

Gruppo di lavoro

PDTA

Elisa Forte
ASL Latina

Roma, 21 Marzo 2016



Gruppo PDTA

11 Marzo 2016





Piano sulla malattia diabetica

OBIETTIVO 1

- creare una rete tra le strutture specialistiche
- promuovere l'assistenza diabetologica di primo livello integrata con quella specialistica
- definire i PDTA
- utilizzare indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza
- garantire un'adeguata formazione del personale medico e non



REGIONE
LAZIO

Commissione regionale

Istituita con Det. n. G07864 del 29/5/2014

- Elaborazione PRD – Piano per la Malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018
- Pubblicazione BUR Lazio 24/12/2015

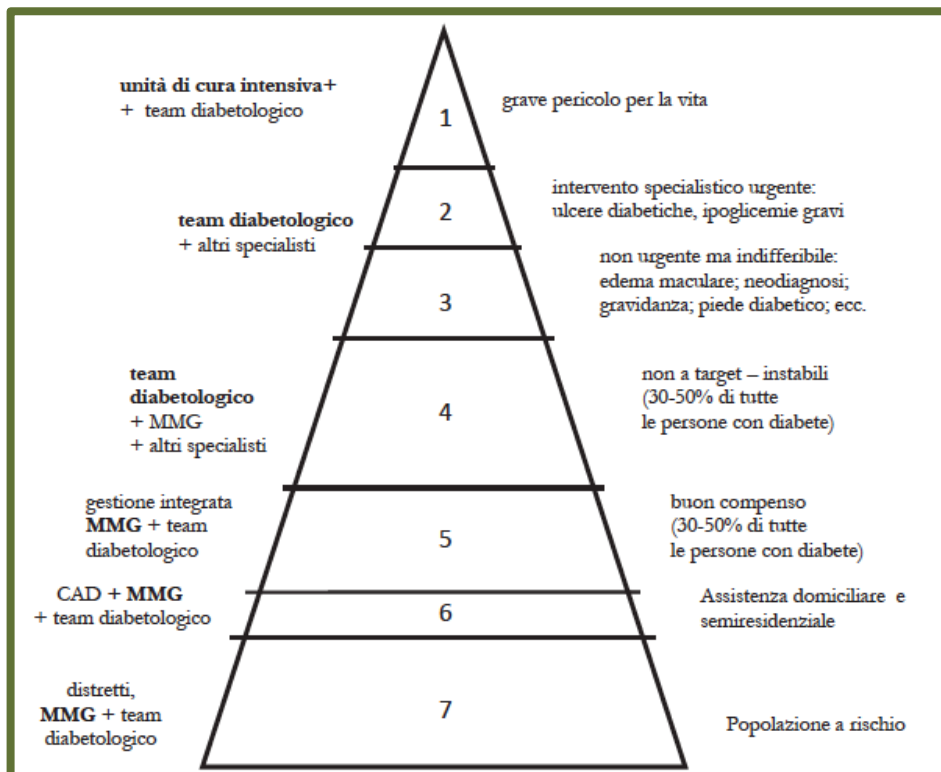
Salute e partecipazione
Il Piano regionale sulla Malattia Diabetica

31 MARZO 2016

ORE 10:00 / 13:30
Sala Tevere - Giunta Regionale Lazio
Via C. Colombo, 212, Roma

Piano per la Malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018

PDTA



Assistenza diabetologica integrata, modulata su differenti livelli assistenziali

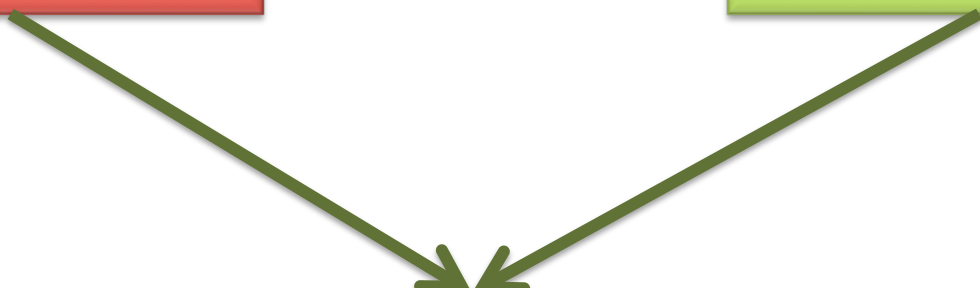
Strumento, adottato dal Piano, per definire la modalità clinico-organizzativa in grado di garantire all'utente la necessaria continuità assistenziale fra i vari livelli d'intensità di cura in una logica di rete

Le ASL, attraverso i distretti e le direzioni sanitarie dei presidi ospedalieri, individuano localmente i singoli "nodi" della rete e formulano con i vari attori dell'assistenza i PDTA locali

GdL AMD
Diabete e
Ospedale

GdL AMD
Diabete e
Territorio

GdL AMD-SID
PDITA



GdL AMD
Diabete e
Ospedale

GdL AMD
Diabete e
Territorio

Referente
per il
censimento

GdL AMD-SID
PDTA

GdL AMD
Cartella inform./
Annali

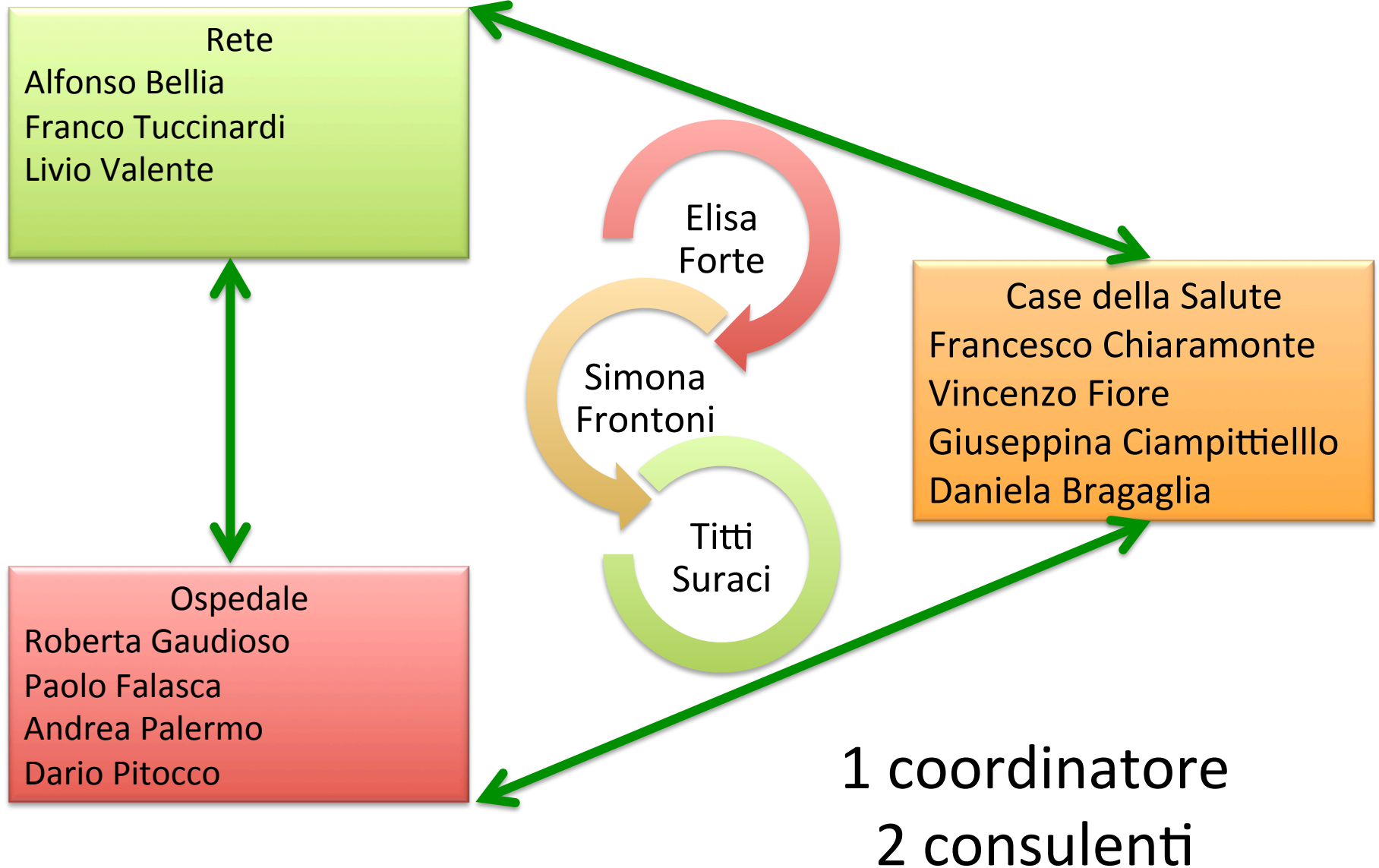
- Monitoraggio indicatori
- Audit regionale

Rete

Ospedale

Case della
Salute

Nell'ambito del gruppo abbiamo individuato 3 sottogruppi



Mandato

Sottogruppo RETE



- **Monitorare l'applicazione del Piano regionale della malattia diabetica nelle varie realtà territoriali**
- Favorire lo sviluppo della rete diabetologica nei vari livelli assistenziali
- Favorire i processi di integrazione
- Rilevare le criticità
- Suggestire le possibili azioni correttive

Azioni programmate

- Identificare i requisiti minimi che definiscano il livello di una Struttura diabetologica
- Individuare indicatori che permettano di monitorare l'implementazione del Piano nelle ASL e la costruzione della rete tra i vari livelli assistenziali

Mandato



Sottogruppo Case della salute

Monitorare lo sviluppo delle Case della salute ed i modelli di organizzazione utilizzati

Azioni programmate

- censire le Case della salute nella Regione Lazio
- verificare nelle singole realtà come sono organizzate relativamente alla assistenza diabetologica
- definire il ruolo del Diabetologo nelle Case della salute
- definire un set minimo di attività diabetologiche che devono essere espletate
- definire il modello organizzativo
- definire i percorsi
- organizzare la formazione dei MMG responsabili della cura delle persone affette da diabete a bassa complessità

Mandato

Sottogruppo Ospedale



Favorire azioni per migliorare la gestione della persona affetta da diabete in ospedale

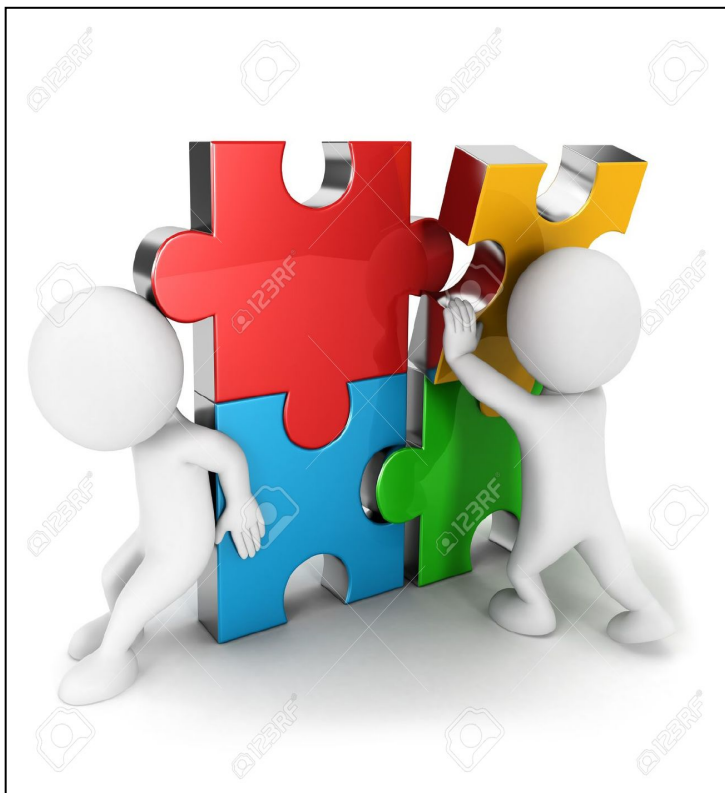
Azioni programmate

Monitorare e stimolare

- la capillarizzazione della formazione degli operatori nelle strutture di degenza ospedaliere e universitarie
- l'adozione di percorsi e protocolli terapeutici per rispondere alle specificità assistenziali della persona affetta da diabete
- la continuità assistenziale ospedale – territorio

Criticità emerse nell'analisi effettuata dal GdI Diabete ed ospedale 2014

Lavoriamo insieme a...



Gruppo audit ospedale

GdL Cartella Informatizzata/
Annali AMD per il
monitoraggio degli indicatori
organizzativi, di processo e
di esito individuati nel PSR

Referente regionale al
censimento delle strutture
diabetologiche

Associazioni pazienti



Conoscere
Monitorare
Comunicare

Propositivi e collaborativi per contribuire alla
attuazione del Piano