CON DIABETE <sup>12</sup>

## APPENDICE 4

### Follow up Diabete

| PARAMETRI  | TEMPISTICA CONTROLLO  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Pressione arteriosa</li><li>• Frequenza cardiaca</li><li>• BMI</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ad ogni controllo ambulatoriale programmato</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• HbA1c</li><li>• Glicemia</li></ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Non meno di due volte all'anno in tutte le persone con diabete</li><li>• 4 volte all'anno nelle persone con diabete con compenso precario o instabile o se si è operato un cambio di terapia o se la persona non è a target</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Assetto lipidico (colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi)</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Controllo annuale</li><li>• Più ravvicinato se i parametri sono alterati</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Retinopatia: fundus oculi</li></ul>                                      | <ul style="list-style-type: none"><li>• Alla diagnosi</li><li>• Ogni due anni se normale</li><li>• Più frequentemente se alterato</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Nefropatia: microalbuminuria, creatinina, esame urine</li></ul>          | <ul style="list-style-type: none"><li>• Annualmente</li><li>• Più frequentemente se valori alterati</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Neuropatia: screening</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Alla diagnosi e poi annualmente</li><li>• Più frequentemente se alterato</li></ul>  |

- **Ulteriori attività in corso:**
  - Collaborazione con Regioni Ilmitrofe per definire un modello unitario di intervento (PDTA trans regionale)
  - Attività di Aggiornamento/formazione (congressi e incontri con specialisti e MMG del Distretto) per la disffuizione del modello
  - Ulteriori approfondimenti nel solco del Piano Nazionale Cronicità ( PDTA BPCO, SCOMPENSO, IPERTENSIONE, DIABETE,...)
  - Organizzazione di modelli complessi di cure primarie ( Casa della Salute, PTA, AFT, CPT, UCCP)
  - Organizzazione sperimentale Ambulatorio della cronicità.

- Grazie!

