

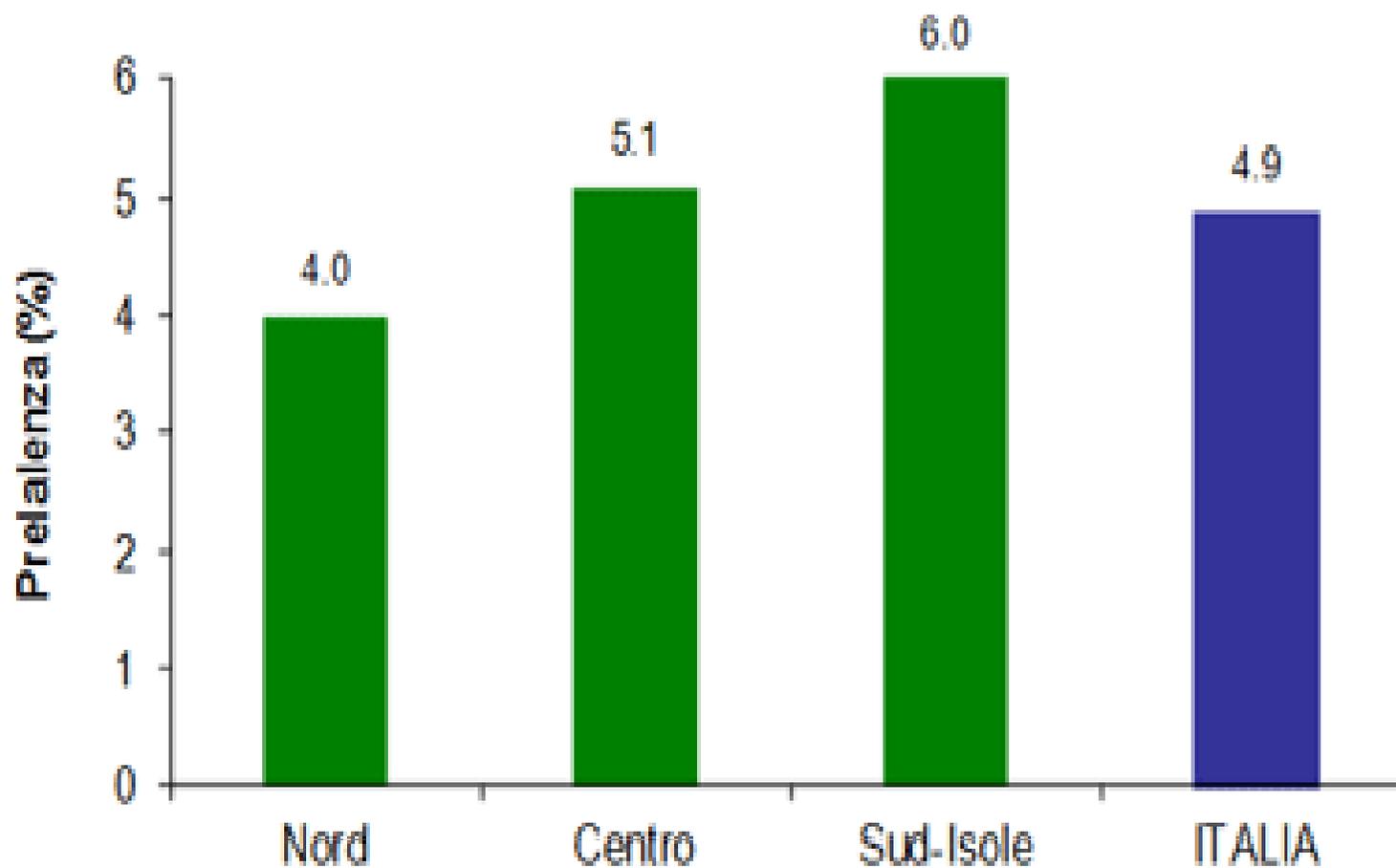
# *La Gestione Integrata del Diabete Mellito Regione Campania*

*Dott. Tiziana Spinosa*  
*Direttore S.O: Pianificazione  
e Programmazione*

tiziana spinosa

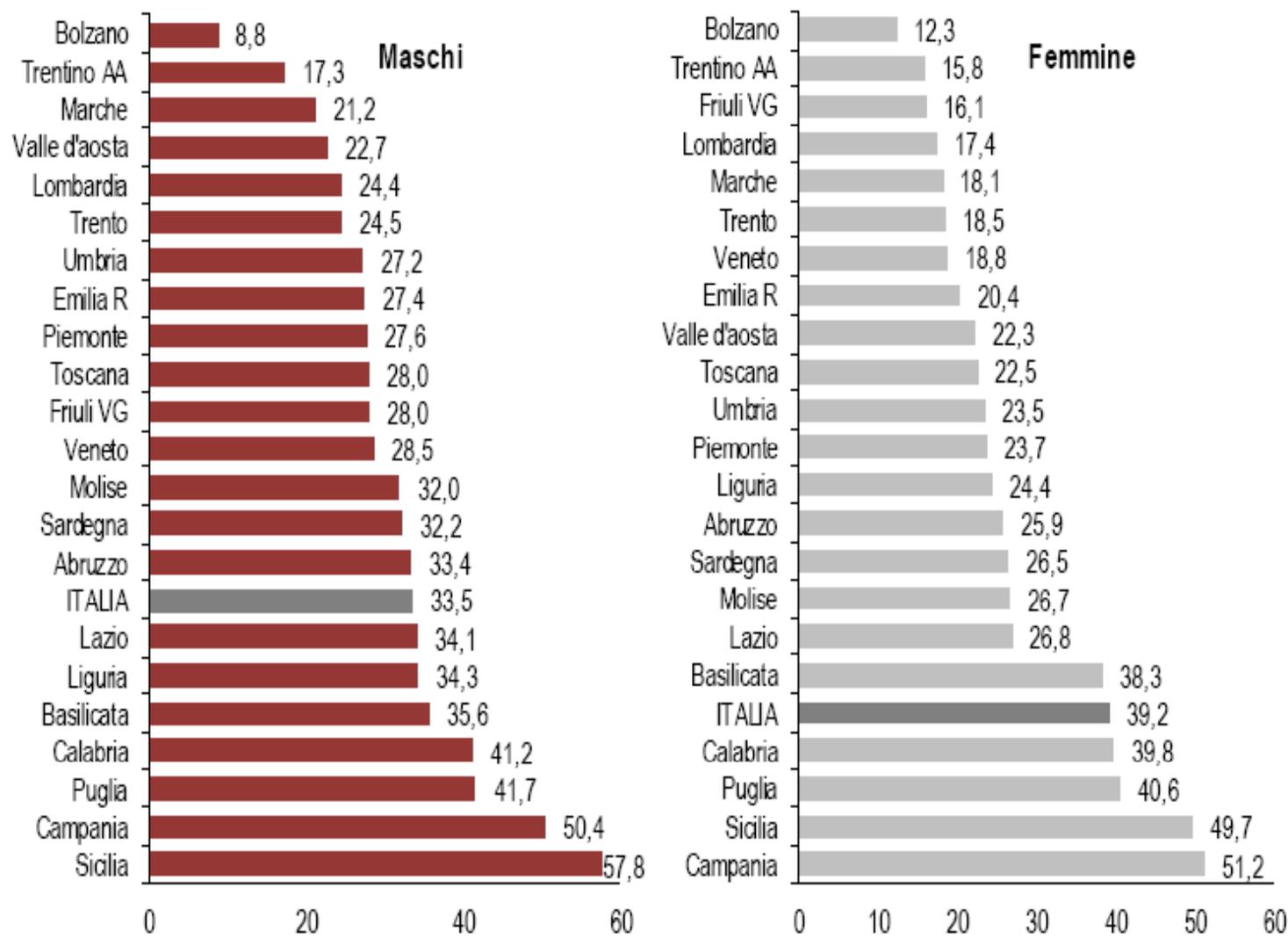


## Prevalenza del diabete per area geografica



tiziana spinosa

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



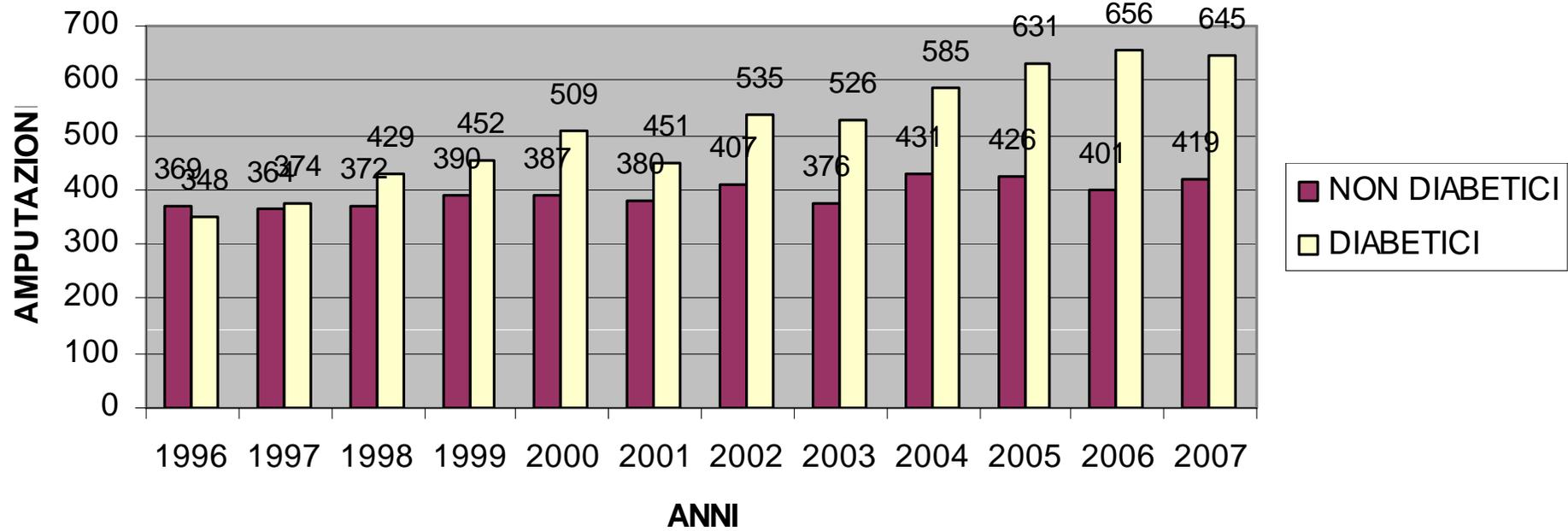
- Dallo STUDIO PASSI:
- La prevalenza elevata del diabete, tra gli adulti campani, conferma la correlazione con le **diseguaglianze sociali**:
  - aumenta al crescere dell'età, delle difficoltà economiche e con il basso livello d'istruzione e genere (femminile)
- **L'eccesso di peso e la sedentarietà**, 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

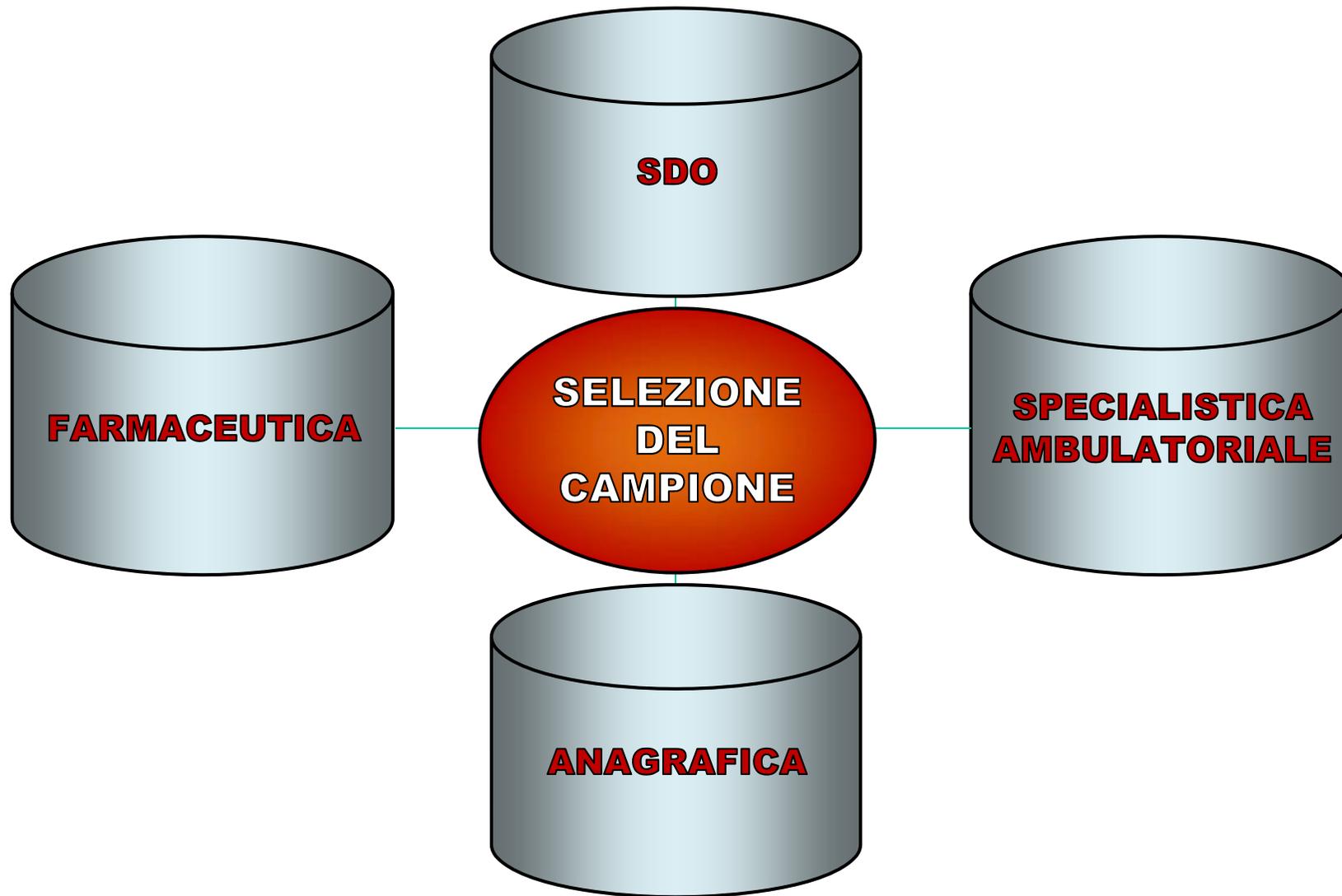
Elevata prevalenza nazionale

**Elevata mortalità femminile**

## AMPUTAZIONI IN CAMPANIA 1996-2007

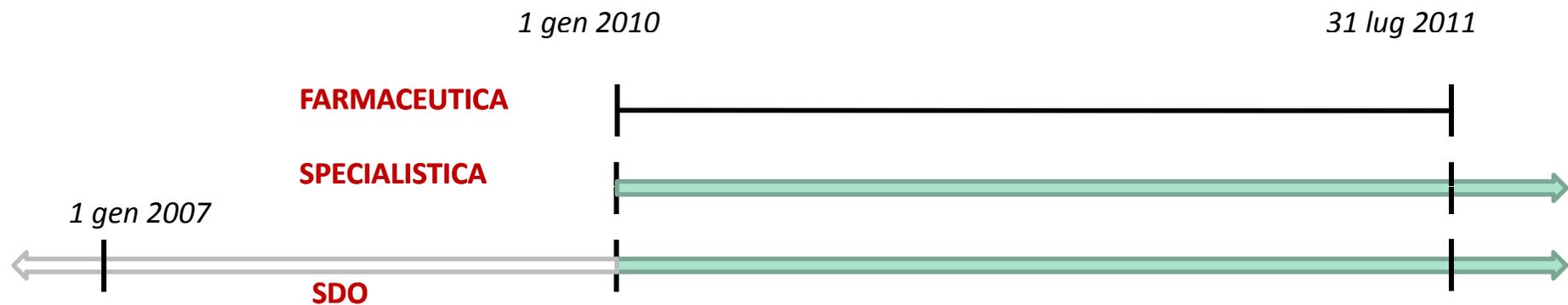


# Fonti utilizzate



tiziana spinosa

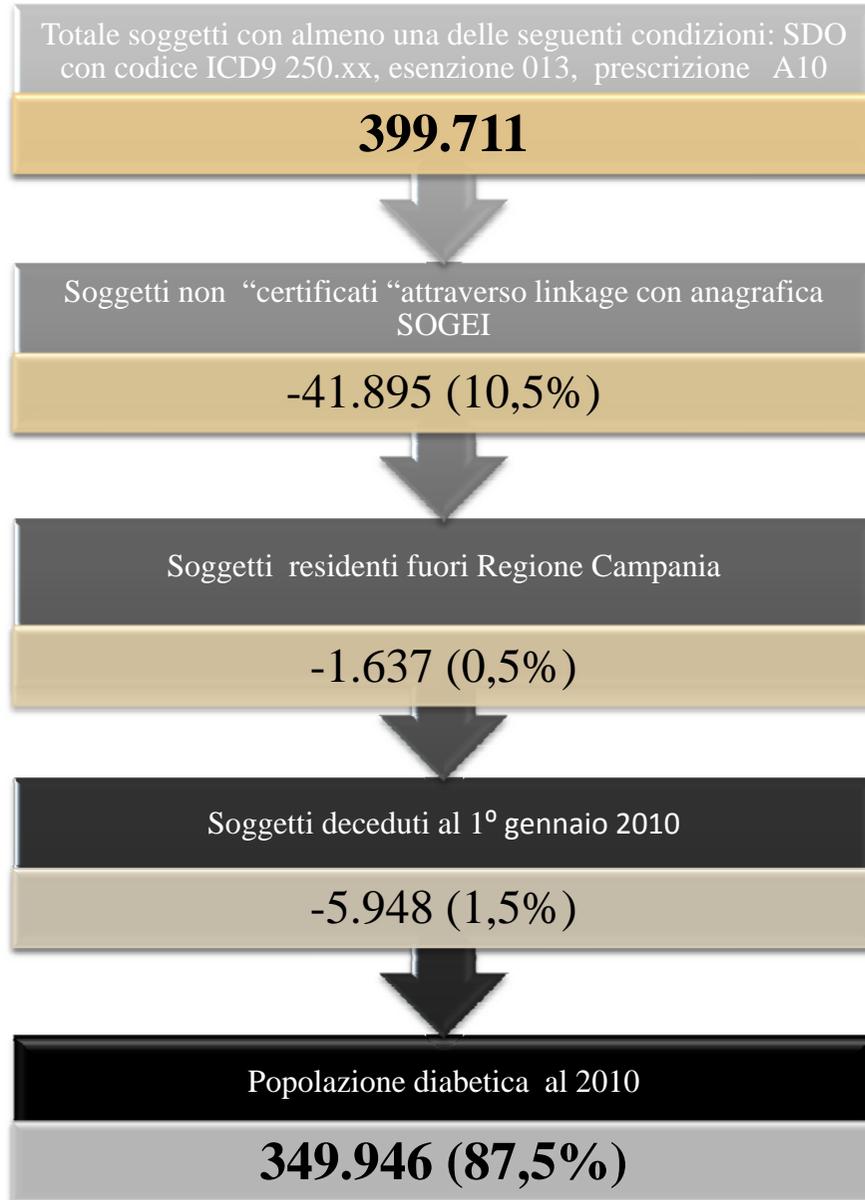
# Orizzonte temporale in analisi



# Algoritmo “Diabete”

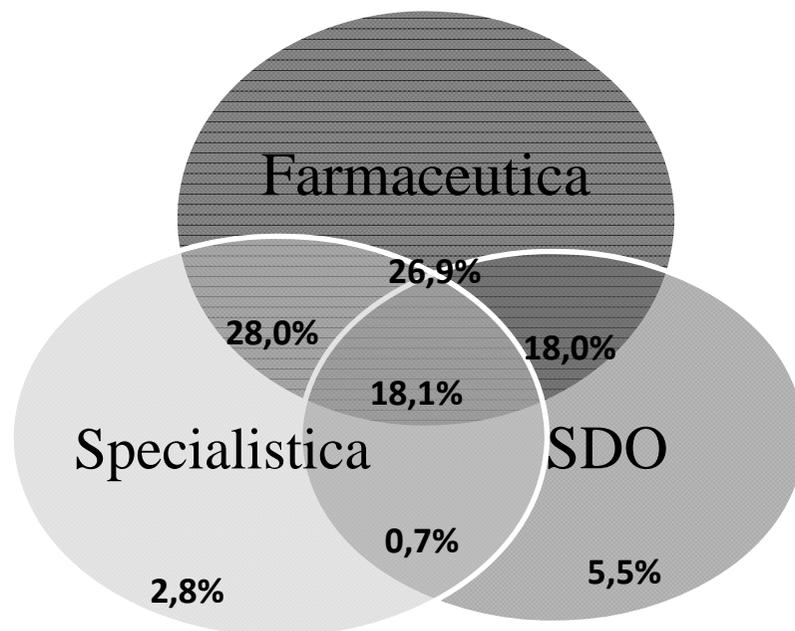
Fonte	Codici	Diagnosi	Descrizione
Farmaceutica	ATC A10		Almeno 2 prescrizioni nell'anno di stima
Specialistica ambulatoriale	Esenzione 013		Soggetti con codice esenzione 013 non deceduti al 1 <sup>o</sup> gennaio dell'anno di stima
SDO	250.xx	Tutte	Soggetti dimessi nell'anno di stima e nei 3 anni precedenti, non deceduti al 1 <sup>o</sup> gennaio dell'anno di stima

# Popolazione diabetica



Popolazione residente al 1 gennaio 2010	
Maschi	2.824.935
Femmine	2.999.727
<b>Totale</b>	<b>5.824.662</b>

# 349.946 soggetti diabetici



<b>FONTE</b>	<b>Pazienti</b>	<b>%</b>
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
<b>TOTALE</b>	<b>349.946</b>	<b>100</b>

**349.946**  
**Soggetti diabetici**

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

**FARMACEUTICA**

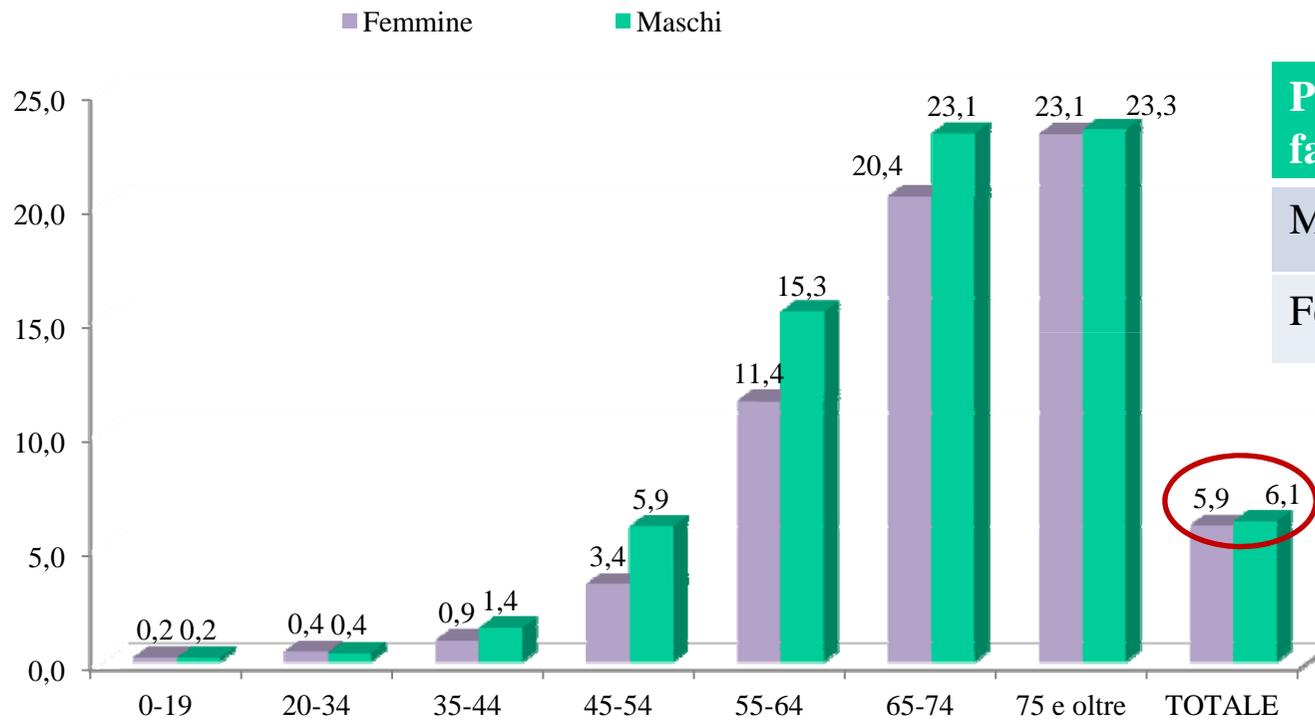
173.659 (49,6%)  
Con esenzione 013

**SPECIALISTICA**

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

**SDO**

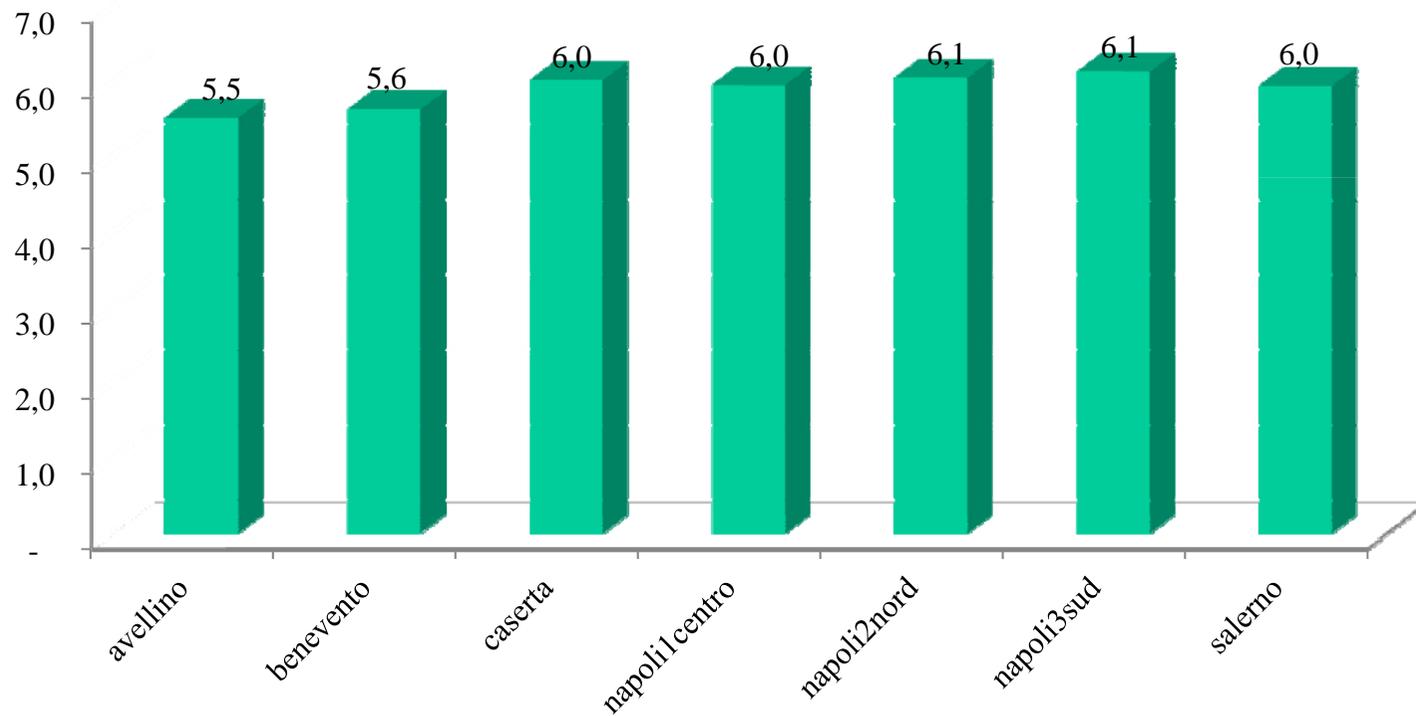
# Prevalenza diabete



## Prevalenza diabete farmaco-trattato

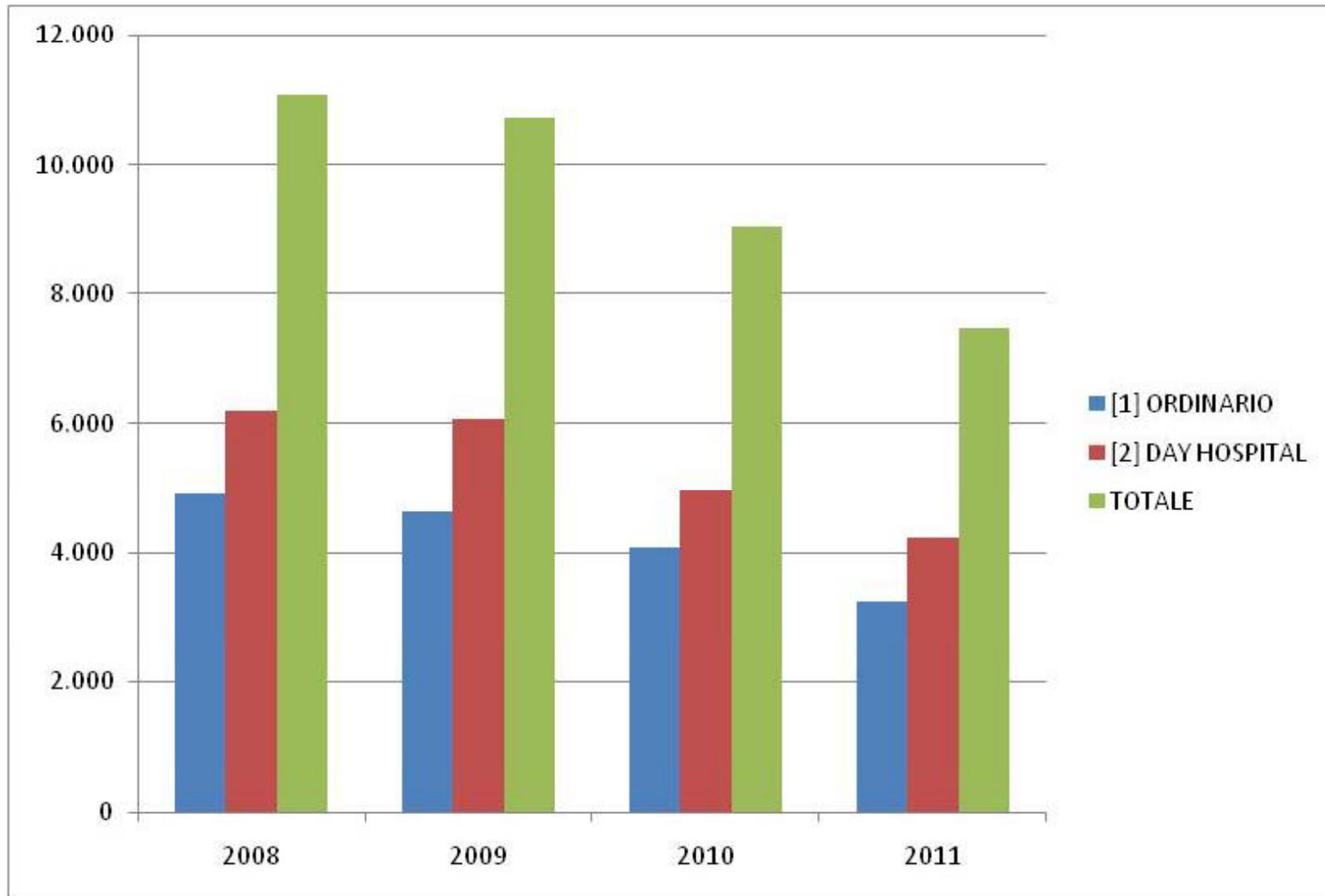
Maschi	5.5%
Femmine	5.4%

# Prevalenza diabete pesata per ASL

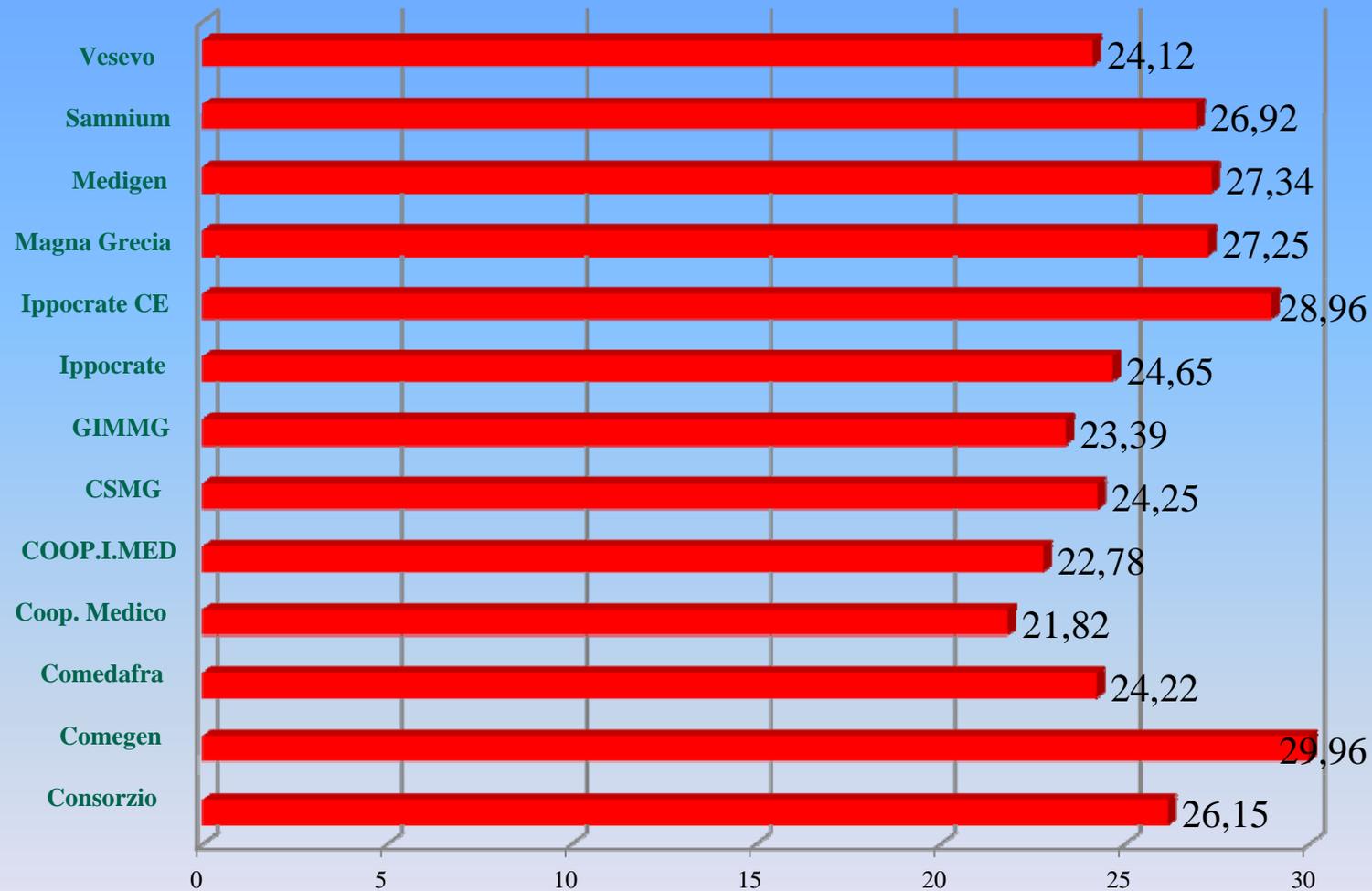


tiziana spinosa

# Andamento dei ricoveri ospedalieri con diagnosi principale di diabete in Campania distinti per regime di ricovero - anni 2008-2011

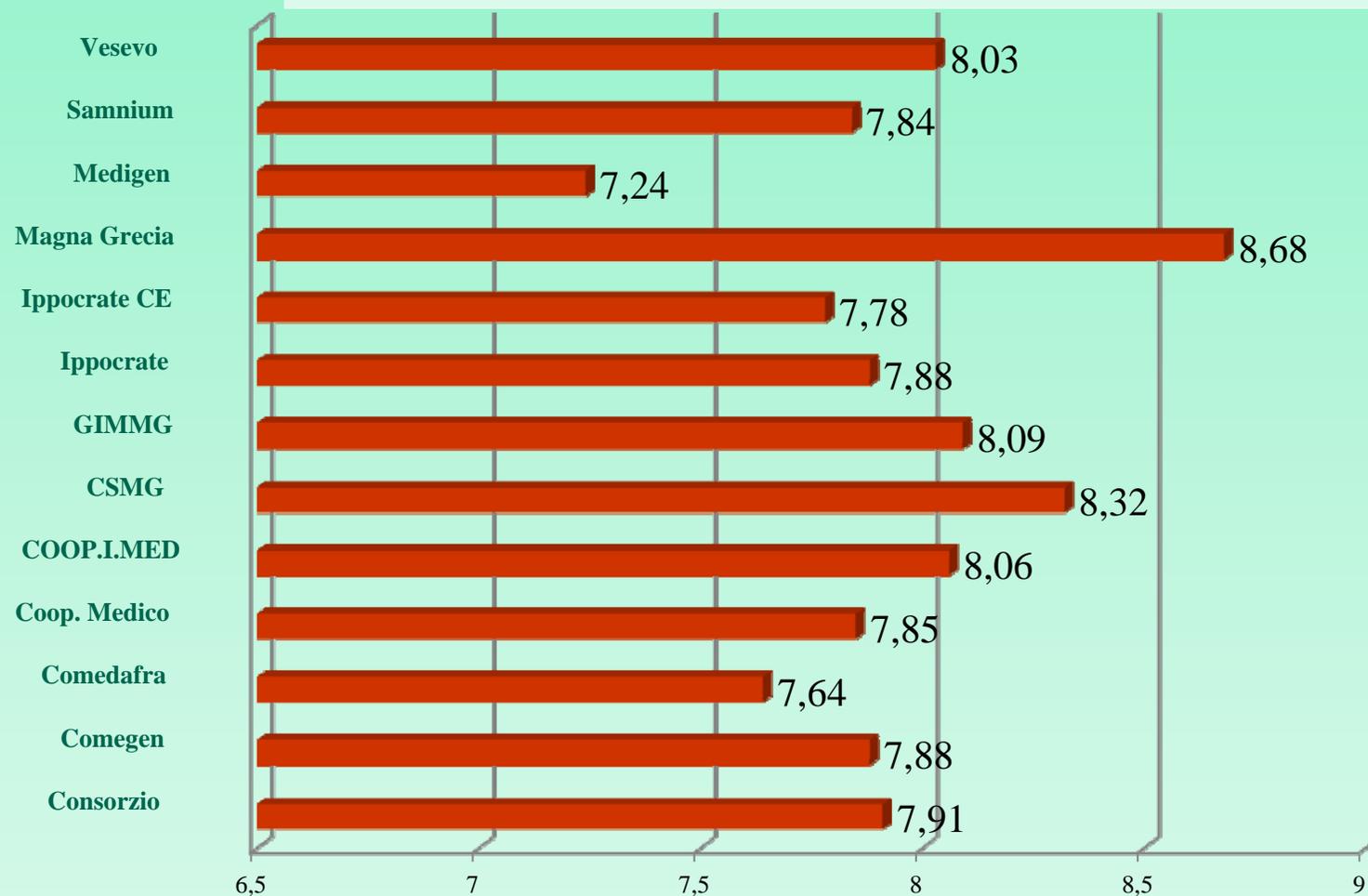


## Pazienti non diabetici ma con almeno un fattore di rischio per diabete (Cooperative)



tiziana spinosa

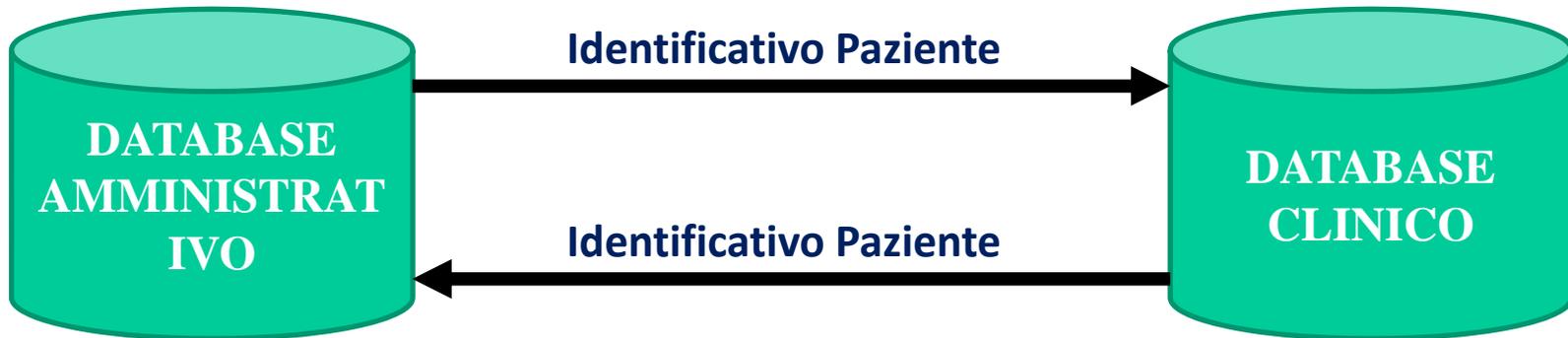
# Prevalenza diabete per Cooperative (tipo 1 e 2)



tiziana spinosa

# PROGETTO CCM 2013 e Art. 9 Accordo regionale MMG 2013

## CROSS DATABASE LINKAGE



# 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.

# Normativa Regionale sul Diabete

- Linee Guida Regionali “ Dall’assistenza diabetologica integrata al team diabetologico e al disease management della malattia diabetica “ siglate dall’AMD,SIMG,SID dell’ottobre 2000
- Piano Sanitario Regionale 2002/2004 approvato con Legge Regionale 10/2002, che pone tra gli obiettivi generali e specifici , al punto c , la riduzione della mortalità e morbilità per il diabete mellito.
- Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale DPR 270/2000 ex art. 70 comma 1 lettera c, in cui si esprime la volontà di individuare il diabete mellito come “ modello sperimentale “ di un percorso assistenziale tra le patologie di interesse sociale.
- Linee di indirizzo regionali per la prescrizione e distribuzione diretta della specialità medicinale LANTUS insulina glargine DGR 3824/2003 e successive e attualmente oggetto di ulteriore revisione.
- Piano Triennale per la razionalizzazione della spesa sanitaria in Regione Campania ai sensi della D.G.R.C. del 20.06.2003.
- Decreti Assessoriali n. 832/2002 e 68/2003 : “Modalità di concessione dei presidi diagnostici e terapeutici ai pazienti diabetici”.
- Decreto Dirigenziale n. 22 /2005 : Modalità di concessione dei presidi diagnostici e terapeutici ai pazienti diabetici “ che integra i precedenti autorizzando la prescrizione delle strisce per la determinazione dei chetoni nel sangue.

- Linee guida regionali pediatriche  
DGR37/2004
- 2 Centri di riferimento regionali pediatrici
- Rete regionale

# 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 2009-2011/2011-2013

- Piano Nazionale della Prevenzione
- 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.

## Legge Regionale 9 del 22 luglio 2009

Disposizioni in attuazione della Legge 16 marzo 1987 n.115 relativa alla prevenzione ed alla cura del Diabete Mellito

- Art.1 Finalità- Linee guida regionali pediatriche DGR37/2004  
Linee guida regionali adulto DGR 1168/2005
- Art.2 Organizzazione del modello assistenziale
- Art.3-4 Commissione Diabetologica Regionale
- Art.5 Livelli assistenziali di intervento
- Art. 6 Cure primarie
- Art.7 Centro di riferimento regionale per la malattia diabetica in età pediatrica
- Art.8 centri di Diabetologia Pediatrica Provinciali
- Art. 9 Centri di Diabetologia territoriali
- Art. 10 Centri di Diabetologia Accreditati
- Art. 11 Assistenza Ospedaliera in regime di ricovero
- Art. 12 Modalità delle Cure
- Art 13 Educazione sanitaria
- Art. 14 Formazione ed aggiornamento Professionale
- Art. 15 Attività di Analisi e Monitoraggio del percorso assistenziale e registro di patologia
- Art. 16 Associazione di volontariato diabetici
- Art. 17 Interventi per il diabete infantile-giovanile
- Art.18 Interventi nel settore dell'attività motoria
- Art.19 Interventi per il settore socio-sanitario e della ricerca
- Art.20 Norma Finanziaria
- Art.21 Norma Finale

# ANALISI DEL SISTEMA ATTUALE

## **Punti di debolezza:**

- Incompleta attuazione della Legge 9/2009
- scarso livello d'integrazione e di coordinamento tra i vari livelli assistenziali
- duplicazione d'interventi/inappropriatezza
- ricoveri inappropriati e/o evitabili
- lunghi tempi di attesa per l'accesso ai servizi
- carico di lavoro per i CD eccessivo e talvolta improprio
- demotivazione da parte degli operatori
- scarsa presenza di figure professionali non mediche: infermieri, dietisti, psicologi, podologi
- scarsa adesione ai PDTA

## ANALISI DEL SISTEMA ATTUALE

### **Punti di forza dell'attuale sistema organizzativo:**

- Legge Regionale 9/2009
- Completezza della rete di offerta assistenziale regionale
- Gestione Integrata: ACN Medicina Generale
- Motivazione degli operatori
- Supporto delle associazioni pazienti
- Partecipazione a Programmi/ Progetti Nazionali ed Europei

# Criticità sulle diversità di offerta assistenziale tra le varie AA.SS.LL.

- Diversità tra organizzazioni attraverso la valutazione e distribuzione del numero di UU.OO.CC. e UU.OO.SS.
- Numero di ore totali dei diabetologi (dipendenti e specialisti) dedicate settimanalmente da tutta la ASL agli ambulatori di diabetologia o CC.AA.DD.) (da 80 a 460)
- Numero di ore di apertura settimanali per singola A.S.L. degli ambulatori e CC.AA.DD. (da 100 a 500 ore)
- Liste di attesa molto diverse per singola A.S.L. sia per le prime visite (fino a 180 gg.) sia per i controlli
- Differente organizzazione relativamente al trattamento del piede diabetico
- Differenze relativamente alla presenza di ambulatori di chirurgia generale e/o chirurgia vascolare

# 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.*

## Integrazione, gestione e assistenza per la malattia diabetica

### 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](http://www.epicentro.iss.it)

tiziana spinosa

La “gestione integrata della malattia”

## Obiettivo

**Realizzazione di un modello assistenziale che:**

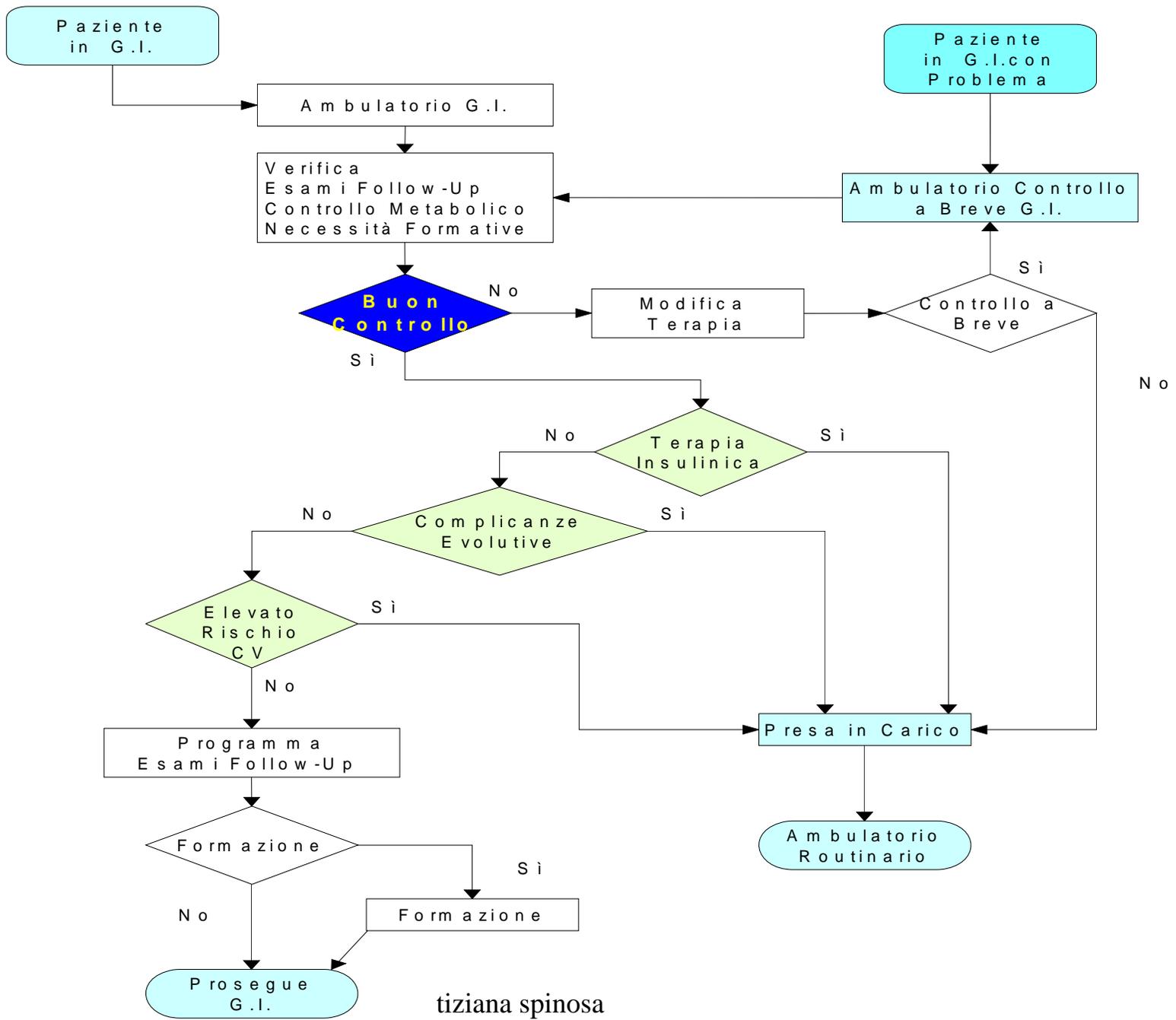
- **garantisca interventi efficaci per la totalità dei diabetici**
- **attuï gli interventi secondo i principi della Medicina basata sulle Prove**
- **assicuri la possibilità di misurare sia la qualità delle cure che il miglioramento degli esiti**
- **assicuri la possibilità di attivare gradualmente 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 PDTA : un modello Assistenziale

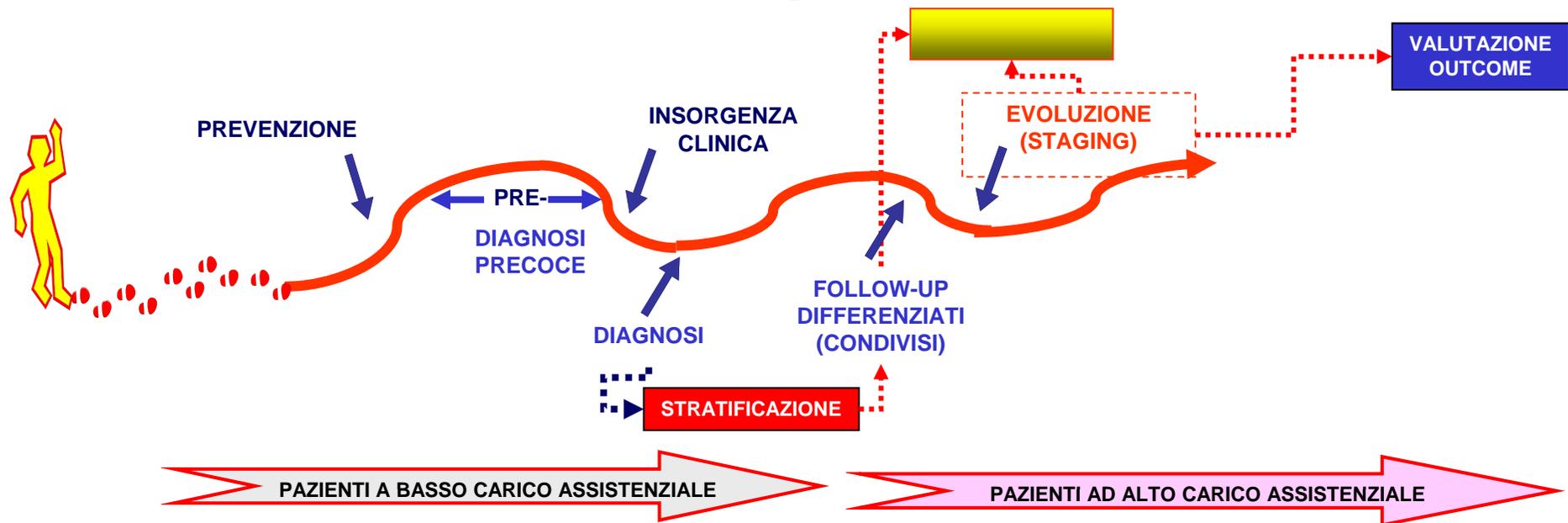
## Complesso ed integrato che :

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



tiziana spinosa

# 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 ( non bisogna “correrle dietro...”)

TARGET GLICEMICO Personalizzato

NEL TRATTARE LA GLICEMIA

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

**HbA1c < 6.5% in assenza  
di comorbidita'**

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

# 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, nonché la possibilità di arrestare l'evoluzione delle complicanze già 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) ***Registrazione 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 attività' 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 :

- > Attività 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) Ogni anno invio al centro diabetologico per consentire lo screening e follow-up delle complicanze*

*N.B.*

*Tutte le suddette attività andranno riportate  
Nel report TRIMESTRALE che andrà inviato  
All'ARSAN 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) Con Urgenza :

- *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) Programmabile (oltre quella all'esordio e annuale di screening)

- *Ripetute glicemie 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**

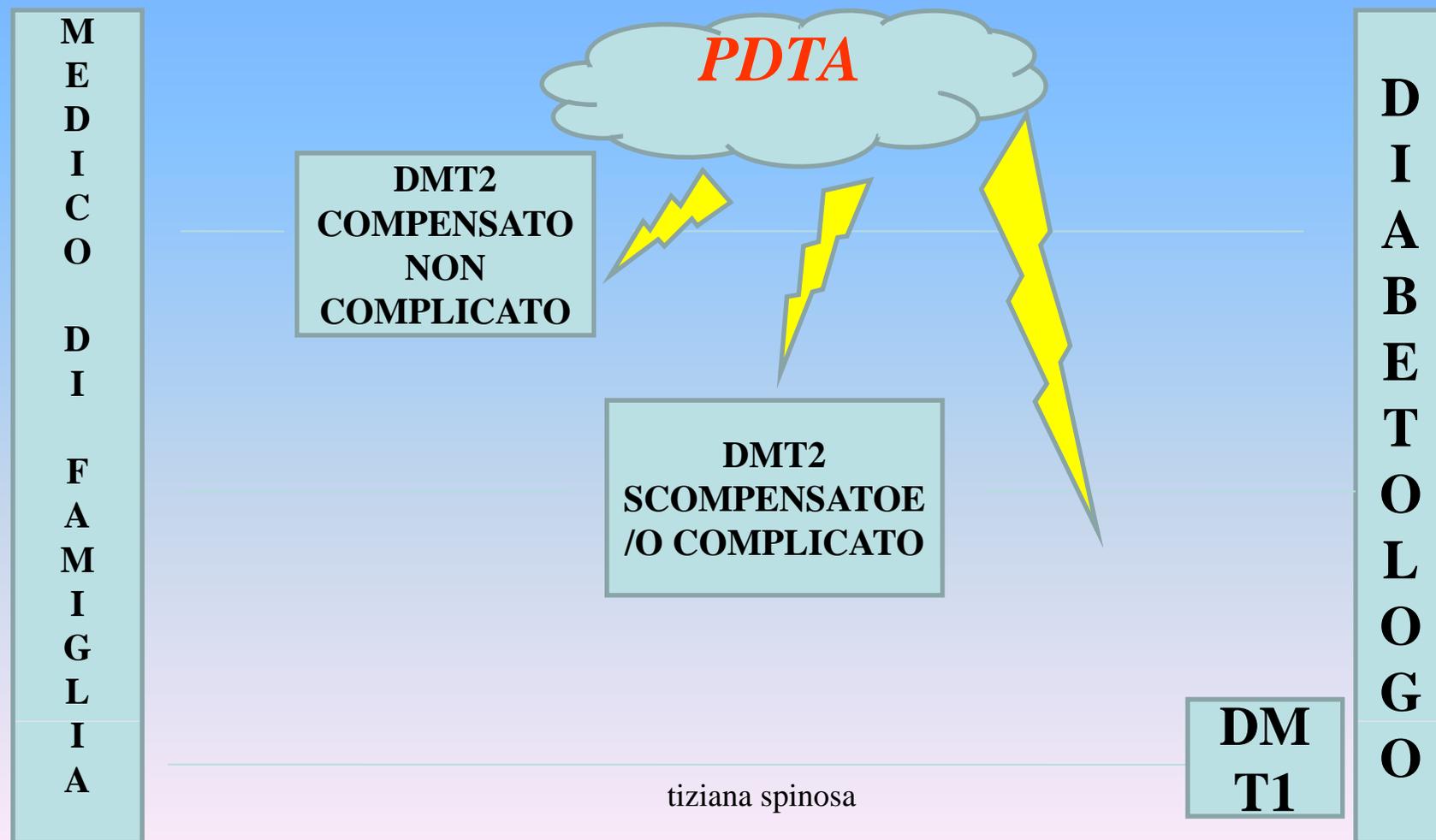
Se le condizioni cliniche risultano stabili, il rinnovo annuale del P.T. Verra' redatto in via informatica direttamente dal MMG,, che si atterra' per la prescrizione dei presidi alle indicazioni delle recenti L.G. Scientifiche nazionali in materia.

In caso contrario ( passaggio da ipo-oralì 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



# Modalità di effettuazione della gestione integrata del diabete

1) Il MMG deve individuare i pazienti con:

> D.M.T2 senza o con complicanze stabilizzate

> Escludere D.M.T1 giovanile e soggetti relativamente giovani (>18a.) che hanno iniziato primitivamente terapia insulinica

> escludere diabete gestazionale

n.b. Inviare elenco in formato elettronico dei pazienti reclutati per la G.I. che hanno firmato il consenso informato e privacy (allegato A).

## **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 \_\_\_\_\_

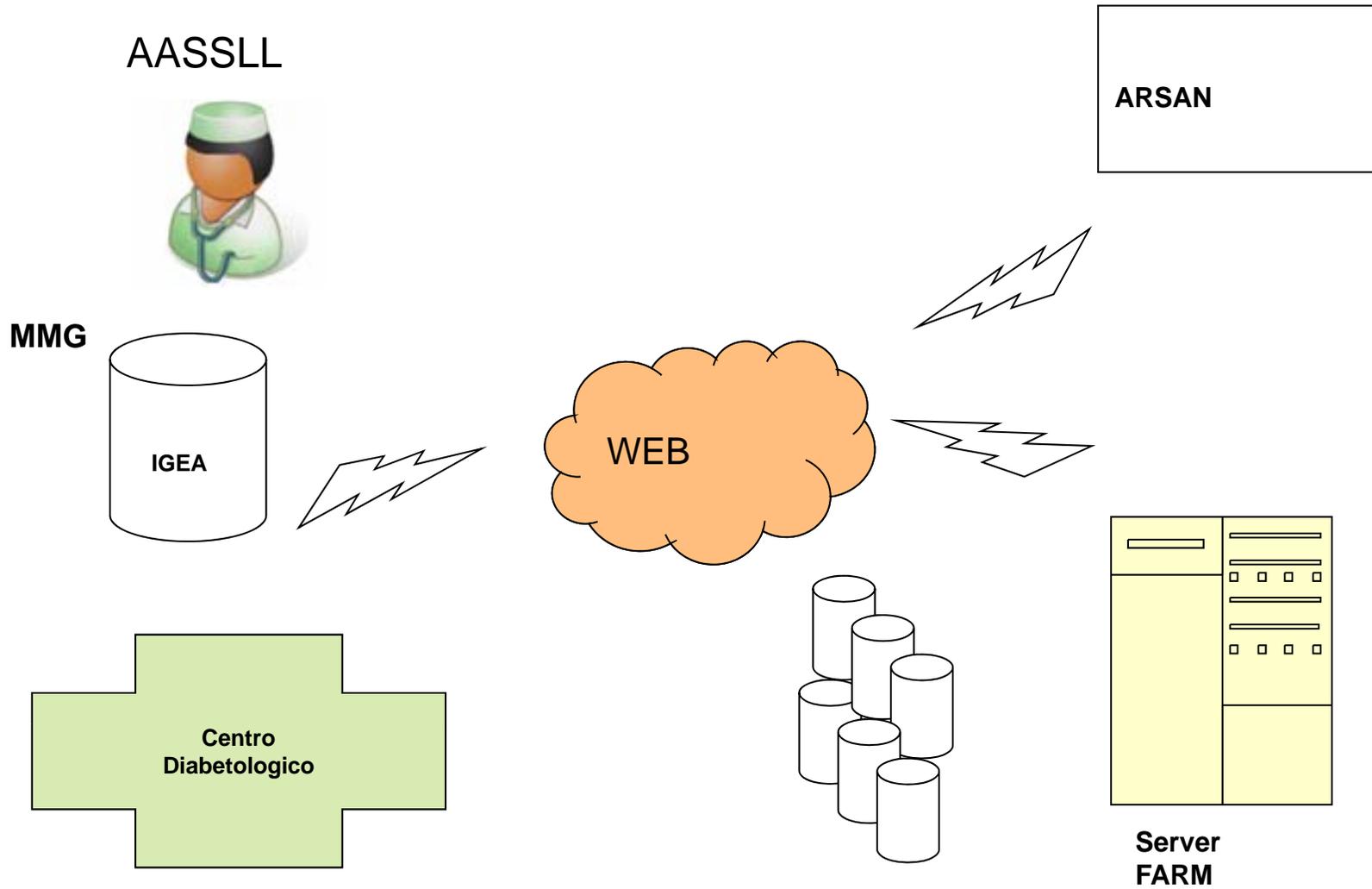
il \_\_\_\_\_ DICHIARA di essere stato adeguatamente informato dal proprio Medico di Famiglia / Diabetologo del Servizio di Diabetologia dott. \_\_\_\_\_ su obiettivi, modalità e percorso di cura definito come “Gestione Integrata del Diabete Mellito di tipo 2”, e di essere stato informato dal proprio 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).

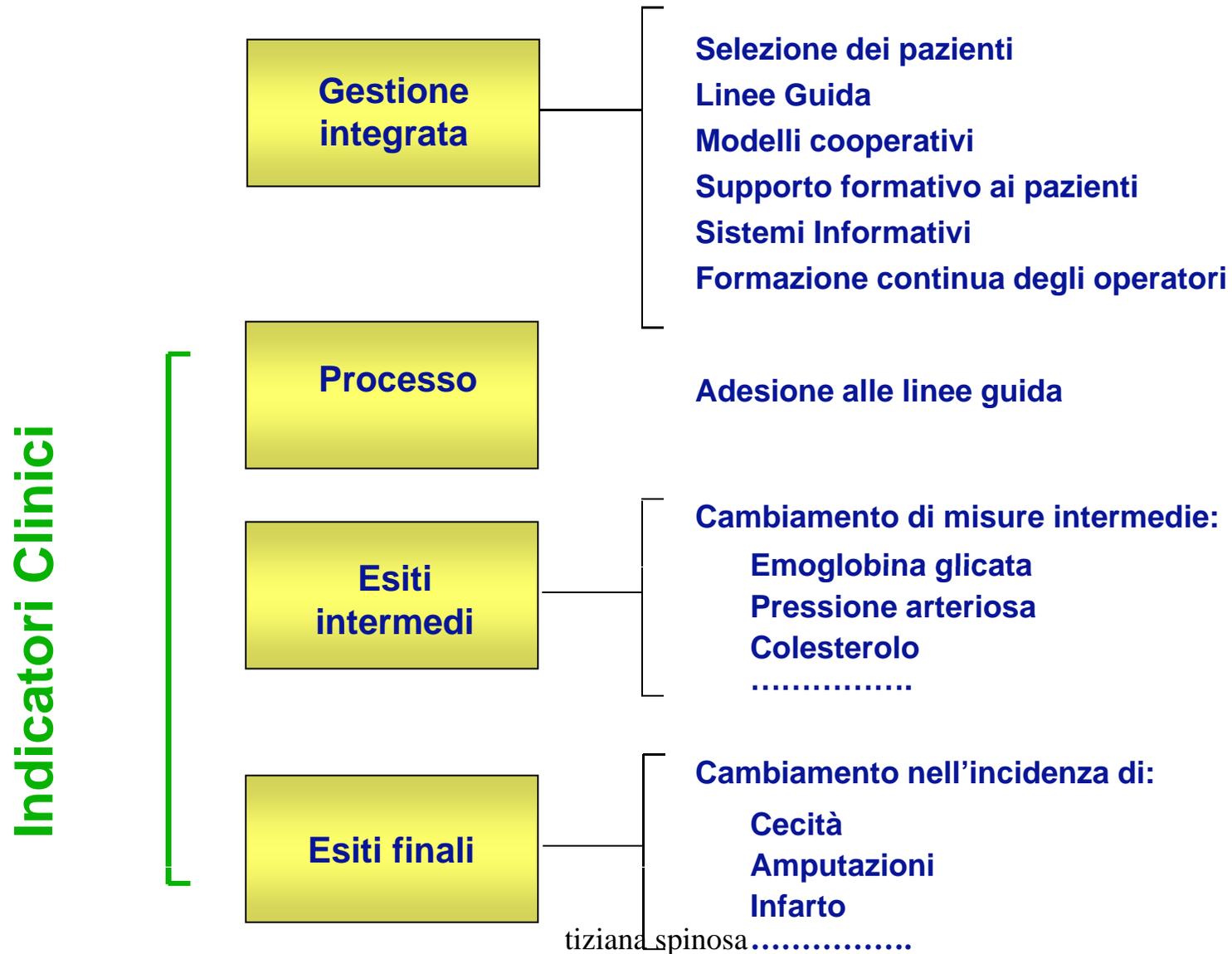
**3) All'inizio dell'arruolamento e trimestralmente (entro il 15 del mese successivo al termine del trimestre)**, il MMG procede alla estrazione dalla propria cartella clinica informatizzata dei dati indicati nel **REPORT INDIVIDUALE (ALLEGATO B1)** per singolo paziente. Tale report verrà trasmesso per 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



tiziana spinosa

# Schema di percorso di un intervento di gestione integrata



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

Cod. Fiscale: \_\_\_\_\_

Cognome : \_\_\_\_\_  
 Cittadinanza: \_\_\_\_\_  
 Comune di Residenza: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_  
 ID Cittadino: \_\_\_\_\_  
 Via e Civico: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

ASL di Residenza: \_\_\_\_\_  
 Codici Esenzioni Ticket: \_\_\_\_\_

Distretto Residenza: \_\_\_\_\_  
 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
- Diverziato 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): \_\_\_\_\_

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

tiziana spinosa

	Start-up		3 mesi		6 mesi		9 mesi		1 anno	
	Valori	Data	Valori	Data	Valori	Data	Valori	Data	Valori	Data
<b>Dati Antropometrici:</b>										
Altezza										
Peso										
BMI (valore in Kg/m <sup>2</sup> )										
Circonferenza Vita										
Pressione Arteriosa										
Verifica autocontrollo glicemico (se effettuato)										
<b>Rinforzo educativo :</b>										
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.

# Gestione del paziente diabetico

## Elementi da tenere in seria considerazione

---



### M.M.G. e DIABETOLOGO ***CONFUSIONE DI RUOLI***

#### **Conseguenze per il M.M.G.**

- Impoverimento progressivo delle competenze
- Conflittualità con specialisti e pazienti
- Prescrizioni improprie



# Problemi nella gestione non integrata del paziente diabetico

---

- Duplicazione d'interventi
- Talvolta ricoveri evitabili
- Difficile accesso ai servizi
- Carico di lavoro per i C.D. improprio e sproporzionato
- Aumento dei costi
- Risultati clinici deludenti



# **Necessità di una gestione integrata in diabetologia**

---

- **aumento della prevalenza del diabete tipo 2**
- **necessità di razionalizzare al meglio le risorse disponibili**
- **evoluzione, sempre più specialistica, del centro di diabetologia**
- **recupero di professionalità e motivazione del MMG**



# 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

---

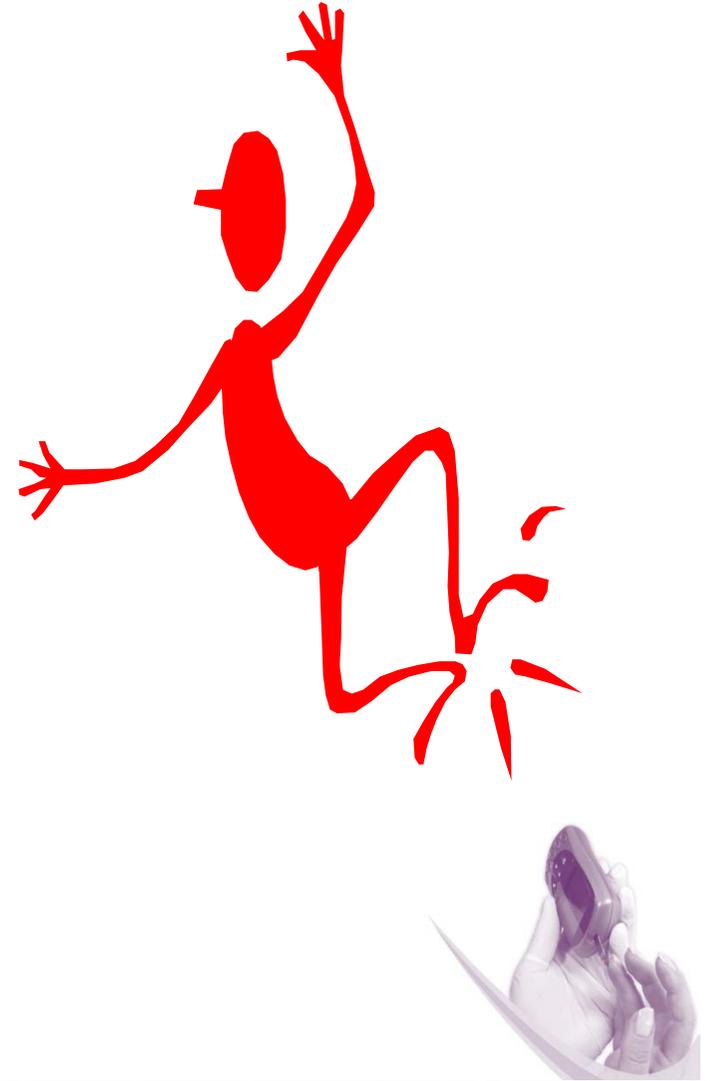
- **integrazione tra i diversi livelli assistenziali**
- **razionalizzazione delle risorse**
- **miglior qualità delle cure**
- **maggior soddisfazione dell'utente**



# Vantaggi per il MMG

---

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



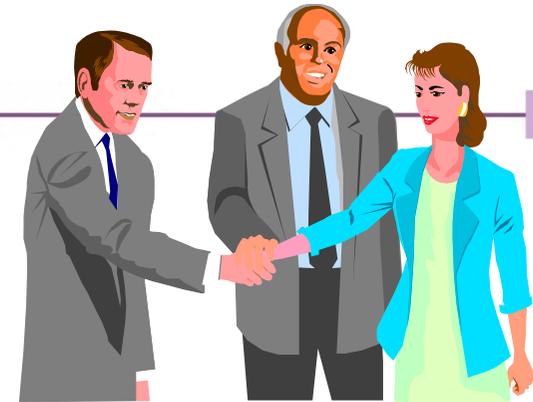
# Vantaggi per il C.S.

---

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



# E' fondamentale quindi:



## Per il Diabetologo:

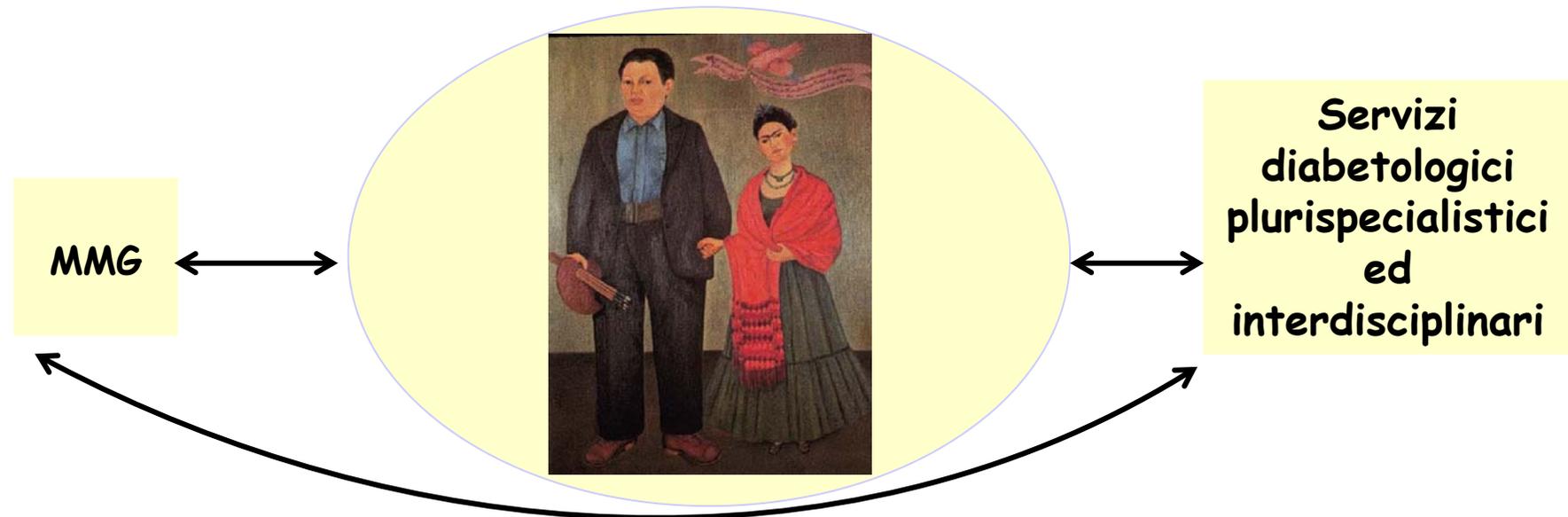
- Sacrificare la quantità e favorire la qualità delle prestazioni
- Recuperare la collaborazione del MMG cui va restituita la competenza nel gestire la “quotidianità” del paziente diabetico

## 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)

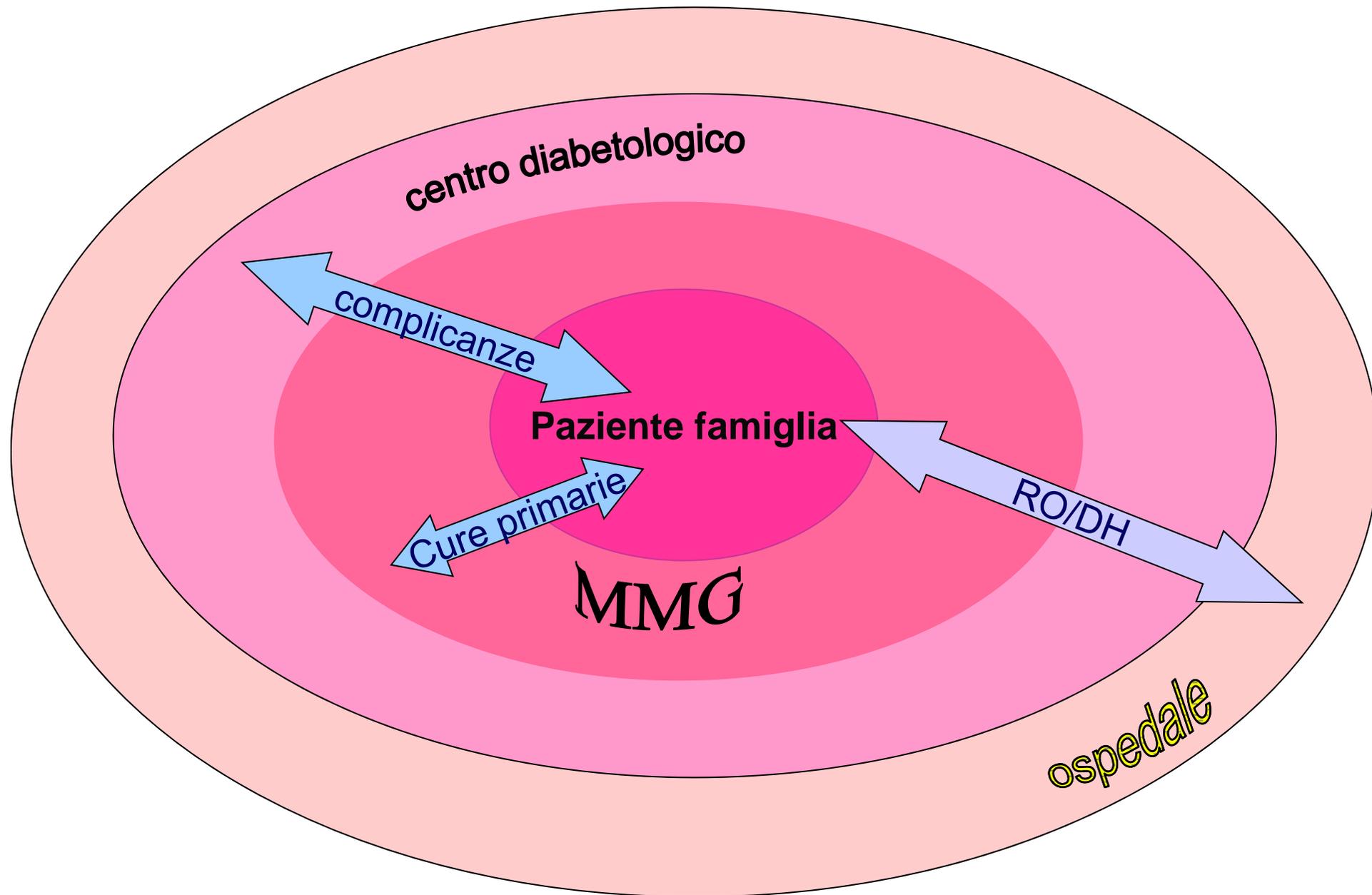


# Il modello ideale di assistenza diabetologica e' quello che prevede la persona con diabete al centro...



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





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

**grazie per l'attenzione ...**



"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*

tiziana spinosa