



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Tavolo Tecnico Diabete e Obesità

20 Marzo 2014

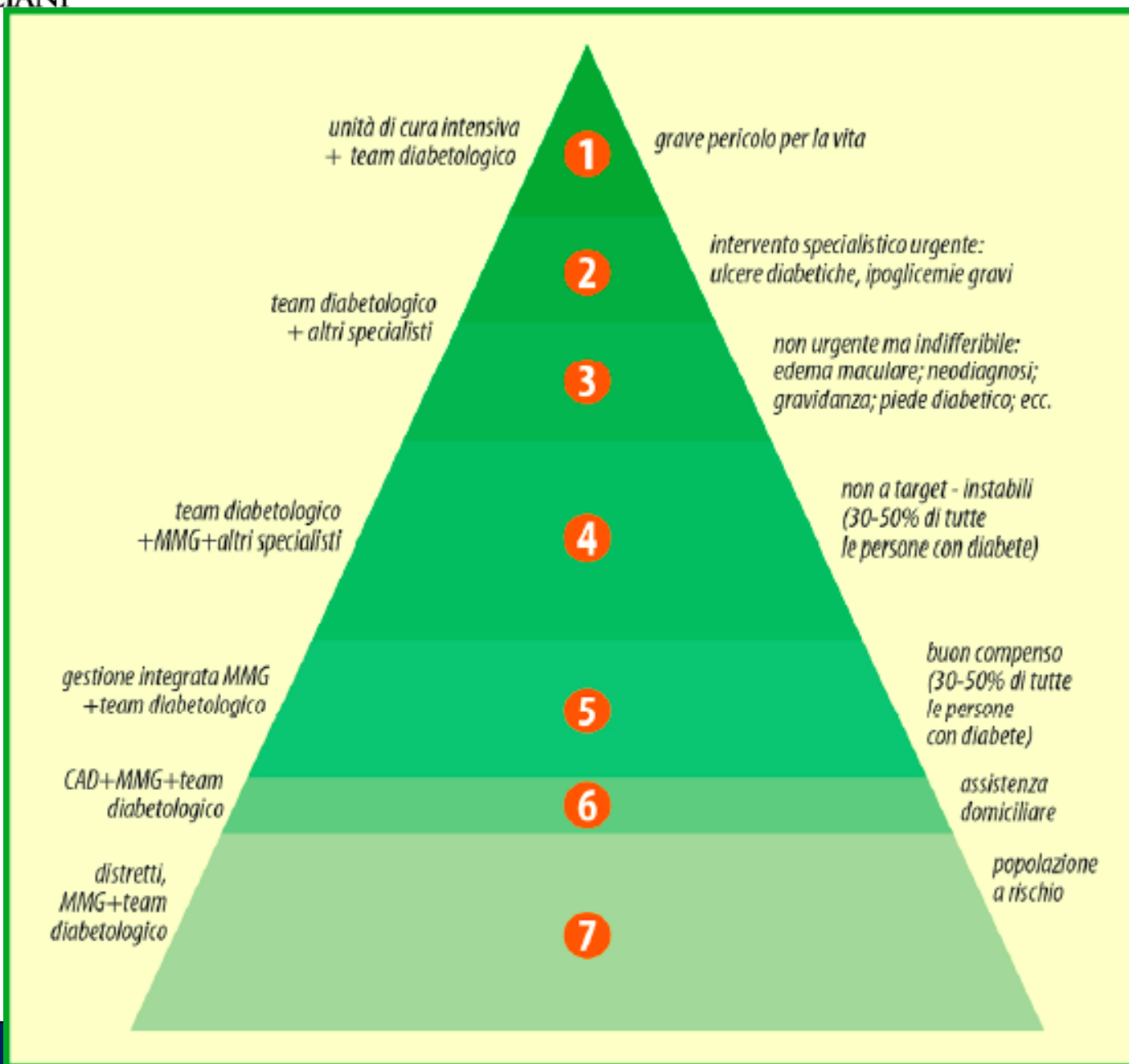
- **Contesto ed epidemiologia**
- **Il percorso del paziente**
- **Gestione appropriata e sostenibilità:**
 - **Requisiti di eccellenza Centri Diabetologia**
 - **Requisiti di eccellenza Centri Obesità**
 - **Requisiti di eccellenza UCCP**
 - **Requisiti di eccellenza Farmacie**
- **Possibili progettualità**

- In Italia si stimano circa 3 milioni di diabetici, almeno altri 2 milioni con diabete latente e circa 30 milioni di persone sono in sovrappeso o obese
- Alcuni numeri del fenomeno:
 - >50% dei pazienti con diabete non risulta a target rispetto ai livelli di glicemia
 - Meno del 40% dei pazienti diabetici sottoposti all'esame del fondo oculare
 - Meno del 25% dei pazienti diabetici sottoposti alla valutazione di microalbuminuria
 - Solo il 20% dei pazienti diabetici viene sottoposto a visita per piede diabetico
 - Solo il 25% dei diabetici effettua l'autocontrollo della glicemia
- La spesa associata all'obesità e alle sue comorbidità/complicanze è pari a oltre Euro 28,0 Miliardi e per oltre il 65% è dovuta a ospedalizzazioni
- Il 75% della spesa sanitaria per diabete è dovuta a ospedalizzazioni per comorbidità/complicanze
- Le crisi ipoglicemiche sono una criticità per il paziente anziano in quanto causano spesso cadute e fratture. L'8% degli anziani Federanziani riferisce episodi di ipoglicemia, per cui è stato necessario l'intervento di terzi e nel 63,5% dei casi è stato necessario il ricovero ospedaliero

- Un'efficace presa in carico globale del paziente diabetico può ridurre l'ospedalizzazione anche del 50% e ridurre le giornate (inappropriate) di degenza fino al 30-40% con un forte risparmio per il sistema
- Risulta fondamentale quindi definire percorsi di presa in carico globale del paziente sia all'interno della struttura ospedaliera (multidisciplinarietà) sia sul territorio (multisetorialità) che favoriscano l'adozione di corretti stili di vita ed il monitoraggio dei così da migliorare salute/qualità di vita e garantire al contempo la sostenibilità per il sistema
- Tutto ciò garantendo un sistema che integri le cure territoriali con quelle specialistiche ospedaliere e, quest'ultime, organizzate secondo modelli per intensità di cure (es. per Diabete Centri di 1° e 2° livello; per Obesità modelli hub & spoke)

- **Contesto ed epidemiologia**
- **Il percorso del paziente**
- **Gestione appropriata e sostenibilità:**
 - **Requisiti di eccellenza Centri Diabetologia**
 - **Requisiti di eccellenza Centri Obesità**
 - **Requisiti di eccellenza UCCP**
 - **Requisiti di eccellenza Farmacie**
- **Possibili progettualità**

Diabete: stratificazione della complessità clinica-assistenziale e approccio di risposta



Prevenzione

- Identificazione popolazione a rischio
- Effettuazione diagnosi precoce
- Individuazione precoce dei soggetti a rischio complicanze e/o diabete gestazionale
- Interventi di counselling ed educazione sanitaria
- Gestione integrazione Ospedale-Territorio

Diagnosi

- Inquadramento e valutazione complicanze
- Fenotipizzazione del paziente
- Gestione integrazione Ospedale-Territorio

Trattamento

- Valutazione quadro socio-sanitario-economico del paziente
- Impostazione approccio e soluzione terapeutica
- Definizione Piano di Cura Personalizzato
- Supporto psicologico a paziente e familiari
- Gestione integrazione Ospedale-Territorio

Monitoraggio

- Presa in carico dei pazienti
- Valutazione e monitoraggio periodici (medicina di iniziativa, autovalutazione,..)
- Interventi di counselling ed educazione sanitaria (stili di vita e autogestione)
- Raccolta dati clinici e alimentazione cartelle cliniche

ATTIVITÀ CHIAVE

ATTORI CHIAVE

- Mmg
- Diabetologo
- Farmacie
- Istituzioni (ASL)
- Società civile

- Diabetologo
- Mmg
- Nefrologo
- Cardiologo
- Neurologo
- Podologo
-

- Mmg
- Infermiere
- Diabetologo
- Nefrologo
- Cardiologo
- Fisiatra
- Assoc.ni pazienti
-

- Mmg
- Diabetologo
- Infermiere
- Farmacia
- Assoc.ni pazienti
-

1. Definizione della popolazione target di pazienti da porre in gestione integrata
2. Adesione consapevole del paziente e raccolta informazioni
3. Stratificazione del rischio (cluster per complessità assistenziale)
4. Condivisione con il paziente di un patto di cura completo
5. Attuazione e monitoraggio del piano di follow-up

Visione macro del tipico percorso clinico-assistenziale: Obesità (*esemplificativo*)



- **Contesto ed epidemiologia**
- **Il percorso del paziente**
- **Gestione appropriata e sostenibilità:**
 - **Requisiti di eccellenza Centri Diabetologia**
 - **Requisiti di eccellenza Centri Obesità**
 - **Requisiti di eccellenza UCCP**
 - **Requisiti di eccellenza Farmacie**
- **Possibili progettualità**

Obiettivi

- Inquadramento clinico adeguato (fenotipizzazione pazienti)
- Primo trattamento/Piano di Cura Personalizzato
- Coordinamento con centri diabetologici Territoriali
- Integrazione Ospedale-Territorio

Attività principali

- **Inquadramento** delle persone con **diabete neodiagnosticato**
- **Gestione clinica**, in collaborazione con i MMG e gli **altri Specialisti**, di pazienti con **situazioni più complesse/critiche** (grave instabilità metabolica, complicanze croniche in fase evolutiva,...)
- **Impostazione** della **terapia nutrizionale** in collaborazione con **Dietista**
- **Valutazione periodica**, dei pazienti diabetici di tipo 2 seguiti con il protocollo di gestione integrata
- **Raccolta dei dati clinici** mediante **cartelle cliniche (elettroniche e in rete)**
- Attività di **aggiornamento e formazione** congiunta con **MMG/Farmacisti territoriali**
- **Presenza periodica in UCCP** per **attività ambulatoriali**
- Partecipazione all'**integrazione Ospedale-Territorio**

Obiettivi

- Gestione casi a minore complessità/criticità
- Coordinamento con centri diabetologici Ospedalieri
- Integrazione Ospedale-Territorio

Attività principali

- **Gestione clinica**, in collaborazione con i MMG e gli **altri Specialisti**, di pazienti con **situazioni a minore complessità/criticità**
- **Impostazione della terapia nutrizionale** in collaborazione con **Dietista**
- **Valutazione periodica**, dei pazienti diabetici di tipo 2 seguiti con il protocollo di gestione integrata
- **Raccolta dei dati clinici** mediante **cartelle cliniche (elettroniche e in rete)**
- Attività di **aggiornamento e formazione** congiunta con **MMG/Farmacisti territoriali**
- **Presenza periodica in UCCP** per **attività ambulatoriali**
- Partecipazione all'**integrazione Ospedale-Territorio**

Requisiti di Eccellenza

- Area funzionali presenti:
 - Diabetologo
 - Internista
 - Chirurgia Generale
 - Nefrologo
 - Neurologo
 - Dietista/Nutrizionista
 - Oculista
 - Podologo
 - Fisiatra
 - Psicologo
 - Infermiere

- Cooperazione e integrazione con Centri Diab Territoriali

Requisiti di Eccellenza

- Area funzionali presenti:
 - Diabetologia
 - Internista
 - Dietista
 - Psicologo
 - Infermiere

- Cooperazione e integrazione con Centri Diab Ospedalieri

ADULTI ASINTOMATICI (>45 anni oppure <45 anni con fattori di rischio)

Attività di monitoraggio	Frequenza
Misurazione glicemia a digiuno	OGNI 3 ANNI
(se alterazione glicemia) Misurazione circonferenza vita e peso	ANNUALE

ADULTI CON DIABETE DI TIPO 2

Attività di monitoraggio	Frequenza
Misurazione HbA1c	TRIMESTRALE*
Misurazione microalbuminuria	ANNUALE**
Misurazione colesterolemia (totale, HDL, LDL) e trigliceridemia	ANNUALE
Misurazione pressione arteriosa	TRIMESTRALE
Esame obiettivo del piede e Stratificazione del rischio	ANNUALE
Esame del fondo oculare	ALLA DIAGNOSI e OGNI 2 ANNI
Misurazione circonferenza vita e peso	SEMESTRALE

* Semestrale se buon controllo; ** annuale se negativa

- **Contesto ed epidemiologia**

- **Gestione appropriata e sostenibilità:**
 - **Requisiti di eccellenza Centri Diabetologia**
 - **Requisiti di eccellenza Centri Obesità**
 - **Requisiti di eccellenza UCCP**
 - **Requisiti di eccellenza Farmacie**

- **Possibili progettualità**

Obiettivi

- Coordinamento aspetti fisiopatologici, clinici ed epidemiologici
- Coordinamento Centri Spoke
- Integrazione Ospedale-Territorio

Attività principali

- **Inquadramento** delle persone con **obesità** con formulazione del **Piano di Cura personalizzato** e condiviso con Centri Spoke e territorio (MMG,...)
- **Gestione clinica**, in collaborazione con i MMG e gli **altri Specialisti**, delle **situazioni più complesse/critiche**
- **Impostazione della terapia/approccio nutrizionale** in collaborazione con **Dietista** e con **Psicologo**
- Attività di **aggiornamento e formazione** congiunta con **Diabetologi/MMG/Farmacisti territoriali**
- **Raccolta dei dati clinici** mediante **cartelle cliniche (elettroniche e in rete)** e **registri della patologia**
- Partecipazione all'**integrazione Ospedale-Territorio**

Obiettivi

- Presa in carico del paziente in fase subacuta
- Coordinamento con Centro Hub
- Integrazione Ospedale-Territorio

Attività principali

- **Gestione clinica**, in collaborazione con i MMG e gli **altri Specialisti**, delle **situazioni** che **non presentino condizioni di criticità**
- Attuazione provvedimenti terapeutici (riabilitativi motori/nutrizionali) per la gestione di pazienti in fase subacuta
- **Invio a Centri Hub** dei **pazienti** con **condizioni** cliniche **critiche**
- **Raccolta dei dati clinici** mediante **cartelle cliniche (elettroniche e in rete)** e **registri della patologia**
- Partecipazione all'**integrazione Ospedale-Territorio**

Requisiti di Eccellenza

Organizzazione e gestione

- Competenze principali:
 - Obesiologo
 - Chirurgo Bariatrico
- Team multidisciplinare:

- Diabetologo	- Ortopedico	- Dietista
- Cardiologo	- Angiologo	- Psicologo
- Pneumologo	- Anestesista	- ...
- Otorino	- Infermiere	

Infrastrutture

- Adattamento appropriato della struttura a persone con peso >200Kg:

- Sala operatoria	- Sala attesa (sedie...)	- Bagni
- Terapia intensiva post-operat.	- Lettini/barelle	- ...
- Terapia subintensiva post-operat.	- Ascensori	
- Possibilità di fornire servizi di Day Hospital/Service e riabilitazione intensiva residenziale

Tecnologie e strumenti

- Ambulatorio obesità (calorimetria indiretta, impedenziometria/DEXA, bilancia >300kg, computer, statimetro, oftalmoscopio, riflettometro per glicemia, sfigmomanometro con bracciale per obesi,...)
- Strumenti cardiologici (ecocardiografia, Holter cardiaco/pressorio, ergometria,...)
- Strumenti pneumologici (spirometria, polisonnografia, C-PAP,...)
- Collegamenti telematici per attività di teleconsulto a distanza tra reparti

- **Contesto ed epidemiologia**

- **Gestione appropriata e sostenibilità:**
 - **Requisiti di eccellenza Centri Diabetologia**
 - **Requisiti di eccellenza Centri Obesità**
 - **Requisiti di eccellenza UCCP**
 - **Requisiti di eccellenza Farmacie**

- **Possibili progettualità**

Obiettivi

- Prevenzione primaria e secondaria
- Stratificazione popolazione a rischio
- Presa in carico del paziente
- Integrazione Ospedale-Territorio

Attività principali

- **Identificazione** della **popolazione a rischio** aumentato di malattia diabetica tra i propri assistiti
- **Diagnosi precoce** di malattia diabetica tra i propri assistiti
- **Presa in carico**, in collaborazione con gli SP, dei pazienti e condivisione del Piano di Cura Personalizzato
- **Valutazione periodica** (medicina di iniziativa) su **controllo metabolico, comportamenti alimentari, prevenzione secondaria, diagnosi precoce complicanze**
- Effettuazione, in collaborazione con gli SP, di **interventi di educazione sanitaria e counselling** (su persone a rischio e diabetici) su **stili di vita** corretti e **autogestione** della malattia
- **Raccolta dei dati clinici** mediante **cartelle cliniche (elettroniche)**
- **Coordinamento con SP** per svolgimento **attività ambulatoriali periodiche presso le UCCP**
- Implementazione e gestione dell'**integrazione Ospedale-Territorio**
- Implementazione **attività di assistenza domiciliare** (pazienti fragili o non autosufficienti) in **coordinamento con Infermiere Territoriale e altri servizi socio-sanitari territoriali** (assistente sociale, psicologo...)
- **Organizzazione dello studio** (accessi, attrezzature, personale) per una gestione ottimale dei pazienti

Requisiti di Eccellenza

<p>Personale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Segreteria-informazioni • MMG • Ambulatorio periodico SP Diabetologo/Obesiologo 	<ul style="list-style-type: none"> • Personale infermieristico • Psicologo, Assistente sociale
<p>Area Pubblica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accoglienza-accettazione • Sala attesa • CUP 	<ul style="list-style-type: none"> • PUA • Sportello Unico
<p>Assistenza Primaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina di gruppo (minimo 3 ambulatori,...) • Ambulatorio Infermieristico • Continuità assistenziale (H12, H24,...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio Specialistico • Guardia medica
<p>Servizi Sanitari</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Punto prelievi • Poliambulatorio • Diagnostica di 1° livello 	<ul style="list-style-type: none"> • Recupero e riabilitazione funzionale • Palestra polivalente
<p>Servizi Socio-Sanitari</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Studio Assistente sociale • Centro diurno anziani/disabili • Coordinamento assistenza domiciliare 	<ul style="list-style-type: none"> • UVM Anziani
<p>Prevenzione</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vaccinazioni • Screening vari (giro vita, peso, glicata) 	
<p>Area di Staff</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uffici • Distribuzione ausili protesici • Sala riunioni 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala polivalente • Uffici di staff

- **Contesto ed epidemiologia**

- **Gestione appropriata e sostenibilità:**
 - **Requisiti di eccellenza Centri Diabetologia**
 - **Requisiti di eccellenza Centri Obesità**
 - **Requisiti di eccellenza UCCP**
 - **Requisiti di eccellenza Farmacie**

- **Possibili progettualità**

Obiettivi

- Servizi a valore aggiunto (“Farmacia dei servizi”)

Attività principali

- **Distribuzione di farmaci, dispositivi medici e alimenti speciali**
- Erogazione di **servizi a valore aggiunto** per il paziente (prestazioni analitiche, CUP,...)
- Partecipazione a **campagne di prevenzione secondaria e screening** (glicata, misurazione giro vita, peso, glicata)
- Partecipazione a **programmi di educazione sanitaria** in coordinamento con Centro Diabetologia e MMG
- **Organizzazione della farmacia** (accessi, attrezzature, personale) per una gestione ottimale dei pazienti
- **Raccolta dei dati clinici** mediante **cartelle cliniche (elettroniche)**

Requisiti di Eccellenza

Servizi amministrativi e front-office

- Erogazione “Carta dell’Anziano” per l’accesso privilegiato ai servizi in Farmacia
- Prenotazioni CUP
- Pagamento ticket
- Ritiro referti

Servizi professionali e informativi

- Adesione a programmi di educazione sanitaria (corretto uso del farmaco,...)
- Campagne vaccinali
- Screening di prevenzione secondaria (distribuzione/somministrazione test,...)
- Prestazioni analitiche di prima istanza (test glicemia, colesterolo,...)
- Prestazioni di secondo livello con dispositivi strumentali (misurazione pressione, spirometria, ECG-Telecardiologia,...)
- Sistema informativo di tracciatura per una migliore aderenza alla terapia

Servizi territoriali e logistici

- Consegna a domicilio (farmaci, prodotti sanitari,...) per pazienti con età >65 anni
- Raccolta farmaci non scaduti
- Prestazioni infermieristiche in farmacia (piccole medicazioni, iniezioni,...)
- Assistenza per prestazioni fisioterapiche in farmacia
- Assistenza domiciliare (fisioterapista, infermiere, psicologo,..)
- Distribuzione di alimenti speciali, dispositivi medici,...

- **Contesto ed epidemiologia**

- **Gestione appropriata e sostenibilità:**
 - **Requisiti di eccellenza Centri Diabetologia**
 - **Requisiti di eccellenza Centri Obesità**
 - **Requisiti di eccellenza UCCP**
 - **Requisiti di eccellenza Farmacie**

- **Possibili progettualità**

Quindi che cosa fare: quali possibili progetti per passare dalle parole ai fatti?

- Campagne di sensibilizzazione a 360° su stili di vita e regimi alimentari (scuole, ospedali, UCCP, Farmacie, ristoranti,...)
- Creazione di percorsi di prevenzione su target mirati di popolazione a rischio (obesità, diabete)
- Osservazionale su categorie mirate di pazienti anziani con diabete/obesità (EBM) per valutazione sostenibilità della gestione integrata (impatto su outcome, qualità di vita e budget di spesa)
- Definizione di “pacchetti formativi” per pazienti anziani diabetici su stile di vita, prevenzione e autogestione del diabete, fattori di rischio delle complicanze
- Definizione di “pacchetti formativi” per Centri Diabetologia, MMG/UCCP e Farmacie su presa in carico del paziente e sull’integrazione Ospedale-Territorio
- Diffusione di progetti mirati di presa in carico globale del paziente domiciliare
- Diffusione dell’assistenza domiciliare integrata (pazienti fragili o non autosufficienti)