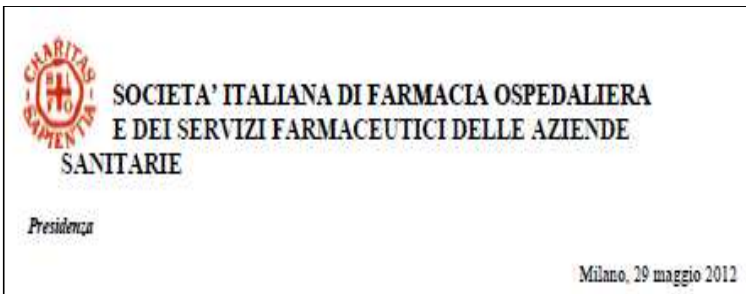


LA LEGGE 5 E L'OPPORTUNITÀ DELLA RETE DIABETOLOGICA DELLA PROVINCIA DI PALERMO

Dott. Lucia Spano
P.O. Partinico ASP 6 PA
U.O. C. Medicina-Diabetologia



DIABETE: FATTI E CIFRE IN ITALIA

Diabetes is **one of the most prevalent chronic diseases** and the prevalence is expected to increase in the next decades

- Oltre 3 milioni di italiani adulti hanno il diabete, pari al **5,8%** della popolazione totale.¹
- Si stima che un ulteriore milione di persone abbia il diabete senza saperlo e che 2,65 milioni di cittadini (**6%** della popolazione) soffrono di alterata intolleranza al glucosio (**pre-diabete**).²
- La situazione peggiorerà in futuro, si stima infatti che **nel 2030 quasi 5 milioni di cittadini adulti soffriranno di diabete**.²

*Secondo **L'Organizzazione Mondiale della Sanità**, il diabete sarà entro il 2030 la **quarta causa principale di morte di Europa**

Il legame con l'obesità'

- **L'obesità** è stata identificata come il fattore con la più forte associazione al diabete di tipo 2.³ **Un italiano adulto su tre è in sovrappeso (36%) e uno su dieci è obeso (9,9%).** In Italia ci sono oggi **17,6 milioni di persone in sovrappeso e 4,9 milioni di obesi**¹²

Figura 1 - Il Diabete in Italia: la pandemia del 21° secolo



Ogni minuto, nel nostro Paese viene effettuata una nuova diagnosi di malattia, per più di mezzo milione di nuovi casi l'anno. Come se non bastasse, da Aosta alla Sicilia ogni **tre minuti e mezzo** un diabetico ha un attacco cardiaco, ogni **dieci minuti** un diabetico muore

ITALIAN BAROMETER
DIABETES REPORT 2013
L'impatto del diabete
in Europa e in Italia



SOCIETA' ITALIANA DI FARMACIA OSPEDALIERA
E DEI SERVIZI FARMACEUTICI DELLE AZIENDE
SANTARIE

Presidenza

Milano, 29 maggio 2012

DIABETE: FATTI E CIFRE IN ITALIA

COMPENSO METABOLICO

Due terzi delle persone con diabete di tipo 1 e oltre la metà di quelle con diabete di tipo 2 **non presentano un adeguato controllo metabolico:**

Dati del rapporto Osmed 2012 evidenziano :

DM 1 con glicata inf. a 7 mg%ml = 23,2%

DM1 con glicata magg. di 8 mg = 44,2 %

DM 2 con glicata a target = 43,8%

DM2 con glicata magg di 8 mg%ml = 27,2 %

Figura 19. Percentuali di soggetti con diabete di tipo 1 e di tipo 2 in cura presso le strutture specialistiche che raggiungono i target terapeutici raccomandati (Annali AMD 2010).

	Diabete di tipo 1	Diabete di tipo 2
HbA _{1c} ≤7.0%	24,0%	43,8%
Colesterolo LDL <100 mg/dl	37,2%	41,8%
Pressione arteriosa ≤130/80 mmHg	36,1%	15,2%

Figura 4 - E' possibile prevenire le complicanze del diabete anche con la sola riduzione di un punto HbA_{1c}



Questo relativo fallimento è dovuto sia alla natura progressiva della malattia ed in particolare al progressivo **declino della funzione β-cellulare**, sia ad una insoddisfacente **aderenza** dei pazienti



Tassi di mortalità per cause Sicilia-Italia				
Cause di morte	Tassi stand. per 10.000 Maschi		Tassi stand. per 10.000 Femmine	
	Sicilia	Italia	Sicilia	Italia
	Tumori	32,30	38,04	18,09
<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	1,73	2,47	0,81	1,16
<i>Tumori maligni del colon, retto e ano</i>	3,60	3,88	2,35	2,23
<i>Tumori maligni della trachea, bronchi e polmoni</i>	8,17	9,81	1,51	2,04
<i>Tumori maligni della mammella della donna</i>	-	-	3,05	3,28
Diabete mellito	5,41	3,29	5,35	2,78
Malattie del sistema nervoso	3,59	3,46	2,57	2,71
Malattie del sistema circolatorio	46,50	41,71	35,04	28,74
<i>Infarto del miocardio</i>	7,11	7,32	3,35	3,48
<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	14,43	10,67	12,53	8,53
Malattie del sistema respiratorio	9,27	8,99	3,64	3,58
Malattie dell'apparato digerente	4,14	4,67	2,58	2,89
Cause accidentali e violente	5,29	5,68	2,62	2,45
Altre cause	9,06	8,21	7,83	6,41
Totale	115,55	114,05	77,70	69,40

Elaborazione DASOE su Fonte ISTAT- Stime preliminari della mortalità per causa nelle regioni italiane (2009).

Valutazione dell'epidemiologia assistenziale del diabete a partire dai dati amministrativi: potenzialità del linkage fra dati di dimissione ospedaliera e dati di prescrizione

Antonio Nicolucci

Dipartimento Farmacologia Clinica e Epidemiologia

DATI REGIONE SICILIA

Consorzio Mario-Negri Sud

► **DISTRIBUZIONE PER FASCE DI ETÀ' DEI SOGGETTI CON DIABETE**

Fasce di età	Sesso		Totale (%)
	Maschi	Femmine	
< 14 anni	588 (0,5%)	522 (0,4%)	1110 (0,47%)
14-39 anni	4.338 (3,8%)	5.481 (4,4%)	9.819 (4,12%)
40-64 anni	49.045 (42,6%)	41.173 (33,4%)	90.218 (37,83%)
≥ 65 anni	61.212 (53,1%)	76.137 (61,7%)	137.349 (57,60%)
Totale	115.183 (48,3%)	123.313 (51,7%)	238.496

6,0% Prevalenza

COMPLICANZE E PATOLOGIE CONCOMITANTI

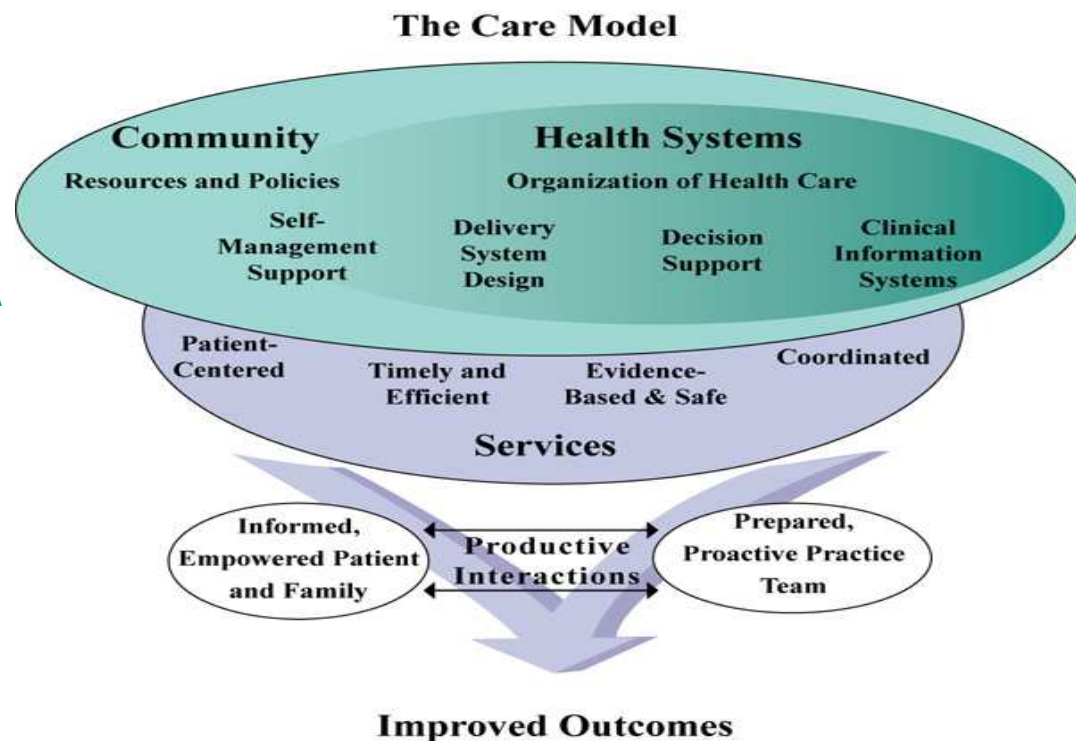
Complicanze e patologie concomitanti	Casi	Controlli	RR (IC 95%)
IMA	1.3%	0.7%	1.88 (1.79-1.98)
Cardiopatía ischemica	4.9%	2.0%	2.61 (2.54-2.68)
Scompenso cardiaco	2.6%	1.1%	2.47 (2.38-2.56)
Aritmie	2.5%	1.6%	1.51 (1.46-1.56)
Complicanze cerebrovascolari	3.9%	2.0%	2.01 (1.95-2.07)
Ictus ischemico	0.8%	0.4%	1.98 (1.86-2.11)
Ictus emorragico	0.1%	0.1%	1.37 (1.20-1.57)
Complicanze renali	2.9%	1.1%	2.66 (2.57-2.76)
Neuropatia	0.8%	0.3%	2.99 (2.78-3.21)
Complicanze oculari	3.1%	1.8%	1.81 (1.76-1.87)
Complicanze arti inferiori	0.6%	0.09%	5.89 (5.29-6.55)
Vasculopatia periferica	2.8%	0.7%	4.00 (3.83-4.17)
Amputazioni	0.2%	0.02%	7.99 (6.47-9.87)
Amputazioni maggiori	0.05%	0.01%	3.91 (2.91-5.33)
Amputazioni minori	0.1%	0.01%	13.73 (10.14-18.58)
Complicanze acute: comi	1.2%	0.02%	54.05 (44.39-65.80)
Miscellanea (Malattie infettive)	5.1%	2.7%	1.91 (1.86-1.96)

Le percentuali si riferiscono al totale dei casi e dei controlli rispettivamente

il Chronic Care Model (CCM)

Dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa: i pilastri

- Nuova organizzazione delle cure primarie basata su **team** multi professionali proattivi
- Supporto alle decisioni con la condivisione di **PDTA**
- Ruolo dell' **infermiere** per il supporto al self management
- Forte impegno sul **sistema informativo** a supporto delle attività di cura e di self-audit e soprattutto di monitoraggio e valutazione degli esiti



Population management

More than care and case management

Deciding the right approach

It is important to have the information and knowledge to be able to carry out a risk-stratification on local populations to identify those who are most at-risk

Level 3

As people do not become disabled and social care worker (often

Livello 3
Pazienti molto complessi
CASE MANAGEMENT

care health key le.

Level 3:
Highly complex patients
Case management

Level 2

Dis high ma of spe - p rec

Livello 2
Pazienti a alto rischio
DISEASE MANAGEMENT

vide e nt

Level 2:
High risk patients
Care management

Level 1

W ac ma pr an ma fal im

70-80% dei pazienti
Livello 1
Con il giusto supporto le persone possono imparare a essere attivi protagonisti della loro condizione

Level 1:
70-80% of a Chronic Care Management population

PROMOZIONE DELLA SALUTE

Health promotion

Piano nazionale Diabete



➤ Il **Piano sulla malattia diabetica** è stato recepito con l'Accordo Stato Regioni del 6 dicembre 2012 e pubblicato in G.U. il **7 febbraio 2013**.

Gli obiettivi ultimi che si pone sono:

- **Migliorare la qualità di vita delle persone con diabete.**
- Portare ad una **riduzione dei costi per il Sistema Sanitario nazionale e regionale.**
- Assicurare un **efficace coordinamento dei Servizi**, tramite la cooperazione delle articolazioni del Servizio Sanitario nazionale, quali, la Comunità medica e scientifica, le Associazioni di pazienti ed i pazienti.

➤ Le **Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano** si impegnano a **recepire con propri provvedimenti il "Piano sulla malattia diabetica"**, e a **dare attuazione ai suoi contenuti** nei rispettivi ambiti territoriali. **Ogni Regione** conserva la propria **autonomia nelle scelte** strategiche, organizzative e operative, sebbene in armonia con il disegno nazionale, anche nella realizzazione di un **proprio sistema di monitoraggio regionale.**



Il contesto istituzionale e normativo del PND

- **Modifica del titolo V della Costituzione:** nuovo assetto dei rapporti tra Stato e Regioni.
- **DPCM 29 novembre 2001** e succ. integrazioni: **Livelli Essenziali di Assistenza** – obiettivo di garantire ai cittadini un **Servizio sanitario omogeneo** in termini di qualità e quantità delle prestazioni erogate.

10 obiettivi del Piano nazionale Diabete ¹

1. **Migliorare la capacità del SSN nell'erogare e monitorare i Servizi**, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e che utilizzino metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza delle prestazioni erogate.
2. **Identificare precocemente le persone a rischio e quelle con diabete**; prevenire o ritardare l'insorgenza della malattia attraverso l'adozione di idonei stili di vita. Favorire **adeguate politiche di intersectorialità** per la popolazione generale e a rischio e per le persone con diabete.
3. **Aumentare le conoscenze circa la prevenzione, la diagnosi il trattamento e l'assistenza**, conseguendo, attraverso il sostegno alla ricerca, progressi di cura, riducendo le complicanze e la morte prematura.
4. **Rendere omogenea l'assistenza**, prestando particolare attenzione alle disuguaglianze sociali ed alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio - sanitaria sia per le persone a rischio che per quelle con diabete.
5. **Assicurare la diagnosi e l'assistenza alle donne con diabete gestazionale**; nelle diabetiche in gravidanza raggiungere *outcome* materni e del bambino equivalenti a quelli delle donne non diabetiche.

10 obiettivi del Piano nazionale Diabete 2

6. Migliorare la qualità di vita e della cura e la piena integrazione sociale per le persone con **diabete in età evolutiva** anche attraverso strategie di coinvolgimento familiare.
7. Organizzare ed implementare le attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione ed al miglioramento dell'assistenza, per una gestione efficace ed efficiente della malattia.
8. Aumentare e diffondere le competenze tra gli operatori della **rete assistenziale** favorendo lo scambio continuo di informazioni per una gestione efficace ed efficiente, centrata sulla persona.
9. Promuovere l'uso appropriato delle **tecnologie**.
10. Favorire varie forme di partecipazione, in particolare attraverso il coinvolgimento di **Associazioni riconosciute di diabetici**, sviluppando *l'empowerment* delle persone con diabete e delle comunità.



Piano sulla malattia diabetica

Per il loro raggiungimento è fondamentale l'impegno di *Team* Diabetologici, Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta chiamati a interagire tra loro, con le altre componenti professionali (in particolare, ma non solo, le componenti infermieristiche) e con le Associazioni delle persone con diabete, al fine di assicurare un'assistenza unitaria, integrata, continuativa che raggiunga elevata efficienza ed efficacia degli interventi nel rispetto della razionalizzazione della spesa.

La gestione integrata implica un piano personalizzato di follow-up condiviso tra i professionisti principali (MMG e specialista) gli altri professionisti coinvolti nel processo di assistenza e le persone con diabete. Da ciò deriva la necessità di classificare i pazienti in sub-target in base al grado di sviluppo della patologia: vi saranno pazienti a minore complessità con una gestione del follow-up prevalentemente a carico del MMG e pazienti con patologia a uno stadio più avanzato con una gestione prevalentemente a carico dello specialista. Questa maggiore prevalenza di una figura rispetto all'altra, all'interno di un percorso assistenziale personalizzato e concordato, deve in ogni caso scaturire da una scelta condivisa tra i vari attori assistenziali coinvolti. In tal senso, la struttura del follow-up di un paziente in gestione integrata è decisa unitariamente da MMG e specialista e con il contributo degli altri attori, va rivalutata periodicamente e deve basarsi sulla scelta del setting assistenziale migliore (più appropriato, più efficace e più efficiente) per il singolo paziente.

Ecco quindi che la sfida di una cura moderna è la gestione di un percorso integrato che preveda: la centralità della persona con diabete, il lavoro interdisciplinare, la comunicazione, la raccolta dei dati e la loro continua elaborazione, il miglioramento continuo, il monitoraggio dei costi.

Classe 1 pazienti critici e/o fragili, con complicanza e/o una situazione clinica per cui vi è un serio e grave pericolo per la vita o l'autosufficienza (es. infarto acuto, coma, intervento di bypass, sepsi, amputazione; comunque ogni situazione che comporti un ricovero ospedaliero urgente).

Classe 2 pazienti che presentano una complicanza acuta in atto e che necessitano di un intervento specialistico urgente, anche in regime di ricovero, ma che non sono in immediato pericolo di vita e/o di disabilità (es. piede in gangrena, dialisi, angioplastica, grave scompenso metabolico senza coma, recente e grave episodio di ipoglicemia con perdita di coscienza ma successivo recupero, paziente diabetico ricoverato in reparto non di terapia intensiva, ecc);

Classe 3 pazienti che richiedono un intervento specialistico o multidisciplinare non urgente, ma comunque indifferibile :

- diabetico di nuova diagnosi per il quale è necessaria la definizione diagnostica e/o l'inquadramento terapeutico e/o un intervento di educazione terapeutica strutturata (vedi documento Allegato 1);
- diabete in gravidanza (diabete gestazionale e gravidanza in diabetica nota);
- paziente con complicanza acuta in atto (es: ulcera piede senza infezione, retinopatia proliferante (PDR), controllo metabolico molto instabile);
- pazienti diabetici da sottoporre allo screening annuale delle complicanze micro e macrovascolari.

Classe 4 pazienti diabetici con compenso metabolico instabile; non a target per i vari fattori di rischio cardiovascolare; ad alto rischio di evoluzione rapida verso una qualsiasi complicanza; pazienti che hanno avuto un evento cardiovascolare recente; piede diabetico senza ulcera.

Classe 5 Pazienti diabetici stabili, in buon compenso metabolico ($HbA_{1c} < 7,0\%$) ed a target per i vari fattori di rischio cardiovascolare, senza complicanze evolutive in atto.

Classe 6 Pazienti diabetici caratterizzati dalla coesistenza di cronicità multiple e riduzione dell'autosufficienza (in molti casi allettati in modo permanente o prevalente).

Classe 7 comprende tutta la popolazione generale sulla quale sono necessari interventi generali o specifici sullo stile di vita per ridurre il rischio di comparsa di un DMT2. Comprende anche i soggetti a rischio per diabete, sui quali il MMG deve attuare interventi di screening opportunistico per la diagnosi precoce di diabete mellito tipo 2.

Le eventuali neodiagnosi rimandano alla Classe 3.

LA GESTIONE INTEGRATA

Presuppone:

- l'apporto di un ampio numero di professionisti sanitari la cui strategia è il lavoro in *team*;



Necessita di:

- una gestione consapevole della malattia e di un sistema informativo adeguato;

Si basa sulla disponibilità a :

- sottoporre la propria condizione clinica ad un monitoraggio condiviso tra gli Attori.

LA GESTIONE INTEGRATA richiede

- **DISPONIBILITA'** (alla collaborazione, al cambiamento)
- **RESPONSABILITA'** (Paziente, vari Operatori)
- **CONDIVISIONE** (L.G., PDTA, strategie,...)
- **METODOLOGIA**
- **FACILITA' DI ACCESSO** (PUA, CUP, sportello, ...)
- **REGISTRAZIONE E INSERIMENTO DEI DATI** (da parte di tutti gli attori)

REPUBBLICA ITALIANA

**GAZZETTA UFFICIALE**

DELLA REGIONE SICILIANA

*PARTE PRIMA
SUPPLEMENTO ORDINARIO*

PALERMO - VENERDÌ 17 APRILE 2009 - N. 17

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2/E - 90141 PALERMO
INFORMAZIONI TEL 7074930 - ABBONAMENTI TEL 7074926 INSERZIONI TEL 7074936 - FAX 7074927**AVVERTENZA**

Il testo della Gazzetta Ufficiale è riprodotto **solo a scopo informativo** e non se ne assicura la rispondenza al testo della stampa ufficiale, a cui solo è dato valore giuridico. Né inesattezze ed incongruenze dei testi qui riportati, né di differenze rispetto al testo ufficiale, in ogni caso dovuti a possibili errori di trasposizione

Programmi di trasposizione e impostazione grafica di: [Michele Arcadipane](#) - Trasposizione grafica curata da: [Alessandro De Luca](#) - Trasposizioni in PDF realizzate con Ghostscript e con i metodi q

SUPPLEMENTO ORDINARIO**LEGGI E DECRETI PRESIDENZIALI**

LEGGE 14 aprile 2009, n. 5.
Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale.

REPUBLICA ITALIANA



GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REGIONE SICILIANA

Il principio-base sul quale si innesta l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali è quello di garantire l'intervento "giusto" al paziente "giusto" (appropriatezza **clinica), al momento "giusto" (appropriatezza **temporale**), nel posto "giusto" (appropriatezza **assistenziale**), erogato dal professionista giusto (appropriatezza **professionale**) in tempi coerenti con il grado di bisogno (cfr. Piano Sanitario regionale 2011-2013)**

Programmi di trasposizione e impostazione grafica di: [Michele Arcadi](#) - Trasposizione grafica curata da: [Alessandro De Luca](#) - Trasposizioni in PDF realizzate con Gnostiscript e con i metodi q

SUPPLEMENTO ORDINARIO

LEGGI E DECRETI PRESIDENZIALI

LEGGE 14 aprile 2009, n. 5.

Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale.

RIORIENTAMENTO DELLE CURE PRIMARIE

REPUBBLICA ITALIANA
GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA

PALERMO - Venerdì 2 Aprile 2010 - n. 16

si pubblica di regola il venerdì

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2/E - 90141 PALERMO
INFORMAZIONI TEL 7074930 - ABBONAMENTI TEL 7074926 INSERZIONI TEL 7074936 - FAX 7074927

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 10 marzo 2010

Linee guida sulla riorganizzazione dell'attività territoriale (PTA - cure primarie - gestione integrata - day service territoriale) di cui all'art. 12, comma 8, della legge regionale 14 aprile 2009, n. 5.

- **Obiettivo:** DEOSPEDALIZZARE, riorganizzando e riqualificando la rete dei servizi e delle attività territoriali distrettuali, coerentemente con la rimodulazione della rete di offerta ospedaliera;
- **Metodo:** integrazione tra ambiti assistenziali e tra professionisti, al fine di conseguire sia una *maggiore efficienza*, mediante l'appropriatezza dell'uso delle risorse, che una *migliore efficacia* attraverso l'attivazione di percorsi assistenziali

STRUMENTI DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE

(Documento SIMG-AMD-SIMD di Indirizzo Politico e Strategico per la Buona Assistenza alle Persone con Diabete)

Promuovere l'autonomia della persona con diabete nella cura e nella gestione del percorso assistenziale;

Implementare Percorsi Assistenziali condivisi;

Garantire una rete assistenziale con forte integrazione professionale e una buona comunicazione con le Associazioni di Volontariato;

Garantire che i Servizi di Diabetologia siano dotati di team multi professionale dedicato che prenda in carico, sempre in integrazione con la Medicina Generale, i pazienti secondo livelli diversi di intensità di cura e funga da consulente per i Medici di Famiglia

Organizzare l'ambulatorio del Medico di Medicina Generale con orientamento alla gestione delle malattie croniche;

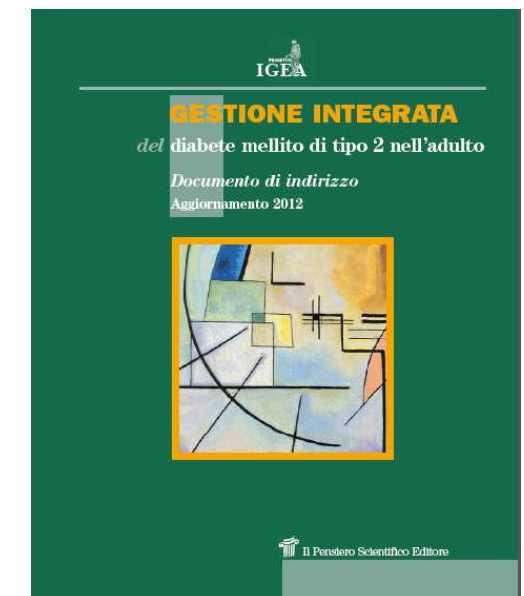
Adottare sistemi di misura e di monitoraggio della qualità delle cure erogate volti al miglioramento professionale e organizzativo continuo;

Porre in essere sistemi efficaci di comunicazione e di integrazione multidisciplinare

Coinvolgere il Distretto e le Direzioni Sanitarie ospedaliere per una presa in carico della persona con diabete attraverso la valutazione dell'intensità di cura (triage);

Rimuovere degli ostacoli amministrativi che rendono difficile e/o diseguale l'accesso alle cure delle persone con diabete.

Triage
territor.



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
PALERMO

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

11 maggio 2011

Deliberazione n. _____ del _____

OGGETTO: Presa d'atto della costituzione della Commissione Diabetologica Aziendale .

STRUTTURA PROPONENTE UOC Diabetologia P.O. Partinico	DIPARTIMENTO GESTIONE RISORSE ECONOMICHE ANNOTAZIONE CONTABILE - BILANCIO Esercizio 2011
QUADRO ECONOMICO PATRIMONIALE BUDGET Bilancio 2011	Prot. n. _____ del _____
N. Centro di costo _____	N. Costo economico _____
N. Costo Economico a _____	N. Costo Patrimoniale _____
Ordine n. _____ del _____	Importo (Euro) _____
Budget assegnato (Euro) _____	Prima nota contabile _____
Budget già utilizzato (Euro) _____	Il Direttore del Servizio Bilancio e Finanze _____
Budget presente atto (Euro) _____	Il Direttore Dipartimento Gestione Risorse Economiche (<u>Dr. Antonino Candela</u>)
Disponibilità residua di budget (Euro) _____	_____
<input type="checkbox"/> Non comporta ordine di spesa	_____
Proposta n. _____ del _____	_____
Il Direttore UOC Diabetologia P.O. Partinico	_____
Dr. _____	_____

L'anno duemiladodici, il giorno _____ del mese di _____, nei locali della Sede Legale di via Giacomo Cusmano n. 24 - Palermo, il Direttore Generale Dr. Salvatore Cidicotta, nominato con D.P.R. n. 332 del 31/08/2009, assistito dalla dott.ssa Emilia Martanga, quale segretario verbalizzante adotta la seguente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

PROPONE

Prendere Atto della costituzione della Commissione Diabetologica Aziendale e della sua articolazione in tre Sub-Commissioni: Informatizzazione - Formazione - Gestione Integrata e Percorso del Paziente Diabetico, formate come di seguito specificato:

Commissione Aziendale Diabetologica: Dott.ri Vincenzo Provenzano in qualità di Referente Aziendale, Francesco Carraro, Responsabile f.f. U.O.C. Programmazione e Organizzazione delle Attività di Cure Primarie, Silvio Buccellato Direttore f.f. Distretto n. 42, Carmelo Mandarà Consulente Assessorato Regionale per la Salute, Salvatore Vizzi Direttore f.f. del Distretto Sanitario di Corleone;

SUB-Commissione Informatizzazione: Dott. Mattina Giuseppe in qualità di Referente, e dai Dott.ri: Scorsone Alessandro, Binanti Giuseppe, Giannobila Filippo, Tarantino Natale, Montalbano Maria e Santoro Massimo;

SUB Commissione Informazione-Formazione: Dott. Magliozzo Francesco in qualità di Referente, e dai Dott.ri: Barrale Maria Luisa, D'Agati Francesco, Chiarallo Cosimo, Costa Antonella, Spano Luigi, Spicola Luigi, De Guilmi Orazio, Muratore Rosalba, Figliola Giuseppe, Montalbano Marija, Di Giovanni, e Galvano Luigi;

SUB-Commissione Gestione Integrata e Percorso del Paziente Diabetico: Dott. Vizzi Salvatore in qualità di Referente, e dai Dott.ri D'Angelo Franca, Vaccaro Maria, Mirto Beatrice, Di Carlo Vittorio, Iraci Tindaro, Fleraj Mattia, Vitale Rosa Bruna, Manunta Mario, Orlando Luigi, Fincato Maria e Paolo Carollo;

Prendere atto degli elaborati della tre SUB-Commissioni: Allegato 1 (Informatizzazione), Allegato 2 (Formazione), Allegato 3 (Gestione Integrata e Percorso del Paziente Diabetico), che si allegano e che costituiscono parte integrante del presente provvedimento:

**Il Referente Aziendale per il Diabete Mellito
Dott. Vincenzo Provenzano**

Sul presente atto viene espresso

parere _____ dal _____

parere _____ dal _____

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dr. Antonino Candela)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr. Anna Rita Mattalano)

REGIONE SICILIANA
 AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO
 UFFICIO DELIBERE
 07 FEB. 2012
 PROTOCOLLO a 66045

REGIONE SICILIANA
 AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
 PALERMO

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

DELIBERAZIONE N° 0096

DEL 07 FEB. 2012

IMMEDIATAMENTE ECUTIVO

OGGETTO: Costituzione Commissione Diabetologica Provinciale.

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

QUADRO ECONOMICO PATRIMONIALE
 BUDGET
 Bilancio 2011

N° Centro di costo _____

N° Conto Economico _____

Ordine n° _____ del _____

Budget assegnato (Euro) _____

Budget già utilizzato (Euro) _____

Budget presente atto (Euro) _____

Disponibilità residua di budget (Euro) _____

Non comporta ordine di spesa

Proposta n. 01 /DSA del 07/02/2012

Il Responsabile del Dipartimento
 DIREZIONE SANITARIA

Il Direttore Sanitario
 Dr.ssa Anna Rita Montalano

**DIPARTIMENTO
 GESTIONE RISORSE ECONOMICHE**

ANNOTAZIONE CONTABILE - BILANCIO
 Esercizio 2011

Prot. n. _____ del _____

N° Conto economico _____

N° Conto Patrimoniale _____

Importo (Euro) _____

Prima nota contabile _____

Il Direttore, del Servizio Bilancio e Finanze
 Dott. Antonio Guzzardi

Il Direttore Dipartimento
 Gestione Risorse Economiche

IL DIRETTORE SANITARIO
 Dr.ssa Anna Rita Montalano

VISTO il Piano Nazionale della Regione Siciliana 2005-2007 "linee operative per la pianificazione Regionale - Allegato 2 progetto, Integrazione, Gestione ed Assistenza del diabete (TGEA)";

PREMESSO che con verbale del 28/06/2011 è stata illustrata la necessità di implementare i percorsi diagnostico-terapeutici decisionali, pienamente condivisi da tutti gli attori coinvolti (ASO di Palermo: Policlinico, ARNAS-CIVICO, Villa Sofia-Cervello, Ospedale Classificato Buccheri La Ferla, Fondazione S. Raffaele nonché Rappresentanti delle Associazioni di volontariato e delle Case di Cura);

CONSIDERATO che a livello aziendale la Commissione Diabetologica, costituita con Delibera del Direttore Generale n° 0440 del 11.05.2011, ha elaborato e messo in atto il piano che si propone di gestire in modo efficace ed efficiente i pazienti a bassa e media complessità, migliorando gli outcome e la qualità di vita dei pazienti diabetici;

VISTA la nota prot. n° 100783 del 22/12/2011 "Valutazione grado di raggiungimento obiettivi programmatici per l'anno 2011" che pone come obiettivo 2 "la gestione specialistica integrata ospedale-territorio";

RITENUTO che, per dare piena attuazione all'integrazione Ospedale-Territorio è indispensabile l'apporto delle Aziende Sanitarie e delle altre strutture sanitarie insistenti nel territorio della città di Palermo al fine di realizzare un efficace sistema di rete;

PRESO ATTO della riunione preliminare, svoltasi in data 01.02.2012, con i Direttori Sanitari delle Aziende insistenti nella città di Palermo, AOR Villa Sofia-Cervello, AOU Policlinico, ARNAS Civico, al fine di pianificare e programmare le azioni necessarie al raggiungimento dell'obiettivo 2 su base provinciale e, durante la quale, per la parte riguardante la gestione del paziente diabetico, si è convenuto di nominare appositi referenti;

VISTE le designazioni, pervenute dalle suddette Aziende ed allegste alla Delibera, dei Dirigenti Diabetologi che faranno parte della Commissione Diabetologica Provinciale, e più in dettaglio:

- AOR Villa Sofia-Cervello (nota prot. n° 0002712/25 del 07/02/12):
 Dr.ssa GIOIA DANIELA - Dirigente Medico c/o UOC Endocrinologia del P.O. "Cervello" di Palermo;
- AOU Policlinico (nota prot. n° 1546 del 02/02/12):
 Dr.ssa PANTO FELICIA - Dirigente Medico c/o UOC Endocrinologia e Malattie Metaboliche dell'AOUP "Paolo Giaccone" di Palermo;
- ARNAS CIVICO (nota prot. n° 403/US del 02/02/12):
 Dr.ssa CARDELLA FRANCESCA - Dirigente Medico c/o Ospedale dei Bambini "G. Di Cristina" di Palermo;
- Dr.ssa ALIQUO MARIA STELLA - Dirigente Medico c/o ARNAS CIVICO di Palermo;

RITENUTO di confermare i componenti già individuati per l'ASP di Palermo, con Delibera n° 0440 del 11/05/2011, che si allega al presente atto;

PRESO ATTO che in sede di riunione si è, altresì, stabilito di nominare nel ruolo di Referente Provinciale il DR. VINCENZO PROVENZANO - Direttore UOC di Diabetologia c/o il P.O. "Civico" di Partinico, già Referente Aziendale per il diabete mellito;

Per le causali di cui in premessa;

PROPONE DI:

v.provenzano

LA COMMISSIONE DIABETOLOGICA PROVINCIALE

Gruppo
INFORMATIZZAZIONE

Gruppo
INFORMAZ. -FORMAZIONE

Gruppo
GESTIONE INTEGRATA

GRUPPO PRESIDI
AUTOCONTROLLO

GRUPPO
PIEDE

GRUPPO DIABETE
DI TRANSIZIONE

GRUPPO TECNOLOGIA
E DIABETE

Gruppo
Diabete ed occhi

GRUPPO
QUALITA' - ESITI

GRUPPO
DIABETE DONNA

GRUPPO DIABETE ED
IMMIGRATI

Gruppo
Prevenzione del diabete

Gruppo alimentazione e
modifiche Lifestyle

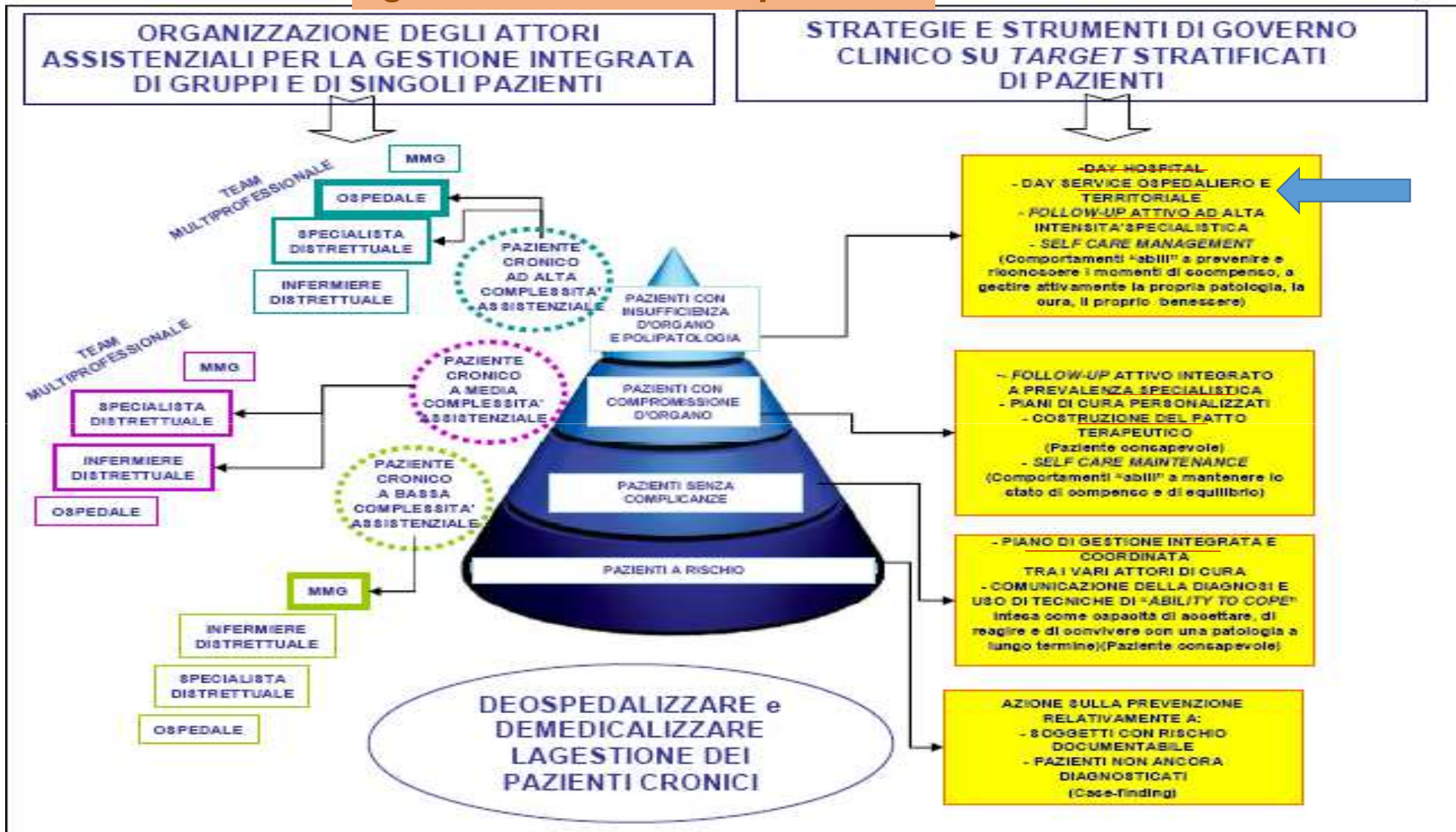
FIGURE PROFESSIONALI

COINVOLTE

- MMG
- PLS
- DIABETOLOGI AMBULAT.
- DIABETOLOGI OSPEDAL
- ENDOCRINOLOGI.
- INTERNISTI
- PSICOLOGI
- ASS.SOCIALI
- INFERMIERI
- INFERMIERI SPECIAL.

- U.O. FORMAZIONE
- U.O .EDUCAZ.SALUTE
- U.O .COMUNICAZIONE
- ASS. VOLONTARIATO
 - U.O. ADI
- RESPONS. PTA-DISTRETTI – DIREZ . SANITARIE
- ASSESSORATO SALUTE

“girano le carte e non il paziente”



ORGANIZZAZIONE DEGLI ATTORI ASSISTENZIALI PER LA GESTIONE INTEGRATA DI GRUPPI E DI SINGOLI PAZIENTI

STRATEGIE E STRUMENTI DI GOVERNO CLINICO SU TARGET STRATIFICATI DI PAZIENTI

- DAY HOSPITAL - DAY SERVICE OSPEDALIERO E TERRITORIALE
 - FOLLOW-UP ATTIVO AD ALTA INTENSITA' SPECIALISTICA
 - SELF CARE MANAGEMENT
 (Comportamenti "abili" a prevenire e riconoscere i momenti di scompenso, a gestire attivamente la propria patologia, la cura, il proprio benessere)

- FOLLOW-UP ATTIVO INTEGRATO A PREVALENZA SPECIALISTICA
 - PIANI DI CURA PERSONALIZZATI
 - COSTRUZIONE DEL PATTO TERAPEUTICO
 (Paziente consapevole)
 - SELF CARE MAINTENANCE
 (Comportamenti "abili" a mantenere lo stato di compenso e di equilibrio)

- PIANO DI GESTIONE INTEGRATA E COORDINATA TRA I VARI ATTORI DI CURA
 - COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI E USO DI TECNICHE DI "ABILITY TO COPE"
 Intesa come capacità di accettare, di reagire e di convivere con una patologia a lungo termine (Paziente consapevole)

AZIONE SULLA PREVENZIONE RELATIVAMENTE A:
 - SOGGETTI CON RISCHIO DOCUMENTABILE
 - PAZIENTI NON ANCORA DIAGNOSTICATI
 (Case-finding)

DEOSPEDALIZZARE e DEMEDICALIZZARE LA GESTIONE DEI PAZIENTI CRONICI

COMPITI DA SVILUPPARE IN GESTIONE INTEGRATA

- a) contratto di cura condiviso tra paziente, specialista e MMG
- b) consenso informato del paziente al “PIANO DI CURA”
- c) adozione di un protocollo diagnostico -terapeutico condiviso e costruzione di un percorso assistenziale
- d) pianificazione di un piano di follow-up personalizzato
- e) programma di automonitoraggio e stesura di step educativi
- f) raccolta dati, identificazione e monitoraggio congiunti e condivisi di indicatori di struttura, processo ed esito per singolo paziente e per gruppi di pazienti con condizioni cliniche omogenee
- g) individuazione di uno strumento comune (cartella cartacea e/o informatizzata)



Persona con diabete con target specifico
classe di complessità gestionale 3 e 4

- LLGG
 - PROTOCOLLI CONDIVISI

Accettazione infermieristica
 Visita diabetologica orientata

Lab. analisi

ginecologo

Cardiologo
 ECG

Oculista
 Vis.e FO

ABI

Test ergometrico

Ecocardio
 Card. ischemica

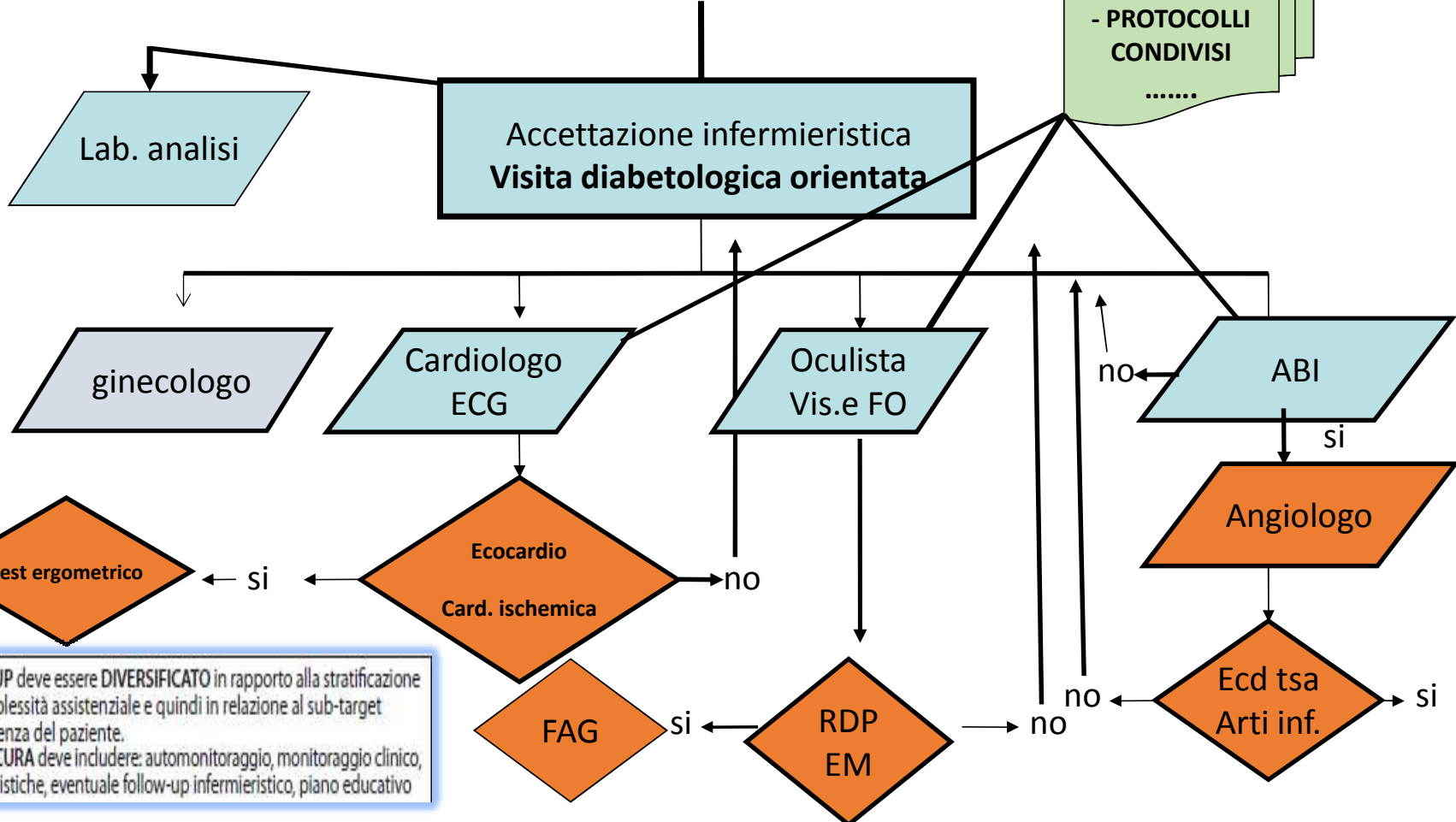
FAG

RDP
 EM

Angiologo

Ecd tsa
 Arti inf.

Il FOLLOW-UP deve essere DIVERSIFICATO in rapporto alla stratificazione ed alla complessità assistenziale e quindi in relazione al sub-target di appartenenza del paziente.
 Il PIANO DI CURA deve includere: automonitoraggio, monitoraggio clinico, visite specialistiche, eventuale follow-up infermieristico, piano educativo



Linee guida sulla riorganizzazione dell'attività territoriale

RIORGANIZZARE E RIQUALIFICARE IL SISTEMA "CURE PRIMARIE"

sulla base dei riferimenti della L.R. n. 5 del 17/04/2009 e della Conferenza Stato-Regioni del 25/03/2009

1 RIORGANIZZARE E RIORIENTARE L'ASSISTENZA TERRITORIALE

- PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA - PTA
- PUNTO UNICO DI ACCESSO ALLE CURE
- ASSOCIAZIONISMO MMG, PLS, SPECIALISTI
- COLLEGAMENTO CON "RETE DEI SERVIZI" SANIT. E SOCIALI
- CONTINUITA' ASSISTENZIALE h24

3 PROMUOVERE L'INTEGRAZIONE TERRITORIO-OSPEDALE E PREVENIRE L'OSPEDALIZZAZIONE

- PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI
- DAY SERVICE TERRITORIALI PER PAZIENTI CRONICI COMPLESSI
- DIMISSIONI PROTETTE E CONNESSIONE CON LA RETE DELLA DOMICILIARITA' E DELLA RESIDENZIALITA'

4 RENDERE IL CITTADINO INFORMATO E IL PAZIENTE ESPERTO E CONSAPEVOLE

- SVILUPPO DI PROGRAMMI DI INFORMAZIONE SULL'USO DEI SERVIZI
- SVILUPPO DI PROGRAMMI DI EDUCAZIONE COORDINATA SU TARGET DI PAZIENTI CRONICI E CAREGIVER FAMILIARI
- SVILUPPO DI PROGRAMMI DI FORMAZIONE E COINVOLGIMENTO DI RAPPRESENTANTI DEL VOLONTARIATO NEI PROGRAMMI DI EDUCAZIONE DEI PAZIENTI CRONICI

2 MIGLIORARE I PERCORSI DI CURA, IN PARTICOLARE DEI PAZIENTI CRONICI

- GESTIONE INTEGRATA MMG/PLS-SPECIALISTI-INFERMIERI SU TARGET DI PAZIENTI CRONICI
- RIORGANIZZAZIONE DELLA FUNZIONE SPECIALISTICA (Team Multiprofessionali Integrati)
- RIQUALIFICAZIONE DELLA FUNZIONE INFERMIERISTICA NELLA GESTIONE DEI PAZIENTI CRONICI

5 PROMUOVERE INNOVAZIONI TECNOLOGICHE

- RETE INFORMATIZZATA TRA SERVIZI DISTRETTUALI E OSPEDALIERI
- REGISTRO PAZIENTI FRAGILI

RIORGANIZZARE
E RIQUALIFICARE
LE CURE PRIMARIE

Linee guida sulla riorganizzazione dell'attività territoriale

RIORGANIZZARE E RIQUALIFICARE IL SISTEMA "CURE PRIMARIE"

sulla base dei riferimenti della L.R. n. 5 del 17/04/2009 e della Conferenza Stato-Regioni del 25/03/2009



Linee guida sulla riorganizzazione dell'attività territoriale

RIORGANIZZARE E RIQUALIFICARE IL SISTEMA "CURE PRIMARIE"

sulla base dei riferimenti della L.R. n. 5 del 17/04/2009 e della Conferenza Stato-Regioni del 25/03/2009

1 RIORGANIZZARE E RIORIENTARE L'ASSISTENZA TERRITORIALE

- PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA - PTA
- PUNTO UNICO DI ACCESSO ALLE CURE
- ASSOCIAZIONISMO MMG, PLS, SPECIALISTI
- COLLEGAMENTO CON "RETE DEI SERVIZI" SANIT. E SOCIALI
- CONTINUITA' ASSISTENZIALE h24

3 PROMUOVERE L'INTEGRAZIONE TERRITORIO-OSPEDALE E PREVENIRE L'OSPEDALIZZAZIONE

- PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI
- DAY SERVICE TERRITORIALI PER PAZIENTI CRONICI COMPLESSI
- DIMISSIONI PROTETTE E CONNESSIONE CON LA RETE DELLA DOMICILIARITA' E DELLA RESIDENZIALITA'

2 MIGLIORARE I PERCORSI DI CURA, IN PARTICOLARE DEI PAZIENTI CRONICI

- GESTIONE INTEGRATA MMG/PLS-SPECIALISTI-INFERMIERI SU TARGET DI PAZIENTI CRONICI
- RIORGANIZZAZIONE DELLA FUNZIONE SPECIALISTICA (Team Multiprofessionali Integrati)
- RIQUALIFICAZIONE DELLA FUNZIONE INFERMIERISTICA NELLA GESTIONE DEI PAZIENTI CRONICI

RIORGANIZZARE E RIQUALIFICARE LE CURE PRIMARIE

4 RENDERE IL CITTADINO INFORMATO E IL PAZIENTE ESPERTO E CONSAPEVOLE

- SVILUPPO DI PROGRAMMI DI INFORMAZIONE SULL'USO DEI SERVIZI
- SVILUPPO DI PROGRAMMI DI EDUCAZIONE COORDINATA SU TARGET DI PAZIENTI CRONICI E CAREGIVER FAMILIARI
- SVILUPPO DI PROGRAMMI DI FORMAZIONE E COINVOLGIMENTO DI RAPPRESENTANTI DEL VOLONTARIATO NEI PROGRAMMI DI EDUCAZIONE DEI PAZIENTI CRONICI

5 PROMUOVERE INNOVAZIONI TECNOLOGICHE

- RETE INFORMATIZZATA TRA SERVIZI DISTRETTUALI E OSPEDALIERI
- REGISTRO PAZIENTI FRAGILI

Linee guida sulla riorganizzazione dell'attività territoriale

RIORGANIZZARE E RIQUALIFICARE IL SISTEMA "CURE PRIMARIE"

sulla base dei riferimenti della L.R. n. 5 del 17/04/2009 e della Conferenza Stato-Regioni del 25/03/2009

1 RIORGANIZZARE E RIORIENTARE L'ASSISTENZA TERRITORIALE

- PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA - PTA
- PUNTO UNICO DI ACCESSO ALLE CURE
- ASSOCIAZIONISMO MMG, PLS, SPECIALISTI
- COLLEGAMENTO CON "RETE DEI SERVIZI" SANIT. E SOCIALI
- CONTINUITA' ASSISTENZIALE h24

3 PROMUOVERE L'INTEGRAZIONE TERRITORIO-OSPEDALE E PREVENIRE L'OSPEDALIZZAZIONE

- PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI
- DAY SERVICE TERRITORIALI PER PAZIENTI CRONICI COMPLESSI
- DIMISSIONI PROTETTE E CONNESSIONE CON LA RETE DELLA DOMICILIARITA' E DELLA RESIDENZIALITA'

4 RENDERE IL CITTADINO INFORMATO E IL PAZIENTE ESPERTO E CONSAPEVOLE

- SVILUPPO DI PROGRAMMI DI INFORMAZIONE SULL'USO DEI SERVIZI
- SVILUPPO DI PROGRAMMI DI EDUCAZIONE COORDINATA SU TARGET DI PAZIENTI CRONICI E CAREGIVER FAMILIARI
- SVILUPPO DI PROGRAMMI DI FORMAZIONE E COINVOLGIMENTO DI RAPPRESENTANTI DEL VOLONTARIATO NEI PROGRAMMI DI EDUCAZIONE DEI PAZIENTI CRONICI

2 MIGLIORARE I PERCORSI DI CURA, IN PARTICOLARE DEI PAZIENTI CRONICI

- GESTIONE INTEGRATA MMG/PLS-SPECIALISTI-INFERMIERI SU TARGET DI PAZIENTI CRONICI
- RIORGANIZZAZIONE DELLA FUNZIONE SPECIALISTICA (Team Multiprofessionali Integrati)
- RIQUALIFICAZIONE DELLA FUNZIONE INFERMIERISTICA NELLA GESTIONE DEI PAZIENTI CRONICI

5 PROMUOVERE INNOVAZIONI TECNOLOGICHE

- RETE INFORMATIZZATA TRA SERVIZI DISTRETTUALI E OSPEDALIERI
- REGISTRO PAZIENTI FRAGILI

RIORGANIZZARE
E RIQUALIFICARE
LE CURE PRIMARIE

Linee guida sulla riorganizzazione dell'attività territoriale

RIORGANIZZARE E RIQUALIFICARE IL SISTEMA "CURE PRIMARIE"

sulla base dei riferimenti della L.R. n. 5 del 17/04/2009 e della Conferenza Stato-Regioni del 25/03/2009

1 RIORGANIZZARE E RIORIENTARE L'ASSISTENZA TERRITORIALE

- PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA - PTA
- PUNTO UNICO DI ACCESSO ALLE CURE
- ASSOCIAZIONISMO MMG, PLS, SPECIALISTI
- COLLEGAMENTO CON "RETE DEI SERVIZI" SANIT. E SOCIALI
- CONTINUITA' ASSISTENZIALE h24

3 PROMUOVERE L'INTEGRAZIONE TERRITORIO-OSPEDALE E PREVENIRE L'OSPEDALIZZAZIONE

- PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI
- DAY SERVICE TERRITORIALI PER PAZIENTI CRONICI COMPLESSI
- DIMISSIONI PROTETTE E CONNESSIONE CON LA RETE DELLA DOMICILIARITA' E DELLA RESIDENZIALITA'

4 RENDERE IL CITTADINO INFORMATO E IL PAZIENTE ESPERTO E CONSAPEVOLE

- SVILUPPO DI PROGRAMMI DI INFORMAZIONE SULL'USO DEI SERVIZI
- SVILUPPO DI PROGRAMMI DI EDUCAZIONE COORDINATA SU TARGET DI PAZIENTI CRONICI E CAREGIVER FAMILIARI
- SVILUPPO DI PROGRAMMI DI FORMAZIONE E COINVOLGIMENTO DI RAPPRESENTANTI DEL VOLONTARIATO NEI PROGRAMMI DI EDUCAZIONE DEI PAZIENTI CRONICI

2 MIGLIORARE I PERCORSI DI CURA, IN PARTICOLARE DEI PAZIENTI CRONICI

- GESTIONE INTEGRATA MMG/PLS-SPECIALISTI-INFERMIERI SU TARGET DI PAZIENTI CRONICI
- RIORGANIZZAZIONE DELLA FUNZIONE SPECIALISTICA (Team Multiprofessionali Integrati)
- RIQUALIFICAZIONE DELLA FUNZIONE INFERMIERISTICA NELLA GESTIONE DEI PAZIENTI CRONICI

5 PROMUOVERE INNOVAZIONI TECNOLOGICHE

- RETE INFORMATIZZATA TRA SERVIZI DISTRETTUALI E OSPEDALIERI
- REGISTRO PAZIENTI FRAGILI

RIORGANIZZARE
E RIQUALIFICARE
LE CURE PRIMARIE

La cartella : I punti salienti

E' la nuova versione del software di proprietà di Meteda . La cartella i dati clinici e di autocontrollo dei singoli pazienti e di svolgere spe discrezione del Centro.

Tecnicamente MyStar Connect è un tool personalizzabile con cui è possibile :

- Creare profili utenti (del sistema) con accessi personalizzati (Diabetologi, altri Specialisti, Infermieri, etc)
- Ricevere i dati dagli strumenti di automonitoraggio
- Scambiare dati HL7* per integrarsi con i sistemi degli ospedali
- Esportare dati per gli indicatori degli Annali AMD
- Essere compatibile con tutti i sistemi presenti nei Centri grazie all'utilizzo di Basi di Dati standard (i.e. MS SQLserver, Oracle)

Le novità - Clinical Reminder

CLINICAL REMINDERS	
HbA1c (mmol/mol)	
13/02/2013	0
C-LDL (mg/dl)	
08/11/1909	151
PAS / PAD (mmHg)	
02/04/2001	120 / 80
BMI	
13/02/2013	27.3
02/04/2001	20.1
15/01/2001	25.1
Fumo (N° sigarette)	
15/02/2013	9 / 9
01/02/2013	9 / 5
08/11/1909	0 / 10
FOLLOW UP REMINDERS	
Esami	
Diabete	
Piede	
Rene	
REMINDER COMPLICANZE	

Le sezioni evidenziabili sono:

- **CLINICAL REMINDER**
 - HbA1c
 - C-LDL
 - PAS / PAD
 - BMI
 - Fumo
- **FOLLOW UP REMINDER**
 - Esami
 - Occhio
 - Piede
 - Rene
- **REMINDER COMPLICANZE**

CLINICAL REMINDER

Offre una visione di insieme sugli esami clinici del paziente

FOLLOW UP REMINDER

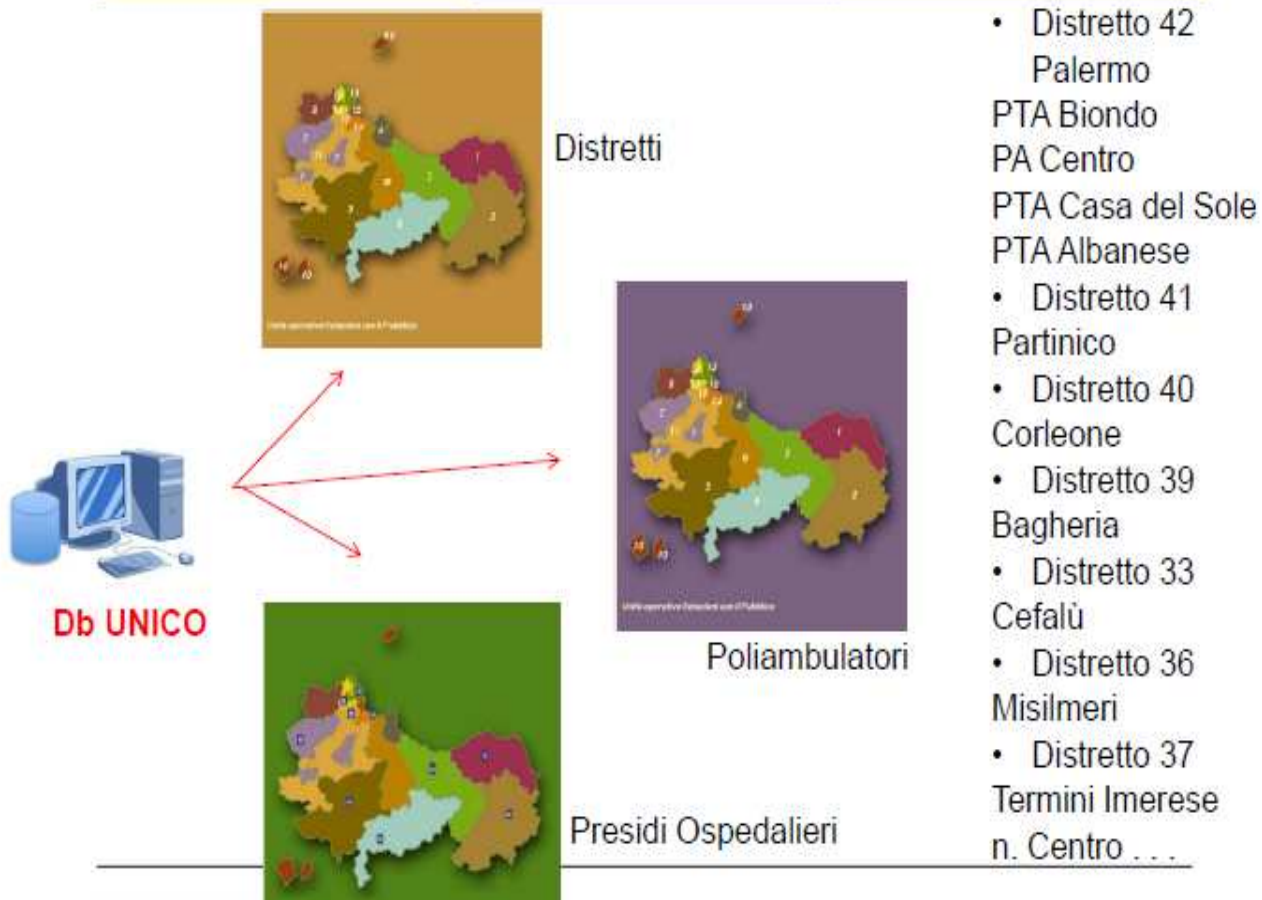
Mostra un overview sui prossimi appuntamenti del paziente, ed eventuali follow up scaduti.

REMINDER COMPLICANZE

Mostra gli indicatori degli esiti finali, ed indica la presenza di complicanze non registrate da verificare.

*Health Level Seven International (HL7) is the global authority on standards for interoperability of health information technology

Rete ASP 6 Palermo con MyStar Connect



● Formazione continua

● Gestione Multicentro

- Campi obbligatori
- Data set minimo
- Modelli/Certificazioni comuni
- Confronto continuo

Gerarchia utenti, livelli di accesso e gestione permessi

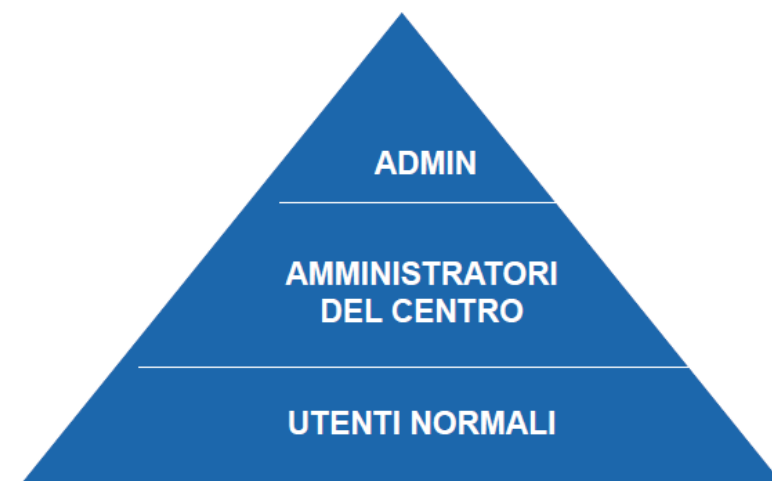


Figura 19. Percentuali di soggetti con diabete di tipo 1 e di tipo 2 in cura presso le strutture specialistiche che raggiungono i target terapeutici raccomandati (Annali AMD 2010).

	Diabete di tipo 1	Diabete di tipo 2
HbA1c ≤7.0%	24,0%	43,8%
Colesterolo LDL <100 mg/dl	37,2%	41,8%
Pressione arteriosa ≤130/80 mmHg	36,1%	15,2%

Percentuale di soggetti
a target (HbA1c ≤ 7%) e non a target (HbA1c > 7%)

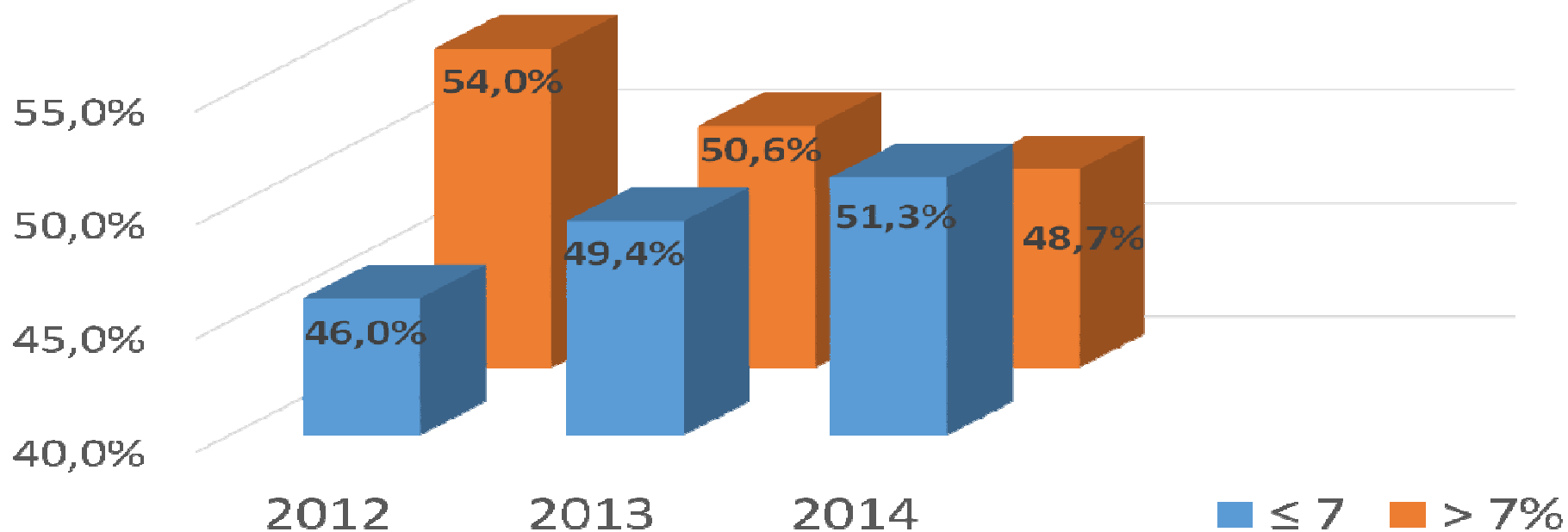


Figura 19. Percentuali di soggetti con diabete di tipo 1 e di tipo 2 in cura presso le strutture specialistiche che raggiungono i target terapeutici raccomandati (Annali AMD 2010).

	Diabete di tipo 1	Diabete di tipo 2
HbA1c ≤7.0%	24,0%	43,8%
Colesterolo LDL <100 mg/dl	37,2%	41,8%
Pressione arteriosa ≤130/80 mmHg	36,1%	15,2%

Percentuale di soggetti con **DM2** curati nell'ASP Palermo a target (**HbA1c ≤ 7%**) e non a target (**HbA1c > 7%**)

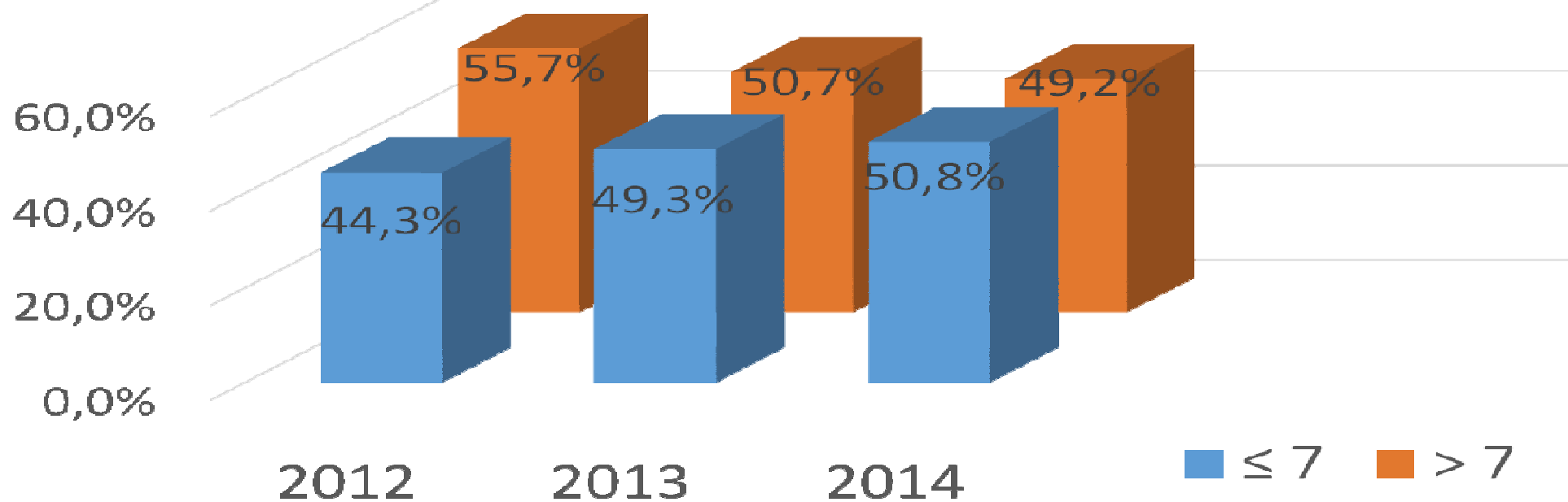
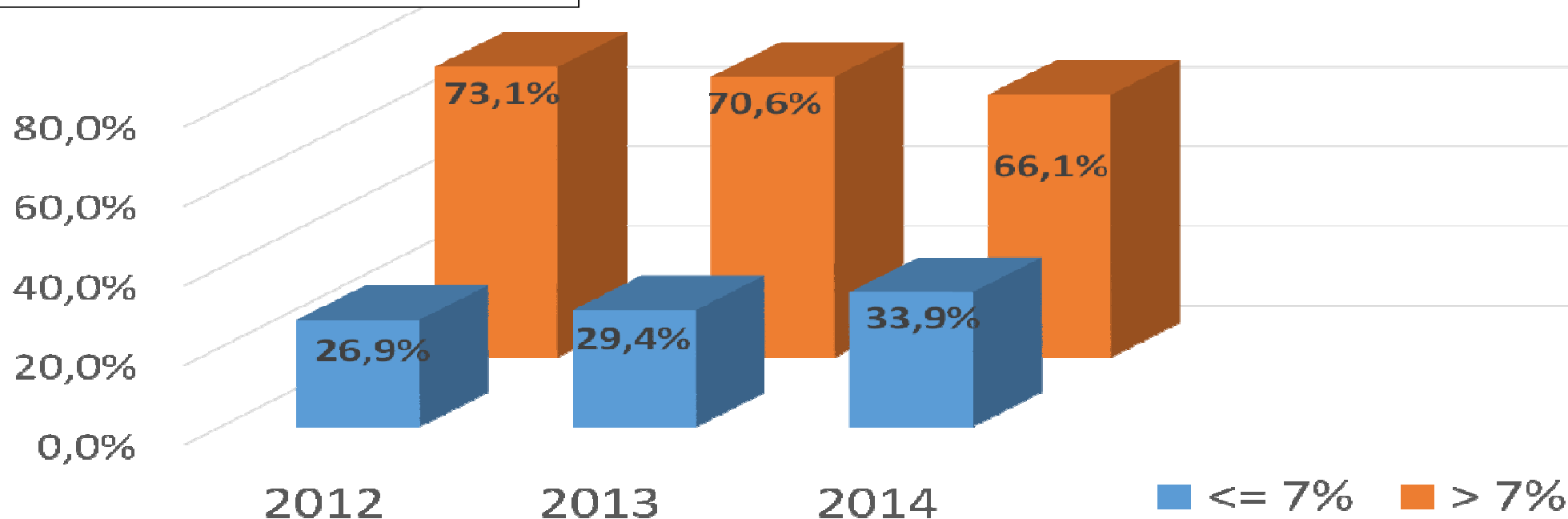


Figura 19. Percentuali di soggetti con diabete di tipo 1 e di tipo 2 in cura presso le strutture specialistiche che raggiungono i target terapeutici raccomandati (Annali AMD 2010).

	Diabete di tipo 1	Diabete di tipo 2
HbA1c $\leq 7.0\%$	24,0%	43,8%
Colesterolo LDL < 100 mg/dl	37,2%	41,8%
Pressione arteriosa $\leq 130/80$ mmHg	36,1%	15,2%

Percentuale di soggetti con **DM1** curati nel Centro Regionale di Riferimento per la Diabetologia e l'Impianto dei Microinfusori a target (**HbA1c $\leq 7\%$**) e non a target (**HbA1c $> 7\%$**)



Percentuale di soggetti con LDL a target (LDL \leq 70; LDL 70-100 mg%) e non a target (LDL > 100 mg%)

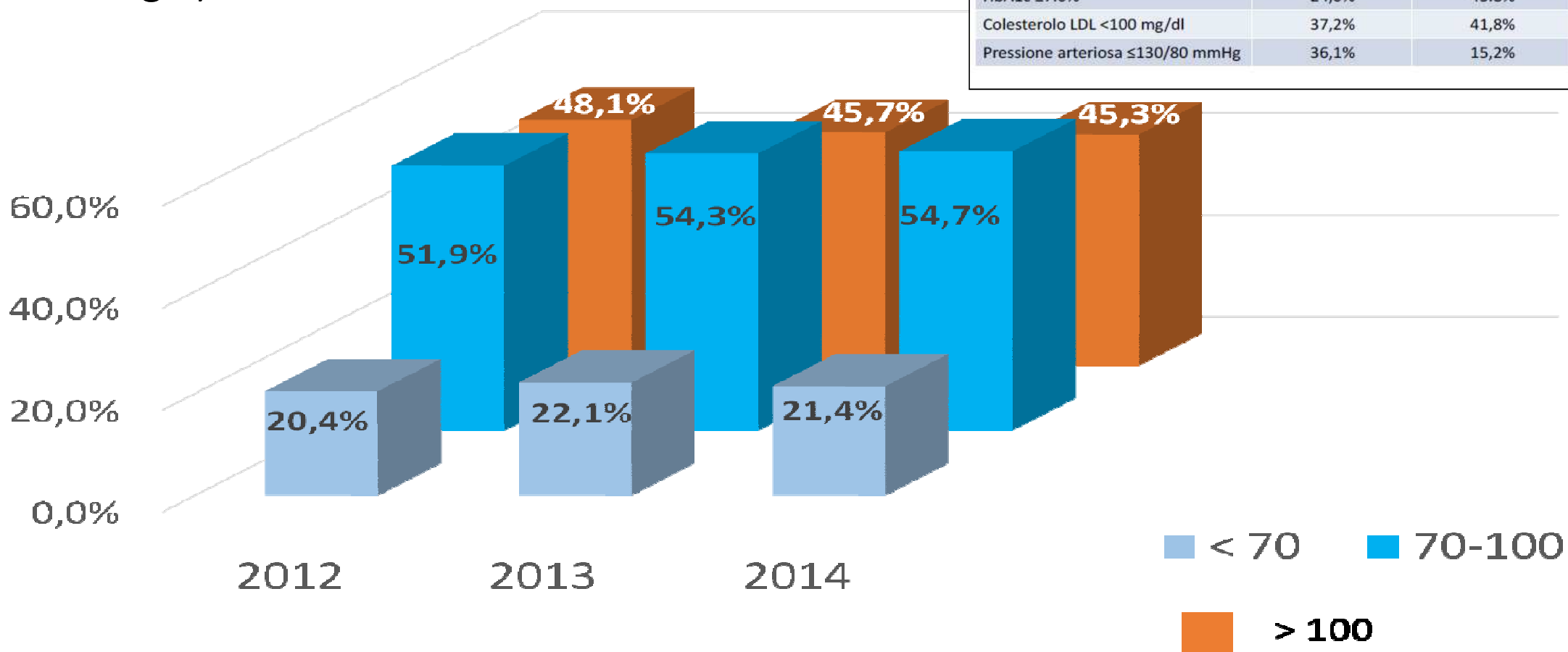


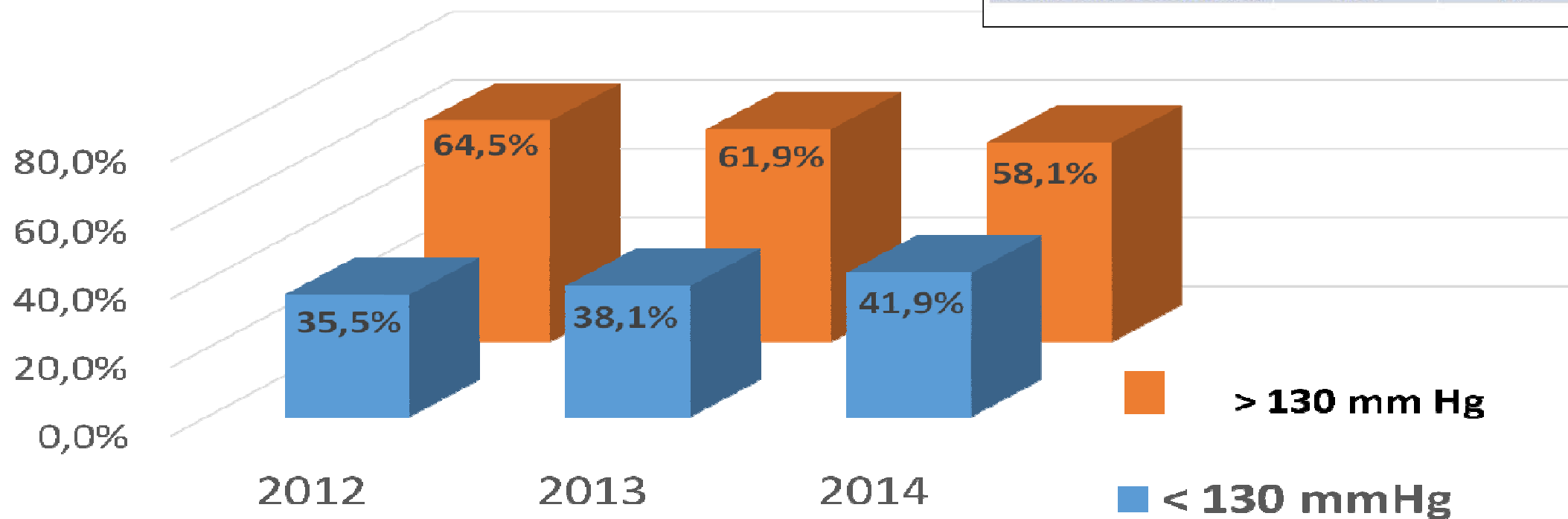
Figura 19. Percentuali di soggetti con diabete di tipo 1 e di tipo 2 in cura presso le strutture specialistiche che raggiungono i target terapeutici raccomandati (Annali AMD 2010).

	Diabete di tipo 1	Diabete di tipo 2
HbA1c \leq 7.0%	24,0%	43,8%
Colesterolo LDL < 100 mg/dl	37,2%	41,8%
Pressione arteriosa \leq 130/80 mmHg	36,1%	15,2%

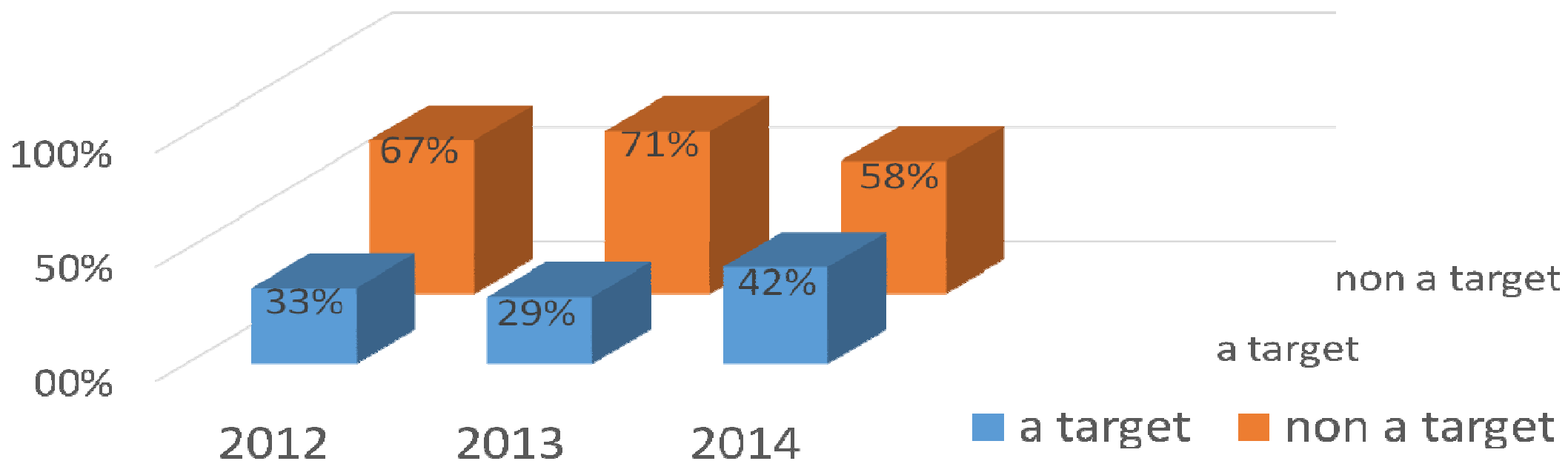
Percentuale di soggetti a target (PAS < 130/80 mmHg) e non a target (PAS ≥ 130/80 mmHg)

Figura 19. Percentuali di soggetti con diabete di tipo 1 e di tipo 2 in cura presso le strutture specialistiche che raggiungono i target terapeutici raccomandati (Annali AMD 2010).

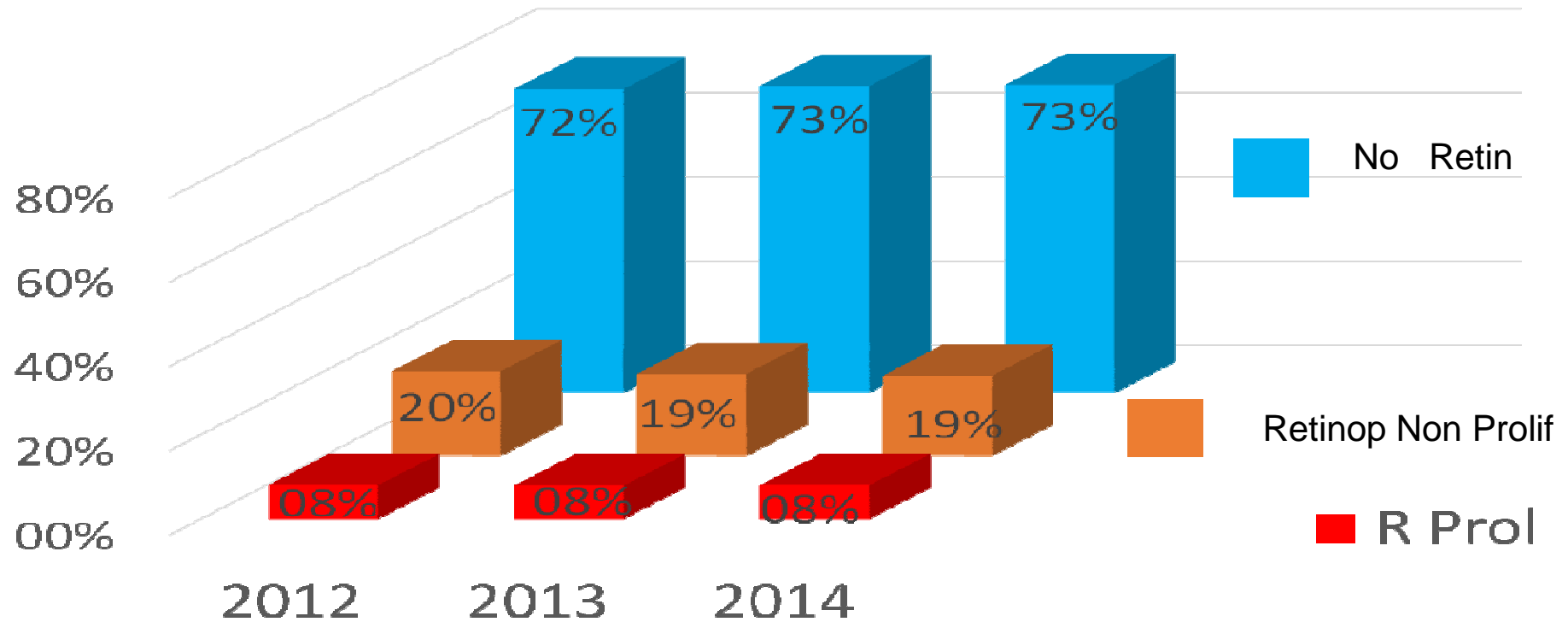
	Diabete di tipo 1	Diabete di tipo 2
HbA1c ≤7.0%	24,0%	43,8%
Colesterolo LDL <100 mg/dl	37,2%	41,8%
Pressione arteriosa ≤130/80 mmHg	36,1%	15,2%



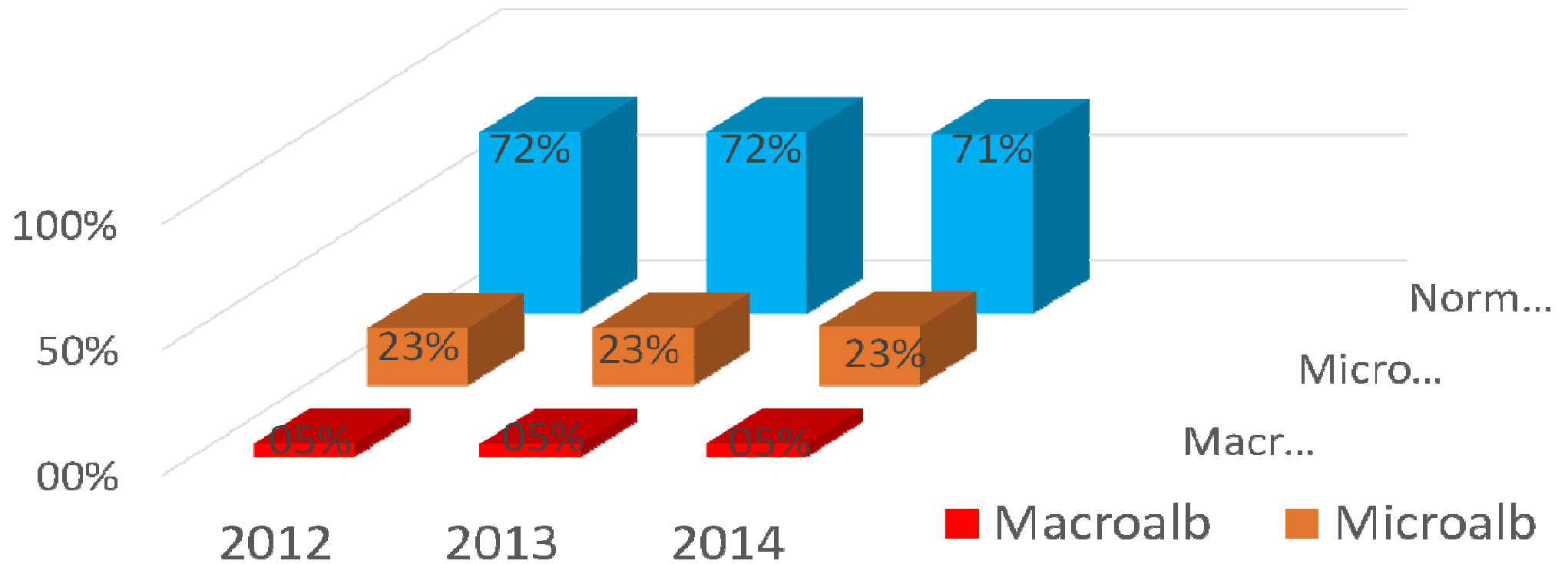
Percentuale di soggetti con DM2 curati nell'ASP Palermo
a target (HbA1c \leq 7%, PA < 130/80 mmHg, LDL < 100)
e non a target (HbA1c > 7%, PA \geq 130/80 mmHg, LDL \geq 100)



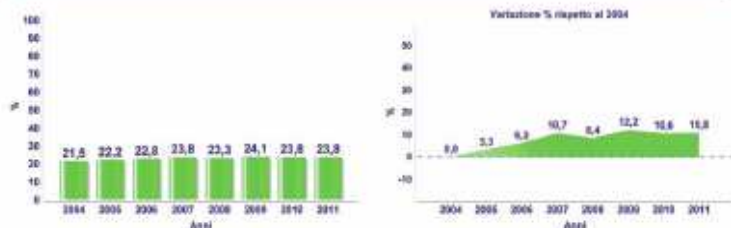
Percentuale di soggetti con DM curati nell'ASP Palermo
senza retinopatia, con **retinopatia** non proliferante e proliferante



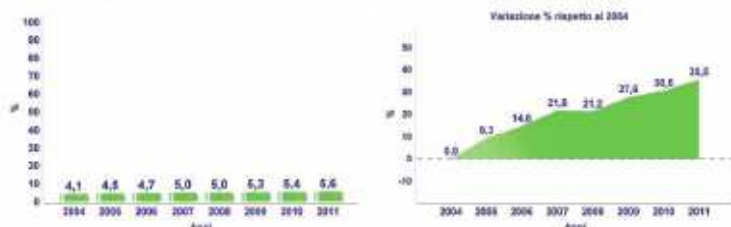
Percentuale di soggetti con DM curati nell'ASP Palermo
con **normo- micro- a macroalbuminuria**



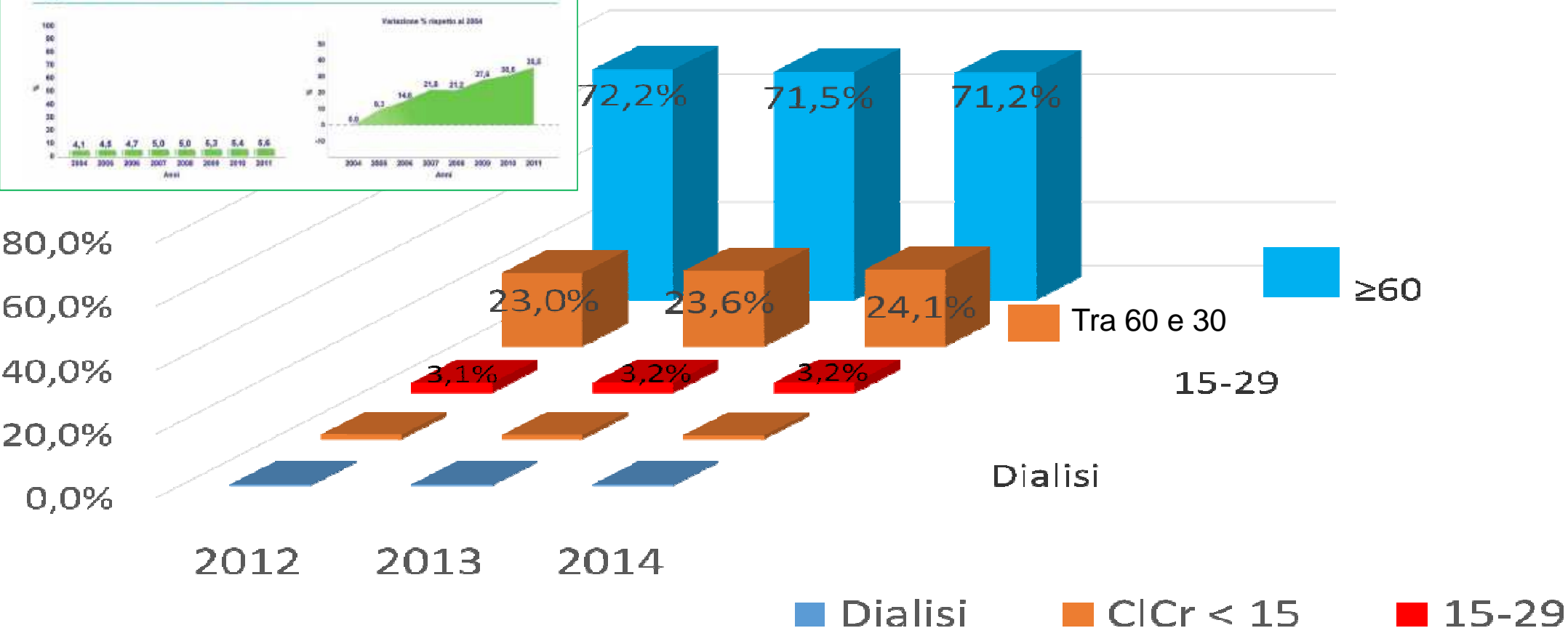
Soggetti con GFR <60 ml/min



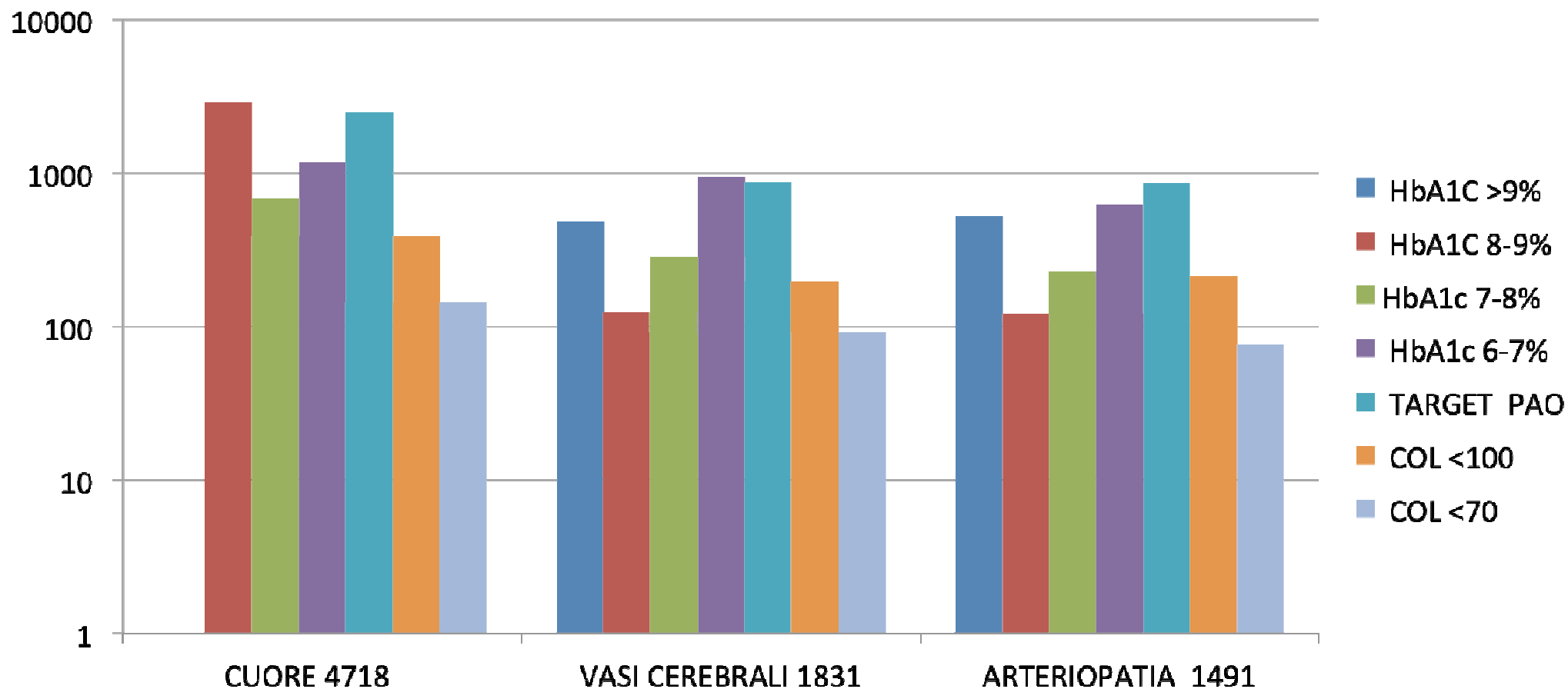
Soggetti con microalbuminuria e con GFR <60 ml/min



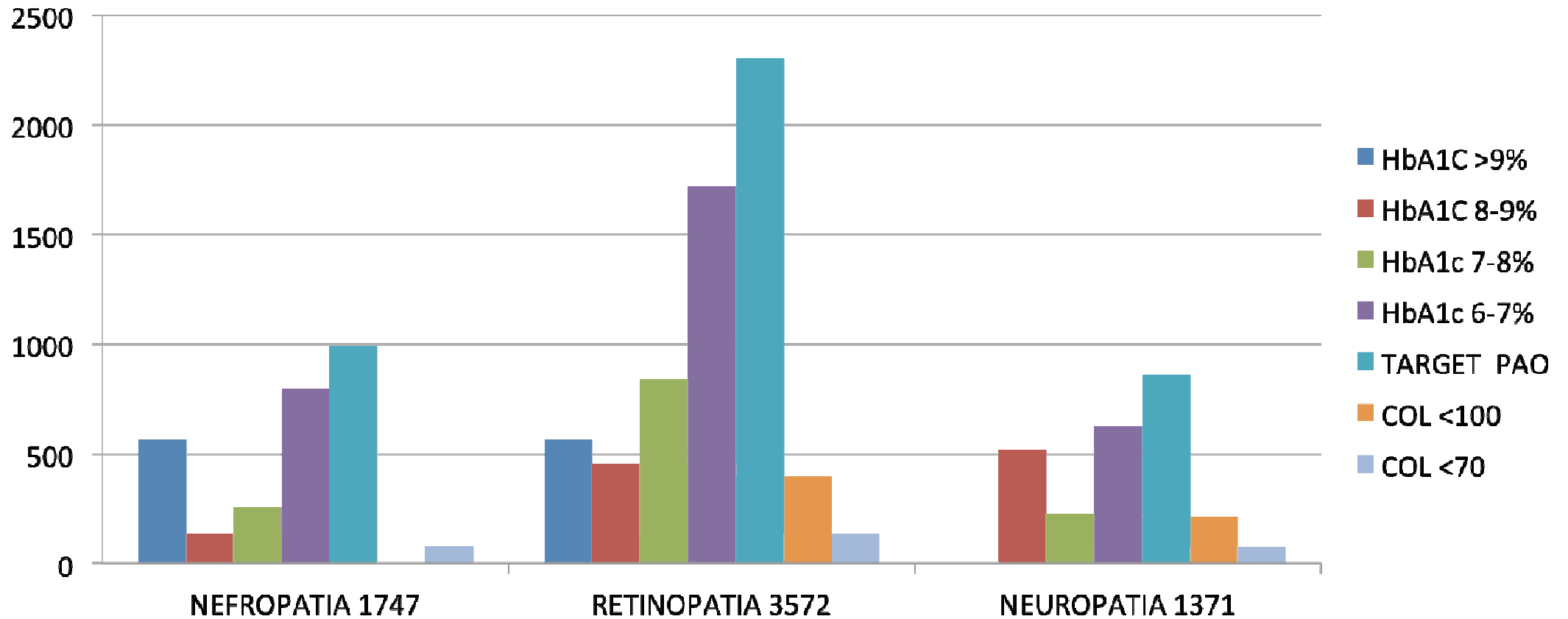
Percentuale di soggetti senza e con **insufficienza renale**



Rapporto compl macrovasc con indicatori: HbA1c-P.A.-LDL



Rapporto compl. microvasc con HbA1c-P.A.-LDL





The implementation of an integrated management model for people with diabetes type 2



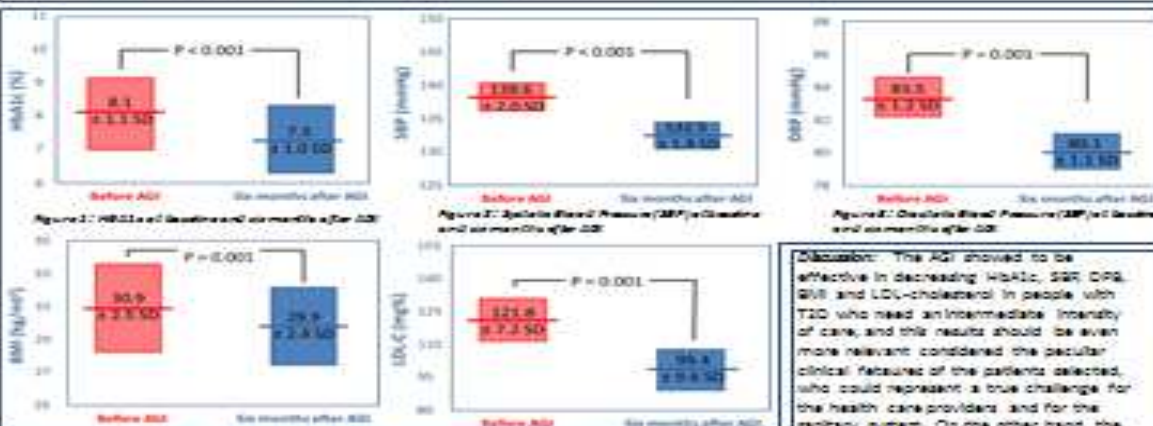
Vincenzo Provenzano ⁽¹⁾, Francesco Magliozzo ⁽²⁾, Giuseppe Mattina ⁽³⁾, Salvatore Vizzi ⁽⁴⁾,
Alessandro Scorsone ⁽²⁾, Davide Brancato ⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Centro Regionale di Riferimento per la Diabetologia e l'Impianto del Microinfusori, UOC Medicina Interna, Ospedale Civico di Partinico, ASP Palermo; ⁽²⁾ Società Italiana di Medicina Generale, Palermo; ⁽³⁾ Ambulatorio di Diabetologia, ASP Palermo; ⁽⁴⁾ Distretto Sanitario 40, ASP Palermo

Background: According to the Integrated management model of diabetes mellitus recommended by the Istituto Superiore di Sanità through the so called "Progetto Igea", the ASP Palermo promoted the implementation of a "Commissione Diabetologica Provinciale" coordinating all the health care providers involved in the care of diabetes operating in the Provincia di Palermo, in order to share the same training, care pathways and information system (the latter based on the MyStar Connect software). One of the key points of this model is the "Ambulatorio di Gestione Integrata" (AGI), aimed to the co-management between the general practitioner (GP) and the diabetes team of people who need an intermediate intensity of care (not enough for hospitalization but too much for the GP). Aim of the present study is to assess the effectiveness of AGI to improve the following outcomes: HbA1c, systolic and diastolic blood pressure (SBP, DBP), body mass index (BMI) and LDL-cholesterol (LDL-C).

Methods: We retrospectively evaluated 272 adult outpatients with diabetes type 2 (T2D) (150 males, 122 females; mean age = 59.2 ± 8.1 years) selected for AGI by their GP from January 2012 until September 2012. The selection criteria for AGI was the need for a not urgent but undeferrable specialist or multidisciplinary intervention (new diabetes diagnosis, pregnancy, acute complications that not need hospitalization, yearly screening for chronic complications; unstable metabolic control; not to target for cardiovascular risk factors; high risk of fast progression of any complication, recent cardiovascular event; diabetic foot). Four different AGI were realized into different sanitary districts of ASP Palermo, using the pre-existing infrastructural resources. After the selection by the GR each patient was addressed to the AGI of the nearest sanitary district and co-managed by a team composed by the GR, the specialist (diabetologist or internist), a dedicated nurse, a dietist, a psychologist, and people from voluntary association, in the context of an individual care plan. Of note, the diabetes teams were composed by a mix of health care providers working both at the Districts and at the UOC Medicina Interna of Hospital of Partinico. In the patients selected we compared HbA1c, SBP, DBP, BMI and LDL-C at the first AGI visit (baseline) and after six months of AGI management (or at the last AGI visit). The primary outcome was the HbA1c decrease from baseline after six months.

Results: Twenty-one patients were excluded by statistical analysis because they missed the scheduled appointments (drop-outs) and, therefore, the analysis was performed on 251 patients. After six months all the outcomes decreased from baseline significantly (mean ± SD): HbA1c from 8.1 ± 1.1 to 7.9 ± 1.0 % ($p < 0.001$); SBP from 138.6 ± 3.0 to 132.5 ± 1.9 mmHg ($p < 0.001$); DBP from 83.5 ± 1.2 to 80.1 ± 1.1 mmHg ($p < 0.001$); BMI from 30.9 ± 2.5 to 29.9 ± 2.4 kg/m² ($p < 0.001$); LDL-C from 121.8 ± 7.2 to 99.4 ± 9.6 mg/dl ($p < 0.001$) (Figures 1, 2, 3, 4 and 5). All the comparisons were performed with a t-test for paired data.



Discussion: The AGI showed to be effective in decreasing HbA1c, SBP, DBP, BMI and LDL-cholesterol in people with T2D who need an intermediate intensity of care, and this results should be even more relevant considered the peculiar clinical features of the patients selected, who could represent a true challenge for the health care providers and for the sanitary system. On the other hand, the great clinical heterogeneity of the patients included in the study generated a wide range of individualized care plans with clinical goals that could be very different from the outcomes that we have chosen for the present study. An interesting aspect of the AGI model that we implemented is the close co-management made by GPs and specialists, physicians and other health care providers, district and hospital. Further studies are needed to measure the economic impact of AGI.

Conclusion: AGI is effective in managing the people with T2D who need an intensity of care intermediate between hospitalization and GP setting care, and could represent an useful tool of the chronic care model for diabetes.

AGI. Tabella riassuntiva dell'elaborazione statistica (su 362 persone con DM2)

Parametri valutati	Test statistico	Valori I visita	Valori II visita	Valori III visita	p
HBA1c (%)	Friedman	8.0 (IQR 6.9-8.9)	7.3 (IQR 6.6-8.3)	7.3 (IQR 6.55-8.4)	< 0.001
PA sistolica (mmHg)	Anova per misure ripetute	138.8 (DS ± 2.0)	132.7 (DS ± 1.7)	132.1 (DS ± 1.9)	0.0048
PA diastolica (mmHg)	Anova per misure ripetute	83.5 (DS ± 1.2)	81.8 (DS ± 1.0)	80.1 (DS ± 1.1)	0.001
BMI (kg/mt2)	Friedman	30.4 (IQR 27.1-34.8)	30.0 (IQR 26.6-34.1)	29.9 (IQR 26.7-33.7)	< 0.001
LDL (mg/dl)	Anova per misure ripetute	120.9 (DS ± 7.1)	110.5 (DS ± 9.6)	99.1 (DS ± 9.9)	0.0427

Tabella riassuntiva dell'elaborazione statistica (su 267 persone con CSII)

Parametri valutati	Test statistico	Valori I visita	Valori II visita	Valori III visita	p
HBA1c (%)	Anova per misure ripetute	8.18 (DS ± 0.22)	8.17 (DS ± 0.18)	7.79 (DS ± 0.15)	0.036
Microalb (mg/l)	Anova per misure ripetute	53.0 (DS ± 13.0)	54.7 (DS ± 13.0)	50.9 (DS ± 12.5)	0.6018
BMI (kg/mt2)	Anova per misure ripetute	24.2 (DS ± 2.1)	24.4 (DS ± 2.0)	24.4 (DS ± 2.1)	0.5023
LDL (mg%)	Anova per misure ripetute	53.0 (DS ± 13.1)	54.7 (DS ± 13.1)	50.9 (DS ± 12.5)	0.0614

GRAZIE PER L'ATTENZIONE