



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

**ALLEGATO 2:
NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA DIABETOLOGIA
DELL'AZIENDA USL DI MODENA**

Sommario

RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DIABETOLOGICI	3
NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO	4
DESCRIZIONE DEL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO	4
TIPOLOGIA DI PAZIENTI PRESI IN CARICO DALLA RETE DIABETOLOGICA.....	7
MODALITÀ DI PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI ALL'INTERNO DELLA RETE DIABETOLOGICA	7
IMPLEMENTAZIONE DELLA CARTELLA DIABETOLOGICA PROVINCIALE E SISTEMI INFORMATIVI	8
SCHEMA MODELLO ORGANIZZATIVO	10

RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DIABETOLOGICI

Considerato il processo di riorganizzazione del Sistema Sanitario provinciale secondo le indicazioni regionali riportate nella DGR n. 2040/2015 e in particolare la progressiva implementazione degli Ospedali di Comunità (OsCo) e delle Case della Salute (CdS), e al fine di una più efficace ed efficiente integrazione tra i Servizi diabetologici diffusi, i medici di medicina generale ed i servizi infermieristici della cronicità, i Servizi di Diabetologia della provincia di Modena sono organizzati in rete sotto la responsabilità di un'unica struttura complessa. La Struttura complessa è inserita all'interno del Dipartimento di Cure Primarie e attualmente è denominata "Diabetologia".

Nell'ottica di migliorare il percorso di cura del paziente con malattia diabetica, e implementare i percorsi di cura previsti dalla normativa nazionale e regionale e dagli obiettivi aziendali, tale Unità Operativa viene rinominata Struttura Complessa di Medicina Interna ad indirizzo diabetologico. La *mission* della Unità Operativa è garantire uniformità dell'assistenza, precocità e continuità degli interventi a favore delle persone affette da patologia diabetica, su tutto il territorio provinciale secondo la logica del "*enhanced chronic care model*" con il coinvolgimento dei professionisti e tenendo conto della complessità clinico-assistenziale del singolo paziente.

Il modello organizzativo della rete diabetologica ha una dimensione distrettuale; è costituita da Ambulatori Diabetologici, garanti dei LEA di percorso per la patologia diabetica, distribuiti nei differenti distretti sanitari che fanno riferimento per la gestione dei casi più complessi al SD Diabetologico di Area (Modena, Carpi e Sassuolo).

Le principali azioni per la reingegnerizzazione della rete diabetologica sono:

1. Ridefinire il modello organizzativo interno della UOC e i suoi meccanismi di coordinamento
2. Identificare la tipologia di pazienti in carico diretto ai Servizi Diabetologici.
3. Definire la modalità di presa in carico della persona con malattia diabetica presso i Servizi Diabetologici.
4. Implementare la cartella diabetologica provinciale e i sistemi informativi dei Servizi Diabetologici.
5. Monitorare la qualità delle cure nelle sue diverse dimensioni attraverso la definizione di un cruscotto di indicatori multidimensionale per i differenti setting assistenziali.

NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO

DESCRIZIONE DEL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO

L'attuale U.O.C. di Diabetologia è collocata all'interno del Dipartimento di Cure Primarie e comprende 3 Strutture semplici corrispondenti alle 3 aree territoriali Centro, Nord e Sud.

Il modello organizzativo proposto per la Unità Operativa complessa di Medicina Interna ad indirizzo diabetologico è quello della matrice, che prevede accanto alla attuale componente verticale costituita dalle tre Strutture semplici, per ora confermate, una componente trasversale. La struttura della matrice è di seguito riportata.

- Componente verticale: presenza di 3 Referenti di Area con sedi rispettivamente presso i Servizi Diabetologici di Area Nord (Carpi), Sud (Sassuolo) e Centro (Modena).
- Componente orizzontale: costituita da 4 funzioni a responsabilità tecnico-professionale per i PDTA relativi alla patologia diabetica e 1 di Referente per l'innovazione, la ricerca clinica e i sistemi informativi.

Dimensione verticale

- **Referente Area Centro:** sede presso il Servizio Diabetologico di Modena. Il Referente ha funzioni di garanzia del rispetto dei tempi di attesa, dei LEA dei differenti percorsi diagnostico terapeutici per tutta l'Area Centro (Distretti di Modena e Castelfranco Emilia). Il Centro di Modena viene, inoltre, identificato come Centro di riferimento per il trattamento del Diabete di tipo 1 (neodiagnosi, fase di transizione e dispositivi medici high-tech).
- **Referente Area Nord:** sede presso il Servizio Diabetologico di Carpi. Il Referente ha funzioni di garanzia del rispetto dei tempi di attesa, dei LEA dei differenti percorsi per tutta l'Area Nord, cioè per i Distretti di Carpi e Mirandola (inclusi gli ambulatori di Diabetologia della Casa della Salute di Finale Emilia e della Casa della Salute di San Felice).
- **Referente Area Sud:** sede presso il Servizio Diabetologico di Sassuolo. Il Referente ha funzioni di garanzia del rispetto dei tempi di attesa, dei LEA dei differenti percorsi per tutta l'Area Sud che comprende anche i Servizi diabetologici di Vignola, Pavullo e l'Ambulatorio di Diabetologia della Casa della Salute di Pievepelago.

I Referenti di Area garanti dei LEA di percorso devono interagire con i Responsabili dei singoli PDTA che agiscono trasversalmente all'interno della UOC.

Dimensione orizzontale

Si introducono delle figure di ruolo tecnico-professionale con la responsabilità di rendere operativi, omogenei i differenti PDTA della malattia diabetica su tutto il territorio provinciale, garantendone uno stretto monitoraggio, interagendo con i Referenti di Area. Si prevedono 4 funzioni di Responsabilità tecnico-professionali in accordo con il documento di “Riorganizzazione dell’assistenza alla persona con malattia diabetica”, ed 1 Referente per l’innovazione e la ricerca clinica in ambito diabetologico.

- **Responsabile del PDTA Diabete di tipo 1.** Ha tra le responsabilità la stesura di procedure interaziendali per la gestione del paziente con DM1 e programmazione insieme al Direttore della Unità Operativa e al Servizio Aziendale Formazione degli eventi formativi in tema di DM1 e nuove tecnologie. Ha inoltre la responsabilità di rendere omogenea su tutto l’ambito provinciale l’assistenza al Paziente con diabete di tipo1.
- **Responsabile del PDTA Diabete di tipo 2.** Ha la responsabilità della definizione e dell’implementazione a livello Provinciale di: PDTA interaziendale del percorso oftalmologico del paziente diabetico, il PDTA per la gestione delle complicanze e il PDTA per la gestione integrata in collaborazione con i Medici di Medicina generale e le Cure Primarie. Propone e programma eventi formativi su tali temi in collaborazione con il Direttore della Unità Operativa, Servizio Aziendale Formazione e ai Referenti dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.
- **Responsabile del PDTA del Piede Diabetico.** Ha la responsabilità di definire e implementare su tutto il territorio provinciale, il PDTA della cura del piede diabetico e nello specifico la definizione della procedura interaziendale per la presa in carico del paziente con piede diabetico, che necessita di procedure chirurgiche di terzo livello. Ha la responsabilità della programmazione di eventi formativi in tale ambito in accordo con il Direttore della Unità Operativa e del Servizio Aziendale Formazione.
- **Responsabile del PDTA Diabete gestazionale e del PDTA del paziente diabetico ricoverato in Ospedale.** Ha la responsabilità di definire, aggiornare il PDTA interaziendale del diabete gestazionale e le relative procedure, rendendolo operativo e omogeneo su tutto il territorio provinciale. Ha inoltre la responsabilità di implementare e monitorare la procedura interaziendale del percorso del paziente diabetico che necessita di ricovero ospedaliero su tutto il territorio provinciale.
- **Referente per innovazione, attività di ricerca clinica e sistemi informativi.** Ha la responsabilità di promuovere la ricerca clinica in ambito diabetologico, in accordo con il Direttore di Unità Operativa oltre che promuovere l’innovazione tecnologica interfacciandosi oltre che con i professionisti dell’Unità Operativa anche con le altre articolazioni/funzioni aziendali coinvolte nell’ambito della ricerca e innovazione. Il referente ha inoltre la responsabilità dei flussi informativi

relativi alla Unità Operativa: corretta compilazione della cartella clinica My Star, supporto ai Responsabili dei differenti PDTA per raccolta degli indicatori finalizzata al monitoraggio degli stessi.

TIPOLOGIA DI PAZIENTI PRESI IN CARICO DALLA RETE DIABETOLOGICA

La tipologia di pazienti che dovranno essere presi in carico dai Servizi Diabetologici sono di seguito riportati.

a) I pazienti con diabete tipo 1 insulino-dipendente o diabete giovanile.
b) I pazienti diabetici insulino-trattati in terapia con microinfusore insulinico (pompa insulinica) in continuo.
c) I pazienti diabetici insulino-trattati che utilizzano il sensore glicemico (Holter) in continuo real time.
d) I pazienti diabetici tipo 2 gravemente complicati in terapia insulinica basal-bolus o combinata.
e) I paziente con piede diabetico complicato da lesioni in atto o amputazioni pregresse.
f) Le donne in gravidanza con diabete gestazionale.
g) Gli episodi di scompenso metabolico in atto senza alterazioni dello stato di coscienza.
h) I pazienti iperglicemici in carico alle U.O. di Oncologia (diabete secondario o steroideo).

Al fine di rispondere a quanto previsto dalle Linee di indirizzo Regionali sulla gestione dei pazienti con Diabete di tipo1, viene identificato un unico Centro di riferimento Provinciale per la cura e il trattamento delle persone con Diabete di tipo 1 all'esordio in età adulta, nella fase di transizione dal Servizio Diabetologico dell'età pediatrica a quello dell'adulto e per i pazienti portato di dispositivi medici high-tech (microinfusori, sensori).

I pazienti con diabete di tipo 1 già in carico ai Servizi Diabetologici continueranno ad essere seguiti presso tali Centri, fatta salva la libera scelta del paziente. Al fine di rendere omogenea l'assistenza presso tutti i Servizi Diabetologici verranno programmati eventi formativi con focus specifici su nuove modalità di gestione della patologia, nuove frontiere terapeutiche e soprattutto sulle nuove tecnologie. La dimensione orizzontale dei PDTA comuni ha la responsabilità di operare per garantire tale omogeneità.

MODALITÀ DI PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI ALL'INTERNO DELLA RETE DIABETOLOGICA

La modalità di presa in carico del paziente con malattia diabetica è basata sulla valutazione del bisogno clinico-assistenziale dello stesso. In base all'intensità delle cure in risposta ai bisogni del paziente si hanno 3 scenari: alta, media e bassa intensità.

Alta intensità. Un esempio è quello di un paziente di nuova diagnosi con iperglicemia marcata, senza acidosi metabolica che può essere trattato farmacologicamente e reidratato ambulatorialmente sotto monitoraggio glicemico intensivo dal Team diabetologico fino a stabilizzazione della glicemia e della terapia ipoglicemizzante. Applicando tale modalità di trattamento si riducono le ospedalizzazioni inappropriate.

Media intensità. Un esempio è quello del paziente con diabete di tipo 2 di nuova diagnosi, non critico ma instabile già o meno in trattamento con ipoglicemizzanti orali o in sola dieta, che ha necessità di

una rivalutazione diagnostico-terapeutica a causa di un aggravamento del quadro clinico o della comparsa di una nuova complicanza o peggioramento di una complicanza pre-esistente. Il diabetologo imposta/modifica la terapia farmacologica prende temporaneamente, fino a stabilizzazione del quadro, il paziente in carico presso il SD.

Bassa intensità. Un esempio è quello del paziente di nuova diagnosi di tipo 2 non ancora in trattamento che necessita di inquadramento diagnostico, eventuale terapia con metformina. Il Diabetologo certifica inoltre esenzione per patologia e programma la valutazione della dietista. Il paziente essendo stabile viene inviato al MMG per l'avvio della gestione integrata.

Al fine di rendere omogenea la presa in carico della persona diabetica in tutti i nodi della rete diabetologica si rendono necessarie le azioni di seguito riportate.

1. Un programma di formazione continua rivolto a tutti i Professionisti che intervengono nel percorso di cura della malattia diabetica al fine aggiornare, qualificare le competenze professionali e gestionali.
2. Stretta collaborazione e coinvolgimento nel processo di implementazione del percorso di cura con gli interlocutori che rientrano nello stesso quali (Associazioni di Volontariato e Associazioni di pazienti, interlocutori fondamentali per un confronto periodico sulla qualità della cura e per il coinvolgimento del paziente nel processo di cura, oltre alla collaborazione per la realizzazione di eventi pubblici quale ad es. la Giornata Mondiale del Diabete, e di Promozione della salute. Medici di Medicina Generale, interlocutori centrali per la implementazione della gestione integrata e presa in carico del paziente diabetico tipo 2 e dei pazienti "fragili" in ADI. Pediatri di comunità e Pediatri di Libera scelta per la gestione degli adolescenti con Diabete di tipo 1. Infermieri della Cronicità, sia afferenti agli ambulatori della cronicità all'interno delle Case della Salute sia degli ambulatori degli MMG fondamentali per il coinvolgimento attivo del paziente nel percorso di cura. Specialisti Ospedalieri e Ambulatoriali per la gestione integrata con il Team diabetologico delle complicanze).

IMPLEMENTAZIONE DELLA CARTELLA DIABETOLOGICA PROVINCIALE E SISTEMI INFORMATIVI

Al fine di monitorare il percorso di cura e per ottemperare, a quanto stabilito dal Comitato di Indirizzo regionale si rende necessario da parte dei professionisti, ciascuno per la parte di propria competenza, dei Servizi Diabetologici inserire i dati dei pazienti, previo consenso informato, all'interno della cartella clinica Mystar che a sua volta alimenta il Registro Diabete Provinciale Diabete.

SCHEMA MODELLO ORGANIZZATIVO

