



DISTRETTO PROMOTORE DI SALUTE

Le migliori esperienze assistenziali

Ruolo dei Medici di Medicina Generale, nella Casa della salute di Pontecorvo, della ASL di Frosinone, come parte integrante ed essenziale dell'organizzazione sanitaria complessiva.

Angela Gabriele Direttore Distretto Cassino - Pontecorvo; Valeria Colabove Coordinatrice Infermieristica UDI CdS Pontecorvo; Luigi Pio Di Murro Referente I UCP CdS Pontecorvo; Vincenzo Gelfusa Referente II UCP CdS Pontecorvo; Gianluca Narducci Coordinatore Infermieristico Poliambulatorio CdS Pontecorvo; Giuseppe M. Tronci Dirigente Medico di Distretto CdS Pontecorvo

Roma 13 giugno 2023

Presidio Sanitario Pasquale del Prete di Pontecorvo

➤ DCA 80/2010 - riorganizzazione della rete ospedaliera - viene chiuso l'Ospedale P. Del Prete di Pontecorvo;

➤ una enorme scatola vuota, con pochissimi servizi funzionanti.



Ospedale Distrettuale di Pontecorvo

Premesse:

- mutate situazioni sociali;
- volontà di modernizzare/razionalizzare il sistema di cure in un'ottica integrata ospedale-territorio;
- 2012, attivazione dell'Ospedale Distrettuale presso ex Ospedale Del Prete - Modulo funzionale di Degenza Infermieristica - Malati cronici in fase post-acuta o in parziale riacutizzazione.



Obiettivi:

- ❖ riconvertire definitivamente l'Ospedale Distrettuale in Casa della Salute;
- ❖ potenziare rapporti e reti con Strutture Private e Pubbliche vicine (Ospedale Cassino);
- ❖ favorire ingresso dei MMG nella Struttura;
- ❖ lavoro di equipe multiprofessionale e multidisciplinare (coordinamento attività e percorsi).



Ospedale Distrettuale di Pontecorvo

Servizi esistenti a Pontecorvo come Ospedale Distrettuale:

- ARES 118;
- Assistenza Farmaceutica Territoriale;
- Assistenza Sanitaria di Base ASB;
- Centro Prelievi;
- Centro di Salute Mentale CSM;
- Consultorio;
- Continuità Assistenziale;
- Centro Unico di Prenotazione CUP;
- Diagnostica per immagini;
- Dialisi;
- Poliambulatorio (18 Specialistiche Ambulatoriali);
- Servizio di Igiene Pubblica SISP;
- Servizio Vaccinazioni;
- Servizio Veterinario;
- Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva TSMREE.



Case della salute - Regione Lazio

La Casa della salute è stata prevista dalla legge Finanziaria 2007 (Legge n. 296 del 2006 - Art. 1, comma 806, lett. a)) che ha indirizzato specifiche risorse, pari a 10 milioni di euro, per la sperimentazione del modello assistenziale case della salute.

DCA n. U0048 del 31 maggio 2010 "Piano degli interventi per la riconduzione dell'offerta ospedaliera per acuti, riabilitazione post acuzie e lungodegenza medica agli standard previsti dal Patto per la Salute 2010 - 2012"

DCA n. U0080 del 30 settembre 2010 "Riorganizzazione della rete ospedaliera regionale" e successive modificazioni ed integrazioni, che hanno individuato le strutture per acuti da riconvertire;

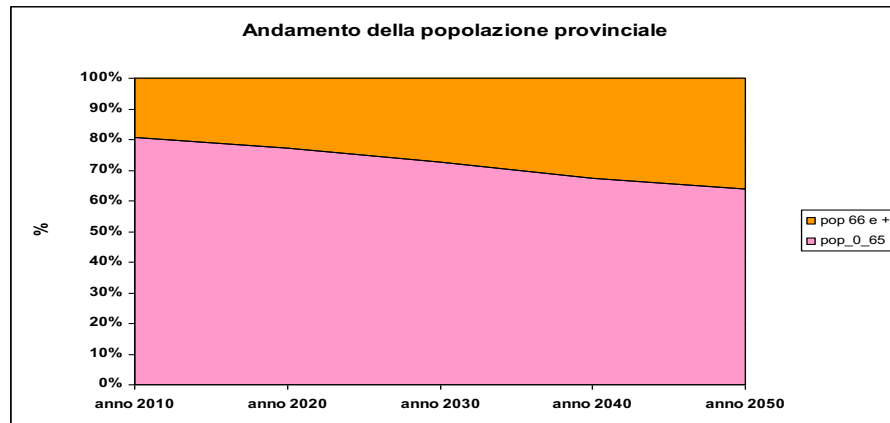
DCA n. U00428 del 4.10.2013 "Approvazione del documento "Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all'organizzazione delle Case della salute", con cui sono state definite le Linee Guida regionali per la realizzazione delle Case della Salute;

DCA n. U00040 del 14.2.2014 "Approvazione dei documenti relativi al Percorso attuativo, allo Schema di Intesa ed ai Requisiti minimi della "Casa della Salute";

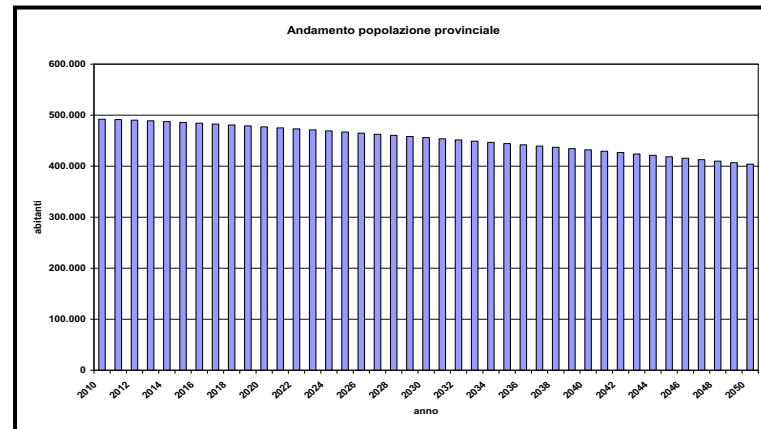
DCA n. U00380 del 12.11.2014 "Attivazione della Casa della Salute in strutture aziendali diverse da quelle in riconversione. Approvazione dello Schema di Intesa", con cui è stato approvato lo "Schema di Intesa Attivazione della Casa della Salute in strutture aziendali diverse da quelle in riconversione";

DCA n. U00414 del 26 novembre 2014 "Casa della Salute. Modifica ed approvazione degli allegati di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00040 del 14.2.2014 ed al Decreto del Commissario ad Acta n. U00380 del 12.11.2014"

Scenario demografico ASL Frosinone al 2050



Proiezione al 2050: il peso della popolazione ultrasessantacinquenne è destinato a crescere



Proiezione al 2050: c'è una progressiva contrazione della numerosità della popolazione

Dato attuale

Indice di Vecchiaia Italia = 179,4

Indice di vecchiaia della Regione Lazio = 173,4;

Indice di vecchiaia del Distretto D = 189,3.

Dati epidemiologici ASL Frosinone

	Popolazione totale	Maschi	Femmine
Intera ASL	473.467	232.620	240.847
Distretto A	88.060	43.318	44.742
Distretto B	174.761	85.556	89.205
Distretto C	95.996	47.048	48.948
Distretto D	114.650	56.698	57.952



Dati popolazione ASL FR
31.12.2021

Coorte età 65 - 74	% fragilità M	% Fragilità F
Intera ASL	1,5	1,8
Distretto A	1,2	2,1
Distretto B	1,4	1,6
Distretto C	1,1	1,6
Distretto D	2,3	2,1

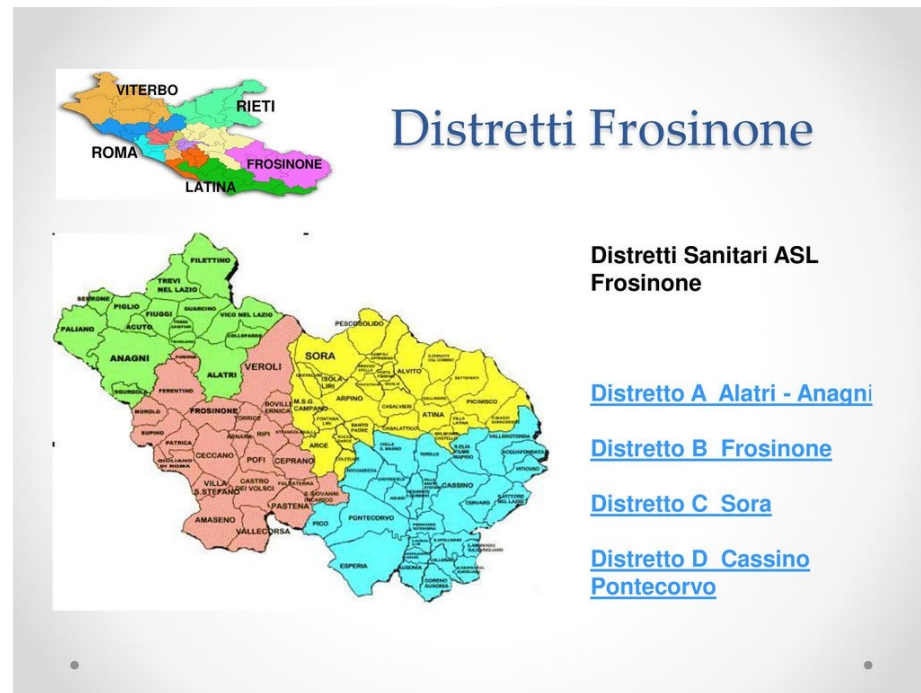
Coorte età 75+	% Fragilità M	% Fragilità F
Intera ASL	5,4	7,9
Distretto A	5,8	7,9
Distretto B	4,6	6,7
Distretto C	5,0	7,5
Distretto D	6,8	10,3

Caratteristiche popolazione
ASL FR nel 2014

Area geo-santaria CdS Pontecorvo

Comune	N. Abitanti
Aquino	4.932
Castrocielo	3.776
Colle San Magno	631
Esperia	3.549
Pico	2.634
Piedimonte San Germano	6.316
Pignataro Interamna	2.425
Pontecorvo	12.333
Roccasecca	6.866
San Giorgio a Liri	3.005
San Giovanni Incarico (Distretto B)	3.049
Totale	49.516

Dati al 31.12.2022



MMG nella CdS - Progressione nel tempo

Data	Eventi		
31.03.2014	Inaugurazione CdS	I ASL Frosinone	II nel Lazio
Giugno 2014	11 MMG formano 2 UCP	/	/
Giugno 2015	8 MMG trasferiscono il loro Studio Medico nella CdS	6 di 8 MMG sono massimalisti	/
	11 MMG Servizio come UCP	Lun - Ven 8.00 - 20.00 Sab 8.00 - 14.00	/
	Attivazione 4 PDTA	I PDTA Diabete	/
	11 MMG prestano Servizio in UDI	Lun - Ven 9.00 - 15.00 Sab 11.00 - 14.00	/
Oggi	13 MMG totali su Pontecorvo	5 su 13 MMG sono esterni	3 dei 5 MMG sono massimalisti

Servizi attivati nella CdS di Pontecorvo

Funzioni Base

Medicina Generale

Assistenza Specialistica Ambulatoriale

Ambulatorio Infermieristico

Attività di Diagnostica Strumentale di I Livello

Area dell'Accoglienza

Sportello CUP

Presenza o raccordo funzionale con ARES 118

Area della Sorveglianza Temporanea

Area del Volontariato e della Mutualità

Punto Unico di Accesso (PUA)

Presidio Ambulatoriale Territoriale (PAT h 24)

Modelli Aggiuntivi

Area delle Cure Intermedie (UDI)

Assistenza Ambulatoriale Complessa (Chirurgia Amb.)

Centro Antiviolenza

Attività Farmaceutica

Attività Fisica Adattata



Il PDTA Diabete di riferimento comprende tre profili di cura distinti in base alle caratteristiche della popolazione valutata secondo il modello per intensità e complessità di cura previsto dal Chronic Care Model

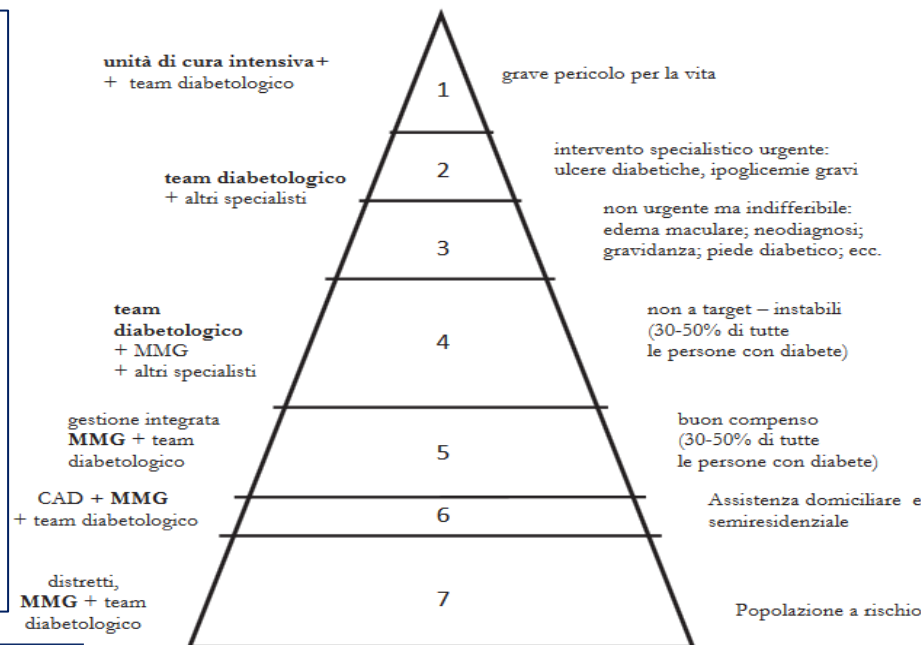
PDTA Diabete CdS Pontecorvo

Profilo A. Popolazione a rischio - classe 7
Screening, diagnosi e prevenzione DM2:
Protocolli A1/A2.

Profilo B. 3 distinte tipologie di pazienti con DM2:

1. persone con DM2 neodiagnosticato o diagnosticato in precedenza ma non seguite presso una SD Protocollo B1/B2 (in base alle condizioni cliniche);
2. persone con DM2 senza complicanze o con complicanze stabili e in buon compenso metabolico - classe 5 Protocollo B1;
3. persone con DM2 con complicanze non stabilizzate o con scompenso metabolico - classe 2,3,4 Protocollo B2.

Profilo C. Gestione del paziente con DM1 e con altre forme specifiche di diabete.



PDTA Diabete: Flow Chart

Compiti del MMG:

- identifica, nella sua popolazione di assistiti, i soggetti ad alto rischio di sviluppare DM 2;
- invia l'assistito a rischio al PUA;
- effettua il follow up dei soggetti con ridotta tolleranza glucidica (IGT) e alterata glicemia a digiuno (IFG);
- procede con la consulenza e l'educazione sanitaria;
- prende in carico il pz. con DM 2 non complicato;
- monitora gli effetti collaterali delle terapie;
- invia il pz. nelle strutture di Diabetologia nelle situazioni indicate nel percorso;
- al richiamo attivo delle persone riconosciute come diabetiche, ma non inserite nel PDTA, propone loro l'inserimento nello stesso, previa sottoscrizione del Consenso Informato.



PDTA Diabete

Team coinvolto nel PDTA Diabete:

Medico di Medicina Generale;

Operatore PUA;

Infermiere;

Assistente Sociale;

Diabetologo;

Cardiologo;

Oculista;

Angiologo;

Nefrologo;

Vulnologo;

Radiologo.



Il supporto tecnologico è fondamentale per mantenere in piedi il PDTA organizzato in questo modo.



E' stata elaborata una apposita Cartella Clinica informatizzata, che si interfaccia con i Programmi dei Medici di Medicina Generale delle 2 UCP.

Obiettivi del PDTA Diabete

Obiettivi primari:

1. rallentare o prevenire il passaggio della persona presa in carico alla classe successiva di malattia rallentando più a lungo possibile l'insorgenza delle complicanze.



Obiettivi secondari:

1. ridurre l'accesso e/o ricoveri in PS.



Ridurre di 1 punto percentuale l'Emoglobina glicata determina:

1. 14% in meno di rischio di infarto del miocardio;
2. 37% in meno di rischi di complicanze micro vascolari;
3. 21% in meno di decessi relativi al Diabete.



Dati complessivi

PDTA Diabete CdS Pontecorvo: giugno 2015 - 30.04.2023

N. arruolati	Fasce di età		HBA1C ingresso	HBA1C controllo	BMI < 25
2.380	35% età giovanile	65% età avanzata	8 – 11 %	6,7 – 7,2%	33% arruolati

Punti di Forza

compenso metabolico migliorato

glicemia ridotta

HBA1C ridotta

adesione dieta aumentato

adesione terapia aumentato

Punti di Debolezza

numero sempre crescente di arruolati

difficoltà coinvolgimento completo e autonomo di tutti i MMG al Protocollo

mancanza di incentivi professionali

mancanza di incentivi economici

NB Un'Agenzia esterna, incaricata dalla Direzione Strategica Aziendale di verificare l'eventuale risparmio dovuto alla riduzione dei ricoveri inappropriati in PS, ha calcolato che, con i dati relativi all'incidenza della patologia diabetica, nella Popolazione del Distretto D, ci sarebbe un risparmio di oltre 1.000.000 di euro l'anno.

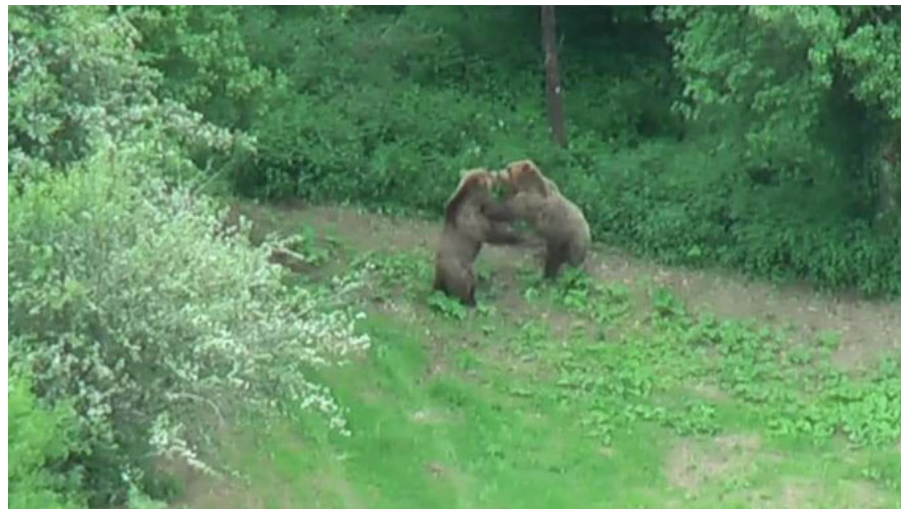
Conclusioni

- Il Piano Nazionale Diabete e Cronicità evidenziano la necessità di promuovere modelli multidisciplinari e integrati per la gestione della Patologia Diabetica;
- il Percorso diabetologico avviato presso la CdS di Pontecorvo vuole essere uno stimolo rivolto ai Medici di Medicina Generale per modificare i loro Studi Medici gestiti in modo tradizionale;
- Sensibilizzare altri Operatori Sanitari, coinvolti nell'assistenza alle persone con patologie croniche per cambiare il modo di gestire gli Ambulatori Specialistici;
- richiamare programmatori, organizzatori aziendali e regionali al fine di costruire un efficiente sistema per la gestione integrata delle patologie cronicodegenerative.





Grazie ...



...per la cortese attenzione