

PROGRAMMA DIABETE ASL RMH

Albano, 15 ottobre 2014

Versione 01.12

Indice

1. Introduzione e rationale	3
2. Gruppo di Lavoro e Obiettivi del Programma	5
3. Soggetti coinvolti nel Programma	6
4. Attuale organizzazione della diabetologia nella ASL RMH.....	7
4.1 Rilevanza della malattia. Epidemiologia	7
4.2 Analisi di contesto - ASL RMH	7
4.3 Criticità	8
4.4 Attuali modalità di erogazione delle prestazioni	9
4.5 Strumenti: la cartella clinica informatizzata	10
5. Nuovo Modello Organizzativo della Rete Diabetologica Aziendale.....	11
5.1 Centro di Riferimento per la Diabetologia[2° livello]. Tipo di Prestazione Erogata.....	11
5.2 Ambulatori territoriali [1° livello]. Tipo di Prestazione Erogata.....	12
5.3 Medicina d’iniziativa	13
5.4 La Casa della Salute.....	13
6. I Percorsi Diagnostici Terapeutici Aziendali (PDTA).....	15
7. Diagramma temporale per l’implementazione del nuovo Modello.....	17
8. Indicatori di Processo e di Esito. Strumenti di misurazione	19

1. Introduzione e razionale

La ASL RMH, costituita da una popolazione di oltre 500.000 abitanti, è distribuita su un territorio orograficamente articolato e con una viabilità e trasporto extraurbano del tutto inadeguati a consentire una facile mobilità delle persone, in particolare di quelle anziane non autonome. Essa confina a nord-ovest con la ASL RMD, a nord con la RMB, a nord-est con la RMG e a sud con la ASL di Latina.

Sul territorio sono presenti numerose strutture ospedaliere e territoriali, nonché strutture private accreditate e strutture oggetto di riconversione (Casa della Salute). Tale offerta sanitaria contribuisce a una presenza piuttosto diffusa e non omogenea di competenze cliniche e di servizi diagnostici utili alla gestione, intra ed extra-ospedaliera, delle persone affette da patologie croniche.

La Direzione Strategica dell'Azienda ha attivato un profondo processo di riorganizzazione dell'offerta sanitaria con l'obiettivo di consentire uno sviluppo di una rete diagnostico-clinico-assistenziale finalizzata ad assicurare livelli omogenei di accesso e di presa in carico delle persone affette da diabete mellito. Questa patologia, tra quelle cronico degenerative, rappresenta la condizione più rilevante sia per incidenza che per prevalenza, nonché per assorbimento di risorse dirette e indirette e per l'uso inappropriato dei ricoveri.

A tale riguardo, la Direzione Strategica dell'Azienda ha dato mandato a un Gruppo di Lavoro per la redazione di un "PROGRAMMA DIABETE ASL RMH" volto a una riorganizzazione della rete diabetologica e finalizzata alla presa in carico integrata della persona con diabete da parte di tutti gli operatori sanitari coinvolti nella cura.

Il Gruppo di Lavoro ha, pertanto, elaborato il "PROGRAMMA DIABETE ASL RMH", basandosi sull'analisi dell'attuale organizzazione della diabetologia in questa ASL e ispirandosi alle seguenti fonti:

- Legge 16 marzo 1987, n. 115 "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito";
- "Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica", sottoscritto tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano il 6 dicembre 2012;
- Decreto del Commissario ad Acta dalla Regione Lazio del 9 aprile 2013 per il recepimento del "Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica";
- Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio del 14 febbraio 2014, n. U00040, di approvazione dei documenti relativi al Percorso attuativo, allo Schema di Intesa e ai Requisiti minimi della "Casa della Salute";
- Documento "Organizzazione dell'assistenza per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento della persona adulta con diabete nella Regione Lazio", pubblicato il 2

maggio 2014 dalla Regione Lazio, in collaborazione con le Società scientifiche AMD, SID e CARD;

- “Linee Guida Progetto IGEA” (Aggiornamento 2012);
- Documento “Standard Italiani per la cura del diabete Mellito 2014” (rilasciato da AMD e SID il 28 maggio 2014);
- Modello di assistenza medica dei pazienti affetti da malattie croniche, Chronic Care Model (CCM), sviluppato dal Prof. Wagner e dai suoi colleghi del MacColl Institute for Healthcare Innovation, in California;
- Documento di Consenso internazionale sul Piede Diabetico (Traduzione italiana a cura del Gruppo di Studio Intersocietario Piede Diabetico SID-AMD). Edizione 2010.

2. Gruppo di Lavoro e Obiettivi del Programma

Il Gruppo di Lavoro che ha redatto il documento è composto da:

- Dott.ssa Donatella Bloise (specialista in Endocrinologia)
- Dott.ssa Stefania Casaldi (specialista in Endocrinologia)
- Dott.ssa Patrizia Di Mauro (specialista in Endocrinologia)
- Dott. Paolo Falasca (specialista in Endocrinologia)
- Inf. Daniela Cristofanelli (coordinatrice infermieristica)
- Dott. Concetto Tarascio (Segretario Associazione di pazienti D-PROJECT ONLUS)

Nello svolgimento del lavoro sono stati, inoltre, coinvolti tutti gli operatori sanitari, medici e non, che ruotano intorno all'organizzazione dei servizi e alla gestione clinica dei pazienti, inclusa l'associazione dei pazienti D-PROJECT ONLUS, che opera sul territorio.

La presenza della UOCA di Diabetologia ed Endocrinologia (P.O. di Marino) dal 2002 e di competenze diabetologiche diffuse su tutto il territorio (ambulatori ospedalieri e distrettuali), che attualmente operano solo parzialmente in sinergia tra loro, ha indotto la necessità di avviare un Gruppo di Lavoro finalizzato a definire:

- a) il modello organizzativo di assistenza diabetologica;
- b) i Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali (PDTA);
- c) il Piano di Formazione;
- d) le strategie d'intervento per promuovere i processi di autonomia nella gestione della cura delle persone con DM (*empowerment*);
- e) gli interventi diretti alla prevenzione della malattia diabetica;
- f) gli indicatori di processo e di esito adottati al fine di consentire la verifica della qualità delle cure erogate.

Tali obiettivi saranno, in alcuni casi, solo delineati, riservando a un momento successivo la redazione di documenti specifici che possano essere maggiormente esaustivi.

3. Soggetti coinvolti nel Programma

I soggetti che, a vario titolo, prestano la loro opera in favore del diabete, presso i servizi ambulatoriali aziendali, sono:

Direttore FF della UOCA di Diabetologia ed Endocrinologia

Responsabile di Branca diabetologia per gli specialisti a convenzione

Rappresentanti della diabetologia ospedaliera

Rappresentante Coordinatrice Infermieri

Associazione di persone con diabete D-PROJECT ONLUS

Gli altri soggetti da coinvolgere nel Programma sono:

Rappresentante MMG/UCP per ogni Distretto

Dipartimento di Prevenzione

Rappresentante della Formazione del Personale

Specialisti ambulatoriali convenzionati

Specialisti ospedalieri

Rappresentante Infermieri operanti in diabetologia in ospedale e nei distretti

Rappresentante Dietisti

Centri Assistenza Domiciliare

Direttori Sanitari di Polo e Distretto

Direttori di UO di P.S., Medicina, Ginecologia e Pediatria

4. Attuale organizzazione della diabetologia nella ASL RMH

4.1 Rilevanza della malattia. Epidemiologia

Considerando i dati di prevalenza, in Italia vivono attualmente circa 3 milioni di persone con diabete noto, ai quali si aggiunge circa 1 milione di persone che ne è affetto ma che lo ignora.

Il diabete mellito è una patologia cronica complessa e, pertanto, se la persona che ne è affetta non partecipa attivamente alla cura difficilmente si potranno raggiungere gli obiettivi di salute, quali la prevenzione delle complicanze acute (emergenze metaboliche) e croniche (micro e macrovascolari). La complessità della patologia deriva anche dalla concomitante presenza, molto frequente, di altre patologie (ipertensione, dislipidemia, obesità).

Per ottenere la partecipazione attiva del paziente, l'operatore sanitario non può limitare il suo intervento al solo atto prescrittivo (dieta, farmaci e insulina) ma deve adoperarsi per la messa in pratica della terapia che risulta spesso complessa. Al paziente si chiede di effettuare cambiamenti permanenti nello stile di vita (abitudini alimentari, attività fisica) e di autogestire la terapia in maniera corretta (automonitoraggio della glicemia e adattamento della dose di insulina e/o dei farmaci al contesto) e tutto questo non corrisponde all'aspettativa di cura comunemente intesa.

Il difficile compito sanitario "educativo" può essere assolto solo quando le diverse figure professionali (il medico e gli altri operatori sanitari) collaborano strettamente con la finalità di favorire l'*empowerment* della persona con diabete.

Da tale premessa ne consegue che l'organizzazione dell'assistenza alla persona con diabete ha bisogno della concertazione tra l'attività dello specialista diabetologo, dell'infermiere dedicato e della dietista (team), da una parte, e, dall'altra, dell'attività del medico di medicina generale (MMG) nel proprio ambulatorio. In questa prospettiva d'interscambio e collaborazione manca l'attore protagonista, cioè la persona affetta da diabete, che partecipi attivamente alla decisione terapeutica, manifestando apertamente le proprie esigenze e aspettative rispetto alla cura. La tutela di questo ruolo della persona con DM nel suo percorso di cura è svolta dall'Associazione dei pazienti, che fornisce sostegno in maniera del tutto gratuita e volontaria.

4.2 Analisi di contesto - ASL RMH

La popolazione appartenente alla ASL RMH (suddivisa in 6 distretti sanitari) è di 538.256 abitanti (al 1° Gennaio 2013).

In Italia la prevalenza del diabete tipo 2 "noto" (la persona ne è affetta ed è consapevole) è di circa il 5%, che sommata a quella del diabete tipo 2 "non noto" (la malattia c'è ma il

paziente non lo sa) raggiunge e supera il 6%. Pertanto si ipotizza che il numero stimato di persone con diabete tipo 2 nella ASL RMH oscilli tra 27.000 e 32.000. La diffusione del diabete tipo 2 sta crescendo nel mondo ed è previsto che il tasso di prevalenza globale aumenterà al livello del 7.7% nel 2030.

La prevalenza riportata per il diabete tipo 1 (insulino-dipendente) è di 1:1000 abitanti; pertanto si stima che in RMH ve ne sia una presenza di circa 500 persone. Il DM T1 è in aumento (+3-4% l'anno), soprattutto nei bambini più piccoli, per cui si parla di un raddoppio dei casi nei prossimi 15 anni.

Un'altra sottopopolazione di persone che richiede un'assistenza dedicata è costituita dalle donne con diabete gestazionale (DG) e da quelle con DM T1 o T2 in gravidanza. Sulla base dei dati di prevalenza nazionali ed europei si stima che circa il 6-7% di tutte le gravidanze risulti complicato da diabete, trattandosi, per il 97.5% dei casi, di diabete gestazionale. Seguire queste donne dal momento della diagnosi al parto, nel caso di DG, e dalla programmazione, al concepimento e al parto, nei casi di soggetti già con DM T1 o T2, significa ridurre la morbilità fetale e neonatale (aborto, malformazioni fetali, parto pretermine, emergenze metaboliche acute al parto).

Considerando le ingenti spese sanitarie associate al diabete, esso rappresenta una priorità d'intervento per tutti i sistemi sanitari europei. Considerando che i costi sanitari diretti del diabete rappresentano attualmente circa il 10-15% della spesa sanitaria, la previsione di aumento d'incidenza e di prevalenza della malattia porterà a una lievitazione della spesa decisamente insostenibile.

4.3 Criticità

Di seguito vengono elencate le principali criticità, presenti presso le strutture della ASL RMH, con riferimento al servizio di diabetologia:

1. nonostante che la prevalenza di malattia diabetica nella ASL RMH non si discosti dalla media nazionale, da molti anni assistiamo a un progressivo depauperamento di personale e di Servizi dedicati. La domanda nella ASL RMH è, inoltre, aumentata in relazione ai seguenti fattori:
 - aumento dell'età anagrafica;
 - accresciuta conoscenza e attenzione nei confronti della patologia;
 - aumento demografico legato allo spostamento della popolazione dalla città verso la provincia;
2. l'attività assistenziale erogata viene eseguita in maniera non coordinata e priva di una univoca organizzazione diabetologica, in quanto legata alle scelte dei singoli servizi e distretti. Nell'ambito della ASL esistono una UOCA di Diabetologia ed Endocrinologia,

presso l'Ospedale di Marino, e alcuni ambulatori, sia ospedalieri dedicati che specialistici distrettuali;

3. non sempre i pazienti neo diagnosticati, o che inizino un terapia insulinica, dimessi dai reparti ospedalieri, vengono inseriti in un percorso di cura specialistico;
4. non esistono collegamenti strutturati tra gli ambulatori specialistici e i MMG;
5. spesso la persona con diabete viene ricoverata, in maniera inappropriata, presso i reparti ospedalieri per acuti;
6. la mancanza di un archivio informatico utilizzato in maniera omogenea rende difficile stimare il numero complessivo delle persone con DM. Non si hanno i dati riguardanti:
 - le persone con DM seguite nel percorso di cura solo dal MMG;
 - le persone con DM seguite presso altro ambulatorio di diabetologia fuori ASL;
7. dal CUP si segnalano tempi di attesa lunghi (oltre 6-8 mesi) per l'accesso ai servizi ambulatoriali;
8. non si conoscono i dati relativi all'accesso in P.S. per emergenza metabolica acuta;
9. la sola registrazione delle ricette del SSN (registri di sala) non indica la qualità della prestazione ambulatoriale erogata, che può essere verificata solo sulla base della tracciabilità del dato clinico (accesso ai dati informatizzati, indicatore di processo): il solo numero delle visite non è sufficiente per essere considerato un indicatore di processo;
10. non tutte le sedi ambulatoriali sono dotate di computer collegato in rete, fondamentale per l'archiviazione dei dati.

4.4 Attuali modalità di erogazione delle prestazioni

L'accesso del paziente con diabete presso le strutture aziendali è tipizzato secondo le tre seguenti tipologie:

1. diagnosi, terapia, piani di rinnovo dei presidi, certificazioni ed esenzioni ticket sono erogati nei vari ambulatori territoriali e ospedalieri specialistici diabetologici e seguono la comune via di prenotazione, attraverso il CUP regionale o ad accesso diretto;
2. i PAC (Prestazioni Ambulatoriali Complesse) costituiscono una modalità operativa sottoutilizzata, oltreché utilizzata "a macchia di leopardo" all'interno di questa ASL;
3. i ricoveri in regime di DH e i PAC, presso l'UOCA di Marino, sono indicati in relazione alla tipologia del paziente: sono percorsi diversi per pazienti diversi.

4.5 Strumenti: la cartella clinica informatizzata

La UOCA di Diabetologia ed Endocrinologia si è dotata di software (MyStarConnect della ME.TE.DA.) per la gestione della cartella clinica informatizzata (CCI). Tale strumento, finalizzato alla raccolta dei dati anagrafici e clinici e alla successiva elaborazione, favorisce il percorso di cura di ogni assistito, evitando altresì inutili ripetizioni di analisi e di indagini specialistiche, con conseguente risparmio di costi (dato non trascurabile nell'ottica del contenimento della spesa sanitaria).

Il software in uso, autorizzato a suo tempo dalla Direzione Generale della ASL, prevede l'archiviazione delle informazioni in un "data base", presente nel server centrale, ubicato presso la sede di Albano.

Nel corso degli anni, il medesimo software è stato distribuito a tutti gli ambulatori dei 6 distretti e a quelli degli ospedali; avendo, poi, realizzato il collegamento "intranet" tra le varie unità è, pertanto, possibile accedere in rete alle informazioni della cartella informatizzata.

5. Nuovo Modello Organizzativo della Rete Diabetologica Aziendale

Il modello organizzativo delle alte specialità fa riferimento alla modalità di produzione e distribuzione dell'assistenza secondo il principio delle reti cliniche integrate (modello "HUB & SPOKE": letteralmente, mozzo e raggi), che prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che necessita di più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (HUB). L'attività degli HUB è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri periferici, ospedalieri e distrettuali (SPOKE).

Considerando, poi, che il Piano Nazionale sul Diabete ha riconosciuto e raccomandato una grande importanza al ruolo delle Associazioni di persone con diabete, c'è la necessità che queste diventino un interlocutore stabile nelle attività di programmazione e verifica e, attraverso specifici processi di qualificazione, possano essere partner per lo sviluppo di programmi e attività di informazione/educazione dei pazienti e dei *caregivers*.

Sulla base delle precedenti considerazioni, sotto il profilo organizzativo, il modello di Rete Diabetologica della ASL RMH è basato su una forte integrazione tra:

- A. la struttura aziendale di riferimento per la Diabetologia (che eroga prestazioni di Diabetologia di 2° livello);
- B. le strutture ambulatoriali territoriali (che erogano prestazioni di Diabetologia di 1° livello);
- C. i MMG e le Associazioni di volontariato dei pazienti diabetici.

5.1 Centro di Riferimento per la Diabetologia[2° livello]. Tipo di Prestazione Erogata

Il centro di riferimento per la Diabetologia (HUB) è individuato nel P.O. S. Giuseppe di Marino. In tale sede lavora il team specialistico già costituito (1 medico specialista, 1 dietista, 5 infermieri, 1 coordinatrice, 1 OSS, 1 amministrativo).

L'erogazione di prestazioni ad "alta competenza e specificità" è costituita da:

- Nuove tecnologie: microinfusori e sistemi integrati con misurazione in continuo della glicemia [Circa il 50% delle persone con DM T1 seguite presso questa ASL sono in terapia con microinfusore e sono in cura presso l'UOCA di Diabetologia ed Endocrinologia (n>200). Questo tipo di prestazione ha permesso di ridurre la mobilità dei residenti che erano costretti a curarsi fuori della propria ASL, anzi ha consentito il recupero dei pazienti già seguiti in altra ASL e di attrarne altri appartenenti ad ASL limitrofe (circa il 15% del totale)]

- Holter glicemici
- Holter metabolici
- Diabete in gravidanza
- Screening del piede e baropodometria
- • Cura delle Lesioni del Piede diabetico¹
- Test cardiovascolari per la neuropatia autonoma
- Retinografia
- Corsi di Educazione Terapeutica in gruppo
- Educazione Terapeutica individuale
- Videat dietologico e dietoterapia
- Polisonnografia
- Assistenza infermieristica dedicata e consulenza infermieristica

Il centro di riferimento per la diabetologia dovrebbe essere in grado di affrontare le problematiche più complesse del paziente diabetico e quindi avvalersi della collaborazione di più specialisti (Cardiologo, Oculista, Chirurgo vascolare, Nefrologo, Neurologo, Psicologo)

5.2 Ambulatori territoriali [1° livello]. Tipo di Prestazione Erogata

Gli ambulatori periferici collegati (SPOKE) sono:

- ospedalieri di tipo divisionale: Albano, Anzio, Ariccia, Genzano, Frascati, Velletri;
- territoriali distrettuali: Albano, Ardea, Ciampino, Nettuno, Pomezia, Velletri.

Presso questi ambulatori devono essere garantite le prestazioni per l'assistenza con problematiche cliniche meno complesse (standard minimo di qualità), quali:

- Visita ambulatoriale
- Screening del piede
- Educazione individuale
- Compilazione/aggiornamento della cartella informatizzata

¹ Attualmente, il Centro di II° Livello non è in grado di garantire un servizio né come "modello minimo", né "intermedio", né tanto meno come "centro di eccellenza", secondo le indicazioni del "Documento di Consenso Internazionale sul Piede Diabetico" - Edizione 2010

- PAC diabete neo diagnosticato o non complicato (nei distretti questa possibilità dipenderà dall'individuazione di un infermiere *case manager* e dalla collaborazione con specialisti di altre branche)

5.3 Medicina d'iniziativa

Il Piano Sanitario Regionale (PSR) 2008-2010, in linea con l'evoluzione organizzativa dei sistemi sanitari internazionali, pone tra gli obiettivi strategici del triennio lo sviluppo di una "sanità d'iniziativa", ovvero di un modello assistenziale che – integrando quello classico della "medicina d'attesa", disegnato sulle malattie acute – sia in grado di assumere il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che questa si manifesti o si aggravi, e di gestire detta malattia in modo tale da rallentarne il decorso, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio (punto 4.3.1).

A livello territoriale, il modello di riferimento per l'attuazione della sanità d'iniziativa è il "Chronic Care Model" (CCM) o "modello di presa in carico del paziente cronico") che pone il singolo cittadino nella più ampia dimensione della comunità. Il modello si basa sull'interazione tra la persona resa "esperta" da interventi di formazione e di addestramento e il team multiprofessionale composto da operatori socio-sanitari, infermieri, Medici di Medicina Generale (MMG), medici del distretto e specialisti. Il MMG ha la responsabilità clinica per le attività del team stesso, in considerazione del rapporto di fiducia e relazione con il suo assistito.

La sanità d'iniziativa pone particolare attenzione verso le fasce di popolazione che, per condizioni socio-sanitarie, livello di istruzione e/o scarsa conoscenza dei servizi, si trovano ad accedere al SSR con minore frequenza e tempestività, oppure vi accedono attraverso la rete dell'emergenza urgenza, con minori possibilità di recupero.

5.4 La Casa della Salute

Con Decreto del Commissario ad Acta del 14 febbraio 2014, la Regione Lazio ha promosso una rete di strutture territoriali organizzate per livelli di complessità assistenziale che sono state denominate "Case della Salute" (CdS), collegate tra loro, con le strutture di ricovero pubbliche e private accreditate, con le Unità di Cure Primarie esterne alla struttura, con le farmacie pubbliche e private, e con gli altri presidi presenti sul territorio, per garantire un'offerta di servizi tale da assicurare l'efficace presa in carico dei cittadini e il coordinamento delle risposte da garantire loro.

Per il raggiungimento di questi obiettivi si renderà necessario collegare in rete (con una opportuna modalità di "Cloud computing") i software della cartella orientata per problemi (CMOP) della medicina Generale e della Pediatria di libera scelta.

“La Casa della Salute (Cds), articolazione del Distretto sanitario e luogo fisico immediatamente riconoscibile dai cittadini, è una struttura in grado di erogare l'assistenza primaria e, se presenti moduli aggiuntivi, l'assistenza intermedia; essa si colloca e si connette con l'ospedale e con gli altri servizi territoriali. Obiettivo della CdS è un'efficace presa in carico del paziente, in particolare del paziente cronico, in grado di ridurre gli accessi impropri al P.S. e i ricoveri ripetuti in ospedale. Nella CdS operano medici del distretto, medici di medicina generale, medici specialisti territoriali e ospedalieri (che garantiscono anche le attività di diagnostica strumentale), psicologi, infermieri”².

Le attività svolte all'interno della CdS dovranno essere in grado di garantire:

- l'accesso a percorsi assistenziali condivisi attraverso la rete integrata Ospedale-territorio (PDTA);
- la gestione della continuità dell'assistenza.

La CdS attiva specifici Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) relativamente alle principali patologie cronico degenerative e alle condizioni clinico assistenziali a maggior impatto sociale. Devono essere attivi almeno i percorsi per i pazienti con diabete, cardiopatici, portatori di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO).

² Definizione contenuta nel testo del Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio del 14 febbraio 2014, n. U00040, di approvazione dei documenti relativi al Percorso attuativo, allo Schema di Intesa e ai Requisiti minimi della "Casa della Salute"

6. I Percorsi Diagnostici Terapeutici Aziendali (PDTA)

“Dare al paziente quello che serve, quando serve, usando adeguatamente le risorse disponibili”

Il PDTA è:

- centrato sulla persona;
- un sistema di cura integrato;
- una conoscenza economica e clinica della malattia;
- un processo di miglioramento continuo.

Il profilo di cura è la trasposizione dei percorsi in un preciso iter multiprofessionale e multidisciplinare allo scopo di ottenere la massima efficacia ed efficienza delle attività.

Le attività sono organizzate in una matrice spazio/tempo/operatore.

Salvo diversa indicazione da parte della Regione Lazio, il Gruppo di Lavoro che ha redatto il presente documento propone l'attuazione del Programma di gestione integrata (“Disease Management”), attraverso tre profili di cura:

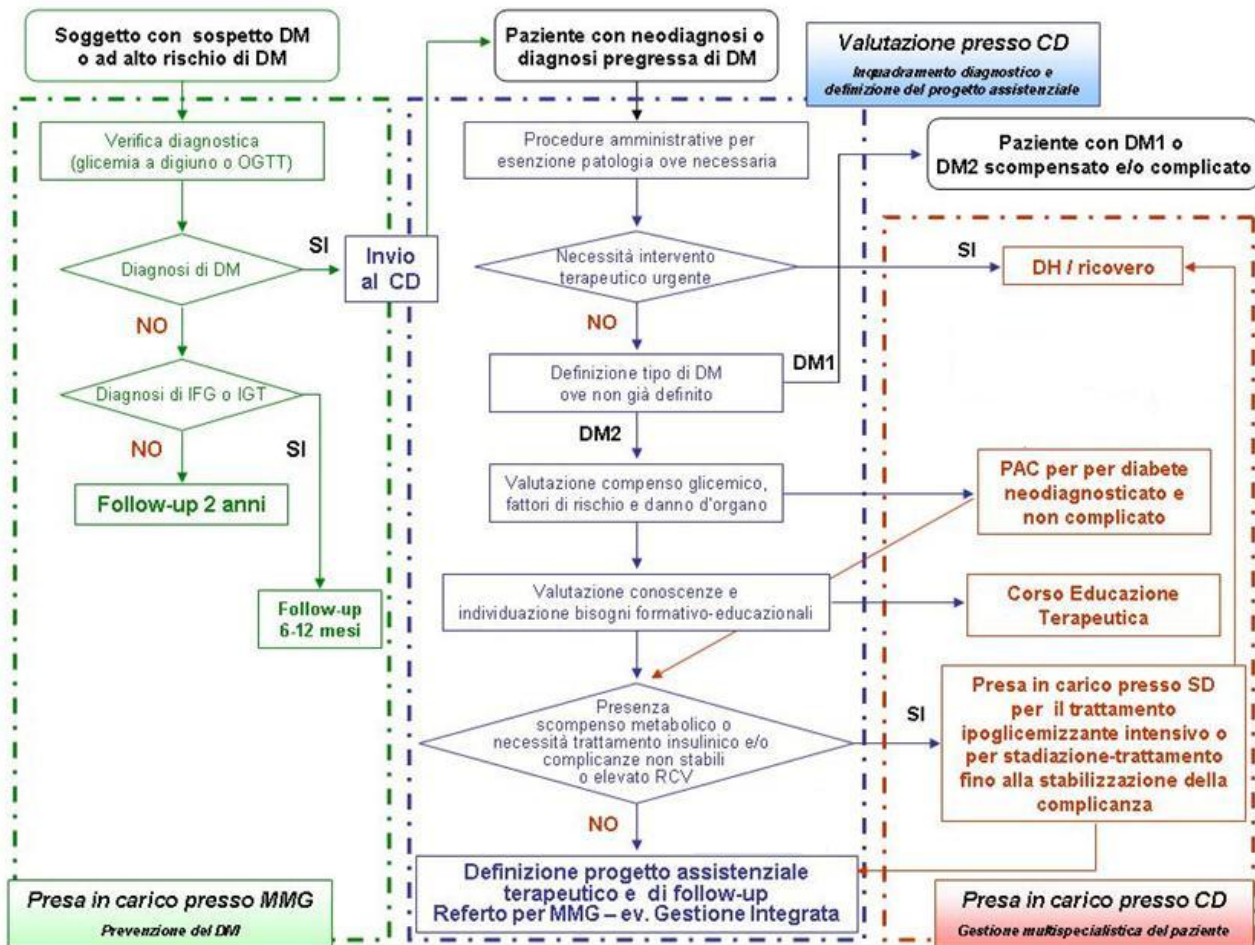
Profilo di cura A: Screening, diagnosi e prevenzione del Diabete Mellito - presa in carico da parte del MMG

Profilo di cura B: Neodiagnosi o diagnosi pregressa di Diabete non complicato (diagnosi, definizione del Programma assistenziale, terapeutico e di controllo: gestione integrata)

Profilo di cura C: Diabete Mellito T1 o T2 scompensato e/o complicato, diabete in gravidanza - presa in carico da parte del servizio di diabetologia

Nel caso che la persona con Diabete Mellito T1 o T2 si presenti in Pronto Soccorso per emergenza metabolica (ipoglicemia/iperglicemia) sarà necessaria la presa in carico da parte del servizio di diabetologia e la definizione del Profilo di Cura in assenza di precedente identificazione.

I predetti profili sono schematizzati nella figura di pagina seguente.



7. Diagramma temporale per l'implementazione del nuovo Modello

Il Gruppo di Lavoro ha individuato 4 fasi necessarie per il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Per ognuna di esse sono stati assegnati alcuni indicatori per la verifica del raggiungimento degli obiettivi.

Fase 1	Utilizzo della cartella informatizzata MyStarConnect da parte di tutte le unità	Entro 12 mesi
	<u>Indicatori:</u> - completezza dei dati anagrafici, anamnesi, terapia, esami di laboratorio - registrazione delle complicanze	Entro 12 mesi Entro 12-18 mesi
Fase 2	Formazione e condivisione del PDTA con i MMG	Entro 12-18 mesi
	<u>Indicatori:</u> - inappropriata prescrizione (numero di richieste di visita urgente inappropriate). Lo specialista che riceve la "richiesta Urgente" archiverà la fotocopia della stessa con valutazione del numero complessivo a 12 mesi	Entro 12-18 mesi
Fase 3	Formazione degli operatori sanitari (medici, infermieri ospedalieri, distrettuali e del CAD, dietisti, psicologi) che includa la valutazione e verifica del Programma in itinere	Entro 18-24 mesi
	<u>Indicatori:</u> - raggiungimento degli obiettivi di performance (questo obiettivo riguarda i medici dipendenti che per contratto, ogni anno, devono raggiungere gli obiettivi di performance stabiliti dai Direttori di struttura. Il mancato raggiungimento degli obiettivi prelude l'erogazione del premio di produzione. Diversa è la posizione degli specialisti a convenzione per i quali non è previsto il raggiungimento di obiettivi annuali né tanto meno l'erogazione di premi di produzione)	Entro 18-24 mesi
Fase 4	Definizione di PDTA per l'integrazione con gli specialisti che concorrono alla cura del paziente diabetico (Cardiologo, Nefrologo, Neurologo, Chirurgo vascolare, Oculista, Psicologo)	Entro 6 mesi
	<u>Indicatori:</u> - percentuale di pazienti sottoposti a screening delle	Entro 6 mesi

complicanze. La persona che entrerà in un PDTA verrà identificata con una "etichetta" nell'ambito della cartella informatizzata per procedere successivamente all'analisi dei dati	
--	--

I responsabili e i soggetti coinvolti nelle singole fasi, nonché le risorse tecnologiche e i relativi costi per l'attuazione, saranno individuati nell'ambito di un accordo con la Direzione Sanitaria.

In merito al Piano di Formazione, il Centro di Diabetologia di 2° livello sarà impegnato nell'attività formativa attiva e continua nei confronti dei MMG, degli infermieri e degli altri soggetti comunque afferenti agli ambulatori di Diabetologia.

L'impegno riguarderà la realizzazione di programmi unici di formazione, estesi in maniera capillare in tutta l'Azienda e condivisi attraverso tre possibili modalità:

- Corsi di formazione per piccoli gruppi [cadenza annuale]
- Corsi di formazione per tutor che, a loro volta, effettueranno formazione nei confronti di altre risorse [cadenza annuale]
- Formazione esperienziale attraverso lo scambio del personale da una sede all'altra

8. Indicatori di Processo e di Esito. Strumenti di misurazione

I primi 3 mesi saranno dedicati all'analisi, al 30 settembre 2014, degli indicatori sotto riportati (dato ante riorganizzazione rete diabetologica). Successivamente sarà aggiunta a ogni indicatore la percentuale del risultato atteso nel periodo prestabilito (fissato in ragione del dato di partenza).

Indicatori descrittivi generali
Numero primi accessi nel periodo di osservazione
Numero nuove diagnosi nel periodo di osservazione
Indicatori di volume di attività
Soggetti con diabete visti nel periodo di osservazione
Indicatori di processo
Soggetti con almeno una determinazione di HbA1c
Soggetti con almeno una valutazione del profilo lipidico
Soggetti con almeno una misurazione della pressione arteriosa (PA)
Soggetti monitorati per albuminuria
Soggetti monitorati per creatininemia
Soggetti monitorati per il piede
Soggetti monitorati per retinopatia diabetica
Indicatori di risultato intermedio
HbA1c media \pm DS
HbA1c media \pm DS. (ultimo valore) per tipo di trattamento nel DM2
Soggetti con HbA1c \leq 7.0% (53 mmol/mol)

Soggetti con C-LDL ≤ 100 mg/dl
Soggetti con C-LDL ≥ 130 mg/dl
Soggetti con PA $\leq 130/80$ mmHg
Soggetti con PA $\geq 140/90$ mmHg
Soggetti con BMI ≥ 30 Kg/m ²
Soggetti con GFR (calcolato) ≤ 60 ml/min/1.73m ²
Soggetti fumatori
Indicatori di esito nel periodo di osservazione
Soggetti con retinopatia diabetica
Soggetti con ulcera del piede comparsa nel periodo osservazione
Soggetti con storia di amputazione minore
Soggetti con storia di amputazione maggiore
Soggetti con storia di infarto del miocardio
Soggetti con storia di ictus cerebri
Soggetti in insufficienza renale cronica e dialisi da malattia diabetica