

# Gestione del PAZIENTE DIABETICO DI TIPO 2 in MEDICINA GENERALE: dal concetto di **COMPETENZA** all'**AUDIT CLINICO**



Gestione del DM2 in Medicina Generale: ruolo, competenze e compiti del MMG



**3,5 milioni**  
**di persone in Italia**  
**soffrono di Diabete**

1 adulto su 2 con Diabete  
non è diagnosticato  
**1,5 milioni**

**In Italia, i casi noti di diabete** erano circa 1,5 milioni nel 1985 e ora **si avvicinano ai 4 milioni,**



## DIABETE MELLITO TIPO 2

### PREVALENZA (2019)

8,3%

### TREND 2010 - 2019

Trend crescente: dal 7,1% del 2010 all'8,3% del 2019.

### DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Gradiente geografico, con un aumento progressivo delle stime andando dal Nord verso il Sud. Le regioni a più alta prevalenza sono risultate la Calabria (10,8%) e la Sicilia (9,6%).

### DIFFERENZE DI GENERE

Stime più elevate nei maschi rispetto alle femmine (9,3% vs. 7,4%).

### DIFFERENZE DI ETÀ

Trend crescente al crescere dell'età, con un picco nella fascia 75-84 anni per i maschi (26,8%) e negli ultra 85enni per il sesso femminile (20,6%).

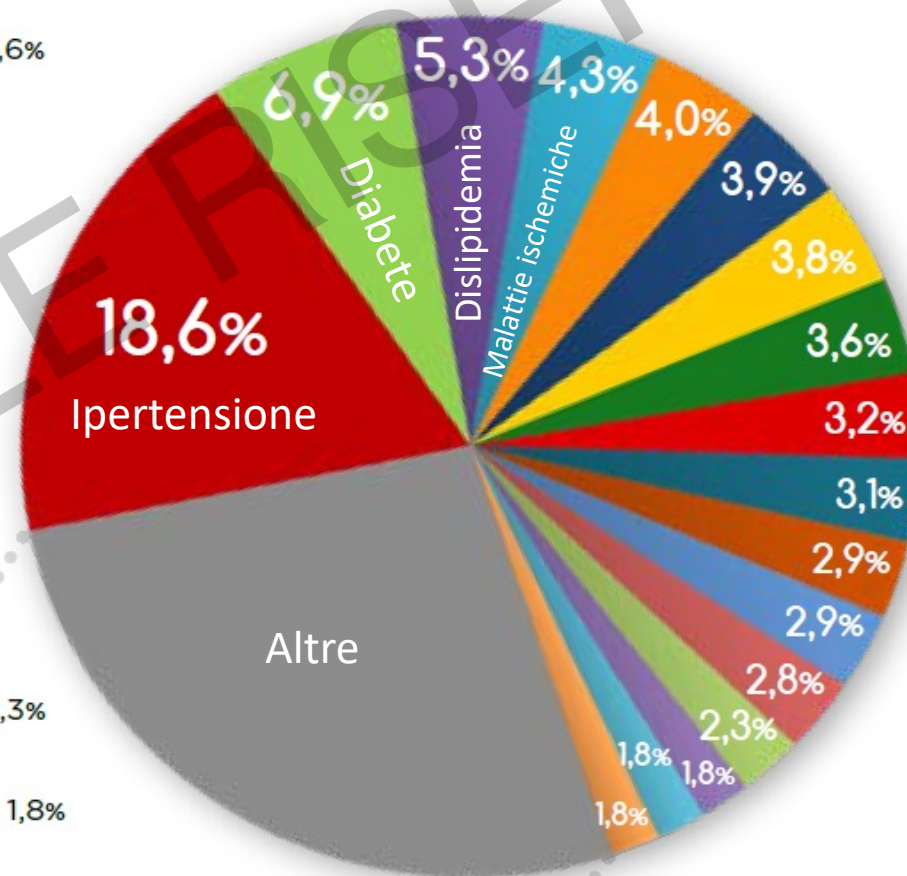
## IL CARICO DI LAVORO

Contatti con i propri assistiti e prestazioni erogate



### PATOLOGIE CON MAGGIOR NUMERO DI CONTATTI

- Ipertensione non complicata 18,6%
- Diabete mellito di tipo II 6,9%
- Dislipidemia 5,3%
- Malattie ischemiche 4,3%
- MRGE 4,0%
- Disfunzioni della tiroide 3,9%
- Dorsopatie 3,8%
- Malattie della prostata 3,6%
- Osteoporosi 3,2%
- Depressione 3,1%
- Cancri senza metastasi 2,9%
- Malattie del occhio 2,9%
- Fibrillazione 2,8%
- Infezioni delle vie respiratorie 2,3%
- Ictus ischemico 1,8%
- Ipertensione con complicazioni 1,8%
- Osteoartrosi 1,8%



# I costi del diabete

## Il diabete e le complicanze



**Spesa annua SSN (totale)**

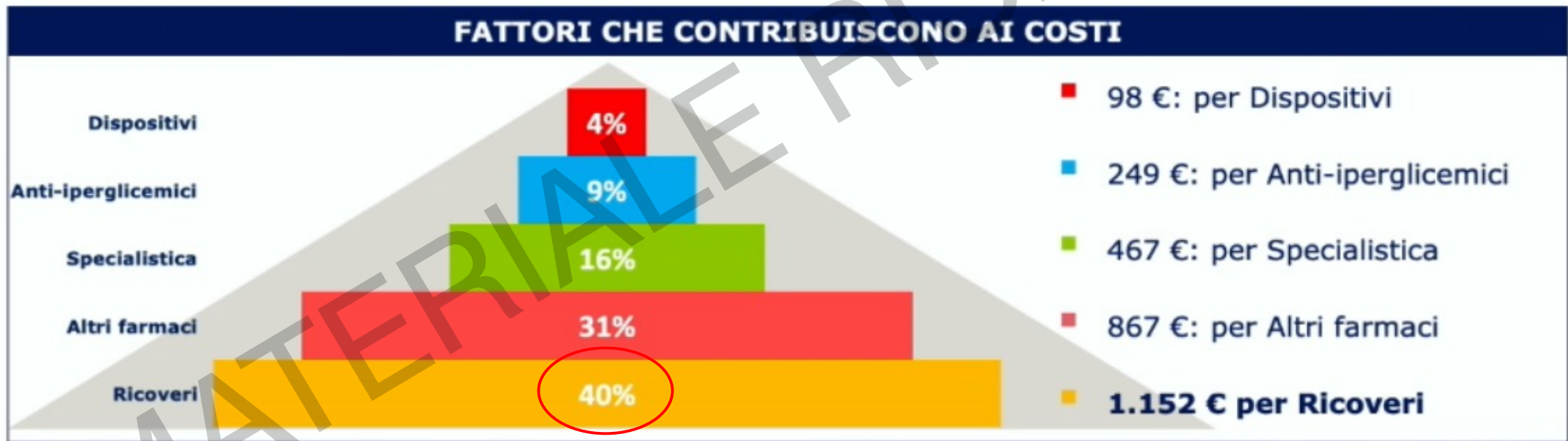
	Soggetti	€
<b>Diabete</b>	13,3%	+ 200 Milioni
<b>Diabete+1 complicanza</b>	34,9%	+ 1.9 Miliardi
<b>Diabete+2 complicanze</b>	42,3%	+ 4.0 Miliardi
<b>Diabete+3 complicanze</b>	9,1%	+ 1.9 Miliardi
<b>Diabete+4 complicanze</b>	0,4%	+ 110 Milioni



La spesa media annua per paziente è di circa 2800 euro, ma i costi aumentano proporzionalmente al numero delle complicanze

# I costi diretti e la loro ripartizione

- Ogni paziente diabetico richiede ogni anno, una spesa media complessiva di **2.800 €**, per i soli costi diretti





*Ministero della Salute*

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E  
DELL'ORDINAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE  
DIREZIONE GENERALE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

**Commissione Nazionale Diabete**

**PIANO NAZIONALE SULLA MALATTIA DIABETICA**

**3.1 Il disegno assistenziale di riferimento**

È stata precedentemente affermata la necessità di una progressiva transizione verso un nuovo modello di sistema integrato, proiettato verso un disegno reticolare “multicentrico”, mirato a valorizzare sia la rete specialistica diabetologia sia tutti gli attori della assistenza primaria. Tale enunciazione non origina da un posizionamento ideologico, ma da una effettiva esigenza dei sistemi assistenziali, ampiamente riconosciuta in campo internazionale.

Un modello assistenziale di riferimento per il diabete deve raggiungere i seguenti obiettivi: ottenere e mantenere nel tempo un buon controllo metabolico, garantire la qualità di vita, prevenire e curare le complicanze, ottimizzare l'uso delle risorse disponibili, assicurare collegamenti con disegni di prevenzione primaria e diagnosi precoce.

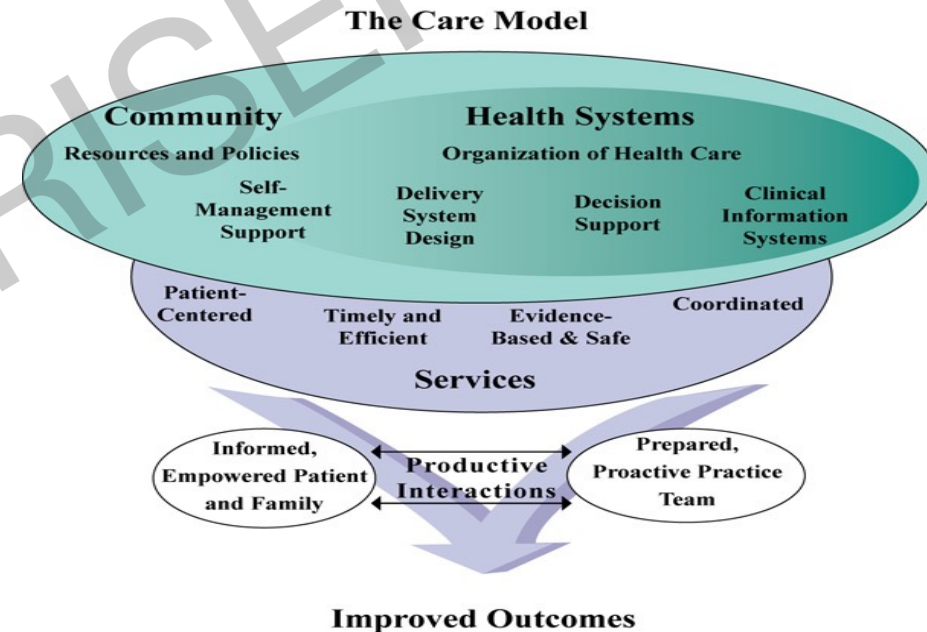
È, infatti, ampiamente dimostrato in letteratura che:

- nei soggetti a rischio, idonei stili di vita sono in grado di ridurre la comparsa del diabete in un'alta percentuale dei casi;
- le complicanze del diabete sono ampiamente prevenibili;
- una gestione integrata fra MMG e team diabetologico permette di rallentare l'evoluzione delle complicanze, contenendo i costi e garantendo una buona qualità della vita.

## il Chronic Care Model (CCM)

### Dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa: i pilastri

- **Organizzazione delle cure primarie basata su team multi professionali proattivi**
- **Condivisione di PDTA**
- Ruolo del **personale di supporto** per il supporto al self management
- Presenza di un **efficace sistema informativo** a **supporto delle attività di cura e di self-audit** e soprattutto di monitoraggio e valutazione degli outcomes



Developed by The MaColl Institute





*Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

## Piano Nazionale della Cronicità

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016



Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale", n. 65 del 18 marzo 2017 - Serie generale

Spediz. abb. post - art. 1, comma 1  
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

GAZZETTA  UFFICIALE  
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Sabato, 18 marzo 2017

SI PUBBLICA TUTTI I  
GIORNI NON FESTIVI

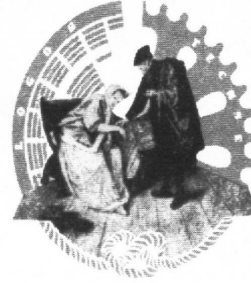
DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA  
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO  
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00196 ROMA

N. 15

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI  
12 gennaio 2017.

**Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.**

# DOCUMENTO DI INDIRIZZO STRATEGICO PER LA BUONA ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE



**SIMG**  
Società  
Italiana  
di Medicina  
Generale



**Obiettivo** strategico delle Società Scientifiche è stimolare i professionisti sanitari ad una effettiva **presa in carico delle persone con diabete** in base alle rispettive competenze e al proprio ruolo,

**preceduta da una stratificazione per classi di intensità di cura**, avendo come punto di riferimento il percorso assistenziale (piano di cura) concordato per il singolo paziente



**SIMG**  
Società  
Italiana  
di Medicina  
Generale



Le **classi di complessità clinica e gestionale** identificate **sono 7**

Sono differenziate per:

- **caratteristiche cliniche**
- **interventi prevedibili**
- **attore dell'assistenza maggiormente coinvolto**  
(responsabile della presa in carico),

## Documento di indirizzo strategico per la buona assistenza alle persone con diabete

**Classe 1:** **pazienti critici** e/o fragili, con complicanza e/o una situazione clinica per cui vi è un **serio e grave pericolo per la vita o l'autosufficienza** (es: infarto acuto, coma, intervento di bypass, sepsi, amputazione) o comunque ogni situazione che comporti un **ricovero ospedaliero urgente**.

**INTERVENTO PREVISTO:** ricovero in unità di cure intensive

**RESPONSABILE DELLA PRESA IN CARICO:** reparto di degenza.

**Classe 2:** **pazienti** che presentano una **complicanza acuta in atto, ma che non sono in immediato pericolo di vita e/o di disabilità** (es: piede diabetico in ischemia critica, angioplastica, recente dialisi, grave scompenso metabolico senza coma, recente e grave episodio di ipoglicemia con perdita di coscienza ma successivo recupero, ecc); **che necessitano di un intervento specialistico urgente**, anche in regime di ricovero

**INTERVENTO:** assistenza diabetologica complessa, (PTA, Day Service, Day Hospital, Ricovero)

**RESPONSABILE DELLA PRESA IN CARICO:**

**servizio di diabetologia con team multidisciplinare dedicato.**

## Documento di indirizzo strategico per la buona assistenza alle persone con diabete

**Classe 3:** pazienti che richiedono un **intervento specialistico o multidisciplinare non urgente, ma comunque indifferibile** :

- **diabete di nuova diagnosi** per il quale è necessaria la definizione diagnostica e\o l'inquadramento terapeutico e\o un intervento di educazione terapeutica strutturata ;
- **diabete in gravidanza** (diabete gestazionale e gravidanza in diabetica nota);
- paziente con **complicanza acuta in atto** (es: ulcera al piede senza infezione, retinopatia proliferante (PDR), controllo metabolico molto instabile);

**INTERVENTO:** assistenza diabetologica complessa, (Day Service Day Hospital Ricovero)

**RESPONSABILE DELLA PRESA IN CARICO:** servizio di diabetologia con team multidisciplinare dedicato.

**Classe 4:** pazienti diabetici con **compenso metabolico instabile; non a target per i vari fattori di rischio cardiovascolare; ad alto rischio di evoluzione rapida verso una qualsiasi complicanza;**

**INTERVENTO PREVISTO:** -assistenza diabetologica complessa, (PTA, Day Hospital).

**RESPONSABILE DELLA PRESA IN CARICO:** servizio di diabetologia con team multidisciplinare dedicato **in interazione con il MMG**

## Documento di indirizzo strategico per la buona assistenza alle persone con diabete

**Classe 5** Pazienti diabetici **stabili**, in **buon compenso metabolico** (HbA1c<7,0%) ed a **target** per i vari fattori di rischio cardiovascolare, **senza complicanze evolutive in atto**.

**INTERVENTO:** -monitoraggio dell'aderenza ai trattamenti farmacologici e non farmacologici - **follow-up sistematico**

**RESPONSABILE DELLA PRESA IN CARICO:** **MMG** in gestione integrata con il servizio di diabetologia.

**Classe 6** Pazienti diabetici **caratterizzati dalla coesistenza di cronicità multiple e riduzione dell'autosufficienza** (in molti casi allettati in modo permanente o prevalente).

**INTERVENTO:** **assistenza domiciliare**

**RESPONSABILE DELLA PRESA IN CARICO:** **MMG**

**INTERAZIONE PRIMARIA:** - Servizio di diabetologia - **Altri specialisti. A.D.I**

## Documento di indirizzo strategico per la buona assistenza alle persone con diabete

**Classe 7** Comprende la popolazione generale e in particolare **i soggetti a rischio per diabete,**

**INTERVENTO:** screening opportunistico per la **diagnosi precoce di diabete** mellito tipo 2. **interventi di prevenzione** basati prevalentemente sulle modifiche dello stile di vita

**RESPONSABILE DELLA PRESA IN CARICO:** **MMG**

**INTERAZIONE PRIMARIA:** servizio di diabetologia con team multidisciplinare dedicato.



# JOB DESCRIPTION DEL DIABETE MELLITO PER IL MMG

Compiti	Azioni	Cosa occorre (metodi, strumenti)	Carico di lavoro, operatori coinvolti	Note, osservazioni
---------	--------	----------------------------------	---------------------------------------	--------------------

- **OBBIETTIVI CLINICI E ORGANIZZATIVI DA RAGGIUNGERE.**
- **ATTIVITÀ E LE COMPETENZE CHE INCIDONO MAGGIORMENTE SUL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OUTCOMES.**
- **PRINCIPALI AREE DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO E CLINICO DA SVILUPPARE.**

## ■ **OBBIETTIVI CLINICI E ORGANIZZATIVI**

- **Prevenzione e diagnosi precoce del DM.**
- **Prevenzione, diagnosi e cura delle complicanze.**
- **Presa in carico, delle persone con diabete, da parte dei diversi professionisti sanitari, dopo fenotipizzazione del paziente secondo stratificazione per classi di intensità di cura.**
- **Gestione/monitoraggio del DMT2 da parte del MMG e dello specialista diabetologo, in gestione integrata, in base alle rispettive competenze e al proprio ruolo.**
- **Realizzazione di piattaforme comuni di condivisione dei dati, per migliorare la comunicazione tra i diversi operatori sanitari e con i pazienti.**
- **Realizzazione di programmi di audit e di formazione continua degli operatori sanitari.**

## ■ ATTIVITA' E COMPETENZE DEL MMG

- **Identificazione**, tra i propri assistiti, **dei soggetti a rischio di diabete e interventi di prevenzione.**
- **Diagnosi precoce del diabete** (classe 7)
- **Primo inquadramento clinico del paziente neodiagnosticato.**
- **Presenza in carico dei pazienti stabili**, in buon compenso metabolico, a target per i vari fattori di rischio cardiovascolare e renali, senza complicanze evolutive in atto (classe 5) e **dei pazienti con ridotta autosufficienza** (classe 6)
- **Valutazione periodica, programmata, della malattia**, secondo il piano di cura adottato, finalizzata al monitoraggio del controllo metabolico, dei principali fattori di rischio cardio-renale, dell'aderenza terapeutica, e alla diagnosi precoce delle complicanze.
- **Effettuazione**, in collaborazione con il CD, **di interventi di educazione sanitaria e counselling.**
- **Gestione delle multicronicità.**
- **Raccolta dei dati clinici** delle persone con diabete in maniera omogenea e condivisa con il CD di riferimento **mediante l'utilizzo di cartelle cliniche informatizzate**

## ■ ATTIVITA' E COMPETENZE DEL CD

- **Definizione diagnostica specialistica del diabete neo diagnosticato e inquadramento terapeutico con formulazione del piano di cura personalizzato e condiviso con i MMG.**
- **Presenza in carico, delle persone con diabete di tipo 1**
- **Gestione clinica, in gestione integrata con MMG delle persone con: grave instabilità metabolica, non a target per i principali fattori di rischio, con complicanze acute o croniche in fase evolutiva, con diabete in gravidanza e diabete gestazionale, (classe 1-2-3-4).**
- **Effettuazione, in collaborazione con i MMG di interventi di educazione sanitaria/terapeutica e counseling, rivolti in particolare all'adozione di stili di vita corretti ed all'autocontrollo e autogestione della malattia, quindi al miglioramento dell' empowerment ed engagement del paziente.**
- **Raccolta dei dati clinici in maniera omogenea con i MMG e gli altri specialisti, mediante cartelle cliniche informatizzate**

- AREE DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO

**01**

**RETE ASSISTENZIALE MULTICENTRICA**

**02**

**DEMEDICALIZZAZIONE**

**03**

**AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E DIGITALE**

- AREE DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO

01

## RETE ASSISTENZIALE MULTICENTRICA

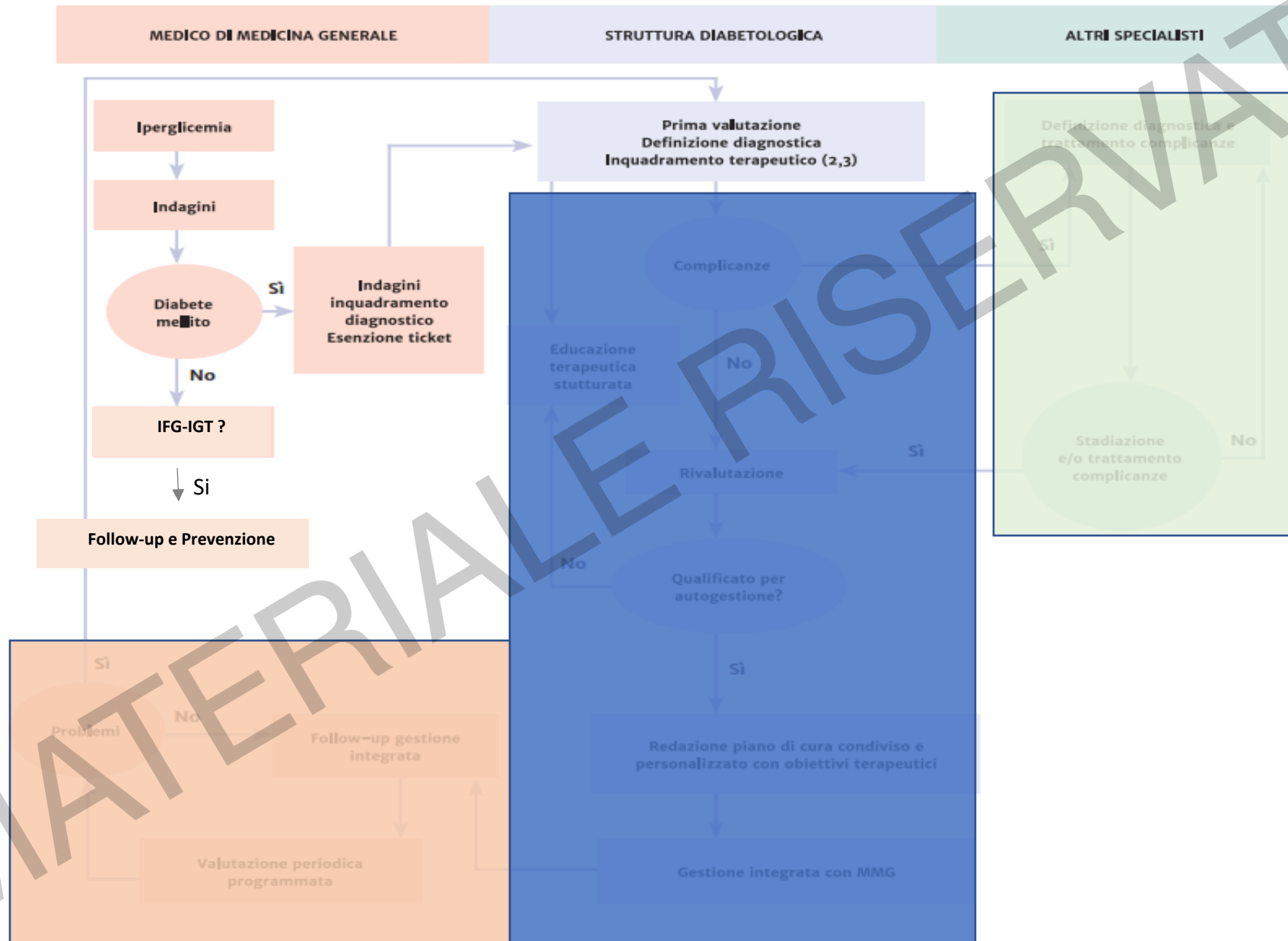
**Integrare gli interventi all'interno di una rete assistenziale multicentrica e multiprofessionale**

MEDICINA GENERALE

STRUTTURA DIABETOLOGICA

ALTRI SPECIALISTI

# Flow chart gestione integrata Diabete tipo 2



# Classe di intensità di cura V

## **FOLLOW-UP E VALUTAZIONE PERIODICA PROGRAMMATA**

DEL DIABETE TIPO 2 NON  
COMPLICATO:

(la frequenza e/o l'intensità  
dei controlli andrà modificata  
in funzione del quadro clinico)

**Il MMG garantisce il follow up della malattia ed effettua:**

- **Ogni 6 mesi**
  - Glicemia a digiuno
  - HBA1c (ogni 3 mesi se non a target)
  - Esame completo delle urine
  - Pressione arteriosa
  - Peso corporeo e BMI
  - Rinforzo stili di vita
- **Ogni 6 mesi**
  - Visita medica generale
- **Ogni anno**
  - Clearance creatinina o Creatininemia
  - Uricemia
  - Colesterolemia totale, HDL, LDL, trigliceridemia
  - Microalbuminuria nelle 24 ore o rapporto albumina/creatinina su urine del mattino
  - ECG/visita cardiologica
  - Esame obiettivo del piede
  - se indicati: -Parametri epatici -Elettroliti
- **Ogni due anni** (solo se in assenza di retinopatia)
  - Fundus oculi

**Sia il MMG che il Centro diabetologico promuovono il corretto autocontrollo domiciliare della glicemia da parte dell'assistito e il razionale utilizzo delle strisce reattive.**

*«Standard Italiani per la Cura del Diabete»*



- AREE DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO

02

## DEMEDICALIZZAZIONE

### **Coinvolgimento attivo di personale di supporto – Team Diabetologico e Micro Team** (Collaboratori di studio, figure infermieristiche....)

Contribuire a effettuare le sedute educazionali:  
Self Management Education and Support .

Curare il monitoraggio dei parametri clinici,  
di laboratorio e strumentali .

Assicurare la programmazione e lo svolgimento del follow-up «Recall System».

- AREE DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO

03

## AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E DIGITALE

### Information and Communications Technology I.C.T.

#### MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE TRA MEDICO E PAZIENTE

- **Cartelle cliniche accessibili ai pazienti**
- **Dati clinici e di laboratorio** che arrivano direttamente nelle cartelle cliniche del medico.
- **Telemonitoraggio periodico:** (basato sull'autocontrollo da parte del paziente e sulla trasmissione dei dati in formato elettronico) di:
  - Autocontrollo domiciliare della glicemia,
  - Peso corporeo - PAO - Frequenza cardiaca
  - Minuti di attività fisica quotidiana/settimanali

- AREE DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO

03

## AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E DIGITALE

### Information and Communications Technology I.C.T.

#### MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE TRA I DIVERSI OPERATORI SANITARI

#### Cartelle cliniche dei MMG in rete con quelle degli specialisti.

La **condivisione** informatica di un **set di dati clinici, omogenei e aggregabili**, (Dataset regionali) rappresenterebbe una **base di lavoro molto importante**, per stratificare, in **maniera omogenea**, i pz per **classi di intensità di cura**, fare per ciascuno di essi un **triage clinico**, un **triage della fragilità**, e portare negli ambulatori di diabetologia i pz più complessi, affidando al medico di medicina generali i pz stabili.

La mancanza di data-set uniformi rappresenterebbe un ostacolo anche all'innovazione tecnologica e alla transizione digitale.

## ■ AREE DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO

03

### AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E DIGITALE

#### Information and Communications Technology I.C.T.

**MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE TRA I DIVERSI OPERATORI SANITARI E IL PAZIENTE**

**POTENZIAMENTO DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO «FSE»**

**SVILUPPO DELLA TELEMEDICINA:**

- **Video-teleconsulti *tra MMG e specialista.***
- **Video-televisite *tra medico e paziente.***
- **Esecuzione “protetta” di esami in office «Diagnostica di 1° livello»**
  - ECG (refertazione diretta o in telemedicina)
  - Fundus oculi digitale (in telemedicina)

**La telemedicina ci potrà aiutare a migliorare l'integrazione ospedale-territorio e garantire quella prossimità delle cure che caratterizza la medicina territoriale .**

## ■ AREE DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO

03

### AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E DIGITALE

#### Information and Communications Technology I.C.T.

##### MIGLIORARE LE ATTIVITA' DI AUDIT E LEARNING MACHINE

##### DEFINENDO UN SISTEMA DI INDICATORI VALIDATI

- Attività di audit clinico e di monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici.
- Programmi di formazione continua, attraverso l'impiego di strumenti digitali e di Clinical Governance.



# PNRR – MISSIONE 6 SALUTE

Home Page del portale PNRR "MISSIONE 6 SALUTE" di AGENAS

## M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

**Case della Comunità** e presa in carico della persona.

**Casa come primo luogo di cura e telemedicina.**

Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (**Ospedali di Comunità**)

## M6C2 – INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

### 1) AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E DIGITALE

Ammodernamento del parco tecnologico e digitale degli ospedali

Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica per sviluppare il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Rafforzamento della Infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute per migliorare la sorveglianza e vigilanza sanitaria e garantire i LEA

### 2) FORMAZIONE, RICERCA SCIENTIFICA E TRASFERIMENTO TECNOLOGICO

Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN

**Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario**

# Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

## Missione 6: Salute

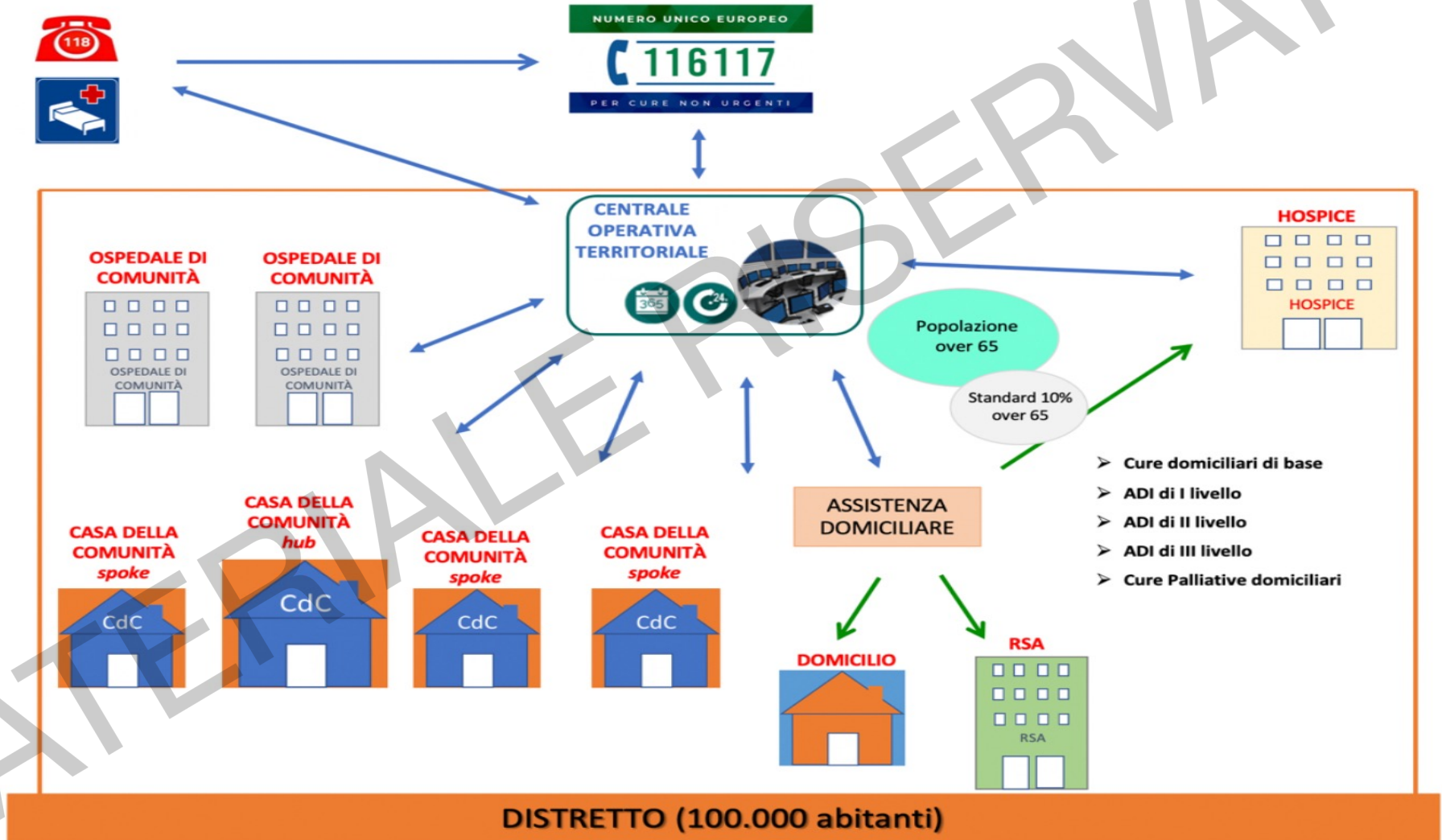


Figura 1: Organizzazione di un Distretto ideale/tipo di 100.000 abitanti di un'area urbana.

# Case della Comunità

*La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali*

- La Casa della comunità come punto di riferimento per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica
- **Ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento**







# CASA DI COMUNITA' HUB

(1 ogni Distretto)

**Equipe multiprofessionali** (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio-sanitarie);

- **Presenza medica h24 - 7 giorni su 7** anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- Presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale;
- Punto prelievi;
- Programmi di screening;
- **Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità** (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) **anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione);**
- **Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza** (cardiologo, pneumologo, **diabetologo**, ecc.);
- **Servizi infermieristici**, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, **di supporto per la gestione integrata delle patologie croniche**; 1 infermiere di comunità ogni 2000 -2500 pazienti
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Servizio di assistenza domiciliare di base;

# CASA DI COMUNITA' SPOKE

(1 ogni 30/35.000 abitanti nelle aree metropolitane; 1 ogni 20/25.000 abitanti nelle aree urbane e sub-urbane;  
1 ogni 10/15.000 abitanti nelle aree interne e rurali)

Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT - UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità



- **Equipe multiprofessionali** (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio-sanitarie);
- **Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);**
- Punto Unico di Accesso;
- **Alcuni servizi ambulatoriali** per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, **diabetologo**, ecc.);
- **Servizi infermieristici**, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'**attività** dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, di supporto per la gestione integrata delle patologie croniche; 1 infermiere di comunità ogni 2000 - 2500 pazienti
- Programmi di screening;
- **Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;**
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;

## **OSPEDALE DI COMUNITA'**

(1 ogni 50.000 abitanti)



### **L'Ospedale di Comunità**

è una **struttura sanitaria di ricovero breve** che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e **svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero**, con la finalità di **evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica e di recupero funzionale più prossimi al domicilio.**

- 1 **Ospedale di Comunità (20 posti letto) ogni 50.000 abitanti.** Da attuarsi in modo progressivo.
- 0,4 posti letto per 1000 abitanti
- Standard minimo di personale: **9 infermieri, 6 OSS e un medico per almeno 4 ore al giorno.**

- AREE DI MIGLIORAMENTO CLINICO

**01**

**DIAGNOSI PRECOCE E PREVENZIONE DEL DIABETE**

**02**

**GESTIONE DELL'IPERGLICEMIA**

01

# AREE DI MIGLIORAMENTO CLINICO

## DIAGNOSI PRECOCE E PREVENZIONE DEL DMT2

1 Individuare i soggetti a rischio di Diabete.

2 Procedure di screening per:

- diagnosi precoce di DMT2 e IFG/IGT/HbA1c 42-48 mmol
- diagnosi precoce del Diabete Gestazionale

3 Follow-up dei soggetti con Disglicemia e DG

4 Interventi di prevenzione del DMT2 e delle MCV

Stili di vita corretti

Controllo dei fattori di rischio cardiometabolico

MATERIALE RISERVATO

- AREE DI MIGLIORAMENTO CLINICO

02

## GESTIONE DELL'IPERGLICEMIA

Aderire in maniera appropriata, equa ed omogenea ai nuovi modelli prescrittivi

MATERIALE RISERVATO

- AREE DI MIGLIORAMENTO CLINICO

**02**

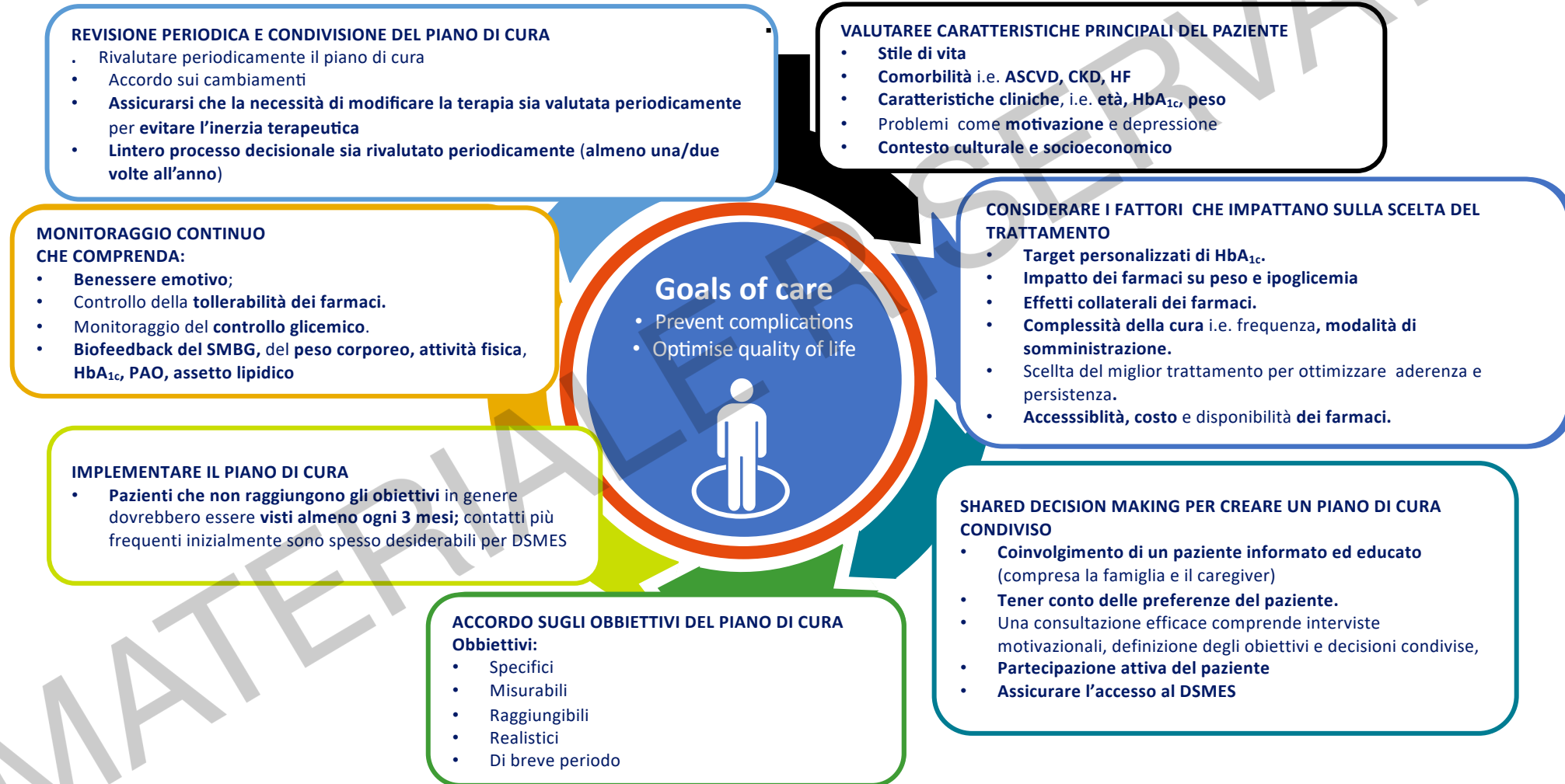
## **GESTIONE DELL'IPERGLICEMIA**

**Aderire in maniera appropriata, equa ed omogenea ai nuovi modelli prescrittivi**

**Approccio centrato sul paziente.**

Consensus report by the European Association for the Study of Diabetes and American Diabetes Association 2018

# Decision cycle for **patient-centered glycemic management** in type 2 diabete





# TAKE HOME MESSAGE

MATERIALE RISERVATO

**Non possiamo più chiederci se...**

**Dobbiamo chiederci come migliorare l'assistenza delle persone con diabete.**

## Ridisegnare la medicina territoriale

### LA MEDICINA DEL FUTURO

