

VI Convegno
PREVENIRE LE COMPLICANZE DEL DIABETE:
DALLA RICERCA DI BASE ALL'ASSISTENZA

5 - 6 marzo 2012

organizzato da
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ



VI Sessione

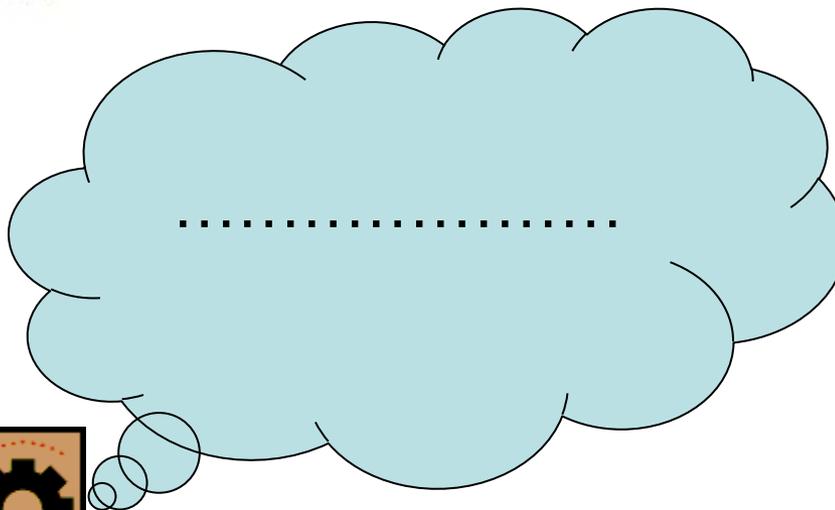
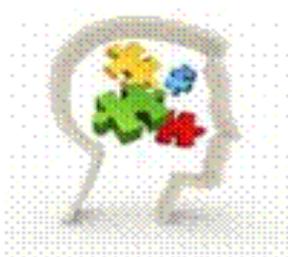
Modelli organizzativi per le malattie croniche.

Il progetto IGEA in Piemonte: assistenza integrata per le persone con diabete mellito.

A.Ozzello

ASL TO 3 –S.S.V.D. di Diabetologia e Malattie Metaboliche- O.O.R.R. di Pinerolo

PROGETTO
IGEA



Dati estratti dal Portale 2010-2011

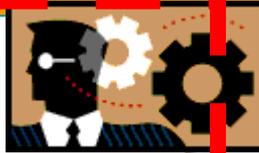
- Totale **MMG** Piemonte 3.171 di cui 2.134 **attivi per la GI: 66%**
 - 1061 hanno inserito i dati nel portale: **51%** degli attivi
- Nel portale **41.919 Pazienti**: media di 40 Pazienti/MMG
- DMT2 inseriti = **24.4% degli iscritti al RRG**

2012	Consolidamento GI		PDT_85	Piani Q.tà ASL_AO
2011	DGR 3 ottobre 2011, n.18		Linee d'indirizzo DGR n. 61, 22 settembre 2011	Risultati
2010	Formazione Reg. circa 600 discenti		DGR 22 marzo 2010, n. 61	
2009	Formazione ISS 48 Formatori IGEA		Campagna Informazione	DGR 4 agosto 2009, n 36- 11958 Portale VCO
2008	Comitati di ASL per l' Assistenza Diabetologica	Piani della Q.tà Ass.Diab. ASL	DGR.40-978/2008 Accordo	DR n.979 del 23/12/2008 Protocollo operativo
2005	PNP 2005_07 Progetto IGEA	DGR 39-415 del 04/07/2005	Doc di Pianificazione	5/4/2007 Obiettivi dei Direttori Generali

Standard di cura



PROGETTO
IGEA



LEA_D

**L.115/8
7
PSN
PNP**

**DGR
40/2008**

**Compiti
E
Attività**

Tipo 2

**Gestione
Integrata
diabete tipo
2
2008**

**DGR
39/2005**

**Piani
della
qualità**

Risultati

DGR_61

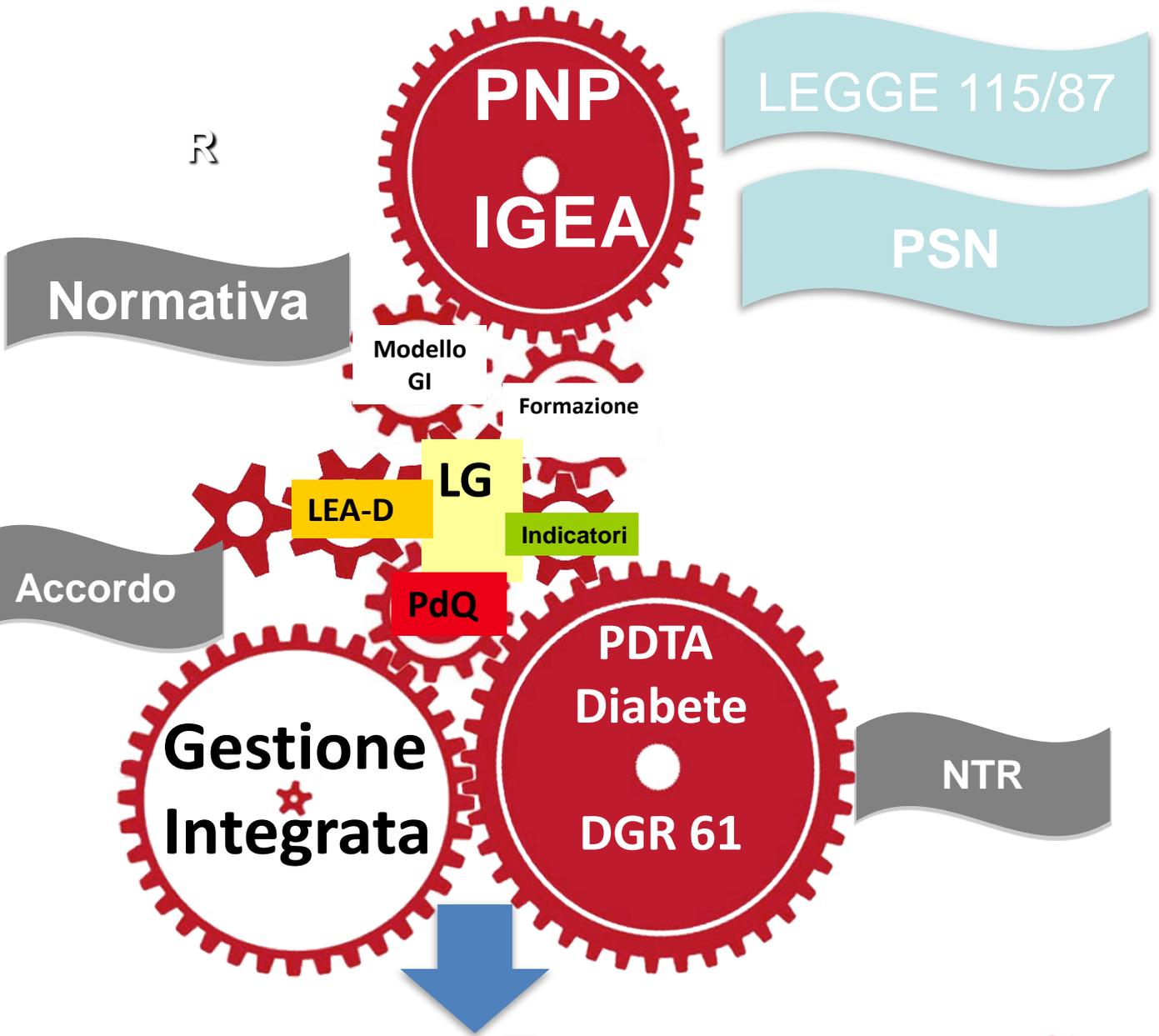
Diabete di ogni Tipo

PROGETTO

IGEA

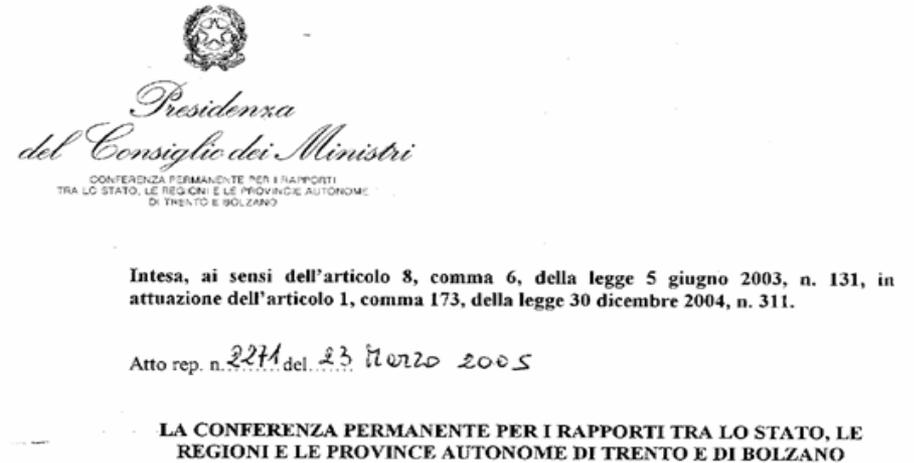


SISTEMA PIEMONTE





Piano Nazionale di Prevenzione



ALLEGATO 2

IL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007

Premessa

1. Negli ultimi decenni abbiamo assistito ad un aumento della vita media ed ad una modifica delle cause di morte in Italia con l'aumento considerevole delle **malattie cronico degenerative** e dei tumori. La crescente incidenza delle malattie croniche e delle loro complicitanze fa sì che **il peso finanziario** di queste patologie, che si scarica sul Servizio Sanitario Nazionale, nell'arco di un decennio diverrà insostenibile. Le patologie croniche sono **in larga misura prevenibili** e questo giustifica la necessità di definire un piano nazionale della prevenzione. Tutti i paesi avanzati, proprio in considerazione dei **costi legati alle malattie cronico-degenerative** si stanno attivando, per attuare **riforme strutturali** sanitarie e di



Home Chi siamo Contattaci Mappa

Integrazione, gestione e assistenza
per la malattia diabetica

Igea

Il progetto
Disease management
Progetti regionali
La dea Igea

Documenti

Intesa Stato-Regioni
Piano nazionale di prevenzione 2005-2007
Linee operative Com
Linee guida
gli altri...

Il diabete

Che cos'è il diabete
Fatti e numeri
Studio Quadri
Diseguaglianze e diabete
Oms: prevenire le malattie croniche

Link

Iss
Com
Epi/Centro
gli altri...

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.

L'obiettivo del progetto IGEA è ottimizzare i percorsi diagnostici e terapeutici mettendo il paziente, e non il sistema, al centro dell'organizzazione assistenziale, realizzando un modello che garantisca interventi efficaci per tutti i diabetici, attui gli interventi secondo i principi della medicina basata sulle prove di efficacia, assicuri la possibilità di misurare sia la qualità delle cure che il miglioramento degli esiti e assicuri la possibilità di attivare gradualmente un modello di assistenza su tutto il territorio nazionale, tenendo conto delle diverse realtà, ma garantendo comunque l'uniformità degli interventi.

Il diabete mellito è una patologia cronica a larghissima diffusione in tutto il mondo, particolarmente rilevante per le complicanze (micro e macrovascolari) a carico di numerosi organi e apparati, e per l'impatto complessivo sulla qualità della vita dei pazienti.

La dimensione sempre più grave del problema e la consapevolezza che un attento follow-up e un trattamento efficace possono migliorare lo stato di salute delle persone con diabete hanno indotto il ministero della Salute a inserire il diabete tra le priorità sanitarie su cui concentrare gli sforzi, promuovendo l'attuazione di progetti regionali per la gestione integrata della malattia diabetica (disease management), coordinati attraverso il progetto Igea.

Leggi la [descrizione completa del progetto](#).

Ultimo aggiornamento martedì 13 febbraio 2007

In primo piano

▶ **13 febbraio 2007**
Aggiornata la [sezione linee guida](#), con i nuovi standard di cura Ada 2007 e le linee guida Ada 2006 in italiano. Leggi anche la [lettera della FAND](#) sul progetto IGEA.

▶ **22 gennaio 2007**
Aggiornata la sezione ["fatti e numeri"](#), con gli ultimi dati ISTAT sulla [prevalenza del diabete in Italia](#).

▶ **20 dicembre 2006**
Disponibili le [presentazioni](#) del convegno ISS "Prevenire le complicanze del diabete: dalla ricerca di base all'assistenza".
Consulta l'[archivio](#).

Appuntamenti

▶ **Istanbul**
29-31 marzo 2007
4° **simposio internazionale su diabete e gravidanza**
Maggiori informazioni sul sito del [convegno](#).

- progetto di trasferibilità delle raccomandazioni ... nella pratica clinica per migliorare la qualità dell'assistenza
- La gestione integrata, come modello assistenziale propositivo e multifattoriale del diabete, per attuare in modo omogeneo la prevenzione delle complicanze nel diabete di tipo2.



DGR 39-415 del 04/07/2005

Bollettino Ufficiale n. 30 del 28 / 07 / 2005

Deliberazione della Giunta Regionale 4 luglio 2005, n. 39-415

Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007. **Approvazione Piano Regionale e coordinamento dei progetti.** Accantonamento di Euro

~~14.763.757,00 sul capitolo 12280/05 a favore della Direzione di Sanità Pubblica~~

(omissis)

LA GIUNTA REGIONALE

a voti unanimi... delibera

* **di approvare i progetti** illustrati negli allegati A, B, C e D che fanno parte integrante della presente deliberazione e che sono previsti dal piano nazionale della prevenzione e in particolare:

- Prevenzione della patologia cardiovascolare (allegato A);
- **Prevenzione delle complicanze del diabete**(allegato B);
- Screening oncologici (allegato C);
- Piano nazionale vaccini (allegato D);

* di affidare il coordinamento dei progetti al Settore Igiene e Sanità pubblica della Direzione Sanità pubblica, in collaborazione con i Settori regionali competenti;

* di individuare come **responsabili tecnici con compiti di indirizzo e coordinamento delle attività previste, di verifica e monitoraggio dei risultati conseguiti e dello stato di attuazione** rispettivamente:

- Progetto A Roberto Gnani, Dirigente Medico del Servizio Sovrazonale di Epidemiologia dell' ASL 5;
- Progetto B Roberto Sivieri, Direttore della S.C. di Malattie Metaboliche e Diabetologia - ASO CTO-C.R.F.-ICORMA di Torino;
- Progetto C Nereo Segnan, Direttore del Centro per l' Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica del Piemonte;
- Progetto D Antonella Barale, Dirigente Sanitario biologo presso il Servizio Sovrazonale di Epidemiologia dell' ASL 20;

* di prevedere che sulla base delle linee generali di programmazione regionale della prevenzione sanitaria i progetti potranno essere integrati in alcuni aspetti e riadattati agli obiettivi del piano sanitario, in particolare per quanto riguarda i rispettivi ambiti di prevenzione primaria;

* di accantonare per la realizzazione dei progetti regionali del Piano Nazionale della Prevenzione la somma di Euro **14.763.757,00** sul capitolo 12280/05 a favore della Direzione di Sanità Pubblica (Acc. n. 101016);

* di prendere atto che per la realizzazione dei suddetti progetti regionali sarà successivamente resa disponibile la somma di Euro **17.716.509,00** di parte statale, da accantonare con separato provvedimento.



Logica del progetto in Piemonte

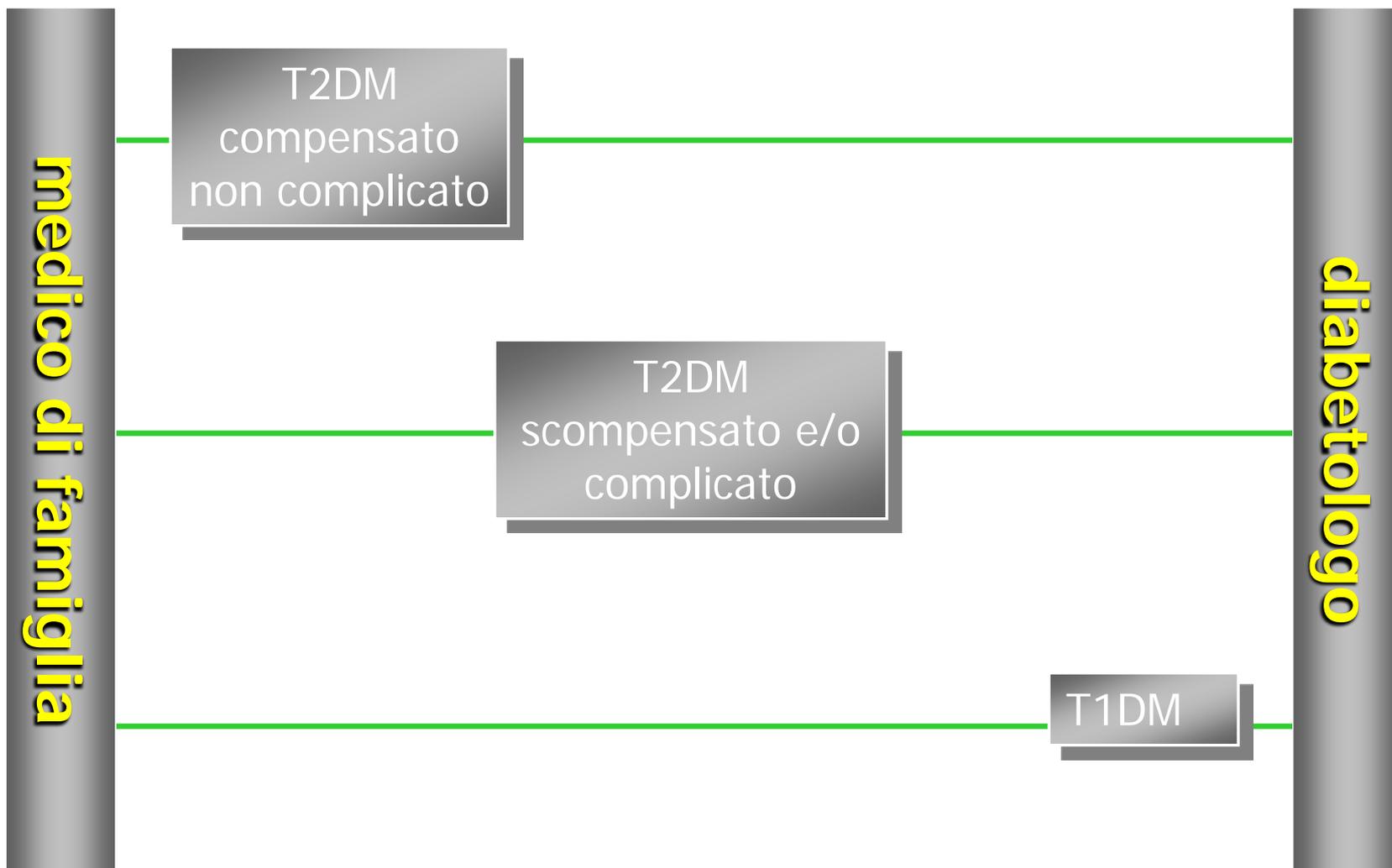
- ⊕ Il Committente della **tutela della salute** dei cittadini diabetici è la ASL, nella persona del suo Direttore Generale
- ⊕ Il progetto non mira a definire compiti specifici di MMG e Servizi di Diabetologia, ma **Livelli Essenziali di Assistenza Diabetologica (LEAD)** e **Standard di Qualità dell' Assistenza** che ciascuna ASL deve assicurare ai cittadini diabetici



Logica *e responsabilità* del progetto

- ⊕ All'interno di ogni **ASL**, utilizzando le risorse disponibili e **con la metodologia della** Gestione Integrata, ciascun Direttore Generale **assicura i LEAD e gli Standard di Qualità** dell'Assistenza previsti
- ⊕ Ciascun **Direttore Generale di ASL** istituisce un **Comitato Diabetologico di ASL** che, sulla base degli elementi forniti dal Progetto, definisce **i Percorsi Diagnostico Terapeutici** specifici (Piano della Qualità della Assistenza Diabetologica)

"Gestione Integrata"



strumenti

Sviluppo del progetto

metodologia



Livelli Essenziali
di Assistenza Diabetologica
(LEAD)

- Formalizzazione regionale
- Attività di condivisione

Attività _ebm



DGR, DR, DD

- Formalizzazione regionale
- Attività di condivisione
- **Formazione** dei formatori
- Formazione degli operatori
- Set di indicatori
- Sistemi di controllo
- Sistema informativo

Processi

Percorsi

Piani della Qualità
della Assistenza
Diabetologica di ASL

Prestazioni



Modello di
Gestione Integrata

indicatori

- Adeguamento delle risorse
- Valorizzazione della Valutazione Complessiva Diabetologica
- **RISULTATI**

5/4/2007

Obiettivi dei Direttori Generali

- Aderire al programma di GI del Diabete Tipo 2
- Formalizzare i Comitati per l'Assistenza Diabetologica di ASL
- Assicurare che i Comitati predispongano il Piano della Qualità della Assistenza Diabetologica

Lettera del Direttore Generale della Programmazione Sanitaria protocollo 4822/27 del 05/04/2007



Comitati per l' Assistenza Diabetologica di ASL

- Responsabili di Servizi di Diabetologia
- Rappresentanti dei MMG
- Direttori di Distretto
- Rappresentanti delle Associazioni dei diabetici
- + *dal 2009 Formatori IGEA*



DD 4 aprile 2008, n.176

Bollettino Ufficiale Regione Piemonte - Parte I e II

numero 18 - 30 aprile 2008

Codice DA2005

D.D. 4 aprile 2008, n. 176

Piano Nazionale della Prevenzione 2005 - 2007 "Prevenzione delle complicanze del Diabete tipo 2". Approvazione documentazione attuativa del progetto.

Incidenza e prevalenza delle patologie croniche e delle loro complicanze sono in costante aumento e ciò ha fatto nascere l'esigenza di definire un Piano nazionale della prevenzione.

Sulla base dell'intesa stabilita in Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005, la Giunta regionale del Piemonte ha provveduto ad approvare il Piano regionale di prevenzione attiva 2005-2007, che si propone di intervenire su problemi di salute più diffusi nella popolazione, per i quali sia dimostrata l'efficacia di azioni di prevenzione o di diagnosi precoce.

Nell'ambito del Piano Nazionale di Prevenzione il progetto "Prevenzione delle complicanze del Diabete tipo 2", approvato dalla Regione con D.G.R. n. 39-415 del 4 luglio 2005, e certificato dal Ministero della Salute, ha la finalità di creare gli strumenti che permettano di diffondere su tutto il territorio regionale la Gestione Integrata del Diabete Tipo 2 e di guidarne l'implementazione.

Vista l'Intesa Stato, Regioni, Province autonome del 23/3/2005 che include il Piano Nazionale della Prevenzione per il triennio 2005-2007;

Vista la D.G.R. n. 39-415 del 4/7/2005

Vista la D.G.R. n. 43-2046 del 23/1/2006

determina

di approvare i documenti sottoelencati, costituenti la base per l'implementazione del progetto "Prevenzione delle complicanze del diabete tipo 2" nell'ambito del Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007, che fanno parte integrante della presente determinazione, e che hanno lo scopo di presentare il progetto a tutti gli operatori coinvolti, seguirne l'evoluzione e mettere a disposizione gli strumenti per attuare la Gestione Integrata:

1. Livelli Essenziali di Assistenza Diabetologica che le ASL della Regione Piemonte devono erogare a tutti i soggetti diabetici.
2. Linee Guida di riferimento per la realizzazione delle attività diabetologiche nell'ambito della Gestione Integrata.
3. Indicatori per la valutazione delle attività diabetologiche svolte nell'ambito della Gestione Integrata.
4. Modello di Gestione Integrata del Diabete Tipo 2.

Il Direttore regionale

Documenti di pianificazione



Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007
Ambito 2.1, Iniziativa 3 - Prevenzione Attiva delle Complicanze del Diabete Tipo 2

D301

MODELLO DI GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Per Gestione Integrata si intende la partecipazione congiunta dello Specialista e del Medico di Medicina Generale (MMG) in un programma stabilito d'assistenza nei confronti dei pazienti con patologie croniche in cui lo scambio di informazioni, che va oltre la normale routine, avviene da entrambe le parti con il consenso informato del paziente.

La gestione integrata del paziente diabetico prevede l'apporto di un ampio numero di figure assistenziali che, oltre agli specialisti dei Servizi di Diabetologia (SD) e al MMG comprende gli operatori dei Distretti, ed è quindi strategico il lavoro interdisciplinare in team.

Se è forse azzardato sostenere che la componente più importante del team è proprio il paziente (che ha la responsabilità di una gestione consapevole della malattia), è comunque importante affermarne la presenza come soggetto attivo.

La realizzazione del modello di Gestione Integrata implica fra l'altro:

- Il consenso informato degli operatori e dei pazienti
- La definizione di un protocollo diagnostico-terapeutico condiviso
- La formazione degli operatori sia sugli aspetti procedurali di gestione del modello che sui contenuti scientifici del trattamento
- La definizione di precisi strumenti di comunicazione
- La valutazione periodica delle attività

Il protocollo diagnostico-terapeutico

Per il paziente diabetico tipo 2, il modello "integrato" attualmente ritenuto più idoneo al raggiungimento degli obiettivi terapeutici condivisi, è il seguente:

1. Il paziente neo-diagnosticato è inviato al SD per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia, che comprende la chiara indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up a vita
2. Successivamente il paziente è avviato ad un follow-up a lungo termine, integrato e condiviso tra MMG e Servizio specialistico
3. Il paziente si sottopone a visita presso la struttura diabetologica:
 - con le scadenze concordate con il MMG, (in media una volta l'anno per i pazienti in compenso accettabile e senza gravi complicanze)
 - con maggiore frequenza (pur sempre in stretta collaborazione con il MMG) per i pazienti che presentano complicanze o un controllo metabolico cattivo o instabile.
 - in qualsiasi momento si presentino nuovi problemi.

Il protocollo è sintetizzato nel diagramma di flusso alla Figura 1.

In questo modello, la programmazione delle visite, compreso l'eventuale richiamo telefonico periodico del paziente, sono elementi fondamentali per migliorare la compliance dei pazienti ai suggerimenti comportamentali e terapeutici.

Per assicurare che vengano soddisfatte le esigenze di tutti i soggetti affetti da diabete tipo 2 sono stati identificati codici di priorità al SD sulla base delle situazioni cliniche riscontrate dal MMG (vedi Tabella 1).

Il corretto funzionamento del modello presuppone una sinergia d'intenti, in cui è auspicabile che i MMG e gli operatori dei Servizi di Diabetologia si incontrino, stabiliscano obiettivi comuni, scambio reciproche esperienze e si impegnino a lavorare insieme.

A tale scopo i Direttori Generali istituiscono a livello di ASL un Comitato Diabetologico costituito da rappresentanti di tutti gli operatori coinvolti nel Team diabetologico e delle Associazioni dei pazienti. Il Comitato ha il compito di tradurre a livello locale il protocollo di Gestione Integrata, predisponendo e aggiornando un Piano della Qualità della assistenza diabetologica sulla base di un modello standard. Il Piano della Qualità tiene conto anche degli altri elementi scaturiti dal Piano Nazionale

Stato
Bozza di Revisione 0

Data
17/07/2006

Pagina
Pagina 1 di 7



Livelli Essenziali di Assistenza Diabetologica



Linee Guida di riferimento



Indicatori di Qualità



Modello di Gestione Integrata

Documenti di riferimento



- ✓ Standard Italiani per la cura del diabete mellito
- ✓ Annali AMD
- ✓ Gestione Integrata del diabete mellito di tipo 2 dell'adulto

Piano della Qualità

Ogni ASL si è dotata di un Piano della Qualità dell'assistenza diabetologica

Il Piano della Qualità (PDQ) è un documento di **pianificazione delle attività**; per pianificazione si intende un processo volto a definire obiettivi, processi, risorse, responsabilità e sistemi di valutazione di una determinata attività.

Il PDQ della Assistenza Diabetologica di ASL rappresenta le **modalità operative adottate in ciascuna ASL** per assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza Diabetologica definiti, utilizzando la Gestione Integrata e assicurando livelli di qualità dell'assistenza coerenti con le Raccomandazioni delle Linee Guida cliniche identificate.

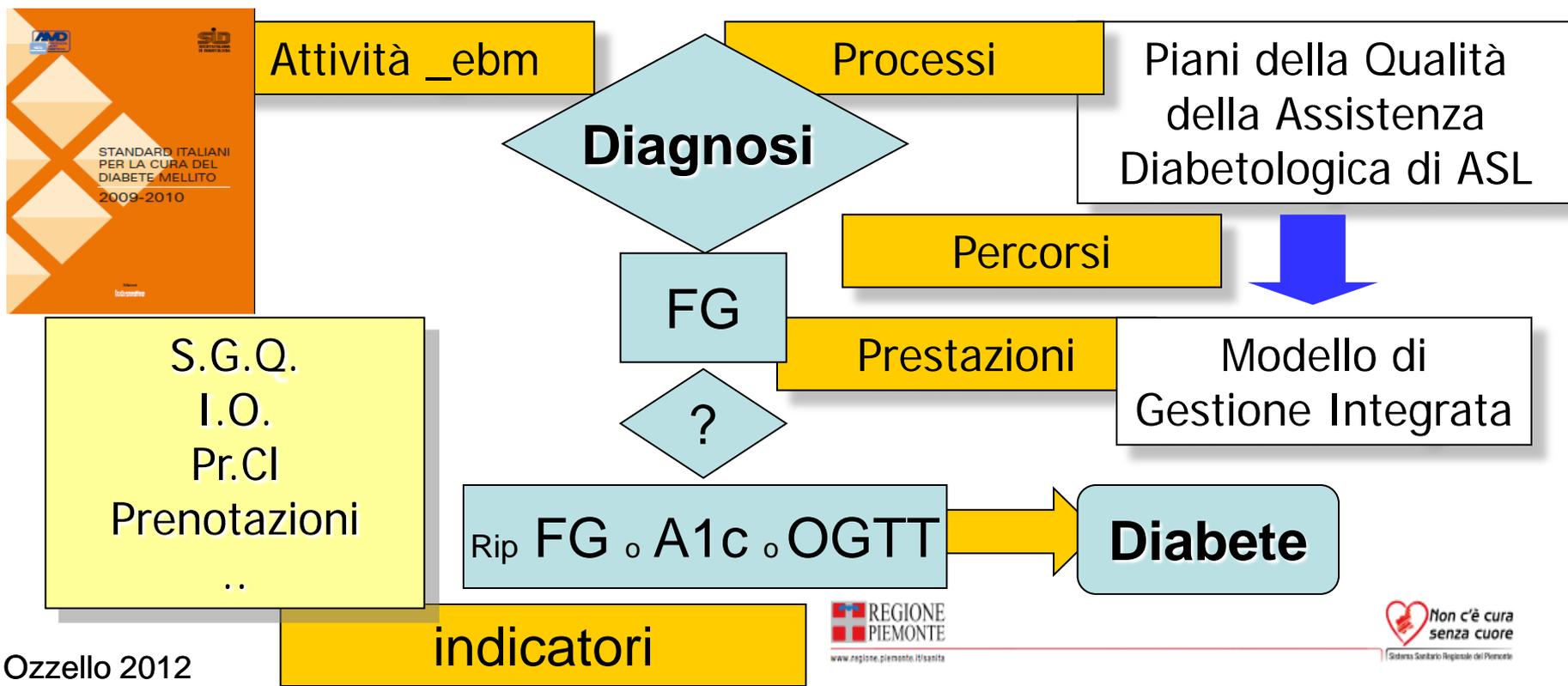
strumenti

Livelli Essenziali di Assistenza Diabetologica (LEAD)

metodologia

Ogni ASL dovrebbe assicurare a tutti i soggetti a rischio o con sospetto di diabete i seguenti livelli essenziali di assistenza:

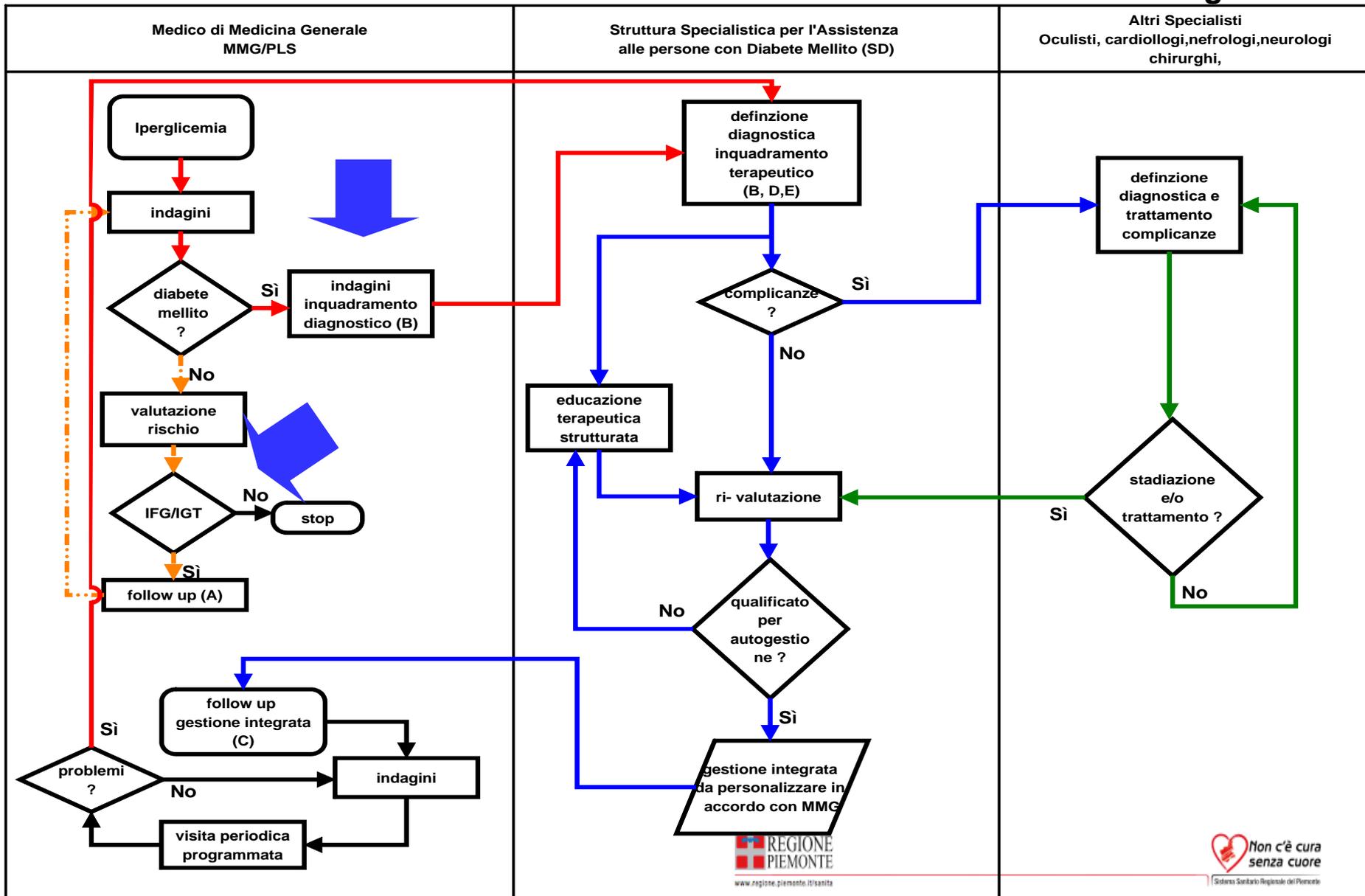
- ⊕ La determinazione in almeno 2 occasioni della glicemia a digiuno con metodica di laboratorio (soggetti a rischio o con sospetto diabete tipo 2)
- ⊕ L'esecuzione della curva da carico con glucosio (sospetto diabete tipo 2)
- ⊕ Una valutazione metabolica e immunologica completa finalizzata alla corretta classificazione del diabete
- ⊕ In caso di diagnosi l'emissione dell'attestato di patologia mediante l'inserimento nel Registro Regionale Diabetici (RRD).



L'ASSISTENZA INTEGRATA ALLA PERSONA CON DIABETE MELLITO TIPO 2

I firmatari: AMD (Associazione Medici Diabetologi), SID (Società Italiana di Diabetologi), FIMMG, SIMG, SNAMI, SNAMID

4 agosto 2008



ACCORDO REGIONALE DELLA MEDICINA GENERALE SULLA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE

Firmatari: Regione Piemonte, FIMMG, Federazione Medica

PREMESSA E RAZIONALE

I pazienti diabetici di tipo 2, attualmente iscritti al Registro regionale diabetici, sono circa 180.000. Come previsto a livello internazionale, anche nella nostra Regione si è avuta, negli ultimi anni, una crescita costante della patologia; tale incremento dei casi di diabete mellito tipo 2 è atteso anche per i prossimi decenni.

Il percorso di gestione integrata dei pazienti diabetici (recentemente formalizzato in Piemonte con D.D. n. 176 del 4 aprile 2008) prevede il coinvolgimento congiunto, nella gestione dei pazienti diabetici, dei Medici di Medicina Generale e degli Specialisti, attraverso la formulazione di Piani di Gestione Integrata tra Centri di diabetologia e la Medicina Generale.

MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE DELLA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE

La Gestione Integrata (GI) del Paziente prenderà avvio dal 1 Settembre 2008 e avrà valore sperimentale per il triennio settembre 2008 - settembre 2011. Alla fine della sperimentazione, valutata l'efficacia del progetto, lo stesso potrà essere considerato a regime.

Le ASL, entro 30 giorni dalla firma dell'Accordo tra le parti, dovranno inviare ad ogni Medico di Medicina Generale (MMG) l'elenco dei suoi pazienti diabetici inseriti nel Registro Regionale Diabetici (RRD). Il MMG dovrà escludere, poiché non inseribili nel percorso della GI, i pazienti con Diabete di Tipo 1, Diabete Gestazionale, Diabete in Gravidanza, Diabete in età giovanile (sotto i 18 anni) ed i pazienti con Diabete Secondario.

Tutti gli altri pazienti sono eleggibili, a giudizio del MMG, per l'inserimento nel percorso della GI.

Dal mese di Settembre 2008 il MMG, ad ogni fine mese, (congiuntamente ai Report contenenti gli elenchi PIP, ADP) invierà alla Segreteria del proprio Distretto di appartenenza (indipendentemente dall'ASL di residenza del paziente), preferibilmente in formato elettronico, l'elenco nominale dei pazienti diabetici inseriti nel RRD che hanno espresso il consenso informato per la GI e dei pazienti che, per varie cause, non sono più inseriti. Tali pazienti saranno conteggiati, per la retribuzione, a partire dal primo dello stesso mese se l'arruolamento è avvenuto entro il 15 del mese stesso, e dal mese successivo se l'arruolamento è avvenuto dal 16 di quel mese in avanti.

Allegato A GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO TIPO 2 – LEAD

SCHEDA INDIVIDUALE DEL PAZIENTE

Cognome: _____ Nome: _____ Codice fiscale _____

Data arruolamento _____

Epoca di insorgenza del Diabete: _____

Terapia in corso (diabetologica e non): _____

1..... 4.....
2..... 5.....
3..... 6.....

		Schema di follow-up *(Minimo indispensabile)					
		3-4 mesi Data:	6 mesi* Data:	9 mesi Data:	1 anno* Data:	15 mesi Data:	18 mesi* Data:
Ogni 3-4 mesi	Glicemia						
	HbA1c						
	Esame urine						
	Pressione Arteriosa						
	Verifica autocontrollo glicemico (se effettuato)						
	Rinforzo educativo (specificare argomento)						
	BMI / Circonf. vita/...../...../...../...../...../.....
Ogni 6 mesi	Ispezione del piede						
	EO Cardiovascolare						
	EO Neurologico						
A 1 anno	Microalbuminuria						
	Creatininemia						
	Uricemia						
	Colesterolo tot.						
	Colesterolo HDL						
	Trigliceridi						
	AST / ALT/ GGT			/...../.....		
	Emocromo+F						
	Calcolo del rischio CV						
	ECG						
A 2 anni	Fondo Oculare (almeno ogni 2 anni opima in presenza di retinopatia)						(24 mesi) data:

Altri esami rilevanti eseguiti:.....

Problemi aperti:.....

- HO RACCOLTO IL CONSENSO INFORMATO ALLA GESTIONE INTEGRATA
 - HO RACCOLTO L'AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI
- TIMBRO e Firma del Medico

- Indirizzo, numero di telefono, orario di reperibilità ed indirizzo E-mail del medico

Attività previste per il Medico di Famiglia

Allegato A **GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MEL**
SCHEDA INDIVIDUALE DEL PAZ
 Cognome: _____ Nome: _____ Codice: _____
 Data arruolamento: _____
 Epoca di insorgenza del Diabete: _____
 Terapia in corso (diabetologica e non): _____
 1. 4.
 2. 5.
 3. 6.

Scheda di follow-up *			
	3-4 mesi Data:	6 mesi* Data:	9 mesi Data:
Ogni 3-4 mesi	Glicemia		
	HbA1c		
	Esame urine		
	Pressione Arteriosa		
	Verifica autocontrollo glicemico (se effettuato)		
	Rinforzo educativo (specificare argomento)		
BMI / Circonf. vita	.....	.....	.....
Ogni 6 mesi	Ispezione del piede		
	EO Cardiovascolare		
	EO Neurologico		
A 1 anno	Microalbuminuria		
	Creatininemia		
	Uricemia		
	Colesterolo tot.		
	Colesterolo HDL		
	Trigliceridi		
	AST / ALT / GGT		
	Emocromo+F		
	Calcolo del rischio CV		
	ECCG		
A 2 anni	Fondo Oculare (almeno ogni 2 anni o prima in presenza di retinopatia)		

Altri esami rilevanti eseguiti:

Problemi aperti:

HO RACCOLTO IL CONSENSO INFORMATO ALLA ...

HO RACCOLTO L'AUTORIZZAZIONE AL TRATTAM ...

Indirizzo, numero di telefono, orario di reperibilità ed in ...

1. OBIETTIVO: migliorare la prevalenza, ridurre i casi di diabete tipo 2 misconosciuti

Almeno il **3%** della popolazione di assistiti inserita in Gestione Integrata

2. OBIETTIVO: per un efficace follow-up dei pazienti

Registrazione di almeno una **HbA1c** negli ultimi 12 mesi nel **70%**

Registrazione di almeno un **Profilo Lipidico** negli ultimi 12 mesi nel **60%**

Registrazione di almeno una **Pressione Arteriosa** negli ultimi 12 mesi nel **90%**

Registrazione di un **BMI** negli ultimi 12 mesi nel **70%**

Registrazione di una **Circonferenza Addominale** negli ultimi 12 mesi nel **50%**

Registrazione di almeno una **Microalbuminuria** negli ultimi 12 mesi nel **50%**

Registrazione di almeno una **Creatininemia** negli ultimi 12 mesi nel **60%**

3. OBIETTIVO: per migliorare la "performance"

Ultimo valore registrato di **HbA1c** ≤ 7,5% nel **25%**

Ultimo valore registrato di **Colesterolo LDL** ≤ 130mg/dl nel **20%**

Ultimo valore registrato di **Pressione Arteriosa** ≤ 130/80mmHg nel **20%**

Dall'Accordo integrativo della Regione Piemonte: 21/07/2008

Punteggio LAP*	INDIVIDUALI	EQUIPE
da 300 a 599	13,55 €	18,78 €
da 600 a 799	23,55 €	28,78 €
da 800 a 1000	33,55 €	38,78 €

indicatori



DR n.979 del 23/12/2008

Determinazione regionale n. 979 del 23.12.2008

Oggetto: Approvazione del “Protocollo operativo per la gestione integrata del diabete mellito tipo 2 dell’adulto in Piemonte”, in attuazione dell’ Accordo Regionale di cui alla D.G.R. n. 40-9920 del 27.10.2008.

Al fine di fornire indicazioni operative per l’attuazione di tale modello, si è proceduto, attraverso un apposito tavolo tecnico designato in seno alla Commissione regionale di Diabetologia e coordinato dalla Direzione regionale Sanità, rappresentativo dei soggetti coinvolti nel nuovo modello

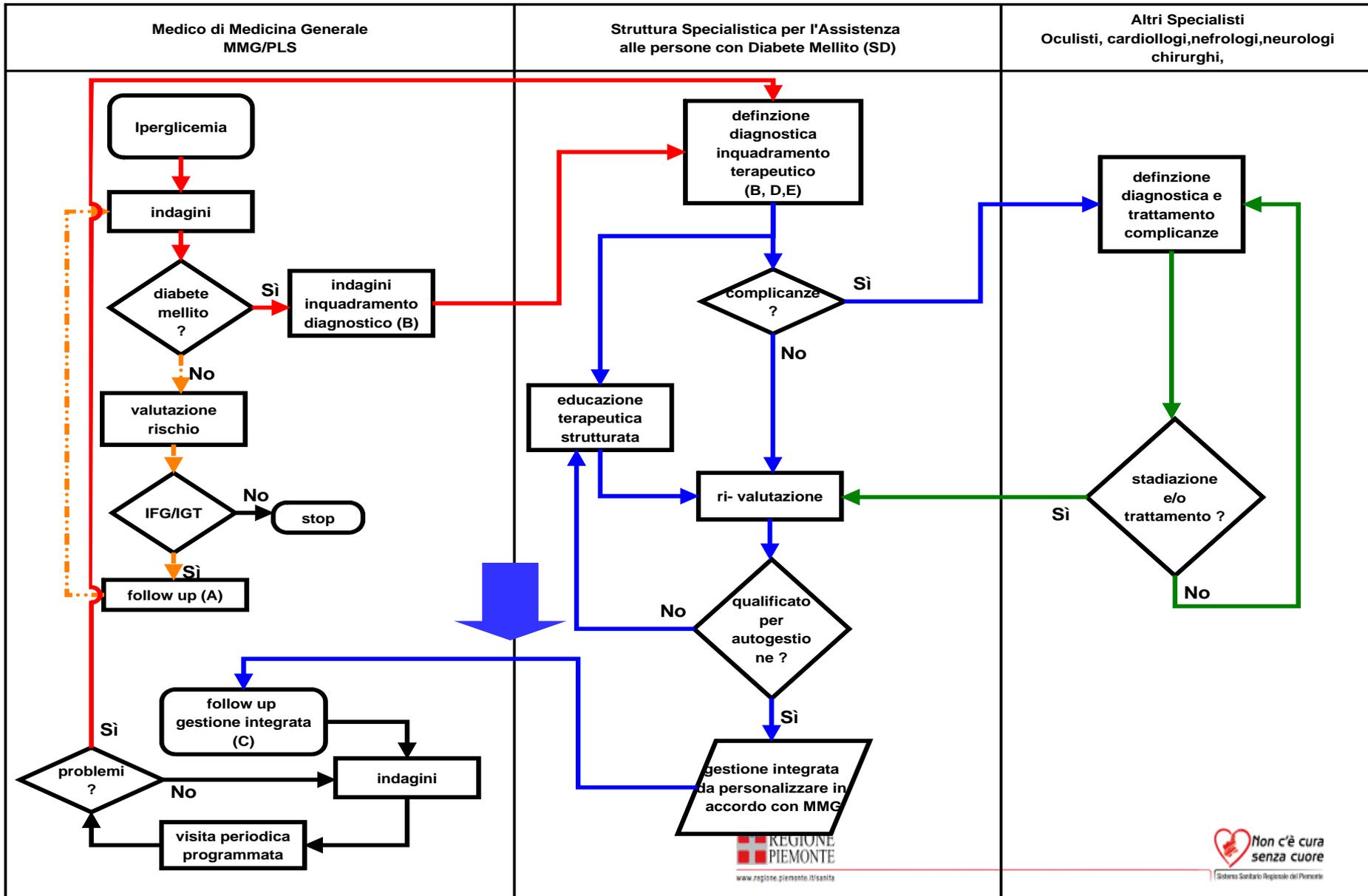
1

assistenziale (MMG, diabetologi, pazienti), alla definizione del documento di cui all’Allegato A al presente provvedimento.

L'ASSISTENZA INTEGRATA ALLA PERSONA CON DIABETE MELLITO TIPO 2

I firmatari: AMD (Associazione Medici Diabetologi), SID (Società Italiana di Diabetologi), FIMMG, SIMG, SNAMI, SNAMID

4 agosto 2008



Registro Regionale Diabete (RRD)

MMG

DIABETE
NEODIAGNOSI

DIABETE NOTO
IN CURA DAL
MMG

**B- non ancora
inserito nel RRD:**

**B1-già inserito nel
RRDe quindi noto al
Servizio di Diabetologia:**

**C-....già inserito nel
RRD la cui *proposta di
attivazione proviene dal
Servizio di Diabetologia:***

**Elenchi
RRD**

CRITERI
DELIBERA 40-9920

ESCLUSO NON
ELEGGIBILE

E'
INSERIBILE?

ELEGGIBILE

ISCRIZIONE AL
RRD

ATTESTATO
PATOLOGIA

PIANO DI CURA
D301 SCHEDA 2

IL PAZIENTE
FIRMA IL
CONSENSO?

IL PAZIENTE
E' ISCRITTO
AL RRD?

VISITA
DIABETOLOGICA

SCHEDA A

CRITERI DD43

AUTORIZZAZIONE
TRATTAMENTO DATI

CONSENSO
INFORMATO GI

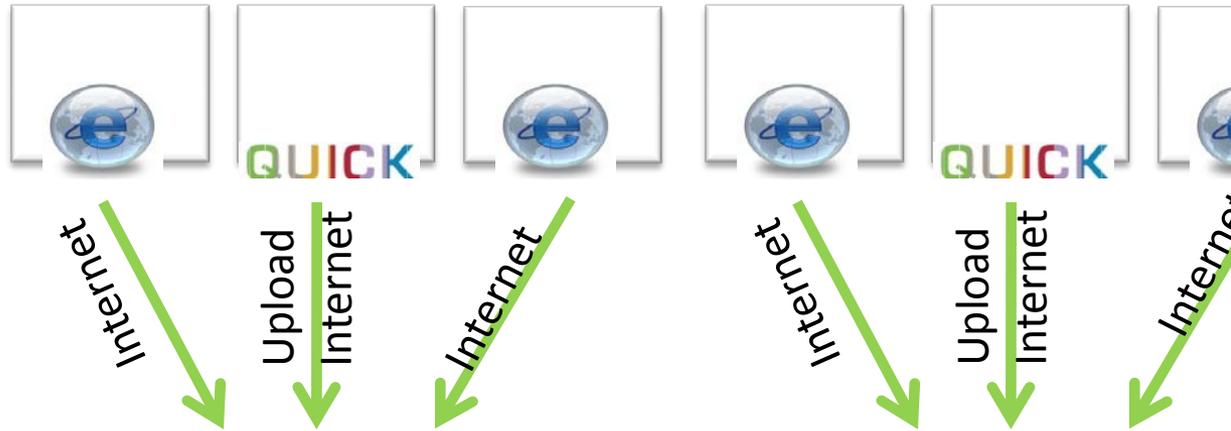
ELENCO
PAZIENTI
INSERITI

Inseribili	Sì
Iscrizione RRD	+
Consenso	+

	T1	T2	T2	Altri	GD M
Eleggibili	No	No	Sì	No	No
Gravidanza		+	-		
Età<18		+	-		

liberazione della Giunta Regionale 4 agosto 2009, n. 36-11958
**te informatica per la gestione integrata del diabete. Affidamento
 'ASL VCO, dell'attivit  di coordinamento sovrazonale.**

A relazione dell'Assessore Artesio:



Allegato A **GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO TIPO 2 - LEAD**

SCHEDA INDIVIDUALE DEL PAZIENTE
 Cognome: _____ Nome: _____ Codice fiscale _____
 Data arruolamento _____
 Epoca di insorgenza del Diabete: _____
 Terapia in corso (diabetologica e non):
 1. _____ 4. _____
 2. _____ 5. _____
 3. _____ 6. _____

		Scheda di follow-up *(Minimo indispensabile)					
		3-4 mesi Data:	6 mesi* Data:	9 mesi Data:	1 anno* Data:	15 mesi Data:	18 mesi* Data:
Ogni 3-4 mesi	Glicemia						
	HbA1c						
	Esame urine						
	Pressione Arteriosa						
	Verifica autocontrollo glicemico (se effettuato)						
	Rinforzo educativo (specificare argomento)						
	BMI / Circonf. vita	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Ogni 6 mesi	Ispezione del piede						
	EO Cardiovascolare						
	EO Neurologico						
	Microalbuminuria						
	Creatinemia						
	Uricemia						
	Colesterolo tot.						
	Colesterolo HDL						
	Trigliceridi						
	AST / ALT / GGT				.....	
A 1 anno	Emocromo+F						
	Calcolo del rischio CV						
	ECG						
	Fondo Oculare (almeno ogni 2 anni o prima in presenza di retinopatia)						(24 mesi) data:

Altri esami rilevanti eseguiti:.....
 Problemi aperti:
 HO RACCOLTO IL CONSENSO INFORMATO ALLA GESTIONE INTEGRATA
 HO RACCOLTO L'AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI
 TIMBRO e Firma del Medico
 - Indirizzo, numero di telefono, orario di reperibilit  ed indirizzo E-mail del medico



indicatori

Piano di Formazione 2008-09

45 formatori IGEA accreditati



Direzione 20 - Sanità

Settore Organizzazione, Personale e Formazione delle Risorse Umane

SCHEDA PER LA PRESENTAZIONE DI PROPOSTE PER LA FORMAZIONE LEGATE AGLI OBIETTIVI E ALLE STRATEGIE DEI SETTORI REGIONALI (MACROPROGETTAZIONE)

SETTORE PROPONENTE (O GRUPPO DI LAVORO REGIONALE AFFERENTE)

Programmazione Sanitaria - Tavolo di coordinamento del progetto Gestione integrata dell'assistenza diabetologia

TITOLO DEL PROGETTO FORMATIVO

Formazione IGEA P
oppure
DM2-GIP, Diabete M

MONTE ORE, NUMERO EDIZIONI DEL CORSO, DESTINATARI, NUMERO DI PARTECIPANTI PER OGNI EDIZIONE

OBIETTIVI PRINCIP

Capillarizzazione su
clinico-organizzativ
nell'ambito del Pian

CONTENUTI FORM

Il "problema" diabete
Il modello di riferimer
Le peculiarità della di
Le linee guida organi
Il Percorso Diagnosti
Raccogliere e misura

MONTE ORE: il Corso ha una durata di 7 ore 45' (1 giornata a tempo pieno)

NUMERO EDIZIONI: 24 da effettuare nell'anno 2010

DESTINATARI: rivolto prevalentemente a medici, infermieri, dietisti, podologi di tutte le ASL della Regione Piemonte coinvolti nel progetto Gestione Integrata del Diabete mellito di tipo 2 in Piemonte

NUMERO PARTECIPANTI PER EDIZIONE: 30

QUALIFICA	SPECIALIZZAZIONE	NUMERO
MEDICI	Diabetologia	187
	Medicina Generale Referenti Equipe	250
	Responsabili Distretto	49
INFERMIERI	Servizi Diabetologici	167
	Coordinatori Distretto	49
DIETISTI		25
PODOLOGI		5
PSICOLOGI		4
TOTALE		736

Totale atteso
720



La Regione Piemonte offre alle persone con diabete di tipo 2 la possibilità di essere seguite in **Gestione Integrata**, modalità di cura d'avanguardia, studiata e sperimentata in molte nazioni evolute.

Che cosa è la gestione integrata?

È un'assistenza condivisa e concordata, basata sulla collaborazione tra due professionisti. Il medico di famiglia e lo specialista diabetologo si alleano per offrire la miglior cura possibile al paziente:

- nelle fasi stabili della malattia sarà il medico di famiglia a eseguire i controlli periodici e a riaggiustare la terapia;
- alla diagnosi, nelle fasi più complesse e nei controlli periodici prestabiliti, sarà il diabetologo a farsene maggiormente carico.

In ogni caso i due medici saranno sempre in contatto, valutando gli stessi esami e scegliendone insieme le migliori soluzioni terapeutiche possibili.

Studi internazionali dimostrano che questo modo di assistere dà risultati ottimali.

Che cosa NON è la gestione integrata?

Di sicuro la gestione integrata NON è il paziente affidato solo al medico di famiglia, né preso in carico solo dallo specialista, o, peggio, abbandonato a se stesso.

Allegato 1 - Modello per l'Autorizzazione al trattamento dei dati sensibili e modello per il Consenso informato alla Gestione Integrata del Diabete di Tipo 2

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il Sottoscritto _____, assistito dal Dott. _____ e dallo stesso informato sui diritti e sui limiti di cui al Decreto Legislativo 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 di diagnosi e cura ed ad utilizzare in forma anonima i dati raccolti a scopo di ricerca scientifica ed epidemiologica.

Data

Firma

CONSENSO INFORMATO 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 Dott. su obiettivi, modalità e percorso di cura definito come "GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO DI TIPO 2".

Avendo compreso tali finalità esprime, quindi, il proprio consenso ad essere inserito nel percorso di cura, riservandosi la possibilità di revocare la propria adesione in qualsiasi momento.

Data

Firma

Dati estratti dal Portale 2010-2011

- Totale **MMG** Piemonte 3.171 di cui 2.134 **attivi per la GI: 66%**
 - 1061 hanno inserito i dati nel portale: **51%** degli attivi
- Nel portale **41.919 Pazienti**: media di 40 Pazienti/MMG
- DMT2 inseriti = **24.4% degli iscritti al RRG**

DGR 3 ottobre 2011, n.18

D.G.R. n. 18-2663 del 3.10.2011.

Oggetto: Proseguimento e consolidamento a regime del percorso per la Gestione integrata del diabete di tipo 2 nell'adulto, di cui alla D.G.R. n. 40-9920 del 27.10.2008.

La L.R. n. 34 del 7.4.2000, “Nuove norme per l’attuazione dell’assistenza diabetologica”, all’art.3 stabilisce la necessità che le funzioni di assistenza diabetologica si raccordino con quelle dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nell’ambito delle attività coordinate dal distretto.

Il successivo art. 7 specifica altresì che l’attività specialistica diabetologica deve coordinarsi con quella propria dei MMG/PDLS, allo scopo di condividere *“efficaci azioni per la prevenzione, terapia e riabilitazione sul territorio nonché per il monitoraggio e l’epidemiologia del diabete e delle altre malattie metaboliche”*.

Tempo.....?



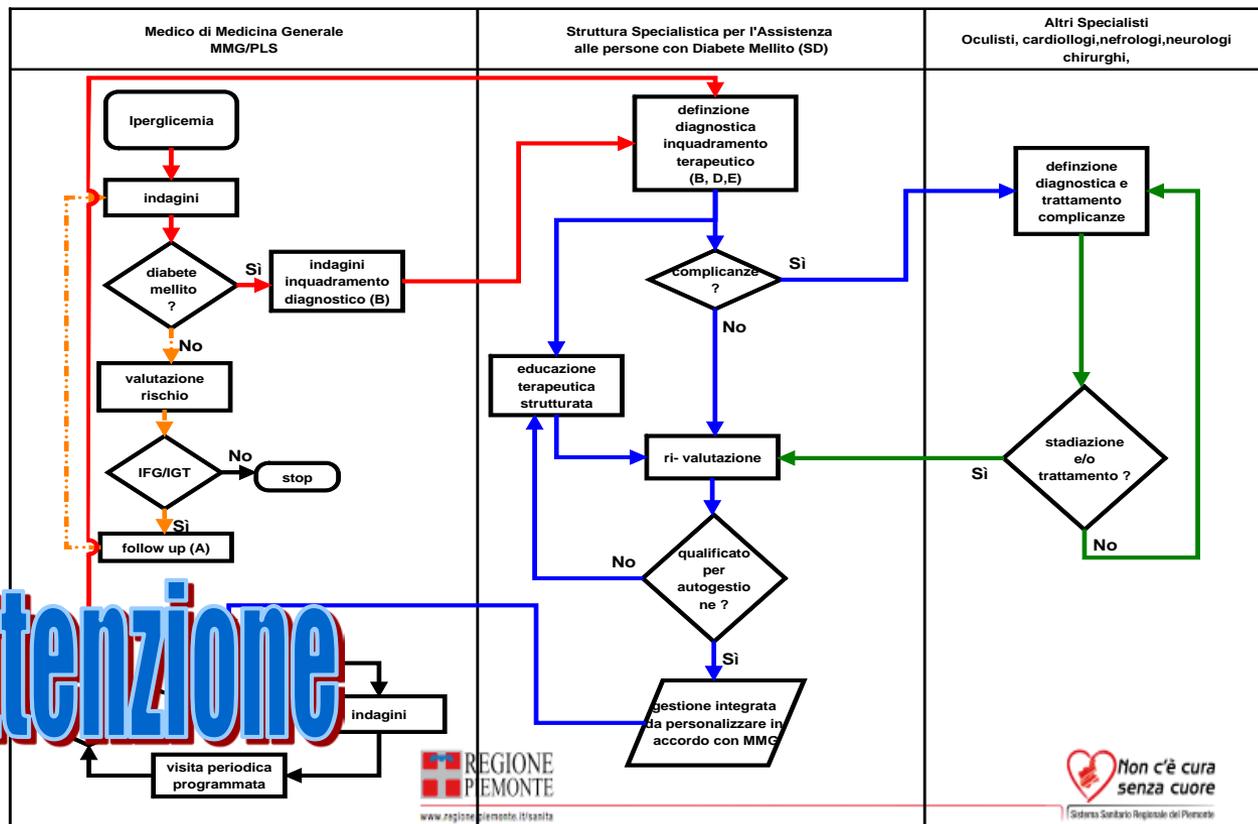
Il Percorso assistenziale questo sconosciuto !

(Taormina, A.M.D. - Novembre 2005)



“... si tratta di sostituire un pensiero che separa e che riduce, con un pensiero che distingue e che collega”

Edgar Morin



Grazie per l'attenzione

DGR 22 marzo 2010, n. 61

sostenere la sperimentazione stessa.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso entro il termine di 60 giorni innanzi al tribunale amministrativo regionale, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni. In entrambi i casi il termine decorre dalla data di avvenuta notificazione o di piena conoscenza del provvedimento.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.

(omissis)

Deliberazione della Giunta Regionale 22 marzo 2010, n. 61/12646

Percorsi assistenziali appropriati per i pazienti affetti da diabete mellito e da patologia con eziologia reumatica ed aggiornamento nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

A relazione dell'Assessore Artesio:

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2010 prevede che per tradurre in concreti programmi operativi le linee

vo o di alta tecnologia, per consentire la sopravvivenza e/o la prevenzione di gravi invalidità;

- malattie molto frequenti, a minore impatto diagnostico, ma estremamente diffuse, che necessitano di una corretta gestione per minimizzare il rischio di salute, ottimizzare la qualità di vita e le risorse disponibili.

Un piano concreto di intervento nell'assistenza reumatologica si deve muovere secondo principi che, da una parte, mettano al centro dell'organizzazione sanitaria il malato reumatico e, dall'altra realizzino sia azioni di coordinamento ed integrazione tra i vari livelli di assistenza, che consentano una maggiore razionalizzazione delle risorse ed una maggiore omogeneità dei servizi erogati, sia azioni di interazione con l'associazione dei malati reumatici, portatrice delle istanze e delle aspettative dei pazienti, i medici del territorio e gli specialisti dei centri di riferimento reumatologici.

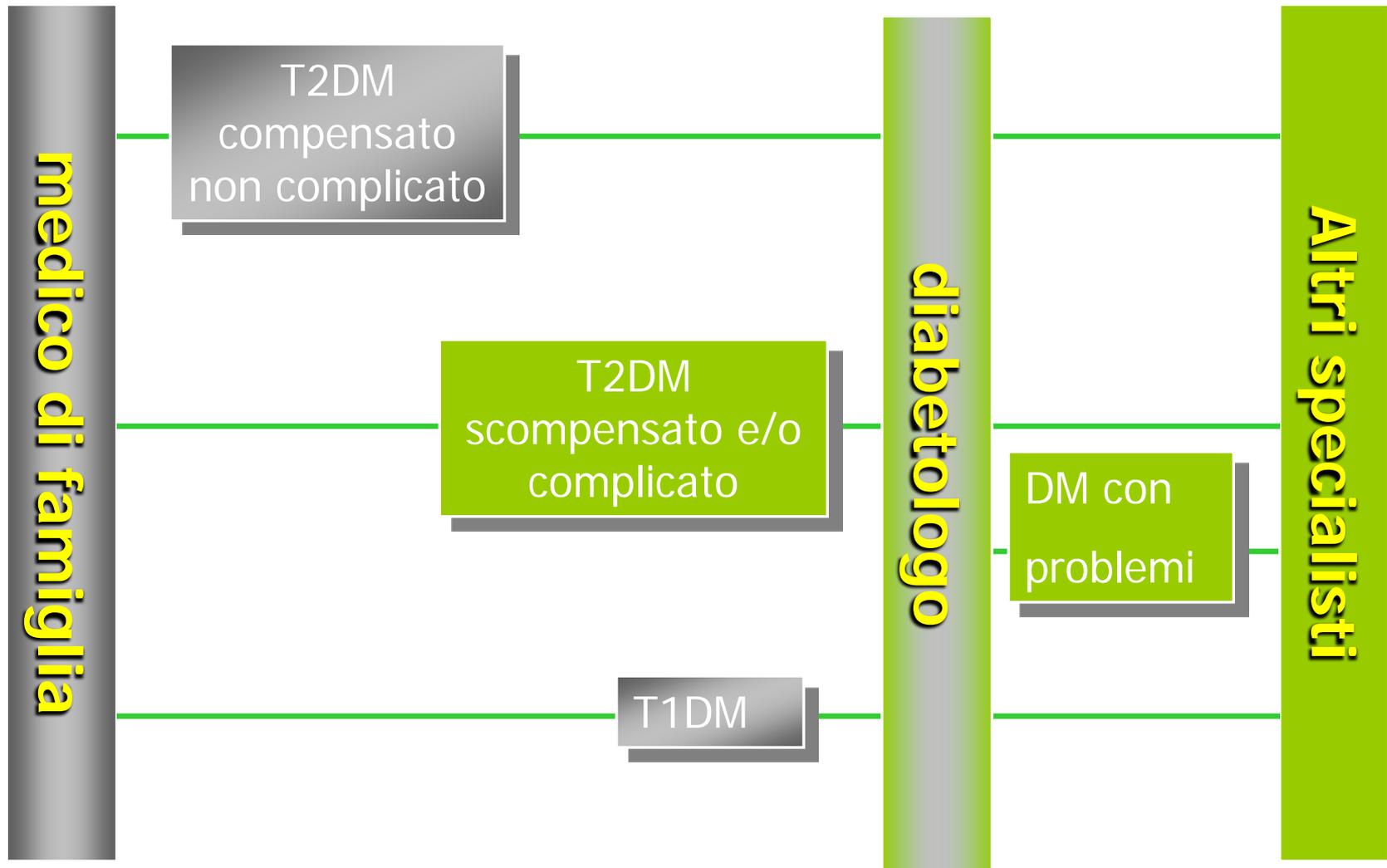
A tal fine, con uno specifico gruppo di lavoro regionale, composto da specialisti di area e medici di medicina generale, è stata effettuata l'analisi e la valutazione del fabbisogno di interventi nell'area dell'assistenza reumatologica e l'analisi dell'attuale struttura dell'offerta presente sul territorio. E' ancora in fase di sviluppo

DGR 61: Obiettivi perseguiti



- definizione del percorso di riferimento per dare riscontro, in forma omogenea a livello regionale, ai bisogni dei pazienti affetti da diabete mellito (o a rischio), che necessitano, nell'ambito della valutazione specialistica, di una serie di risposte complesse ed articolate
- realizzare il passaggio da una logica puramente prestazionale, ad una logica fondata su percorsi assistenziali correlati ai bisogni complessivi

"Gestione Integrata" e PDT specialistico



Nomenclatore tariffario

DIABETOLOGIA

BRANCA	NOTA	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
85	*	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE	Impostazione del piano di trattamento personalizzato. Tale prestazione è utilizzabile anche nel caso di rivalutazione complessiva per casi di particolare complessità che necessitano di una ridefinizione dell'indirizzo terapeutico.	40
85	I*	89.05	VISITA PRESSO IL CENTRO DI ACCOGLIENZA, DI INDIRIZZO E SUPPORTO AL PERCORSO PDTA - DIABETE MELLITO .	Primo approccio presso il Centro Accoglienza e Servizi o presso le varie strutture di Diabetologia (ove non ancora attivato il SD); raccolta dati ed informazioni, anamnesi, visita, compilazione cartella clinica, programma dei test e degli approfondimenti diagnostici, consenso informato.	40
85	*	89.07	CONSULTO, INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO - Valutazione interdisciplinare sul paziente erogata presso il Centro di Accoglienza, di indirizzo e supporto al percorso PDTA-DIABETE MELLITO.	Valutazione interdisciplinare sul paziente erogata dal Centro di Accoglienza, di indirizzo e supporto al PDTA-DIABETE MELLITO, indipendentemente dal numero dei professionisti coinvolti. Prestazione codificabile solo se richiesta dal Centro di Accoglienza, di indirizzo e supporto al PDTA-DIABETE MELLITO.	53,50

85	I*	94.42.2	Formazione per l'autogestione e/o addestramento all'utilizzo dei relativi meccanismi	La prestazione è finalizzata a far apprendere al paziente o al care giver le modalità di misurazione della malattia e somministrazione della terapia, nonché a sviluppare le competenze per attivare la capacità di compiere scelte appropriate quotidianamente	11,20
----	----	---------	--	---	-------

85	I*	94.42.2	meccanismi	compiere scelte appropriate quotidianamente	11,20
----	----	---------	------------	---	-------

Linee d'indirizzo DGR n. 61

Torino, 22.9.2011

Prot. n. 2514/DB2006
C.C. 14.100.90

Ai Commissari/Direttori Generali

Ai Responsabili dei Servizi di Diabetologia

delle Aziende Sanitarie Regionali
ASL, ASO, AOU

LORO SEDI E INDIRIZZI

**Oggetto: percorso diagnostico-terapeutico assistenziale – diabete mellito
(D.G.R. n. 61-13646 del 22.3.2010).**

Al fine di dare attuazione alla normativa nazionale e regionale concernente il percorso complessivo di presa in carico della patologia diabetica, in forma integrata e coordinata fra servizi ospedalieri e servizi territoriali, si trasmette l'allegato documento "Linee d'indirizzo per l'attuazione del percorso PDTA-DM di cui alla D.G.R. n. 61-13546/2010, nell'ambito del Piano della Qualità ASL/ASO/AOU".

L'assistenza diabetologica integrata

- si articola in una serie d'interventi per la protezione del paziente dalle complicanze, che permettono di
 - inserire la persona con diabete al livello di assistenza appropriato ai suoi bisogni di salute (nuova diagnosi o nuovo problema in diabete noto)
 - sotto la responsabilità del professionista che ha le competenze più appropriate per il ruolo che l'organizzazione gli attribuisce.
 - fornire attività cliniche fondate su prove di efficacia e riconosciute dalla normativa sanitaria.

Tempo.....?

Grazie per l'attenzione