



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

ROMA 27 GIUGNO 2017  
STARHOTELS METROPOLE

## L'organizzazione dei PDTA nel territorio secondo il Piano per la malattia diabetica nelle Regione Lazio 2016-2018

### La diabetologia nelle Case della Salute

Daniela Bracaglia

Servizio di Diabetologia

Casa della Salute via Tenuta di Torrenova ASL RM2

Il /la dr./sa Daniela Bracaglia dichiara di NON aver ricevuto negli ultimi due anni compensi o finanziamenti da Aziende Farmaceutiche e/o Diagnostiche

# Agenda

- Introduzione
- Piano Regionale sulla malattia diabetica e Percorso Diagnostico Terapeutico Assiostenziale (PDTA)
- Casa della Salute e assistenza diabetologica
- Case della Salute nel Lazio
- Casa della Salute ASL RM 2 (Tenuta di Torrenova ) e PDTA

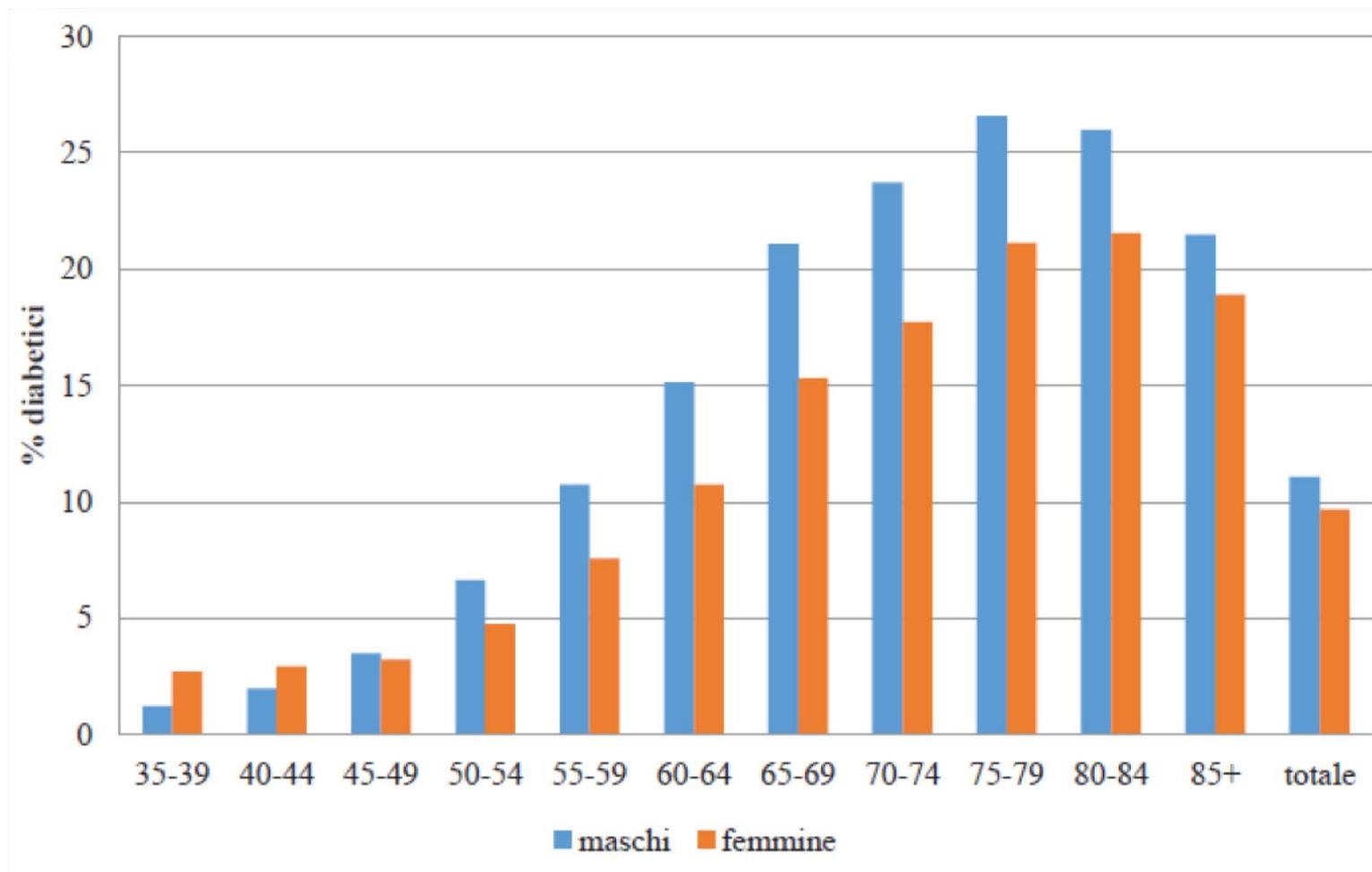
# Agenda

- **Introduzione**
- Piano Regionale sulla malattia diabetica e Percorso Diagnostico e Terapeutico Assiostenziale (PDTA)
- Casa della Salute
- Case della Salute nel Lazio
- Casa della Salute ASL RM 2 (Tenuta di Torrenova) e PDTA

# Nuovi scenari

- cambiamento epidemiologico
- popolazione sempre più anziana
- anziani sempre più soli
- prevalere delle patologie croniche sulle acute
- ospedali solo per acuti, degenze medie sempre più brevi
- sul territorio ricadute di pazienti sempre più impegnativi

## Prevalenza di diabete tipo 2 nel Lazio: distribuzione per genere ed età



## Stima della prevalenza di pazienti con diabete tipo 2 nel Lazio: Dicembre 2013

popolazione	numerosità della popolazione	prevalenza	
		n	n
Generale 35+ anni	3.607.235	372.196	10,3%
Anziana 65+ anni	1.150.543	238.638	20,7%

# Agenda

- Introduzione
- Piano Regionale sulla malattia diabetica e Percorso Diagnostico Terapeutico Assiostenziale (PDTA)
- Casa della Salute
- Casa della Salute nel Lazio
- Casa della Salute ASL RM 2 (Tenuta di Torrenova) e PDTA



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

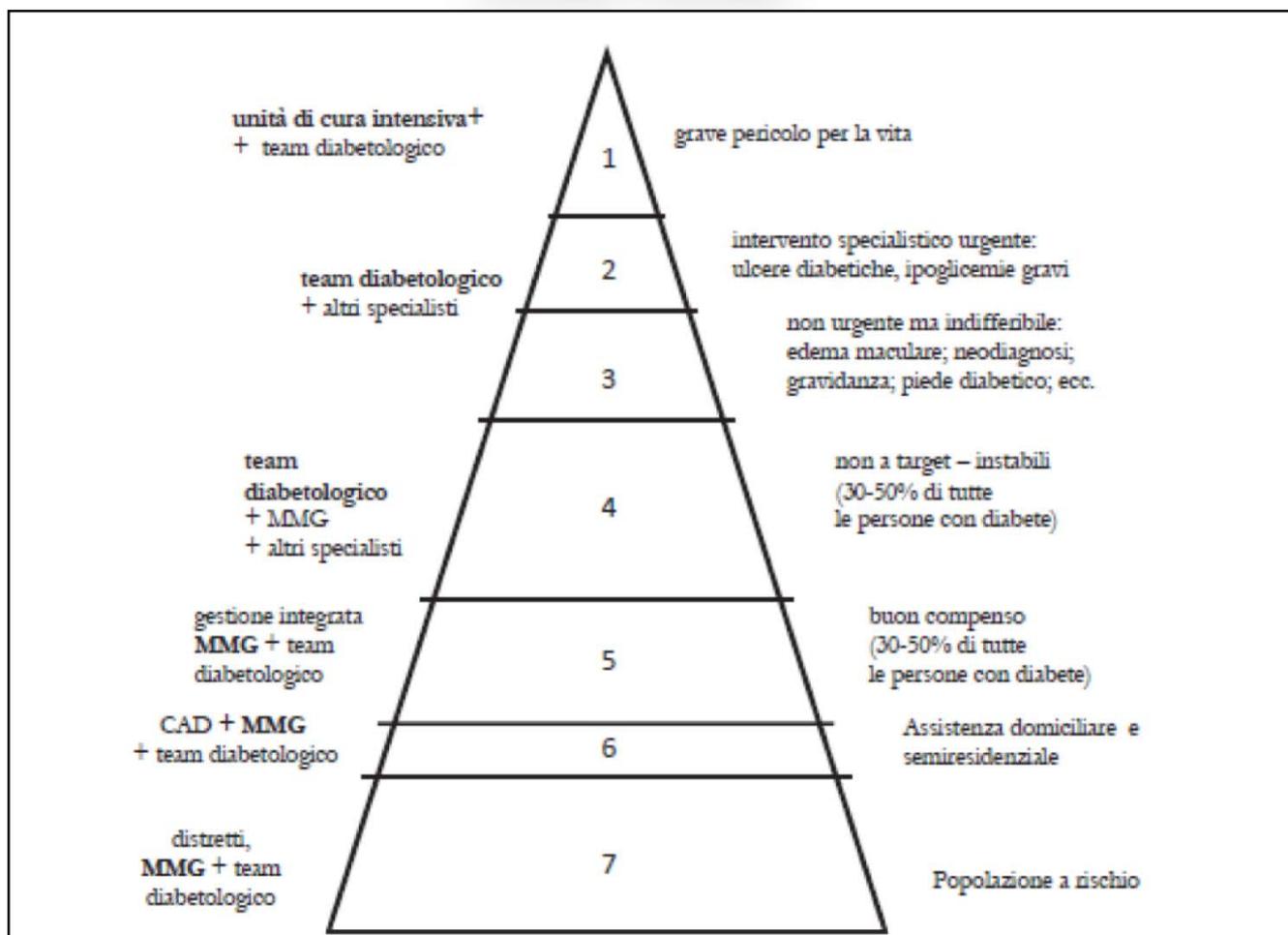
**Salute e partecipazione**  
Il Piano regionale sulla Malattia Diabetica



## Piano sulla malattia diabetica

- 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

# Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018



Assistenza diabetologica integrata, modulata su differenti livelli assistenziali

# Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018

## Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale: PDTA

Il PDTA è lo strumento attraverso il quale sono trasferite in un contesto operativo le raccomandazioni basate sulle prove di efficacia provenienti dalle linee guida

Strumento adottato dal Piano, per definire le modalità clinico-organizzative in grado di garantire all'utente la necessaria continuità assistenziale fra i vari livelli di 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

# Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018

Il PDTA di riferimento si propone di assicurare un'assistenza più appropriata, efficace e sostenibile alle persone con diabete. Comprende 3 profili di cura distinti in virtù delle caratteristiche della popolazione oggetto dell'intervento:

**Profilo A.** Popolazione a rischio per diabete (classe 7 Documento AMD-SID-SIMG)  
(7)  
Screening, diagnosi e prevenzione DM2: Protocolli A1/A2

**Profilo B.** 3 distinte tipologie di pazienti con DM2:

- Persone con Diabete Mellito neodiagnosticato o diagnosticato in precedenza ma non seguite presso una SD: Protocollo B1/B2 (in base alle condizioni cliniche)
- Persone con DM2 senza complicanze o con complicanze stabili e in buon compenso metabolico (classe 5 Documento AMD-SID-SIMG): Protocollo B1
- Persone con DM con complicanze non stabilizzate o con scompenso metabolico (classe 2,3,4 Documento AMD-SID-SIMG): Protocollo B2

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

## Protocollo B1:

Preso in carico prevalente da parte del MMG con controlli ogni 3-6 mesi e follow up con controllo a distanza presso la SD secondo il Piano di cura condiviso

- controlli presso il MMG (ogni 3-6 mesi):
    - visita medica generale, con controllo dei valori pressori e degli indici antropometrici
    - HbA1c (3-6 mesi)
    - valutazione auto-monitoraggio della glicemia (quest'ultimo se previsto)
    - assetto lipidico, funzione renale ed epatica, elettroliti o altri accertamenti, esame clinico per lo screening/valutazione delle complicanze, sulla base del piano di cura individuale concordato con il CD
    - educazione terapeutica
  
  - invio alla SD secondo piano di cura individuale
  - rinnovo annuale della prescrizione in WebCare del piano terapeutico per i presidi per autocontrollo (la prima prescrizione, il primo inserimento in WebCare ed eventuali variazioni del piano terapeutico vengono fatti dalla SD)
  - vaccinazione antiinfluenzale ed antipneumococcica
- controlli presso la SD (secondo piano di cura individuale, anche con intervalli superiori all'anno: 1/2/3 anni):
- visita medica generale e indagini di base per la valutazione del compenso metabolico e per lo screening/valutazione delle complicanze con eventuale approfondimento diagnostico
  - verifica delle abilità di autocontrollo ed autogestione, counselling nutrizionale e sull'attività fisica (educazione terapeutica individuale o di gruppo)

# Protocollo B2: prevede la gestione dei pz da parte del SD con supporto MMG

## INDAGINI DI BASE

- glicemia, HbA1c, trigliceridemia, colesterolemia totale e HDL (con calcolo LDL colesterolo, non-HDL), esame emocromocitometrico con formula, uricemia, esame urine, microalbuminuria (rapporto albumina/creatinina, preferibile in prima istanza, o albuminuria 24 ore), creatininemia per calcolo e GFR, transaminasi, gamma GT
- ECG basale e visita cardiologica
- fondo oculare e tonometria in visita oculistica
- indice caviglia-braccio (ABI)
- test per sensibilità pressoria con monofilamento, test per sensibilità vibratoria con diapason/biotesiometro, Diabetic Neuropathy Index (DNI) con stratificazione del rischio ulcerativo

## EVENTUALI INDAGINI DI APPROFONDIMENTO

- monitoraggio glicemico 24 ore, peptide-C basale e dopo stimolo con glucagone
  - creatinichinasi (se terapia con statine), elettroliti (se terapia con diuretici o bloccanti il sistema renina-angiotensina)
  - fibrinogeno, omocisteina, acido folico, proteina C reattiva ad alta sensibilità
  - monitoraggio pressorio/24 ore, monitoraggio ECG/24 ore, ecocardiogramma, test provocativo di ischemia (ECG o scintigrafia miocardica o ecocardiogramma, da sforzo o dopo stress farmacologico), ulteriori indagini vascolari (coronarografia)
  - ecocolordoppler dei vasi epiaortici e degli arti inferiori, ossimetria, ulteriori indagini vascolari (angio-RMN o angio-TC, arteriografia)
  - fluorangiografia, OCT
  - urinocoltura, proteinuria/24 ore, ecografia renale
  - elettroencefalografia o elettromiografia
  - test di valutazione per neuropatia autonoma
  - ecografia addome superiore
-

# Agenda

- Introduzione
- Piano Regionale sulla malattia diabetica e Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)
- **Casa della Salute e assistenza diabetologica**
- Casa della Salute nel Lazio
- Casa della Salute ASL RM 2 (Tenuta di Torrenova) e PDTA

# Casa della salute come sistema integrato di servizi

Strutturazione della casa della salute come sistema che si prende cura delle persone fin dal momento dell'accesso attraverso:

- l'accoglienza dei cittadini
- la collaborazione e l'integrazione tra i professionisti
- la condivisione dei percorsi assistenziali
- un nuovo approccio ai problemi di salute: medicina d'iniziativa
- la valorizzazione delle competenze

# Assistenza diabetologica e Casa della Salute

- l'assistenza diabetologica è parte integrante delle attività svolte all'interno della Casa della Salute e deve inserirsi attivamente nel processo assistenziale come ulteriore nodo del sistema di "rete reticolare" in collegamento con il sistema di cure primarie e con le strutture diabetologiche ospedaliere e territoriali
- a tal fine si individuano tre linee operative di assistenza diabetologica da sviluppare all'interno della Casa della Salute:
  - assistenza clinica
  - integrazione socio-sanitaria
  - prevenzione

# Compiti delle professionalità coinvolte nella gestione integrata del paziente con diabete tipo 2

## I MMG che coordinano gli interventi terapeutici a livello territoriale, devono:

- ✓ identificare la popolazione a rischio aumentato di malattia diabetica tra i propri assistiti
- ✓ effettuare la diagnosi precoce della malattia diabetica nel rispetto dei criteri diagnostici
- ✓ identificare tra i propri assistiti le donne con diabete gestazionale
- ✓ valutare periodicamente i propri pazienti secondo il protocollo terapeutico per il corretto controllo metabolico e la diagnosi precoce delle complicanze
- ✓ effettuare in collaborazione con il CD, interventi di educazione sanitaria e counselling delle persone con diabete rivolti all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia
- ✓ monitorare i comportamenti alimentari secondo il piano di cura personalizzato
- ✓ raccogliere i dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con il CD, mediante cartelle cliniche in formato elettronico e integrazione dei sistemi informativi regionali

## Compiti delle professionalità coinvolte nella gestione integrata del paziente con diabete tipo 2

Il Case Manager sarà individuato tra il personale infermieristico con esperienza nella gestione del DM2 e si occuperà di:

- ✓ accogliere il paziente
- ✓ gestire gli accessi per le visite diabetologiche e gli accertamenti diagnostici concordandone la priorità con il responsabile del CD, attraverso la gestione di un'agenda elettronica

# Compiti delle professionalità coinvolte nella gestione integrata del paziente con diabete tipo 2

## IL Centro Diabetologico della Casa della Salute (struttura di II livello) deve:

- ✓ effettuare l'inquadramento diagnostico e terapeutico del diabetico neodiagnosticato con formulazione del protocollo terapeutico, condiviso con i MMG
- ✓ occuparsi della gestione clinica diretta, in collaborazione con i MMG e con gli altri specialisti, delle persone con grave instabilità metabolica, complicanze croniche in fase evolutiva, trattamento con infusori continui d'insulina, diabete in gravidanza, diabete gestazionale
- ✓ impostare la terapia medica nutrizionale
- ✓ effettuare l'educazione terapeutica, gli interventi di educazione sanitaria e counselling delle persone con diabete, rivolti all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia
- ✓ valutare periodicamente, secondo il piano di cura dotato, i pz con DM 2 seguiti con il PDTA, per il buon controllo metabolico e la diagnosi precoce delle complicanze
- ✓ raccogliere i dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con il MMG mediante cartelle cliniche in formato elettronico
- ✓ stesura e aggiornamento reports degli indicatori di processo
- ✓ effettuare attività di aggiornamento

# Compiti delle professionalità coinvolte nella gestione integrata del paziente con diabete tipo 2

## Alle strutture specialistiche di III livello si demanda:

- ✓ la diagnostica complessa di tipo genetico molecolare
- ✓ lo sviluppo di tecnologie avanzate per la terapia tendenti sia al miglioramento della malattia, sia alla cura ed al controllo delle complicanze ad esso connesse
- ✓ la presa in carico delle persone con diabete per prevenzione terziaria (di ulcere del piede, di rivascolarizzazione carotidea e/o degli arti inferiori, di neuropatia autonoma, del nefropatico in attesa di trapianto)
- ✓ la presa in carico dal PS di pazienti con complicanza acuta (ipoglicemia grave, chetoacidosi e iperosmolarità)

# Agenda

- Introduzione
- Piano Regionale sulla malattia diabetica e Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)
- Casa della Salute
- **Case della Salute nel Lazio**
- Casa della Salute ASL RM 2 (Tenuta di Torrenova) e PDTA

## 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**



 Di prossima apertura

 Aperte nel 2014	 Aperte nel 2015	 Aperte nel 2016
<ul style="list-style-type: none"><li>1 CdS di Sezze - Monti Lepini</li><li>2 CdS di Pontecorvo</li><li>3 CdS Rocca Priora</li><li>4 CdS Prati - Trionfale</li><li>5 CdS Magliano Sabina</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>6 CdS di Ostia</li><li>7 CdS di Torrenova</li><li>8 CdS di Ladispoli - Cerveteri</li><li>9 CdS di Atina</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>10 CdS di Soriano nel Cimino</li><li>11 CdS di Zagarolo</li><li>12 CdS di Ceprano</li></ul>

# Case della Salute





<b>Luogo</b>	<b>ASL</b>	<b>PDTA</b>	<b>MMG</b>	<b>Team diabetologico</b>
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		

# Agenda

- Introduzione
- Piano Regionale sulla malattia diabetica e Percorso Diagnostico e Terapeutico Assistenziale (PDTA)
- Casa della Salute
- Case della Salute nel Lazio
- Casa della Salute ASL RM 2 (Tenuta di Torrenova ) e PDTA

# PDTA protocollo B2 -Casa della Salute RM 2 Tenuta di Torrenova

MMG: nuova diagnosi di DM o diagnosticato in precedenza ma non seguito da SD

Invio al Centro Diabetologico Casa della Salute

Conferma diagnosi DM 2

Definizione Protocollo Terapeutico

Gestione da parte del MMG

Controlli periodici presso il Centro Diabetologico

urgenza

Gestione e monitoraggio nel Centro Diabetologico

stabilità

si

no

Assistenza III livello



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 / e pertanto la prossima valutazione specialistica avverrà con cadenza pluriennale.

In caso di scompenso metabolico e/o comparsa o peggioramento delle complicanze potrà essere rivisto/a in tempi più brevi, utilizzando i codici di priorità previsti dalla normativa regionale, secondo il Protocollo B2.

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 PERIODICI CONSIGLIATI, secondo gli Standard Italiani di 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

Per l'ottimizzazione del controllo glico-metabolico si ritiene opportuna la seguente

TÈRAPIA DOMICILIARE:.....

Inoltre per la gestione delle comorbilità/complicanze il /la paziente è in trattamento con.....

### **AUTOCONTROLLO GLICEMICO**

Per il futuro dovrà controllare la glicemia secondo lo schema allegato (*modulo ad hoc*)

## DI SEGUITO IL QUADRO CLINICO ATTUALE DEL PAZIENTE.

Alla valutazione attuale sono stati rilevati i seguenti **PARAMETRI CLINICI** (ultimi dati registrati presso la cartella dell'Ambulatorio):

In riferimento alle **COMPLICANZE CRONICHE** della malattia diabetica il /la paziente presenta:

### **Rischio Cardiovascolare**

Data XXXXX rischio xxx (carta ISS) - xxxx (carte Framingham)

### **TERAPIA EDUCAZIONALE**

Il paziente è stato addestrato all'utilizzo del glucometro XXXX *(da prendere da modulo presidi)*

E' stato addestrato alla gestione dell'ipoglicemia *(da modulo educativo o infermieri o da ipoglicemia)*

Il paziente è stato addestrato all'utilizzo della penna/device per iniettare XXX

Necessita di aghi per penna da XX mm *(da prendere da modulo presidi)*

Rimaniamo a disposizione per ulteriori chiarimenti.

Cordiali saluti



# Aspetti principali della Casa della Salute

- accoglienza e orientamento ai servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali
- assistenza sanitaria per problemi ambulatoriali urgenti
- possibilità di completare i principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all'ospedale
- gestione delle patologie croniche, attraverso l'integrazione dell'assistenza primaria con i servizi specialistici presenti.