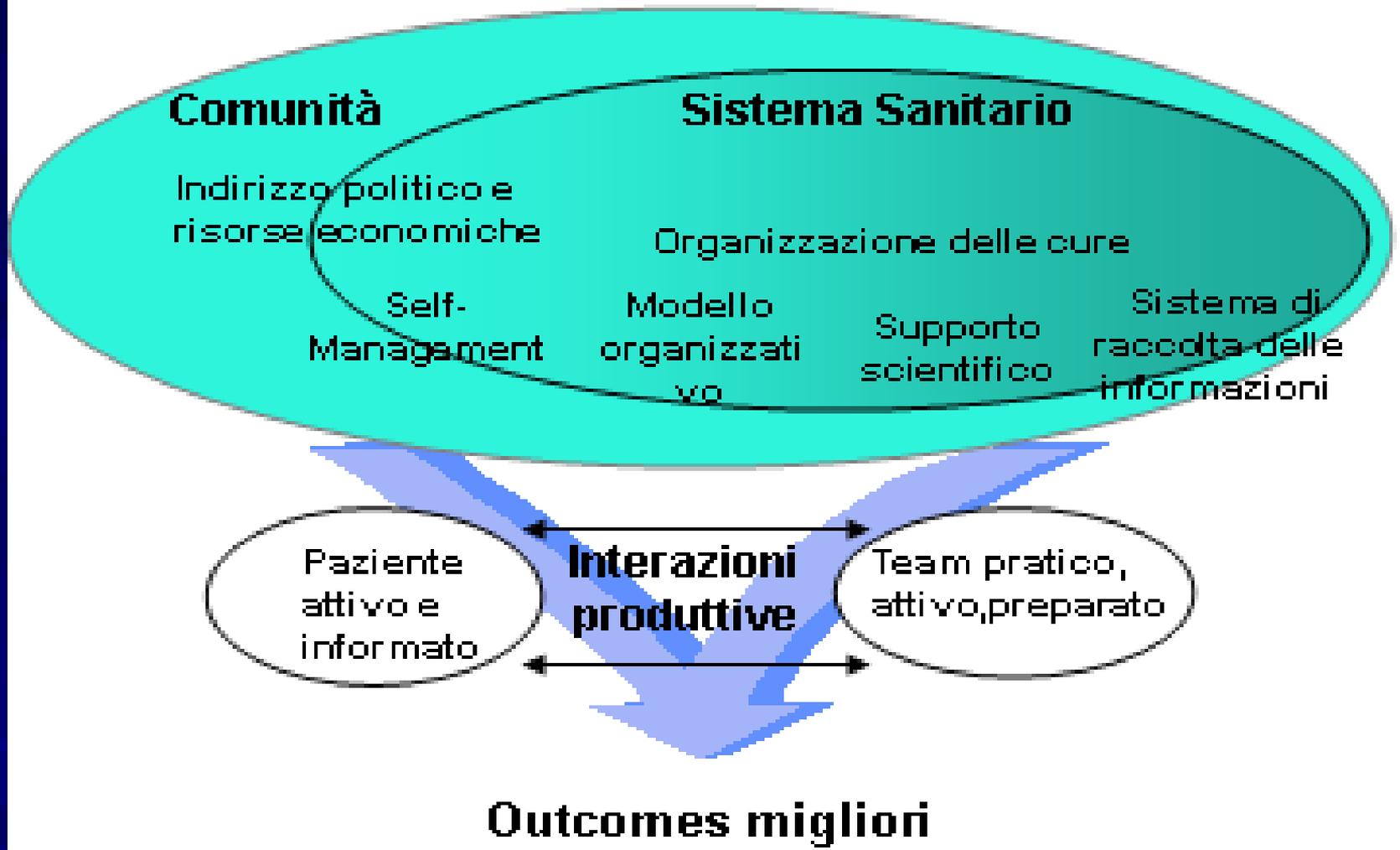


Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale contestualizzato

Nicoletta Musacchio
UOS Integrazione Cure Primarie e Specialistiche
A.O. I.C.P. Milano

Modello di cura di malattia cronica



In questo sistema complesso: tre gli elementi imprescindibili

- Dobbiamo tenere presente la “globalità” del mondo della cronicità in cui andiamo ad inserirci con il nostro operato, altrimenti il nostro operato, seppur di altissima qualità, è inefficace in termini di salute**
- La facilità a perdersi dentro il sistema**
- Dal miglioramento continuo deriva la qualità del nostro prodotto e quindi dell’assistenza**

Realizzazione

Progetto Sinergia: PDTA diabete del distretto di Cusano

Implementazione di un **modello organizzativo** fondato
sull'**approccio bio-psico-sociale** e
multidisciplinare e sui processi di
attivazione e di **autonomizzazione** del paziente

Funzionerà ?????

Il nostro scenario

- Bacino d'utenza
 - 5 Comuni
 - 183.000 Abitanti
 - 110 MMG



- La nostra struttura: 3 medici, 2 infermieri, 1 dietologa
Il personale è a tempo pieno e dedicato

Il Sistema Integrato: **Paziente, CAD, MMG**

- Condiviso LG ADA
- Identificato le aree di responsabilità
- Costruito un protocollo di cura condiviso
- Identificato “i momenti spia da monitorare”
- Creato un percorso interno temporizzato
- Scelto indicatori di processo e di esito intermedio

Modello a cascata

- Condiviso il progetto con le Associazioni di MMG Istituzione di un gruppo di lavoro misto. Incontri bimestrali di 4 ore (inizialmente)
- I referenti del gruppo operativo condividono il lavoro con la propria Associazione (riunioni associative mensili)
- Riunioni semestrali di tutti gli aderenti al progetto (solo nel primo periodo)

Riflessioni

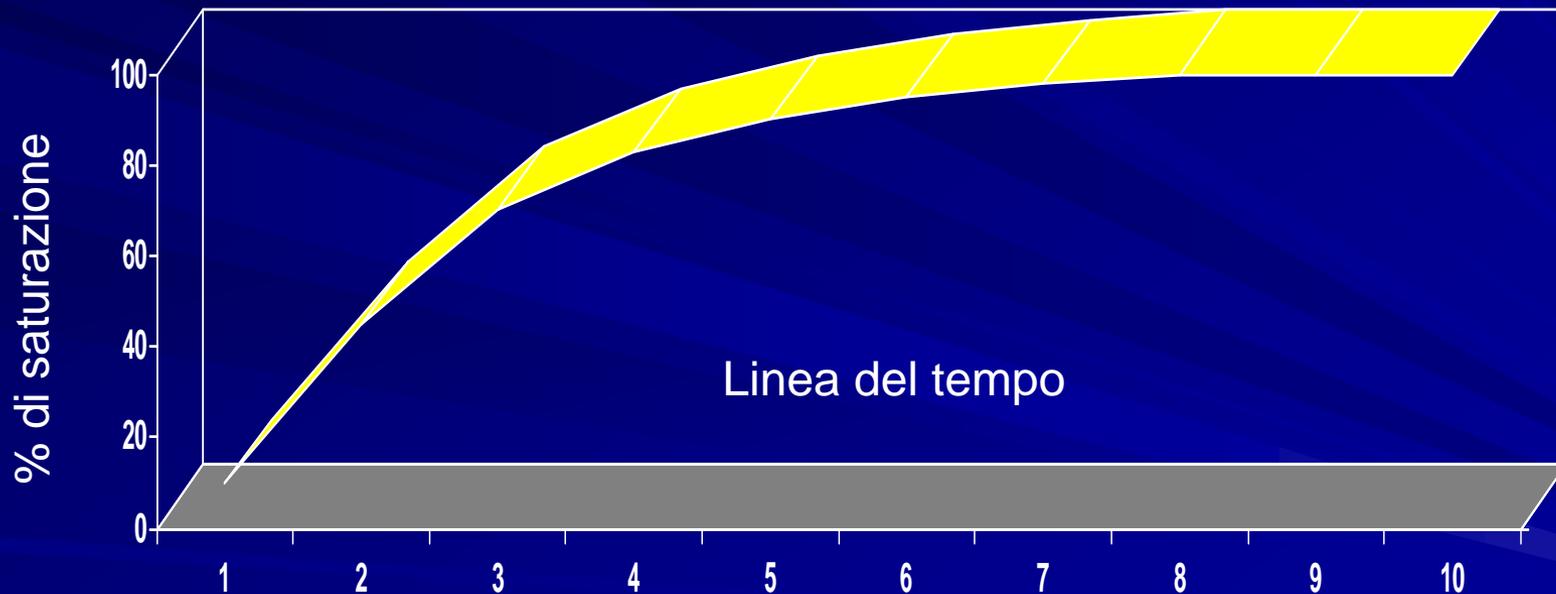
Criticità

- Il governo del sistema
- L'eticità del sistema
- La saturabilità del sistema

Possibili soluzioni

- La consapevolezza del paziente
- L'elasticità (rispondere a bisogni individuali del MMG e del pz.) ES MMG diabetologo
- I percorsi assistenziali in tempi diversificati, ma preordinati

Saturabilità del sistema risorse/tempo, n° prestazioni, qualità



Al punto di pareggio quale la scelta?

**La Nostra scelta prioritaria:
Approccio Bio-psico-sociale**

Strutturazione dell'attività

- Processo clinico: ottimizzazione dei parametri metabolici e prevenzione delle complicanze (responsabilità del medico con coinvolgimento del personale)
- Processo educativo: autonomizzazione del paziente (responsabilità del personale con coinvolgimento del medico)

**Ogni processo riconosce profili e
protocolli specifici**

Strutturazione dell'attività all'interno del CAD

**Percorsi di cura per le diverse “categorie”
dei pz. all'interno dei quali il Processo
Clinico ed il Processo educativo si
intersecano in modo diverso e soprattutto
con peso diverso.**

- **Es pz stabile non complicato in un anno vedrà 1 volta il diabetologo e gli verranno programmati 2 percorsi autonomi di supporto agli incontri prefissati con il MMG.**
 - **Gli verrà consegnato un programma di controllo “condiviso”**
 - **Gli verranno consegnati indicatori di controllo anche questi condivisi**

Gli strumenti

- Cartella informatica in rete condivisa costruita per eventi.
- Visite cliniche “guidate”
- Percorsi Assistenziali: coinvolgimento attivo del pz., verifica del processo di cura.
- Interventi di telemedicina (glucobeeep, mail, call center)

Gli strumenti

- Autocontrollo
- Corsi strutturati di Educazione
- Comunicazione (lettere, cel., programma di cura, planning, indicatori condivisi...)
- Triage di modulazione prenotazioni
- Prenotazioni con percorsi diversi

Programma di Controllo

Cosa devo assolutamente ricordarmi di fare

Ogni 6 mesi:

- Glicemia a digiuno e post-prandiale
- Emoglobina Glicata
- Esame urine completo
- Misurazione del peso
- Almeno 3 misurazioni scritte della Pressione Arteriosa
- Autocontrollo delle glicemie come da schema prescritto
- Visita di valutazione e controllo dal Medico di Medicina Generale

Ogni anno :

- Funzionalità renale: microalbuminuria, creatinina, elettroliti plasmatici
- Colesterolo totale, colesterolo HDL ed LDL, trigliceridi
- Funzionalità epatica: transaminasi, GGT
- Uricemia
- Elettrocardiogramma
- Fundus Oculi
- Altri esami potrebbero essere richiesti per problemi specifici. Controlla la tua lettera di valutazione personale

Programma di Controllo

Posso stare tranquillo se: Gli obiettivi da raggiungere

- L'emoglobina glicata si mantiene inferiore a 6.5 - 7%
- La glicemia prima dei pasti si mantiene tra 90 e 130 mg/dl
- La glicemia 2 ore dopo i pasti si mantiene più bassa di 180 mg/dl
- La pressione arteriosa si mantiene più bassa di 130/80 mmHg
- Il colesterolo LDL si mantiene più basso di 100 mg/dl
- Il colesterolo HDL risulta più alto di 40 – 50 mg/dl
- I trigliceridi si mantengono più bassi di 150 mg/dl

Mi Devo Allarmare se: Chiamo il Medico

- le glicemie superano costantemente i 250 mg/dl
- l'Emoglobina Glicata è superiore a 9%
- le glicemie sono, senza motivo, spesso molto basse (inferiori a 60mg/dl)
- compaiono ulcere, infezioni ai piedi

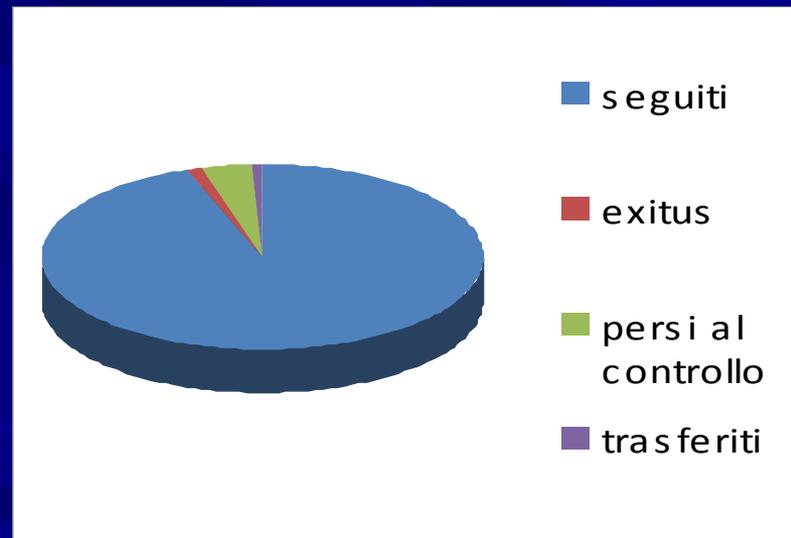
Funziona ?

Valutiamo a distanza di 5 anni dall'inizio gli effetti della gestione integrata "personalizzata" considerando indicatori di efficacia, di efficienza, di qualità

- Qualità: numero e motivazioni dei persi al controllo
- Efficacia: valori medi dei parametri delle linee guida ADA rilevati all'inizio della GI e all'ultima visita disponibile
- Efficienza: confronto nel numero di prestazioni eseguite

Persi al controllo su un tot. di 1419

Exitus	Persi	Trasferiti	totale	“drop out”
27	35	22	84 (5.9 %)	2.5%



Andamento degli indicatori ADA

(Dicembre 08)

	HbA1c < 7%	GLUBB < 130	GLUPP < 180	CHOL	HDL > 40	LDL < 100	TRIG < 150	PAS < 130	PAD < 80
Numerosità	1419	1422	1370	1408	1402	1389	1404	1422	1423
Media inizio	6.9	139.8	134.0	189.7	51.1	110.5	135.7	140	79
Media ultimo controllo	6.9	137.3	132.0	182.3	50.9	102.7	132.1	133	78

Efficiente ?

	LGT	GI		LGT	GI
	visite anno		pazienti		
TIPO 1	4	4	68	272	272
Dieta	2	0,5	289	578	144.5
Ipo Orali	3	1	1512	4536	1512
Combinata	4	4	328	1312	1312
Solo insulina	4	4	93	372	372
			Totale	7070	3612.5
			Risparmio		51.1 %

	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>
Prime visite (nuovi pazienti)	345	311	323
N° Accessi	4040	4588	4903

Per concludere

... in modo scientifico ...

- Il modello di DM è attuabile su un alto numero di pazienti
- E' controllabile in modo semplice per mezzo di indicatori di processo
- Permette di gestire e mantenere il controllo metabolico in modo efficace
- Rappresenta un modello efficiente in quanto permette l'ottimizzazione dell'uso delle risorse

Ma credo si possa aggiungere

Grazie dell'Attenzione

