



Il ruolo della Direzione Sanitaria nell'organizzazione di un modello di gestione integrata

Elisa Romano

Clinical Risk Manager
Staff Direzione Generale
ASL 5 "Spezzino" - Regione Liguria

Arenzano, 18 maggio 2012



SIMG
Società
Italiana
di Medicina
Generale



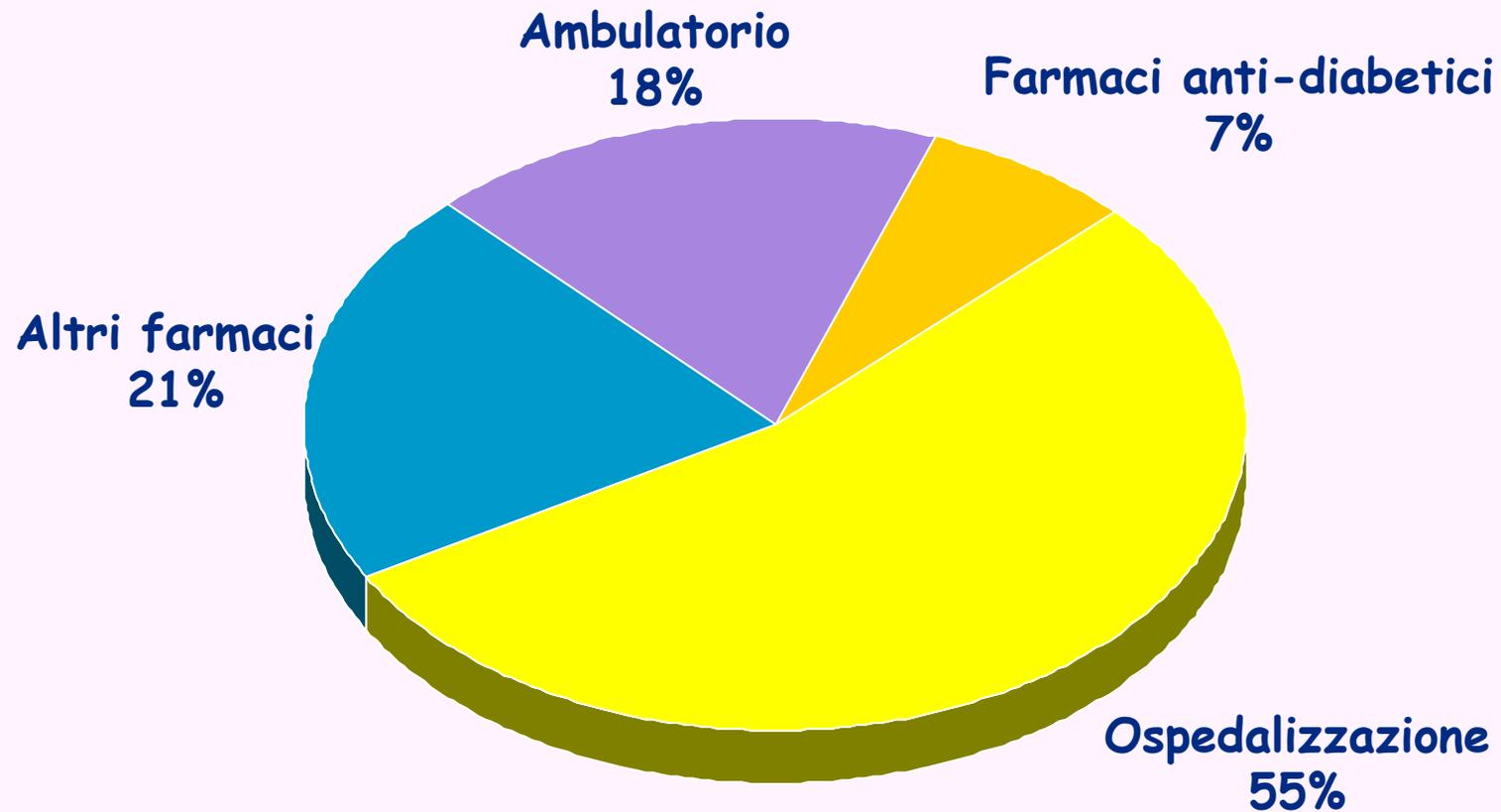
DOCUMENTO DI INDIRIZZO POLITICO E STRATEGICO PER LA BUONA ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE

Discende da questa premessa la necessità prioritaria di **un'adeguata allocazione di risorse per il potenziamento di questo assetto organizzativo**, che sta alla base del percorso diagnostico terapeutico assistenziale e del modello di gestione integrata e che si è dimostrato efficace nel ridurre morbilità, ricoveri e contenere la spesa complessiva.

L'assistenza diabetologica su tutto il territorio nazionale, che essa è il prodotto dell'integrazione tra assistenza sanitaria di base. Sono fondamentali il riconoscimento del **ruolo professionale del Medico di Medicina Generale**, cardine dell'assistenza sanitaria di base, e di quello della **rete italiana dei Servizi di Diabetologia, ospedalieri e territoriali**, più volte oggetto di studi internazionali.



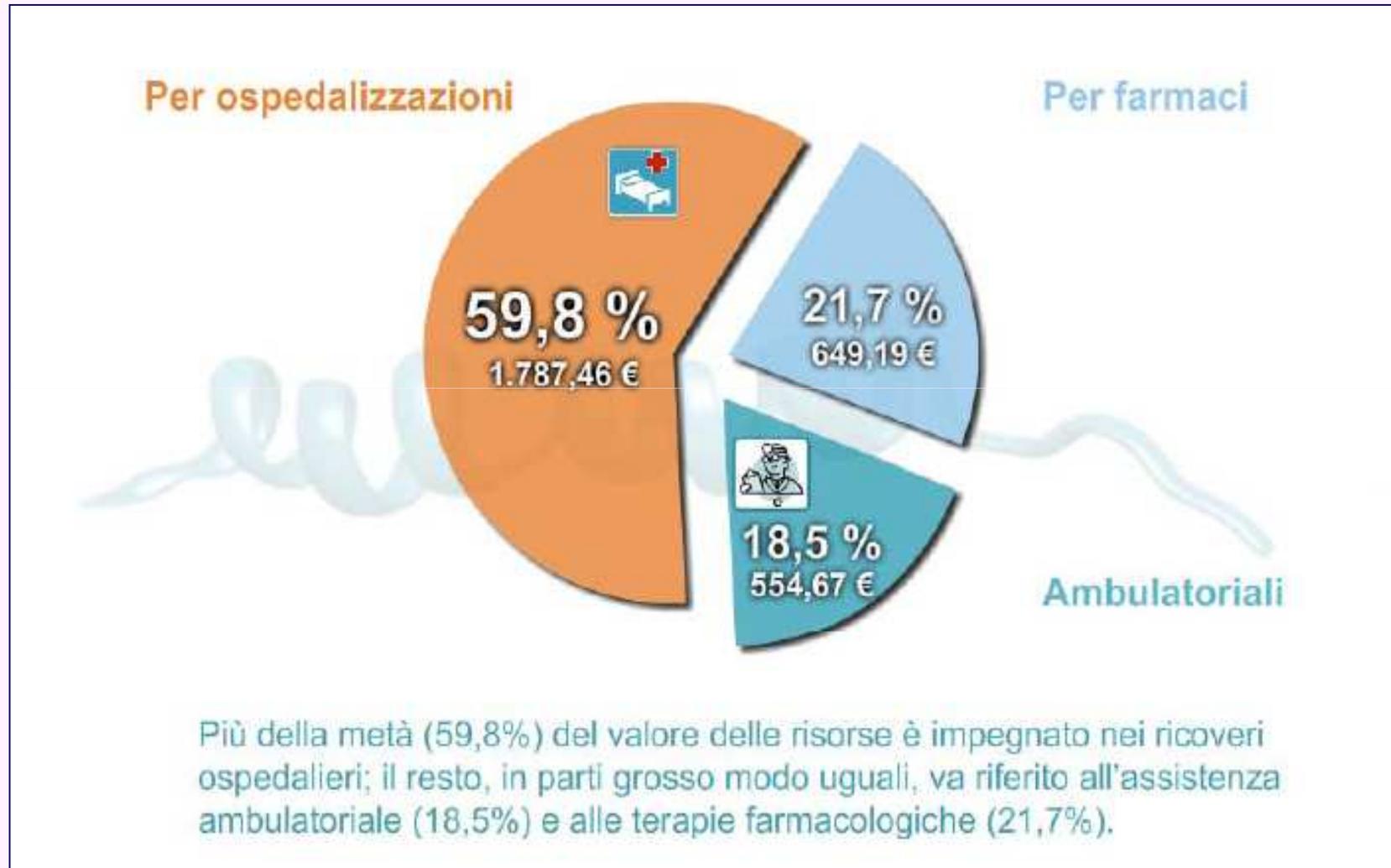
L' Ospedalizzazione e' responsabile di gran parte dei costi del DMT2 in Europa (CODE-2 Study)



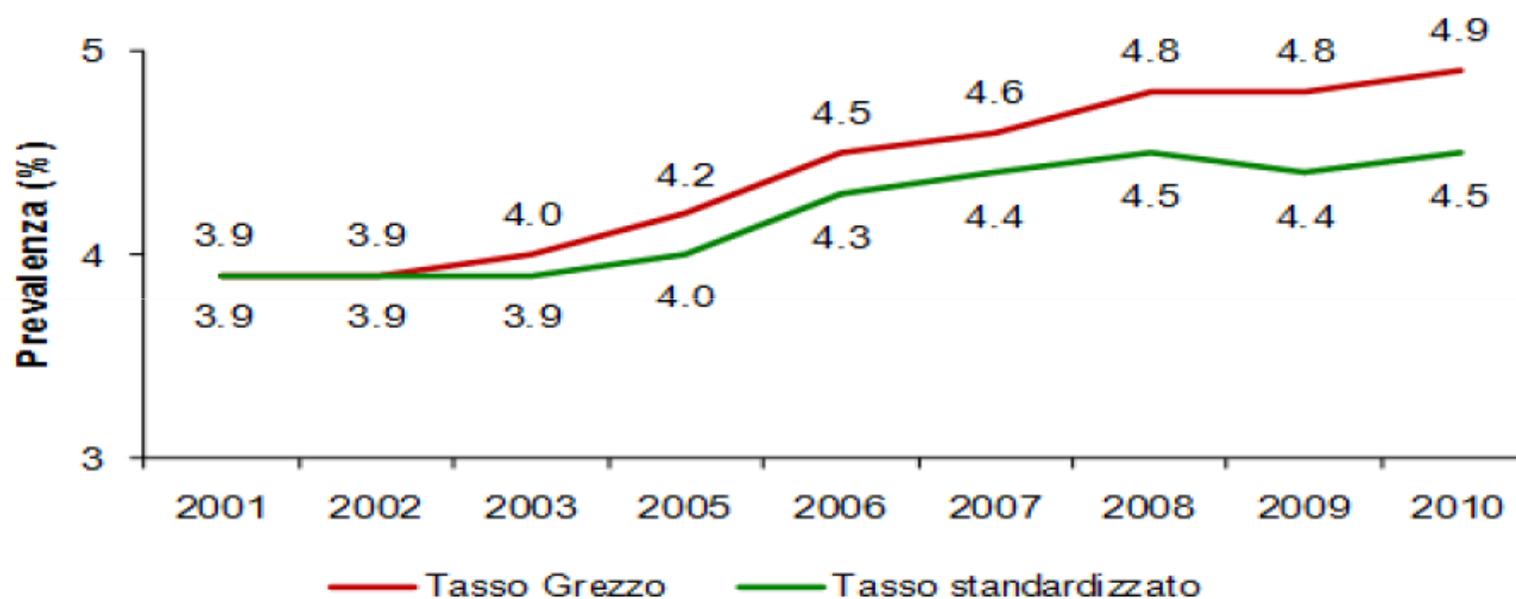
 = € 29 billion/year (\$US 32 billion)

Jönsson B, Diabetologia 2002; 45: S5-S12.

The Costs of Type 2 Diabetes Mellitus in Italy: A CODE-2 Sub-Study¹



Andamento della prevalenza del diabete in Italia (2001-2010)



La prevalenza del diabete aumenta con l'età fino a raggiungere il 19,8% nelle persone con età uguale o superiore ai 75 anni.



NULLA E' CAMBIATO ?

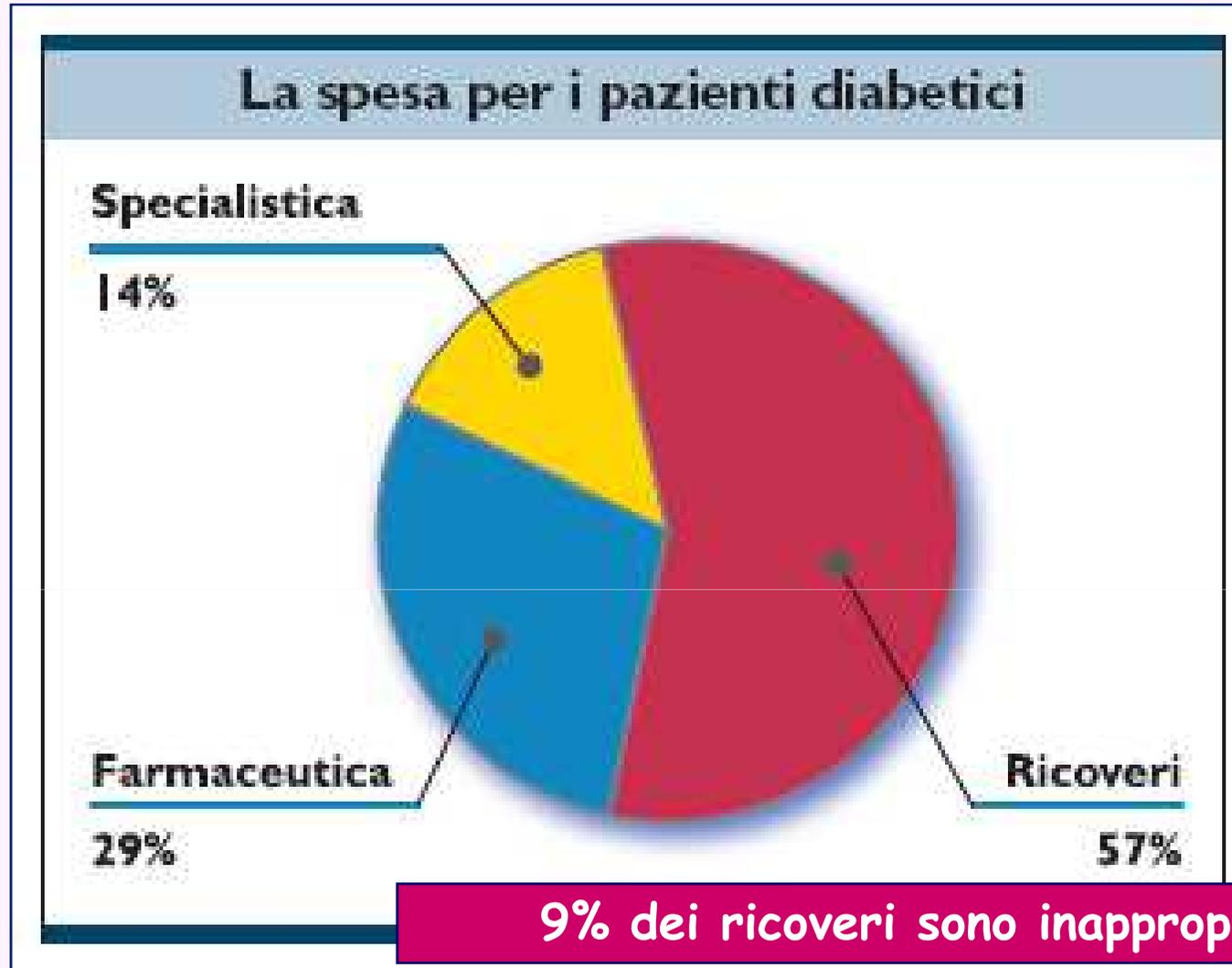


Dati epidemiologici (relativi al 2010)

- sul campione di 9.465.492 soggetti dell'Osservatorio ARNO, 544.852 soggetti sono affetti da diabete mellito con una prevalenza del 5,8% (+ 69% dal 1997, +13% rispetto al 2007)
- 2/3 dei soggetti diabetici hanno un'età superiore a 64 anni
- 1 caso su 5 ha un'età superiore a 80 anni
- Su 1.000 casi, 5 hanno meno di 19 anni di età e 20 meno di 34 anni
- La frequenza di diabete negli uomini è 6,1%, mentre nelle donne è 5,5%
- Il Tipo 2 rappresenta il 91% dei casi di diabete mellito

Il diabete costa al SSN 10 miliardi di €/anno

Osservatorio ARNO Diabete, Bologna novembre 2011



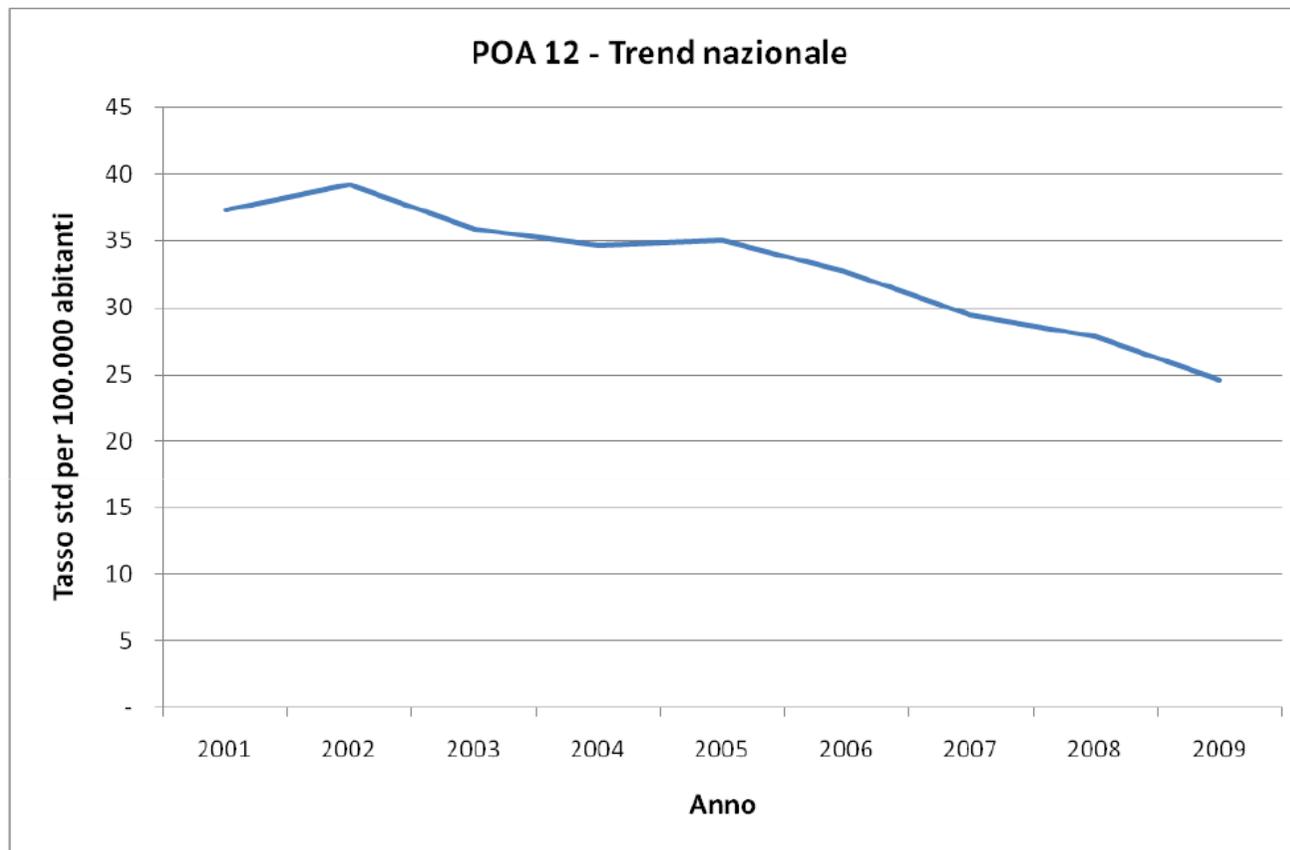
Rapporto Arno Diabete 2011 (su 544mila pazienti)

Costo medio di un paziente diabetico: 2.756 €/anno
(vs 1.545 €/anno di un paziente non diabetico)



PROGRAMMA OPERATIVO APPROPRIATEZZA

Studio e sperimentazione di indicatori per determinare il grado di appropriatezza delle prestazioni di ricovero dovute a carenze delle altre forme di assistenza - febbraio 2011 -



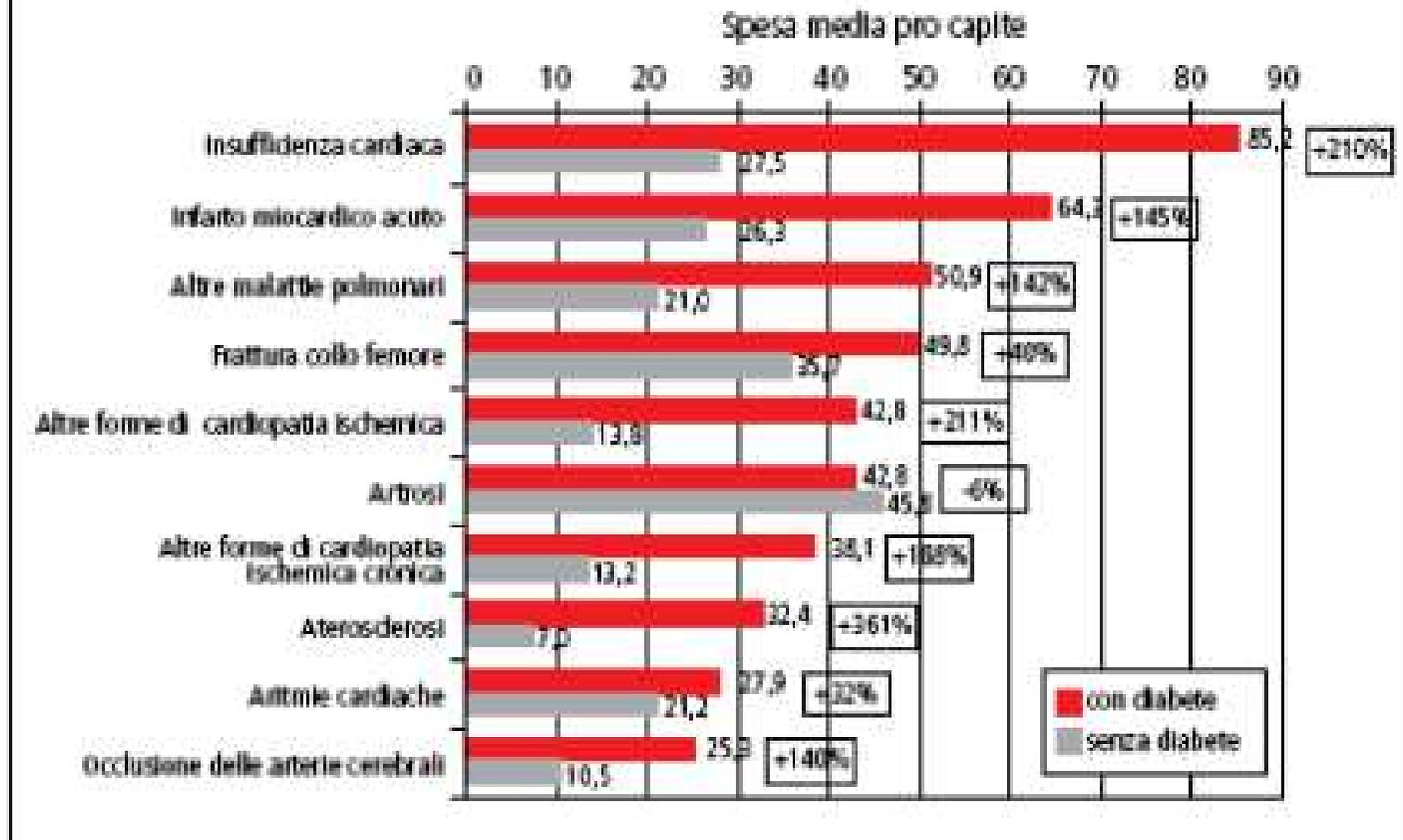
Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato senza complicanze

Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ - DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA - UFFICIO VI



Prime 10 diagnosi di ricovero a più alta incidenza di spesa nei diabetici e nei non diabetici



A livello internazionale, la prevalenza del diabete negli adulti ospedalizzati è stimata fra il 12 e il 25%

Clinical Guidelines Task force, Chap 19 - IDF, 2005

ARNO Diabete, Bologna nov.2011



Riflessioni...

- i costi di ospedalizzazione sono significativamente aumentati per la **presenza delle complicanze croniche** del diabete. Fra queste le complicanze macrovascolari, insieme alle comorbidity, sono le principali cause di costo più elevato
- il **controllo intensivo** della glicemia ha dimostrato un miglioramento del rapporto costi/benefici sia nel diabete di tipo 1 che nel diabete di tipo 2, che si traduce soprattutto in una **riduzione dei costi di ospedalizzazione**

*Pagano E et al, Journal Diabetes Complications 2009; 23: 1-6;
Bruno A, et al L'iperglicemia in Ospedale, Pacini Ed. 2007*



Linee Guida AMD-SID-SIMG (2001)

Ricoveri ospedalieri urgenti (direttamente dai MMG o dai CD)

- ✓ Chetoacidosi, Iperosmolarità non chetosica, Ipoglicemia grave
- ✓ Complicanze acute dell'apparato cardio-vascolare
- ✓ Stato tossi-infettivo per gangrena diabetica
- ✓ Ischemia critica agli arti inferiori

Ricovero Ospedaliero Programmabile (in regime ordinario o di D.H.)

- ✓ Diagnosi e tipizzazione di **diabete all'esordio** per inquadramento clinico e/o accertamenti diagnostici multispecialistici complessi (**preferibile D.H.**)
- ✓ **Scompenso metabolico cronico**: scompenso o instabilità glicometabolica da tempo, che necessita di accertamenti diagnostici multispecialistici, e/o monitoraggio in ambiente ospedaliero (**preferibile ricovero ordinario**)
- ✓ Follow-Up della malattia e delle sue **complicanze**: accertamenti diagnostici multispecialistici, che richiedono particolare cautela (**preferibile D.H.**)
- ✓ **Gravidanza** in diabetica o diabete insorto in gravidanza (**preferibile D.H.**)
- ✓ Avvio terapia con **infus. sottocutanea** continua d'insulina (**preferibile D.H.**)
- ✓ Studio e cura del **piede diabetico** (**preferibile D.H.**)
- ✓ Esecuz. di **procedure** diagnostico-terapeutiche invasive (**ricovero e/o D.H.**)



Piani Sanitari Nazionali



LINEE DI INDIRIZZO



Vanno superate le difficoltà oggettive all'integrazione ed implementati i segmenti della rete non ancora perfettamente funzionanti. In particolare va ricordato il **sistema delle cure ospedaliere con quello delle cure primarie** e va progettato un **sistema di coordinamento** tra queste ultime e il livello specialistico territoriale ed ospedaliero



Reingegnerizzazione delle cure primarie: passaggio dall'erogazione di prestazioni parcellizzate a **percorsi assistenziali condivisi** tra operatori e utenti (da medicina di attesa a medicina di iniziativa)

Esigenza di definire nuovi percorsi assistenziali caratterizzati da un **approccio multidisciplinare** per un'integrazione tra le prestazioni sanitarie e sociali (continuità di cure)



Medicina Generale

- ❖ Si occupa di **tutti i problemi di salute** della persona
- ❖ E' **orientata al malato** e non alla malattia
- ❖ Cerca il **coordinamento delle cure**
- ❖ Cerca l'**alleanza terapeutica** con il paziente
- ❖ E' presente in modo **longitudinale e diffuso**
- ❖ Ha coscienza di dover **razionalizzare le risorse**

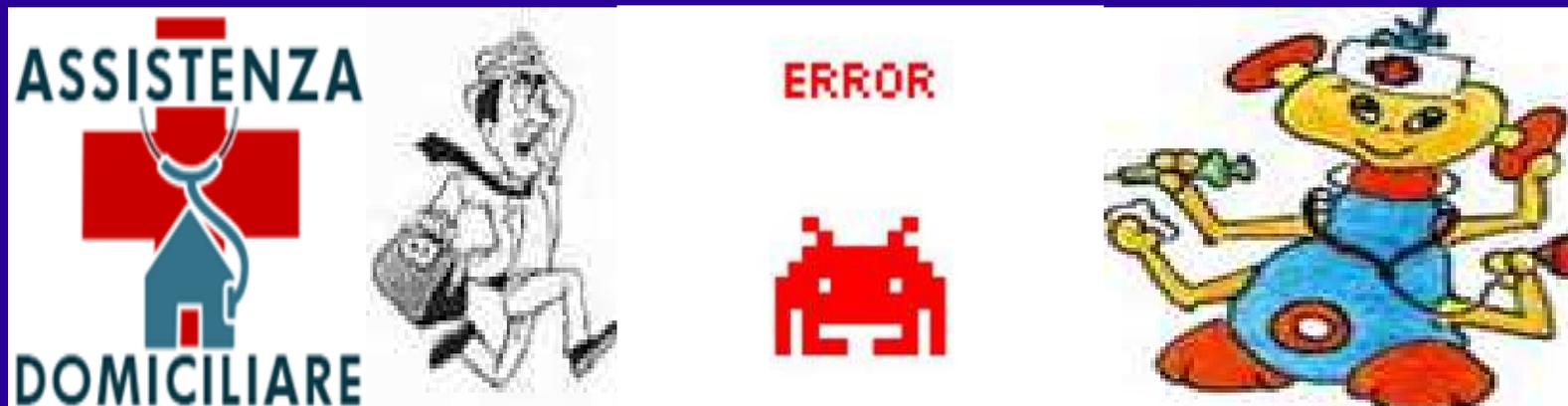




Il setting della Medicina Generale....



....necessità di interventi per la riduzione del rischio.

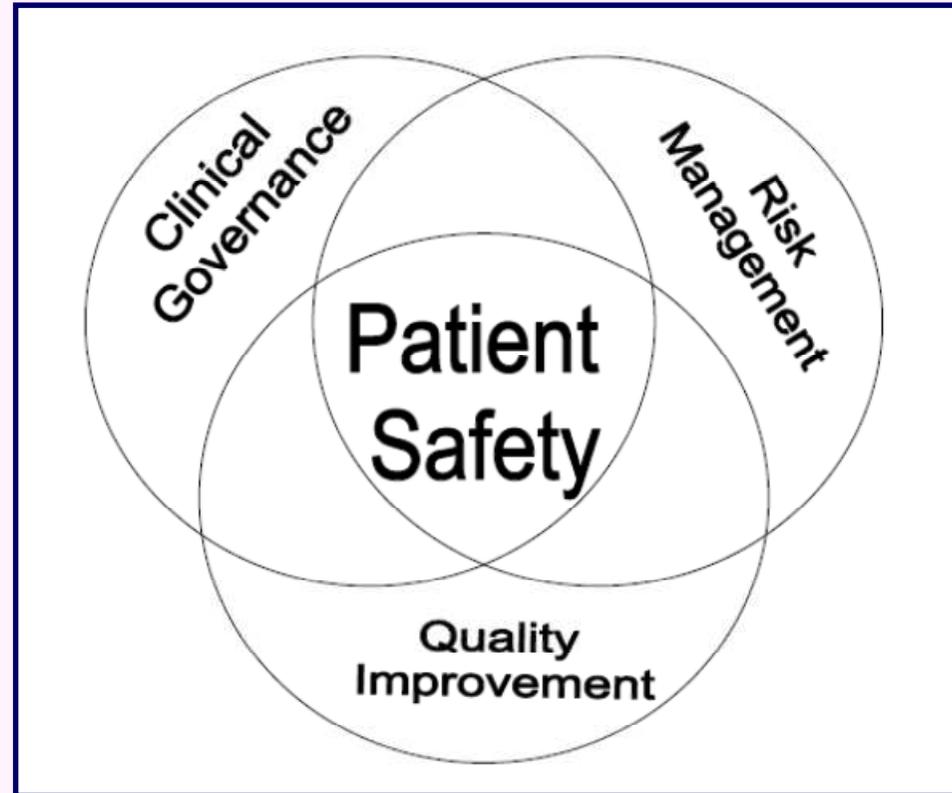


L'individuo stressato commette maggiori errori professionali....

Patient Safety *garanzia di sistemi operativi e processi che minimizzino la probabilità di errore e massimizzino la possibilità di intercettarlo ove accada*
(Institute of Medicine, 1999)

Gestione del Rischio Clinico

processo di miglioramento continuo della **pratica clinica** per renderla sempre più sicura, partendo dall'identificazione dei rischi per i pazienti, per arrivare alla loro riduzione, ove possibile.



"Il Risk Management è l'insieme di attività cliniche e gestionali intraprese per identificare, valutare e ridurre i rischi per i pazienti, per lo staff, per i visitatori e i rischi di perdita per l'organizzazione stessa"

(JCAHO, 2001)



Cosa è la Clinical Governance?

...è un **sistema** in base al quale le organizzazioni del Servizio Sanitario Nazionale sono responsabili di migliorare continuamente la **qualità dei propri servizi e garantire elevati standard di assistenza** grazie alla creazione di un **ambiente** nel quale l'eccellenza dell'assistenza clinica può prosperare...

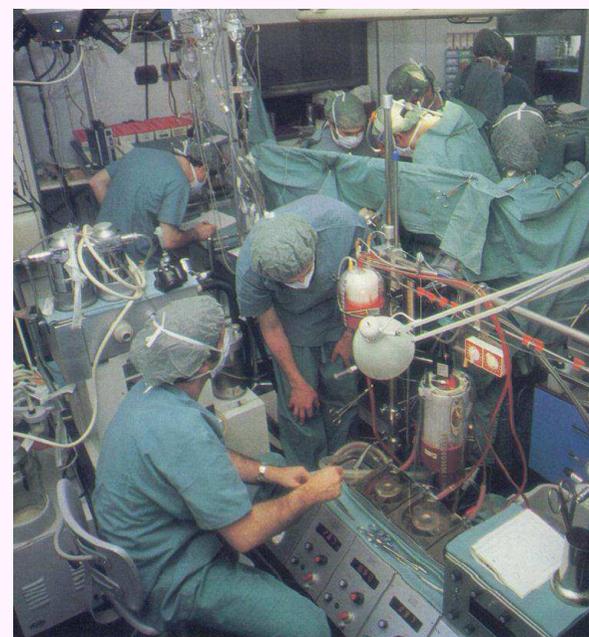
Scally G., Donaldson L.J., BMJ 1998; 317: 61-65 (4 july)

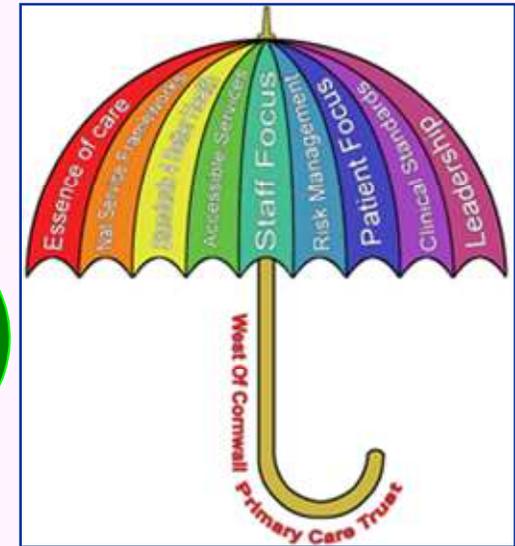


Estrazione della pietra della follia
Hieronymus Bosch



**Centralità del paziente
Gestione della complessità**





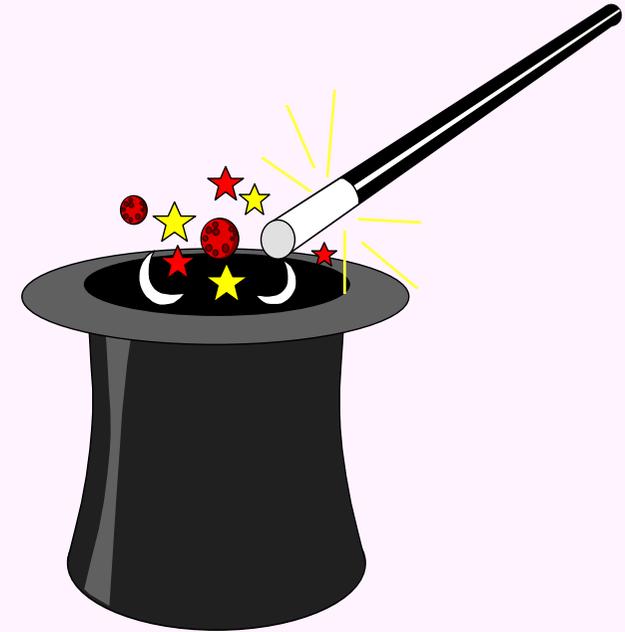
L'albero della Clinical Governance

Strisce: Strumenti di CG
Stecche: Dipartimenti, Staff
Manico: Committment aziendale
Mano: Politica sanitaria regionale

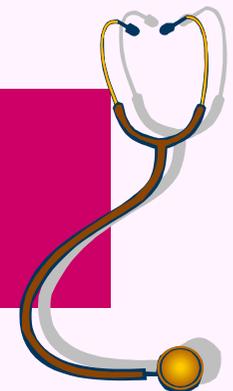


L'ottica del Risk Management

- Identificazione delle circostanze che mettono il paziente a rischio di un danno
- Controllo delle cause per minimizzare il danno
- Valutazione e monitoraggio dei risultati
- Riduzione delle **azioni legali** da parte dei pazienti e contenimento delle conseguenze economiche



forte valenza di tipo economico va integrata
con motivazioni di tipo etico e deontologico più aderenti
ai Professionisti Sanitari





Presentazione del Manuale
**“Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza delle Cure
negli Ambulatori dei Medici di Medicina Generale
e dei Pediatri di Famiglia”**



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III

16 marzo 2010





Raccomandazioni (1)



Azione 1 - Una organizzazione efficiente

- a) Accesso e percorsi
- b) Organizzazione del lavoro
- c) Attrezzature informatiche

Azione 2 - Registrazione delle informazioni

- a) Cartella clinica
- b) Prescrizioni chiare

Azione 3 - Comunicazione efficace

- a) Coinvolgimento pazienti ed altri assistenti informali
- b) Comunicazione nella équipe
- c) **Integrazione con l'Ospedale** ed altri Servizi Territoriali

Presentazione del Manuale
"Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza delle Cure
negli Ambulatori dei Medici di Medicina Generale
e dei Pediatri di Famiglia"

16 marzo 2010





Raccomandazioni (2)



Azione 4 - Formazione del personale e ricerca per sostenere lo sviluppo della sicurezza

- Aggiornarsi sul rischio clinico
- Formare il personale di studio relativamente al Rischio Clinico
- Aderire a progetti di ricerca

Azione 5 - Sistema di segnalazione degli eventi (IR) utile per il miglioramento della sicurezza

- Partecipare alla segnalazione degli eventi sentinella (SIMES)
- Aderire ad un sistema di Incident reporting specifico
- Utilizzare le segnalazioni per misure di prevenzione





Consapevolezza del ruolo del MMG e del PdF nella gestione del rischio clinico rispetto a:

- ❖ Organizzazione del proprio Ambulatorio
- ❖ Segnalazione eventi evversi
- ❖ Sicurezza del Personale e dei Pazienti
- ❖ Aggiornamento e Formazione permanente
- ❖ Collegamento con altri servizi del territorio (ass. domiciliare, RSA, ecc)
- ❖ **Rapporto con Specialisti**
- ❖ **Collegamento con Ospedale**
- ❖ **Collegamento con Dipartimento Farmaceutico (appropriatezza prescrittiva)**

Integrated Clinical Governance Encompasses A Number Of Activities that Help To Improve Quality





Attivazione di processi di **Gestione del Rischio** nell'attività del MMG tramite l'istituzione di un Gruppo di Lavoro Permanente

Linea Progettuale (quadriennale):

- ❖ sviluppo strumenti di Governance relativi alla sicurezza del Paziente in MG
- ❖ diffusione del sistema di Incident Reporting





Gruppo di lavoro



Obiettivi

- Sensibilizzare i **MMG** e i loro collaboratori al tema della sicurezza e della gestione del rischio
- Attivare il Sistema di segnalazione **"Incident Reporting"** in Medicina Generale
- Ricercare **soluzioni organizzative condivise** nelle principali aree di interesse
 1. **Area Comunicazione** (Medico/Paziente, Medico/Caregiver-Familiare, Medico/Medici, Medico/Stakeholder, Strumenti informatici)
 2. **Area Organizzativa** (Studio Medico e Personale dedicato, Cure domiciliari prestazionali, Strumenti informatici)
 3. **Area Medica** (Formazione/Aggiornamento professionale, Audit clinico, Percorsi clinico-organizzativi Ospedale-Territorio)
 4. **Area Farmaceutica** (appropriatezza prescrittiva)



Modalità attuative (1)



- **Istituzione del Gruppo:** Gestione del Rischio Clinico in MG
- Somministrazione ai MMG di Questionari sulla percezione del clima di sicurezza
- Formazione sull'Incident Reporting e su altri strumenti di Gestione del Rischio (audit clinico, EBM..)
- Attuazione di Corsi di Informatica, rivolti a migliorare l'utilizzo della cartella clinica Millewin, e successiva implementazione del Programma MilleGPG (General Practice Governance) quando disponibile
- Incontri di Formazione e Aggiornamento professionale permanente

Sensibilizzare i MMG alla cultura del Rischio Clinico



Modalità attuative (2)



- Ricerca di soluzioni organizzative tese all'appropriatezza clinica e all'ottimizzazione delle risorse
- Stesura di **Percorsi clinico-assistenziali** e Protocolli di Trattamento condivisi con modalità di comunicazione strutturate
- Gestione integrata della dimissione del Paziente Fragile
- Incontri operativi con 118, PS e Continuità Assistenziale per concordare le modalità di invio e lo scambio di informazioni sul paziente
- Collaborazioni con l'Igiene Pubblica per implementazione vaccinazioni e strategie di Educazione Sanitaria

INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO

la progettazione del percorso del paziente



Gustav Klimt - La vierge

forte *valenza olistica*
visione di insieme
valenza *strategica e*
organizzativa

Prof. R. Russo Dipartimento di Igiene Università di Torino 2003



Premessa



Valutati il Progetto IGEA 2008, i documenti AMD/SID 2008 e la rete orizzontale diabetologica 2009 della Regione Liguria si propone un

Progetto per la Gestione del Paziente Diabetico tipo 2

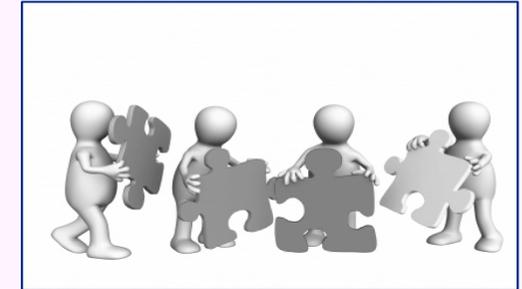
che:

- tenga conto della **situazione territoriale** attuale
- sia attuabile da subito con massima adesione dei MMG
- sia implementabile con progressione per step
- utilizzi un sistema di audit periodico
- renda più **accessibili e semplici i percorsi di cura**
- consenta la formazione del personale medico / sanitario
- consenta l'**educazione** della popolazione al miglior controllo della patologia diabetica



Finalità

- **Ottimizzazione ed ampliamento delle risorse**
- **Adozione di linee guida condivise**
- **Strutturazione modalità di comunicazione**
- **Implementazione utilizzo millewin/raccolta dati**
- **Promozione educazione sanitari / paziente**
- **Promozione compliance paziente**



Vantaggi immediati:

- ✓ **Tempi di attesa 1° visita brevi**
- ✓ **Accesso preferenziale per consulenze**
- ✓ **N° cellulare dedicato**





Gestione Integrata del Diabete Tipo 2

Protocollo di Percorso

- Paziente al momento della diagnosi
- Paziente noto come diabetico, in compenso metabolico
(in carico solo a MMG o già noto/in carico al CAD)

Strumenti di Comunicazione

Registrazione dati in cartella informatica
Stampa scheda anamnestica / documentazione
Utilizzo di CARTELLINA CONDIVISA MMG/CAD



N° CELLULARE dedicato



Pazienti in gestione integrata

Paziente con 2 glicemie >126mgdl e/o HbA1c 6,5 glicemia 200

invio a CAD con :

RICHIESTA su ricettario ASL

**VISITA DIABETOLOGICA
PROPOSTA GESTIONE INTEGRATA**

Facilita delle Informazioni Essenziali sul paziente

Elenco Accertamenti in Info
Medica Aggiungi gruppo per Pronto Soccorso Altra registro Report da inviare ad ASL

Informazioni Essenziali al 22/11/2010

Paziente
GIANNI Romano : CF: GNURMN97R28E463P; CS: ; maschio Età 73 anni Nascita
28/10/37 a La Spezia ; Donatello; viale nazario sauro 36 19100 La Spezia
Informazioni rilevate lunedì 22 Novembre 2010

Medico di famiglia (MMG)
Dott. Cristina Rossi P.Zsa G.Venti 23 La Spezia 0187 515320

Parametri vitali
altezza: 06/10/2010 172 cm
BMI/body mass index: 06/10/2010 28,7
peso: 06/10/2010 85,0 kg
PA: 90 - 60 (ultima rilevazione)
Protesi, impianti, ausili
V43.65/00 PROTESI GINOCCHIO dx (2010 Mar)

22/11/2010 documentazione prodotta nel software SIDA/Vis © 2010centium srl pagina 1 di 6

ESAMI EFFETTUATI

HbA1c =>6,5 / ultime 2 glicemie =>126 /glicemia =>200
ultimi esami (HDL trig colest ldl calc, creatinina + eGMD
eventuali ulteriori esami effettuati
ecg

se il paziente è affetto da patologia cardiovascolare
ultimo ecg + visita cardiologica
se effettuato, ultimo eco TSA

SCHEDA ANAMNESTICA



Proposta di Gestione Integrata del MMG al CAD

CAD:

visione esami HbA1c, glicemia ecc

rilascio invalidità 013

fornitura presidi x monitoraggio glicemia

educazione monitoraggio glicemia per 7-10 gg

nuovo accesso al CAD x visione dati glicostix

Visita diabetologica

1. Inquadramento diagnostico terapeutico
Stadiazione clinica e delle complicanze
Educazione terapeutica strutturata
2. Avvio a follow up in G.I. nel paziente a target
Richiesta al paziente di consenso scritto a G.I.
Re-invio al MMG con piano di cura personalizzato

Il paziente riceve una **CARTELLA** da portare ad ogni accesso
CAD / MMG per raccolta documentazione da condividere



Pazienti in gestione integrata

<i>Ottimizzazione HbA1c</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>HbA1c, Glicemia, Urine</i>• <i>Peso, Circonferenza vita</i>• <i>Verifica autocontrollo glicemico</i>• <i>Pressione arteriosa</i>	<i>Ogni 3 mesi</i>
<i>Visita medica Prevenzione ulcere Controllo stili vita</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Controllo fumo, peso, dieta</i>• <i>Ispezione dei piedi</i>• <i>EO cardiologico e neurologico</i>	<i>Ogni 6 mesi</i>
<i>Quadro lipidico Complicanze “micro” Complicanze “macro”</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Quadro lipidico, Uricemia</i>• <i>Creatininemia, Microalbuminuria</i>• <i>FUNDUS (ogni 2 anni)</i>• <i>ECG (calcolo rischio CV)</i>	<i>Annuale</i>



Pazienti in gestione integrata



Accesso programmato al CAD

- al momento della diagnosi
- controlli secondo gli intervalli concordati
CAD/MMG

Accesso non programmato al CAD

Previo contatto telefonico al numero dedicato in caso di:

- severe ipoglicemie
- necessità di procedure invasive
- complicanze renali, neurologiche, oculari
- complicanze micro e macrovascolari in evoluzione
- piede diabetico
- diabete gravidico/pianificazione gravidanza



Obiettivi di controllo glicemico in diabetici di tipo 2

HbA1c **<7 %** (6,5% in singoli pazienti)

Glicemia a digiuno e pre prandiale **70-130mg/dl**

Glicemia post prandiale **<180 mg/dl ***

HbA1c: **7-8 %** se

DM >10aa, a lungo scompenso, 1 complicanza CV

Pazienti anziani

Buona salute, aspettativa di vita >10aa: HbA1c **6.5-7.5 %**

Fragili, aspettativa di vita <10 aa: HbA1c **7.5-8.5 %**

**Misurazione 2h dopo inizio pasto*

Valori post prandiali <140 sono perseguibili nel diabete tipo 2 (IDF 2007)



N° 1 CORSO di FORMAZIONE
in 2 edizioni 9 e 12 Luglio 2010



N° 2 CORSI di AGGIORNAMENTO ECM *
22/5/10 "la gestione integrata tra CAD e MMG
del paziente diabetico di tipo 2"
04/9/10 "1° incontro su trattamento farmacologico
del diabete: la terapia orale"

N° 2 CORSI INFORMATICA
28/9 e 30/9 Cartella clinica millewin



*Commissione per la formazione dei MMG
Accordo azienda ASL 5 e Medici di Medicina Generale



OBIETTIVI del MMG



registrazione "Diabete" su cartella informatica
diabetici registrati = totale diabetici
migliorare programma controllo dei pazienti
con diagnosi registrata di diabete tipo 2



INDICATORI

Valutare su pazienti in carico a MMG:

- diagnosi registrata diabete tempo 0 studio
- diagnosi registrata diabete a 2 anni
- n° pazienti al tempo 0-12-24 mesi con
1/>1 registrazione/anno di HbA1c, glicemia



OBIETTIVI del CAD

1) disporre di cartella informatica
(obiettivo già raggiunto)



2) completare archiviazione informatica
dati pazienti in carico
(obiettivo parzialmente raggiunto)



3) attivazione di linea telefonica dedicata
(obiettivo già raggiunto)



4) aumento 1 unità pers. medico del CAD
(obiettivo parzialmente raggiunto)





Progetto attivato da ottobre 2010

87 MMG hanno aderito al Progetto partecipando ai Corsi di Formazione

Tutti usano cartella clinica Millewin, hanno fornito n° cellulare e indirizzo e-mail

IL CAD ha attivato Cartella Clinica Informatica compatibile con Millewin

Riceve da repository aziendale esami di Laboratorio e di Radiologia

Servizio di Help Desk telefonico dedicato

a tutt'oggi 140 pz in GI

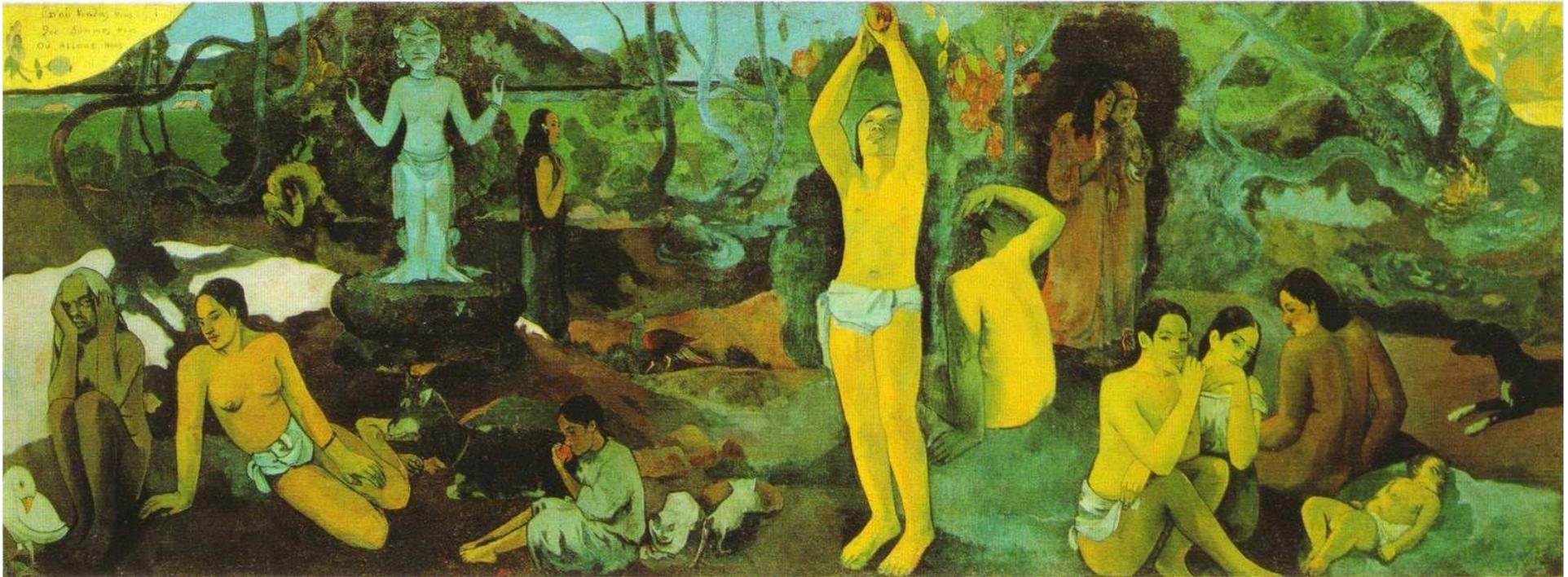


Sinergia tra Medicina Generale e Servizi di Diabetologia



- Riduce del 65 % i ricoveri ospedalieri del paziente diabetico (*Giorda, Diabetic Medicine 2006*)
- Triplica le probabilità che il paziente sia seguito secondo le linee guida (*Gnavi, Diabetes Care 2009*)
- Riduce significativamente la mortalità cardiovascolare (*Zoppini et al. Verona Diabetes Study, Diabetes Metab Res Rev 1999*)

**Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali
tra i Centri di Diabetologia e la Medicina Territoriale**



Paul Gauguin. Da dove veniamo? Chi siamo? Dove andiamo? 1897-98. Boston, Museum of Fine Arts

Gruppo di lavoro

Andrea Conti - Direttore Sanitario ASL 5 "Spezzino"

Cristina Rossi - Presidente Regionale SIMG

Lanfranco Sanna - METIS

Enzo Ceragioli - SNAMID

Giampaolo Poletti - VAL DI MAGRA 2000

Marco Santilli, Alessio Romeo, Alessandro Pratici - SLIMET

Stefano Carro, Alberto Zappa - SSD Centro Diabetologico ASL 5 "Spezzino"

Elisa Romano - Responsabile SS Rischio Clinico ASL 5 "Spezzino"

Grazie per l'attenzione

