

7° EDIZIONE

DIABETE:  
a che punto siamo?



L'ASSISTENZA DIABETOLOGICA

ASL RM E

Roma 27 novembre 2015  
Aula Magna Ospedale S.Pertini

**F. Chiaramonte, S. Caputo, A. Giaccari ,F. La Saracina, M.Ragonese,G.Pugliese**

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

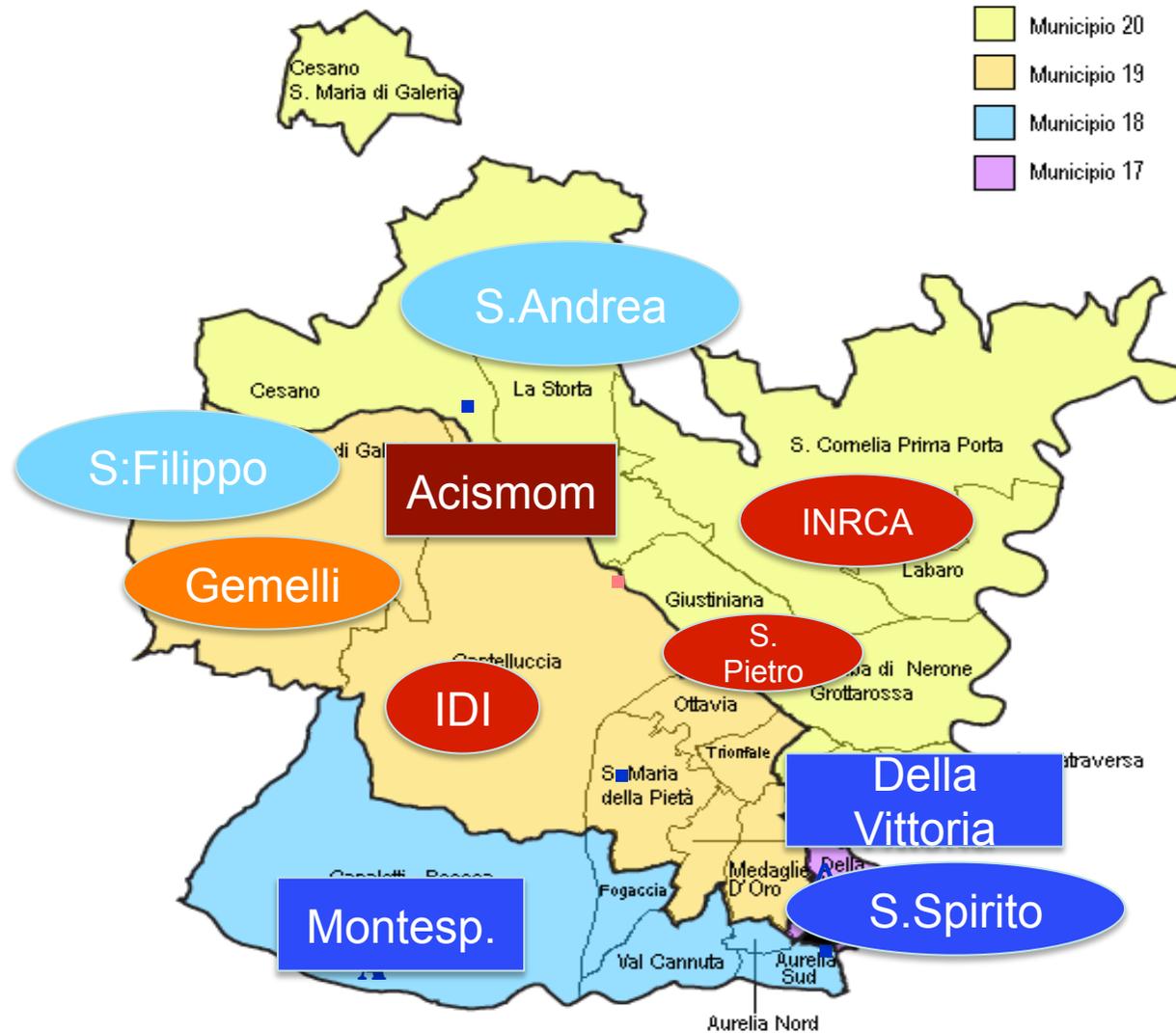
ASL  
ROMA E



REGIONE  
LAZIO

# **ASL Roma E** **un'azienda in movimento**

# ASL Roma E



- S. Spirito
- S. Filippo Neri
- S. Andrea

- INRCA
- Policlinico Gemelli
- IDI
- S. Pietro

- ▲ Pi. Delle Vittorie
- Pi. Montespaccato
- ACISMOM

# Il tavolo



**Distretti**  
**MMG**  
**CAD**  
**Area del**  
**Farmaco**

**UOC Diabetologia S.Spirito**  
**UOC Diabetologia S.Andrea**  
**UOS S. Filippo**  
**UOD Diabetologia INRCA**  
**UOC Diabetologia Gemelli**  
**UOS IDI**  
**Uos S. Pietro**  
**Amb Delle Vittorie**  
**Amb Montespaccato**  
**ACISMOM**

# L' ACCORDO



**“DAL PERCORSO ALLA RETE”**

# ATTORI



- **Persona con diabete**
- **Medico di medicina Generale**
- **Strutture specialistiche diabetologiche**
- **Distretto**

# Documenti di riferimento

- ***Raccomandazioni cliniche ed organizzative di AMD-SID-SIMG per l'assistenza al paziente diabetico . 2001***
- ***Progetto IGEA "Documento di indirizzo sulla gestione integrata sul diabete mellito di tipo 2 nell'adulto "***
- ***Standard Italiani per la cura del diabete mellito***
- ***1° Rapporto di Cittadinanzattiva sul tema dell'assistenza ai pazienti diabetici***



# Il percorso e la rete

- **Rendere omogenea e più efficace in ambito aziendale l'assistenza diabetologica alle persone assistite**
- **Ottimizzare le prestazioni**
- **Ridurre la variabilità e l'inappropriatezza prescrittiva**
- **Assicurare attraverso la rete delle strutture percorsi per le urgenze o per casi particolarmente complessi che garantiscano tempestività e di efficacia**
- **Rendere la persona con diabete consapevole e partecipe del percorso**



# ***La persona con diabete :***

- è inviata dal proprio MMG al Centro Diabetologico (CD) per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia, che comprende la chiara indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up per tutta la vita.
- ***concorda con il team diabetologico ,e quindi anche con il MMG ,il proprio percorso diagnostico terapeutico.***
- ***si impegna ad effettuare le indagini diagnostiche richieste e a rispettare le indicazioni terapeutiche e le modificazioni allo stile di vita consigliate.***
- riceve dal centro Diabetologico la certificazione valida ai fini dell'esenzione ticket per patologia e il "piano terapeutico per il rilascio dei presidi e dei farmaci per i quali è previsto dalla normativa vigente

# ***La persona con diabete :***

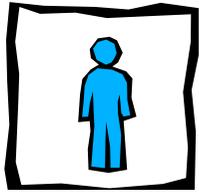
- viene presa in carico da parte del proprio MMG, al fine di garantire il raggiungimento e il mantenimento degli obiettivi stabiliti
- ***effettua una visita generale almeno ogni sei mesi presso il MMG***
- effettua con il MMG tutti i controlli previsti nel proprio profilo di cura ( tabella 2 )
- ***effettua una valutazione complessiva presso la struttura diabetologica con la periodicità prevista nel piano individuale e in ogni caso almeno ogni 2 anni, se l'obiettivo terapeutico è raggiunto e il compenso è stabile e non sono presenti gravi complicanze.(tabella 3)***
- ***accede, al CD per visite non programmate e/o urgenti ogni qual volta, a giudizio dell'MMG, se ne presenti la motivata necessità (Tabella 4 )***

# ***accesso al Centro Diabetologico***

- ***Accesso programmato (tramite cup )***
- ***Accesso non programmato ( urgente con percorso facilitato : 72 ore /15 gg )***



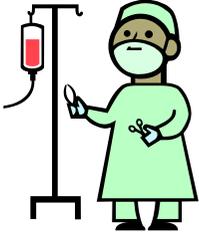
# Diabetologia ROMA E rete per l' eccellenza



Rilevazione del problema . **Sensibilizzazione  
informazione**



Valutazione del problema **Strutture valutative**



Approccio terapeutico **Sinergie operative**



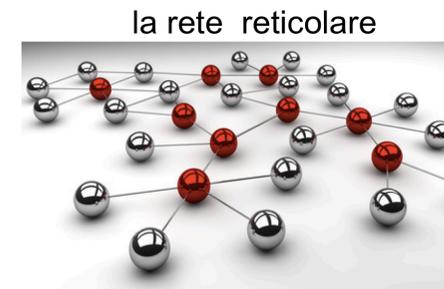
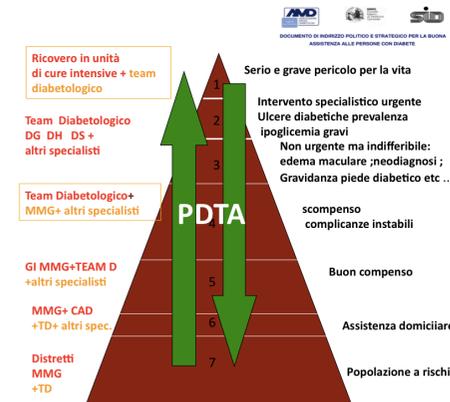
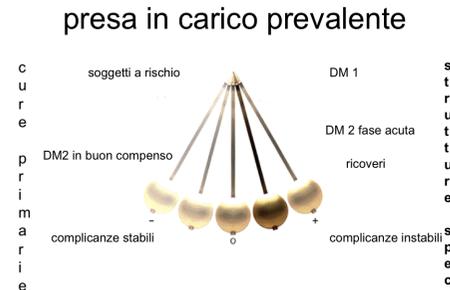
Prosecuzione della cura **formazione**

# 2006 ASL RME: cosa avevamo

- presa in carico prevalente

- PDTA per intensità e complessità di cura

- sistema di rete reticolare



## IL DIABETE INSULINO-DIPENDENTE

Quello che il personale scolastico deve sapere sul bambino/alunno con diabete insulino-dipendente

### ■ Cos'è il diabete – Informazioni generali

*Il personale scolastico deve sapere che uno degli allievi ha il diabete e deve conoscere le nozioni fondamentali inerenti alla malattia ed alla sua gestione e terapia. Il diabete non è una malattia infettiva. Il diabete mellito insulino-dipendente (definito anche "diabete giovanile" o "di tipo 1") è il risultato di una mancata produzione, da parte del pancreas, di un ormone ad effetto ipoglicemizzante: l'insulina.*

Senza l'insulina il glucosio assunto con gli alimenti non può passare nelle cellule (che, di conseguenza, non riescono ad alimentarsi) e rimane nel sangue raggiungendo livelli sempre più alti.

Il diabete attualmente non è guaribile, ma può essere controllato. Il trattamento consiste in iniezioni quotidiane di insulina ed in una alimentazione controllata.

Il personale della scuola deve avere un colloquio con i genitori dell'alunno ad inizio di ogni anno scolastico o appena diagnosticata la malattia al fine di ottenere le informazioni particolareggiate sulla personalità dell'alunno e sulle sue necessità fisiche.



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA E



REGIONE  
LAZIO

# **ASL Roma E**

## **un'azienda in movimento**

## Percorso Diabete tipo 2

Il MMG invia annualmente al Centro Diabetologico con accesso tramite normale avvio al CUP per prestazione programmata il paziente diabetico, già diagnosticato, che non presenta caratteristiche di urgenza

Con accesso non programmato tramite percorso facilitato: entro 15 giorni : tutti i casi di diabete neo diagnosticato ; entro 72 ore : le Strutture diabetologiche attraverso le modalità comunicative sottoelencate , si impegnano a valutare il paziente entro 72 ore nelle seguenti condizioni di urgenza:

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Persistente scompensamento metabolico (Hb1c &gt; 8%)</b></li> <li>• <b>glicemia &gt; 400mg/dl</b></li> <li>• <b>glicemia tra 300 e 400 mg/dl con chetonuria</b></li> <li>• <b>severi o ripetuti episodi di ipoglicemia</b></li> <li>• <b>gravidanza in diabetica o diabete gestazionale</b></li> <li>• <b>Complicanze neurologiche, renali, oculari in rapida evoluzione</b></li> <li>• <b>Complicanze macrovascolari (vasculopatia cerebrale, coronarica, periferica)</b></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ripetute glicemie a digiuno &gt; 200 mg/dl</b></li> <li>• <b>Ripetute glicemie postprandiali &gt; 300 mg/dl</b></li> <li>• <b>Ricorrenti infezioni alle vie urinarie</b></li> <li>• <b>Alterazioni della funzionalità renale</b></li> <li>• <b>Dislipidemie severe</b></li> <li>• <b>Ipertensione severa</b></li> <li>• <b>Neuropatie periferiche e disfunzione erettile</b></li> <li>• <b>Prima di richiedere esami invasivi</b></li> <li>• <b>Dopo il ricovero ospedaliero di qualsiasi natura</b></li> </ul> |
|---|---|

### Distretto 17:

**Diabetologia e Dietologia, Viale Angelico Poliamb. S. Spirito e Diabetologia Oftalmico**  
Tel. e fax 06/6835-3350 [daniela.danna@asl-rme.it](mailto:daniela.danna@asl-rme.it)

**Poliambulatorio Della Vittoria, L. Tevere della Vittoria n.3, tel. 06.6835.3134- fax 06.6835.3148**

### Distretto 18:

**Poliambulatorio Montespaccato:** tel 066835-6241/6249/6250 fax 0668356245

**Ambulatorio Diabetologia:**  
Martedì h 8-13  
Giovedì h 8-13; h 14-17  
Venerdì h 8-13  
Caposala [fabiana.fabrizi@asl-rme.it](mailto:fabiana.fabrizi@asl-rme.it)

### Distretto 19

**Diabetologia Policlinico Gemelli:**  
[diabete@rm.unicatt.it](mailto:diabete@rm.unicatt.it) fax: 06.97999018  
**Diabetologia Ospedale San Filippo Neri,** tel. e fax 06/33063709  
Dottor A. Urbani, 3387686093 ; dottor M. Morè : 3479235401  
**Centro Diabetologico ACISMOM " Camillo Negro "**  
Dottor Maurizio Poggi: [m.poggi@acismom.it](mailto:m.poggi@acismom.it) ;  
[camillonegrommg@acismom.it](mailto:camillonegrommg@acismom.it) ; caposala : [a.penza@acismom.it](mailto:a.penza@acismom.it)  
Telefono 06/35507550 (caposala e amministrazione )  
**Poliambulatorio S. Maria della Pietà:** [cinzia.calista@asl-rme.it](mailto:cinzia.calista@asl-rme.it);  
tel. 0668352844; fax 0668352869  
**Ambulatorio Diabetologia:** tel. 0668352929; martedì h 8-13;  
giovedì h 8-13; h 14.30-17.00  
**Poliambulatorio S.Zaccaria Papa :** [ottavio.paci@asl-rme.it](mailto:ottavio.paci@asl-rme.it);  
tel. 0668353426; fax 0668353429  
**Ambulatorio Diabetologia:** giovedì h 8.30-12.30(amb. in allestimento attualmente senza telefono)

### Distretto 20

**Diabetologia Policlinico S. Andrea**  
Telefono, 06/33776327-  
fax 0633775182  
**Diabetologia, Villa S. Pietro :** mail  
[adiabetologia@fbfrm.it](mailto:adiabetologia@fbfrm.it)  
0633582689 dalle ore 8 alle 9  
**Poliambulatorio Cesano:** via della Stazione di Cesano, 838- Venerdì h. 9-12  
Tel. 06/68356152, Fax: 06/68356157  
Inf. Prof. Laura Gennari 06/68356152  
[laura.gennari@asl-rme.it](mailto:laura.gennari@asl-rme.it)  
**Poliambulatorio Tor di Quinto V.le di Tor di Quinto 33/A, per diabete gestazionale:**  
Giovedì h 8-13  
Tel.: 06/68353560 Fax: 06/68353568  
Sabrina Seccacini 06/68353560/3568  
[sabrina.seccacini@asl-rme.it](mailto:sabrina.seccacini@asl-rme.it)

Percorso Integrato per la Gestione del Diabete  
Mellito tipo 2 nella ASL RME

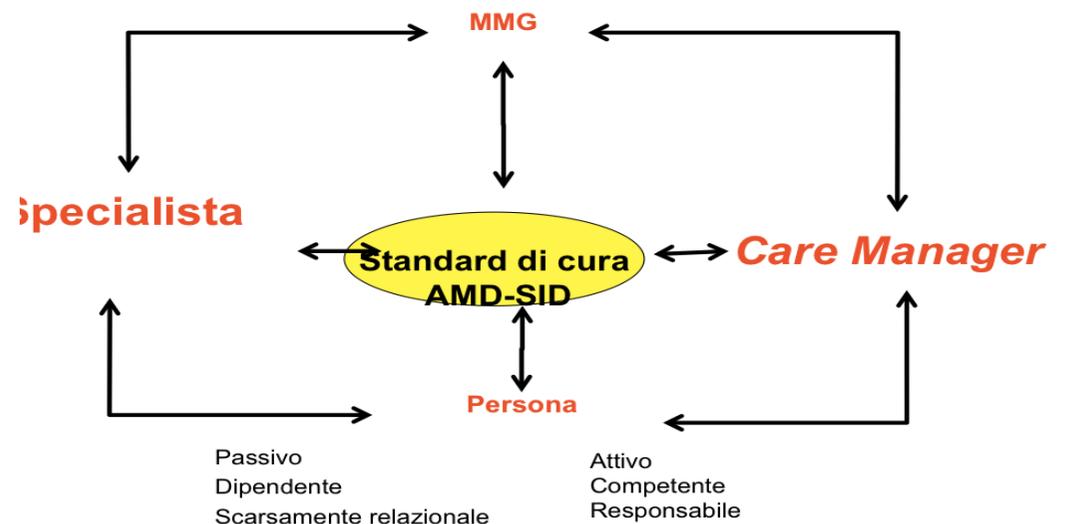
Il Dipartimento di Epidemiologia SSR fornisce ed elabora i dati

Per la identificazione della popolazione in studio e la valutazione di efficacia dell'intervento i dati sono estratti dai seguenti **archivi:**

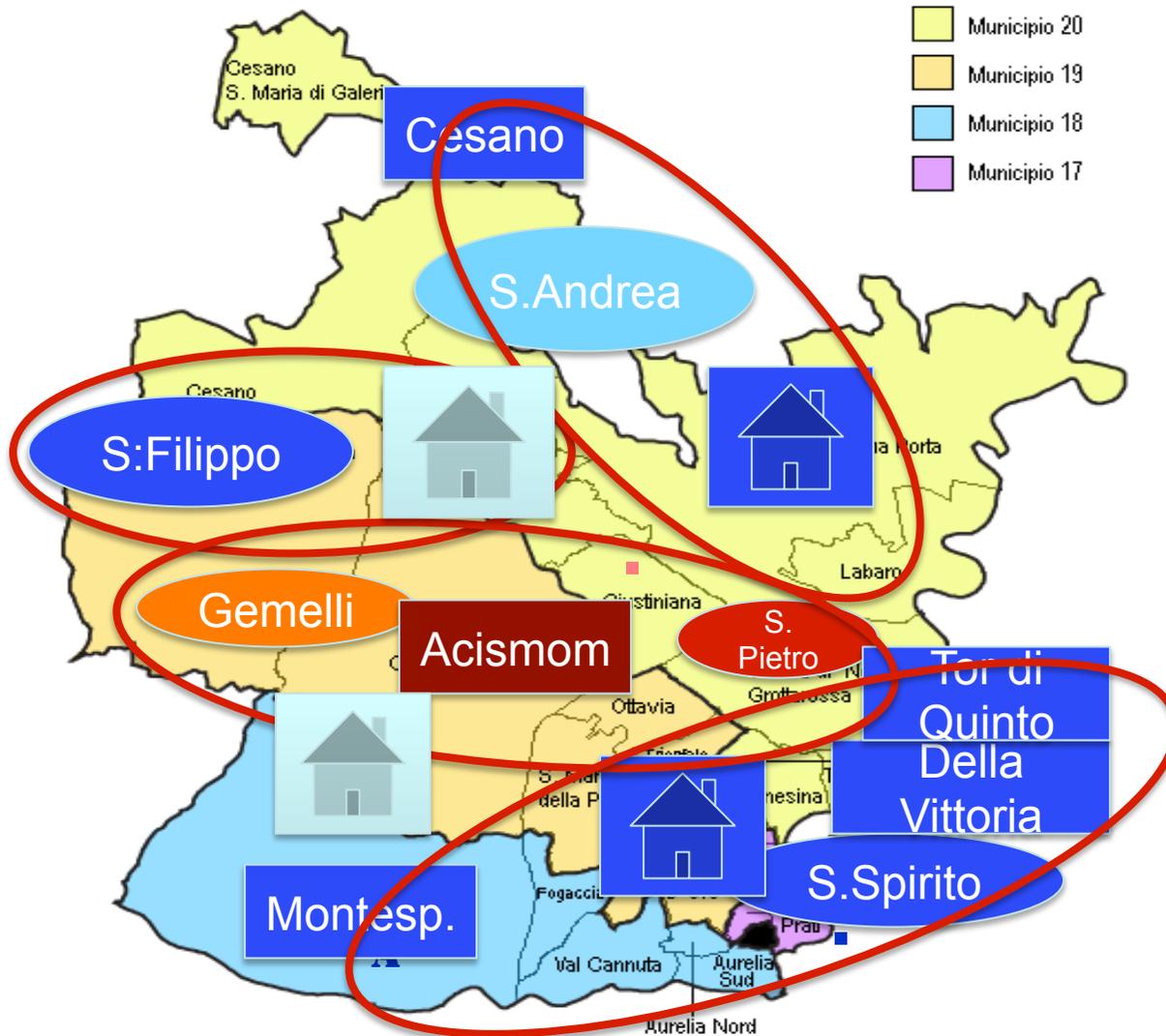
- Sistema Informativo Ospedaliero del Lazio,
- Sistema Informativo dell'Emergenza del Lazio (SIES)
- Registro Regionale delle Prescrizioni farmaceutiche Territoriali (FARM)
- Registro Nominativo delle Cause di Morte.
- Sistema TS



La Rete integrata del PDTA  
DIABETE - Approccio sistemico



# ASL Roma E 2014-15...



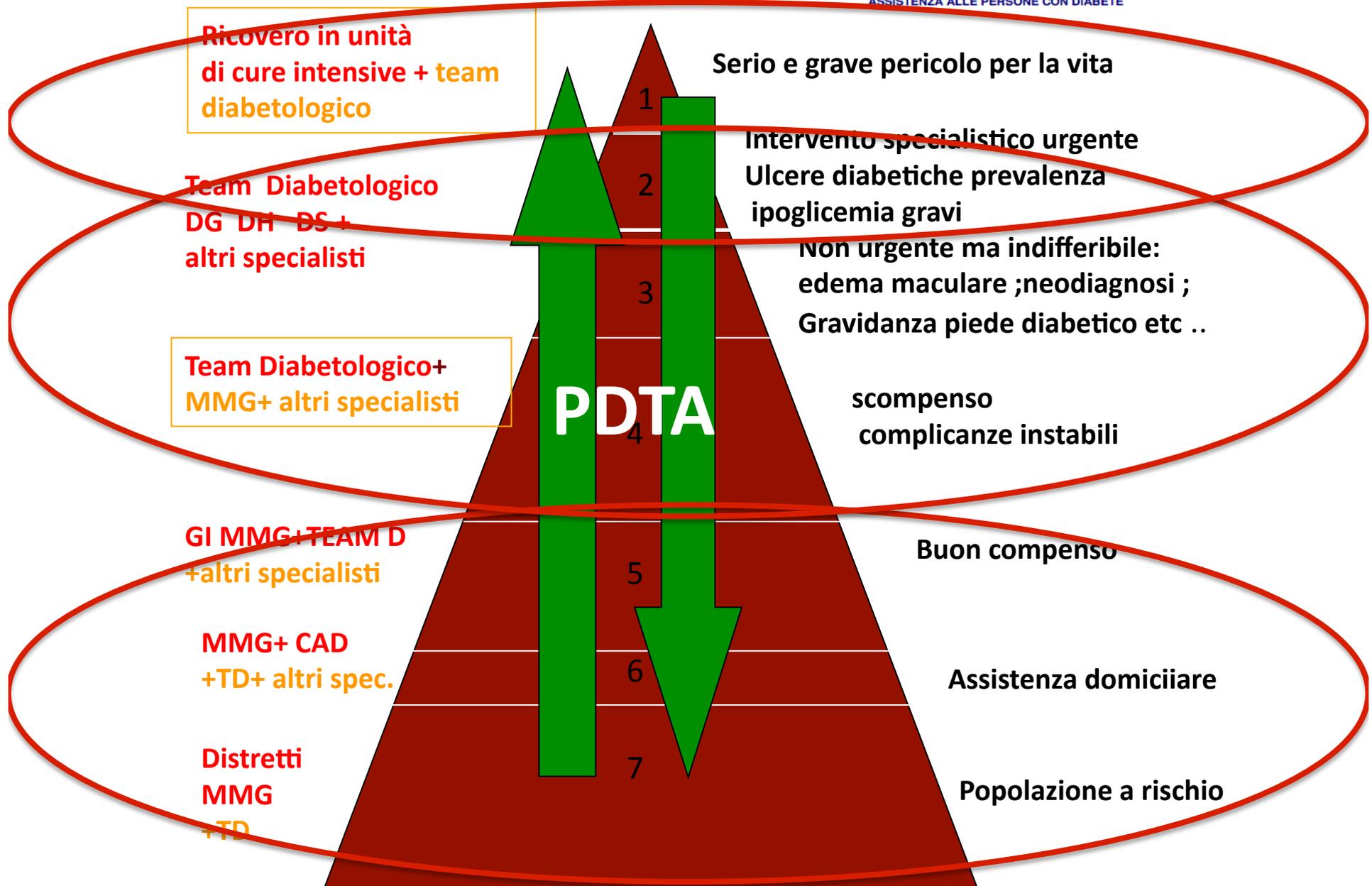
- 
- S. Spirito
- S. Filippo Neri
- S. Andrea

Policlinico Gemelli

S. Pietro

- A**
- Pl. Montespaccato
- Pl. S.M.P.
- CdS Trionfale
- CdS Clauzetto

ACISMOM





ASL Roma E \_ PROPOSTA relativa agli obiettivi di Unità Operativa

Dipartimento/Area : Dipartimento Scienze Mediche e Riabilitative]

Unità Operativa : UOC Diabetologia e Dietologia

Direttore/Responsabile : Direttore sost. Dott. Francesco Chiaramonte

OBIETTIVO STRATEGICO di riferimento	PROPOSTA OBIETTIVO di UO	Indicatore	Valore Storico	Valore Minimo Accettabile (0%)	Valore Obiettivo (100%)
2. Governo area territoriale	2.3 Percorso Nascita :condivisione con UOC Ostetricia e Ginecologia di un PDTA per il diabete gestazionale e la gravidanza nel diabete ,attivo sia nel periodo pregestazionale che gestazional ( con assistenza diabetologica continua per le gestanti diabetiche portatrici di microinfusore)	condivisione del PDTA e presa in carico del 100% delle pazienti eleggibili	0%	80%	100%



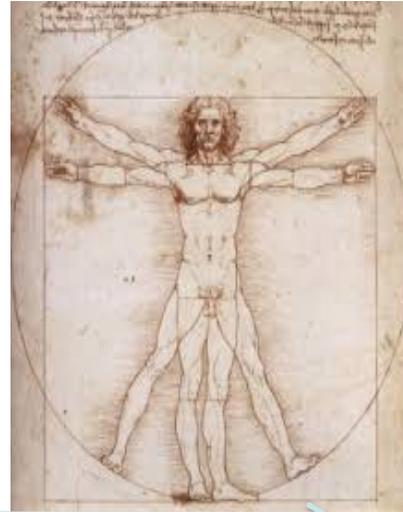
Teams may vary but should include a diabetologist, an internist or a family physician, an obstetrician, a diabetes educator, a dietitian, a social worker, and other specialists as necessary.

# MOVIMENTO il movimento che parte dalla MENTE

angelicoventotto



accettare



OSO-NAO



Struttura



# IL MASTERPLAN

4 programmi e 42 progetti

## Riorientamento della rete ospedaliera

<b>A1</b>	Piano Sangue	<b>A5</b>	Emergenza Santo Spirito	<b>A9</b>	Piano Libera Professione	<b>A13</b>	Accredit. Villa Betania, Salus
<b>A2</b>	Piano Laboratori	<b>A6</b>	Emergenza San Filippo N.	<b>A10</b>	Nuovo Osp. Oftalmico	<b>A14</b>	Offerta Radiologica
<b>A3</b>	P. Anatomia Patologica	<b>A7</b>	Patient Flow	<b>A11</b>	Lavori SFN	<b>A15</b>	Piano Farmaco
<b>A4</b>	Percorso Nascita	<b>A8</b>	Potenziam. Produzione	<b>A12</b>	Lavori S. Spirito		

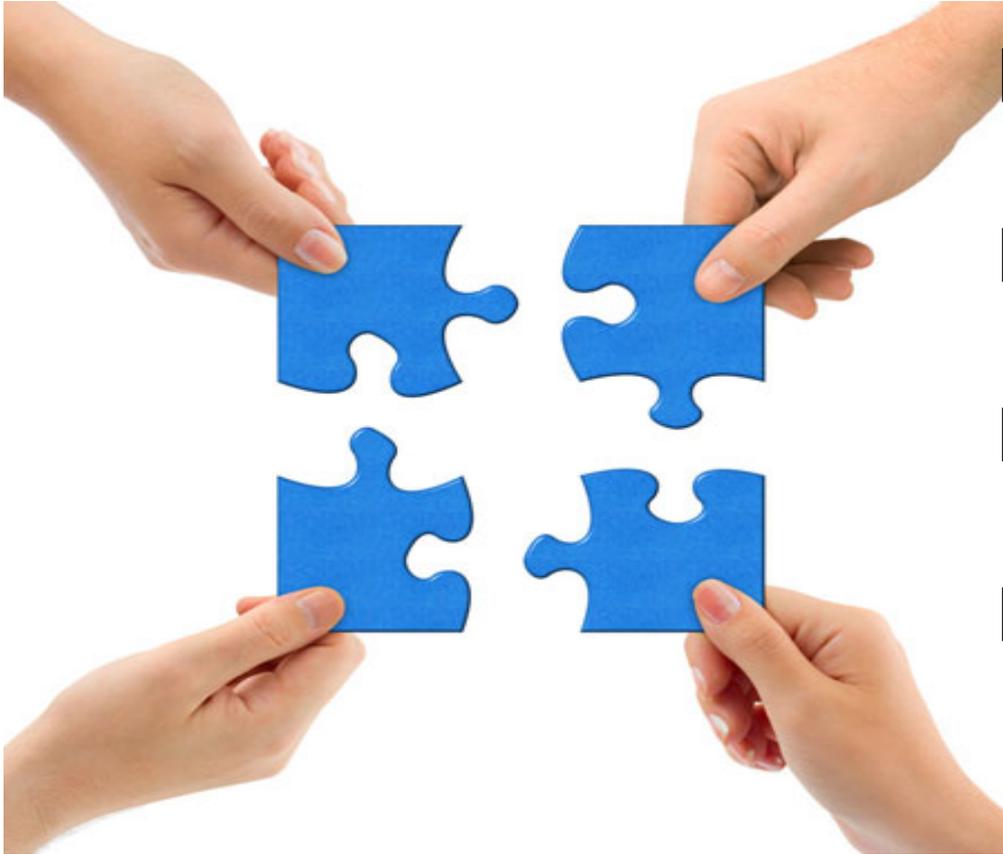
## Nuovo modello di assistenza territoriale

<b>B1</b>	Case Salute	<b>B5</b>	Piano Screening	<b>B9</b>	PDTA Diabete	<b>B3</b>	PDTA Dolore
<b>B2</b>	Assistenza Primaria	<b>B6</b>	Laboratori Odontoiatrici	<b>B10</b>	PDTA BPCO	<b>B14</b>	Dipartimento Prevenzione
<b>B3</b>	Piano DSM	<b>B7</b>	Piano Salute Migranti	<b>B11</b>	PDTA Scopenso	<b>B15</b>	Liste Attesa
<b>B4</b>	Percorso DCA	<b>B8</b>	Piano Scuola	<b>B12</b>	PDTA TAO		

## Riorganizzazione delle funzioni amministrative

<b>C1</b>	Integrazione Serv. Amm.	<b>C4</b>	Monitoraggio Direzionale	<b>C7</b>	Qualità e Umanizzaz.	<b>C10</b>	Razionalizz. Acquisizioni
<b>C2</b>	Omogeneizz. OO.SS.	<b>C5</b>	Razionalizz. Rete inform.	<b>C8</b>	Flussi Informativi Sanitari		
<b>C3</b>	Riorganizz. Rete Logistica	<b>C6</b>	Risk Management	<b>C9</b>	Politiche di Bilancio		

# formazione



**Distretto I**

**Distretto 13**

**Distretto 14**

**Distretto 15.....**

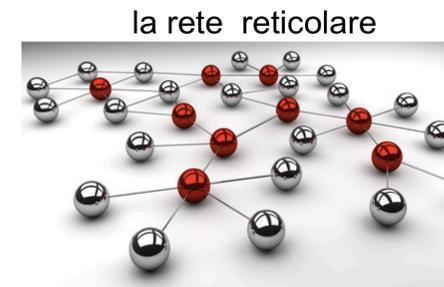
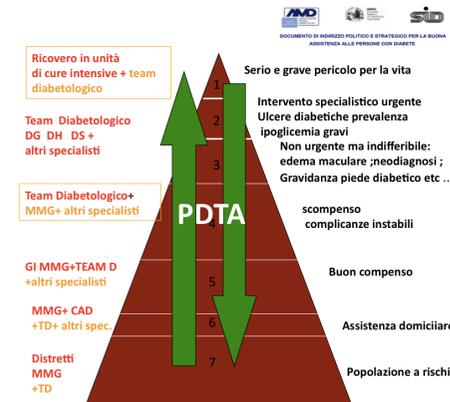
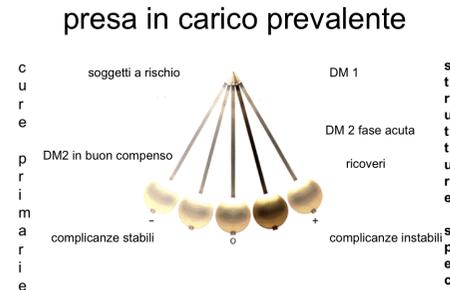
**Formazione infermieri**

# ASL RME 2015: cosa abbiamo

- presa in carico prevalente

- PDTA per intensità e complessità di cura

- sistema di rete reticolare



# ASL RME 2015: cosa abbiamo

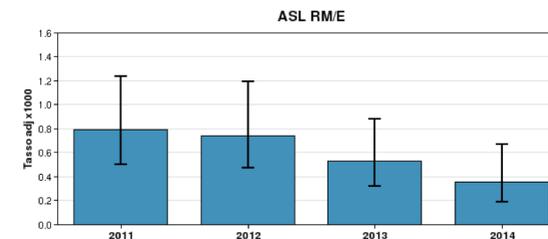
- Definizione della popolazione



- DCA 7-10-15



- evidenze che funziona



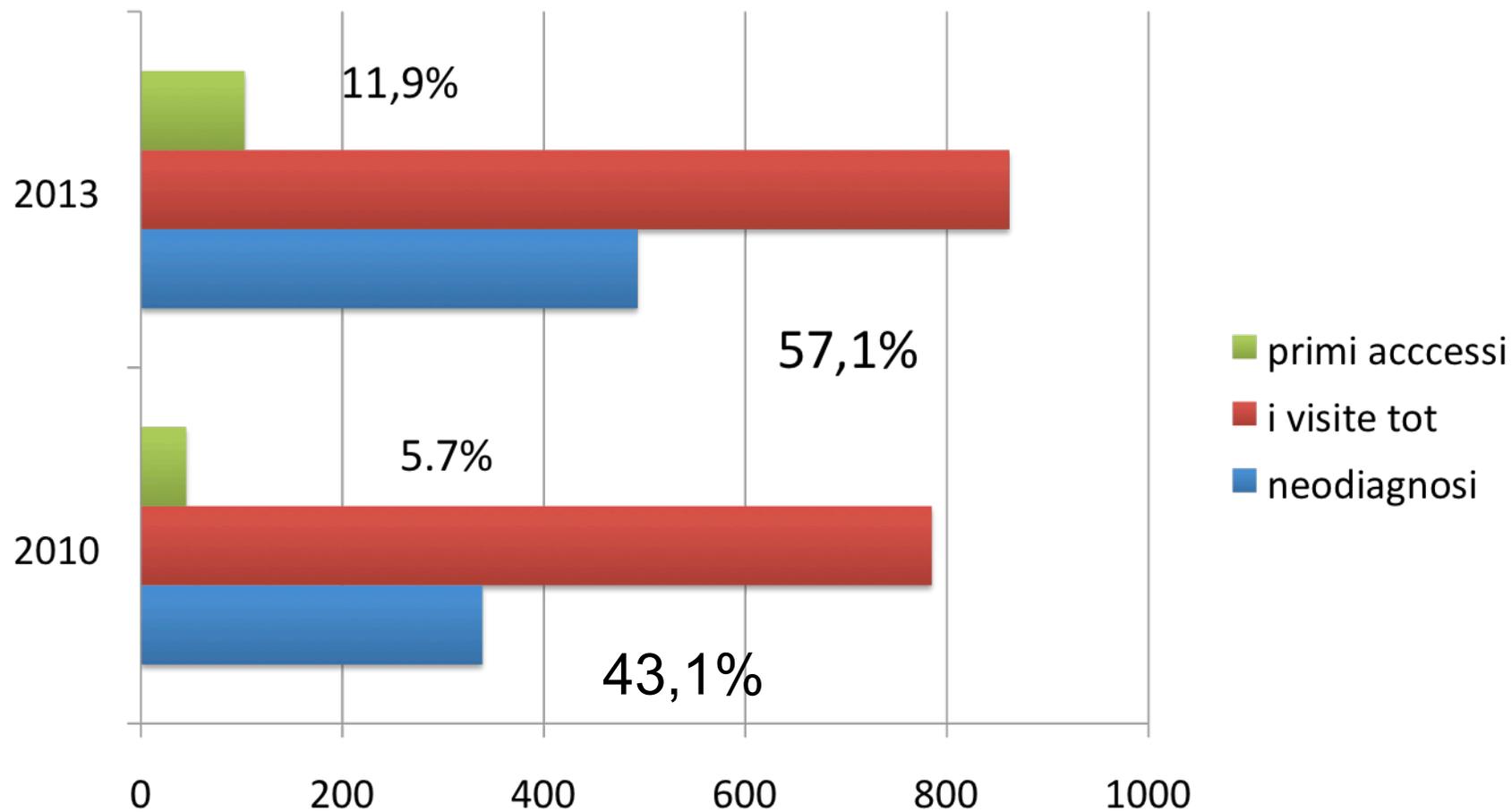
**C.d.R: B0209 - UOC Diabetologia e Dietologia**

**POLO OSPEDALIERO SANTO SPIRITO**

RICOVERI ORDINARI			RICOVERI IN DAY HOSPITAL		
	2014	2015		2014	2015
n. dimessi	4.455	3.761	n. dimessi	1.078	864
di cui % residenti RME	37,8	39,7	di cui % residenti RME	38,6	36,3
Posti letto utilizzati	169,6	142,3	Posti letto utilizzati	17,5	13,1
GG degenza	30.700	25.752	n. accessi	3.724	2.790
Degenza media	6,9	6,8	di cui % validati da ASP	88,7	86,8
% urgenti	65,9	69,5	Media accessi	3,5	3,2
% DRG chirurgici	46,3	46,8	n. APA prodotti	276	309
n. DRG prodotti	360	330	% DRG chirurgici	58,4	63,2
Peso medio	1,15	1,14	n. DRG prodotti	125	98
% ripetuti stessa MDC entro 30 gg	3,3	3,6	Peso medio	0,78	0,79
Ore stimate di sala operatoria per int. chir.	2.753,6	2.346,9	% ripetuti stessa MDC entro 30 gg	1,2	0,7
			Ore stimate di sala operatoria per int. chir.	888,3	845,7

	2014		2015	
	n.	%	n.	%
Dimessi con diagnosi di diabete	357	6,5	273	5,9

## UOC Diabetologia e Dietologia ASLRME variazione primi accessi e neodiagnosi



# ASL RME 2015: cosa abbiamo



**ASL RME 24-11-2015**

# cosa manca: gestione comune dei dati

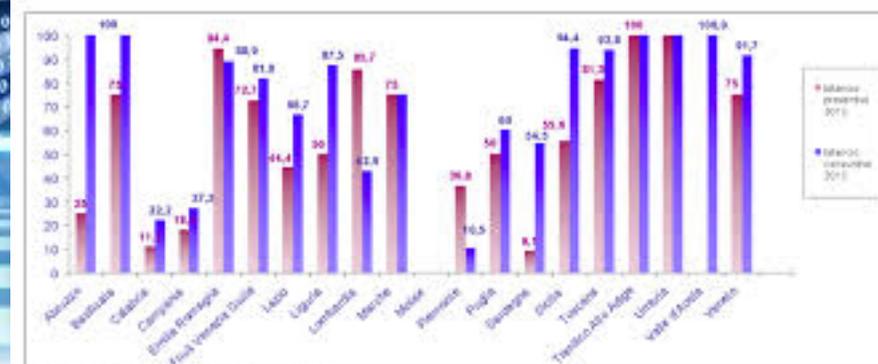
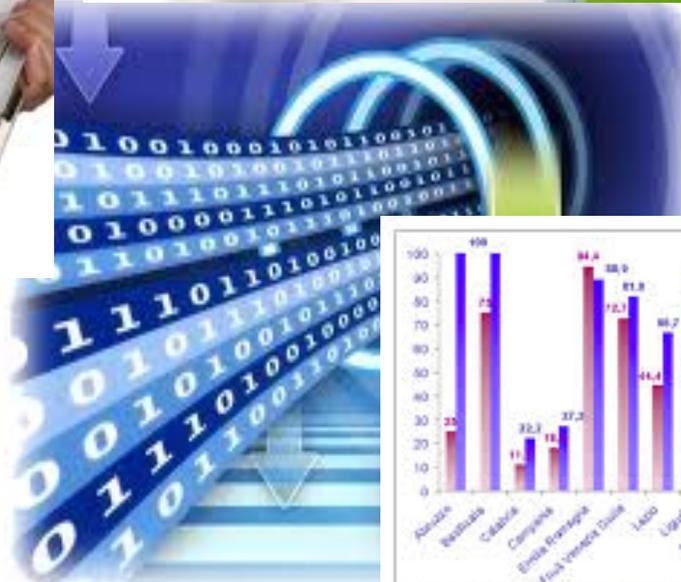
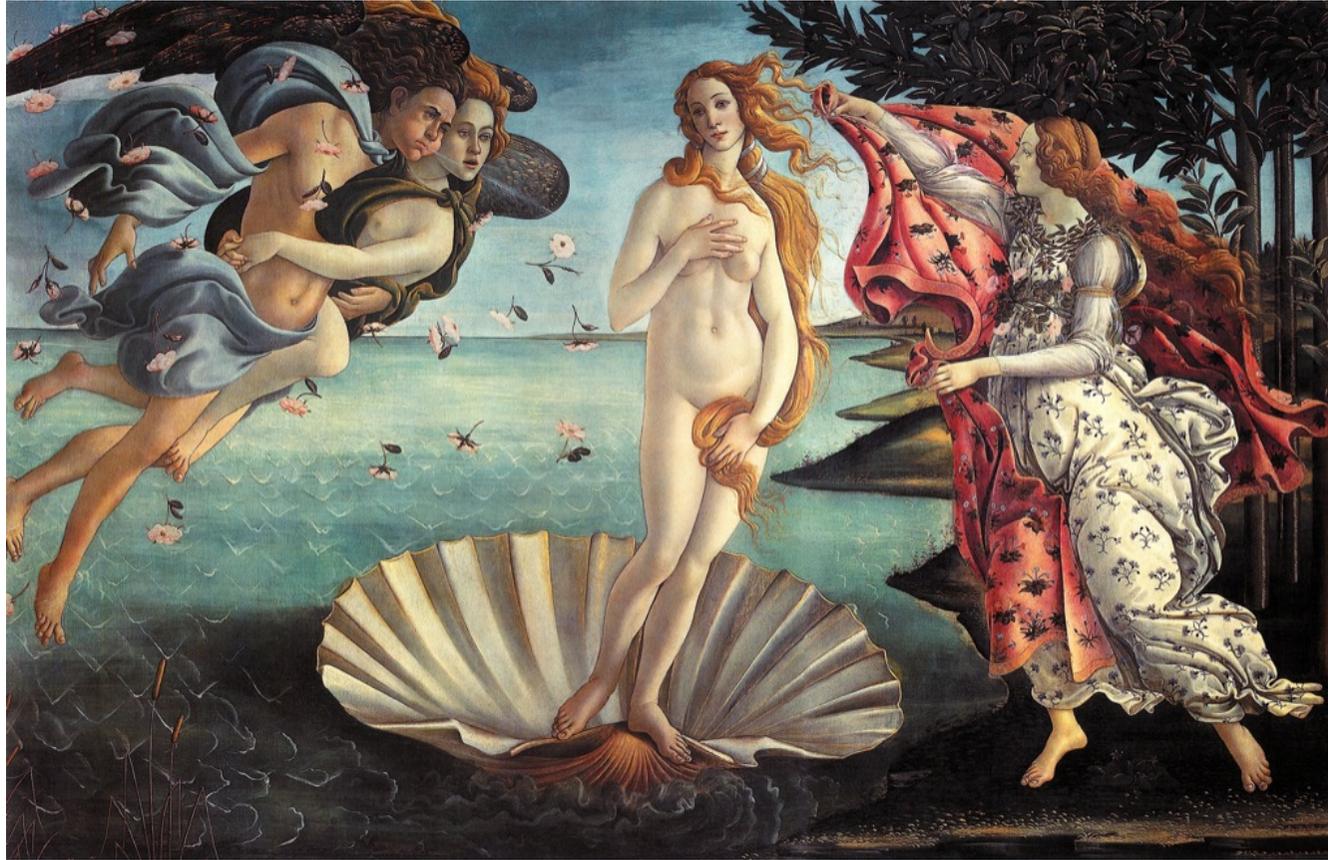


Fig. 7 Percentuali relative ai bilanci 2011, 2012 per Regione.

# Conclusioni

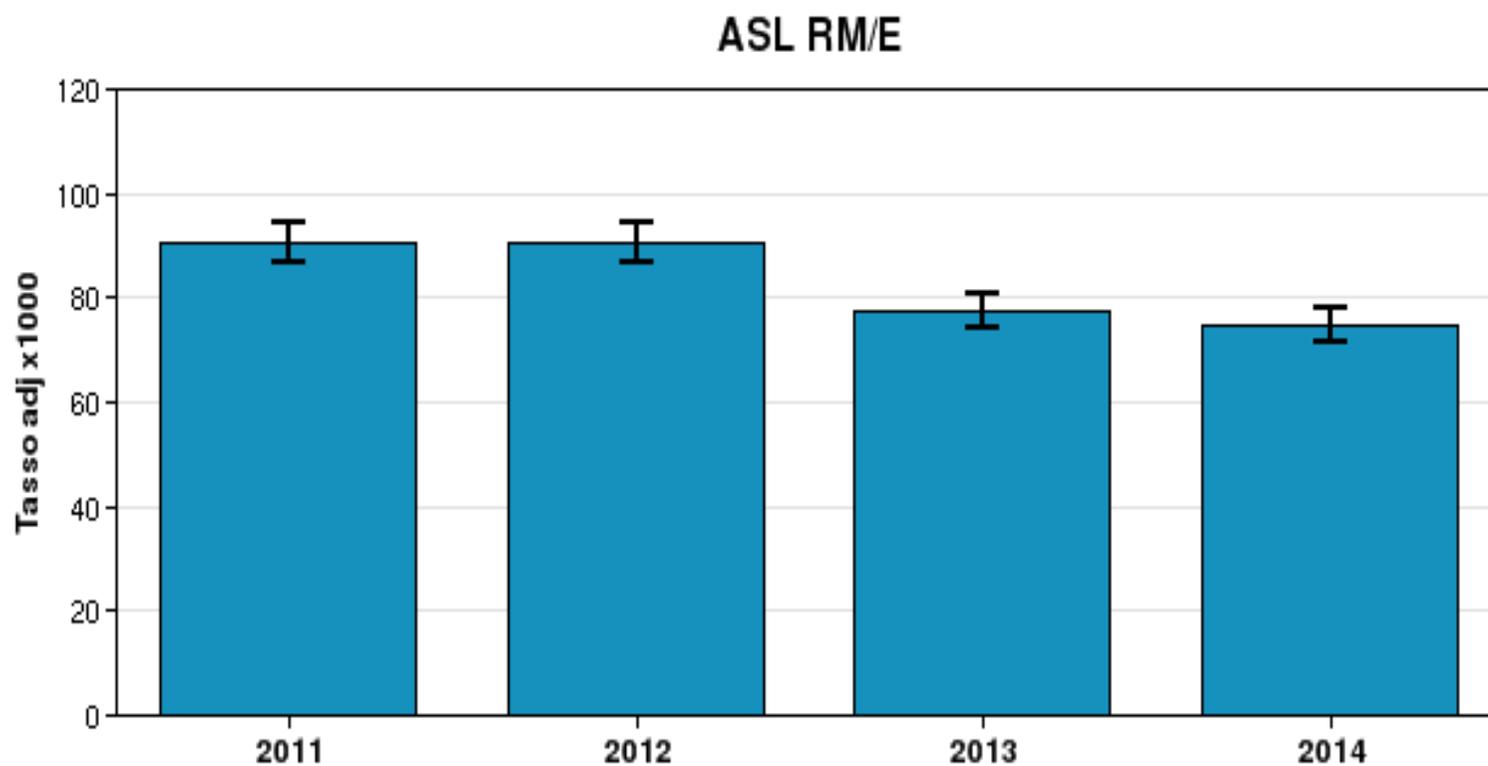
- Ottimizzare il PDTA
- implementare le sinergie territoriali delle in ambito distrettuale ( MMG CdS, formazione, prevenzione ,richiamo attivo, CAD,scuole )
- offrire un efficace filtro per le ospedalizzazioni
- creare sinergie intraospedaliere per intensità e complessità di cura
- migliorare e ridurre la degenza (consulenza- presa in carico- dimissione protetta )
- creare una piattaforma informatizzata



**GRAZIE A VOI PER L'ATTENZIONE**

# Ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete nei pazienti assistiti diabetici

1



# Ospedalizzazione per complicanze a breve termine del diabete nei pazienti assistiti diabetici

