



**CONVEGNO GRUPPI DI LAVORO
INTERSOCIETARI
AMD-SID LAZIO**

ROMA, 28 ottobre 2017

**Gruppo di lavoro PDTA
Coordinatore
Elisa Forte**

Gruppo di lavoro PDTA SID AMD Lazio

Rete
Alfonso Bellia
Franco Tuccinardi
Livio Valente

Ospedale
Roberta Gaudio
Paolo Falasca
Andrea Palermo
Dario Pitocco

Case della Salute
Francesco Chiaramonte
Vincenzo Fiore
Giuseppina Ciampittiello
Daniela Bracaglia

Elisa
Forte

Simona
Frontoni

Titti
Suraci

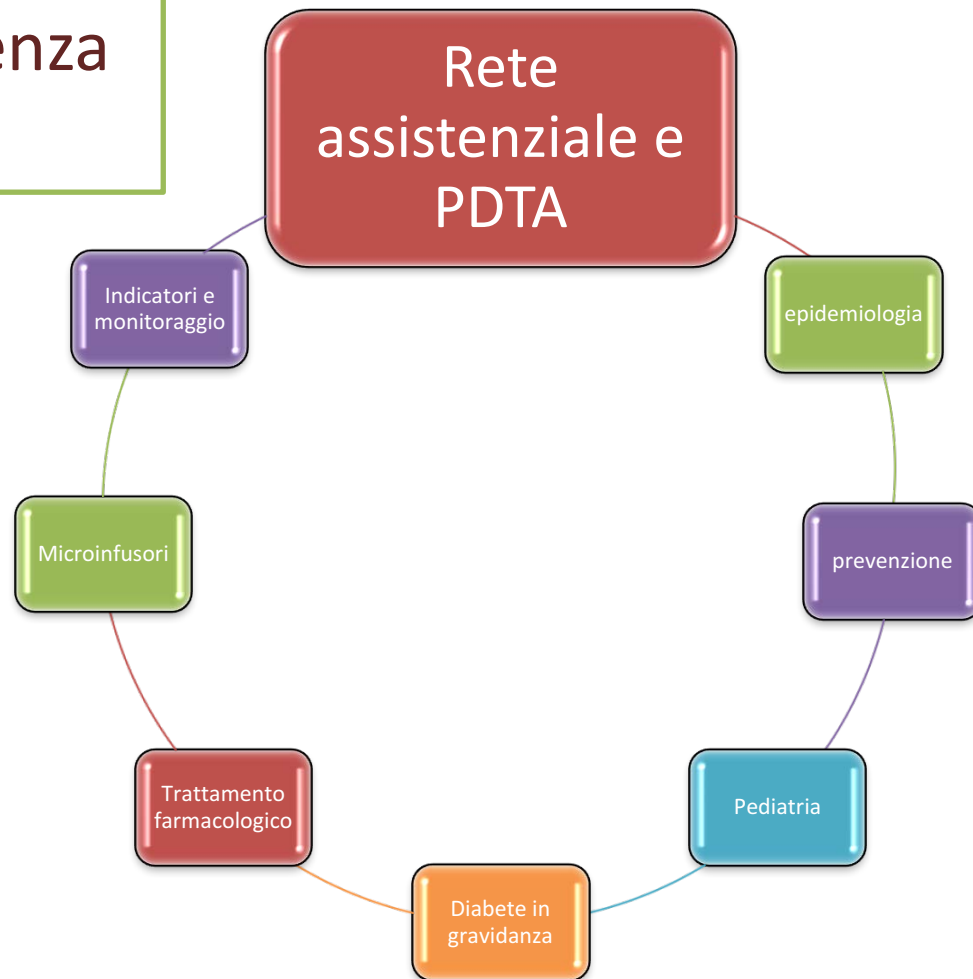
Graziano
Santantonio

Lelio
Morviducci

DCA n. U00581 del 14.12.2015

Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018

Il cambiamento
rimodellare l'assistenza
diabetologica



Gruppo di lavoro PDTA SID AMD Lazio

Monitorare lo sviluppo delle Case della salute e favorire l'adozione di modelli organizzativi omogenei



Monitorare l'applicazione del Piano
Favorire lo sviluppo della rete diabetologica
Rilevare le criticità
Suggerire le possibili azioni correttive

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



IL PIANO PER LA MALATTIA DIABETICA NELLA REGIONE LAZIO 2016-2018



Razionale

- **Necessità di un confronto** tra gli specialisti nell'ottica di assicurare una **visione uniforme** che possa tradursi nella realtà clinica in un'**offerta assistenziale** quanto più **omogenea** possibile sull'intero **territorio regionale**
- Per ogni setting assistenziale individuare, attraverso la discussione , le **potenzialità** del piano e le **criticità** emergenti nella fase attuativa

Presenti un folto numero di Diabetologi, delle Istituzioni e delle Associazioni pazienti



Il punto di vista dei diabetologi
viene portato in Regione

AMD – SID
Il Piano per la malattia diabetica
2016 – 2018
27 Giugno 2017

Relazione relativa a quanto
emerso dai lavori di gruppo

Gruppo Ospedale

Criticità

- Basso livello di adozione di **protocolli**
- Scarsa attivazione di **percorsi** assistenziali intraospedalieri e per la dimissione protetta

Azioni correttive

- Corsi di **formazione** in Ospedale per favorire
 - L'adozione di **protocolli** terapeutici
- Attivazione di gruppi di lavoro, formati da tutti gli attori, per la creazione di **PDTA intraospedalieri**
- Utilizzo di **indicatori e audit** tra i team diabetologici e i reparti ospedalieri per la valutazione in itinere dei protocolli e percorsi adottati

Territorio

Criticità

- L' assenza di una **piattaforma informatizzata** condivisa per la gestione integrata con la Medicina di base
- La carenza diffusa nei **team** diabetologici di figure strutturate in organico quali dietista, psicologo, podologo

Interventi correttivi

- **Informatizzazione** della rete tra Diabetologie e MMG
- **Formazione** dei MMG
- Completare gli **organigrammi** dei team
 - dietisti, psicologi e podologi
- **Indicatori ed audit**

Case della salute

Criticità

- Difficoltà organizzative causate dal dover far coesistere le attività più peculiari delle Diabetologie per la CDS rispetto alla attività diabetologica di 2 livello e conseguenti problematiche nella **organizzazione della agende**

Interventi correttivi

- Definire le **competenze** specifiche delle Diabetologie nelle CDS rispetto alle Diabetologie di 2 livello
 - individuando un set minimo di attività diabetologiche da svolgere nelle CDS
 - Concordando procedure comuni tra le CDS
- **Formazione** degli attori coinvolti nei PDTA nelle CDS
- **Indicatori ed audit**

Indispensabile per tutti

- **Programmazione** del lavoro che sia funzionale ai nuovi modelli organizzativi
- **Formazione**
- **Indicatori ed audit**

Centralità della Diabetologia rispetto a territorio – ospedale - istituzioni

Sottogruppo Ospedale

Andrea Palermo

Roberta Gaudio

Paolo Falasca

Dario Pitocco

Mandato

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

Sottogruppo Ospedale

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

AZIONI

Monitorare e stimolare

- la capillarizzazione della formazione 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



Gruppo Ospedale

Azioni correttive

- Corsi di **formazione** in Ospedale per favorire
 - L'adozione di **protocolli** terapeutici
- Attivazione di gruppi di lavoro, formati da tutti gli attori, per la creazione di **PDTA intraospedalieri**
- **Indicatori e audit** tra i team diabetologici e i reparti ospedalieri per la valutazione in itinere dei protocolli e percorsi adottati

TAVOLA ROTONDA

In programmazione

Rappresentanti Regione
Lazio

Gruppo di lavoro PDTA

Direttori Sanitari

Diabetologi Ospedalieri

Responsabili di

Dipartimenti:

- Area Chirurgica
- Medica e dell'Emergenza
- Infermieristico

Obiettivo

Facilitare la

- formazione del personale ospedaliero alla gestione del paziente diabetico
- la implementazione di percorsi intraospedalieri e per la dimissione protetta

In programmazione

Evento ECM

per team diabetologici ospedalieri , team ospedalieri dei reparti di PS ed emergenza e Direzioni Sanitarie

Obiettivo:

Favorire la

- Formazione del personale sanitario nelle emergenze/urgenze diabetologiche
- La costruzione di percorsi per
 - la gestione dei pazienti in PS/DEA
 - la continuità assistenziale e terapeutica in fase di dimissione

In programmazione

Elaborare un manuale delle
“Errori da evitare” nella
gestione della persona affetta
da diabete in ospedale

Rete - territorio

Alfonso Bellia

Franco Tuccinardi

Livio Valente

SOTTOGRUPPO RETE-TERRITORIO

mandato

Monitorare l'applicazione del
Piano
Favorire lo sviluppo della
rete *diabetologica*



Territorio

Interventi correttivi

- **Informatizzazione** della rete tra Diabetologie e MMG
- **Formazione** dei MMG
- Completare gli organigrammi dei team
 - dietisti, psicologi e podologi
- **Indicatori ed audit**

SOTTOGRUPPO RETE-TERRITORIO

- Elaborazione di **indicatori** per monitorare la riorganizzazione della rete e l'attivazione dei PDTA
- Integrazione con gli indicatori di processo e di esito clinico-assistenziale già presenti nel PRD e con quelli elaborati dalle associazioni dei pazienti

Indicatori di struttura (organizzazione della rete)

Indicatori di processo (attivazione del PDTA)

SOTTOGRUPPO RETE-TERRITORIO

Aree da indagare:

- Il recepimento e l'adozione del Piano PRD da parte delle ASL
- Il coinvolgimento delle SD nel PDTA
- L'attività diabetologica nelle Case della Salute (CdS), con particolare riferimento al ruolo delle SD e del team diabetologico multidisciplinare
- Le modalità organizzative

SOTTOGRUPPO RETE-TERRITORIO

Modalità di raccolta dati (proposta)

invio periodico da parte della Regione alle ASL di un questionario per la rilevazione dati, condiviso con le Associazioni diabetici e le Società scientifiche
(valutazione partecipata)

SOTTOGRUPPO RETE-TERRITORIO

Non ci può essere Rete (né più in generale l'attuazione del Piano...) senza sviluppo della rete informatica tra i vari livelli assistenziali della rete diabetologica

Case della Salute

Daniela Bracaglia

Giuseppina Ciampittiello

Francesco Chiaramonte

Vincenzo Fiore

Sottogruppo Case della salute

mandato

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

Azioni

- 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

CASE DELLA SALUTE

I nuovi hub dei servizi distrettuali: 11 Case della Salute aperte dal 2014 al 2016.

3 nuove aperture previste entro il 31 dicembre 2016

7 nuove aperture previste nel 2017

2 nuove aperture previste nel 2018



 Aperte nel 2014	 Aperte nel 2015	 Aperte nel 2016
<ul style="list-style-type: none">1 CdS di Sezze - Monti Lepini2 CdS di Pontecorvo3 CdS Rocca Priora4 CdS Prati - Trionfale5 CdS Magliano Sabina	<ul style="list-style-type: none">6 CdS di Ostia7 CdS di Torrenova8 CdS di Ladispoli - Cerveteri9 CdS di Atina	<ul style="list-style-type: none">10 CdS di Soriano nel Cimino11 CdS di Zagarolo12 CdS di Ceprano

Case della Salute

Apertura case della salute-aggiornata a febbraio 2017

		Provincia/ Quartiere	Mun Dist	ASL	Denominazione Attuale
01)	Sezze	Latina	3	LT	Sezze - Monti Iepini
02)	Pontecorvo	Frosinone	D	FR	Pontecorvo-Cassino
03)	Rocca Priora	Roma	H1	Rm6	Rocca Priora
04)	Roma	Trionfale	I	Rm1	Prati - Trionfale
05)	Magliano Sabina	Rieti	2	RI	Magliano Sabina
06)	Roma	Torrenova	VI	Rm2	Tenuta di Torrenova
07)	Roma	Ostia	X	Rm3	S. Agostino
08)	Ladispoli	Roma	F2	Rm4	Ladispoli-Cervetri Dis. F2
09)	Atina	Frosinone	C	FR	ex ospedale
10)	Zagarolo	Roma	G5	Rm5	Centro Socio -Sanitario
11)	Soriano nel Cimino	Viterbo	B	VT	Poliambulatorio
12)	Ceprano	Frosinone	B	FR	ex ospedale
13)	Bagnoreggio	Viterbo	A	VT	Poliambulatorio

Luogo	ASL	PDTA	MMG	Team diabetologico
Roma Trionfale	RM 1	si		Diabetologo, infermiere dedicato
Roma Torrenova	RM2	si	si	Diabetologo, infermiere dedicato
Roma Antistio	RM 2	si	si	Diabetologo, infermiere dedicato
Ostia	RM 3	si	si	Diabetologo, infermiere dedicato
Rocca Priora	RM 6	si		Diabetologo, infermiere dedicato, nutrizionista, psicologo
Zagarolo	RM 5	no		
Ladispoli	RM 4	si		Diabetologo, infermiere dedicato
Soriano Cimino	VT	?		
Bagnoreggio	VT	?		
Magliano Sabina	RI	si		Diabetologo, infermiere dedicato
Pontecorvo	FR	si	si	
Ceprano	FR	no		
Atina	Fr	si		
Sezze	LT	no		



Case della salute

Interventi correttivi

- Definire le **competenze** specifiche delle Diabetologie nelle CDS rispetto alle Diabetologie di 2 livello
 - Individuando un set minimo di attività diabetologiche da svolgere nelle CDS
 - Concordando procedure comuni tra le CDS
- **Formare** gli attori coinvolti nei PDTA nelle CDS
- **Indicatori ed Audit**

Attività da implementare

- Elaborare un documento che descriva la **mappatura** delle Case della salute nella Regione Lazio e individui i modelli organizzativi adottati
- Elaborare un documento che definisca
 - il **ruolo** del Diabetologo nelle Case della salute
 - il **set** minimo di attività diabetologiche che devono essere espletate
 - il **modello organizzativo**
 - i **percorsi**
- Elaborare un format per la **formazione dei MMG** responsabili della cura delle persone affette da diabete a bassa complessità

DENOMINAZIONE DEL CENTRO,
INDIRIZZO E RECAPITI TELEFONO, FAX, EMAIL

Al Collega xxx

Roma,

Gentile Collega,

in data odierna abbiamo sottoposto a valutazione del team di diabetologia /specialistica il Sig./Sig.ra, tuo paziente.

nato/a il XXXXX - codice fiscale XXXXXXX

Affetto/a da Diabete tipo XX dal XXXXXXX

Alla valutazione attuale il/la paziente rientra nella Classe xx secondo il Documento di Indirizzo AMD-SID-SIMG 2010 per la classificazione per intensità di cura (Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio -DCA n. U00581 del 14--12--2015- art. 3.4.1) e pertanto la prossima valutazione presso la nostra Struttura è stata programmata per il pertanto la prossima valutazione specialistica avverrà con cadenza pluriennale.

In caso di scompenso metabolico e/o comparsa o peggioramento delle complicanze potrà essere riveduto il piano di cura, con controlli brevi, utilizzando i codici di priorità previsti dalla normativa regionale, secondo il Protocollo R2

Eventualmente contattare questo servizio al n. telefonico

CONTRATTO DI CURA

1_OBIETTIVI TERAPEUTICI:

Glicemia a digiuno fino a 120-130, dopo pasto fino a 150-160 (da personalizzare)

Emoglobina glicosilata (HbA1c) minore di...

Colesterolo- LDL minore di ...

Trigliceridi minore di...

Pressione arteriosa minore di

Abolizione del fumo di sigaretta

Calo ponderale di almeno

2_CONTROLLI EMATOCHIMICI E STRUMENTALI

Cura per il Diabete 2016

Ogni 3-4 mesi emoglobina glicosilata (HbA1c)

Ogni 6 mesi microalbuminuria (o rapporto creatinina/albumina), esame urine

Ogni 12 mesi creatininemia, assetto lipidico (colesterolo, HDL-col, trigliceridi), emocromo, transaminasi (ALT, AST)

Ogni 12 mesi controllo cardiologico (ECG), screening neuropatia periferica e valutazione polsi periferici (visita piede, sensibilità ed ABI)

Ogni 24 mesi controllo oculistico (se FO nella norma, in alternativa come da indicazione clinica)

Ogni 3 anni ecodoppler TSA in base alla presenza di fattori di rischio

Condivisione di documenti



Ruolo cardine delle Società scientifiche