I PACC COME APPROCCIO INNOVATIVO ALLA GESTIONE DEL DIABETE

5 NOVEMBRE 2019

GRAND HOTEL SANTA LUCIA
VIA PARTENOPE, 46
NAPOLI

L'esperienza dei PACC in Campania dal territorio alla best practice: la scalability del modello

Paola Gabriella Maida
Dirigente Responsabile Day Service Diabetologico Clinica Athena -Piedimonte Matese (CE)

Agenda :

- Contesto Normativo
- Contesto Territoriale
- Fasi del progetto Day Service Diabetologico – Pacc Diabete
  Action Plan 2014-15 : recepimento normative e modifiche
  Implementazione 2016-17
  Stabilizzazione 2018-19
- Scalability del processo , Business Process Reengineering, Operation Management , Presa in Carico , Best Practice

Agenda

- **Contesto Normativo**
- **Contesto Territoriale**
- **Fasi del progetto Day Service Diabetologico – Pacc Diabete**
  Action Plan 2014-15 : recepimento normative e modifiche
  Implementazione 2016-17
  Stabilizzazione 2018-19
- **Scalability del processo , Business Process Reengineering, Operation Management , Presa in Carico , Best Practice**

In origine…..

LEGGE 115 del 1987 **DGRC 1168 del 2005**

Deliberazione n. 642 del 3 aprile 2009 Prestazioni specialistiche diabetologiche

Alla luce delle linee di indirizzo sulla gestione dei pazienti diabetici (D.G.R.C. n. 37/2004 e D.G.R.C. n. 1168/05)

possono essere erogate, sia da parte dei Centri pubblici che di quelli "già convenzionati", le prestazioni attinenti alla patologia diabetica, comprese nel nomenclatore tariffario regionale

Circolare applicativa di DGRC 642/09 del 3/6/2009

" dovra' essere applicata a tutte le strutture territoriali pubbliche ed accreditate eroganti prestazioni specialistiche diabetologiche"

Delibera N. 102 DEL9 FEBBRAIO 2009

Modello organizzativo del Day-Service

Legge Regionale n. 9 del 22 luglio 2009

“disposizioni in attuazione della legge 16 marzo 1987, n. 115 relativa alla prevenzione e alla cura del diabete mellito“

Decreto n. 87 del 24.07.2013

Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale. ART.9:

- **Disease Management diabete mellito**

DECRETO n. 17 DEL 20.03.2014

- **Linee Guida per migliorare l'appropriatezza della funzione ospedaliera ed il potenziamento di forme alternative al ricovero (PACC)**

DECRETO n. 26 del 03.06.2014

Recepimento dell'Accordo Stato – Regioni del 6 Dicembre 2012 relativo al

"Piano per la Malattia Diabetica"

Delibera della Giunta Regionale n. 431 del 24/09/2015

- **approvazione del Catalogo Regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali**

Delibera della Giunta Regionale n. 330 del 06/07/2016

DGRC N. 1168 DEL 16 SETTEMBRE 2005: ULTERIORI DETERMINAZIONI

è stabilito che l'assistenza diabetologica di secondo livello viene erogata dai Centri Diabetologici dotati di un'organizzazione assistenziale strutturata in team diabetologico interdisciplinare e che rispettano i parametri definiti nello stesso atto deliberativo;

DECRETO n. 84 del 27.07.2016

- **Presa d' atto della deliberazione di Giunta Regionale n. 330/2016**

Potenziamento dell'offerta sanitaria extraospedaliera e territoriale

- **"di dare mandato alla Direzione Generale per la Tutela della Salute, in esito ad una puntuale ricognizione delle istruttorie aziendali,**
- **di definire conclusivamente l'offerta reale pubblica e privata di strutture di II° livello, in linea con la normativa nazionale e regionale di riferimento;"**

I LEA 2017

- **Pubblicato in gazzetta n.65 del 18-3-2017 - Suppl. Ordinario n. 15**
- **partendo da questa revisione si può procedere verso un modello assistenziale che possa garantire da una parte vera appropriatezza**
- **e dall'altra una cura giusta ed efficace per la persona con diabete, un modello che si basa sulla "presa in carico "tenendo ben chiari i differenti livelli assistenziali.**

DECRETO Regione Campania
n. 99 del 22.09.2016

- **Piano Regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016 – 2018**

DECRETO Regione Campania n. 99 del 22.09.2016

- Il piano prevede che all'interno di ciascuna azienda sanitaria vengano formalizzati, aggiornati e implementati

- i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) che devono mirare a garantire sia efficacia che efficienza nella gestione integrata di alcuni quadri nosografici prioritari

DECRETO Regione Campania
n. 99 del 22.09.2016

- è essenziale che le Direzioni delle Aziende provvedano ad: attivare anche nel territorio i Day Service Ambulatoriali per l'accesso ai
- Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC),
- di cui alla DGR n. 102/2009 e al DCA n. 17/2014, collegati ai 6 PDTA previsti dal presente Piano.

Quindi…..

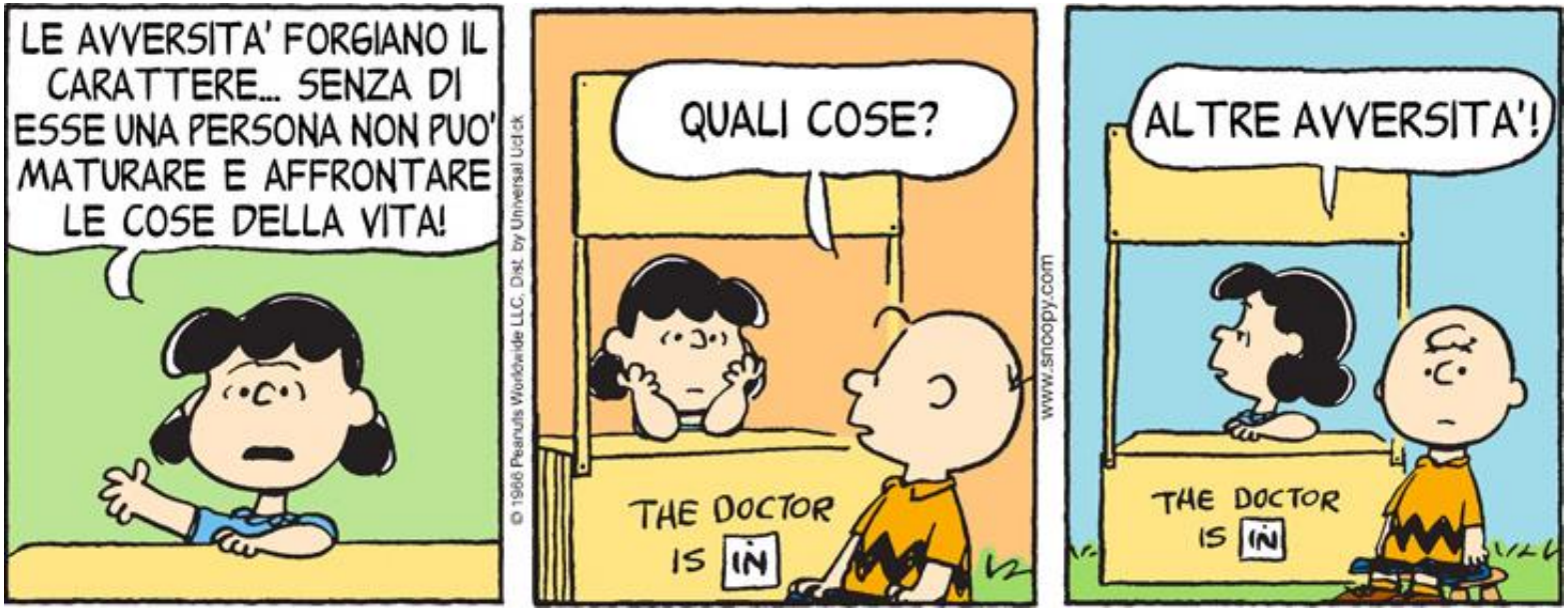
- **La DGRC 102 del 2009 ed il DCA 17 del 2014**

Ponevano le basi per una decisione strategica da adottare in una crisi di risorse economiche e di organizzazione….

- **Ma forse anche una «crisi culturale»**

- E allora cosa fare????

L'assistenza diabetologica sul territorio:



ATHENA
CASA DI CURA VILLA DEI PINI

La spinta al cambiamento

In uno scenario regionale – qual era quello campano all'indomani del Piano di Rientro dal Disavanzo e alla vigilia del Commissariamento – la tendenza universalmente assunta dalle aziende sanitarie e ospedaliere per il recupero del disavanzo era orientata principalmente all'introduzione di misure di razionamento e all'individuazione di tetti e soglie di attività, intesi, spesso, come limitazioni all'autonomia professionale dei clinici, in nome della finitezza delle risorse.

Si trattava della strategia declinata dagli organi istituzionali (ministeriali e regionali) per ripianare il bilancio e passava attraverso violente misure di tipo strutturale – accorpamenti di AASSLL e strutture, blocco al turn over del personale ecc – e comportamentale(vincoli stringenti alla gestione degli acquisti, riduzione delle soglie di ammissibilita dei ricoveri per i DRG meno complessi ecc), solo per citarne alcune.

Agenda :

- **Contesto Normativo**
- **Contesto Territoriale**
- **Fasi del progetto Day Service Diabetologico – Pacc Diabete**
  Action Plan 2014-15 : recepimento normative e modifiche
  Implementazione 2016-17
  Stabilizzazione 2018-19
- **Scalability del processo , Business Process Reengineering, Operation Management , Presa in Carico , Best Practice**

ATHENA
CASA DI CURA VILLA DEI PINI
INGRESSO
LABORATORIO
ANALISI

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Seduta del 23 gennaio 2009 - Deliberazione N. 102

- - Area Generale di Coordinamento N. 20 - Assistenza Sanitaria – Modifiche ed integrazioni alla deliberazione n° 2040 del 23 dicembre 2008 "Modello organizzativo del day-service (DGRC 546/2007):

- ulteriori indicazioni sulle modalità operative di erogazione del day-service e sulle modalità di remunerazione;

- definizioni di specifici Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC) e relativi flussi informativi.

- Richiamatala propria deliberazione n. 2040 del 23 dicembre 2008 “Modello organizzativo del day-service (DGRC 546/2007): ulteriori indicazioni sulle modalità operative di erogazione del day-service e sulle modalità di remunerazione; definizioni di specifici Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC) e relativi flussi informativi;

- Constatato che nella deliberazione non è stata riportata, prima dell’ultimo periodo, la seguente frase di rito che richiama il Piano di rientro: “*Si precisa che la presente deliberazione sarà adeguata alle eventuali prescrizioni che dovessero intervenire da parte del Ministero della Salute e dell’Economia in applicazione del piano di rientro collegata al piano di rientro* che nell’allegato 1 e 2 della predetta deliberazione sono presenti delle inesattezze e alcuni errori relativi alla descrizione, ai codici ed alle tariffe di alcune prestazioni che compongono i PACC

- **1.0 Definizione e criteri generali per l'organizzazione del Day Service**
- **Gli impegni assunti dalla regione Campania con il piano di rientro dal disavanzo, con la DGRC 460/2007 riguardano anche la riduzione del tasso di ospedalizzazione per acuti che, gradualmente, dovrà raggiungere il valore del 180 per 1000 senza che venga meno la capacità del SSR di soddisfare la domanda di prestazioni sanitarie. La DGRC 546/2007, da ultima, ha individuato, quale azione essenziale per il raggiungimento di questo obiettivo, il trasferimento di quote significative di ricoveri inappropriati verso modelli assistenziali di minore intensività, a parità di efficacia, con un utilizzo più appropriato ed efficiente delle risorse. Il trasferimento delle prestazioni di ricovero dovrà avvenire sia dal regime ordinario verso il DH, e ciò vale, in particolare, per le prestazioni chirurgiche, sia dal regime di ricovero ordinario e di DH verso l'assistenza ambulatoriale, e ciò vale in particolare per i ricoveri di tipo medico diagnostico che attualmente fanno registrare un' elevata quota di inappropriatezza soprattutto in Day hospital. Le azioni intraprese negli ultimi 5 anni dalla regione per promuovere l'appropriatezza hanno determinato una riduzione dei ricoveri acuti ordinari per trasferimento verso il regime diurno; non si è, però, assistito ad una riduzione complessiva dei ricoveri in quanto l'incremento dei ricoveri in day hospital è andato oltre la quota di trasferimento dal regime ordinario. Solo nel 2007, per la prima volta si è registrata una modesta riduzione del numero dei ricoveri probabilmente a seguito delle disposizioni contenute nella DGRC 546/2007. Proprio per evitare il ricorso improprio all'ospedalizzazione, in particolare quella relativa al day hospital medico diagnostico, nella DGRC 546/2007 sono stati definiti chiari criteri di appropriatezza per l'accesso al day hospital medico ed azioni orientate a promuovere il trasferimento verso l'assistenza specialistica ambulatoriale; quest'ultima rappresenta la modalità assistenziale più appropriata per la gran parte delle prestazioni attualmente erogate in day hospital medico per motivi diagnostici; inoltre, con lo stesso provvedimento, è stato introdotto il modello assistenziale del day service ambulatoriale che rappresenta una modalità organizzativa ambulatoriale innovativa adatta ad affrontare problemi assistenziali che, pur non necessitando di ricovero, richiedono, per la complessità delle problematiche da affrontare e delle prestazioni da erogare, la presa in carico del paziente.**

Allegato 2

Modifiche al metodo di applicazione delle soglie massime di ammissibilità di ricovero per i DRG medici a rischio di inappropriatezza all. q DGRC 546/2007della lista

Alla luce dei criteri di appropriatezza dell'accesso al ricovero in DH diagnostico per patologie di tipo medico definito dalla DGRC 546/07 si rende necessario modificare il vigente metodo disapplicazione delle soglie massime di ammissibilità di ricovero relativamente ai DRG medici a rischio di inappropriatezza dell'ALL. 1 DGRC 546/07.

Il nuovo sistema prevede che, per i suddetti DRG, le percentuali relative alle soglie massime dei ricoveri ordinari maggiori di 1 giorno indicati nella DGRC 546/07 saranno utilizzate per fissare, il numero massimo di dimissioni erogabili, per ciascun Istituto e per ogni DRG, sulla base del numero di dimissioni dell'ultimo anno precedente disponibile.

Con il nuovo metodo di calcolo verranno, quindi, stabiliti a priori, per ciascun istituto e per ciascun DRG

Su quest'ultimo fronte, alle misure prescrittive tendevano a combinarsi a iniziative di verifica e monitoraggio sempre più stringenti per il giudizio di efficienza delle strutture.
La lista dei DRG a rischio di inappropriatezza si allungava e gli indicatori di appropriatezza divenivano sempre più articolati.
Con il Patto per la Salute 2010-12 vengono declinati (Art. 2, comma 2, lettera h) con relativo Allegato , i seguenti indicatori:

1) Degenza media preoperatoria;
2) Percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni dal ricovero;
3) Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico;
4) Percentuale di ricovero con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri;
5) Percentuale di ricoveri ordinari sul totale dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza;
6) Percentuale di ricoveri DH medici diagnostici sul totale dei ricoveri DH medici;
7) Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (0-2 gg) sul totale dei ricoveri ordinari medici;
8) Percentuale di ricoveri oltre soglia sul totale di ricoveri ordinari medici di pazienti con età ≥ 65 anni.

- **Nel Day Service vengono erogate prestazioni incluse in predefiniti Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC) che sono costituiti da liste ragionate di prestazioni incluse nel nomenclatore regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, finalizzate a fornire risposta a quesiti diagnostici per specifiche patologie/problemi.**

- **I PACC rappresentano lo strumento operativo dell'assistenza in day service**

- **Il day service deve assicurare al paziente facilità di accesso alle prestazioni attraverso la gestione, da parte della struttura erogatrice, delle prenotazioni in coerenza con l'iter diagnostico e in modo da ridurre il numero di accessi all'utente. Il percorso di day service deve, di norma, concludersi entro 30 giorni dal primo accesso.**

SI INIZIA…

L’organizzazione, l’implementazione e la stabilizzazione del PACC per lo Screening delle complicanze croniche del diabete mellito nell’ambito del Day Service Diabetologico nella Clinica ATHENA di Piedimonte Matese hanno costituito un’esperienza maturata nel contesto di un progetto svoltosi nell'arco di diversi mesi ed in più fasi

da Settembre 2014 a Dicembre 2015 (fase di organizzazione)
successive fasi di riorganizzazione (implementazione da Gennaio 2016/Dicembre 2017
stabilizzazione (Gennaio 2018/Dicembre 2019).

La Storia del progetto : dall'incontro fra le persone nasce una progettualità creativa

Il primo incontro di confronto e di fattibilita' di un programma assistenziale per il diabete mellito tra le manager ed i Dirigenti della Clinica Athena Dott.ssa Carolina Di Pietro e Dott.ssa Carmela Di Pietro e Dott. A. Lacerra e Dott. P.Simonelli e degli Specialisti Diabetologi Dott.ssa Paola Gabriella Maida e del dott. Andrea Tatavitto e' avvenuto ad Ottobre 2013.

L'attivita' assistenziale diabetologica e gli incontri con i medici di medicina generale sono iniziati a Gennaio 2014 e solo a Settembre 2014 e' definitivamente partita l'organizzazione sperimentale del DAY SERVICE/PACC per le complicanze croniche del diabete mellito

Sono seguiti altri incontri, necessari alla costituzione del team multidisciplinare, all'addestramento infermieristico, alla formazione del personale amministrativo ed alla messa a punto del programma informatico che sostenesse tutta l'organizzazione posta in essere

Le quattro direttrici principali della prima fase attività:

- **analisi del contesto del territorio di riferimento;**

- **analisi delle criticità presenti nell'assistenza diabetologica Territoriale dell'Alto Matese**

Analisi e valutazione del panorama normativo dal 2009 al 2014 per la fase di organizzazione e dei DCA e delle delibere Regione Campania del 2015

- formazione e *coaching* per il management della multidisciplinarietà e per il coordinamento della complessità della presa in carico del paziente con diabete mellito tipo 2 nella gestione delle complicanze croniche;

- **incontri e Convegni per la disseminazione/divulgazione dei risultati del progetto, sia rivolti al personale sanitario interno alla Clinica Athena, sia rivolti ad Enti o soggetti esterni interessati ad un confronto.**

La premessa ed il rationale dell'attivazione sono di seguito riportate e costituiscono il testo di comunicazioni inviate alla ASL CE ed ai medici di Medicina generale del Territorio:

«Il contesto territoriale nel quale opera la struttura è una zona decentrata e disagiata in quanto Comunità Montana ed è completamente priva di centri diabetologici. Seppure sulla carta risulti attivo un servizio di diabetologia presso il vicino presidio ospedaliero ,in concreto, non viene svolta attività diabetologica strutturata, per mancanza di personale ed organizzazione.
Su questo presupposto la struttura ha creato un'organizzazione tale da consentire ai pazienti diabetici del territorio di seguire un percorso assistenziale diagnostico-terapeutico completo.
Di seguito vengono dettagliate le fasi previste….»

Sulla base di queste considerazioni e' stato istituito un Gruppo di Lavoro, costituito dai Dirigenti Medici specialisti diabetologi e dal Gruppo Dirigenziale della Clinica ATHENA allo scopo di elaborare il Regolamento ed il Modello Organizzativo del Day Service Ambulatoriale Multidisciplinare per il PACC delle complicanze croniche del diabete mellito con l'evidente e preciso obiettivo di contrastare l'inappropriatezza di quei DRG non più ammissibili in ricovero ordinario

In particolare :

Ridurre il tasso di ospedalizzazione, attraverso la riduzione di tutti i ricoveri/ Day Hospital medici "impropri", come numero di accessi o come DGR

Semplificare il più possibile l'accesso alle strutture ambulatoriali, riducendo le prassi burocratiche e garantendo, al tempo stesso, la continuità assistenziale per un determinato problema clinico

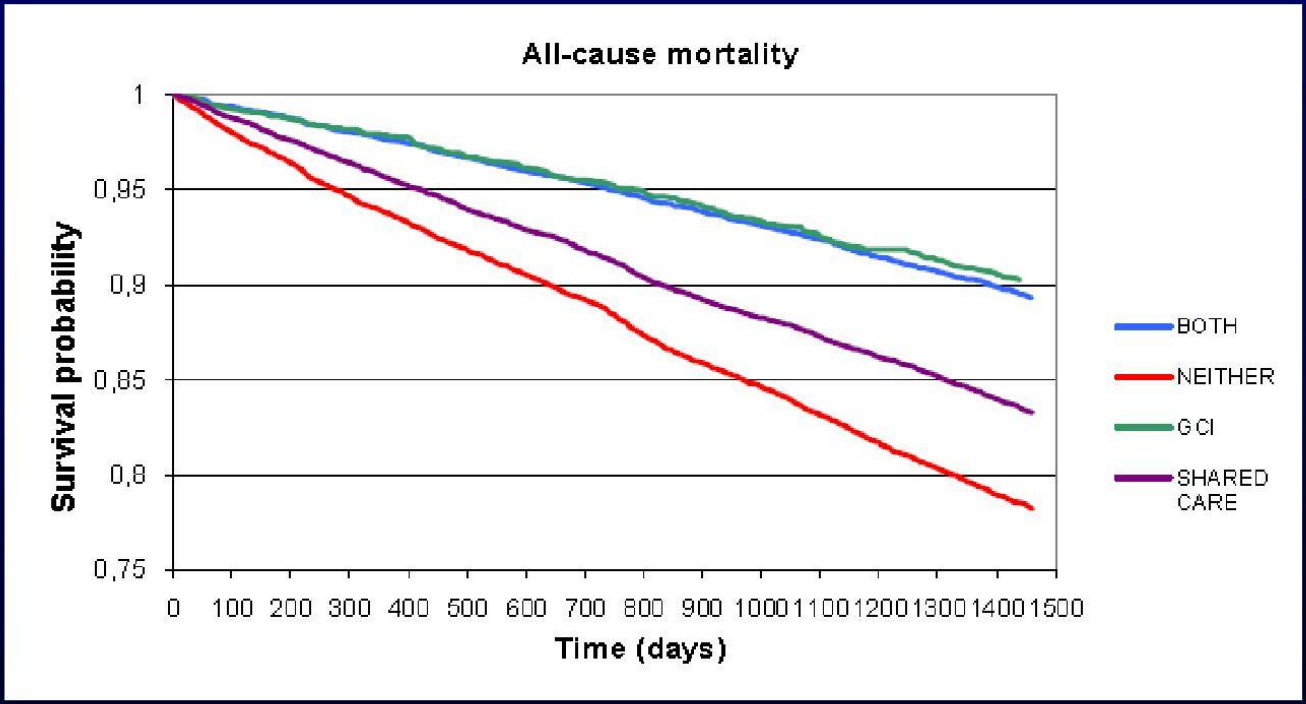
Migliorare la qualità nella pratica clinica

Migliorare l'appropriatezza nell'uso delle risorse:

Migliorare la qualità del Servizio reso al cittadino/PAZIENTE attraverso la continuità assistenziale e la riduzione dei tempi e delle liste di attesa: Migliorare la qualità della attività clinica basata sulla attivazione di un percorso Clinico individuato e condiviso dagli specialisti in modo trasversale (e sul confronto tra MMG, PdL, e Specialisti Ospedalieri)

Favorire la continuità assistenziale, nel momento in cui l'utente viene inserito nel percorso scelto dal medico specialista del PACC e seguito sempre dallo stesso specialista (One Stop Clinic)

Differenze di mortalità su 4 anni in relazione al modello di cura (con o senza integrazione MG e diabetologia)



Popolazione di Torino 2002-2006. Giorda et al PLoS 2012

CRITICITÁ ASSISTENZIALI

- **Dis equità** negli accessi
- **Dis continuità** delle cure
- **Presa in carico** del paziente cronico
- Mancanza di una ***governance*** di rete forte
- Innovazione fuori dai **PDTA** garantiti
- **Silos** budget

Challenges facing healthcare system are structural rather than clinical

26 JUNE 2018 - 05:07 *by* EDDIE RAKABE

REQUISITI DI RETE

RAZIONALIZZAZIONE ≠ RAZIONAMENTO

- Forte mandato politico regionale
- PDTA per il superamento della frammentazione delle attività cliniche
- Uscire da logiche competitive tra Strutture Sanitarie
- Condivisione funzionale di competenze (multiprofessionalità)
- Interoperabilità dei sistemi informativi
- *Governance* dell'innovazione

MISSION

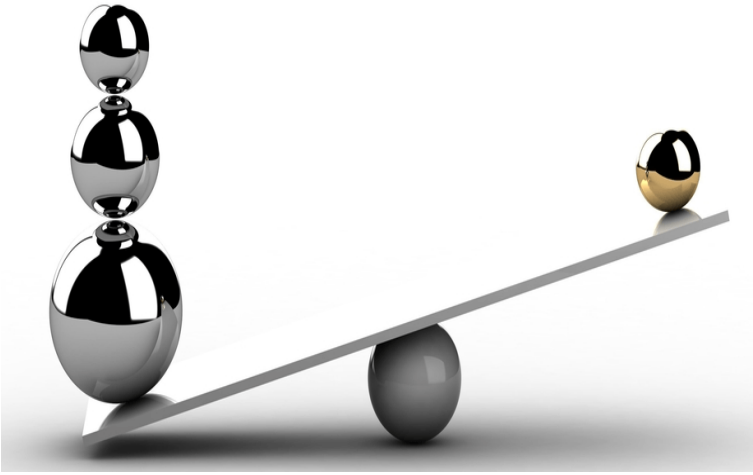
RESEARCH ARTICLE Open Access

The effectiveness of clinical networks in improving quality of care and patient outcomes: a systematic review of quantitative and qualitative studies

Bernadette Bea Brown[1,4], Cyra Patel[2], Elizabeth McInnes[3*], Nicholas Mays[4], Jane Young[4] and Mary Haines[2,4]

Presa in carico del paziente: mettere in relazione con modalità formalizzate e coordinate professionisti, strutture e servizi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinico-organizzativa

Abbiamo scelto la complessita' e l'integrazione e questo ci ha condotto ad apprezzare il lavoro in rete



IL «VALORE» DELLA RETE

RISPOSTA ALL'ESIGENZA DI INTEGRAZIONE IN SANITÀ

- **Equità dell'offerta**
- Uniformità dei processi e dei percorsi clinico-assistenziali
- **Multiprofessionalità**
- Prossimità di accesso alle cure
- **Contenimento della "migrazione sanitaria"**

IL «VALORE» DELLA RETE

- Infrastrutture di sistema
- Sostenibilità secondo la definizione di **«value»**

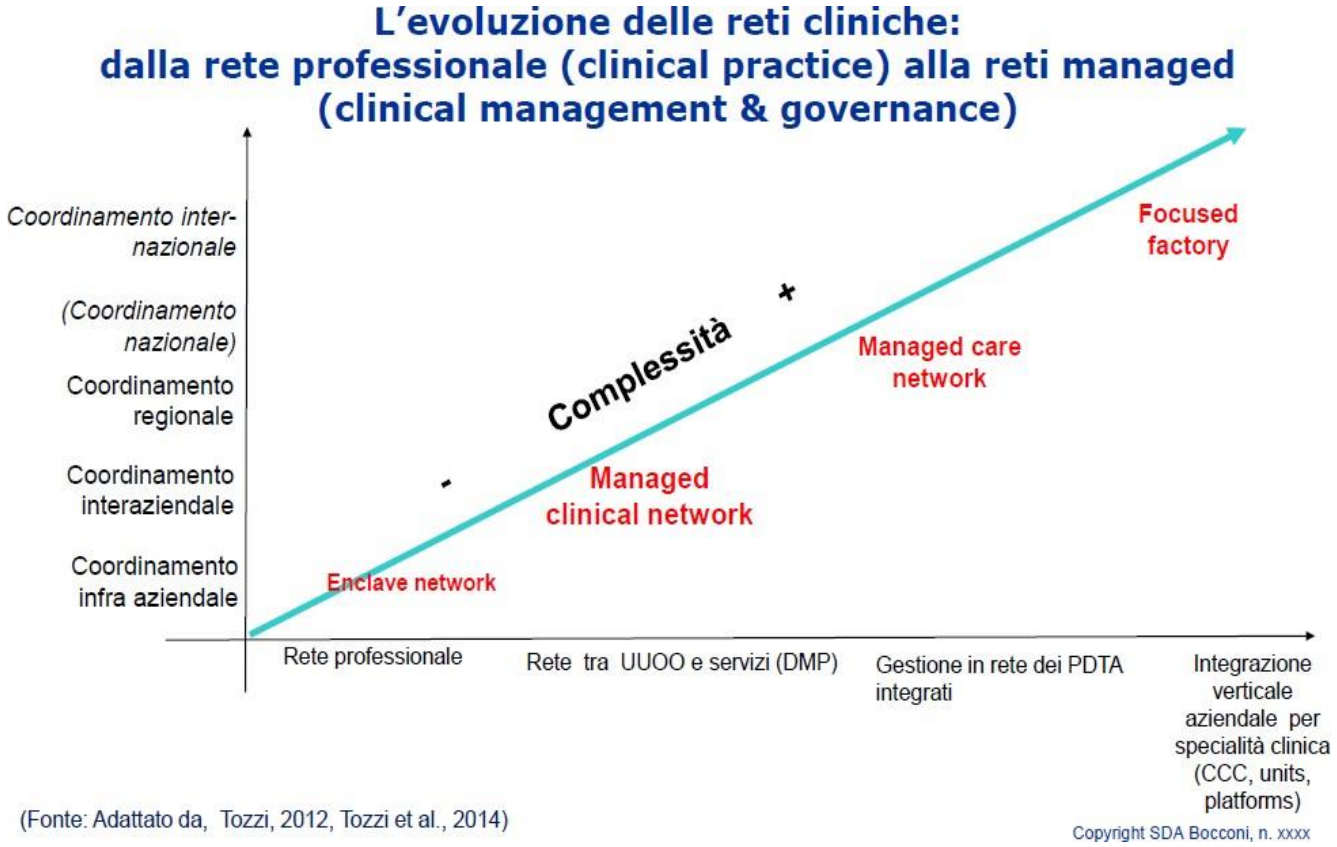
Perspective

DECEMBER 23, 2010

What Is Value in Health Care?

Michael E. Porter, Ph.D.

OBIETTIVI DI RETE



SISTEMATIZZARE UNA RETE PROFESSIONALE

- Accessibilità a servizi e prestazioni di qualità
- Supporto ai bisogni assistenziali in tutte le fasi della malattia
- Appropriatezza clinico-organizzativa
- Qualità, sicurezza, tempestività delle cure
- Identificazione dei nodi ad alta specializzazione
- Coinvolgimento di cittadini e pazienti

PROGRAMMARE A PARTIRE DAI BISOGNI

Governance dell'innovazione
Unitarietà della programmazione
Contenere il fenomeno della «mobilità sanitaria»

Governance dell'innovazione

Unitarietà della programmazione

Contenere il fenomeno della «mobilità sanitaria

STRATEGIE DA PROMUOVERE

- Dialogo tra Istituzioni
- Adottare modelli organizzativi funzionali
- Identificazione dei **nodi della rete**
- Sinergie e lavoro in TEAM
- Implementazione di strumenti di monitoraggio
- Coinvolgimento di cittadini e pazienti
- Sistema di reporting

I punti di atterraggio
le linee da seguire

- **Indipendentemente dai modelli adottati gli obiettivi che oggi si stanno ponendo tutti i sistemi sanitari sono:**
  - **Adeguatezza (fruibilità)**
  - **Appropriatezza**
  - **Outcome**
  - **Efficienza**
- **Il raggiungimento di questi obiettivi prevede sia azioni programmatorie che legate all'organizzazione dell'erogazione**
- **Occorre leggere il proprio ruolo alla luce di questi obiettivi**

- **IL NOSTRO CONVINCIMENTO…LA NOSTRA LEADERSHIP**

Agenda :

- **Contesto Normativo**
- **Contesto Territoriale**
- **Fasi del progetto Day Service Diabetologico – Pacc Diabete**
  Action Plan 2014-15 : recepimento normative e modifiche
  Implementazione 2016-17
  Stabilizzazione 2018-19
- **Scalability del processo , Business Process Reengineering, Operation Management , Presa in Carico , Best Practice**

La seconda fase di attivita' si e' basata sulle seguenti direttrici:

Consolidamento del team multidisciplinare, acquisizione di competenze ed esperienza manageriale

Analisi e riprogettazione dei dati statistici, epidemiologici e normativi, analisi ed elaborazione operativa delle normative e dei DCA susseguitisi dal 2016 al 2018

Organizzazione di Convegni ed incontri di diffusione dell'esperienza e dei risultati degli outcomes di struttura, di processo e di esito

Miglioramento ed ampliamento dei locali adibiti al Day Service/Pacc diabete(inaugurazione dei nuovi ambulatori dedicati al Day Service diabetologico Settembre 2019)

LEA 2017
DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 gennaio 2017
Pubblicato in gazzetta n.65 del 18-3-2017 - Suppl. Ordinario n. 15
processo di revisione e di adeguamento posto a base di un decreto fermato già nel 2008 e poi nel 2012. “L’adeguamento è necessario perché 16 anni di evoluzione diabetologica sono un secolo! Ma abbiamo anche sostenuto che partendo da questa revisione si può procedere verso un modello assistenziale che possa garantire da una parte vera appropriatezza (discorso caro ai gestori della sanità) e dall’altra una cura giusta ed efficace per la persona con diabete, un modello che si basa sulla “presa in carico “tenendo ben chiari i differenti livelli assistenziali.

DECRETO N. 35 DEL 08/08/2017
OGGETTO: Interventi tesi a migliorarel'appropriatezza organizzativa deiRicoveriOspedalieri: "Linee guida per l'attuazione dei percorsi ambulatoriali complessie coordinati (PACC)"

di FISSARE, in via provvisoria, nelle more della fissazione delle tariffe da parte dellaCommissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA, per tutti gli altri PACC chirurgici e medici erogati in regime di day service una tariffa onnicomprensiva commisurata all'80%della tariffa vigente del corrispondente ricovero ordinario con durata di degenza 0/1 giorno,ad eccezione di quanto previsto nel DCA n.18 del 09/03/17;

di MODIFICARE ed INTEGRARE il Nomenclatore Tariffario delle prestazioni specialisticheambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio di cui al Decreto Commissariale n.32 del 27/03/2013, pubblicato sul BURC del 02/04/2013, con i codici, le prestazioni e le tariffe dei Pacchetti, come riportati nell'allegato B1, nonché di variare la tariffa dellaprestazione con codice 89.99.2 che passa da €29,34 a € 0,00

DECRETO N:31 DEL 19/04/2018

di applicare per tutti i PACC medici erogati in regime di day service, nelle more della fissazione delle tariffe da parte della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA, una tariffa pari alla somma di quelle previste per le singole prestazioni dal vigente nomenclatore regionale effettuate in regime di Day Service e contenute nelle liste ragionate del singolo PACC, ovvero nel piano diagnostico/terapeutico formulato dal case manager;

di confermare nel Nomenclatore tariffario le prestazioni con codice 89.99.1 (prima visita e valutazione complessiva) e 89.99.2 (programma operativo - coordinamento clinico e organizzativo), rettificando la tariffa della prestazione 89.99.2 da euro 29.34 a euro O;

Agenda :

- **Contesto Normativo**
- **Contesto Territoriale**
- **Fasi del progetto Day Service Diabetologico – Pacc Diabete**
  Action Plan 2014-15 : recepimento normative e modifiche
  Implementazione 2016-17
  Stabilizzazione 2018-19
- **Scalability del processo , Business Process Reengineering, Operation Management , Presa in Carico , Best Practice**

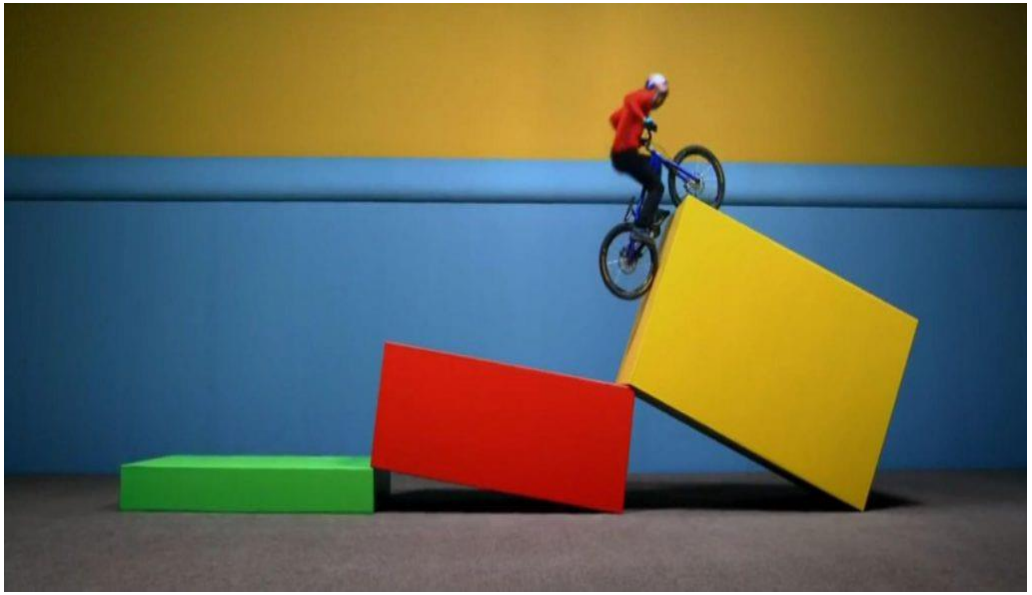
Definizione di business scalabile

Un business scalabile è fondamentalmente quel tipo di business che con un costo fisso (non molto alto) che è tot, + un costo variabile che “varia di poco” ti permette di avere un ritorno dell’investimento in rapporto all’ammontare di capitale investito nelle risorse impiegate appunto per produrre redditività: economiche, umane, strutturali, ecc.

Proprietà di un business scalabile

Un **business scalabile** in realtà possiede caratteristiche molto ma molto più "particolari" di quanto appena detto. Un'attività d'impresa non la possiamo definire scalabile soltanto in termini economici, dunque con un ridottissimo CF e con un ridotto CV. Un business scalabile è anche e soprattutto:

- **tipicamente replicabile**
- **è rappresentato da una tecnologia flessibile e dinamica** che consente la gestione di un aumento del carico di lavoro o l'aggiunta di nuove funzionalità in maniera del tutto "easy"
- **ha una tecnologia di rilievo alle spalle capace di assorbire dati rendendo l'analisi di questi ultimi facile e proficua per l'imprenditore. I dati stessi diventano "la metratura" della crescita dell'impresa.**



BPR Business Process Reengineering e BPM Business process modeling

Le normative vigenti dalla legge 115 al decreto 330/2016 ,passando per I decreti 17/2014 e 102/2009 costituiscono il basement per il modello del business process Reengineering adottabile in commutazione dal Management Aziendale per ottemperare alle inattese applicazioni delle stesse e dei modelli organizzativi proposti e più volte ripresi in questi anni.

Il Piano di Rientro ha imposto tagli e scelte dure , a volte distoniche con il proliferare di norme e decreti miranti al riordino organizzativo. Questo ha contribuito alla criticità della organizzazione della assistenza diabetologica territoriale, acuendo disagi per la utenza dei cittadini/pazienti e creando disservizi in ASL con elevata densità di popolazione e con prevalenza di diabete mellito superiore alla media nazionale o in territori particolari come la Comunità Montana del Matese

Partendo quindi dall'assunto che l'esperienza manageriale aziendale puo' essere un laboratorio nel quale inserire le difficoltà della situazione normativa ed assistenziale per la gestione della cronicità…

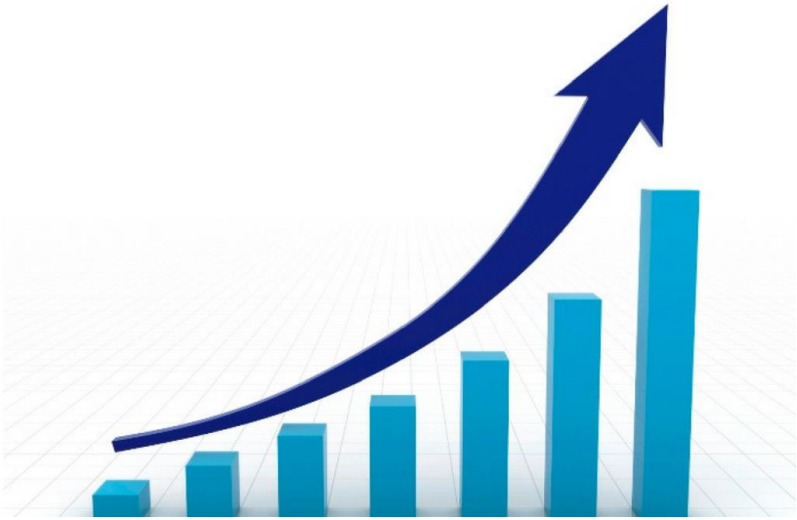
IL BPR ed IL BPM possono essere adottati in un progetto pilota che verifichi e misuri la validità di tale asserzione.
Iniziando dall'AS IS aziendale in cui si prende in affidamento l'azienda per portarla allo standard di qualità del settore : in the existing state of affairs to the normal execution of standard(BAU) business as usual.

Questo percorso di rappresentazione dei processi aziendali permette la mappatura degli stessi(AS IS ,quali processi reali) e li conduce attraverso il pilote project a quelli a cui tendere secondo lo standard di qualità (TO BE, processi ideali)Questa attività di rappresentazione dei processi aziendali nel suo svolgersi rende possibile il Modeling.
Eseguito il Modeling è realizzabile, in teppe successive o in contemporanea alla stesura della mappatura aziendale ,la Gap Analisys.

E’ una questione di scalabilità: cosa significa per noi….
Accettare impegno, dedizione e lavoro

Progredire e migliorare in armonia con il Gruppo di Lavoro e con le realtà del Territorio

Scegliere il miglioramento nel rispetto delle norme e della creatività aziendale , che si traducono nell’attenzione ai cittadini /pazienti ed al «capitale umano» quale risorsa aziendale



LA NOSTRA ESPERIENZA

2014 497 pazienti 1150 accessi

2015 1210 pazienti (798 nuovi) 2100 accessi

2016 1358 pazienti (492 nuovi) 2348 accessi

2017 1496 pazienti (280 nuovi) 2467 accessi

2018 1683 pazienti (215 nuovi) 2782 accessi

Regione CAMPANIA	AZIENDA	ATHENA CASA DI CURA VILLA DEI PINI	CODICE ISTITUTO (1) 150023

SCHEDA DI DIMISSIONE DAY SERVICE

U.O.	PACC	DIAGNOSTICO	CHIRURGICO	TERAPEUTICO	ANNO	N° NOSOLOGICO
2601	P 2501001X	2	3			19002153

DATI ANAGRAFICI

COGNOME	NOME	SESSO	DATA DI NASCITA	GG	MM	ANNO
		M F				

CODICE FISCALE	COMUNE O STATO DI NASCITA	CODICE ISTAT
	GIOIA SANNITICA	061041

RESIDENZA: COMUNE O STATO DI RESIDENZA	061041	QUARTIERE SOLO PER NAPOLI	
INDIRIZZO VIA RIGNANELLO 14 - GIOIA SANNITICA		TELEFONO	0823915267
CITTADINANZA		REGIONE O STATO	150
ASL DI RESIDENZA	203		
CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE		TIPO RICETTA	
NUMERO IDENTIFICAZIONE PERSONALE		STATO ESTERO	
NUMERO IDENTIFICAZIONE TESSERA			

MEDICO PRESCRITTORE		RICETTA	150160187780792
STAMPA INFORMATIZZATA	X	TIPOLOGIA PRESCRIZIONE	S H A (Suggerita-Hospital-Altro)

ONERI								
	X	CARICO SSN	2	STRANIERI(STP) MINISTERO INTERNI	4	STRANIERI DI STATI CONVENZIONATI	A	ALTRO
	5	MINISTERO SALUTE(Ricetta SASN)	7	PARZIALE CARICO SSN	9	CITTADINO EUROPEO NON ISCRITTO AL SSN(ENI)		

ESENZIONE TICKET			
DATA PRESCRIZIONE	11102019	DATA RICHIESTA PRENOTAZIONE	11102019
DATA APERTURA(I ACCESSO)	18102019	DATA CHIUSURA(ULTIMO ACCESSO)	23102019

DATI DI INTERESSE CLINICO

DIAGNOSI PRINCIPALE	DIABETE MELLITO NON COMPLICATO TIPO 2	CODICE ICD	25000
DIAGNOSI SECONDARIA	DIABETE MELLITO TIPO 2 CON COMPLICANZE VASCOLARI	CODICE ICD	25070
PROCEDURA PRINCIPALE	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA	CODICE ICD	89393
PROCEDURA SECONDARIA	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA	CODICE ICD	89591
FIRMA E MATRICOLA DEL MEDICO CHE DIMETTE			

Dott.ssa Paola Gabriella Maida
Specialista in Endocrinologia
Codice CE 004655

Regione CAMPANIA ASL CASERTA decreto R.C. N° 17 del 20 marzo 2014

Piedimonte li, 23/06/2017

Egregio Medico curante

Si conclude in data odierna il percorso clinico del PACC eseguito dalla Sig.ra . di anni 63 con la seguente diagnosi:
"diabete mellito, tipo 2" insorta nel 1998 quando la paziente aveva 44 anni
La paziente assume ipoglicemizzanti orali ed insulina dal 2013
All'ingresso, la glicemia capillare a digiuno era: 187 mg/dl

PACC P2501001, diagnosi e interventi

PACC 2017/1046 del 07/06/2017 motivo : screening delle complicanze croniche e valutazione dell' assetto glicometabolico

Diagnosi secondarie
aterosclerosi dell'aorta delle carotidi ;insufficienza coronarica cronica ;neuropatia autonomica cardiovascolare assente ;polineuropatia sensitivo motoria moderata (cl 2)

Interventi e procedure eseguite
biotesiometria;neurotester (diabetic neuropathy test)

Dati antropometrici
Altezza: 150 cm; Peso: 100 Kg; BMI: 44,4 - OBESITA' DI III° (GRAVE): eccedenza ponderale oltre il 100% fattore di rischio grave

Anamnesi

La paziente non fuma; e non assume alcol

Anamnesi familiare
del paziente risultano casi di: ipertensione arteriosa

Familiarità diabetica
ascendenti

Fattori di rischio
del paziente si evidenziano i seguenti fattori di rischio: cardiovascolari

Gravidanze e figli
nessuna gravidanza a termine. nessun aborto spontaneo.
la paziente è in menopausa dal 2005.

Diagnosi
angina pectoris (2005);ipertensione essenziale (2007);steatosi epatica lieve non alcolica (2014);mioma uterino (2015)
Interventi e procedure
angioplastica coronarica percutanea vaso singolo(2005);isterectomia addominale radicale(2015)

Esami eseguiti

Esami di laboratorio eseguiti

Glicemia **205** mg/dl*(60-110)*; Microalbuminuria **8** mg/l*(0.0-15.0)*; HbA1c **8.1** %*(< 6%)*; HbA1c **65** mmol/mol; eAG stima della glicemia media **186** ; Creatinina **0.76** mg/dl*(0.5-1)*; Clearance glomerulare **82** ml/min*(80-120(MDRD abbreviata))*; Colesterolo Totale **158** mg/dl*(<200)*; Trigliceridi **71** mg/dl*(40-180)*;

EMOCROMO

Globuli Rossi **4.83** 10^6/ul*(4-5)*; Globuli Bianchi **9.5** 10^3/ul*(4.8-11)*; Emoglobina **13.3** g/dl*(12-16)*; Ematocrito **38.8** % *(32-51)*; Piastrine **179** 10^3/ul*(130-400)*; M.C.V. **80.3** fL*(80-100)*; M.C.H. **27.6** pg*(27-32)*; M.C.H.C. **34.3** g/dl*(29-35)*; Neutrofili % **69** %*(45-65)*; Linfociti % **21** %*(22-45)*; Monociti % **7** %*(4-12)*; Eosinofili % **2** %*(0-7)*; Basofili % **1** %*(0-1)*;

Urine

Aspetto **quasi limpido** ;Colore **giallo** ; Ph **5.5** ;P.S. **1015** ; Proteinuria **0** mg/l*(<5)*; Nitriti **assenti** *(assenti)*; Ketonuria **assenti** *(assenti)*; Emoglobinuria **assente** *(assente)*; Glicosuria **0** mg/dl*(assenti)*; Cellule delle basse vie **alcune** ; Emazie **assenti** ; Leucociti **rari** ; Urati **alcuni** ; Fosfati **assenti** ;Ossalati **assenti** ; Cilindri **assenti** ; Flora Batterica **assente** *(assente)*; Birilubina **assente** *(normale)*; Sali Bilari **assenti** ; Indacano **normale** ; Urobilina **normale** ;

Tests per valutazione della neuropatia periferica eseguiti

neuropatia sensitiva motoria

riflessi achillei dx: evoc. con rinf. sn: evoc. con rinf.; riflessi rotulei dx: evoc. con rinf. sn: evoc. con rinf.; sensibilità dolorifica dx: normale sn: normale; sensibilità tattile dx: normale sn: normale; forza muscolare dx: normale sn: normale; vpt alluce (mvolt) dx: 38 sn: 40; vpt malleolo laterale (mvolt) dx: 40 sn: 40; vpt malleolo mediale (mvolt) dx: 38 sn: 38;

neuropatia autonomica cardiovascolare

manovra di valsalva 0 = normale; lying to standing 0 = normale; deep breathing 0 = normale; ipotensione ortostatica 0 = normale;

polsi arteriosi periferici dx: normali sn: normali;

Consulenze eseguite

ecografia addome superiore

fegato di regolare volume e morfologia, ad ecostruttura conservata, senza evidenza di lesioni focali us rilevabili. vie biliari non dilatate. colecisti normodistesa, alitiasica e con spessore parietale regolare. calibro portale regolare; flusso normodiretto. pancreas nei limiti.

ecodoppler tsa

visualizzato l'asse carotideo che appare regolare per calibro e decorso bilateralmente.severo ispessimento mediointimale dei vas esplorati.assenza di placche determinanti stenosi emodinamicamente significative.

segnale doppler normomodulato su tutti i vasi esplorati.

oculistica

too: 17 mmhg

bod: cataratta incipiente

bos: iol in cp

foo: disco ottico a margini netti di colorito normale, periferia indenne, non si evidenziano segni di retinopatia diabetica.

cardiologia

visita cardiologica: toni cardiaci validi, pause libere , frequenza ritmica, p.a. 130/80 attuale compenso emodinamico.

ecg: ritmo sinusale a frequenza di 62 b/m'; lievi anomalie della fase di ripolarizzazione in sede inferiore.

Esame del piede

Valutazione clinica piedi

appoggio plantare tendente al piatto

,onicodistrofia primo dito,cute secca ed iperemica,ungha a tegola , cheratosi plantare diffusa con aspetto focale 5 testa metatarsale

Diagnosi piedi

alterato appoggio plantare ,non piede diabetico ,

Classificazione rischio piede destro: **a rischio** sinistro: **a rischio**

Classe di rischio dell'insorgenza del piede diabetico(standard italiano per la cura dei diabete mellito)

Obiettivi, autocontrollo, ed educazione

Obiettivi target del compenso glicemico
target hba1c <48 e <= 53 mmol/mol(>6.5% e <=7%) per paziente con età adulta >= di 45 anni e < di 70 anni con malattie/complicanze macrovascolari

Obiettivi perseguibili
Riduzione dell'HbA1c di **2,0** punti percentuali in **3** mesi
I valori target di HbA1c proposti sono da intendersi come obiettivi da perseguire in sicurezza, limitando il rischio di ipoglicemia
E' auspicabile mantenere il peso attuale
E' auspicabile ottenere valori di glicemia a digiuno e pre prandiale: **70-115 mg/dl (3,9-6,4 mmol/l)**; valori di glicemia post-prandiale: **=160 mg/dl (8,9 mmol/l);**

Autocontrollo
del paziente ai fini decisionali oltre alla emoglobina glicata.
Connotazione dell'iperglicemia
Sulla base dell'analisi delle misurazioni effettuate con l'autocontrollo, viene identificata la seguente condizione: **iperglicemia a digiuno**
Iperglicemia prevalentemente a digiuno: quando vi sia una proporzione di valori di iperglicemia misurata a digiuno (o preprandiale) in automonitoraggio, >60% sul totale delle misurazioni effettuate (ad es.: 3 su 5 valori sono superiori al target)
Per la condizione evidenziata dal paziente è stato consigliato uno schema : **profilo a scacchiera a bassa intensità.**
Prescritto schema nutrizionale di **1800** Kcal
Nota
l'autocontrollo deve essere eseguito esclusivamente nel contesto di un percorso educazionale che permetta al paziente stesso di utilizzare le informazioni per la modifica della terapia e per fornire informazioni di feedback strutturate al medico.

Educazione Terapeutica strutturata
Al paziente sono state fornite istruzioni su
alimentazione: distribuzione dei pasti; autocontrollo glicemia; complicanze cardiovascolari; complicanze neurologiche
Nell'ambito del percorso educazionale e' opportuno rinforzare :
alimentazione: distribuzione dei pasti; importanza regolarita' attivita' fisica; insulino resistenza; la terapia insulinica; obesità, sovrappeso; obiettivi terapia

Terapia e followup

Terapia già in atto al momento dell' apertura del pacc

Terapia diabetologica e metabolica consigliata

follow up consigliato a 06 mesi valutazione glico metabolica;
follow up consigliato a 03 mesi ecocardiogramma

Resta invariata la terapia prescritta per altre patologie

Lo specialista

5
4

10
WC
11
UNITÀ OPERATIVA DI CHIRURGIA GENERALE E LAPAROSCOPIA
ATHENA

9
10
ATHENA

Grazie!

"In the middle of every
difficulty lies opportunity"
—Albert Einstein