XIV CONGRESSO NAZIONALE

ADERENZA ALLE TERAPIE ED APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA NEL DISTRETTO

CARD

Confederazione
Associazioni
Regionali di Distretto

Società Scientifica delle attività Sociosanitarie Territoriali

Hotel Palazzo Caracciolo

Napoli 19 - 21 MAGGIO 2016

ECM ID 154744

Il paziente con Diabete Mellito tipo 2: nuove prospettive nel percorso diagnostico terapeutico

Dott.ssa Tiziana Spinosa
Responsabile U.O.C.A.S.B.
Distretto 25
Componente Struttura Commissariale Regionale

Dott. Beniamino Picciano
Direttore Responsabile
Distretto 33

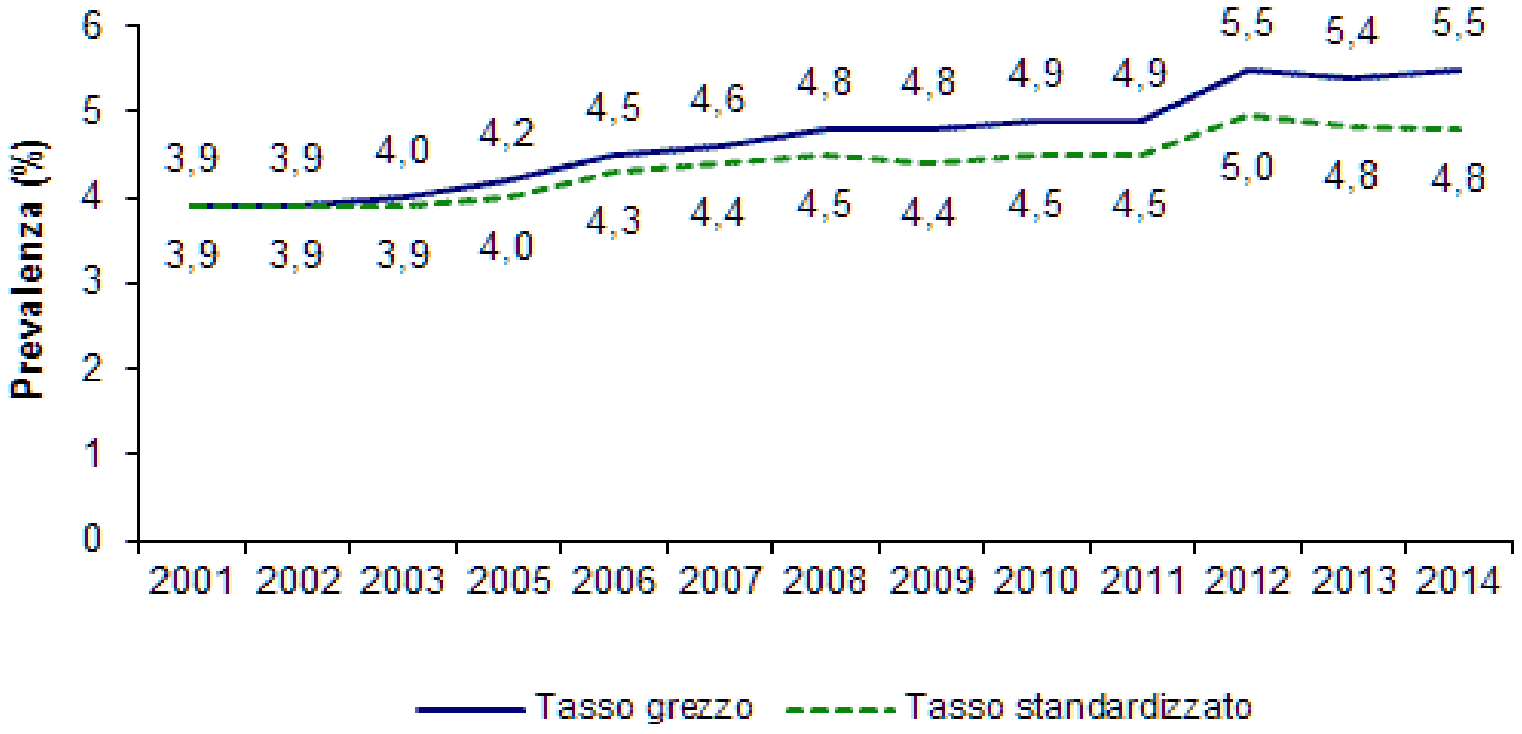
ASL Napoli 1 Centro

…nuove prospettive

"Deve essere ricordato che nulla è più difficile da pianificare, più dubbio a succedere o più pericoloso da gestire che la creazione di un nuovo sistema. Per colui che lo propone ciò produce l'inimicizia di coloro i quali hanno profitto a preservare l'antico e soltanto tiepidi sostenitori in coloro che sarebbero avvantaggiati dal nuovo"

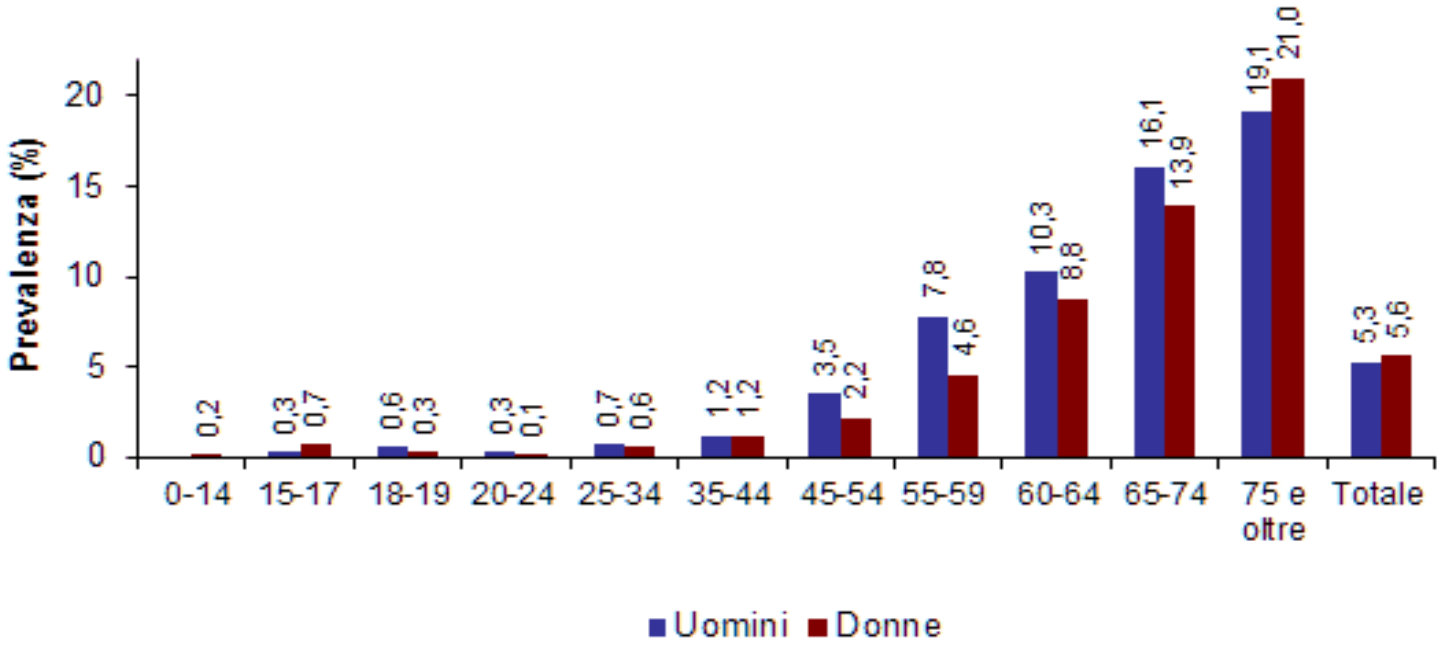
Niccolò Machiavelli

Andamento della prevalenza del Diabete in Italia 2001-2014



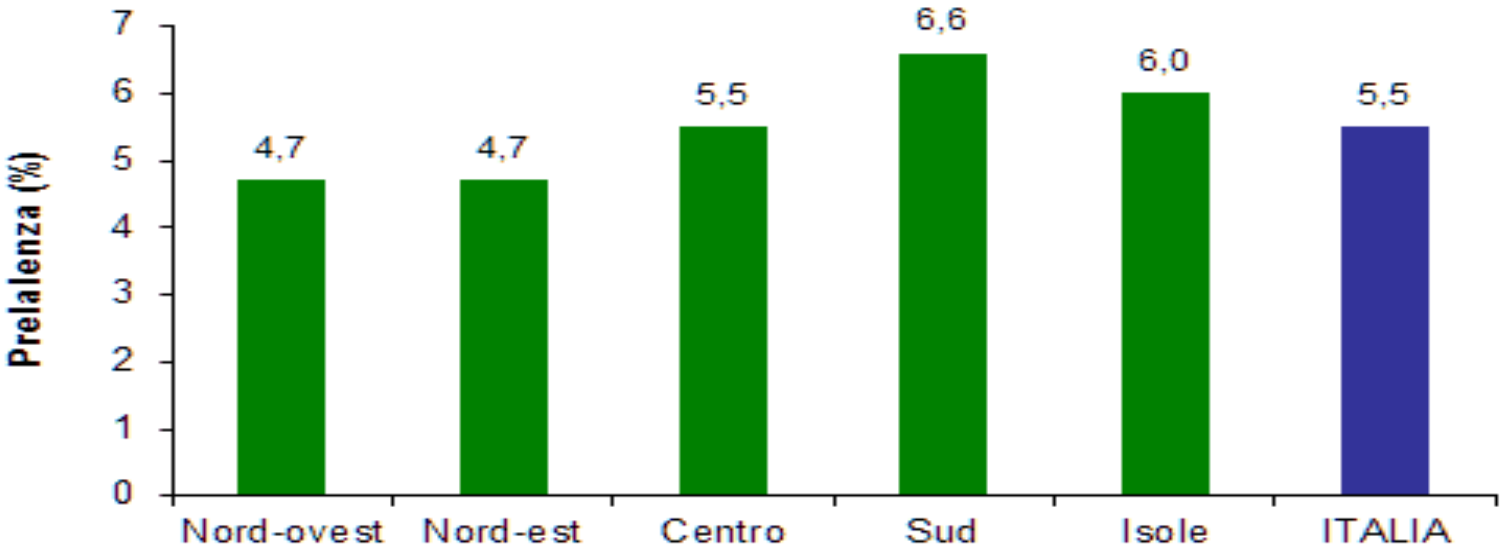
Fonte ISTAT 2014, elaborazione ISS

Prevalenza del Diabete per sesso e fascie di età



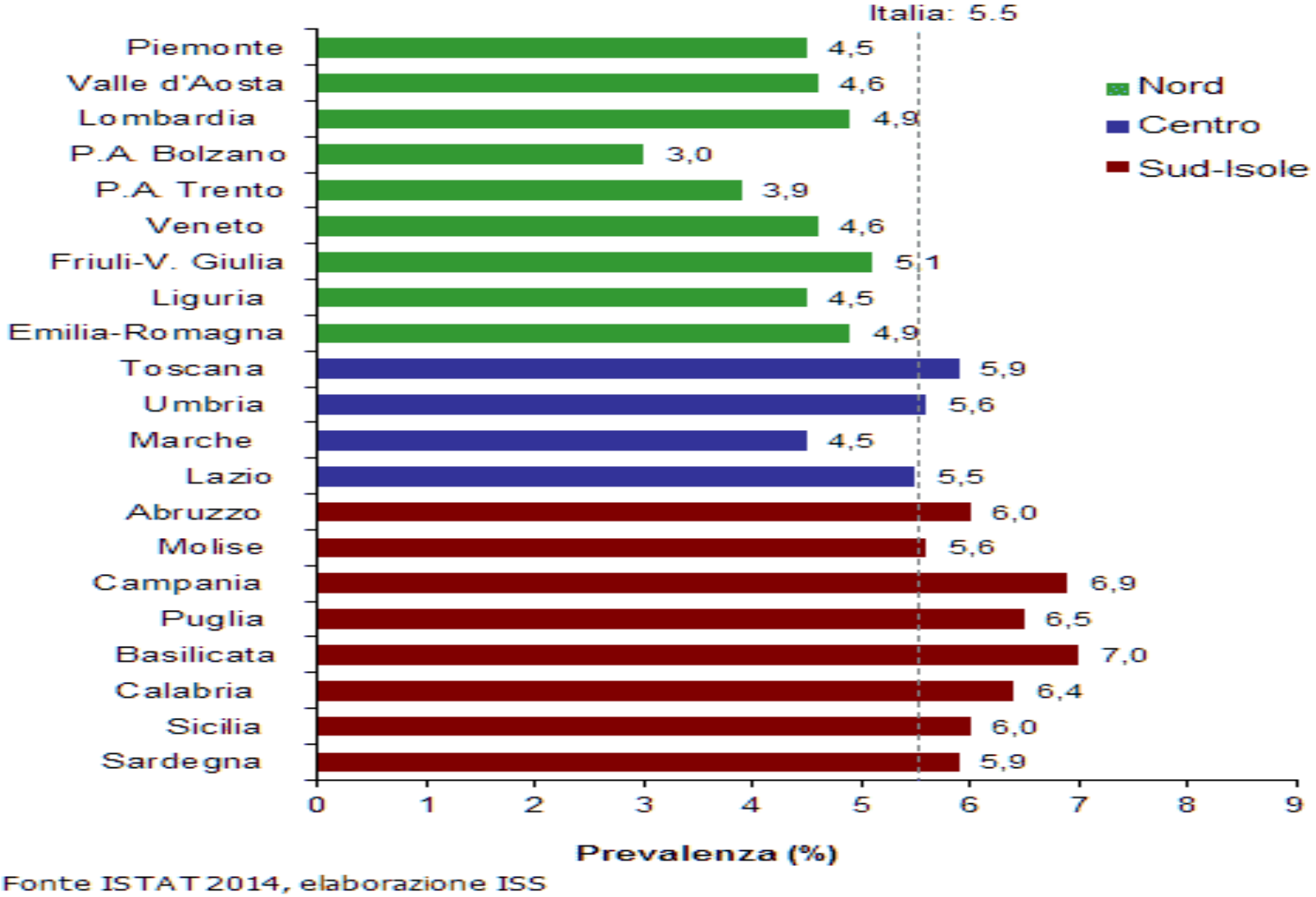
Fonte ISTAT 2014, elaborazione ISS

Prevalenza del Diabete per Area Geografica



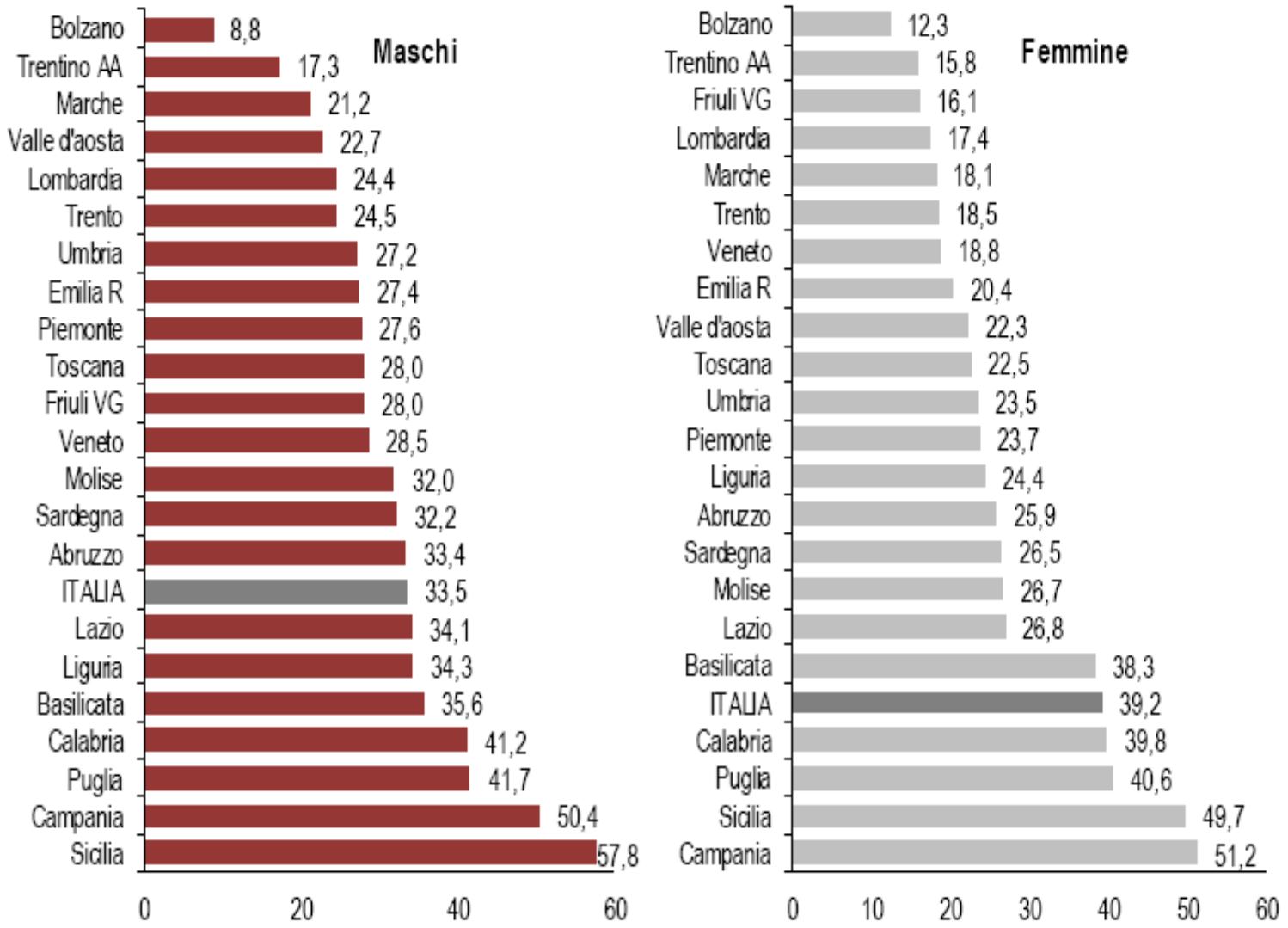
Fonte ISTAT 2014, elaborazione ISS

Prevalenza del Diabete nelle Regioni Italiane



Fonte ISTAT 2014, elaborazione ISS

FIGURA 3. LA MORTALITÀ PER DIABETE IN ITALIA PER GENERE E REGIONE DI RESIDENZA.
Anno 2009, tassi standardizzati, per centomila

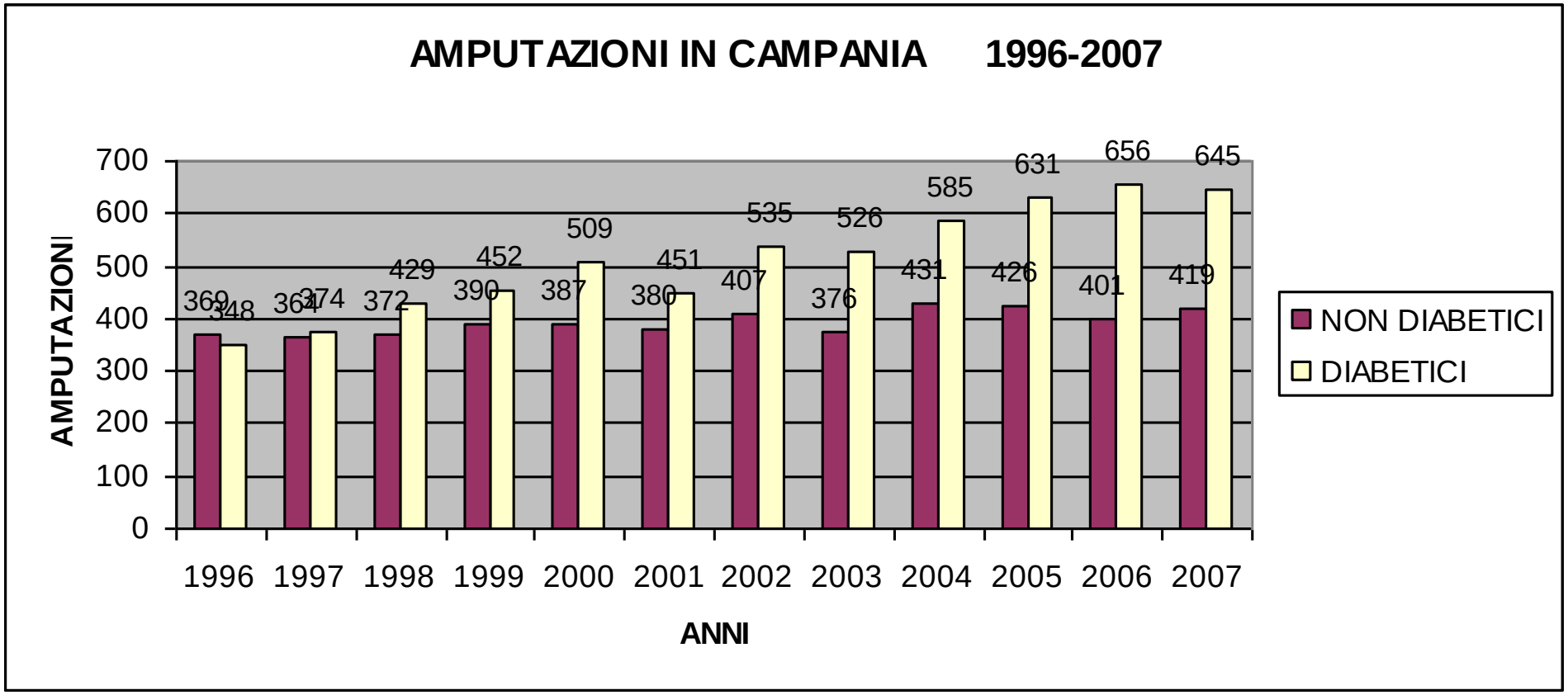


- Dallo STUDIO PASSI:
- La prevalenza elevata del diabete, tra gli adulti campani, conferma la correlazione con le **diseguaglianze sociali**:
  - aumenta al crescere dell'età, delle difficoltà economiche e con il basso livello d'istruzione e genere (femminile)
- **L'eccesso di peso e la sedentarietà**, condizioni che caratterizzano lo stato di salute di tutta la popolazione campana, sono ancor più diffusi nella popolazione diabetica, soprattutto femminile : l'attenzione del mondo sanitario su questi aspetti è decisamente da migliorare

Dai Dati Istat 2011

Elevata prevalenza nazionale

Elevata mortalità femminile



tiziana spinosa

Il PDTA un modello Assistenziale Complesso ed integrato che

- È centrato sul paziente
- Permette una visione economica e clinica della malattia
- È un processo di miglioramento continuo
- E' multidisciplinare e condiviso

Il percorso assistenziale

Si passa da un approccio assistenziale *non programmato*, ad una *gestione* in cui tutta l'assistenza diventa un *processo* il cui esito finale è il raggiungimento di un obiettivo di salute misurabile, dove i singoli interventi sono definiti e quantizzabili.

PERCORSO ASSISTENZIALE

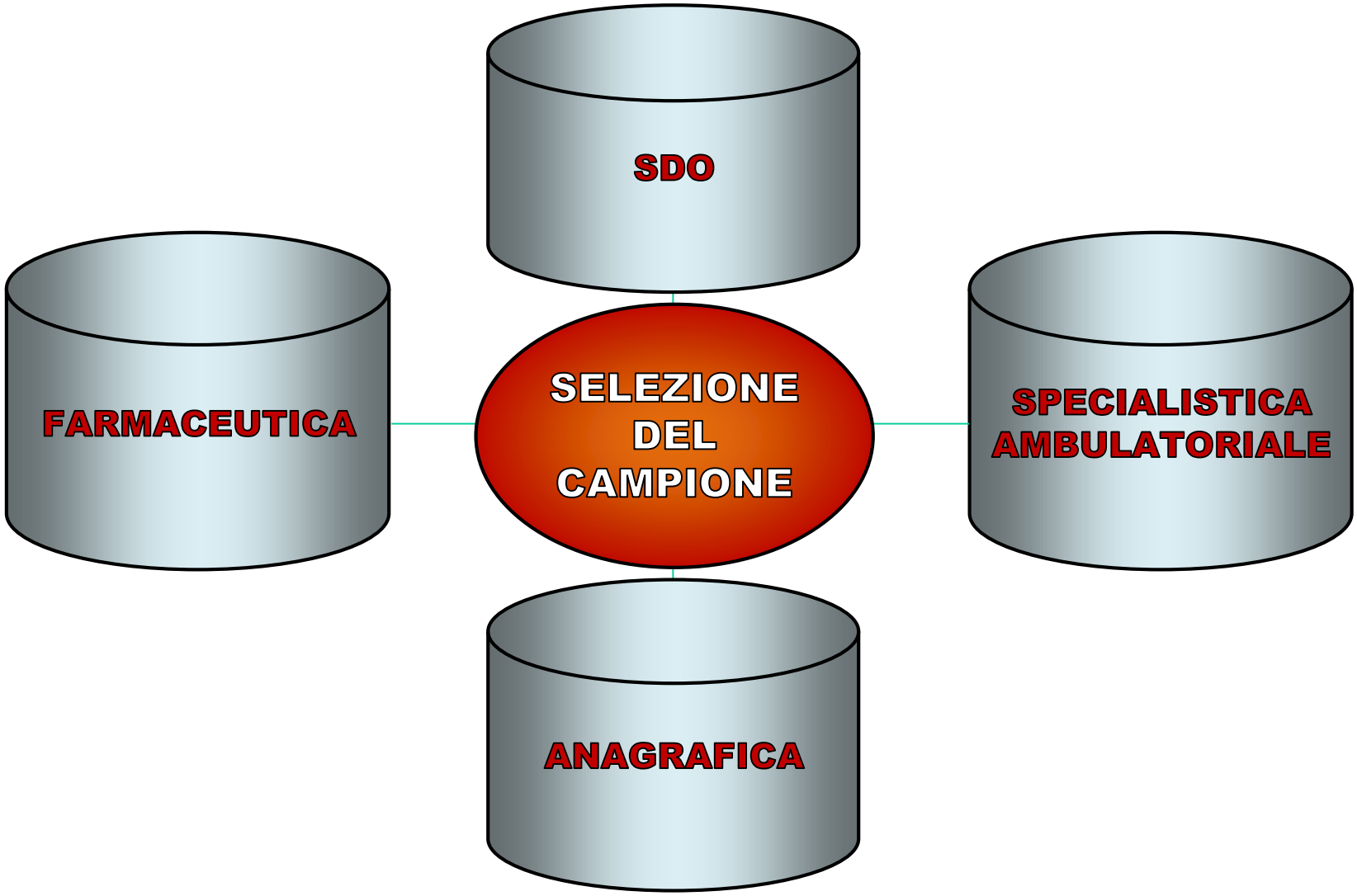
Una definizione non “clinica”

Percorso che il cittadino compie, attraverso i servizi messi a disposizione dall’azienda sanitaria, per risolvere un suo problema di salute.

Percorso assistenziale

Per percorso del paziente si intende la migliore sequenza temporale e spaziale possibile, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse professionali e tecnologiche a disposizione, delle attività da svolgere per gestire una condizione patologica di un paziente/gruppo di pazienti.

Fonti utilizzate



Algoritmo “Diabete”

Fonte	Codici	Diagnosi	Descrizione
Farmaceutica	ATC A10		Almeno 2 prescrizioni nell’anno di stima
Specialistica ambulatoriale	Esenzione 013		Soggetti con codice esenzione 013 non deceduti al 1^{0} gennaio dell’anno di stima
SDO	250.xx	Tutte	Soggetti dimessi nell’anno di stima e nei 3 anni precedenti, non deceduti al 1^{0} gennaio dell’anno di stima

Popolazione diabetica

Totale soggetti con almeno una delle seguenti condizioni: SDO con codice ICD9 250.xx, esenzione 013, prescrizione A10

399.711

Soggetti non "certificati "attraverso linkage con anagrafica SOGEI

-41.895 (10,5%)

Soggetti residenti fuori Regione Campania

-1.637 (0,5%)

Soggetti deceduti al 1° gennaio 2010

-5.948 (1,5%)

Popolazione diabetica al 2010

349.946 (87,5%)

osa

Popolazione residente al 1 gennaio 2010	
Maschi	2.824.935
Femmine	2.999.727
Totale	**5.824.662**

349.946
Soggetti diabetici

318.438 (90,9%)
Con almeno un farmaco A10

FARMACEUTICA

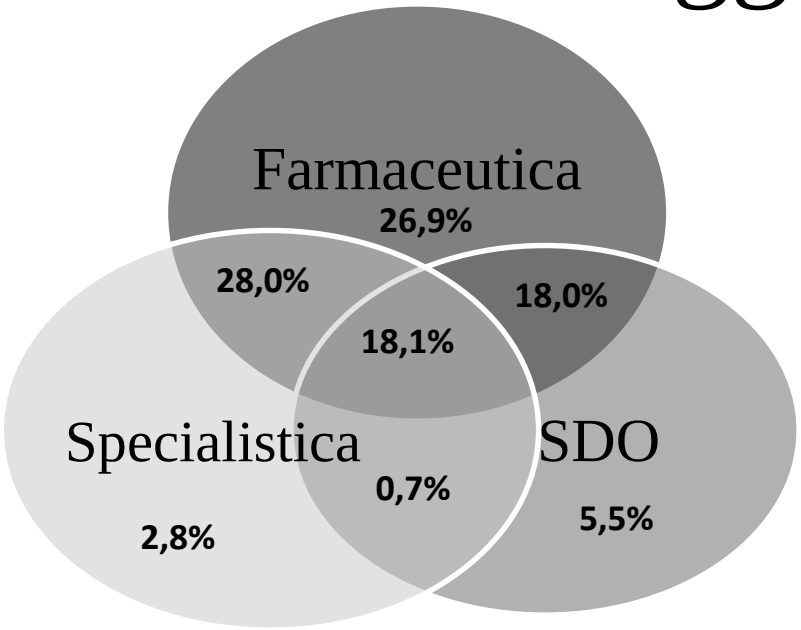
173.659 (49,6%)
Con esenzione 013

SPECIALISTICA

50.133 (14,3%)
Con almeno una diagnosi 250.xx

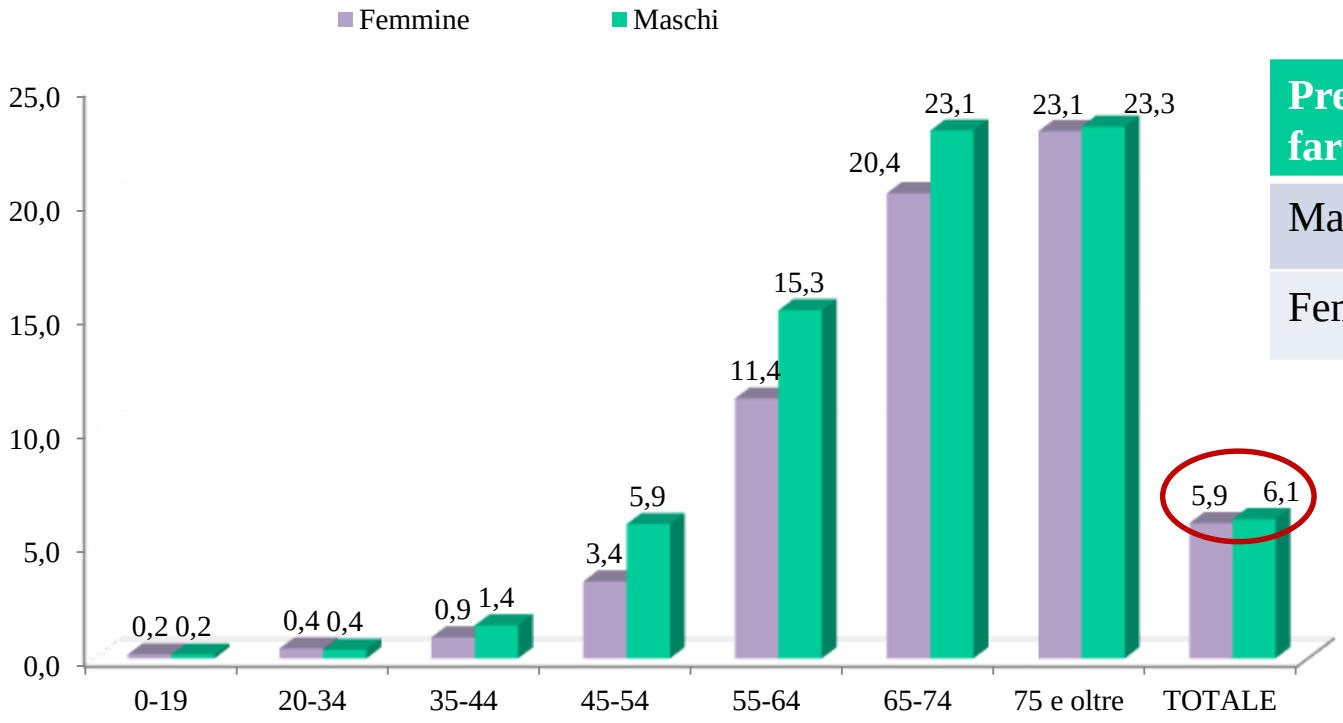
SDO

349.946 soggetti diabetici



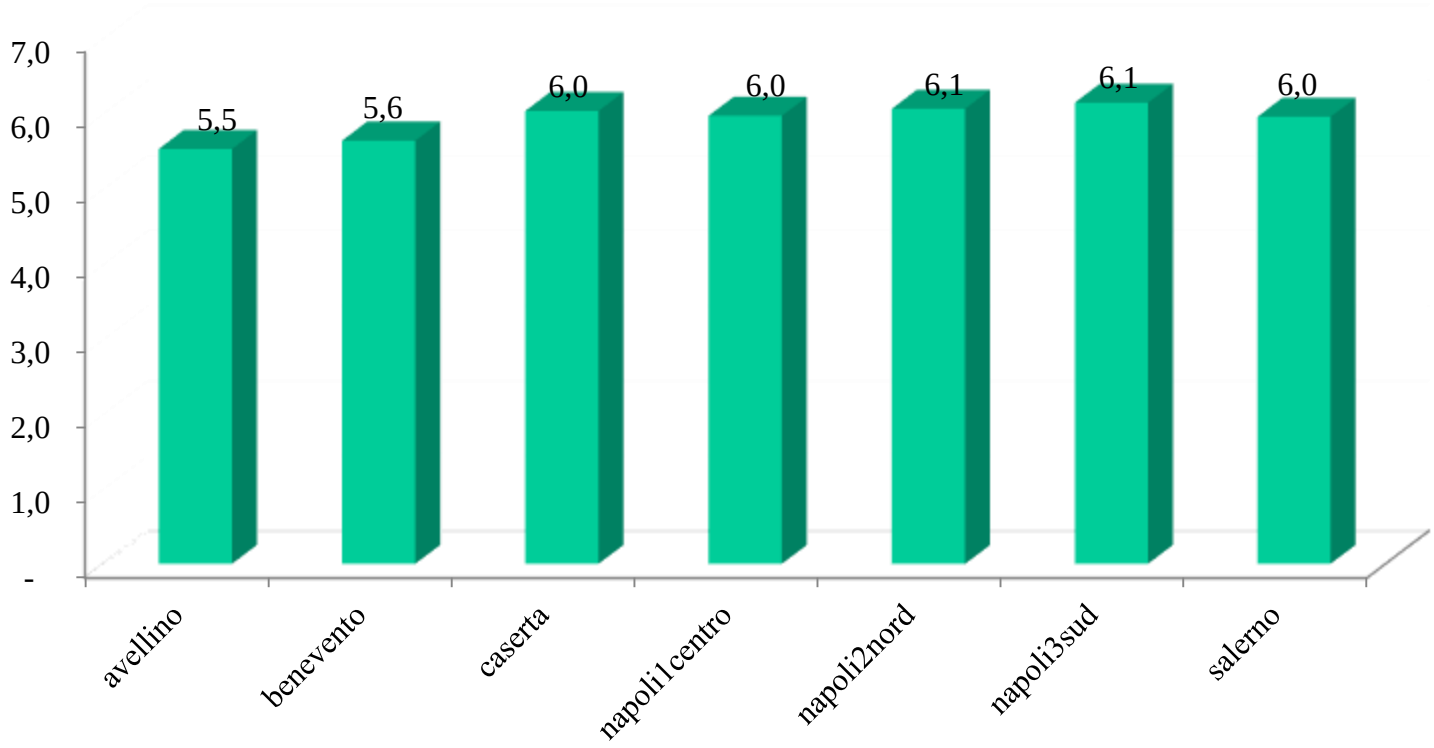
FONTE	Pazienti	%
1.SDO, Specialistica, Farmaceutica	63.362	18.1
2.SDO, farmaceutica	62.824	18.0
3.Farmaceutica,Specialistica	98.064	28.0
4.SDO, Specialistica	2.547	0.7
5.SDO	19.275	5.5
6.Specialistica	9.686	2.8
7.Farmaceutica	94.188	26.9
TOTALE	**349.946**	100

Prevalenza diabete



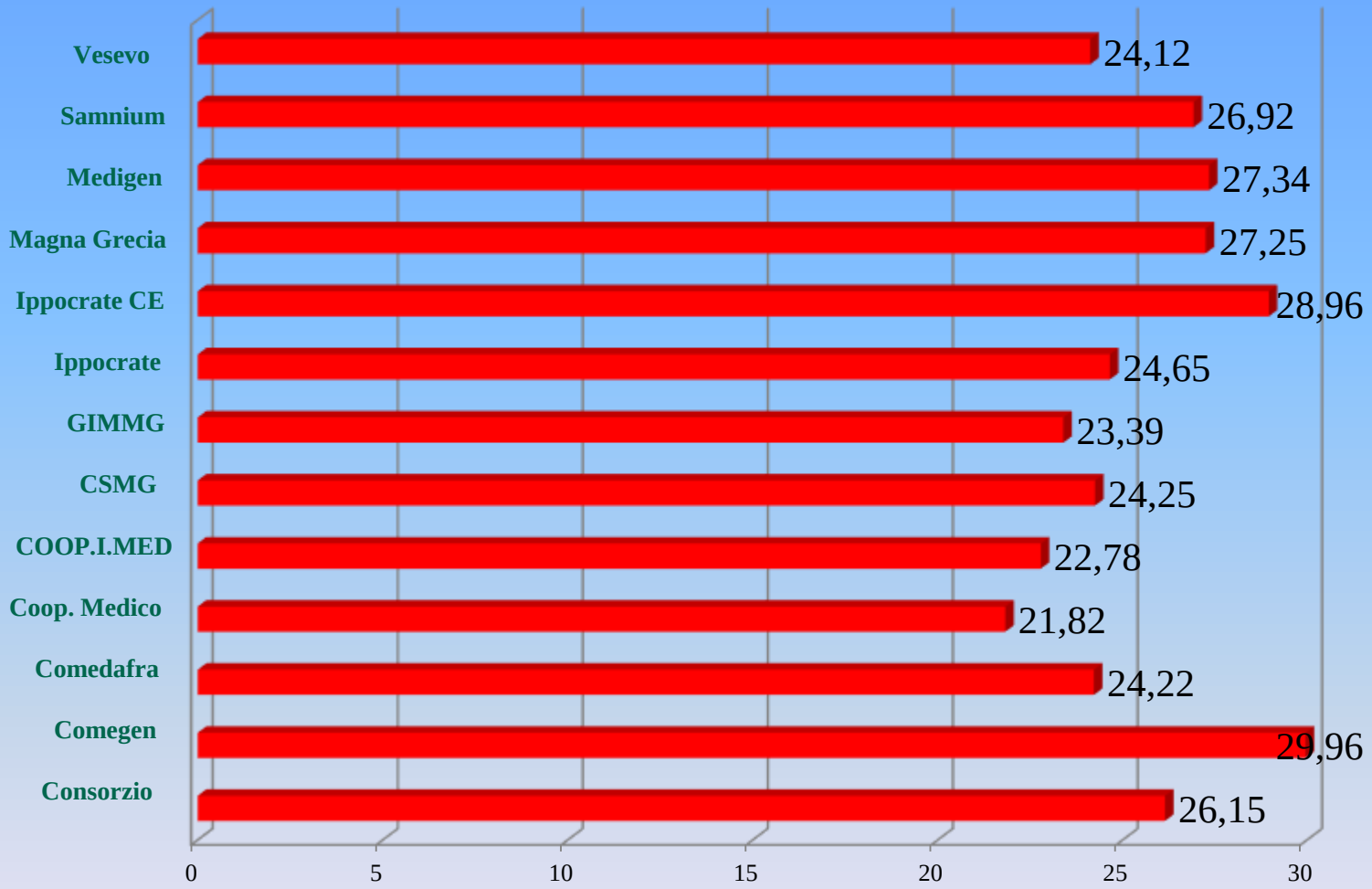
Prevalenza diabete farmaco-trattato	
Maschi	5.5%
Femmine	5.4%

Prevalenza diabete pesata per ASL



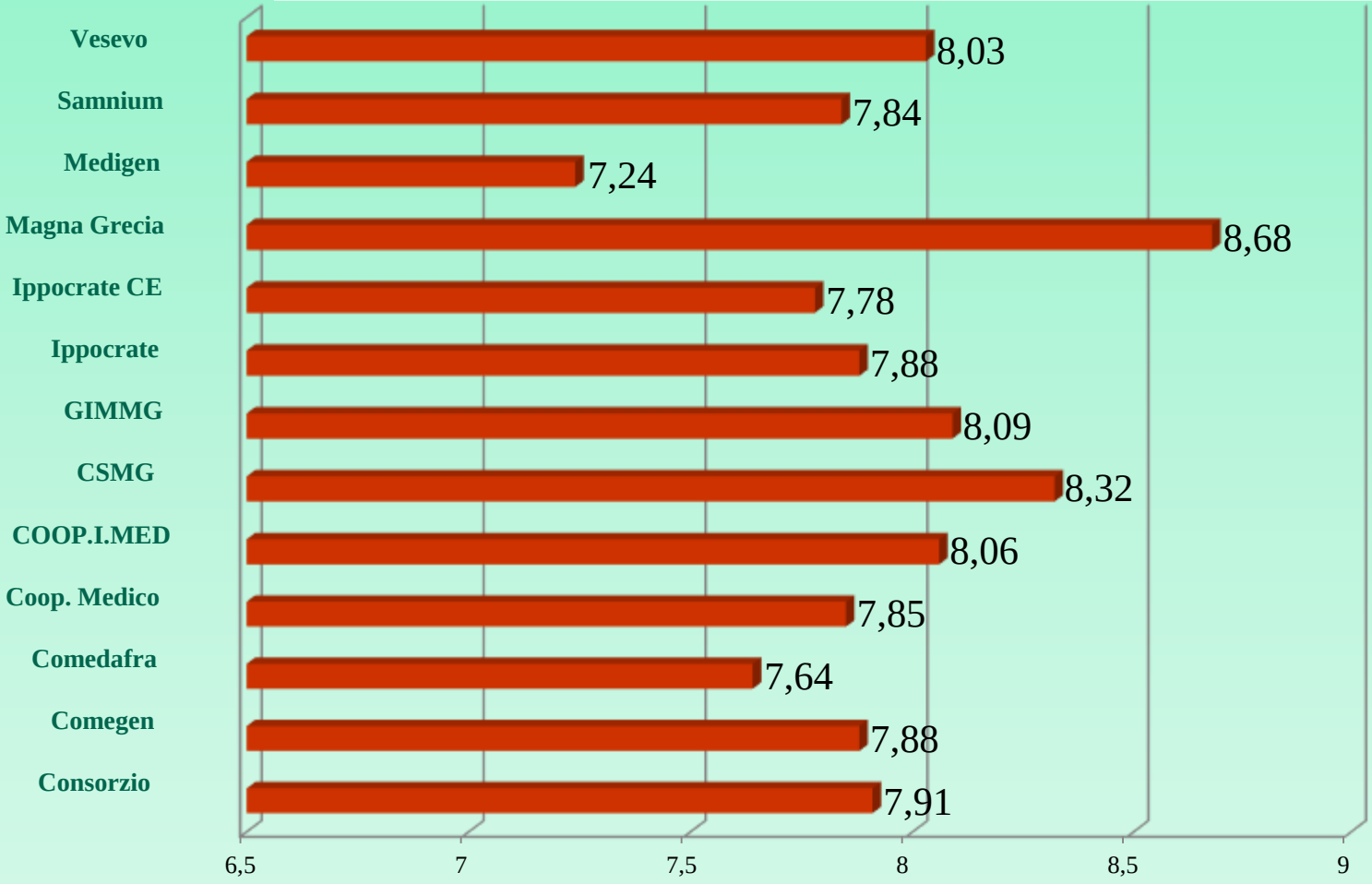
tiziana spinosa

Pazienti non diabetici ma con almeno un fattore di rischio per diabete (Cooperative)



tiziana spinosa

Prevalenza diabete per Cooperative (tipo 1 e 2)



tiziana spinosa

Costi del diabete

- La popolazione diabetica consuma il **15-20%** delle risorse sanitarie totali
- 13% dei costi diretti del diabete è attribuibile alle cure ambulatoriali. La restante parte alle cure ospedaliere
- **Il 38% dell'eccesso di costo è speso per la cura delle complicanze a lungo termine**
- **Il 60% della quota pro-capite annua è destinata alle ospedalizzazioni per complicanze**
- Il 22% al consumo dei farmaci
- Costi sociali legati alle invalidità lavorative ed alla scarsa qualità di vita del paziente.

Delibera N. 1168 del 16 settembre 2005 Regione Campania

- Percorsi diagnostico-terapeutici
- Percorso gestionale-organizzativo
- Indicatori per il monitoraggio della corretta attuazione del percorso clinico-assistenziale
- Prevenzione ed educazione sanitaria
- Formazione ed aggiornamento continuo
- Libretto del paziente diabetico

Piano Nazionale della Prevenzione 2009-2011/2015-2016

- <u>Piano Nazionale della Prevenzione</u>

- Completare e consolidare i programmi in corso di attuazione, ma ove l'emanazione del nuovo piano lo consenta, di riallineare i propri programmi per il perseguimento degli obiettivi in esso individuati.

La SFIDA:
NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI

LA GESTIONE INTEGRATA
(DISEASE MANAGEMENT)

"*partecipazione congiunta dello Specialista e del MMG in un programma stabilito d'assistenza per pazienti con patologie croniche, in cui lo scambio d'informazioni, avviene da entrambe le parti e con il consenso informato del paziente".*

Protocollo diagnostico-terapeutico condiviso da tutti gli operatori sanitari interessati

(*MMG, Specialisti del settore, specialisti collaterali delle complicanze, nurses, assistenti domiciliari, direzioni delle aziende sanitarie, farmacisti, pazienti*), secondo le linee guida internazionali e/o nazionali ed integrato dalla conoscenza delle risorse utilizzabili

La G.I. va considerata come un processo dinamico in progressiva evoluzione, strettamente correlato alla maturità culturale e organizzativa del contesto.

Essa è, quindi, definibile come un processo assistenziale mirato al progressivo consolidarsi di una prassi di gestione condivisa tra il MMG, che è il riferimento primario del singolo paziente, e la rete di professionisti territoriali ed ospedalieri (specialisti, infermieri, altre figure professionali) che entrano in gioco nell'erogazione di assistenza al paziente.

Home | Chi siamo | Contattaci | Mappa

PROGETTO IGEA

Integrazione, gestione e assistenza per la malattia diabetica

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Igea

- Il progetto
- Gestione integrata: documento di indirizzo
- Requisiti informativi: documento di indirizzo
- Formazione
- Progetti regionali
- La dea Igea

Documenti

- Linee guida
- Risoluzione Onu 2006
- Oms: prevenire le malattie croniche
- Ministero della Salute
- Qualità e percorsi assistenziali
- gli altri...

Il diabete

- Che cos'è il diabete
- Fatti e numeri
- Farmaci e diabete
- Studio Quadri
- Diseguaglianze e diabete

IGEA, un progetto di trasferibilità: trasferire le evidenze scientifiche nella pratica clinica per migliorare la qualità della cura e superare le diseguaglianze attraverso la definizione di standard nazionali.

Leggi la **descrizione completa del progetto**.

PROGETTO IGEA: DISPONIBILI I REQUISITI INFORMATIVI

È on line il **documento di indirizzo sui requisiti informativi** per un sistema di gestione integrata del diabete di tipo 2 nell'adulto. L'obiettivo è far sì che tutti gli attori coinvolti possano scambiarsi e condividere le informazioni fondamentali per la realizzazione del programma, secondo le necessità dell'assistenza e del governo clinico. Il documento di indirizzo fornisce infatti un inquadramento generale delle tematiche relative ai sistemi informativi necessari per sostenere il programma di gestione integrata nell'ambito del progetto IGEA. (*15 luglio 2008*)

PROGETTO IGEA: ECCO IL DOCUMENTO DI INDIRIZZO

È on line il **documento di indirizzo** del progetto IGEA. Il testo, che affronta i requisiti clinico-organizzativi per la gestione integrata del diabete, contiene informazioni e raccomandazioni che, sul modello del *disease management*, mirano a favorire il miglioramento della qualità delle cure delle persone con diabete. Si rivolge, oltre che agli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza, a programmatori e organizzatori regionali e aziendali. L'obiettivo è definire i requisiti minimi per un modello assistenziale di gestione integrata del diabete di tipo 2 nell'adulto. (*20 febbraio 2008*)

In primo piano

14 luglio 2008
È stata aggiornata la sezione "**fatti e numeri**", con due studi realizzati sul territorio (Brunico e Provincia di Torino) che presentano stime di **incidenza del diabete**.

9 giugno 2008
Uno **studio** valuta l'impatto di dieci anni di gestione integrata del diabete realizzata in Provincia di Modena, in particolare rispetto a prevenzione delle complicanze e capacità di diagnosi precoce.

28 maggio 2008
È disponibile il **piano di formazione** Igea, basato sulla promozione delle competenze, sulla condivisione di conoscenze ed esperienze e sulla partecipazione dei gruppi di interesse.

20 maggio 2008
Il Piemonte ha approvato la **documentazione attuativa** del progetto IGEA, per la realizzazione e la diffusione su tutto il territorio regionale della

www.epicentro.iss.it

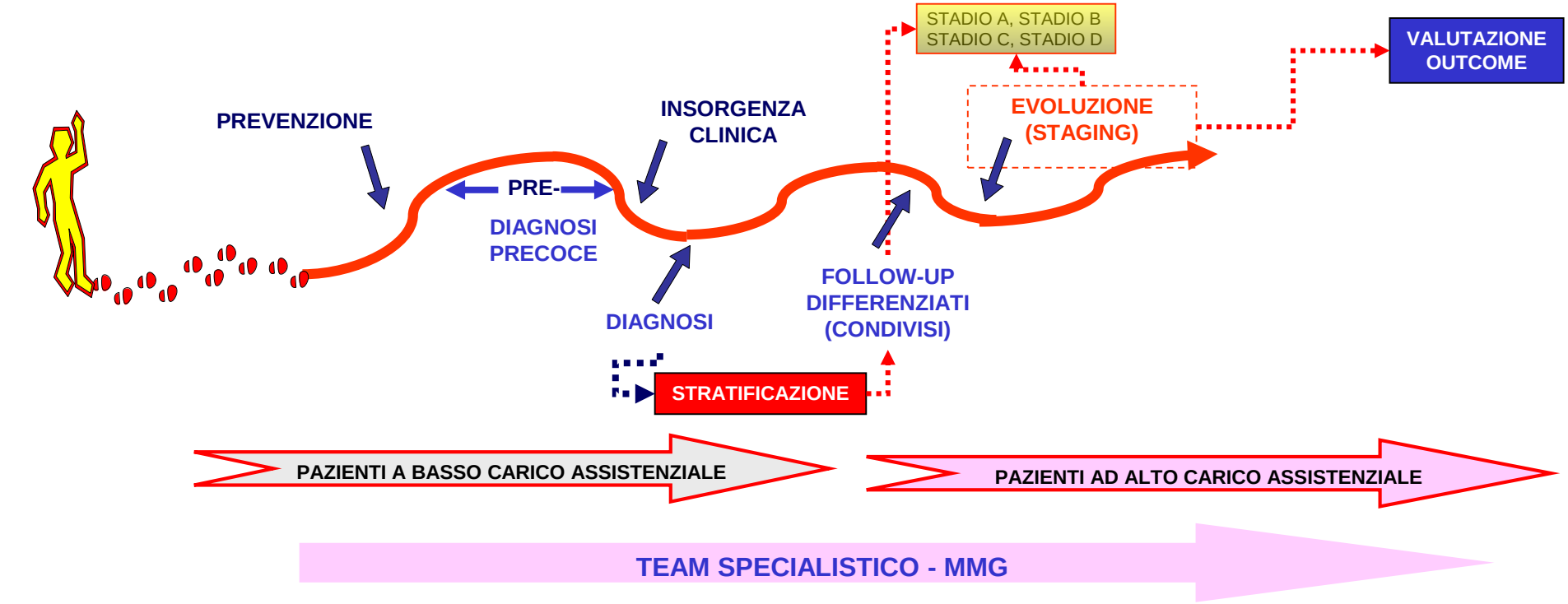
Obiettivo

Realizzazione di un modello assistenziale che:

- **garantisca interventi efficaci per la totalità dei diabetici**
- **attui gli interventi secondo i principi della Medicina basata sulle Prove**
- **assicuri la possibilità di misurare sia la qualità delle cure che il miglioramento degli esiti**
- **assicuri la possibilità di attivare gradualmente un modello di assistenza su tutto il territorio nazionale, tenendo conto delle diverse realtà territoriali, ma garantendo comunque uniformità negli interventi**

un modello assistenziale trasferibile

Il Self Care "personalizzato" (stadio e potenzialità) non è una scelta etico-ideologica ma una necessità



Self Care ... ?

Classi di complessità (AMD-SIMG)

- Complessità dei pz reclutati alla GI a maggiore carico assistenziale per il MMG:
- Classi 5:pz stabili, in buon compenso, a target , senza complicanze evolutive in atto.
- Classe 6: Pz con coesistenza di cronicità multiple e riduzione dell'autosufficienza con assistenza domiciliare.
- Classe 7: tutta la popolazione con interventi sullo stile di vita, per azioni di screening opportunistico per la diagnosi precoce.

REGIONE CAMPANIA
ASSESSORATO ALLA SANITÀ

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE della MEDICINA GENERALE

ai sensi del CAPO VI del D.P.R. 270 /2000

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2013. 0691122 08/10/2013 12,36
Mittente : Medicina di base e fiscale - Assistenza sanitaria accredita...

Destinatari : AI DIRETTORI GENERALI DELLE AA.SS.LL.

Classifica : 20.1. Fascicolo : 66 del 2013

ART 9 - Disease Management del Diabete Mellito

Il Diabete in Campania

OBIETTIVI

1. Applicare un modello di Gestione Integrata al diabetico che coinvolga in modo coordinato e motivato, i MMG ed i Servizi di Diabetologia territoriali ed ospedalieri.
2. Migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni attraverso un più facile e semplice accesso alle STD ed allo studio del MMG
3. Definire attività, compiti e competenze dei MMG riguardo l'assistenza alla persona con diabete
4. Applicare le più recenti linee-guida nella cura della persona affetta da diabete
5. Misurare e monitorare gli indicatori di processo e di esito per valutare l'efficienza e l'efficacia delle cure.
6. Ridurre i ricoveri inappropriati per la patologia diabetica
7. Attuare strategie educative per la modifica degli stili di vita

Obiettivi terapeutici

L' INTERVENTO DEVE ESSERE TEMPESTIVO E PRECOCE (SUBITO!)

IMPEDIRE IL DETERIORAMENTO PROGRESSIVO DELL' HbA1c

TARGET GLICEMICO Personalizzato

HbA1c<6.5% in assenza di comorbidita'

***HbA1c 7-7.5% se comorbidita' e pazienti anziani fragili**

NEL TRATTARE LA GLICEMIA

ATTENZIONE AGLI ALTRI FATTORI DI RISCHIO (Lipidi, P.A., Peso, ipoglicemie ecc.)

AIR Campania 2013

Compiti del MMG nell'ambito del percorso assistenziale del paziente diabetico :

1) Effettuare lo screening della popolazione a rischio per individuare :

> *Casi di Diabete non diagnosticati*

> *Casi di Diabete gestazionale*

> *Casi con ridotta tolleranza glicidica (IGT) ed alterata glicemia a digiuno (IFG)*

AIR Campania 2013

Compiti del MMG nell'ambito del percorso assistenziale del paziente diabetico :

2) Operare in collaborazione con il CD per:

- Effettuare l'educazione sanitaria e il **counselling** dei soggetti a rischio e della persona con D.M. Al fine di **correggere gli stili di vita errati**, sia per i **comportamenti alimentari, l'esercizio fisico e la disassuefazione al fumo**, sia attraverso sedute di educazione terapeutica strutturata singole che di gruppo anche in collaborazione con i CD.

>**Monitorare la terapia farmacologica del DMT2**

>**Sorvegliare su effetti collaterali ed interferenze della terapia** ipoglicemizzante

>Programmare **l'inquadramento dei diabetici neodiagnosticati** e gestire il **follow-up** del paziente DMT2 senza complicanze e con complicanze stabilizzate, per il buon controllo metabolico e per la diagnosi precoce delle complicanze, nonche' la possibilita' di arrestare l'evoluzione delle complicanze gia' diagnosticate.

AIR Campania 2013

Compiti del MMG nell'ambito del percorso assistenziale del paziente diabetico :

3) *Organizzare il proprio studio per una gestione ottimale del DMT2 (**Ambulatorio dedicato** con accessi program.)*

4) *Praticare una **medicina di iniziativa** attraverso il richiamo proattivo dei paz. Diabetici in G.I. Al fine di evitare la perdita del paz. Dal percorso assistenziale*

5) ***Raccogliere i dati** clinici dei propri assistiti con DM mediante cartelle cliniche informatizzate del proprio gestionale finalizzate alla M.D., nel rispetto della recente normativa sulla privacy regolata nel "codice in materia di protezione dei dati personali" Dlgs n.196 del 30/06/2003,in vigore dal 01/01/04 anche al fine di realizzare la cooperazione informatizzata con i CD. …*

AIR Campania 2013

Compiti del MMG nell'ambito del percorso assistenziale del paziente diabetico :

6) ***Registrare i dati*** *sul libretto del paziente diabetico (allegato A della DGR n. 1168 del 16/09/05) anche in via informatizzata attraverso la stampa dei dati estratti dalla cartella presente nei propri gestionali, al fine di informare la persona con DM sull'andamento della propria condizione clinica*

7) *Effettuare il* ***rinnovo del piano terapeutico informatizzato***

Per i presidi del diabete.

9) *Intraprendere* ***attivita' di ricerca e formazione*** *continua sulla patologia diabetica in MG in collaborazione con le strutture diabetologiche territoriali ospedaliere ed universitarie.*

AIR Campania 2013

PDTA per il follow-up del paziente DMT2 privo di complicanze d'organo (DGRC 1168/05 e DL 9/09)

A) **Ogni 3 mesi** nell'ambito del proprio ambulatorio dedicato (Allegato A)

> Visita medica compresi parametri quali :

- Peso corporeo, BMI e Circonferenza vita
- P.A.
- Valutazione dell'autocontrollo glicemico eseguito dal paziente

AIR Campania 2013

PDTA per il follow-up del paziente DMT2 con complicanze stabilizzate (DGRC 1168/05 e LR 9/09)

B) **Ogni 6 mesi** per pazienti con complicanze stabilizzate invio al CD come da protocollo DGRC 1168/05 :

> Attivita' prevista al punto A

> Visita medica generale orientata alla patologia diabetica (ivi compreso esame mirato a scoprire lesioni dei piedi)

> Profilo lipidico (Col t.-Hdl-LDL calcolato-tg)

> Esame urine completo

> HbA1c

> Esame del piede

AIR Campania 2013

PDTA per il follow-up di tutti i pazienti con DMT2 (DGRC 1168/05 e DL 9/09)

*C) **<u>Ogni anno</u>** invio al centro diabetologico per consentire lo screening e follow-up delle complicanze*

N.B.

Tutte le suddette attivita' andranno riportate

Nel report TRIMESTRALE che andra' inviato

Al Portale Regionale per via informatica.

AIR Campania 2013

La G.I. prevede il controllo presso la struttura specialistica nei seguenti casi come da DGRC 1168/05 e 642/09

A) <u>Con Urgenza</u> :

° *scompenso metabolico acuto*

° *ripetuti episodi di ipoglicemia*

°*gravidanza in donna diabetica e DM in gravidanza*

°*comparsa d'ulcera al piede o di lesioni ischemiche e/o infettive agli arti inferiori*

B) <u>Programmabile</u> (oltre quella all'esordio e annuale di screening)

° *Ripetute gicemie a digiuno superiori a 180 mg/dl*

° *HbA1c > 7.5% in due determinazioni consecutive*

° *Comparsa di segni clinici riferibili a complicanze.*

AIR Campania 2013

PIANO TERAPEUTICO

Se le condizioni cliniche risultano stabili, il rinnovo annuale del P.T. Verra' redatto in via informatica direttamente dal MMG,, che si atterra' per la prescrizione dei presidi alle indicazioni delle recenti L.G. Scientifiche nazionali in materia.

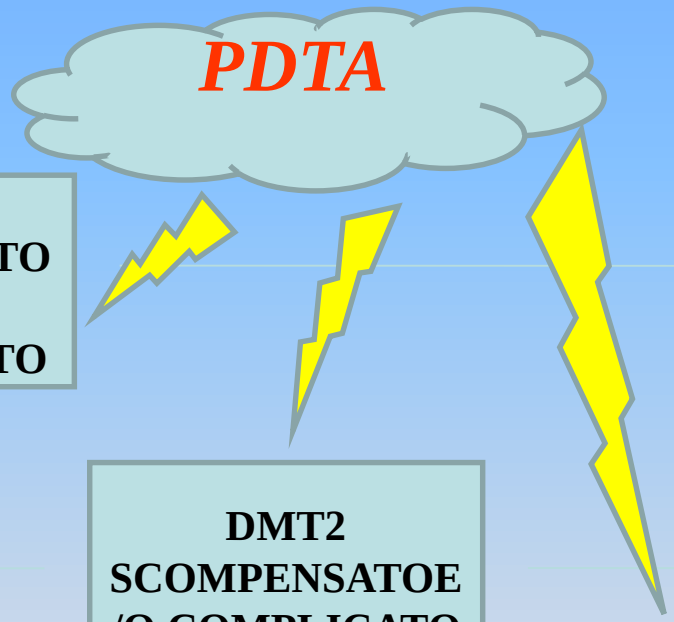
In caso contrario (passaggio da ipo-orali a insulina-scompenso M.-aum. n. iniezioni insulina ecc., inviare il paz. Al CAD per il rilascio di un nuovo P.T.

MODELLI ASSISTENZIALI

>FONDAMENTALE UN GRANDE CAMBIAMENTO CULTURALE E ORGANIZZATIVO<

DINAMICITA' DEL TEAM DIABETOLOGICO INTEGRATO

MEDICO DI FAMIGLIA



DMT2 COMPENSATO NON COMPLICATO

DMT2 SCOMPENSATOE /O COMPLICATO

DM T1

DIABETOLOGO

Allegato A

Autorizzazione al trattamento dei dati

Il sottoscritto _____, assistito dal Dott. _____

_____ e dallo stesso informato sui diritti e sui limiti di cui al Decreto legislativo n. 196/2003 concernente "la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" AUTORIZZA il proprio Medico di Famiglia e, in sua assenza, i sostituti e i medici associati, nonché i medici del Centro Diabetologico a raccogliere, registrare e utilizzare i dati personali ai fini diagnostici e cura ed ad utilizzare in forma anonima i dati raccolti a scopo di ricerca scientifica ed epidemiologica.

Data: ..... Firma .....

Consenso informato alla partecipazione alla

"Gestione Integrata del Diabete Mellito di Tipo 2"

Il sottoscritto _____, nato a _____

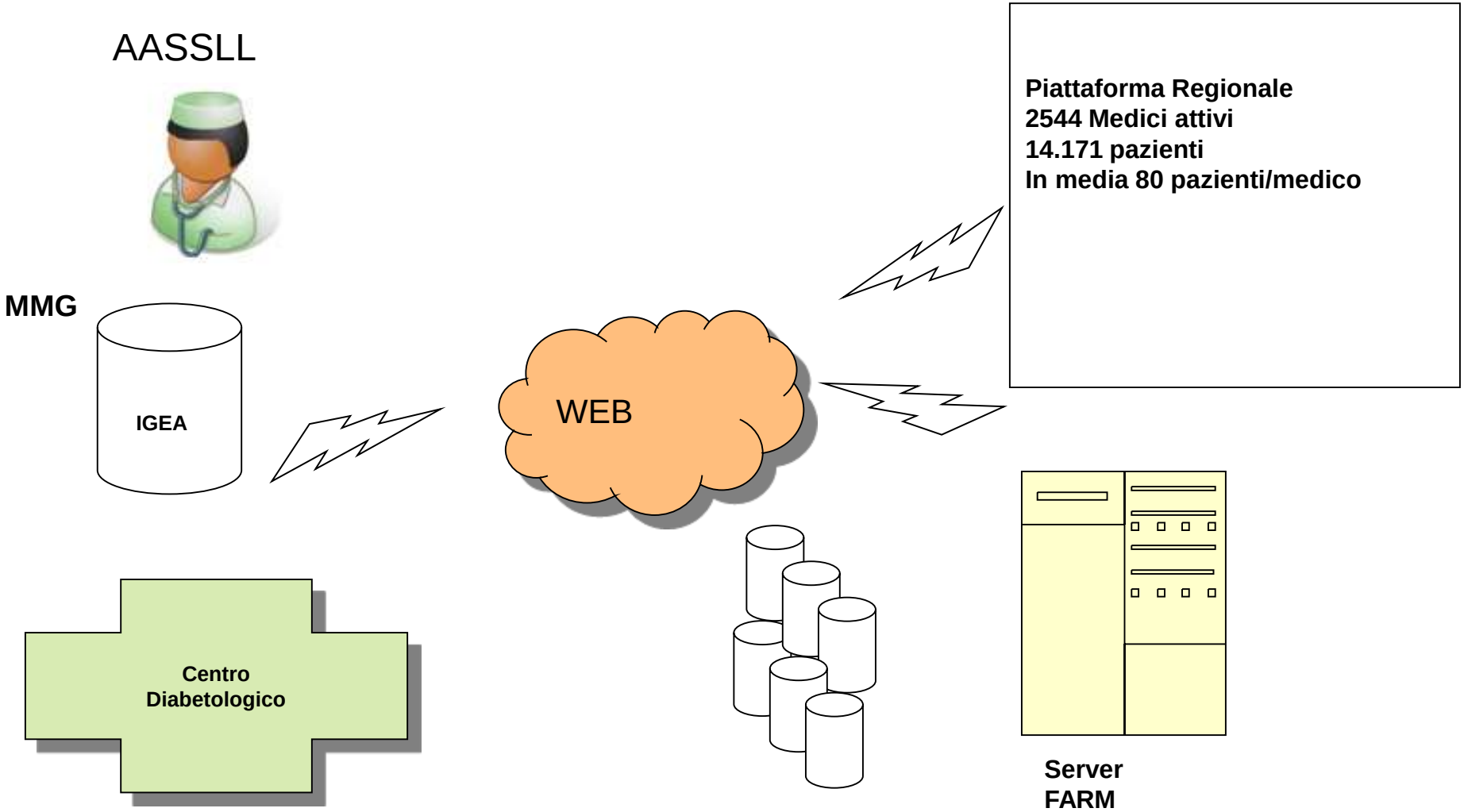
il _____ DICHIARA di essere stato adeguatamente informato dal proprio Medico di Famiglia / Diabetologo del Servizio di Diabetologia dott._____ su obiettivi, modalità e percorso di cura definito come "Gestione Integrata del Diabete Mellito di tipo 2", e di essere stato informato dal proprio MMG sulle modalità di accesso allo studio, secondo orari programmati e dedicati esclusivamente ai pazienti reclutati nel percorso di Gestione Integrata. Avendo compreso tali finalità, il sottoscritto, esprime, quindi, il proprio consenso ad essere inserito nel percorso di cura, riservandosi la possibilità di revocare la propria adesione in qualsiasi momento.

Inoltre

2) Dopo trenta giorni dalla pubblicazione del presente accordo, il MMG **invierà al proprio Distretto Sanitario** (indipendentemente dall'ASL di residenza del paziente) **L'ELENCO NOMINATIVO IN FORMATO ELETTRONICO DEI PAZIENTI RECLUTATI** alla G.I., che hanno espresso il consenso informato per la GI (Allegato A).

3) **All'inizio dell'arruolamento e trimestralmente (entro il 15 del mese successivo al termine del trimestre)**, il MMG procede alla estrazione dalla propria cartella clinica informatizzata dei dati indicati nel **REPORT INDIVIDUALE (ALLEGATO B1)** per singolo paziente. Tale report verrà trasmesso per via telematica all' A.R.San che darà conferma dell'avvenuta ricezione ed invierà, contestualmente, i dati alle Aziende competenti. Annualmente l'A.R.San. trasferirà alle AA.SS.LL. i report contenenti gli indicatori LAP raggiunti dai singoli MMG.

Architettura della piattaforma



Schema di percorso di un intervento di gestione integrata

Gestione integrata

- Selezione dei pazienti
- Linee Guida
- Modelli cooperativi
- Supporto formativo ai pazienti
- Sistemi Informativi
- Formazione continua degli operatori

Indicatori Clinici

Processo

Adesione alle linee guida

Esiti intermedi

Cambiamento di misure intermedie:

- Emoglobina glicata
- Pressione arteriosa
- Colesterolo
- …….

Esiti finali

Cambiamento nell'incidenza di:

- Cecità
- Amputazioni
- Infarto
- …….

4 Annualmente il MMG riporta, con autocertificazione (**ALLEGATO C**) trasmesso al DSB del medico, il **LIVELLO ACCETTABILE DI PERFORMANCE** (**LAP**) raggiunto secondo lo schema dell'(**ALLEGATO D**).

Entro 60 gg. dalla raccolta dei dati suddetti, le AA.SS.LL. corrisponderanno ai singoli MMG le spettanze secondo quanto previsto dall'art.9 del DECRETO n. 87/13.

Le AA.SS.LL. in base ai report forniti dall' A.R.San potranno verificare il LAP autocertificato dai singoli medici.

INDICATORE	Percentuale
1.1 % pazienti diabetici di tipo 2	
OBIETTIVO:	
2.1 % dei pazienti affetti da diabete di tipo 2, la cui scheda riporta negli ultimi 12 mesi la registrazione della HbA1c	
2.2 % dei pazienti affetti da diabete di tipo 2, la cui scheda riporta negli ultimi 12 mesi il profilo lipidico	
2.3 % dei pazienti affetti da diabete di tipo 2, la cui scheda riporta negli ultimi 12 mesi almeno una misurazione della Pressione Arteriosa	
2.4 % registrazione indice di massa corporea (BMI) nei diabetici di tipo 2	
2.5 % registrazione misurazione della circonferenza addominale nei diabetici di tipo 2	
2.6 % dei pazienti affetti da diabete di tipo 2, la cui scheda riporta negli ultimi 12 mesi un dosaggio della microalbuminuria	
2.7 % dei pazienti affetti da diabete di tipo 2, la cui scheda riporta negli ultimi 12 mesi un dosaggio della creatinine mia	
OBIETTIVO: per migliorare la "performance"	
3.1 % dei pazienti affetti da diabete di tipo 2 con ultimo valore registrato di HbA1c ≤ 7,5%	
3.2 % dei pazienti affetti da diabete di tipo 2 con ultimo valore registrato di colesterolo LDL ≤ 130 mg/dl.	
3.3 % dei pazienti affetti da diabete di tipo 2 e ipertensione arteriosa con valore registrato di PA ≤ 130/80 mmHg.	
TOTALE LAP	

Allegato B1

GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO TIPO 2 - LEAD
Dati da estrarre per PAZIENTE

Cod. Fiscale: _____

Cognome : _____ Nome _____
Cittadinanza: _____ ID Cittadino: _____
Comune di Residenza: _____ Via e Civico: _____, __

ASL di Residenza: _____ Distretto Residenza: _____
Codici Esenzioni Ticket: ___ ___ ___ ___ Anno Prima Diagnosi Diabete : ____

Data arruolamento alla Gestione Integrata __/__/____

Terapia in corso: _____

Indicare: (0=non registrato)
- Solo dieta;
- Terapia insulinica;
- Incretine
- Metf.;
- Sulf;
- Glindi;
- Acarbose;
- Glitazoni;
- Ass. Precost.

Titolo Studio: _____

- Nessuno
- Elementare
- Media Inferiore
- Licenza Professionale o Diploma
- Superiore
- Laurea

Condizione Professionale: _____

- Occupato
- Disoccupato
- Ritirato dal Lavoro
- Casalinga
- Altra Condizione

Posizione nella Professione: _____

- Imprenditore
- Libero Professionista
- Dirigente
- Impiegato
- Lavoratore in Proprio, Commerciante
- Operaio, Lavoratore manuale, Apprendista

Stato Civile: _____

- Coniugato o Convivente
- Nubile/Celibe
- Divorziato o Separato Legalmente
- Vedovo

Ex Fumatore [S/N]: ___
Abitudine al Fumo [S/N]: __
Tipologia: _____

Ultimo Anno: _____
Data Controllo: __/__/____
- Sigarette Quantità pro/die: ___
- Sigari

Consumo di Alcol [S/N]: __
Tipologia: _____

Data Controllo: __/__/____
- Vino Quantità pro/die in ml: ___
- Birra
- Super Alcolici

Attività Fisica [S/N]: ___
Data Controllo: __/__/____

Indicare (Lieve, Moderata, Intensa): _____

GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO TIPO 2 - LEAD
Dati da estrarre per PAZIENTE

Complicanze	S/N	Data Diagnosi
Complicanze Macrovascolari:		
Cardiopatia Ischemica		
IMA		
Rivascolarizzazione		
Claudicatio		
TIA		
Ictus		
Angina		
Esame dell'Occhio:		
Esame fondo Oculare		
Retinopatia		
Cecità		
Esame del Piede:		
Ulcerazioni		
Amputazione		
Complicanze Renali:		
Nefropatia		
Dialisi		

Allegato B1

GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO TIPO 2 - LEAD
Dati da estrarre per PAZIENTE

	Start-up		3 mesi		6 mesi		9 mesi		1 anno	
	Valori	Data	Valori	Data	Valori	Data	Valori	Data	Valori	Data
Dati Antropometrici:										
Altezza										
Peso										
BMI (valore in Kg/m2)										
Circonferenza Vita										
Pressione Arteriosa										
Verifica autocontrollo glicemico (se effetuato)										
Rinforzo educativo :										
Alimentazione										
Attività Motoria										
Autocontrollo										
Prevenzione Piede										
Ispezione del piede										
HbA1c										
Microalbuminuria										
Creatininemia										
Uricemia										
Colesterolo tot.										
Colesterolo LDL										
Trigliceridi										
AST										
ALT										
GGT										
Emocromo + F+										
Calcolo del rischio CV										
ECG										
visita diabetologica										
visita cardiologica										
visita oculistica										
Fondo Oculare										
visita nefrologica										
visita neurologica										

IN COSA SI DIFFERENZIA UN PAZIENTE IN G.I.?

Il prodotto principale della G.I. di un paziente è la definizione, concordata all'interno della rete assistenziale e sulla base di un Percorso di cura articolato e proattivo, di un "piano di FOLLOW-UP PERSONALIZZATO" (usualmente annuale), calibrato sul fabbisogno assistenziale del singolo paziente

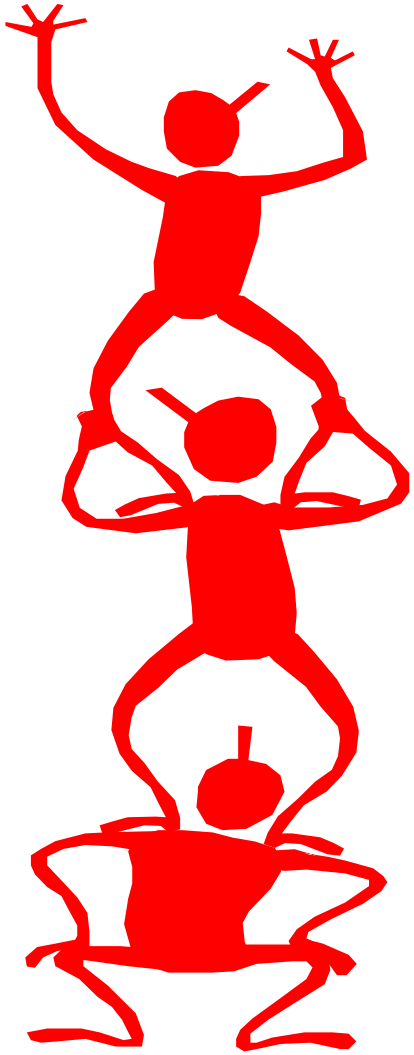
Il Follow-up non deve essere lasciato all'occasionalità ma deve emergere da un piano attivamente definito e concordato tra MMG, Specialisti, Infermieri e tutte le altre figure professionali chiamate a gestire efficacemente il paziente ed i suoi problemi non solo clinici ma "globali" (sulla base del concetto di "salute globale" dell'OMS).

Il Follow-up nel paziente cronico deve avere le seguenti caratteristiche:

- ***attivo perché è finalizzato a promuovere una gestione proattiva***
- ***coordinato tra tutti gli attori assistenziali***
- ***monitorato da parte di qualsiasi attore assistenziale in rapporto ai contributi di specifica competenza.***

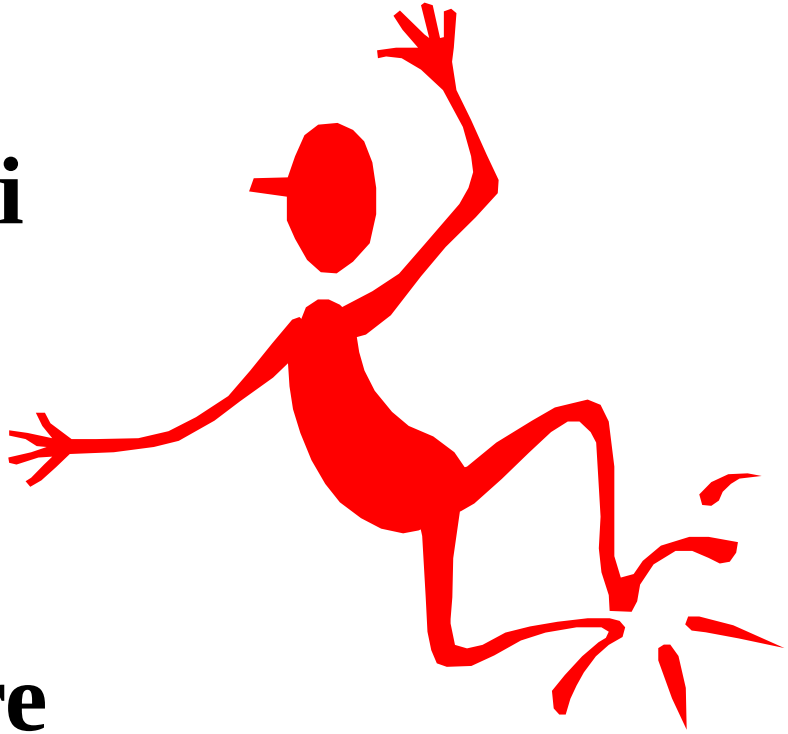
Vantaggi per l'utente

- **miglior efficacia clinica**
- **accesso più facile ai diversi livelli assistenziali, in funzione dello stato di salute**
- **miglior qualità della vita**



Vantaggi per l'amministratore

- **integrazione tra i diversi livelli assistenziali**
- **razionalizzazione delle risorse**
- **miglior qualità delle cure**
- **maggior soddisfazione dell'utente**



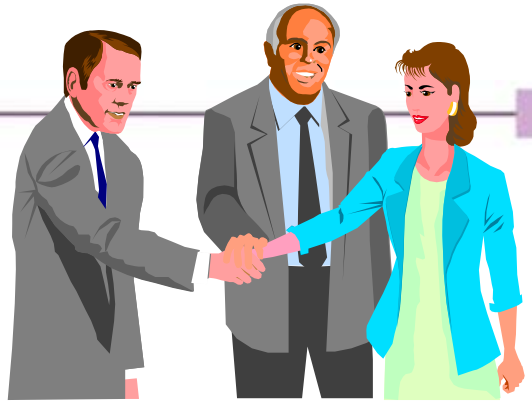
Vantaggi per il MMG

- **maggior professionalità**
- **modello per la gestione e cura di altre patologie croniche**
- **incentivazione**

Vantaggi per il C.S.

- **riduzione carico di lavoro improprio**
- **riconoscimento attività specialistica**

E’ fondamentale quindi:



Per il Diabetologo:

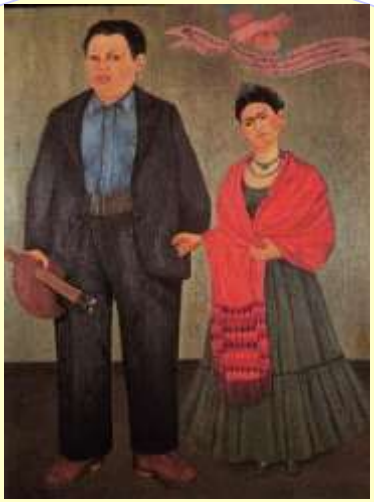
- Sacrificare la quantità e favorire la qualità delle prestazioni
- Recuperare la collaborazione del MMG cui va restituita la competenza nel gestire la “quotidianità “ del paziente diabetico

Per il Medico di medicina Generale:

- Impegno maggiore di fare diagnosi precoce di malattia in soggetti a rischio
- Inviare allo specialista per controlli periodici tutti i diabetici in carico (compresi quelli in buon compenso)

Il modello ideale di assistenza diabetologica e' quello che prevede la persona con diabete al centro…

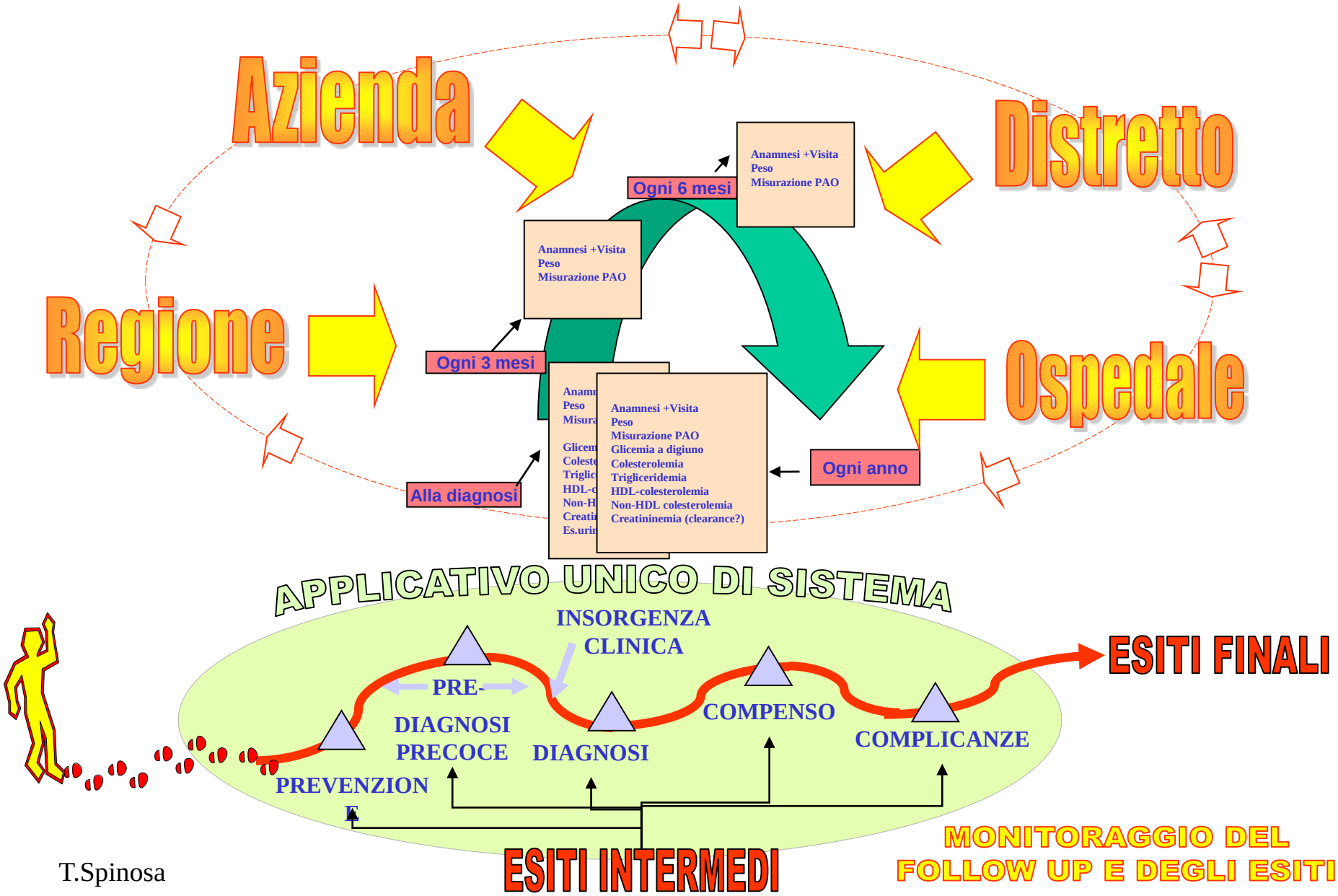
MMG



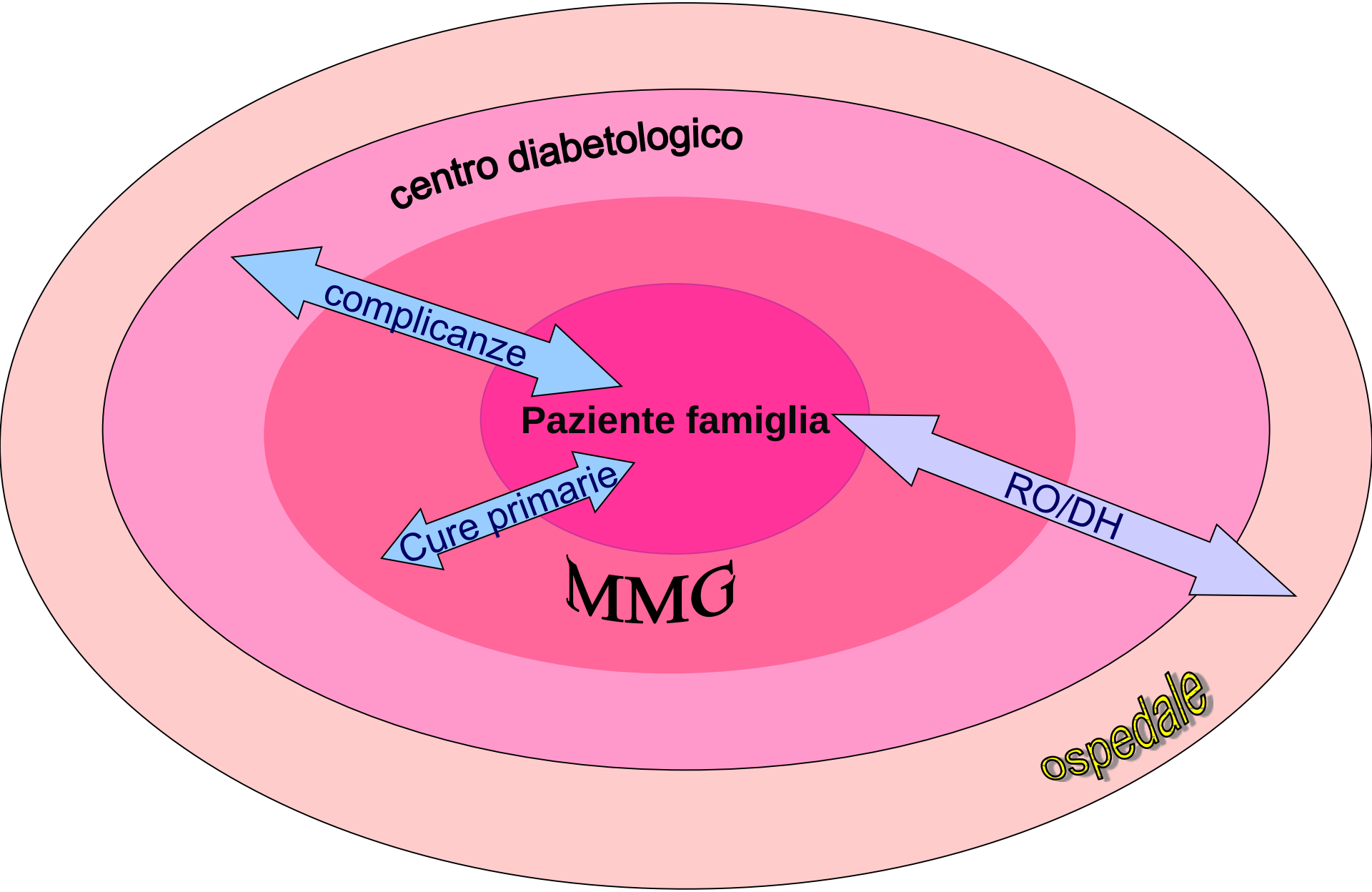
Servizi diabetologici plurispecialistici ed interdisciplinari

…e mmg, servizi diabetologici e specialisti coinvolti nel processo assistenziale diabetologico, che lavorano in modo integrato in tutte le fasi della malattia.

MONITORAGGIO DINAMICO
DELLE PERFORMANCE DI TUTTI GLI ATTORI



T.Spinosa



tiziana spinosa

Obiettivi Finali

- Riduzione della mortalità per diabete
- Miglioramento della qualità di vita
- Riduzione dell’incidenza delle complicanze
- Trattamento precoce ed efficace delle complicanze
- Miglioramento dell’appropriatezza del ricorso a prestazioni diagnostico-terapeutiche con riduzione dei ricoveri impropri
- Riduzione della mobilità passiva per interventi terapeutici per le complicanze del diabete