



Percorso della gestione integrata della persona con diabete di tipo 2 in Liguria

Esigenze ed impegno del Medico di Medicina Generale
P. Brasesco

SIMG
Società Italiana di
Medicina Generale



GLI STRUMENTI PER GESTIRE IL PAZIENTE CRONICO:

- ORGANIZZAZIONE DELL'AMBULATORIO DEL MMG - MEDICINA DI INIZIATIVA
 - FORME ASSOCIATIVE – AFT, MEDICINE DI GRUPPO, UCCP, COOPERATIVE
 - PERSONALE DI AUSILIO, CARE MANAGER
 - LO STRUMENTO INFORMATICO (CARTELLA CLINICA INFORM. MILLE GPG)
 - PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI
 - LA RETE TELEMATICA TERRITORIALE ORIZZONTALE
-

ORGANIZZAZIONE DELL'AMBULATORIO DEL MMG

- **MEDICINA DI ATTESA**
 - **MEDICINA DI OPPORTUNITA'**
 - **MEDICINA DI INIZIATIVA**

 - **ACCESSO LIBERO**
 - **ACCESSO SU APPUNTAMENTO**
 - **ACCESSO MISTO**
 - **AMBULATORIO DEDICATO ALLE
CRONICITA'**
-

La gestione del diabete



Ambulatorio dedicato



• REGIA

- Dott. Brasesco
- *-Medico titolare-*
- Visita “opportunistica”

• ATTORI

- Dott.ssa Albarello
- *- Tirocinante -*
- visita dedicata e
- aiuto selezione
 - pazienti e
- registrazione dei dati

Sig.ra Rocha Ivanette

- *Infermiera* -

contatto con i pazienti,
registrazione dati e rilevazione
parametri, ecg

Sig.ra Diambri Marta

- *Segretaria* -

contatto con i pazienti
Registrazione dati

Quante persone sono state contattate?

106 Pazienti diabetici = 7,35% del totale dei pazienti

con età media pari a 72 aa (42-95)

8 dei quali seguiti anche dalla diabetologia





Contatto telefonico o occasionale

TIMING

Cosa fare

- Esami
- Ecg
- Fundus oculi
- Visita dedicata

Quando farlo

Dove

- Ambulatorio mmg
- Specialista
- Ospedaliero
- Ambulatoriale

Protocollo applicato:

Ogni 6 mesi:

- × **Visita** mmg
- × **Glicemia** a digiuno e post prandiale se glicata alterata
- × **HbA1c**
- × **Esame urine completo**
- × **Assetto lipidico** (col. HDL, trigliceridi LDL)

Oltre ai precedenti ogni 12 mesi:

- × **Creatinina**
- × **Uricemia**
- × **Microalbuminuria** (per rapporto albuminuria/creatininuria) sulle prime urine del mattino
- × Funzionalità epatica, elettroliti, fibrinogeno (se ritenuti necessari in base alla storia clinica)
- × **ECG** (soprattutto se precedenti anamnestici e/o segni e/o sintomi di cardiopatia ischemica o altri fattori maggiori di rischio CV)
- × **Fundus** (a cadenza annuale solo in assenza di retinopatia) altrimenti ogni 3-6 mesi

Ogni 12-24 mesi (oppure come da accordi con il diabetologo)

- × Visita di controllo presso il centro diabetologico

Visita dedicata

- **Controllo esami ematochimici**
- **Rilevazione parametri antropometrici, PA**
- **Anamnesi mirata alle possibili complicanze**
- **Esame obiettivo generale ed esame del piede**
- **Valutazione delle abitudini di vita: dieta ed esercizio fisico**

Tempo dedicato

SELEZIONE 15'



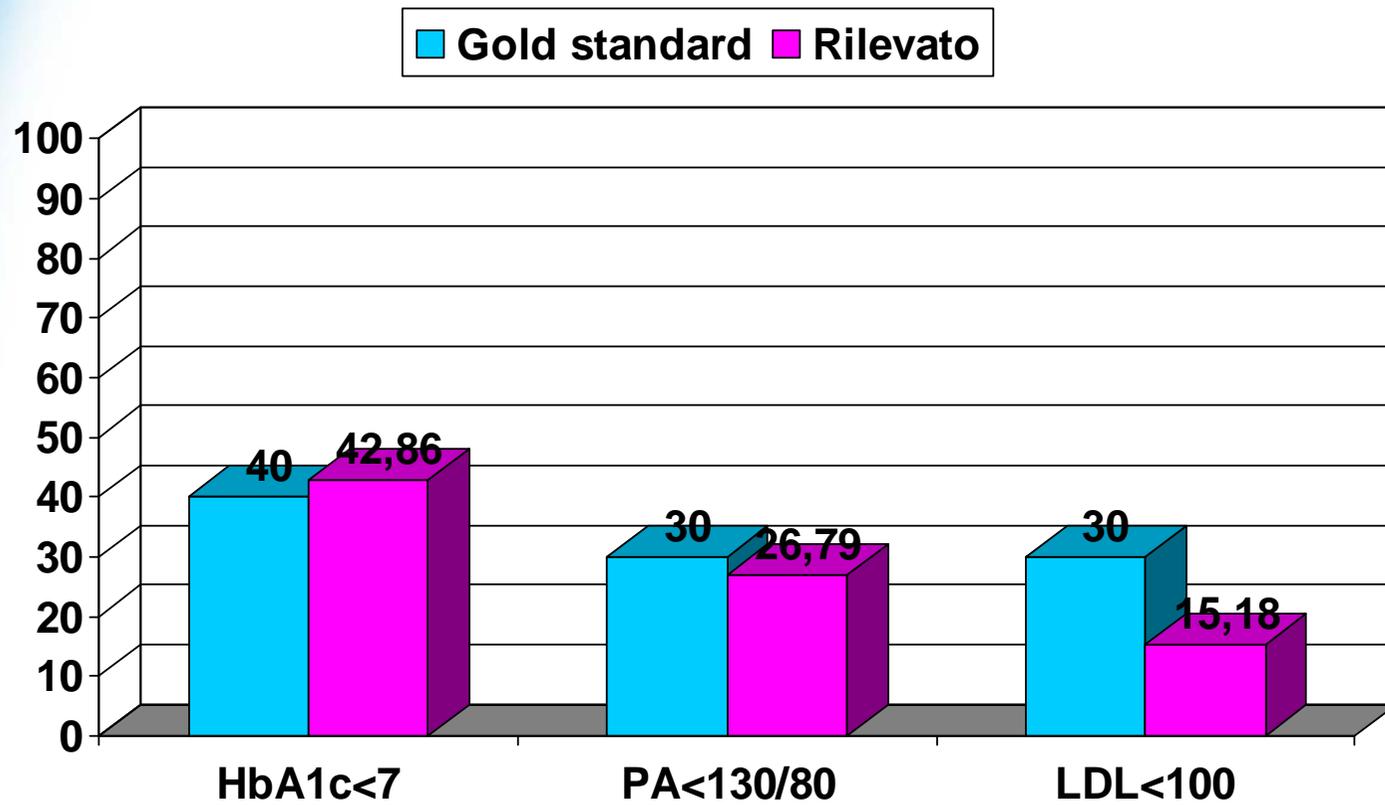
CONTATTO 5'

ACCESSO 30'

REGISTRAZIONE
DATI 10'

==
1 h paziente/6 mesi

Indicatori di risultato (%)



FORME ASSOCIATIVE

- MEDICINE DI GRUPPO
- CENTRI SALUTE (MDG EVOLUTE)
- AFT (AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI)
- UCCP (UNITA' COMPLESSE DI CURE PRIMARIE)
 - UMG (UNITA' DI MEDICINA GENERALE)

MODELLI GESTIONALI:

- COOPERATIVE DI MMG
 - S.R.L. DI MMG /MISTE
 - S.A.S DI MMG /MISTE
-

PERSONALE DI AUSILIO CARE MANAGER

- PERSONALE SEGRETARIALE
- PERSONALE INFERMIERISTICO

- CARE MANAGING

PROBLEMI:

- ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO
 - ADDESTRAMENTO
 - ORARIO COPERTO DA INDENNITA'
-

Progetto Leonardo

Un modello innovativo di partnership



Progetto di Ricerca Finalizzata
Ministero della Salute

Costruire insieme salute.

Prospettive, efficacia e sostenibilità dei modelli di disease e care management in prevenzione cardiovascolare e nelle patologie croniche.

CONVEGNO DI PRESENTAZIONE DEI RISULTATI DEL PROGETTO RAFFAELLO

Ancona 28 e 29 aprile 2010

Aula Magna Maria Montessori
Università Politecnica delle Marche
Facoltà di Medicina



- LEONARDO (PUGLIE)
- RAFFAELLO (MARCHE ABRUZZO)
- MICHELANGELO (LAZIO)
- VIRGILIO (LOMBARDIA)

Tre i protagonisti di questo progetto:

- Il paziente, per il quale viene preparato un piano di cura personalizzato e che viene responsabilizzato ed educato a comprendere quanto lui stesso possa fare per migliorare gli esiti e la qualità di vita;
 - Il Care Manager, un infermiere specializzato che educa, motiva e accompagna il paziente in tutte le fasi del percorso di cura;
 - Il medico, che supervisionando l'attività del Care Manager, gestisce l'intero percorso del paziente alla definizione del quale hanno partecipato, secondo un nuovo processo di integrazione, una rappresentanza di tutti gli operatori coinvolti: specialisti, medici di medicina generale, infermieri, direttori di distretto.
-

Care Manager

un infermiere, che in collaborazione con i medici di medicina generale e con gli specialisti, opera con i pazienti in prima persona in ambulatorio, a casa e via telefono.

Questo nuovo “**assistente alla salute**”, guidato dal medico, aiuta il paziente a seguire il piano di cura stabilito dal medico, misura i miglioramenti ottenuti nello stato di salute e valuta i suoi fabbisogni assistenziali.

Il Care Manager si pone a fianco dell'individuo in ogni momento del percorso, sostenendolo nel cambiamento delle abitudini di vita e educandolo a prendersi cura di sé.



I RISULTATI

1. Lo stato di salute dei pazienti

Lo studio ha dimostrato una efficacia statisticamente significativa del modello di *Care Management* rispetto all'attuale organizzazione della medicina di gruppo: il **44,5% dei pazienti inseriti nel gruppo *Care Manager* ha raggiunto l'obiettivo primario**, rispetto al solo **29,7% del gruppo standard**.

La presenza della figura del *Care Manager* ha contribuito ad un ritorno alla norma dei fattori di rischio superiore rispetto al gruppo di controllo negli stessi 12 mesi.

In particolare, differenze statisticamente molto significative si sono registrate:

- nel **controllo del fattore di rischio diabete**, per il quale il **30,9% dei pazienti** nel gruppo *care manager* ha raggiunto l'obiettivo primario rispetto al 14,3% nel gruppo standard care
- nel **controllo del fattore di rischio ipertensione**, per il quale il **35,6% dei pazienti** nel gruppo *care manager* ha raggiunto l'obiettivo rispetto al 19% nel gruppo standard care.

L'intervento implementato nel gruppo *care manager* è risultato quindi efficace nel ridurre il profilo di rischio cardiovascolare globale dei pazienti arruolati.



2. LA SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI E DEGLI OPERATORI

L'82% dei pazienti che hanno partecipato allo studio hanno risposto ai questionari di valutazione. Il **95%** circa dei rispondenti ha manifestato un **grado di soddisfazione buona o alta**.

Dai questionari è emerso chiaramente che i pazienti non hanno interpretato la figura del *Care Manager* come un mero supporto di tipo psicologico, bensì come figura che li ha sostenuti nell'acquisire una sempre maggiore consapevolezza e capacità di gestire il proprio stato di salute, con un **75%** dei pazienti che percepisce il proprio "**empowerment**" come **migliorato/estremamente migliorato**.

Ciò significa che è stato colto appieno l'obiettivo e la funzione di questa figura, ossia rendere i pazienti attori protagonisti del proprio percorso di salute.

La soddisfazione dei *Care Manager* è risultata anch'essa molto alta, anche relativamente al nuovo ruolo svolto: la quasi totalità ripeterebbe l'esperienza e la consiglierebbe ad un collega, o consiglierebbe il programma nel suo complesso ad un paziente.

Il **75% di medici** ha risposto all'indagine di soddisfazione dichiarandosi **complessivamente soddisfatti o molto soddisfatti** del programma e affermando che proseguirebbe il programma per un altro anno e lo consiglierebbe ad un collega.



3. L'IMPATTO ECONOMICO

La valutazione economica è un importante aspetto in quanto, per poter rendere il modello applicabile, esso deve essere giustificato anche da ragioni di sostenibilità economica, in un'ottica di razionalizzazione anziché razionamento delle risorse e considerando anche che le patologie croniche sono quelle che maggiormente incidono sulla spesa sanitaria.

La valutazione economica del modello di *Disease e Care Management* ha stimato la sostenibilità dell'investimento in salute mettendo a confronto i costi del programma (in termini di farmaci, prestazioni specialistiche e ospedalizzazioni) con **l'incremento della qualità di vita**, che è stato del **6%** (dato statisticamente significativo).

I risultati dimostrano come il programma di *Disease e Care Management* sia da considerarsi ampiamente sostenibile dal momento in cui necessita di un **investimento di "soli" 12.432 euro per anno in piena salute guadagnato, a fronte dei 30.000 considerati come soglia massima di sostenibilità dalle più importanti istituzioni internazionali di Health Technology Assessment** (una sorta di agenzie di rating dei programmi sanitari).

Ancora, per gli ultracinquantenni, il programma si rivela addirittura più vantaggioso in termini assoluti generando, a fronte dell'incremento di qualità di vita, anche un risparmio di risorse.

LO STRUMENTO INFORMATICO

- LA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA MILLEWIN
 - MILLE GPG
-

LA CARTELLA CLINICA
INFORMATIZZATA
MILLEWIN

LA CARTELLA CLINICA ORIENTATA
PER PROBLEMI



incipali Aperti Chiusi (0) Tutti [Contrai](#) [Organizza](#)

[Lavoro problema](#)

ario

Procedure di prevenzione

Terapie [Richieste](#) Vaccini [consigli](#) mBds [Scadenze](#)

		Farmaci (+)	n°	Posologia	E	T	
29.04.12	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					NM

Accertamenti Pressione [Certificati](#) [Esenz.](#) [Intolleranze](#) [Alleg](#)

		Accertamenti (+)	Risultato	<input type="checkbox"/>	O	N	E	Tipo	S
29.04.12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SPIROMETRIA <PROVE RESPIRATORIE>					P	A

[Stampa gli accertamenti prescritti](#)

Misurare [Pressione](#)

Vaccinare: [INFLUENZA](#)

Richiedere [Accertamenti](#)

3 protocolli da completare. [Elenca](#) [Mostra scadenze](#)

([zoom](#)) Procedure di prevenzione (Ultima modifica: Pierclaudio Brasesco)
SPIROMETRIA <PROVE RESPIRATORIE>
 (richiesta del 29.04.12 in attesa di risultato) ...



Audit Clinico

Monitoraggio e valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi nella gestione dei principali problemi cronici mediante un set di indicatori di processo ed esito intermedio e loro confronto con i dati "ideali" e Nazionali di Health Search



Rischio Clinico

Identificazione delle situazioni che determinano un rischio clinico e che necessitano di interventi correttivi



Appropriatezza

Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva (nel singolo paziente o in gruppi di pazienti) relativa a specifici farmaci (es. Statine, IPP e altri di prossima attivazione)



Progetti

Adesione e partecipazione a progetti di ricerca clinico-epidemiologica di carattere locale e Nazionale



Scambio Dati

Invio e ricezione dei dati (aggregati e anonimizzati) agli archivi di riferimento per finalità di confronto. Aggiornamento automatico del programma e delle funzionalità in esso contenute



Analisi Criticità e Intervento

Identificazione e risoluzione delle principali criticità nella gestione delle malattie croniche mediante specifici supporti scientifici



Simulazione Scenari

Simulazione degli esiti (riduzione/aumento di eventi) di un intervento sanitario in base ad un predeterminato obiettivo di salute



Risorse e FaD

Accesso a notizie di interesse professionale, aggiornamenti dalla letteratura internazionale, materiali formativi (FaD), Forum di discussione, supporto e materiali informativi per i pazienti



Utilità

Funzionalità integrative e accessorie di MilleWin



Pannello di Controllo

Configurazione avanzata dell'applicazione, documentazione relativa al programma e Supporto Tecnico

Risultato dei sei indicatori più importanti

Data ultima analisi: 02/05/2010

Aggiorna Analisi

Stampa

Esporta

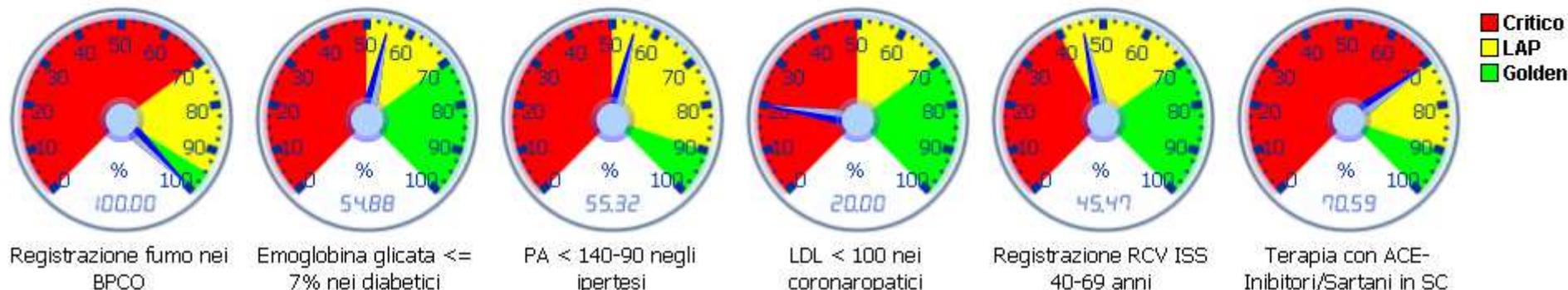
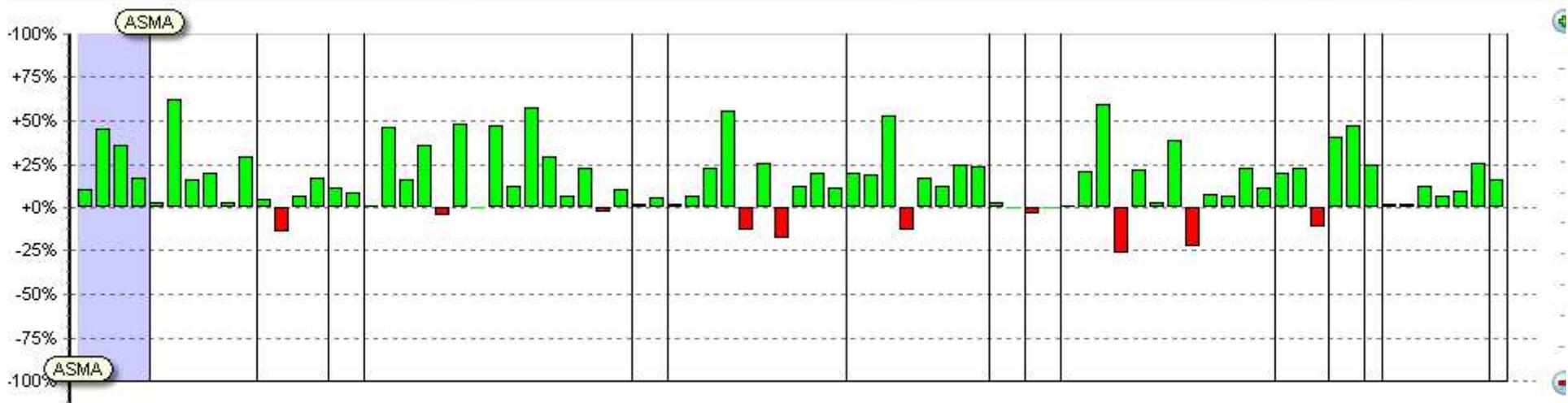


Diagramma riepilogativo delle differenze fra il risultato personale di ogni indicatore ed il relativo valore di Health Search o del LAP





ASMA

Area Pneumologica



CANCRO

Area Oncologica



DIABETE MELLITO TIPO 2

Area Metabolica



ICTUS-TIA

Area Cardiovascolare



IPOTIROIDISMO

Area Metabolica



MALATTIA CORONARICA

Area Cardiovascolare



PREVENZIONE CV

Area Cardiovascolare



SCOMPENSO

Area Cardiovascolare



BPCO

Area Pneumologica



DEPRESSIONE

Area Neuro-Psichiatrica



EPILESSIA

Area Neuro-Psichiatrica



IPERTENSIONE

Area Cardiovascolare



LOMBALGIA

Area Osteomioarticolare e del movimento



MRGE

Area Gastroenterologica



PREVENZIONE GI

Area Gastroenterologica



ULCERA

Area Gastroenterologica

PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI

Convegno

Il Percorso Clinico della Persona con Diabete nel modello di gestione integrata della Regione Liguria

Un Piano per la formazione degli Operatori Sanitari

18 giugno 2010 - ore 9:00

Hotel NH Marina - Molo Ponte Calvi, 5
Porto Antico - Genova

Programma

<p>9:00 Apertura del Convegno Dott. Gianluigi Rossi - Direttore Regionale Liguria</p> <p>1ª Sessione La realtà epidemiologica ed operativa in Liguria Assistente Dott. Andrea Berti - Genova - ASL Liguria</p> <p>9:30 Il progetto Nocchiero e il Diabete in Liguria - potenzialità e limiti Dott. Francesco Ligato - Genova - ASL Liguria</p> <p>10:00 La formazione del Personale Sanitario sulla gestione clinica del Percorso Diagnostico Terapeutico nel Diabete. Il ruolo dell'Università Dott. Marco Orzes - Direttore di Clinica di Medicina e Diabetologia - ASL Imperia</p> <p>10:30 La rete della Cura Primaria nel trattamento della cronicità: il paradigma Diabete Dott. Pier Paolo Basso - Direttore Regionale della Regione Liguria</p> <p>11:00 Discussione in plenaria Coffee break</p> <p>2ª Sessione I principi della gestione integrata e della cura della cronicità Assistente Dott. Paolo Orzes</p> <p>11:30 L'Educazione Terapeutica è un LEA per le persone affette da diabete: livelli e modalità Dott. Adriano Ghisla - Direttore di Endocrinologia e Diabetologia - ASL Genova</p> <p>12:00 Le esperienze di altre Regioni nella gestione integrata del Diabete e l'applicabilità nella Regione Liguria Dott. Roberto Cerrito - Direttore di Endocrinologia - ASL San Marino - Roma</p> <p>12:30 Le esperienze di altri Paesi Europei sul Chronic Care Model Dott. Marco Casucci - Direttore di Endocrinologia - ASL Livorno - Livorno</p> <p>13:00 Discussione in plenaria</p>	<p>13:15 Lunch</p> <p>3ª Sessione Gruppi di lavoro</p> <p>14:20 1. Metodologie nella formazione Dott. Paolo Lotti - Direttore di Endocrinologia e Diabetologia - ASL Genova Dott. Pier Paolo Basso - Direttore Regionale Liguria - ASL Liguria Dott. Andrea Berti - Assistente - ASL Liguria</p> <p>2. L'educazione terapeutica nei vari nodi delle reti Dott. Andrea Berti - Direttore di Endocrinologia e Diabetologia - ASL Liguria Dott. Paolo Lotti - Direttore di Endocrinologia e Diabetologia - ASL Genova</p> <p>3. Sistemi di comunicazione Dott. Andrea Berti - Direttore di Endocrinologia e Diabetologia - ASL Liguria Dott. Paolo Lotti - Direttore di Endocrinologia e Diabetologia - ASL Genova</p> <p>15:30 Sintesi dei lavori di gruppo</p> <p>16:30 Discussione e fatti di valutazione</p> <p>Coordinatore Scientifico Dott. Paolo Lotti Dott. Pier Paolo Basso Dott. Andrea Berti Dott. Paolo Lotti Dott. Andrea Berti Dott. Paolo Lotti</p> <p>Coordinatore Organizzativo: Dott. Paolo Lotti Coordinatore Logistico: Dott. Paolo Lotti</p> <p>SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: ARSLIGURIA DIREZIONE REGIONALE VIALE DELL'INDUSTRIA, 1 16122 GENOVA - TEL. 010/56200000 - FAX 010/56200001</p> <p>Per informazioni e prenotazioni: 010/56200000 www.arsliguria.it</p>
--	---



REGIONE LIGURIA



LA RETE TELEMATICA TERRITORIALE ORIZZONTALE

- COLLEGAMENTO IN RETE TRA :
 - MMG
 - CONTINUITA' ASSISTENZIALE
 - 118
 - PRONTO SOCCORSO
 - REPARTI OSPEDALIERI
 - LABORATORI ANALISI E DIAGNOSTICA CLINICA
-

Per ottenere i migliori risultati possibili nella cura delle persone con diabete attraverso la forte integrazione tra i diversi punti di erogazione dell'assistenza è necessario dare concreta realizzazione ai seguenti strumenti/processi:

-
- **Rendere autonoma la persona con diabete** nella cura e nella gestione del percorso assistenziale;
 - **Percorsi Assistenziali** condivisi;
 - **Rete assistenziale**, con forte integrazione professionale e una buona comunicazione con le Associazioni di Volontariato;
 - **Team Specialistici dedicati** che fungano da consulenti per i MMG e prendano in carico, sempre in integrazione con il MMG, i pazienti secondo livelli diversi di intensità di cura;
 - **Organizzazione dell'ambulatorio del MMG** orientata alle gestione delle malattie croniche : PRIORITARIA E' L'INTRODUZIONE DELLA FIGURA DEL CARE MANAGER NELLE MEDICINE DI GRUPPO
 - **Sistemi di misura e di monitoraggio della qualità** delle cure erogate volti al miglioramento professionale e organizzativo continuo
 - **Sistemi efficaci di comunicazione** e di integrazione multidisciplinare
 - **Coinvolgimento del Distretto**
 - **Presenza in carico** della persona con diabete attraverso la valutazione dell'intensità di cura (*triage*);
 - **Rimozione degli ostacoli amministrativi** che rendono difficile e/o diseguale l'accesso alle cure delle persone con diabete.
-

GRAZIE

SIMG
Società Italiana di
Medicina Generale

