

**Titolo del Progetto**

**PROGETTO PER LA RIORGANIZZAZIONE DELL'AMBULATORIO DI DIABETOLOGIA  
PER INTENSITÀ DI CURE**

**Committente**

Dott. Mariano Meloni direttore ASST Oristano

**Nome del responsabile del progetto:**

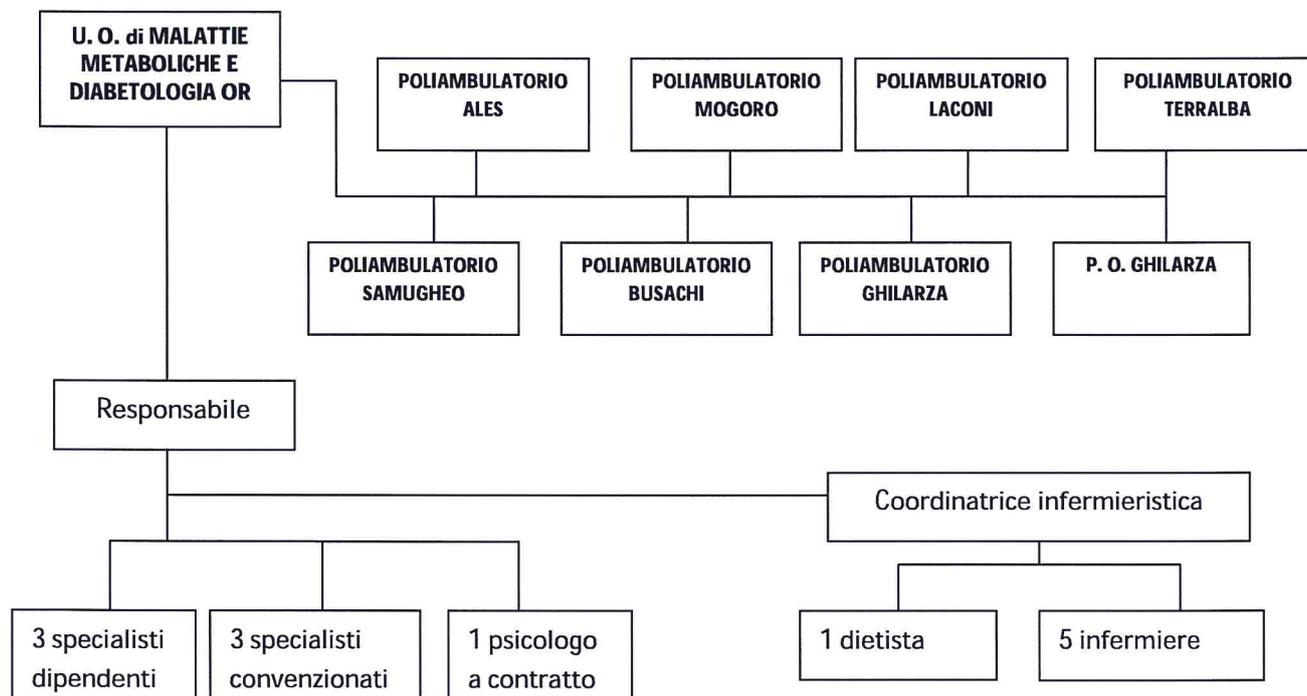
Dott. Gianfranco Madau responsabile U.O. Diabetologia

**Gruppo di progetto**

	<b>Nome e cognome</b>	<b>Qualifica</b>
1	Dott. Gianfranco Madau	Responsabile U.O. Malattie Metaboliche e Diabetologia
2	Infermiera Anna Paola Salis	Coordinatrice dell'U.O. Malattie Metaboliche e Diabetologia
3	Dott.ssa Concetta Clausi	Dirigente Medico
4	Dott. Marco Mastinu	Dirigente Medico
5	Dott.ssa Maria Maddalena Atzeni	Specialista Ambulatoriale
6	Dott.ssa Simonetta Zoccheddu	Specialista Ambulatoriale
7	Dott.ssa Monica Obinu	Specialista Ambulatoriale
8	Inf. Giuseppina Loddo	Infermiera
9	Inf. Maria Giuseppina Grussu	Infermiera
10	Inf. Maria Teresa Angius	Infermiera
11	Inf. Stefania Piras	Infermiera
12	Inf. Isabella Vidili	Infermiera
13	Elsa Madau	Dietista
14	Dr.ssa Carla Porcu	Psicologa a contratto
15	Infermiera Giuseppina Sardu	Responsabile CUP
16	Dott. Gianni Piras	Responsabile SPS
17	Dott.ssa Barbara Collu	Dirigente SPS per l'area territoriale
18	Dott.ssa Marina Cossu	Responsabile U.O. Formazione Continua
19	Dott. Giuseppina Garau	U.O. Qualità e Rischio Clinico

## Contesto di riferimento

Dal 2012, con l'istituzione nella ASL5 della Rete delle Malattie Metaboliche e del Diabete, quasi tutte le strutture che erogano assistenza diabetologica nella Provincia di Oristano sono coordinate tra loro in modo da consentire uguali livelli di assistenza in tutto il territorio. Attualmente restano fuori dalla rete, l'ambulatorio diabetologico del poliambulatorio di Bosa e quello convenzionato operante presso la Casa di Cura Madonna del Rimedio.



Gli ambulatori dell'U.O. di Malattie Metaboliche e Diabetologia di Oristano sono aperti al mattino tutti i giorni della settimana (dal lunedì al sabato) e due gg alla settimana anche alla sera dalle 14 alle 20.

Gli ambulatori del Distretto offrono assistenza,

- ~ POLIAMBULATORIO DI ALES: il lunedì e il giovedì h 08.00 – h 18.00 e il venerdì h 08.00 – h 14.00;
- ~ POLIAMBULATORIO DI MOGORO: il martedì e il mercoledì h 08.00 – h 14.00;
- ~ POLIAMBULATORIO DI SAMUGHEO: per due lunedì al mese alternati h 08.00 – h 14.00;
- ~ POLIAMBULATORIO DI BUSACHI: per due lunedì al mese alternati h 08.00 – h 14.00;
- ~ POLIAMBULATORIO DI LACONI: il lunedì h 09.00 – h 13.00.
- ~ POLIAMBULATORIO DI GHILARZA: il mercoledì e il giovedì h 08.00 – h 18.00;
- ~ OSPEDALE DI GHILARZA: il martedì h 08.00 – 14.00;
- ~ POLIAMBULATORIO DI TERRALBA: il lunedì, il mercoledì e il venerdì h 08.00 – h 14.00

### I motivi della scelta

Da un'attenta analisi del fabbisogno clinico-assistenziale e dei volumi di attività, i tempi delle liste d'attesa, i risultati relativi ai tassi di ricovero ancora superiori allo standard previsto, è emersa la necessità di migliorare l'appropriatezza organizzativa dell'U.O., che assicuri i requisiti di equità e sostenibilità, assicurando ai pazienti un'assistenza appropriata nei tempi e nei modi. Si è pensato ad una riorganizzazione dell'attività per la presa in carico della persona con diabete, che preveda l'assistenza alla persona con diabete, secondo tre livelli di intensità di cura (*"Metodi innovativi per l'assistenza alle persone con malattie croniche: l'ambulatorio diabetologico per intensità di cure"* G. Madau, 2016; *Tesi di ricerca – MADISS*):

- **Intensità Basso**: in questo livello rientrano le persone con la diagnosi di diabete di tipo 2 trattati con sola dieta o con ipoglicemizzanti orali a patto che soddisfino due requisiti:
  - che abbiano meno di 65 anni e una HbA1c uguale o inferiore a 7%;
  - che abbiano più di 65 anni e una HbA1c uguale o inferiore a 8%.
- **Intensità Intermedia**: in questo livello rientrano tutte le persone con una diagnosi di diabete di tipo 2 trattati con ipoglicemizzanti orali in scompenso glico-metabolico.
- **Intensità Alta**: in questo livello rientrano i pazienti con diabete di tipo 1 o con diabete di tipo 2 trattati esclusivamente con insulina o contemporaneamente con ipoglicemizzanti orali.

Nell'arco di un anno all' U.O. Malattie Metaboliche e Diabetologia della ASSL di Oristano afferiscono circa 7.000 persone con diagnosi di diabete, di cui più di 6.400 hanno una diagnosi di diabete di tipo 2.

Prendendo come riferimento un periodo di 12 mesi (Settembre 2015-Settembre 2016) , si è visto che il totale delle visite impegnate per il controllo di persone con diabete tipo 2, è stato di 13.582, per un totale di 6.472 pazienti.

Considerando i pazienti con dati completi, divisi per tipo di terapia e livello di assistenza, che nel periodo su indicato sono stati seguiti con PDTA comune presso il Servizio di Diabetologia di Oristano si hanno i seguenti dati:

Livello di assistenza	Tipologia del pz	Numero Pz	Numero visite	Media Vis/Pz
Basso	Pazienti trattati con sola Dieta	1048	1916	1,83
	Pazienti trattati con ipoglicemizzanti orali compensati età < 65 aa HbA1c ≤ 7 età > 65 aa HbA1c ≤ 8	2128	7108	2,19
Intermedio	Pazienti trattati con ipoglicemizzanti orali non compensati HbA1c >8 HbA1c fra 7,1 e 8 di età < 65	1125		
Elevato	Pazienti trattati con sola Insulina sola o l'aggiunta di ipoglicemizzanti orali	1607	4558	2,77/2,94
TOTALI		6.472	13.582	

Dal prospetto risulta evidente che i pz con diabete di tipo 2 che necessitano di una intensità di cura bassa e quelli che necessitano di una intensità di cura intermedia, ricevono un numero di visite uguali, risultandone, per le risorse disponibili, una inappropriata in eccesso per i primi, e una inappropriata in difetto per i secondi.

Tenuto conto dei dati su esposti e considerato che nella nostra casistica, i Pazienti con Diabete di tipo 2 in terapia con solo ipoglicemizzanti orali da considerare NON compensati e quindi clinicamente instabili sono:

- 548 Pazienti in terapia esclusivamente con ipoglicemizzanti orali con HbA1c superiore a 8 (totale pazienti con diabete di tipo 2 con HbA1c >8 n. 1178 di cui n. 630 Insulino trattati).
- 577 Pazienti con HbA1c fra 7,1 e 8 di età inferiore a 65 anni (totale pazienti con diabete di tipo 2 con HbA1c fra 7,1 e 8: n. 2137 dei quali il 73% di età superiore ai 64 anni e quindi solo il 27% di età < a 65 anni).

Si perviene ad un totale di 1125.

Applicando un PDTA che preveda, di base:

- Per i pazienti trattati con solo Dieta: n. 1 visita Infermieristica all'anno e una visita Specialistica Diabetologica ogni 2 anni;
- Per i pazienti trattati con ipoglicemizzanti orali compensati: n. 1 visita infermieristica ogni 6 mesi e n. 1 visita Specialistica Diabetologica all'anno;
- Per i pazienti in terapia con Insulina ± ipoglicemizzanti orali e solo con ipoglicemizzanti orali non compensati: persistenza degli attuali livelli assistenziali con prospettive di miglioramento della assistenza,

si attendono i risultati riportati nella tabella sottostante: liberazione di tempi attualmente non appropriatamente dedicati, corrispondenti a 3.098 visite all'anno, pari al 28,7% del totale dedicato alla cura delle persone con diabete tipo 2. Le visite inappropriate per eccesso "risparmiate", potranno essere utilizzate nelle situazioni di controllo clinico non ottimale (pz meno stabili).

	Numero Pz	Media Vis /Pz/anno attuali	Media vis. Spec /Pz/ anno program.	Media vis. Inferm/Pz anno/ program.	Numero visite Spec/anno attuali	Numero visite Spec/anno program.	Visite inappropriate
<b>Solo Dieta</b>	1048	1,83	0,5	1	1916	524	1392
<b>Solo AntiD Orali</b>	totali 3253	2,19	1	2	7108	1125 x 2,19 + 2128x1= 4592	2516
	clinicamente instabili 1125						
	stabili 2128						
<b>Insulina sola o con ADO</b>	1607	2,77/2,94	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione	4558	4558	
<b>Totale</b>					13.582		3.908 (28,7%)

### Obiettivi del progetto

L'obiettivo generale che si vuole raggiungere è quello di personalizzare l'assistenza alla persona con diabete, perseguendo contemporaneamente i requisiti di efficacia e di efficienza:

- Ridistribuendo la tempistica delle visite specialistiche, rendendola più congrua alle reali esigenze dei pazienti;
- Potenziando e supportando l'autocura, mediante l'educazione terapeutica ad opera degli infermieri;
- Sviluppando e rendendo esplicite le professionalità presenti nell'U. O. in interventi strutturati, diversificati ma convergenti;

Gli obiettivi specifici sono:

- l'istituzione di un ambulatorio Infermieristico Diabetologico per Intensità di Cure (A.I.D.I.C.) all'interno dell'U.O. di Diabetologia, tale da offrire un'assistenza mirata alle singole necessità;
- l'estensione del modello a tutti gli ambulatori diabetologici del territorio.

### Descrizione sintetica del progetto

Il progetto di riorganizzazione dell'ambulatorio di diabetologia per intensità di cura, prevede l'apertura dell'Ambulatorio Infermieristico Diabetologico per Intensità di Cure (A.I.D.C.) la cui attività entra a far parte di un nuovo PDTA per la cura della persona con diabete.

Per A.I.D.I.C. si intende quel luogo fisico e quello spazio temporale dove, all'interno del Servizio di Malattie Metaboliche e Diabetologia, operano con autonomia propria, infermieri dedicati alla cura e all'assistenza della persona con diabete, in grado di erogare prestazioni assistenziali comprendenti consulenze e valutazioni, rilasciando al termine un referto infermieristico e fissando il successivo appuntamento.

Per ogni intensità di cure si prevede un'assistenza specifica, in cui l'attività dell'A.I.D.I.C. si intreccia con l'attività del diabetologo. In questa ottica è fondamentale che l'ambulatorio infermieristico si inserisca lungo il continuum dell'assistenza. Che non sia quindi un "erogatore di assistenza infermieristica al bisogno" ma sia il protagonista di un 'pezzo del percorso', dotato di autonomia, specificità e responsabilità proprie.

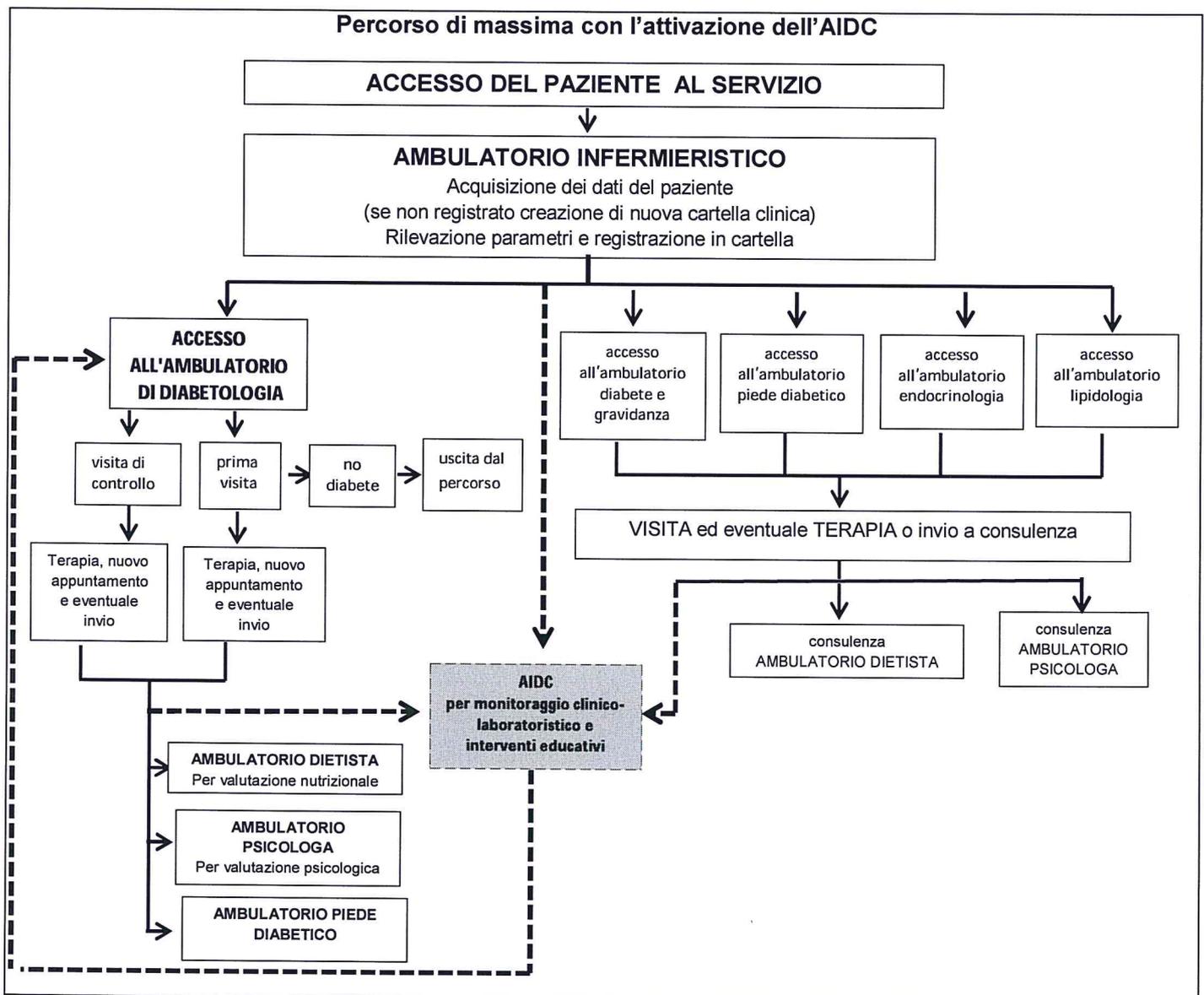
Più specificatamente le attività dell'ambulatorio infermieristico diabetologico per intensità di cure, considerate le competenze clinico-assistenziali ed educative dell'infermiere come individuate dalla L. 42/1999 e 251/2000, saranno:

1. nel paziente che rientra nel livello basso di intensità di cura:
  - monitorare lo stato clinico del paziente, garantendogli non solo la misurazione della HbA1c ogni anno, ma dedicandogli un appuntamento di 20 minuti, in cui un infermiere indagherà ulteriori bisogni o necessità assistenziali;
2. nel paziente che rientra nel livello intermedio o elevata di intensità di cura:
  - monitorare le glicemie, dietro indicazione del diabetologo, fissando gli appuntamenti presso l'A.I.D.I.C. per il controllo diario;
  - erogare interventi educativi rispetto alla gestione dell'ipoglicemia, o all'utilizzo di una nuova penna da insulina o di un glucometro, lo scarico dati, ecc.

3. per i pazienti di qualsiasi livello di assistenza mettere in atto un follow up attivo mediante il richiamo dei pazienti che si sottraggono ai controlli, aumentando le probabilità di peggioramento e di ricoveri evitabili.

Le competenze professionali per la fattibilità del progetto, sono attualmente già presenti per gli infermieri dell'ambulatorio di Diabetologia situato al San Martino, per i restanti operatori è previsto un periodo di ulteriore formazione e addestramento.

Il progetto prevede la rilevazione della qualità percepita dagli utenti mediante un Questionario di gradimento. L'organizzazione dell'U.O. di Diabetologia con l'attivazione dell'AIDC sarebbe modificato secondo la tabella seguente (le novità sono tratteggiate):





Descrizione dei prodotti / servizi
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nuovo PDTA per la gestione della persona con diabete comprendente l'attività dell'AIDC</li> <li>➤ Determina di approvazione della Direzione</li> <li>➤ Presentazione in Power Point del progetto agli operatori sanitari e MMG</li> <li>➤ Materiale informativo per gli utenti (depliants)</li> </ul>

Impatto del progetto ed aderenza alle politiche aziendali regionali e nazionali
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Piano Nazionale della Cronicità 2016</li> <li>• Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa</li> <li>• Standard Italiani per la cura del Diabete SID-AMD 2016</li> <li>• Documento di indirizzo politico e strategico per la buona assistenza alle persone con diabete AMDC-SID-SIMG2010</li> <li>• Piano Regionale Diabete del n.39/23 del 26/09/2013</li> <li>• Piano delle Performance ASL 5 2016 / 2018 Marzo 2016</li> </ul>

Valutazione del progetto		
INDICATORE	FORMULA	STANDARD
Aderenza al PDT per i pz in sola terapia dietetica	Pazienti in sola dieta seguiti secondo il Progetto per intensità di cure / Tot. Pz in sola Dieta	≥ 50% primo anno, ≥ 70% secondo anno
Aderenza al PDTA per i pz trattati con solo ipoglicemizzanti orali necessitanti di bassa intensità di cura	Pazienti trattati con ipoglicemizzanti orali clinicamente stabili seguiti secondo il Progetto per intensità di cure / Tot. Pz con ipoglicemizzanti orali clinicamente stabili	≥ 50% primo anno, ≥ 70% secondo anno
Fuga del paziente	n° pazienti che si sottraggono ai controlli / n° totali di pazienti appuntamenti	< 5%
Efficacia relativamente al parametro HbA1c	pz che mantengono il livello di assistenza bassa / totale pz con livello di assistenza bassa visitati nell'anno	100%
Tasso di ospedalizzazione	N° pazienti ospedalizzati dopo un anno dall'adozione del nuovo PDTA / n° totale pazienti inseriti nel progetto	≤ 30 x100.000 residenti 20-74 aa
Qualità percepita	n° giudizi positivi nelle schede di gradimento / n° totale schede	>90%
Formazione operatori dei distretti	n° operatori formati e addestrati / n° totale operatori entro novembre 2017	>90 %

**Costi previsti o presunti per il progetto**

La realizzazione del progetto non prevede oneri di spesa relativi all'aumento di risorse umane.

Sono previste le spese per

- N. 9 PC per le postazioni infermieristiche del U. O. di Malattie Metaboliche e Diabetologia di Oristano e del territorio,
- corsi di formazione per gli infermieri che operano al di fuori dell'U.O. di diabetologia,
- stampa di materiale informativo per la diffusione del progetto ai diversi stakeholders (infermieri, pazienti, MMG).

**Trasferibilità**

Il modello per intensità di cure proposto per l'ambulatorio di Diabetologia potrebbe essere trasferito: all'ambulatorio di cardiologia per il monitoraggio del paziente a rischio di Scompenso Cardiaco allo stadio A: Pazienti con ipertensione, aterosclerosi, diabete, sdr metabolica, dislipidemia, esente da patologie organiche cardiache.

Lo sviluppo futuro può prevedere un approccio integrato delle attività due ambulatori.

Firma del Responsabile del progetto \_\_\_\_\_

ASL ORISTANO  
P.O. "San Martino"  
U.O. di Diabetologia e Malattie del Metabolismo  
Dot. Francesco Fedala

Firma del direttore della ASL \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Gruppo di progetto			
	Nome e cognome	Qualifica	Firma per presa visione
1	Dott. Gianfranco Madau	Responsabile U.O. Malattie Metaboliche e Diabetologia	<i>Gianfranco Madau</i>
2	Infermiera Anna Paola Salis	Coordinatrice dell'U.O. Malattie Metaboliche e Diabetologia	<i>Anna Paola Salis</i>
3	Dott.ssa Concetta Clausi	Dirigente Medico	<i>Concetta Clausi</i>
4	Dott. Marco Mastinu	Dirigente Medico	<i>Marco Mastinu</i>
5	Dott.ssa Maria Maddalena Atzeni	Specialista Ambulatoriale	<i>Maria Maddalena Atzeni</i>
6	Dott.ssa Simonetta Zoccheddu	Specialista Ambulatoriale	<i>Simonetta Zoccheddu</i>
7	Dott.ssa Monica Obinu	Specialista Ambulatoriale	<i>Monica Obinu</i>
8	Inf. Giuseppina Loddo	Infermiera	<i>Giuseppina Loddo</i>
9	Inf. Maria Giuseppina Grussu	Infermiera	<i>Maria Giuseppina Grussu</i>
10	Inf. Maria Teresa Angius	Infermiera	<i>Maria Teresa Angius</i>
11	Inf. Stefania Piras	Infermiera	<i>Stefania Piras</i>
12	Inf. Isabella Vidili	Infermiera	<i>Isabella Vidili</i>
13	Elsa Madau	Dietista	<i>Elsa Madau</i>
14	Dr.ssa Carla Porcu	Psicologa a contratto	<i>Carla Porcu</i>
15	Infermiera Giuseppina Sardu	Responsabile CUP	<i>Giuseppina Sardu</i>
16	Dott. Gianni Piras	Responsabile SPS	<i>Gianni Piras</i>
17	Dott.ssa Barbara Collu	Dirigente SPS per l'area territoriale	<i>Barbara Collu</i>
18	Dott.ssa Marina Cossu	Responsabile U.O. Formazione Continua	<i>Marina Cossu</i>
19	Dott. Giuseppina Garau	U.O. Qualità e Rischio Clinico	<i>Giuseppina Garau</i>

Data 02/05/17