

Il monitoraggio dell'attività diabetologica territoriale

***Linee operative per la pianificazione regionale
sulla prevenzione delle complicanze del
Diabete***

**Piano Regionale della Prevenzione
per il triennio 2005-2007
DGRC 1133 del 20.08.2005**

Dott. Tiziana Spinosa
ARSAN Campania

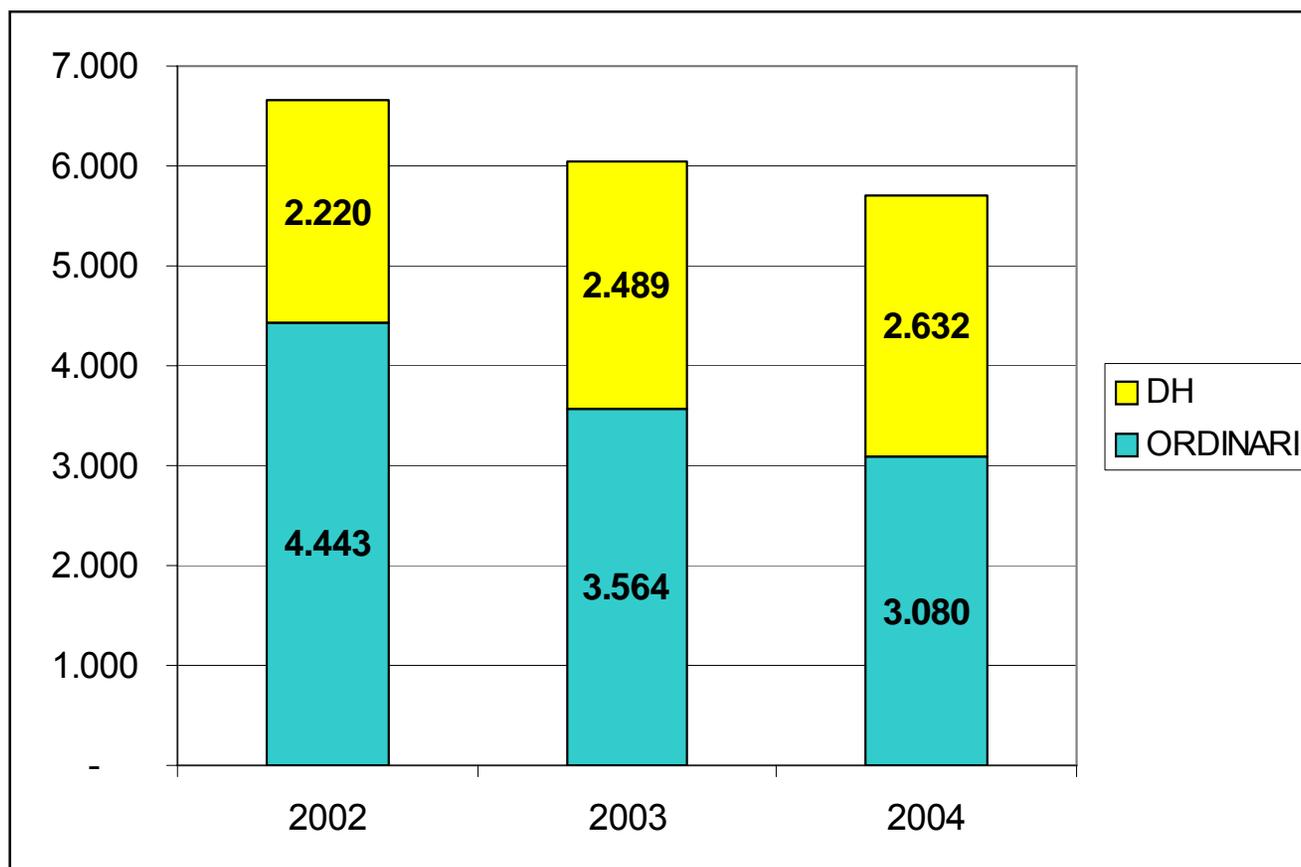


***Linee operative per la pianificazione
regionale sulla prevenzione delle
complicanze del Diabete***

Piano Regionale della Prevenzione per il triennio
2005-2007

DGRC 1133 del 20.08.2005

Regione Campania - anni 2002-2004 – dimissioni per DRG 294 Andamento dei ricoveri per diabete

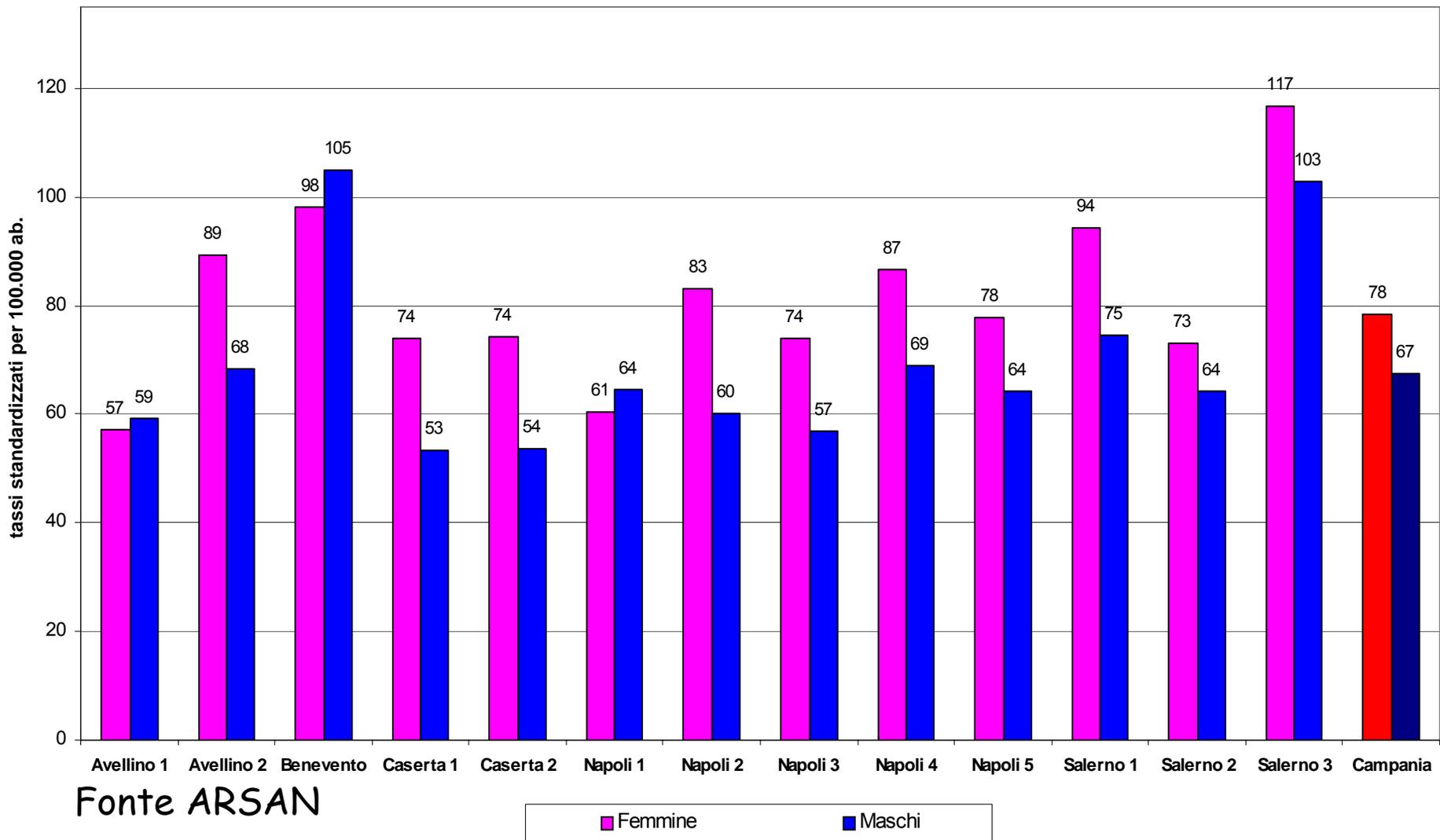


L'appropriatezza organizzativa tra qualificazione dell'offerta e governo della domanda

- Accrescere l'appropriatezza organizzativa migliorando le performances del sistema di offerta
- Spostamento dei ricoveri a bassa complessità dal regime ordinario al day hospital all'ambulatoriale

Identificazione della realtà territoriale di attuazione del progetto

- Il progetto sta monitorando 6 ASL pilota della Regione Campania: A.S.L. NA 1; A.S.L. NA 2; A.S.L. NA 3; A.S.L. NA 4 ; A.S.L. SA 2 ; A.S.L. CE 1 nelle quali risultano già avviati programmi di *Disease Management* e organizzazione dei percorsi assistenziali per i pazienti con patologia diabetica. Queste differenti realtà verranno confrontate attraverso un'attività di *benchmarking*, al fine di valutare aspetti differenti nell'ambito del *Disease Management*, a cui ogni ASL ha dedicato particolare attenzione.



Metodi di analisi della attività di specialistica ambulatoriale

- **Gli indicatori relativi all'assistenza specialistica sono insufficienti rispetto a quelli del livello di ricovero**
- **Mentre per le attività di degenza esiste un' entità minima: il **ricovero**, che contiene tutte le informazioni sull'episodio di cura, nel caso dell'attività territoriale possediamo la descrizione delle prestazioni senza un collegamento ad un **percorso assistenziale****

Percorso assistenziale

- Il modello partecipativo di definizione del profilo di assistenza sanitaria più idoneo per una patologia cronica, in cui, la verifica della sequenza degli interventi erogabili ed appropriati, sposta l'attenzione dei professionisti coinvolti dalla singola prestazione, di cui sono responsabili, alla patologia nel suo complesso.

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.

**Linee di indirizzo
per l'organizzazione
dell'attività diabetologica
e
percorso assistenziale
per il paziente diabetico**

Delibera N. 1168 del 16 settembre 2005
Regione Campania

- Disease Management
- Team diabetologico Interdisciplinare
- Case manager → Diabetologo

1 CD/100.000-150.000 abitanti (4.000 diabetici)



**FOLLOW-UP DEL PAZIENTE DIABETICO TIPO 1
NONCHE' DEL PAZIENTE TIPO 2 CON
COMPLICANZE CRONICHE**

DONNE GRAVIDE AFFETTE DA DIABETE

**PREVENZIONE E LA GESTIONE DEL PIEDE
DIABETICO**

Metodologia

- Richiesta dati alle 6 ASL monitorate:
Per distretto:
N. di ambulatori/centri di diabetologia
N. ore di assistenza specialistica
N. specialisti diabetologi

Analisi dell'attività specialistica

Petrelli e coll. *Epidemiol Prev* 2002 n.3:116-123

Migliori e coll. *Governo Clinico Pensiero Scient. ED.*

- **Punto di offerta**: unità elementare di rilevazione corrispondente alla presenza di una branca presso una struttura pubblica o privata
- **Offre una misura dell'accessibilità alle prestazioni dal punto di vista dell'utente per il quale la presenza fisica di un ambulatorio specialistico è espressione della disponibilità della struttura assistenziale**

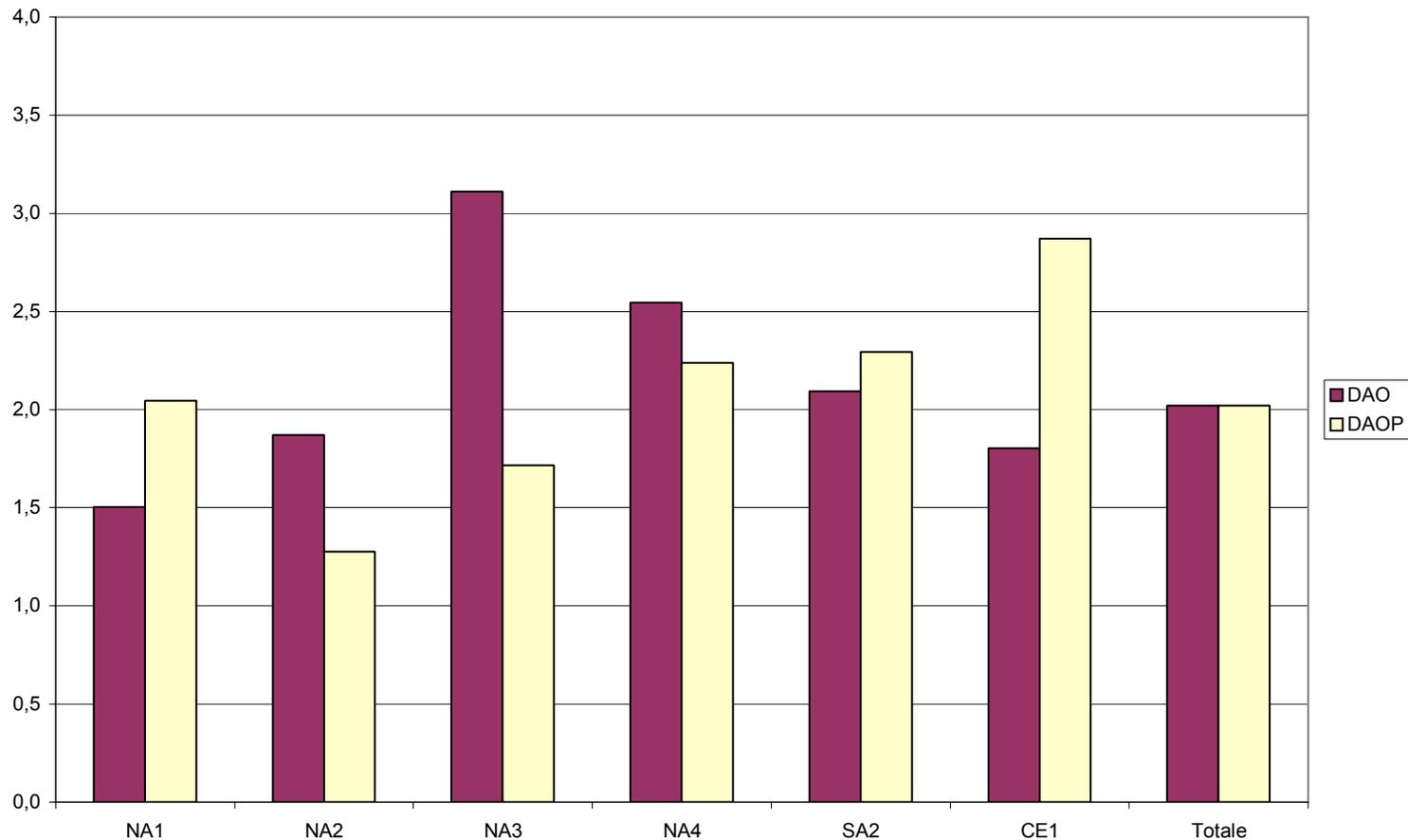
- **Densità Assoluta dell'Offerta (DAO):**

Numero di punti di offerta in rapporto alla popolazione per ogni unità di territorio (distretto)

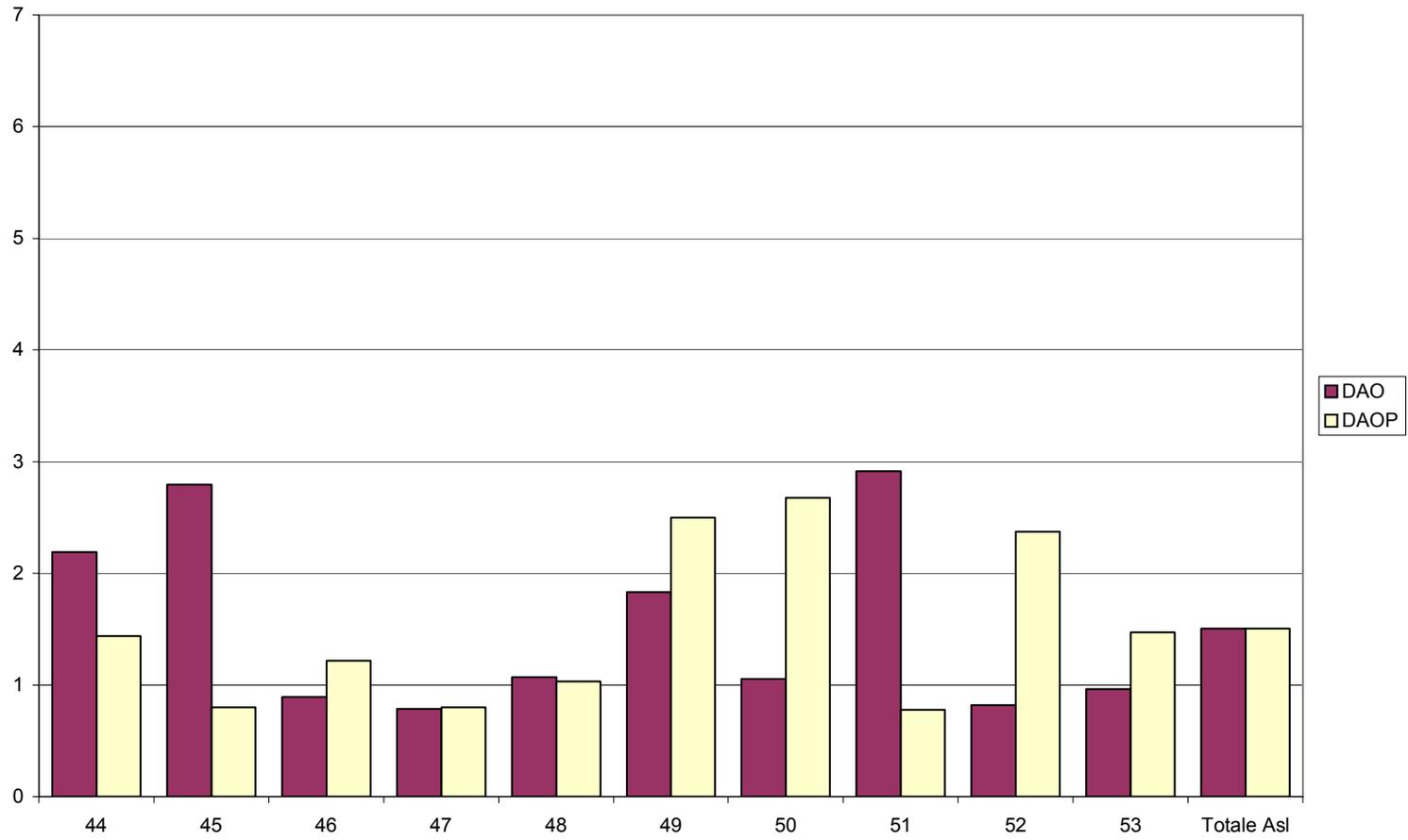
Densità dell'Offerta pesata (DAOP):

Somma dei punti di offerta dopo la pesatura per il livello di produzione (ore di attività settimanali)

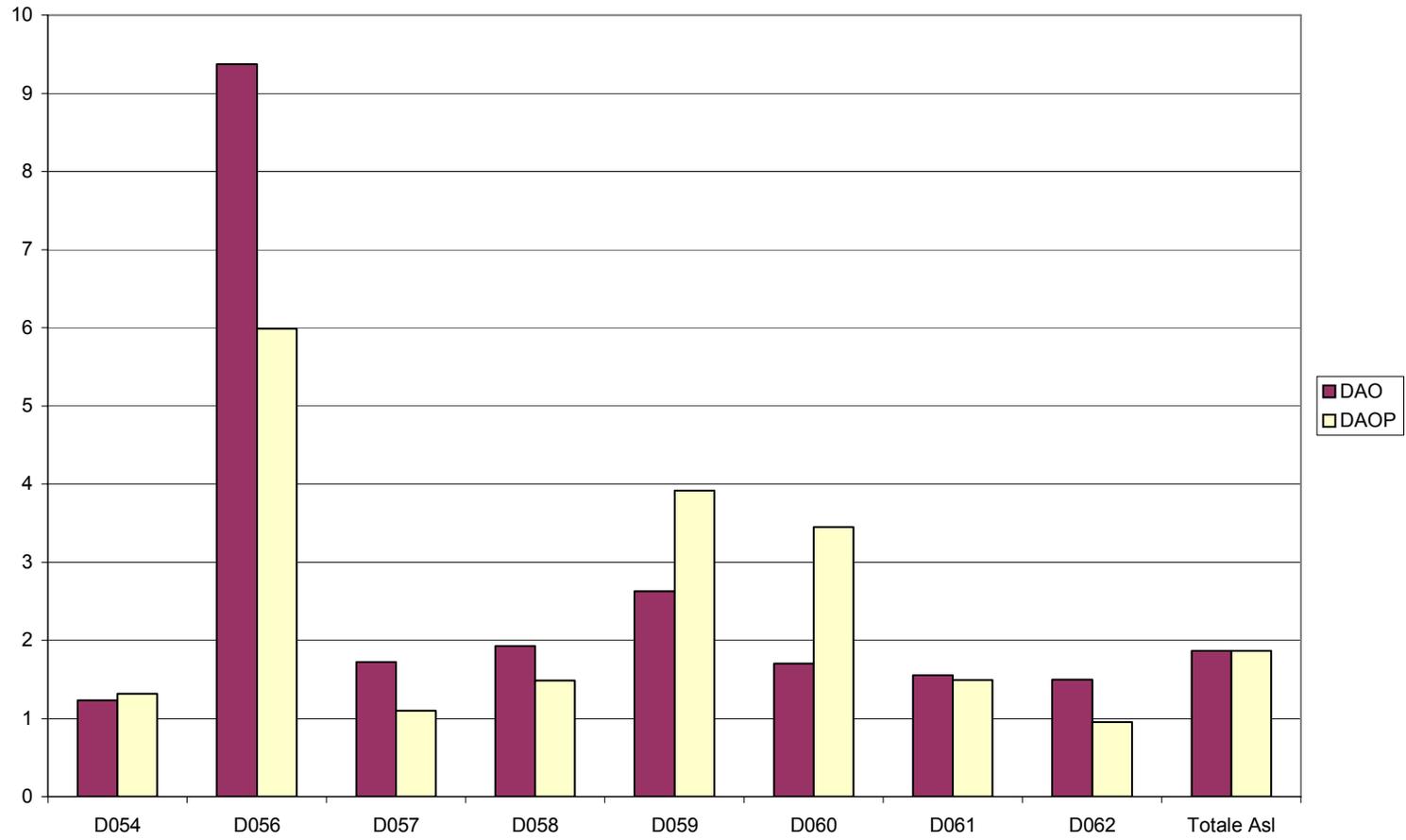
Asl monitorate nel PPA



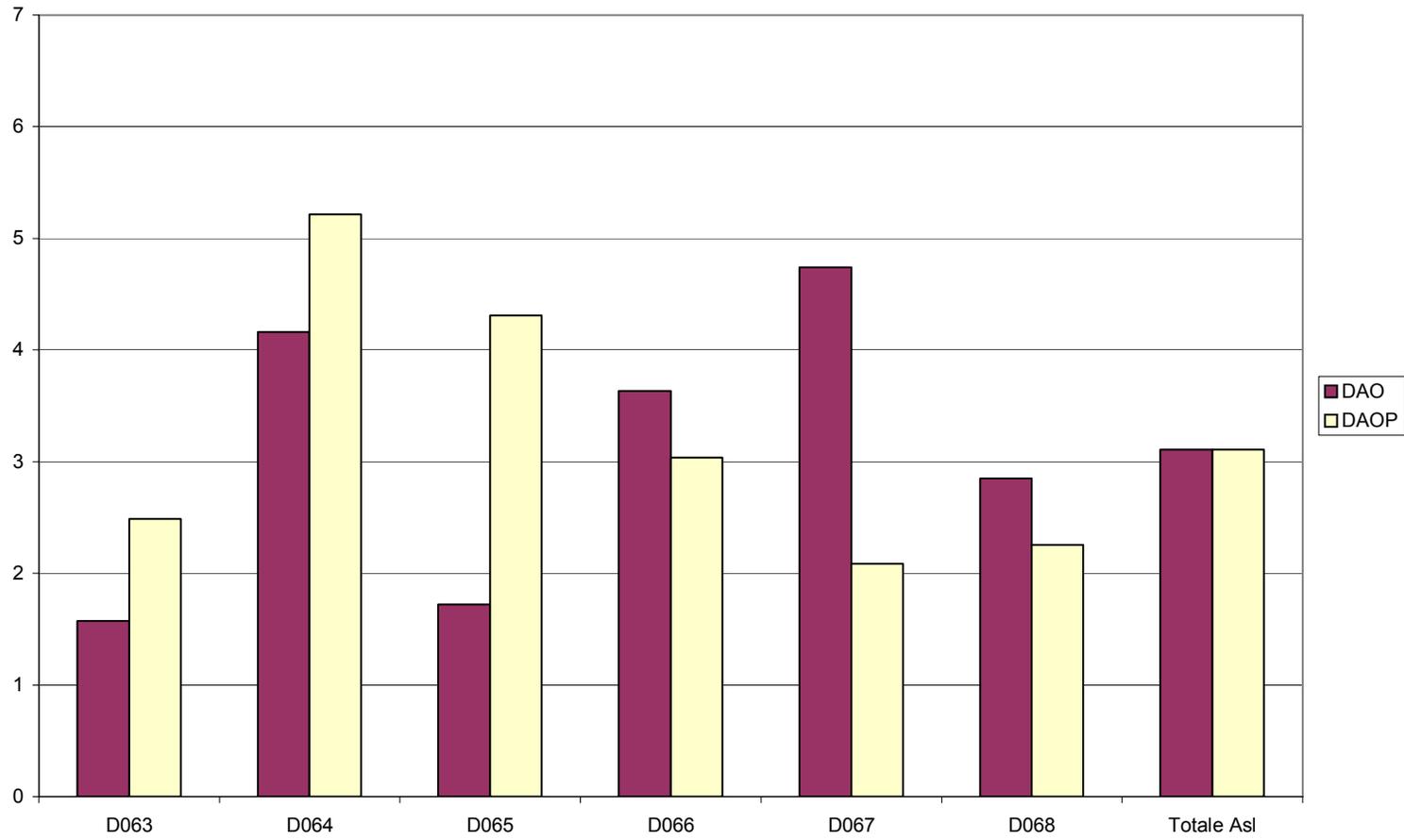
ASL Na 1



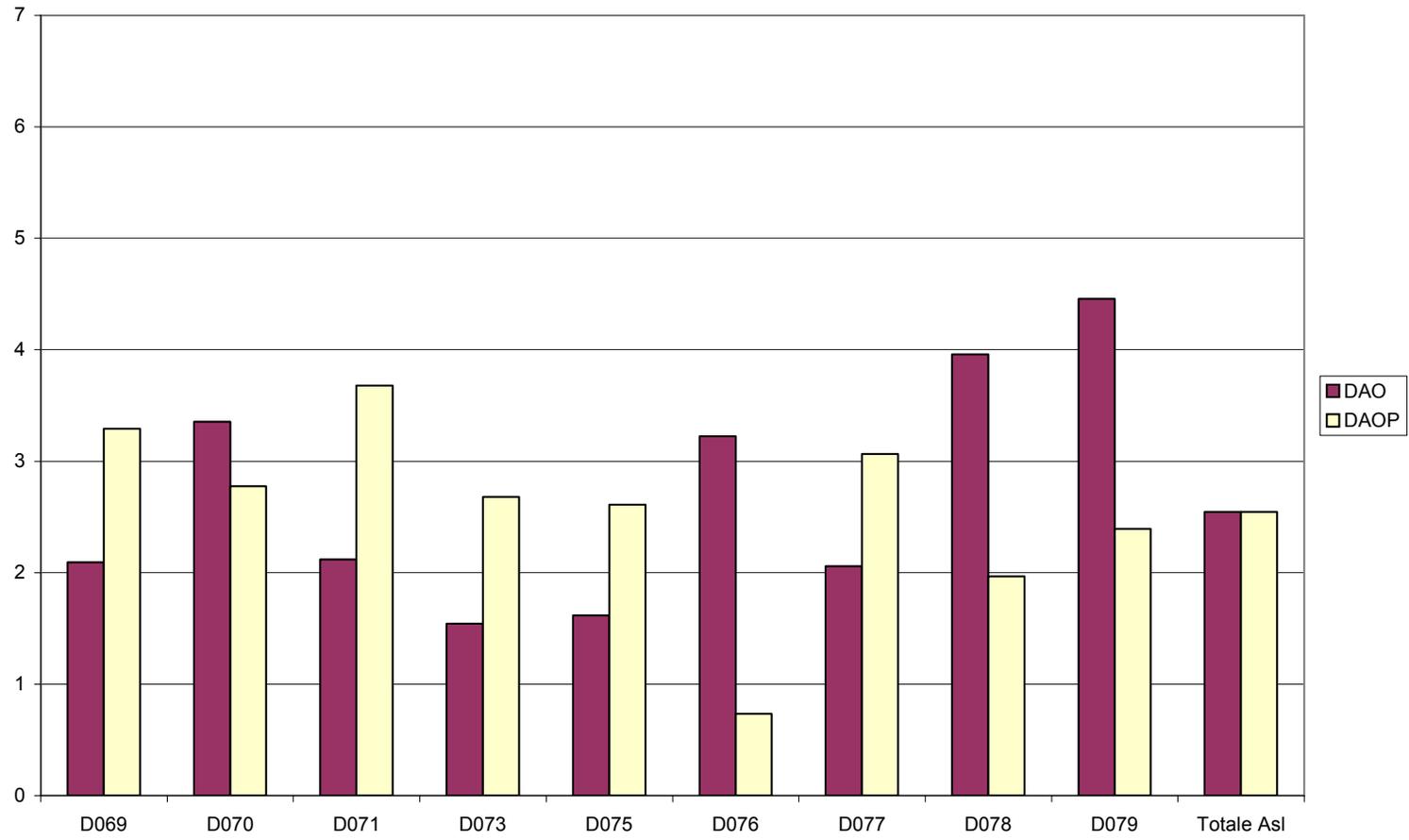
ASL Na 2



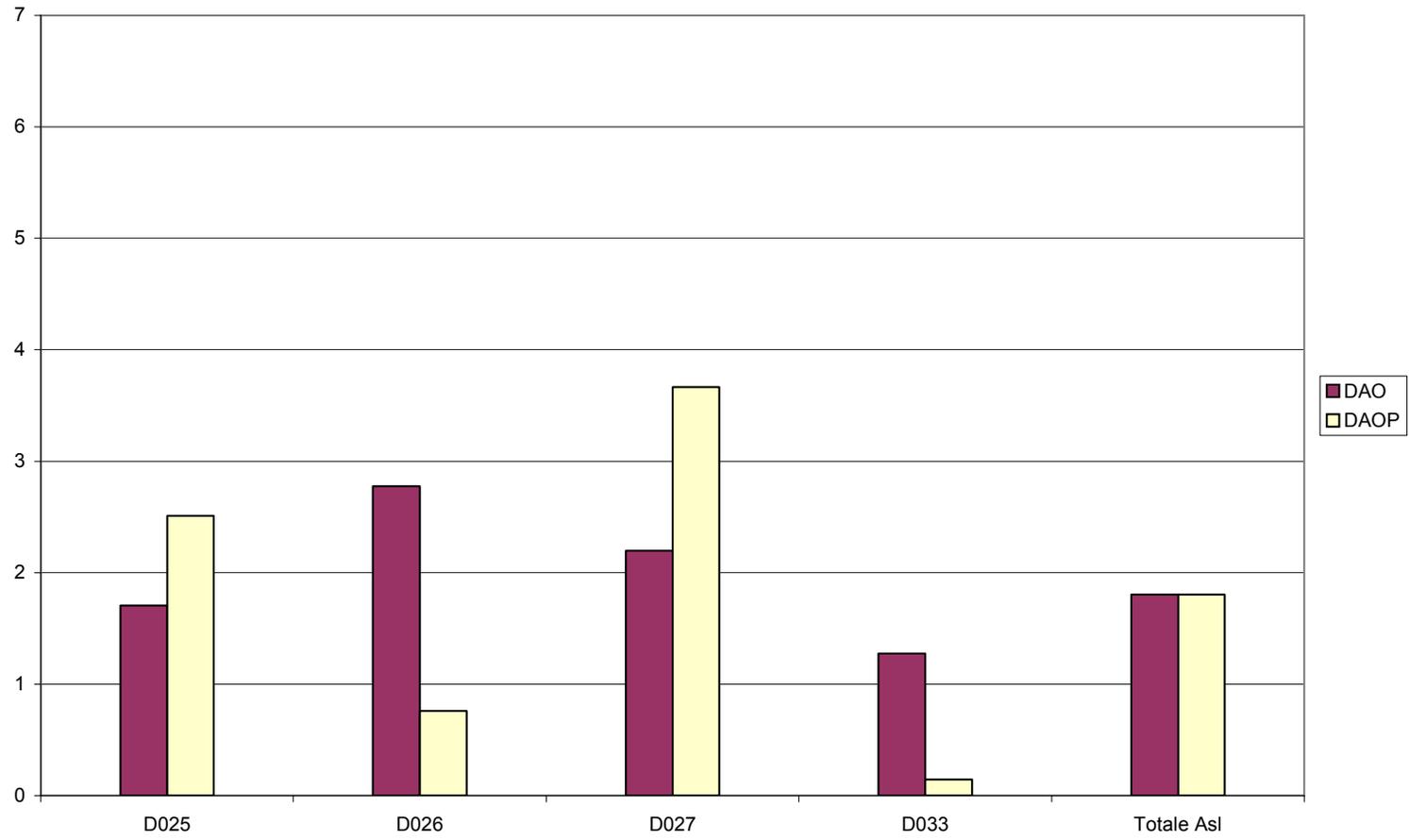
ASL Na 3



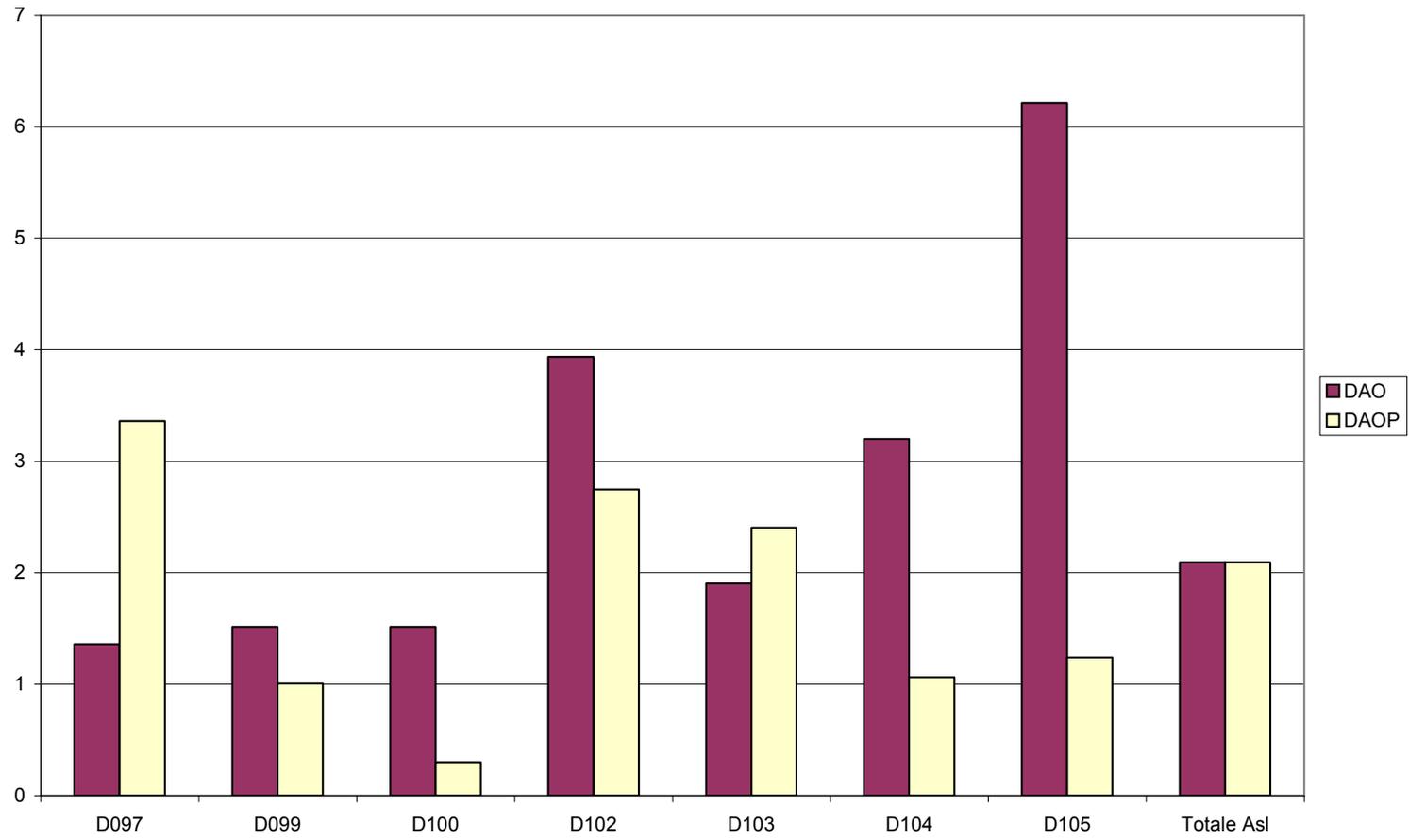
ASL Na 4



ASL Ce1



ASL Sa 2



Conclusioni

- La rappresentazione grafica mostra una attività molto disomogenea, sia in relazione al numero dei P.O. per distretto, che per livello di produzione.
- Maggiore è il Δ tra DAO e DAOP più l'offerta è generalmente insoddisfacente
- Un P.O. individua un CAD quando il $DAOP \geq DAO$
- Quando $DAO > DAOP$ si tratta di semplici ambulatori
- Si ha una prima indicazione delle aree nelle quali è utile un incremento della struttura di erogazione, intesa spesso come concentrazione di più PO con bassa DAOP in un solo PO con buona DAOP.
- Selezione delle realtà distrettuali che possono essere incluse nel progetto come pilota.