

***IDENTIFICAZIONE PRECOCE E PRESA IN CARICO DEI SOGGETTI A RISCHIO DIABETE,  
ATTRAVERSO LA COSTITUZIONE DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE ITINERANTE,  
FINALIZZATA ALL'ATTIVAZIONE DELLA GESTIONE INTEGRATA.***

<b>Indice</b>	<b>Pag. 2</b>
<b>Premessa</b>	<b>Pag. 3</b>
<b>Contesto programmatico</b>	<b>Pag. 4</b>
<b>Criticità rilevate</b>	<b>Pag. 4</b>
<b>Gestione Integrata</b>	<b>Pag. 5</b>
<b>Obiettivi e finalità del progetto</b>	<b>Pag. 6</b>
<b>Equipe Multidisciplinare Itinerante</b>	<b>Pag. 7</b>
<b>Percorso operativo e Azioni del progetto</b>	<b>Pag. 8</b>
<b>Compiti dell'Equipe Multidisciplinare Itinerante</b>	<b>Pag. 10</b>
<b>Risorse finanziarie</b>	<b>Pag. 11</b>
<b>Risorse strumentali</b>	<b>Pag. 11</b>
<b>Cronoprogramma</b>	<b>Pag. 12</b>
<b>Valutazione del progetto</b>	<b>Pag. 13</b>
<b>Previsione economica</b>	<b>Pag. 14</b>

## **Premessa**

Il Diabete di Tipo 2 rappresenta una condizione metabolica multifattoriale, in cui fattori associati allo stile di vita, unitamente a quelli ambientali, agiscono sinergicamente, determinando l'aumento dei casi e delle complicanze croniche associate registrato nelle ultime decadi.

Secondo le stime dell'International Diabetes Federation si calcola un sensibile incremento, nel mondo, dei casi di diabete di tipo 2 entro il 2030.

La Sardegna è una delle Regioni con la più alta incidenza di Diabete per numero di abitanti; si stima un numero approssimativo di almeno 5.000 nuovi casi all'anno. Ad oggi la prevalenza stimata in Sardegna è del 6,2%, a cui si aggiunge il cosiddetto diabete non noto o sommerso che è stimato per il 3,2% della popolazione e un ulteriore 5,5% di popolazione con condizioni metaboliche borderline. Sommando questi dati si raggiunge una stima di oltre 100.000 persone.

In Sardegna, rispetto alle altre regioni, i medici diabetologi costituiscono il principale riferimento per il 92% dei diabetici, contro l'83% della media nazionale. Per quanto riguarda la gestione integrata con i medici di famiglia la stessa è stata realizzata solo per il 16% dei diabetici sardi, contro il 41% della media nazionale).

La situazione dell'Isola è resa preoccupante dalla presenza di alcune determinanti socio-economiche che espongono maggiormente la popolazione al rischio di diabete e delle sue complicanze: il basso reddito medio pro capite, le condizioni demografiche, la geomorfologia del territorio sardo, che rende particolarmente difficili e non omogenee le possibilità di accesso a una parte consistente della popolazione ai presidi per la cura della patologia.

Il presente progetto descrive le attività programmate necessarie a promuovere la prevenzione del Diabete Mellito di Tipo 2, attraverso la correzione dei fattori di rischio e l'adozione di corretti stili di vita, allo scopo di prevenire il manifestarsi di tale patologia e delle sue complicanze mediante l'attuazione della gestione integrata.

Il progetto prevede il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, del Servizio Promozione della Salute e dei Distretti, che governano la domanda sanitaria e organizzano l'assistenza primaria erogata dai servizi territoriali. Prevede inoltre la costituzione di due Equipos Multidisciplinari Itineranti, formate da diverse figure professionali, la cui attività è volta a favorire la gestione del paziente in modo trasversale da destinare al sostegno della S.C. "Diabetologia Territoriale", prevista dal nuovo Atto Aziendale di recente approvazione e in fase di costituzione.

## **Contesto programmatico**

A partire dall'adozione del Piano Regionale di Prevenzione 2005-2007, la prevenzione del diabete e delle sue complicanze, e delle malattie cardiovascolari ha costituito un elemento centrale dell'attività di pianificazione degli interventi di prevenzione.

Il Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 riprende e ribadisce i punti programmatici salienti della precedente pianificazione, e pone tra gli obiettivi prioritari l'individuazione dei soggetti a rischio di malattie croniche e la loro presa in carico attraverso l'elaborazione di percorsi educativi tesi alla riduzione dei fattori di rischio, con l'interazione sinergica tra tutti gli attori coinvolti nella prevenzione e cura del diabete e delle sue complicanze.

A tal fine la pianificazione regionale prevede la realizzazione di uno studio di fattibilità volto all'analisi delle criticità rilevate nell'attuazione della precedente programmazione e alla riduzione, mediante un intervento con strategie multiformi, di risultati insoddisfacenti.

Nelle more dell'attuazione del sopra citato studio di fattibilità, in applicazione delle direttive contenute nella pianificazione regionale, si propone un progetto che, con il coinvolgimento di professionisti con diverse competenze, veda l'elaborazione di percorsi finalizzati all'individuazione precoce e alla presa in carico sistemica dei pazienti con patologia diabetica.

## **Criticità rilevate**

Criticità, nella gestione dell'assistenza al paziente diabetico, vengono riscontrate principalmente nell'approccio degli specialisti alla malattia, storicamente limitato al sorgere delle complicanze e non più appropriato, dal momento che molti portatori di diabete sono oggi in buone condizioni generali e necessitano soprattutto di monitoraggio metabolico. A ciò si aggiunge la peculiarità della formazione dei Medici di Medicina Generale, i quali sono stati formati a una medicina d'attesa e ad offrire la loro prestazione solo quando il paziente ne richiede l'intervento.

Si riscontra inoltre un eccessivo carico di prestazioni diabetologiche di primo livello in capo agli Ambulatori Diabetologici, con conseguente ridotta capacità degli stessi di erogare prestazioni di secondo livello. Questa condizione è appesantita dalle attività di formazione e informazione dei pazienti, attualmente svolte dai Medici Diabetologi e agevolmente delegabili ad altre figure professionali, collocabili all'interno delle Equipos Multidisciplinari citate.

I cittadini sono poco formati sulle possibilità di gestione della propria patologia e dispongono di limitate conoscenze sulla difesa della loro salute e sulla prevenzione delle complicanze.

Vi è, infine, difficoltà di comunicazione tra gli attori assistenziali interessati all'erogazione delle prestazioni. Medici di Medicina Generale e Diabetologi dedicano poco tempo agli interventi di educazione sanitaria, che avvengono spesso in modo non strutturato, anche a causa della scarsa assiduità con cui i pazienti tendono a seguire gli interventi stessi.

Ciò determina notevoli difficoltà nell'applicazione delle Linee Guida assistenziali, con elevata incidenza delle complicanze e costi sempre più alti.

### **Gestione Integrata**

La Gestione Integrata rappresenta il modello cui tendere, unico in grado di garantire, in condizioni di efficacia ed efficienza, l'estensione di un elevato livello di assistenza a tutte le persone con patologia diabetica. La Gestione Integrata prevede la collaborazione sinergica tra Medici di Medicina Generale e Diabetologi Territoriali, ed affida ai primi l'assistenza di primo livello, al fine di limitare agli Ambulatori di Diabetologia l'intervento di verifica, mediamente con cadenza annuale, del rischio di complicanze, oltre ad eventuali interventi estemporanei in caso di scompenso.

Uno dei cardini dell'attuazione della Gestione Integrata, peraltro già individuata come modello assistenziale in sede di pianificazione regionale, è costituito dalla realizzazione del Sistema Informativo per la Gestione Integrata del Diabete. Tale Sistema Informativo sarà in grado di consentire una corretta gestione di rapporti tra i diversi attori interessati all'assistenza ai diabetici, e garantirà un totale ed immediato scambio informativo tra operatori e tra questi e paziente, permettendo la riduzione delle criticità connesse con l'asimmetria informativa e con le difficoltà di comunicazione che attualmente affliggono l'intera organizzazione assistenziale. Il Sistema Informativo risulta in fase di attuazione, e dovrebbe essere posto a disposizione degli operatori in un futuro prossimo.

## **Obiettivi e finalità del Progetto**

Nelle more della realizzazione del Sistema Informativo per la Gestione Integrata del Diabete e dell'attuazione della Gestione Integrata, si ritiene necessario avviare le azioni volte alla costruzione dei presupposti operativi in grado di garantire la corretta transizione verso la Gestione Integrata medesima, attraverso la soluzione delle problematiche che gravano sull'attuale sistema di assistenza ai pazienti diabetici determinandone un sovraccarico operativo, e mediante l'acquisizione e la formazione delle figure professionali indispensabili, da inquadrare in Equipos Multidisciplinari in grado di operare proficuamente sul territorio.

Il progetto persegue un diverso approccio alla patologia, in cui il paziente, reso edotto sugli aspetti importanti e sulle peculiarità della propria malattia, diviene la figura cardine nella gestione della sua condizione. Tutto ciò con l'acquisizione, con appropriate iniziative di educazione sanitaria e di promozione della salute, di una nuova consapevolezza, parte integrante di una vera e propria dimensione culturale innovativa, di cui la corretta alimentazione, l'attività fisica e un adeguato stile di vita costituiscono il fulcro.

Si ritiene pertanto efficace, per la prevenzione delle complicanze correlate, la realizzazione di una rete assistenziale formata dagli Ambulatori di Diabetologia, dai Distretti Sanitari e dai Medici di Medicina Generale, in grado di fornire le risposte derivanti dalle necessità espresse da un territorio vasto e peculiare da un punto di vista demografico e geomorfologico, e di garantire forme di assistenza dotate di diversi gradienti di complessità.

Tale modello organizzativo, caratterizzato da forte integrazione tra interventi sanitari e sociosanitari, assicura sul territorio le attività di prevenzione, promozione della salute, diagnosi e cura.

Il recente Piano Nazionale sulla malattia diabetica sottolinea appunto che “la gestione ambulatoriale dei pazienti deve acquisire una funzione sempre più proattiva, e l'ospedale spostare il proprio livello di produzione quanto più possibile verso formule di gestione ambulatoriale o di day service”. Ciò avviene attraverso adeguati servizi di assistenza specialistica a livello territoriale. Infatti, il modello assistenziale multidisciplinare integrato, ospedale-territorio, privilegia la consultazione ambulatoriale e il regime assistenziale di day service, limitando i ricoveri non appropriati.

Il sopra citato principio di erogazione dell'assistenza è valido anche per i bambini e gli adolescenti, che devono essere seguiti in funzione dei diversi tipi di diabete e fasce d'età. Questi devono essere curati in ospedale solo nel caso in cui ad essi non possa essere offerta un'assistenza di pari livello a domicilio, presso ambulatori o in day service.

Con questo progetto si intende proporre un modello multidisciplinare integrato, ospedale-territorio, che favorisca la preparazione del paziente diabetico e l'accompagnamento lungo il percorso assistenziale.

Il progetto, della durata di due anni, si pone come obiettivo di prevenzione secondaria l'individuazione dei casi sommersi di diabete e di alterazioni glicometaboliche (prediabete), e la riduzione, attraverso percorsi di educazione e promozione della salute, dell'esposizione di questi soggetti ai fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e sedentarietà), favorendo una stretta alleanza con gli operatori sanitari coinvolti (Medici di Medicina Generale, Diabetologia Territoriale e Distretti).

### **Equipe Multidisciplinare Itinerante**

L'Equipe Multidisciplinare Itinerante costituisce l'elemento centrale dell'attività progettuale. Compito delle Equipes Multidisciplinari Itineranti è l'individuazione dei soggetti a rischio di diabete (casi sommersi) e/o con alterazioni glicometaboliche (prediabete), attraverso l'elaborazione di un percorso di promozione della salute e diagnosi precoce, finalizzato alla diffusione di un corretto e consapevole approccio a stili di vita sani.

Si rende quindi necessaria la predisposizione di modalità organizzative adeguate, ad opera dei Direttori di Distretto, con la collaborazione del Servizio Promozione della Salute e della Unità Operativa Complessa Cure Primarie, all'interno delle quali possano trovare attuazione la promozione e la prescrizione dell'attività fisica personalizzata, oltre che percorsi di educazione sanitaria e di promozione della salute atti a ridurre gli effetti dei fattori di rischio come fumo, alcol, sedentarietà, scorretta alimentazione.

Viene prevista la costituzione di due Equipes Multidisciplinari Itineranti, formate da Medici Diabetologi, Dietisti, Podologo, Infermieri, Assistenti Sanitari e Laureato in Scienze Motorie, da rendere operative presso gli Ambulatori di Diabetologia Territoriale della ASSL di Cagliari.

Si prevede, oltre alla realizzazione di azioni di promozione dell'attività fisica, la predisposizione di diete personalizzate, nonché la programmazione e la somministrazione della terapia educativa. Risultato connesso e non irrilevante, atteso dall'esecuzione delle operazioni proprie delle Equipes Multidisciplinari Itineranti è costituito dallo sgravio, dai compiti dei Dirigenti medici diabetologi, delle attività collaterali degli Ambulatori di Diabetologia. Le Equipes Multidisciplinari Itineranti si occuperanno infatti della formazione e istruzione dei pazienti, allo scopo di creare i presupposti culturali necessari per il conseguimento dell'obiettivo, fondamentale per il progetto, dell'autogestione delle proprie condizioni patologiche.

Tale alleggerimento consentirà ai Diabetologi Territoriali di dedicarsi maggiormente, e in maniera più incisiva, alle attività di diagnosi e cura proprie del loro profilo professionale.

### Percorso operativo e Azioni del Progetto





## **Azioni del Progetto:**

### **1) Costituzione di due Equipages Multidisciplinari Itineranti** formate da

n. 2 Medici Diabetologi

n. 2 Dietisti

n. 2 Assistenti Sanitari

n. 2 Infermieri Professionali

n. 1 Laureato in Scienze Motorie

n. 1 Podologo

### **2) Addestramento del personale dell'Equipe Multidisciplinare Itinerante**

- i Diabetologi degli Ambulatori di Diabetologia affiancheranno l'Equipe Multidisciplinare Itinerante per l'utilizzo del software gestionale in dotazione ai Centri di Diabetologia (MYSTAR); si provvederà inoltre, alla formazione dell'Equipe Multidisciplinare Itinerante, al fine di fornire le competenze necessarie per la prescrizione dell'attività fisica e la conduzione di interventi educativi di promozione della salute rivolti ai soggetti diabetici e con alterazioni glicometaboliche;

### **3) Progettazione degli interventi educativi**

- il personale dedicato del Servizio Promozione della Salute con provata esperienza sul campo, studia e predispone con l'Equipe Multidisciplinare Itinerante, i corsi di "Promozione della salute e corretti stili di vita" allo scopo di ottimizzare l'intervento educativo.

### **4) Pianificazione e Programmazione delle attività delle Equipages Multidisciplinari Itineranti nei Centri di Diabetologia**

- i Direttori di Distretto, il Direttore del Servizio Promozione della Salute con la Collaborazione del Responsabile della Diabetologia Territoriale, stabiliranno le modalità operative e la tempistica degli interventi delle Equipages; il Responsabile del Servizio Cure Primarie invierà una nota esplicativa ai Medici di Medicina Generale per informarli della costituzione delle Equipages e della loro funzione.

### **5) Monitoraggio e valutazione**

- il Direttore della Diabetologia Territoriale trasmetterà trimestralmente i flussi informativi derivanti dall'attività svolta dalle Equipages Multidisciplinari Itineranti al Servizio Promozione della Salute per le valutazioni di competenza.

## **Compiti dell'Equipe Multidisciplinare Itinerante**

Attualmente la carente comunicazione tra Centri di Diabetologia e Medici di Medicina Generale comporta una non ottimale assistenza al paziente diabetico il quale, non adeguatamente informato sulle prestazioni erogabili dai diversi professionisti del Sistema Sanitario, tende a rivolgersi al proprio Medico solo quando non sta bene e viceversa si rivolge ai Centri di Diabetologia anche per interventi e prestazioni che potrebbero essere erogate dai Medici di Medicina Generale, contribuendo in tal modo a sovraccaricare gli Ambulatori di Diabetologia.

Con la costituzione dell'Equipe Multidisciplinare Itinerante si intende offrire ai pazienti diabetici neodiagnosticati ed ai soggetti a rischio, una serie di prestazioni che consentiranno loro di avere maggiore consapevolezza delle possibilità di cura e prevenzione e quindi una migliore gestione della loro condizione.

I compiti dell'Equipe Multidisciplinare Itinerante possono essere così riassunti:

- **valutazione multidisciplinare e presa in carico** dei soggetti con alterata glicemia a digiuno e ridotta tolleranza al glucosio, a rischio di sviluppare diabete o alterazioni glicometaboliche, inviati dai Medici di Medicina Generale alla Diabetologia territorialmente competente. I Medici Diabetologi dell'Equipe, oltre all'attività di coordinamento dei compiti assegnati, col contributo dell'Infermiere Professionale e dell'Assistente Sanitario, svolgeranno l'attività specialistica correlata all'accoglienza dell'utente, la gestione clinica diretta dei pazienti con prima diagnosi di Diabete di Tipo 2 o alterazioni glicometaboliche, l'inquadramento dei pazienti neodiagnosticati e la formulazione del piano di cura personalizzato e la relativa presa in carico.
- **formazione dei pazienti** in carico alle Diabetologie, compresi quelli con nuova diagnosi e dei soggetti ad alto rischio, attraverso appositi corsi di promozione della salute della durata di 6 ore, con la metodica del piccolo gruppo secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per la promozione degli stili di vita corretti.
- **prescrizione di diete personalizzate** predisposte dai dietisti presenti nell'equipe, i quali collaboreranno con i Medici Diabetologi per la predisposizione delle diete personalizzate per i pazienti ad alto rischio;
- **promozione dell'attività fisica** attraverso lo specialista in Scienze Motorie, che si occuperà della promozione dell'esercizio fisico, individuale o per gruppi omogenei di persone con alterazioni glicometaboliche o per i soggetti ad alto rischio, con un inquadramento graduato delle attività in base alla tipologia di paziente e all'offerta nel territorio. Il percorso strutturato avrà la durata di tre mesi, fino all'automantenimento;

- **valutazione del piede** nei pazienti neodiagnosticati e loro monitoraggio; infatti nell'Equipe sarà presente anche il podologo che provvederà ad effettuare la valutazione del piede.

### **Risorse finanziarie**

Il presente Progetto verrà realizzato con fondi finalizzati della Giunta Regionale della Sardegna, relativi al Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007, approvato con Delibera G.R. n. 29/2 del 05.07.2005 e con successiva delibera integrativa n. 63/12 del 28 Dicembre 2005, prorogato anche per il 2008 e il 2009 con con l'Accordo Stato-Regioni del 25 Marzo 2009; con fondi assegnati al Piano di Prevenzione Regionale 2010-2012, approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. 47/24 del 30 Dicembre 2010, la cui vigenza è stata prorogata con D.G.R. n. 22/26 del 17/06/2013.

### **Risorse strumentali**

Il personale assegnato al progetto farà utilizzo di risorse strumentali, apparecchiature informatiche e materiali di consumo acquistati con fondi dedicati, posti a disposizione dalla Regione Autonoma della Sardegna, nell'ambito della realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione nelle diverse annualità, così come di seguito specificato nella analisi economica del Progetto.

## Cronoprogramma

Si propone, di seguito, il diagramma di Gantt, recante tutte le scadenze temporali individuate e perseguite ai fini della realizzazione del Progetto.

Attività	Mese/Anno										
	2018				2019				2020		
	9	10	11	12	1	2	3	04-12	01-10	11	12
<b>Recepimento progetto</b>	X										
<b>Costituzione Equipe Multidisciplinare Itinerante</b>					X						
<b>Formazione Equipe Multidisciplinare Itinerante</b>						X					
<b>Pianificazione attività dell'Equipe Multidisciplinare Itinerante</b>						X					
<b>Informativa ai Medici di Medicina Generale ad opera del Servizio Cure Primarie</b>							X				
<b>Avvio e svolgimento delle azioni previste</b>							X	X	X	X	X
<b>Raccolta ed elaborazione dati</b>										X	X

## **Valutazione del progetto**

L'addestramento del personale dell'Equipe Multidisciplinare Integrata è un'attività preliminare ed indispensabile per poter fornire al personale che la compone le competenze necessarie per la conduzione degli interventi di promozione della salute cui è preposta.

Pertanto il rapporto tra numero dei componenti dell'Equipe reclutati ed il numero di figure professionali aggiornate dovrà corrispondere al 100% con un minimo previsto pari all'80%.

**Numero figure professionali aggiornate/Numero componenti dell'Equipe = > 80% < 100%**

Uno tra i principali compiti dell'Equipe è costituito dalla valutazione e presa in carico dei soggetti, inviati dai MMG alle Diabetologie Territoriali, con alterata glicemia e ridotta tolleranza al glucosio, a rischio quindi di sviluppare diabete o alterazioni glicometaboliche.

Il rapporto tra il numero di soggetti inviati dai MMG alle Diabetologie Territoriali ed il numero delle persone prese in carico dall'Equipe dovrà essere compreso in un range tra il 16% ed il 40%.

**Numero persone prese in carico dall'Equipe/Numero soggetti inviati dai MMG alle Diabetologie Territoriali = > 16% < 40%**

## **Previsione Economica**

Il Servizio di Promozione della Salute si occuperà degli aspetti organizzativi e gestionali del progetto di prevenzione al fine di favorire la partecipazione congiunta fra tutti gli attori coinvolti e lo scambio informativo continuo.

La realizzazione del progetto di prevenzione del Diabete è prevista nell'arco temporale di due anni, pertanto, anche l'analisi economica delle risorse da acquisire, con l'indicazione sintetica delle principali voci di costo, si riferisce a tale periodo di attività.

### **Personale**

La realizzazione di tutte le attività descritte analiticamente nel presente progetto richiederanno l'intervento di nuove figure professionali, specializzate in diverse discipline ed esclusivamente dedicate al progetto. Si prevede inoltre l'impegno lavorativo, fuori orario di servizio, da parte del personale amministrativo strutturato nei diversi Servizi Aziendali coinvolti.

Il progetto prevede la costituzione di due Equipe Multidisciplinari Itineranti (EMI) formate dalle seguenti figure professionali: n. 2 Dirigenti Medici specialisti in Diabetologia (Malattie endocrino-metaboliche); n. 2 Dietisti; n. 2 Infermieri Professionali; n. 2 Assistenti Sanitari; n. 1 Laureato in Scienze Motorie; n. 1 Podologo.

Le figure professionali sopra indicate saranno impiegate a tempo pieno, per tutta la durata del progetto, e svolgeranno la propria attività nei Centri di Diabetologia ubicati presso i singoli Distretti dell'Area Socio Sanitaria Locale di Cagliari.

Per quanto riguarda la valutazione economico-finanziaria delle attività da realizzare nell'ambito del progetto, il monitoraggio e rendicontazione delle risorse finanziarie finalizzate, la certificazione dei costi e la verifica degli obiettivi definiti, si rileva la necessità di acquisire una figura professionale di comprovata esperienza.

Le modalità di acquisizione delle risorse umane necessarie per la realizzazione del progetto verranno individuate successivamente all'approvazione del progetto medesimo, in applicazione delle direttive che verranno disposte dalla Direzione Aziendale in materia di assunzioni del personale.

Il personale di cui trattasi dovrà essere individuato tra i professionisti dotati di alta formazione e specializzazione, ed esperienza maturata nel campo dei progetti di prevenzione di massa, con particolare riferimento ai progetti di prevenzione del diabete e delle patologie ad esso correlate.

La formazione dei componenti l'Equipe sull'utilizzo del software Myster e gli interventi di promozione della salute nei confronti dei soggetti con alterazioni glicometaboliche saranno realizzati dai Dirigenti Medici Diabetologi e Dirigenti Medici del Servizio Promozione della Salute di

comprovata esperienza. Tale attività richiederà un impegno lavorativo di circa n. 300 ore e sarà realizzata al di fuori del normale orario di lavoro.

Gli adempimenti amministrativi, inerenti l'organizzazione del progetto, saranno curati dal personale presente nel Servizio Promozione della Salute e da diverse figure professionali che operano nei Servizi Amministrativi Aziendali le quali svolgeranno tale attività al di fuori del normale orario di lavoro.

<b>Figure Professionali</b>	<b>Tempo</b>	<b>Attività da svolgere</b>	<b>Costo complessivo (1)</b>
n. 2 Medici Diabetologi	100%	Attività specialistica correlata all'accoglienza dell'utente. Gestione clinica diretta dei pazienti con prima diagnosi di Diabete di Tipo 2 o alterazioni glicometaboliche, inquadramento dei pazienti neodiagnosticati, formulazione del piano di cura personalizzato e presa in carico. Rilascio esenzione per patologia. Promozione/prescrizione dell'esercizio fisico, individuale o per gruppi omogenei di persone. Terapia Educazionale. Attività di coordinamento dei compiti assegnati all'Equipe Multidisciplinari Itineranti .	€ 300.000,00
Dirigenti Medici Servizio Promozione della Salute e Diabetologi	Extra lavoro	Formazione dei componenti l'Equipe Multidisciplinare Itinerante sull'utilizzo del software Mystar e sulla metodologia educativa. Interventi di promozione della salute nei confronti dei soggetti con alterazioni glicometaboliche e diabete.	€ 25.000,00
n. 2 Dietisti	100%	Predisposizione di diete personalizzate per i soggetti neo diagnosticati o ad alto rischio. Collaborazione con il Diabetologo nella somministrazione della Terapia educativa.	€ 140.000,00
n. 2 Infermieri Professionali	100%	Attività infermieristica correlata all'accoglienza dell'utente, inserimento e raccolta dati, prelievi ematologici. Collaborazione con il Diabetologo nella somministrazione della Terapia educativa.	€ 140.000,00
n. 1 Podologo	100%	Valutazione del piede nei pazienti del Centro di Diabetologia neo diagnosticati e non, e loro monitoraggio.	€ 70.000,00
n. 1 Laureato in Scienze Motorie	100%	Promozione dell'esercizio fisico individuale o per gruppi omogenei di persone, unitamente con il Diabetologo, con un inquadramento graduato delle attività in base alla tipologia di paziente e all'offerta nel territorio, in un percorso strutturato della durata di tre mesi, fino all'automantenimento.	€ 70.000,00
n. 2 Assistenti Sanitari	100%	Funzioni di segreteria, attività di front-office e gestione inviti e rapporti con gli utenti. Supporto in tutte le fasi del percorso operativo previsto dal progetto e attività di raccordo con le altre risorse professionali facenti parte dell'Equipe Multidisciplinare Itinerante.	€ 140.000,00
n. 1 Laureato in Economia e Commercio	100%	Valutazione economico-finanziaria del programma di attività, monitoraggio, rendicontazione delle risorse finanziarie e certificazione dei costi sostenuti (2).	€ 120.000,00

Collaboratori Amministrativi	Extra lavoro	Gestione tecnico-amministrativa delle fasi di attuazione dei progetti operativi effettuata dai diversi Servizi Aziendali.	€ 20.000,00
<b>TOTALE</b>			<b>€ 1.025.000,00</b>

(1) Il costo complessivo comprende la retribuzione lorda e gli oneri contributivi e previdenziali anche a carico dell'Azienda.

(2) Il costo si riferisce ad un triennio, arco temporale necessario per poter concludere tutte le procedure amministrative.

### **Strumentazione informatica**

Le nuove figure professionali saranno dotate della strumentazione informatica necessaria, in particolare si prevede l'acquisto di personal computer, da collegare in rete, con relative stampanti.

Il costo complessivo previsto ammonta a circa **€ 35.000,00** Iva compresa.

### **Materiali vari di consumo**

Si prevede l'acquisto di supporti informatici, cancelleria e stampati pari ad un costo complessivo di circa **€ 57.300,00** Iva compresa.

## **PREVISIONE ECONOMICA**

### **DEL PROGETTO DI PREVENZIONE DEL DIABETE**

*articolato in due anni*

• <b>Personale</b>	<b>€ 1.025.000,00</b>
• <b>Strumentazione informatica</b>	<b>€ 35.000,00</b>
• <b>Materiali vari di consumo</b>	<b>€ 57.300,00</b>
<b>TOTALE</b>	<b>€ 1.117.300,00</b>