XIV CONGRESSO NAZIONALE

ADERENZA ALLE TERAPIE ED APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA NEL DISTRETTO

CARD

Confederazione
Associazioni
Regionali di Distretto

Società Scientifica delle attività Sociosanitarie Territoriali

Hotel Palazzo Caracciolo

Napoli 19 - 21 MAGGIO 2016

ECM ID 154744

ADERENZA ALLE TERAPIE ED APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA NEL DISTRETTO

Il paziente con diabete mellito:

nuove prospettive nel percorso diagnostico terapeutico

Beniamino Picciano
Direttore Responsabile
Distretto 33
ASL Napoli 1 Centro

Staff di Direzione Consulenza psicologica
Dott.ssa Elena De Rosa

senso del PDTA nel Distretto sanitario di base

PARTECIPAZIONE:

attiva

informata

finalizzata

ragionata

competente

critica

responsabile

La complessità della comunicazione distrettuale

Una scommessa

verso la costruzione della comunicazione nei PDTA

PDTA DISTRETTO 33

Individuazione delle funzioni di **Interfaccia**

Valorizzazione del lavoro di **Relazione e Comunicazione**

Costruzione e manutenzione della **rete** sanitaria e Socio-sanitaria

Vicinanza ai **bisogni del territorio**

Individuazione delle **fragilità specifiche**

Gestione della Comorbilita' e interconnessione tra reti assistenziali

Per il raggiungimento degli obiettivi specifici di salute per il cittadino

IL LAVORO IN ATTO NEL DISTRETTO 33

La **valorizzazione delle risorse umane** e la tutela degli **spazi di relazione** tra gli operatori per la **realizzazione del PDTA** e la formulazione di **interventi di comunicazione efficace nella rete** interna ed esterna al distretto.

Implementazione di **nuovi modelli** per gestire le cronicità

Implementazione di **modelli organizzativi integrati** tra ospedali e territorio

Interventi di **sostegno alle fragilità** e alla comunicazione con il cittadino **(Progetto "In Piazza" e "Pillole di Prevenzione")**

distretto ad alta complessità per la molteplicità di variabili in gioco e le “cronicità” istituzionali…

IL LAVORO AL DISTRETTO 33

Sostegno psicologico alle fragilità

La promozione della salute

LA SPECIFICITÀ DEI TERRITORI

FRAGILITÀ E SOLITUDINI

“…simm’ voce d’ ’e criature…”

NAPULE È… PER SEMPRE

Sud, scavame' a fossa,/voglio murì cu te
Mmiez' 'e penziere d' 'a gente/
dint' ' a chest'aria ' e turmiente./
Sud, scavame ' a fossa,/
voglio muri' cu te…/
'Ncopp' ' o presepio a Natale,/
int' a ' nu cuopp' ' e giurnale.

… simm' voce d' 'e criature pecchè tu sai che nun si' cchiù sulo…

ALLA RICERCA DI NUOVI METODI

Andare avanti!!

Avanzare per processi

Al passo con i tempi

Non si torna indietro

IL PAZIENTE CON DIABETE MELLITO: NUOVE PROSPETTIVE NEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO

Le nuove prospettive di salute i nuovi percorsi operativi come sfida in fase di carenza di risorse

Presa in carico **integrata** e “farsi carico” del paziente

DELIBERA ASL NAPOLI 1 CENTRO N. 1201 DEL 21/07/2014

Struttura proponente:

Dipartimento Assistenza Primaria e Continuità delle Cure

Direttore: dott. Gennaro Volpe

Attuazione modello assistenziale per la gestione integrata del diabete mellito

La cura del diabete è finalizzata alla **prevenzione** delle **complicanze croniche**:

obiettivo: miglioramento della **qualità di vita** del paziente con ricadute positive anche sulla **spesa sanitaria**.

key word :"**Appropriatezza**" che, come mostrano le evidenze scientifiche, costruisce sulla fenotipizzazione della persona con diabete **la personalizzazione della terapia.**

Tale approccio di cura è lontano da criteri di **autorefenzialità**, fa riferimento alle più **recenti Linee Guida**, tiene conto della **diversità clinica** di ciascun paziente e non dimentica gli **aspetti medico-legali**, **equità e sostenibilità.**

GLI ATTORI

EURO INTERNATIONAL FILMS presenta
ALBERTO SORDI
il medico della mutua
TECHNICOLOR · TECHNISCOPE
LUIGI ZAMPA

…IN VIAGGIO PER GUARDARE , ASSISTERE SOSTENERE LE FASI DEL PERCORSO DI VITA DEL PAZIENTE … DI NOI TUTTI OPERATORI E DELLA COMUNITÀ

GOVERNANCE E TECNICHE DI COMUNICAZIONE IN RETE

ECOLOGIA DELLA SALUTE

(Trimarchi) :è la parola (logos) data sulla casa (oikos), intesa come il luogo in cui è possibile sviluppare sia l'elemento tecnico (la governance) sia quello comunicativo-relazionale (umanizzazione ed empatia).

Verso la
casa della salute

Le cure integrate

ANCHE VERSO LE NUOVE SFIDE

I nuovi utenti

Popolazioni migranti

LA CASA DELLA SALUTE:
RIFUGIO IDEALE DELLA FRAGILITÀ

Come gestire la fragilità
La metafora dello specchio

Popolazioni deboli
(o fragili)

POPOLAZIONI DEBOLI (O FRAGILI)

- **Come gestire la fragilità:** la metafora dello specchio.

Fragilità (lo specchio integro)

Presa in carico della persona

Accettazione

SCIENZA DEL COMPORTAMENTO … DAVANTI A NUOVI TRAGUARDI…VECCHIE SFIDE PERSONALI…IRRIGIDIMENTI

LA CASA DELLA SALUTE

Integrazione equipe multidisciplinare

VERSO NUOVE CONOSCENZE…
RETE TERRITORIALE…
PER UNA COMUNITÀ DI PROSSIMITÀ

Autoreferenzialità

DALLA TENEREZZA DI UN RICCIO

Solidarietà

- Il punto sul diabete

Dimensione del problema

- **Tasso di mortalità** è di 57,8% per 100.000 abitanti di sesso maschile (secondi alla Sicilia), 51,2% per 100.000 abitanti di sesso femminile (primato negativo italiano)

- **Prevalenza nazionale** del 4,9%

- In **Campania > 6%** con incremento maggiore del 12% con l'aumentare dell'età

- 600/anno **amputazioni** (complicanze circolatorie)

FATTORI INCIDENTI

- **Diseguaglianza** sociale
- **Difficoltà economiche**
- Basso livello di **istruzione**
- Eccesso di **peso**
- **Sedentarietà**

Stili di vita disfunzionali
Fattori psicologici

STRATEGIE

- Necessità di un **aumento della** **sensibilità diagnostica**

- Approccio orientato alla «**presa in carico**» con la adesione a **modelli comportamentali** che favoriscono la maggiore efficacia delle cure

- Integrazione appropriata tra le figure professionali anche attraverso l'impiego di **sistemi integrati di** informatizzazione

- Abbandono di un modello basato sulla sola «**prestazione professionale**»

Consolidare il rapporto di fiducia e contatto per favorire l'integrazione dell' equipe multidisciplinare

PREVENZIONE ED INTEGRAZIONE SUL TERRITORIO

- **messaggio di salute** che **va aldilà dei contesti prestazionali**, **oltre le normali funzioni di un distretto**,
- Attraverso la **promozione ed educazione alla Salute**.
- Il **tema della prevenzione** trattato con/**sul territorio**.
- Andando incontro alla gente, facendo conoscere gli operatori aldilà del setting operativo quotidiano, per favorire una **cultura della comunicazione e della partecipazione e cittadinanza attiva**.

- Napoli citta metropolitana

- **Il nuovo messaggio di conoscenza di prevenzione e di salute**."

INTEGRAZIONI TRA COMPETENZE

- Il tema della “integrazione delle competenze" deve assumere un **volto umano**

  ("development with a human face").

LO SPIRITO DEI TEMPI
LE NUOVE PROPOSTE SOCIALI

- Necessità di partecipazione attiva delle equipe territoriali della ASL

- La sanità in piazza

MULTIETNICITA'

Bisogno di interlocutori veri

e di ascolto perché… queste realtà di grande fragilità ci vengono incontro…

Solidarietà

COSTRUIRE UN PDTA

IL DISEASE MANAGEMENT

MODALITÀ INTEGRATA DI GESTIONE DEL PAZIENTE CHE MIRA AL RAGGIUNGIMENTO DI UNA ASSISTENZA MUTUATA DALLE LINEE GUIDA CHE INDIRIZZI LA CAPACITÀ DI **OFFERTA DI SERVIZI** VERSO PRESTAZIONI APPROPRIATE E QUALITATIVAMENTE SODDISFACENTI

AVENTi COME OBIETTIVO FINALE LA RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ E DEL MANIFESTARSI DELLE COMPLICANZE DELLA MALATTIA

Fase di grandi cambiamenti Terremoto!! ….e allora???

Il Distretto 33 è un distretto ad alta complessità

…davanti alla complessità della gestione…non bisogna dimenticare che un Distretto offre percorsi di salute…per il ***bene comune*** e che le **relazioni interpersonali** incidono sui costi di gestione delle malattie contribuendo alla cronicità e alla disaffezione

Occorre quindi

…accompagnare i **cambiamenti**

…attivare **nuove competenze**, nuovi assetti organizzativi

…stimolare capacità DI **ADATTAMENTO** E autoriflessione

…formare operatori motivati non autoreferenziali che facciano **squadra**

… operare sostegno e manutenzione **rete territoriale**

… favorire e sostenere **chi si mette in gioco** per il successo PDTA

…promuovere e favorire la crescita dell'**infermiere di comunità**, dell'assistente sanitario e di **nuove professionalità**

Curare la dimensione psicologica distrettuale territoriale

La gestione integrata NON È

- Una rivendicazione dei ruoli reciproci
- Un dettare gli interventi dell'uno o dell'altro operatore coinvolto nel rapporto fiduciario con il paziente
- L'esecuzione obbligata delle procedure

È invece

CONDIVISIONE PER LA GESTIONE INTEGRATA:

DI INTERVENTI TESI A MIGLIORARE LA DIAGNOSI PRECOCE

DI PERCORSI APPROPRIATI CHE FACILITANO L'ADERENZA DEL PAZIENTE ALLA ADEGUATA TERAPIA (EDUCAZIONE E RESPONSABILIZZAZIONE DI QUEST'ULTIMO)

DI LINEE GUIDA CHE INCIDANO SULLA PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE DELLE COMPLICANZE

DI PRINCIPI DI EQUITÀ E SOSTENIBILITÀ DELLE CURE

LA MALATTIA DIABETICA PER LA SUA COMPLESSITÀ NECESSITA

DELL'ELABORAZIONE DI **STRATEGIE DI PERCORSI** DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI IN RELAZIONE ALLA **DIVERSA GRAVITÀ DEL QUADRO MORBOSO.**

LA MALATTIA DIABETICA PER LA SUA COMPLESSITÀ NECESSITA

Gestione della Comorbilita’

interconnessione tra reti assistenziali aziendali già strutturate o in itinere

RUOLO E OPPORTUNITÀ DELLA ASSISTENZA PRIMARIA

- MEDICINA DI PRIMO CONTATTO
- CONTINUATIVA NEL TEMPO
- APPROCCIO GLOBALE AL PAZIENTE ED A TUTTI I SUOI PROBLEMI DI SALUTE
- COORDINAMENTO PER LE ATTIVITÀ DI CURA E PREVENZIONE
- SVOLGIMENTO DI RUOLO PRIVILEGIATO IN QUANTO AD INTERCETTO/RAPPORTO FIDUCIARIO/APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI

TEAM DIABETOLOGICO

- MMG

- CENTRI DIABETOLOGICI TERRITORIALI (CDT)

Ambulatori infermieristici

Verso una rivisitazione del RUOLO DI COORDINAMENTO DELL' UCAD

- RIUNIONI PERIODICHE
- ORGANIZZAZIONE DI PROGETTI DI EDUCAZIONE SANITARIA
- CONFRONTO SU PARTICOLARI CASI CLINICI
- INCONTRI VOLTI A FAVORIRE L'EDUCAZIONE SANITARIA PER LA MODIFICA DI STILI DI VITA ERRATI CON I PAZIENTI NELL'AMBITO DEL DISTRETTO CON CONSOLIDAMENTO DI OBIETTIVI DEL TEAM DIABETOLOGICO.
- FAVORIRE L'ACQUISIZIONE DEL CORRETTO INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO E SUCCESSIVA ACQUISIZIONE DELLA ESENZIONE PER PATOLOGIA
- AUDIT

DELIBERE ASL NAPOLI 1 CENTRO:

N. 1201 DEL 21/07/2014

ATTUAZIONE DEL MODELLO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE

Struttura proponente:

Dipartimento Assistenza Primaria e continuità delle Cure

Direttore: dott. Gennaro Volpe

N. 1268 DEL 23/07/2015

PRESA D'ATTO DEL PDTA DIABETE

NOTA PROT N. 90 DEL 22/01/2016

A TUTTI I DISTRETTI SANITARI DI BASE

uniforme applicazione delle normative vigenti, **linee guida**:

PERCORSO PER L'ATTIVAZIONE DELLA CONCESSIONE DEI PRESIDI DIABETOLOGICI DELL'ASL NAPOLI 1 CENTRO

LINEE GUIDA AZIENDALI DI FABBISOGNO DEI PRESIDI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI PER I PAZIENTI DIABETICI

LINEE GUIDA CONDIVISE PER LA GESTIONE DEL PDTA NEL DIABETICO

OBIETTIVI GENERALI PDTA DIABETE

- APPLICARE UN MODELLO DI **GESTIONE INTEGRATA.**
- MIGLIORARE QUALITÀ **APPROPRIATEZZA** ED ACCESSO AL PAZIENTE DIABETICO SIA AL CDT CHE NELLO STUDIO
- DEFINIRE **COMPITI E COMPETENZE DEL MMG** NELLA CURA DEL PAZIENTE DIABETICO
- APPLICARE LE RECENTI LINEE GUIDA
- MIGLIORARE GLI **INDICATORI DI PROCESSO E DI ESITO (LAP)**
- **RIDURRE GLI INTERVENTI INAPPROPRIATI** CHE INCIDONO SULLA ACQUISIZIONE CORRETTE DELLE LISTE DI PRIORITÀ
- ATTUARE STRATEGIE ATTE A FAVORIRE **MODELLI EDUCAZIONALI** E RIMOZIONE DI STILI DI VITA ERRATI

PRIMO LIVELLO ASSISTENZIALE

(ASSISTENZA SANITARIA PRIMARIA - MMG)

POPOLAZIONE TARGET

- PREVENZIONE E SCREENING PATOLOGIA DIABETICA NELLA POPOLAZIONE A RISCHIO
- NEI PAZIENTI CON ALTERATA GLICEMIA A DIGIUNO (IGF) E RIDOTTA TOLLERANZA AL GLUCOSIO (IGT)
- ASSISTENZA AL PAZIENTE DIABETICO TIPO 2 NON SCOMPENSATO NON INSULINO- TRATTATO E SENZA COMPLICANZE D'ORGANO
- GESTIONE DEI PAZIENTI DIABETICI TIPO 2 SCOMPENSATI E/O INSULINO TRATTATI IN STRETTA COLLABORAZIONE CON I CENTRI DIABETOLOGICI TERRITORIALI

QUESTO È IL MOMENTO FONDAMENTALE DELLA GESTIONE. IL MMG HA IL COMPITO DI INDIVIDUARE TUTTI I PAZIENTI A RISCHIO, TUTTI I PAZIENTI CON IFG E CON IGT, E TUTTI I PAZIENTI AFFETTI DA DIABETE IN UNA FASE DELLA MALATTIA CHE **NON PRESENTA LE COMPLICANZE**.

COMPITI DEL MMG

- EFFETTUARE LO SCREENING DELLA POPOLAZIONE A RISCHIO (SELEZIONARE CASI DI DIABETE NON DIAGNOSTICATI)
- OPERARE IN COLLABORAZIONE CON I CDT AD EFFETTUARE EDUCAZIONE SANITARIA/COUNSELLING/COMPORTAMENTI ALIMENTARI/ESERCIZIO FISICO/ABOLIZIONE DEL FUMO ETC…)
- MONITORARE LA TERAPIA FARMACOLOGICA E SORVEGLIARE SUGLI EFFETTI DELLA TERAPIA IPOGLICEMIZZANTE
- PROGRAMMARE L'INQUADRAMENTO E GESTIRE IL FOLLOW UP
- ORGANIZZARE IL PROPRIO STUDIO CON TEMPI DEDICATI
- PRATICARE UNA MEDICINA DI INIZIATIVA
- REGISTRARE I DATI IN VIA INFORMATIZZATA NELLA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA IN POSSESSO DEL MMG
- RINNOVARE IL PIANO TERAPEUTICO PER I PRESIDI UTILIZZATI DAL PAZIENTE.

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PER LA **PREVENZIONE**

DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

COMPITI DEL MMG

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PER LA PREVENZIONE DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Competenza del MMG

SOGGETTI A BASSO RISCHIO

età > 40 anni

Ogni 3 anni

Glicemia a digiuno

SOGGETTI A MEDIO- ALTO RISCHIO

- Familiarità 1° grado
- Sovrappeso/obesità (BMI >25 e/o circonferenza vita > 88 cm nelle donne e 102 cm negli uomini)
- Aterosclerosi precoce
- Ipertensione arteriosa
- Gruppi etnici ad alto rischio
- Pregresso diabete gestazionale
- Pregressi parti con peso alla nascita > 4kg o < 2,5 kg.
- Aborti ripetuti
- Dislipidemia (trigliceridi >250 mg/dl e/o colesterolo HDL <35 mg/dl)
- Iperuricemia

Ogni anno

Glicemia a digiuno

Ogni tre anni

Glicemia due ore dopo Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) (con 75g)

CRITERI DIAGNOSTICI

CRITERI DIAGNOSTICI

- **Soggetti sani per DM** — **<110 mg/dl**
- **DIABETE** — **Glicemia a digiuno, confermata 2 volte**
  ≥126 mg/dl oppure nell' OGTT glicemia a due ore ≥ 200 mg/dl
- **IGT**
  Impaired Gucose Tolerance
  Ridotta Tolleranza al Glucosio — **Glicemia a digiuno <126 mg/dl e nell'OGTT glicemia a due ore ≥ 140 e < 200 mg/dl**
- **IFG**
  Impaired Fasting Glucose
  Alterata Glicemia a digiuno — **Glicemia a digiuno**
  ≥ 110 e < 126 mg/dl

COMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PER IL FOLLOW-UP DEL PAZIENTE CON: RIDOTTA TOLLERANZA AL GLUCOSIO, Impaired Glucose Tolerance (IGT) o ALTERATA GLICEMIA A DIGIUNO Impaired Fasting Glucose (IFG)

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PER IL FOLLOW-UP DEL PAZIENTE CON IGT o IFG

OGNI SEI MESI

- →Glicemia a digiuno e post-prandriale
- →Peso corporeo con calcolo BMI
- →Pressione arteriosa

OGNI ANNO

- → Profilo lipidico (Colesterolo totale, HDL-LDL calcolato, trigliceridi)
- → HBA1c
- → ECG
- → Visita Medica Generale orientata alla patologia diabetica
- → Curva da carico di glucosio (75gr)

- I pazienti vanno registrati nelle **schede cliniche del MMG**
- Le informazioni raccolte vanno comunicate agli organismi preposti alla raccolta dei dati epidemiologici (nel rispetto della legge sulla **privacy 196/03**) mediante procedure che saranno successivamente indicate.
- I pazienti identificati vanno inseriti in **programmi di educazione strutturata** concordati fra MMG e Centro Diabetologico Territoriale secondo le indicazioni della legge 115/87

GESTIONE INTEGRATA TRA MEDICO DI MEDICINA GENERALE E CENTRO DIABETOLOGICO TERRITORIALE

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PER IL FOLLOW-UP DEL PAZIENTE DIABETICO TIPO 2 PRIVO DI COMPLICANZE D'ORGANO.

MMG

- La responsabilità della continuità delle cure, della terapia e del follow-up di questa tipologia di pazienti
- Mantenere attiva una costante comunicazione su qualsiasi evento relativo al paziente.

CDT

- Formulare il Piano di assistenza al momento dell'invio per l'inquadramento e alla rivalutazione annuale del compenso e delle complicanze.
- Mantenere attiva una costante comunicazione su qualsiasi evento relativo al paziente.

Ogni paziente con D.M. tipo 2 privo di complicanze di organo deve essere sottoposto a visita specialistica diabetologica con la seguente periodicità:

- Al momento della diagnosi
- Per la rivalutazione annuale del compenso e delle complicanze
- Per gli eventuali controlli concordati tra MMG e Centro Diabetologico Territoriale

GESTIONE INTEGRATA TRA MMG E CDT. PDTA PER IL FOLLOW-UP DEL PAZIENTE DIABETICO TIPO 2 PRIVO DI COMPLICANZE D'ORGANO.

Il paziente deve di norma eseguire:

Ogni 3 mesi

Da DGRC 1168/2005 E A.I.R

- →Visita medica
- →Glicemia a digiuno e post-prandiale
- →HbA1C
- →Valutazione del controllo glicemico eseguito dal paziente
- →Peso corporeo con calcolo del BMI e misurazione circonferenza vita
- →Pressione arteriosa

Ogni 6 mesi

Da DGRC 1168/2005 E A.I.R

- →Visita medica generale orientata alla patologia diabetica (ivi compreso esame mirato a scoprire alterazioni a carico dei piedi)
- →Profilo Lipidico (Colesterolo totale - HDL- LDL calcolato- Trigliceridi)
- →Esame urine completo

Ogni anno

Da DGRC 1168/2005

- →Urinocoltura
- →Microalbuminuria (ogni 6 mesi se > 20mcg/min)
- →Creatinina o Clearance della creatinina
- → Elettroliti sierici
- → Emocromo completo con formula leucocitaria
- →Transaminasi
- → ECG
- → Esame del fondo dell'occhio, acuità visiva e tonometria (cadenza annuale in assenza di retinopatia)
- → Misurazione delle pressioni distali (rapporto caviglia/braccio)
- → Educazione terapeutica e terapia nutrizionale (all'esordio e rinforzo annuale ai successivi controlli)
- → Visita presso il CDT (screening per neuropatia sensitivo/motoria ed autonomica e controllo podologico)
- → Questionario per lo screening della disfunzione erettile previo consenso informato

SECONDO LIVELLO ASSISTENZIALE

(ASSISTENZA SPECIALISTICA TERRITORIALE – CDT)

OBIETTIVI

LA CURA DEI PAZIENTI:

- **DIABETE TIPO 1**
- **GRAVIDE DIABETICHE**
- **DIABETICI TIPO 2 CON COMPLICANZE E/O INSULINO – TRATTATI (IN COLLABORAZIONE CON GLI ALTRI LIVELLI DI ASSISTENZA)**
- **DIABETICI IN CONDIZIONI DI "FRAGILITA"**
- **Diabete in gravidanza**

La gestione integrata prevede il controllo presso la struttura specialistica nei seguenti casi:

Controllo del paziente diabetico presso **la struttura specialistica** nei seguenti casi :

Con Urgenza

→Scompenso metabolico acuto *1

→Ripetuti episodi di ipoglicemia *2

→Gravidanza in donna diabetica e diabete in gravidanza *3

→Comparsa di ulcere del piede o di lesioni ischemiche e/o infettive agli arti inferiori *1

Programmabile

(oltre quella all'esordio e quella annuale di screening)

→Ripetute glicemie a digiuno superiori a 180 mg/ml

→HbA1c > 7.5 %

→Comparsa di segni clinici riferibili a complicanze.

***1** In questi casi, il paziente va inviato in **strutture di III Livello**

***2** il paziente va inviato al CDT nel rispetto delle normative vigenti (prenotazione CUP e pagamento ticket/tassa regionale se dovuto). L'erogazione della prestazione deve avvenire entro i termini previsti dalle normative vigenti.

***3** La gestione del **Diabete in Gravidanza e delle Gravide Diabetiche** è di competenza del CDT che assicurerà l'assistenza necessaria secondo i protocolli vigenti previsti dalla DGRC 1168/2005.

PDTA PER IL FOLLOW-UP DEL PAZIENTE DIABETICO TIPO 1, DEL PAZIENTE CON D.M DI TIPO 2 CON COMPLICANZE E/O INSULINO-TRATTATI (IN COLLABORAZIONE CON GLI ALTRI LIVELLI DI ASSISTENZA) E DEI DIABETICI IN CONDIZIONE DI "FRAGILITÀ".

Tutti i pazienti con Diabete tipo 1, i pazienti con Diabete tipo 2 con complicanze in atto e/o in terapia insulinica o nei quali sussistono uno o più elementi di fragilità, quali: l'età>75 anni, l'insufficienza renale cronica, ecc. e/o complicanze e/o patologie concomitanti che ne riducano l'aspettativa di vita, vanno seguiti, in maniera integrata, dai CDT, dagli specialisti di riferimento e dai MMG: **In questo contesto la gestione della cura del diabete è affidata al Centro Diabetologico.**

La gestione della cura del diabete è affidata al Centro Diabetologico che ha come compiti anche:

- I pazienti diabetici tipo 2 ai quali siano stati prescritti farmaci innovativi (inibitori dei DPP-IV, analoghi del GLP-1, ecc.) e per i quali è previsto il rilascio di un Piano Terapeutio on-line.
  - Il rilascio ed il rinnovo dei Piani Terapeutici per i suddetti farmaci innovativi è di competenza delle CDT e dei centri prescrittori già individuati.
- In tutte queste tipologie di pazienti è giustificato un controllo più assiduo da parte del CDT, almeno semestrale o con una periodicità diversa a seconda del caso, per poter operare gli opportuni approfondimenti diagnostici e perseguire un compenso glicometabolico ottimale.
  - Le Prestazioni Diabetologiche e le modalità di programmazione dello Screening delle Complicanze da effettuare sono quelle previste dalla DGRC 642-09.

DESEASE MANAGEMENT DELLA STESURA DEI PIANI TERAPEUTICI, PER PRESIDI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI.

MMG

Il **rinnovo del Piano Terapeutico** per i presidi diagnostico-terapeutici per i pazienti reclutati nella Gestione Integrata in buon compenso e per i quali non sono variate le condizioni cliniche e/o terapeutiche che ne hanno determinato il rilascio

Nei casi di **modifica per le mutate condizioni cliniche** del paziente e in caso di cambio del glucometro, il paziente va inviato al **CDT** che effettuerà una rivalutazione del paziente sia dal punto di vista glicometabolico che di aderenza alla terapia dietetica-farmacologica prescritta.

CDT

La prima stesura dei Piani terapeutici per i presidi diagnostici terapeutici e compito del CDT.

TERZO LIVELLO ASSISTENZIALE
(OSPEDALE)

OSPEDALE

LIVELLO A PIÙ ALTA INTENSITÀ DI ASSISTENZA RELATIVA ALLE FASI DELLA MALATTIA CHE NECESSITANO DI RICOVERO OSPEDALIERO

OBBLIGO DI ACQUISIRE LE CREDENZIALI PERSONALI DI ACCESSO ALLA PIATTAFORMA ELETTRONICA Sani. Arp

Per tutti i prescrittori:

È fatto obbligo di acquisire le credenziali personali di accesso alla piattaforma elettronica Sani.Arp per **inserire telematicamente in tempo reale sia i rinnovi dei piani terapeutici** che tutte le implementazioni alla fornitura dei presidi ed ausili.

- MMG
- Specialisti Diabetologi Territoriali
- Specialisti Diabetologi Ospedalieri

PERCORSO PER L'ATTIVAZIONE DELLA CONCESSIONE DEI PRESIDI DIABETOLOGICI DELL'ASL NAPOLI 1 – CENTRO

Solo i pazienti in possesso del codice di esenzione per Diabete Mellito (Cod. 013.250) hanno diritto alla concessione dei presidi diagnostico-terapeutici, secondo quanto disposto dalle normative vigenti (Legge 115/87, decreto assessorile n. 832/02 e seguenti), previo rilascio di un Piano Terapeutico (PT), predisposto dai Medici Prescrittori della struttura diabetologica di afferenza, a validità massimo di un anno dalla data di rilascio, persistendo le condizioni cliniche e/o terapeutiche.

PERCORSO PER L'ATTIVAZIONE DELLA CONCESSIONE DEI PRESIDI DIABETOLOGICI DELL'ASL NAPOLI 1 – CENTRO

Le **strutture abilitate** alla stesura dei Piani Terapeutici per i pazienti diabetici sono quelle identificate con nota Prot. 2212/2003 della ASL Napoli 1, e precisamente:

Le **strutture pubbliche territoriali:** in particolare per la ASL Napoli 1 – Centro, i **5 Centri di Diabetologia** istituiti con delibera n. 4831/1997 e delibera n° 800/2004 e gli ambulatori di diabetologia correlati:

Centro Diabetologico C1 (D.S. 24 – 27)
Centro Diabetologico C2 (D.S. 31 – 32)
Centro Diabetologico C3 (D.S. 28 – 30)
Centro Diabetologico C4 (D.S. 26 – 29)
Centro Diabetologico C5 (D.S. 25 – 33)

Le U.O. di Diabetologia e/o gli Ambulatori di Diabetologia ubicati presso i presidi sanitari di ASL, di AO e di AUP;
I Centri di riferimento di Diabetologia Pediatrica ubicati presso le AUP Federico II e 2a Università degli Studi di Napoli;
I Centri di Diabetologia temporaneamente accreditati.

PERCORSO PER L'ATTIVAZIONE DELLA CONCESSIONE DEI PRESIDI DIABETOLOGICI DELL'ASL NAPOLI 1 – CENTRO

L'elenco anagrafico degli assistiti aventi diritto alla concessione dei presidi diagnostico-terapeutici potrà essere reperito dall'anagrafe assistiti della A.S.L. Napoli 1 Centro (cittadini in possesso del codice di esenzione 013.250).

I Piani Terapeutici verranno rilasciati ai pazienti aventi diritto previa richiesta del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta di "Visita Diabetologica successiva alla prima per Piano Terapeutico" e adempimento delle normative vigenti sulla compartecipazione alla spesa.

ALLEGATO n. 2
PERCORSO PER L'ATTIVAZIONE DELLA CONCESSIONE DEI PRESIDI DIABETOLOGICI DELL'ASL NAPOLI 1 – CENTRO

I Piani Terapeutici redatti dal medico prescrittore della struttura diabetologica verranno inseriti del sistema SaniA.R.P. come previsto dal DCA n° 20/2013 e dalla Circolare regionale prot.n. 2014.111026 del 14/2/14; tuttavia, nelle more della completa diffusione del sistema nei presidi ASL, è previsto che detti piani vengano consegnati al cittadino che provvederà a presentarli direttamente ad una Farmacia Aperta al Pubblico del territorio della ASL Napoli 1 Centro.

La Farmacia provvederà a trasmettere tramite fax il PT alla struttura della piattaforma SaniA.R.P. che inserisce il PT nel portale regionale SANIARP.

LIVELLI DI APPROPRIATEZZA DI PERFORMANCE PREVISTI PER I PAZIENTI DIABETICI DALL'A.I.R. PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Indicatore LAP livello di appropriatezza performance	Livello accettabile	Standard nazionale
% pz diabetici tipo 2	3%	6%
% pz Hb1Ac dosata negli ultimi 12 m	70%	98%
% pz con profilo lipidico in scheda	60%	89%
% pz con almeno 1 misurazione PA in scheda	90%	97%
% registrazione BMI	70%	Non rilevata
% registrazione circonferenza ombelicale	50%	Non rilevata
% pz con dosaggio microalbuminuria in scheda	50%	86%
% pz con registrazione dosaggio creatininemia	60%	86%
% pz Hb1Ac < 7,5%	25%	43,1%
% pz LDL minore di 130 mg/dl	20%	36,4%
% pz con valore della PA < = 130/80	20%	36,6%

MA NON DIMENTICHIAMO LA COMPLESSA E ARTICOLATA DOMANDA DI SALUTE

I BISOGNI

LE FRAGILITA’

I bisogni, sempre più articolati,

complessi e determinanti di salute –

da ricercare nelle condizioni sociali, economiche, culturali

e comportamentali della popolazione fragile –

non consentono **risposte settoriali**

ma **richiedono risposte unitarie** che considerino

la **persona nella sua globalità**,

che tengano conto

delle prospettive fisiche, economiche,

sociali, culturali, ambientali e di genere

della popolazione, **delle disuguaglianze**

nella salute e sappiano **garantire**

assistenza senza soluzione di continuità.

L’obiettivo del sistema :“**guadagni di salute”…**

gestire la domanda di salute **in maniera condivisa**, **partecipata nel rispetto delle culture di afferenza**, nella logica dei PROCESSI E DEI PDTA,

STOP
DIABETES

NORMAL
LOW
HIGH
DiABETES
ALARMING
Level

REGIONE CAMPANIA
Azienda Sanitaria Locale
NAPOLI 1 - CENTRO

STIAMO COSTRUENDO CONTROVENTO

- L'infrastruttura territoriale
- Le autostrade , i caselli di entrata e di uscita, gli svincoli
- Poi verranno le provinciali, le strade comunali, i sentieri …..

LA CASA DELLA SALUTE COME LEVA VIRTUOSA DEL CAMBIAMENTO DELLA SANITÀ

DI FRONTE ALLE DIFFICOLTÀ GLI OPERATORI FANNO SBARRAMENTO, FUGGONO DALLE RESPONSABILITÀ, CREANO ULTERIORI DIFFICOLTÀ, SONO RESISTENTI AI CAMBIAMENTI

Fuje 'a chistu paese, fuje 'a chistu paese./Parole, penziere, perzone nun vanno ddaccordo nemmanco nu mese

Gente distrutta e una città di più/Cerca se puoi, cerca Palepoli/La realtà di un'età senza noi (da "*Oro nero*" Osanna , 1971)

Restare e Costruire… per Napoli

Cosa ci portiamo nella valigia?

Fronteggiare
con la prevenzione
l'epidemia della fragilità

Migliorare l'aderenza e l'inerzia terapeutica

Sanità digitale

Favorire la cultura organizzativa

Restituzione del dato informativo

lavorare "con…" e non "per…"

Orientamento olistico centrato sulla persona

Abbattere i muri per essere….. IN… e PER…

…perché o' PDTA nunn' è na carta…

Ma un'occasione buona di cambiamento

Il PDTA siamo noi,

il nostro lavoro in…sieme,

la partecipazione della gente,

la voglia di comunicare

senza pregiudizi…

di esserci, di partecipare a questo momento di

cambiamento epocale

delle strategie di assistenza

VERSO LA CASA DELLA SALUTE

Verso la casa della salute

Verso la casa della salute

La salute di comunita’

Grazie a tutti voi

…Wake up, guagliù!!!