



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

## Protocollo d'intesa

tra

l' Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza

e

l' Azienda Ospedaliera di Cosenza

percorso assistenziale strutturato per il passaggio del giovane con diabete mellito dal centro di diabetologia pediatrica al centro diabetologico dell'adulto e costituzione dell'ambulatorio di transizione.

### PREMESSO che :

- La fase di passaggio del giovane con diabete mellito dal centro di diabetologia pediatrica al centro diabetologico dell'adulto rappresenta una fase critica del percorso assistenziale. La letteratura scientifica nazionale ed internazionale ha ben documentato i rischi di abbandono del sistema di cure ed il conseguente rischio di complicanze future se il processo di transizione non viene effettuato in maniera adeguata ;
- Il documento di Consensus tra le principali Società scientifiche SIEDP, SID e AMD riguardante il processo di transizione sottolinea l'importanza di strutturare un percorso assistenziale dedicato, con la costituzione di un ambulatorio di transizione dedicato, in stretta sinergia tra il team della diabetologia pediatrica e della diabetologia dell'adulto che sia di riferimento sia per il giovane che per la sua famiglia al fine di rendere questo passaggio "accompagnato" e meno traumatico possibile ;
- Il Piano Nazionale sulla malattia diabetica , recepito dalla Regione Calabria con DPGR n° 89 del 19 giugno 2013 ed il PDTA sulla malattia diabetica, approvato dalla Regione Calabria, con DCA n° 13 del 2 aprile 2015 concordano sul fatto che il periodo di transizione rappresenti una fase critica del percorso assistenziale del ragazzo/giovane con diabete e condividono la necessità di strutturare un percorso assistenziale con personale, spazi e tempo dedicati, in stretta sinergia tra il centro di diabetologia pediatrica ed il centro di diabetologia dell'adulto , che individuano e concordano le modalità più idonee ed efficaci per detto passaggio ;

### CONSIDERATO che :

- presso l' Azienda Ospedaliera "Annunziata" di Cosenza è presente la SOS di diabetologia pediatrica all'interno della SOC di Pediatria, facente parte dei centri che costituiscono la "Rete diabetologica pediatrica calabrese" , istituita con delibera di GR n° 368 del 18 giugno

2009, a cui è affidato il compito dell'assistenza dei pazienti tra 0-18 anni di età con diabete mellito ;

- presso l' Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza è operativo il team diabetologico del Poliambulatorio di Rende che segue pazienti adulti con diabete mellito ;

**VALUTATO** che :

- è importante evitare che il giovane paziente con diabete si disorienti in questa fase di passaggio, con riflessi negativi sull'andamento del suo diabete ;
- la struttura semplice di diabetologia pediatrica della SOC di Pediatria dell' Ospedale "Annunziata" di Cosenza ed il team diabetologico del Poliambulatorio di Rende dell'ASP di Cosenza hanno concordato e definito un PERCORSO STRUTTURATO per il passaggio del giovane con diabete mellito dal centro di diabetologia pediatrica al centro diabetologico dell'adulto e l'attivazione di un AMBULATORIO DI TRASIZIONE con sede presso Poliambulatorio di Rende dell'ASP di Cosenza ;

**VISTO** che :

- detto percorso strutturato , redatto sulla base del Consensus tra le Società Scientifiche SIEDP-AMD-SID, è in linea con le indicazioni del Piano Nazionale sulla malattia diabetica, recepito con accordo Stato-Regioni il 06.12.2012, pubblicato sulla G.U. Serie Generale n° 32 del 07.02.103 – Suppl. Ordinario n. 9, recepito dalla Regione Calabria con DPGR-CA n° 89 del 19 giugno 2013;
- il PDTA (percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale) sulla malattia diabetica della Regione Calabria, approvato dalla Regione Calabria con DCA n° 13 del 2 aprile 2015, nella parte pediatrica per la fase di transizione, fa esplicito riferimento a quanto previsto dal documento di Consensus elaborato nel 2010 dalle Società Scientifiche SIEDP-AMD-SID

**TUTTO CIO' PREMESSO E CONSIDERATO**

L' Azienda Ospedaliera di Cosenza e l'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza sottoscrivono il presente Protocollo d'intesa con l'obiettivo di rendere il passaggio dalla diabetologia pediatrica a quella degli adulti il più fluido possibile, tenendo conto delle esigenze dei ragazzi, delle loro famiglie e delle problematiche connesse.

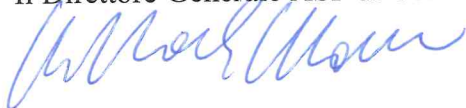
**LE PARTI S'IMPEGNANO A :**

1. Dare attuazione al PERCORSO STRUTTURATO per il passaggio del giovane con diabete dal centro di diabetologia pediatrica al centro diabetologico dell'adulto definito e concordato tra la Struttura semplice di diabetologia pediatrica della SOC di Pediatria dell' Ospedale "Annunziata" di Cosenza ed il team diabetologico del Poliambulatorio di Rende dell'ASP di Cosenza, allegato al presente protocollo d'intesa del quale è parte integrante e sostanziale ;
2. Costituire l' AMBULATORIO DI TRASIZIONE con sede presso Poliambulatorio di Rende dell'ASP di Cosenza, con attività dedicata in giorni prestabiliti, organizzato e gestito dal team diabetologico del Poliambulatorio di Rende dell'ASP di Cosenza ;

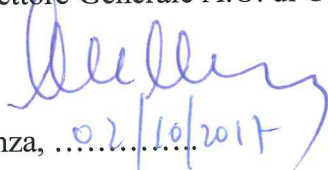
3. Favorire tutte le iniziative congiunte che mirano a creare una stretta sinergia tra i due team di diabetologia, pediatrico e dell'adulto, che sia di riferimento sia per il giovane che per la sua famiglia al fine di rendere questo passaggio "accompagnato" e meno traumatico possibile ;
4. Promuovere tutte le azioni necessarie per facilitare questo processo di accompagnamento al fine di evitare che la transizione rappresenti un evento critico nella vita dell'adolescente con diabete.

Il presente protocollo non comporta alcun onere economico aggiuntivo per le parti che lo sottoscrivono ed entra in vigore dalla data di sottoscrizione.

Il Direttore Generale ASP di Cosenza



Il Direttore Generale A.O. di Cosenza



Cosenza, .....02/10/2017



# PERCORSO STRUTTURATO PER IL PASSAGGIO DEL GIOVANE CON DIABETE DAL CENTRO DI DIABETOLOGIA PEDIATRICA AL CENTRO DI DIABETOLOGIA DELL'ADULTO E COSTITUZIONE DELL'AMBULATORIO DI TRANSIZIONE.

## 1. Introduzione

La transizione dei giovani con diabete mellito verso l'età adulta e in particolare le modalità del passaggio tra il centro diabetologico pediatrico e la diabetologia dell'adulto sono stati oggetto di numerose ricerche a livello nazionale ed internazionale. Sia il documento di Consensus elaborato dalle principali Società scientifiche di riferimento SIEDP, SID e AMD<sup>1</sup>, sia il Piano nazionale sulla malattia diabetica<sup>2</sup>, recepito dalla Regione Calabria con DPGR n° 89 del 19 giugno 2013<sup>3</sup>, così come anche il PDTA sulla malattia diabetica, approvato dalla Regione Calabria con DCA n° 13 del 2 aprile 2015<sup>4</sup>, concordano sul fatto che il periodo di transizione rappresenti una fase critica del percorso assistenziale del ragazzo con diabete. Sono infatti ben documentati i rischi di abbandono del sistema di cure ed il conseguente aumento del rischio di complicanze future, se il processo di transizione non viene effettuato in maniera adeguata. Il rischio di drop-out è più elevato se la diabetologia dell'adulto non è organizzata con ambulatori dedicati, senza i quali si potrebbe verificare la promiscuità con persone anziane affette prevalentemente da Diabete di Tipo 2, con complicanze più o meno evidenti sul piano clinico, il che potrebbe demotivare il ragazzo alla continuità delle cure. Anche se non vi sono dati ufficiali, varie indagini promosse dalle Società scientifiche di riferimento mostrano come in Italia la transizione non venga effettuata in maniera omogenea nei vari centri, con solo alcune aziende sanitarie dotate di percorsi ufficializzati.

<sup>1</sup> Gruppo di Studio SIEDP-AMD-SID. Transizione dei giovani con diabete mellito verso l'età adulta: passaggio dal pediatra al medico dell'adulto. AMD. Volume 13 • numero 4 • Ottobre/Dicembre 2010.

<sup>2</sup> Piano nazionale sulla malattia diabetica approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 06.12.2012 e pubblicato sulla GU il 07.02.2013

<sup>3</sup> Regione Calabria DPGR - CA n. 89 del 19 giugno 2013 " Recepimento Accordo Stato-Regioni "Piano per la malattia diabetica".

<sup>4</sup> Regione Calabria PDTA sulla malattia diabetica. DCA n° 13 del 2 aprile 2015

## 2. Scopo

Rendere il passaggio dalla diabetologia pediatrica a quella degli adulti il più fluido possibile, tenendo conto delle esigenze dei ragazzi, delle loro famiglie e delle problematiche connesse. Il passaggio non deve essere vissuto come "obbligato", quasi come qualcosa di inevitabile, ma come una possibilità in più che viene offerta, spingendo sugli aspetti di autonomia, maggiore abitudine dei diabetologi a relazionarsi e a trattare con adulti, possibilità di affrontare tematiche più pertinenti all'età (sessualità, lavoro, procreazione).

### 3. Campo di applicazione

L'età stabilita per il passaggio di norma è attorno ai 18/20 anni, ma si valuta la persona con la quale ci si confronta, non tanto per l'età cronologica; quanto per la maturità e l'equilibrio raggiunto dal ragazzo, al fine di stimolare un passaggio consapevole e che venga percepito come possibilmente vantaggioso

### 4. Percorso strutturato e ambulatorio di transizione

Il passaggio dal centro pediatrico al centro dell'adulto avverrà attraverso un processo di accompagnamento al fine di evitare che esso rappresenti un evento critico nella vita dell'adolescente con diabete. Tale passaggio verrà avviato quando il team diabetologico pediatrico ritiene completato lo sviluppo fisico, psichico, sociale del giovane (in genere ciò avviene ai 18 anni, ma può verificarsi anche più tardi), e con gradualità tenendo conto delle realtà soggettive e cioè quando è stata accertata la piena disponibilità del paziente ad effettuare tale passaggio.

Il percorso di transizione, redatto secondo il Documento di Consenso SIEDP, AMD, SID, a cui fa riferimento il PDTA sulla malattia diabetica approvato dalla Regione Calabria con DCA n° 13 del 2 aprile 2015, è così strutturato :

- Una 1<sup>a</sup> visita del giovane con diabete mellito c/o il Servizio di Diabetologia Pediatrica in spazi, ore e giorni dedicati in presenza del personale della diabetologia pediatrica e del personale della diabetologia dell'adulto (Team di Transizione).

Durante il 1° incontro il Team di Transizione Diabetologico Pediatrico presenta il giovane e la sua famiglia al team Diabetologico dell'Adulto e gli consegna una relazione clinica dettagliata: anagrafica con anamnesi personale e familiare, caratteristiche dello esordio, iter schema terapeutico, attuale terapia, alimentazione, status dello screening delle complicanze, grado di educazione, compliance all'autocontrollo e alla autogestione, situazione caratteriale-psicologica-famigliare, e il Team di Transizione Diabetologico dell'Adulto presenta il proprio centro e il Progetto Assistenziale. Consegna al giovane la Carta dei Servizi del Centro per Adulti con dettagliato profilo organizzativo. Il progetto assistenziale sarà discusso e rimodellato in base alle esigenze del giovane, della sua famiglia e del Team di Transizione Pediatrico.

- La 2<sup>a</sup> visita del giovane con diabete viene programmata a breve termine dalla 1<sup>a</sup> c/o il Servizio di Diabetologia dell'Adulto in presenza del Team di Transizione in ambulatori, ore e giorni dedicati, viene presentato da parte del Team di Transizione della Diabetologia dell'Adulto il Centro, viene avviato il programma assistenziale (follow-up) e consegnata la lettera per il MMG.



Il protocollo di transizione prevede inoltre nei primi 6 mesi contatti telefonici fra i 2 Team nei casi di problemi particolari.

Al termine del 1° anno viene compilata una scheda di follow-up dal Team di Transizione di Diabetologia dell'Adulto e il giovane viene invitato a compilare un questionario di gradimento e si ha un confronto fra i 2 team per una verifica congiunta.

Giunge il momento in cui il bambino diabetico, seguito dall'U.O. di Pediatria, diventa adulto. Cambia allora il team specialistico che lo segue, cambiano in parte anche gli obiettivi della terapia più focalizzati sulla prevenzione delle complicanze.

E' quindi un momento critico per il giovane diabetico che giunge agli ambulatori dell'adulto, più affollati per la presenza dei pazienti con DM tipo 2, molto più grandi di età e con differenti problematiche.

Per evitare che il giovane paziente si disorienti in questa fase di passaggio, con riflessi negativi sull'andamento del suo diabete, verrà realizzato l'AMBULATORIO DI TRANSIZIONE con sede presso il Poliambulatorio di Rende dell'ASP di Cosenza.

Il team del Poliambulatorio di Rende dell'ASP di Cosenza, nei giorni prestabiliti, dedicherà la propria attività esclusivamente all'ambulatorio di transizione e, attualmente, è costituito da:

- infermiere professionali: Carmela Bilotta, Barbara Greco e Ilaria Nisticò;
- diabetologo: Francesca Faggiano.

Il team sarà sostenuto dal personale tutto del Poliambulatorio 'Gabriella De Maio' di Quattromiglia di Rende e si porrà in un rapporto di sinergia con il Centro di diabetologia pediatrica dell' A.O. di Cosenza, con i MMG e con le Associazioni di volontariato e gli stessi giovani diabetici potranno impegnarsi nell'accoglienza di coloro che accederanno all'ambulatorio di transizione.

### **Le prestazioni erogate dall'ambulatorio di transizione di Rende**

L'ambulatorio di transizione garantirà :

Prestazioni erogabili direttamente dall'U.O. di Diabetologia:

- Visita diabetologica di controllo;
- Dieta personalizzata- counseling nutrizionistico –educazione al counting dei CHO
- Educazione all'utilizzo dell'I-port;
- Impianto e lettura CGM;
- Impianto e follow up CSII;
- E.C.G.;
- V.P.T. (per lo screening e diagnosi precoce della neuropatia periferica).
- Indice di Windsor (per lo screening e la diagnosi precoce di arteriopatia periferica).
- Bioimpedenziometria (utile soprattutto nel Mody).
- Visita endocrinologica e visita endocrinologica di controllo per:
- Diagnosi e terapia della tiroidite cronica autoimmune in pazienti con diabete di tipo I.

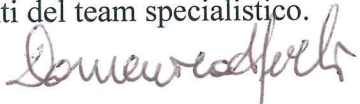
- Diagnosi e terapia dell'insufficienza corticosurrenalica in pazienti con diabete di tipo I.
- Screening delle insufficienze ghiandolari multiple nei diabetici di tipo I.
- Ecografia della tiroide.

Prestazioni erogabili indirettamente dall'U.O. di diabetologia:

- analisi ematochimiche eseguibili tramite Pst (senza prenotazione);
- fundus oculi eseguibile tramite ambulatorio specialistico di oculistica (con prenotazione).

L'ambulatorio sarà aperto con frequenza mensile.

L'accesso è diretto, anticipato da telefonata oppure tramite gruppo Whatsapp ad uno dei componenti del team specialistico.

Firmato: 


SOC di Pediatria, Az. Ospedaliera dell'Annunziata (CS)

Direttore : dott. Domenico Sperli

  
Centro di Diabetologia pediatrica c/o SOC di Pediatria A.O. dell'Annunziata (CS)  
Responsabile : Dott.ssa Rosaria De Marco

  
Ambulatorio Diabetologia, c/o Poliambulatorio 'Gabriella De Maio', ASP CS  
Responsabile : dott.ssa Francesca Faggiano

  
\*Ass. A.G.D. CS  
Arch. Elvira Maddaloni

  
\*Ass. ABC diabete CS  
Dott. Stanislao Gallo

\*Eventuali altre associazioni di volontariato potranno offrire la loro collaborazione.