



**XXVI Congresso Congiunto  
AMD SID Friuli Venezia Giulia**



**TEAM**

**SPECIALISTICO-TERRITORIALE  
di ASSISTENZA  
al PAZIENTE DIABETICO,  
tra FORMAZIONE  
e TELEMEDICINA**

**UDINE  
17 novembre 2018**

# **Analisi critica dei modelli di gestione integrata (luci ed ombre)**

**Cesare Miranda  
SSD Endocrinologia e Malattie del Metabolismo  
Pordenone  
AAS 5 Friuli Occidentale**

# Agenda

- **Background**
- **Materiali e metodi:**
  - Modelli di gestione integrata prima e dopo il Piano Nazionale Diabete,**
  - Primo Rapporto Civico sul Piano Nazionale Diabete**
- **Analisi SWOT :luci ed ombre della GID**
- **Proposta di un modello di gestione integrata**
- **Conclusioni**



# Background: prevalenza del diabete in Italia

<b>ISTAT 2016</b>	<b>ARNO 2017</b>	<b>IDF DIABETES ATLAS 2017</b>
<b>5,3% della popolazione</b>	<b>6,2% della popolazione</b>	<b>8,5% della popolazione</b>
<b>≈3.200.000 persone con diabete noto</b>	<b>640.000 persone con diabete su una popolazione di 10.142.311</b>	<b>4.226.882 persone con diabete noto</b>
<b>1.000.000 persone con diabete non noto</b>	<b>/</b>	<b>1.511.244 persone diabete non noto</b>

**ISTAT 2016; ARNO 2017, IDF DIABETES ATLAS 2017**



# Background: costi del diabete in Italia

**ARNO 2017**

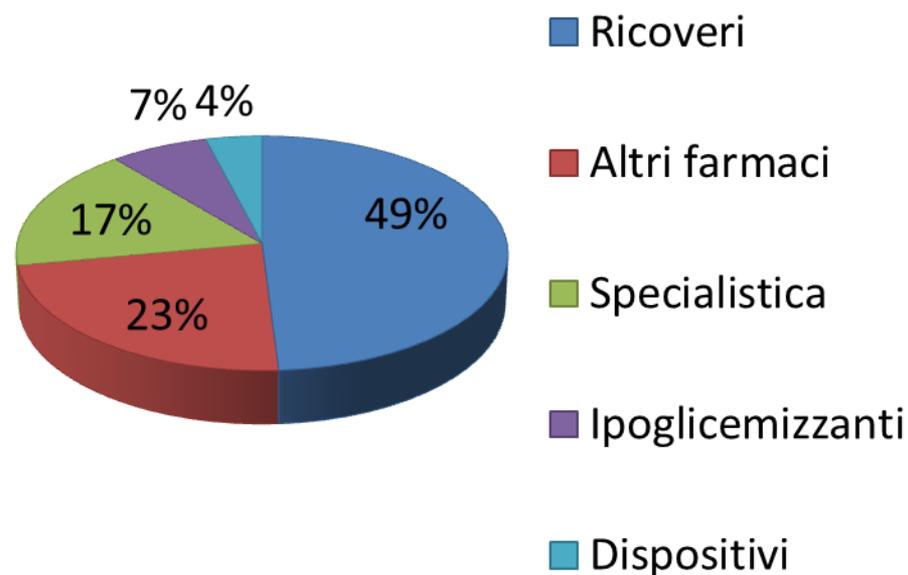
**IDF  
DIABETES  
ATLAS 2017**

**2.919 euro/anno**

**4.006 USD/anno**

**Costi Degenza :750 E/die**

**Costi Degenza media 11,2 giorni: 8400 euro**



**ARNO 2017, IDF DIABETES ATLAS 2017,**

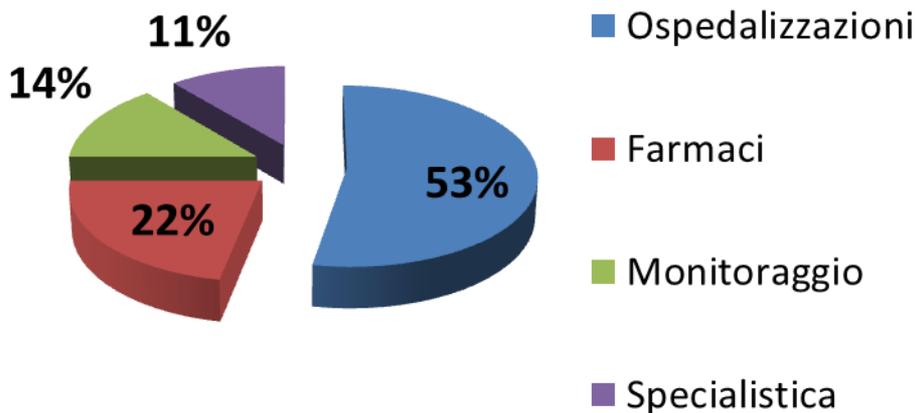


# Costi del diabete in Italia:

**COSTI TOTALI: 20,3 miliardi di euro/anno**

**COSTI DIRETTI: 9,3 miliardi di euro/anno**

**COSTI INDIRETTI: 10,9 miliardi di euro/anno**



<b>ASSENZA DAL LAVORO</b>	<b>14,7%</b> <b>1,62 MILIARDI DI EURO</b>
<b>PENSIONAMENTO ANTICIPATO</b>	<b>82,6%</b> <b>9,06 MILIARDI DI EURO</b>

**Si pone quindi un problema di sostenibilità**

# Background

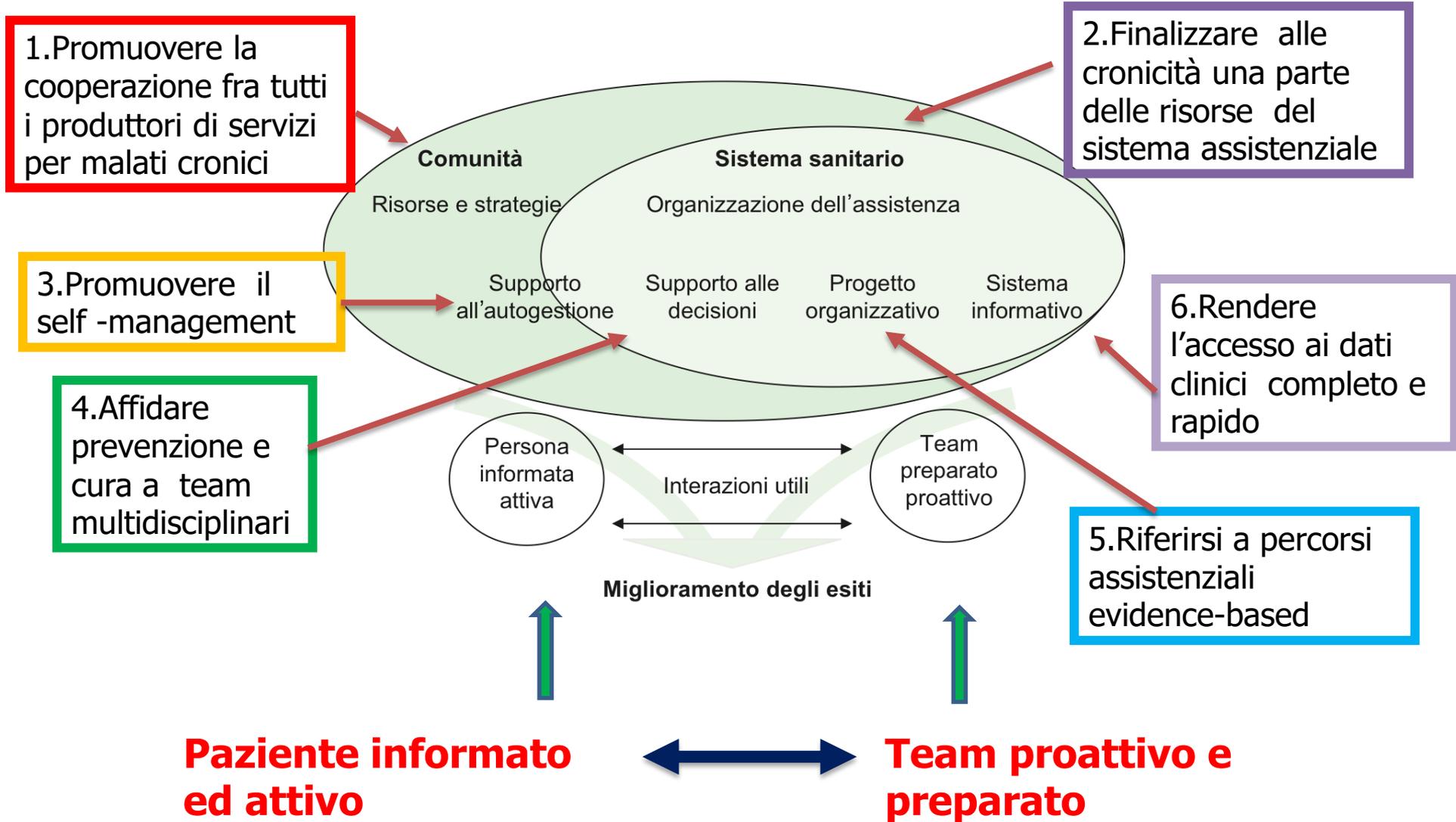
*La gestione integrata non è la suddivisione di pz fra MMG e specialista.*

- Nel contesto italiano, i modelli di gestione del diabete si concretizzano, nel progetto della “**Gestione integrata della malattia diabetica**”.
- La gestione integrata è una modalità assistenziale basata sulla “partecipazione congiunta dello specialista e del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta in un programma stabilito d’assistenza nei confronti dei pazienti con patologie croniche in cui lo scambio d’informazioni, oltre la normale routine, avviene da entrambe le parti e con il consenso informato del paziente” .
- **(Progetto IGEA 2012).**



# CHRONIC CARE MODEL (CCM)

*Edward Wagner , MacColl University, Center for Health Studies , Seattle, USA.*



# Materiali e metodi

- Il modello ideale di gestione integrata del diabete dovrebbe:
  1. garantire equità ed uguaglianza di cura a livello nazionale,
  2. essere sostenibile e funzionale agli obiettivi clinici,
  3. consentire una stratificazione semplificata per intensità di cura della patologia diabetica.

**I modelli attuali di gestione integrata soddisfano tali requisiti?**



# Materiali e Metodi

Analisi di alcuni modelli esistenti in Italia prima del Piano Nazionale Diabete :

- **Progetto Medina** :

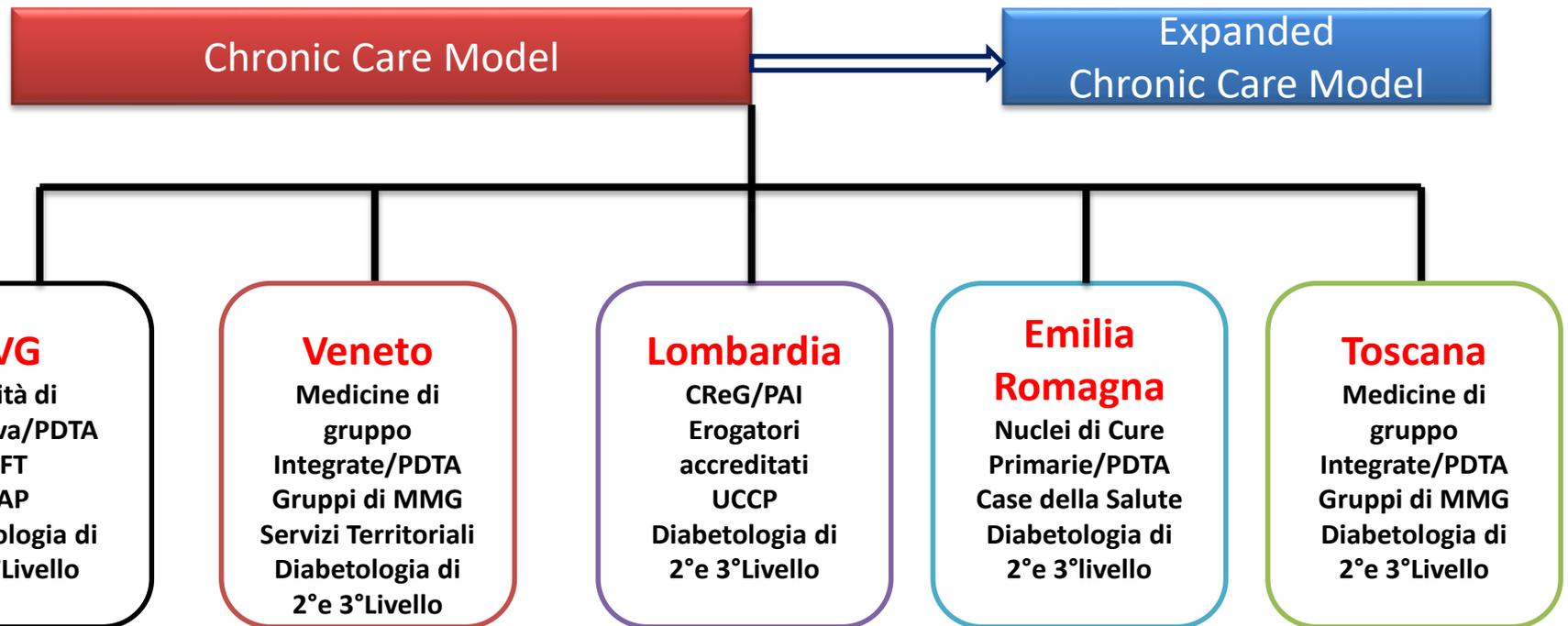
- ASL Arezzo/Reg.Toscana, ASL Bergamo/Reg. Lombardia, ASL Lecce/Reg. Puglia , ASL Ragusa/Reg.Sicilia, ULSS 16 Padova, Reg.Veneto,Distretto Senigallia/Reg.Marche, ASL Reggio Emilia/Reg.Emilia Romagna,
- Agenzia Regionale Sanitaria Toscana,*
- CERGAS Università Bocconi,*
- Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma,*
- Esperti in epidemiologia e programmazione sanitaria.*

Progetto Medina ([http// www.ccm-network.it](http://www.ccm-network.it)).



	<b>Asl Arezzo</b>	<b>Asl Bergamo</b>	<b>Asl Lecce</b>	<b>ULSS 16 Padova</b>	<b>ASP Ragusa</b>	<b>ASL Reggio Emilia</b>	<b>Area 2 Vasto Fabbriano</b>
 <b>Modello adottato</b>	<b>Expanded Chronic Care Model</b>	<b>CReg</b>	<b>Chronic Care Model</b>	<b>Aggreg. Medicina Funzionale</b>	<b>AGI</b>	<b>Chronic Care Mode</b>	<b>Aggreg. Medicina Funzionale</b>
<b>Distretti Coinvolti</b>	<b>5/5</b>	<b>14/14</b>	<b>6/10</b>	<b>1/6</b>	<b>3/3</b>	<b>1/6</b>	<b>1/1</b>
 <b>MMG</b>	<b>42%</b>	<b>30%</b>	<b>10%</b>	<b>4%</b>	<b>31%</b>	<b>2%</b>	<b>17%</b>
 <b>%MMG</b>	<b>100%</b>	<b>83%</b>	<b>60,3%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
 <b>Aggregati in medicina Associativa</b>							
 <b>%MMG In medicina di gruppo</b>	<b>100%</b>	<b>52%</b>	<b>50,8%</b>	<b>25%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>
 <b>Altri professionisti</b>	<b>Infermiere Diabetologo</b>	<b>Infermiere Diabetologo</b>	<b>Infermiere Diabetologo</b>	<b>Infermiere Diabetologo</b>	<b>Infermiere Diabetologo Angiologo Oculista</b>	<b>Infermiere Diabetologo</b>	<b>Infermirere Diabetologo</b>
 <b>PDTA</b>	<b>SI</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>SI</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Indicatori di processo e di esito</b>	<b>SI</b>	<b>SI</b>	<b>SI</b>	<b>SI</b>	<b>SI</b>	<b>SI</b>	<b>SI</b>
 <b>Incentivi</b>	<b>SI</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NO</b>
 <b>Destinatari Incentivi</b>	<b>MMG</b>	<b>MMG</b>	<b>/</b>	<b>MMG</b>	<b>MMG Specialisti</b>	<b>/</b>	<b>/</b>

# Alcuni modelli di gestione integrata dopo il Piano Nazionale Diabete



# Materiali e Metodi

Primo Rapporto civico sul Piano Nazionale Diabete

**Diabete: tra la buona presa in carico  
e la crisi dei territori**



([http// www.cittadinanzattiva.it](http://www.cittadinanzattiva.it)).



# Primo Rapporto civico sul Piano Nazionale Diabete

## **Organizzazioni professionali, sindacali e società scientifiche:**

**AMD - Associazione Medici Diabetologi;**  
**AME - Associazione Medici Endocrinologi;**  
**CARD -Confederazione Associazioni Regionali di Distretto;**  
**F.A.R.E. - Federazione delle Associazioni Regionali Economi e Provveditori;**  
**FIMMG - Federazione Italiana Medici di Medicina Generale;**  
**F.I.M.P. Federazione Italiana Medici Pediatri;**  
**IPASVI - Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali,**  
**Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia;**  
**S.I.M.D.O. - Società Italiana Metabolismo Diabete Obesità;**  
**SID - Società Italiana di Diabetologia;**  
**SIEDP - Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica;**  
**SIFO - Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie;**  
**SIMG - Società Italiana di Medicina Generale;**  
**OSDI Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani**

## **Associazioni di pazienti:**

**AGDI Coordinamento tra le Associazioni Italiane Giovani con Diabete;**  
**AID Associazione Italiana per la Difesa degli interessi dei Diabetici;**  
**ANIAD Associazione Nazionale Italiana Atleti Diabetici;**  
**Diabete Forum Onlus;**  
**Diabete Italia;**  
**FAND Associazione Italiana Diabetici;**  
**FDG Federazione Diabete Giovanile.**

**L'indagine si è avvalsa, inoltre, della consulenza della dott.ssa Paola Pisanti, esperta settore malattie croniche Direzione generale programmazione sanitaria del Ministero della Salute.**

# Primo Rapporto civico sul Piano Nazionale Diabete

- **L'Indagine Civica via web** è stata condotta dal 16 ottobre al 31 novembre 2017.
- **I questionari completati dai pz** e quindi validi per la rilevazione sono stati **4927**.
- **I questionari completati dai professionisti sanitari** e quindi validi per la rilevazione sono stati **245**.
- **L'indagine rivolta alle Istituzioni Regionali è stata condotta dal 16 ottobre al 14 febbraio 2017** attraverso una raccolta diretta di dati.
- **Le Regioni** che hanno risposto al questionario sono **15: Abruzzo, Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Trentino Alto Adige (Provincia autonoma di Bolzano, Provincia Autonoma di Trento), Valle d'Aosta, Veneto.**



# Primo Rapporto civico sul Piano Nazionale Diabete

**Tabella 4** Quante volte ha incontrato mediamente nell'ultimo anno il suo Medico di Medicina Generale o Pediatra per la gestione del diabete?



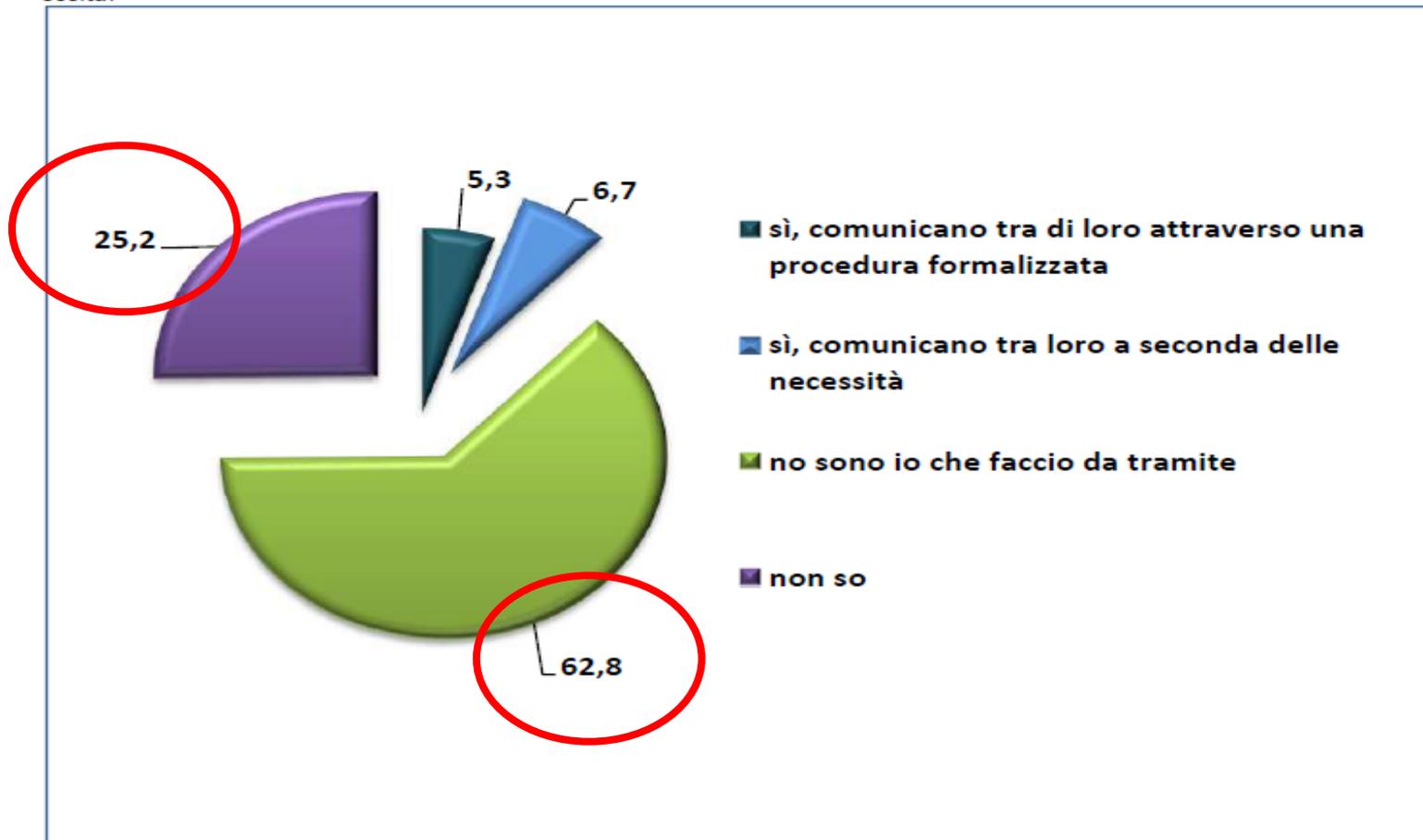
non mi rivolgo al medico o al pediatra di famiglia per la cura del diabete	29,8%
da tre a cinque volte	15,1%
due volte	14,6%
oltre cinque volte	14,3%
una volta	13,2%
tre volte	10,4%
non ricordo	2,7%

Fonte: *Primo Rapporto civico sul Piano Nazionale Diabete- Cittadinanzattiva*



# Primo Rapporto civico sul Piano Nazionale Diabete

**Figura 11** Esiste una forma di integrazione/raccordo fra lo specialista ed il Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera scelta?

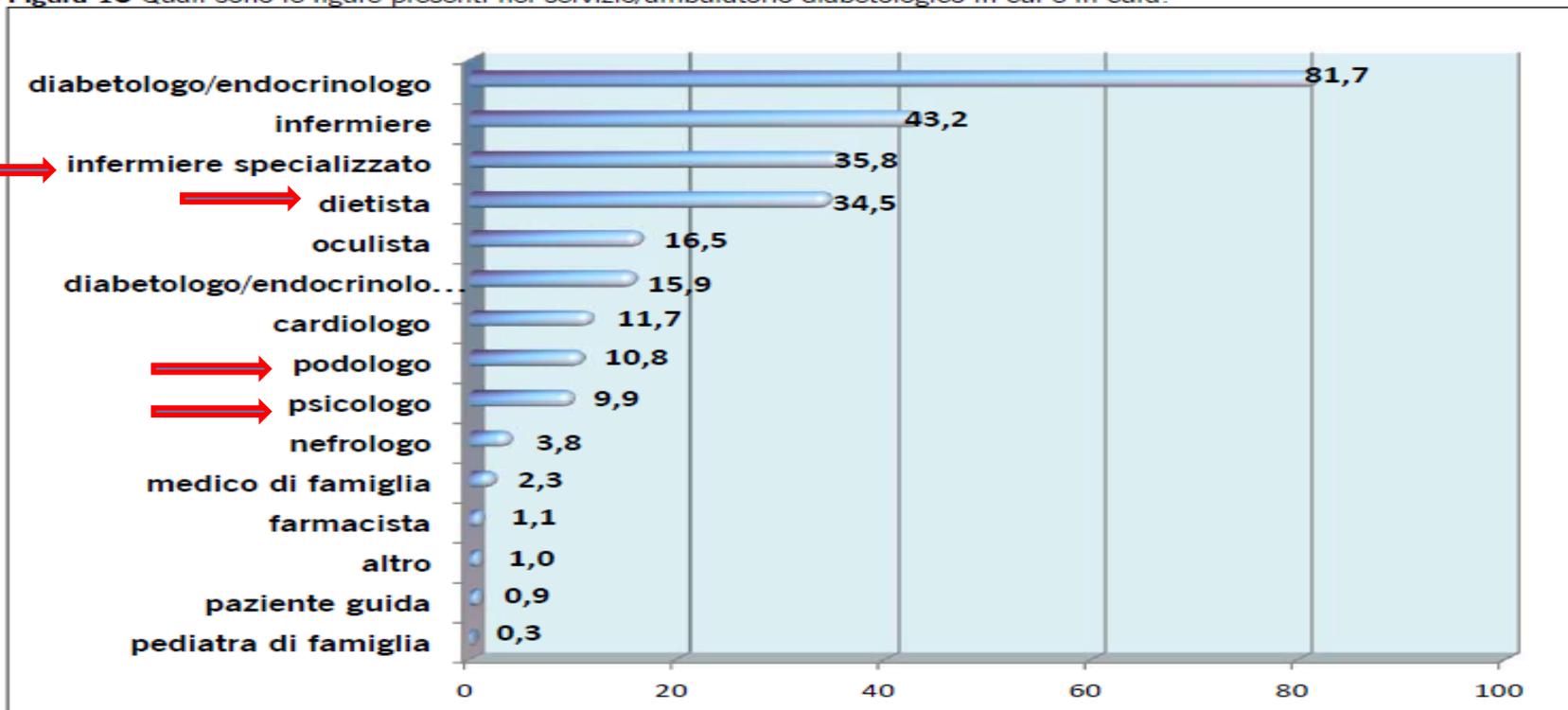


Fonte: Primo Rapporto civico sul Piano Nazionale Diabete- Cittadinanzattiva



# Primo Rapporto civico sul Piano Nazionale Diabete

Figura 13 Quali sono le figure presenti nel servizio/ambulatorio diabetologico in cui è in cura?



Fonte: Primo Rapporto civico sul Piano Nazionale Diabete- Cittadinanzattiva



# Primo Rapporto civico sul Piano Nazionale Diabete

**Tabella 20** Le è stato comunicato di essere stato inserito in un PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale)?



no	53%
Non so	35%
sì	12%

Fonte: *Primo Rapporto civico sul Piano Nazionale Diabete- Cittadinanzattiva*



Figura 29 Dati PDTA diabete 2016



# FATTI E CIFRE DEI PDTA DIABETE

Numero di PDTA regionali approvati tra il 2008 e il 2016.

10



L'estensione dei documenti approvati (da 7 a 207 pagine) è molto diversa.

7



207

L'individuazione del **bisogno assistenziale** (prevalenza di patologia), quando riportata nel documento è stata individuata in maniera differente nei diversi PDTA, impiegando **dati di letteratura o dati locali**

Regione	Data di prevalenza	Fonte
Abruzzo	24%	Da letteratura
Veneto	25%	Da dati locali
Trento	4,8%	Da dati locali
Umbria	5,7%	Da dati locali
Basilicata	4,9%	Da letteratura

90%

In **9 PDTA su 10** l'emoglobina glicata rientrava tra le indagini da prevedere nel follow-up dei pazienti diabetici.



Dei dati AR-Co è emerso che nel 2014 il **46,7%** dei pazienti diabetici ha eseguito almeno 2 controlli di emoglobina glicata nell'anno, il **28,1%** un solo controllo e il **25,1%** nessun controllo.

6,3%

La prevalenza di diabete calcolata in base agli indicatori del Nuovo Sistema di **Garanzia LEA**, in AR-Co database era pari al **6,3%**.

65,5%



In **9 PDTA su 10** il controllo del profilo lipidico era previsto tra le indagini da effettuare nel follow-up dei pazienti diabetici. Da i dati AR-Co è emerso che nel 2014 il **65,5%** dei pazienti diabetici ha eseguito almeno 1 controllo del profilo lipidico nell'anno, mentre il restante **34,5%** non ha mai controllato il profilo lipidico.



# ANALISI SWOT



# JAMD

THE JOURNAL OF AMD

3/2016 SUPPLEMENTO B



## MIND-AMD MANAGING INNOVATION IN DIABETES. VERSO UNA DIABETOLOGIA 3.0

- S3** Il master Management Innovation in Diabetology (MIND-AMD) - Management Innovation in Diabetology (MIND-AMD) master  
L. Monge
- S6** Managing Innovations in Diabetes: il laboratorio formativo di AMD/SDA Bocconi School of Management per costruire una diabetologia 3.0 - Managing Innovations in Diabetes: training workshop AMD/SDA Bocconi School of Management to build 3.0 diabetology  
F. Lega, V. Morando
- S10** Il centro diabetologico: quale formula di servizio e business model? - Diabetes center: which service formula and business model?  
A. Giancaterini, G. Guaita, P. Ponzani, A.M. Scarpitta, A. Senesi
- S27** Gestire la cronicità in diabetologia: quali opzioni per integrare la filiera produttiva tra ospedale e territorio - Managing chronicity in diabetes: integration possibilities between hospital and territory  
C. Miranda, S. Acquati, R. Assaloni, R. Da Ros, M. Rondinelli
- S35** La diabetologia tra LEA e mercato: quali equilibri, quali sviluppi? - Market and essential level of care (LEA) in diabetology: what balances, what developments?  
E. Alessi, F. Baccetti, A. Ciucci, P. Orsini, B. Pintaudi
- S47** I centri diabetologici ospedalieri: quale rete e come organizzarli? - Hospital diabetes units: which network and how to organize them?  
A. Agliatoro, R. Fornengo, M. Gallo, E. Pergolizzi, F. Romeo
- S59** Misurare il valore in diabetologia: cosa e come - Estimate the value of diabetology: what and how  
E. Zarra, M. Monesi, D. Carleo, M. Ciotola, R. Candido

## 109. Health Population Management: un nuovo modello per la gestione integrata del diabete tipo 2

Miranda Cesare<sup>1</sup>, Acquisti Silvia<sup>2</sup>, Assaloni Roberts<sup>3</sup>, De Ros Roberto<sup>3</sup>, Rondinelli Maurizio<sup>4</sup>

<sup>1</sup>AAS 5 Friuli Occidentale, <sup>2</sup>Azienda USL della Romagna sede di Forlì, <sup>3</sup>AAS 2 Bassa Friulana-Isonzina, <sup>4</sup>IRCCS MultiMedica di Sesto San Giovanni

**BACKGROUND** L'assistenza alle persone con diabete rappresenta in tutto il mondo, uno dei principali problemi di organizzazione del sistema di tutela della salute per gli elevati costi diretti ed indiretti. Al fine di favorire il raggiungimento di target fissati dalle linee guida è indispensabile adottare modelli gestionali ed organizzativi, che nella letteratura internazionale sono indicati come "chronic care model". In Italia, l'applicazione di questi modelli è rappresentata dalla "Gestione Integrata della malattia diabetica", ovvero la costituzione di percorsi assistenziali in continuità tra territorio, Medicina Generale e Centro Diabetologico specialistico al fine di garantire la presa in carico più adeguata del pz diabetico. La gestione integrata prevede l'attivazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), condivisi e codificati per i vari stadi di patologia.

**OBETTIVI** L'obiettivo dello studio è proporre un modello di gestione integrata del diabete di tipo 2, che possa essere sostenibile e funzionale agli obiettivi clinici, in grado di garantire equità ed omogeneità di cura, applicabile da subito sull'intero territorio nazionale.

**METODI** Già prima della pubblicazione del Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica 2013, ci sono state diverse esperienze di gestione della patologia diabetica sulle indicazioni del progetto IGDA. A tal scopo, nell'ambito del field project dal titolo "Gestire la cronicità in diabetologia: quali opzioni per integrare la filiera produttiva tra ospedale e territorio", del corso di perfezionamento executive MIND-AMD (Managing Innovation in Diabetes) realizzato da SDA Bocconi School of Management in collaborazione con l'Associazione Medici Diabetologi, abbiamo analizzato il progetto di ricerca "L'impatto dei modelli proattivi innovativi implementati a livello regionale per l'assistenza alle persone affette da patologie croniche", condotto nell'ambito del programma COM del Ministero della Salute per l'anno 2012: Progetto Medina.

**RISULTATI** Il Progetto Medina ha coinvolto diverse unità di ricerca: 7 Aziende Sanitarie di 7 Regioni Italiane, l'Agenzia Regionale Sanitaria Toscana, il Cergas Università Bocconi, l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e alcuni esperti in epidemiologia e programmazione sanitaria. Il campione preso in considerazione per l'analisi è costituito da un totale, per le 7 aziende, di 2402 MMG, di cui 393 (16%) esposti ovvero aderenti alla progettualità. Dall'analisi dei risultati di impatto si evidenzia che l'implementazione delle progettualità, per la patologia diabetica, ha portato un impatto positivo nelle diverse unità operative, sebbene a livelli differenti. I diversi modelli in esame registrano un miglioramento del monitoraggio del paziente diabetico con aumento statisticamente significativo a carico degli indicatori relativi all'emoglobina glicata, la creatinina, la microalbuminuria ed il profilo lipidico. Ciascun modello riflette differenti proprietà e caratteristiche, frutto delle differenti realtà regionali. In particolare i punti di forza sono stati: il reclutamento mirato, l'aumentata compliance del pz, il confronto fra i professionisti e l'adozione di modelli di iniziativa.

**LIMITI** I limiti dei diversi modelli del progetto Medina sono stati: l'adesione ai progetti circoscritta nel tempo e su base volontaria, l'aumento della burocrazia, la mancanza di una cartella condivisa, il monitoraggio e la valutazione delle performance spesso assenti, mentre l'integrazione tra MMG e specialista circoscritta ai casi più gravi. I risultati del Progetto Medina, i dati degli Annali Regionali AMD e degli indicatori di processo fra la popolazione complessiva dell'Osservatorio Amo, confermano che vi è una dipartita evidente nelle opportunità di cure offerte alle persone con diabete in Italia, dal momento che viene garantito solo nel 60-70% dei casi.

**CONCLUSIONI** Riteniamo che il modello ideale di gestione integrata richieda una segmentazione semplificata per intensità di cura della patologia diabetica, secondo il modello di Health Population Management. In attesa del Fascicolo Sanitario Elettronico, la Regione o l'ASL locale può stratificare i pz diabetici in base a database amministrativi (anagrafici, età di esordio, esenzione O13, farmaceutica, SDO). In base al database amministrativi sopraccitati, proponiamo di stratificare 2 gruppi di pazienti ad intensità di cura crescenti: GRUPPO A: persone con DM2 senza complicanze o con complicanze stabili e in buon compenso metabolico o pazienti con DM2 con ridotta autosufficienza; GRUPPO B: persone con DM2 con complicanze acute o croniche non stabilizzate o con scompenso metabolico. È fondamentale un programma informatico comune, che permetta lo scambio dei dati tra MMG e centro diabetologico. Il modello proposto ha i vantaggi di garantire equità ed omogeneità di cure a livello nazionale ed essere applicabile da subito, poiché i dati amministrativi sono disponibili in tutte le regioni.

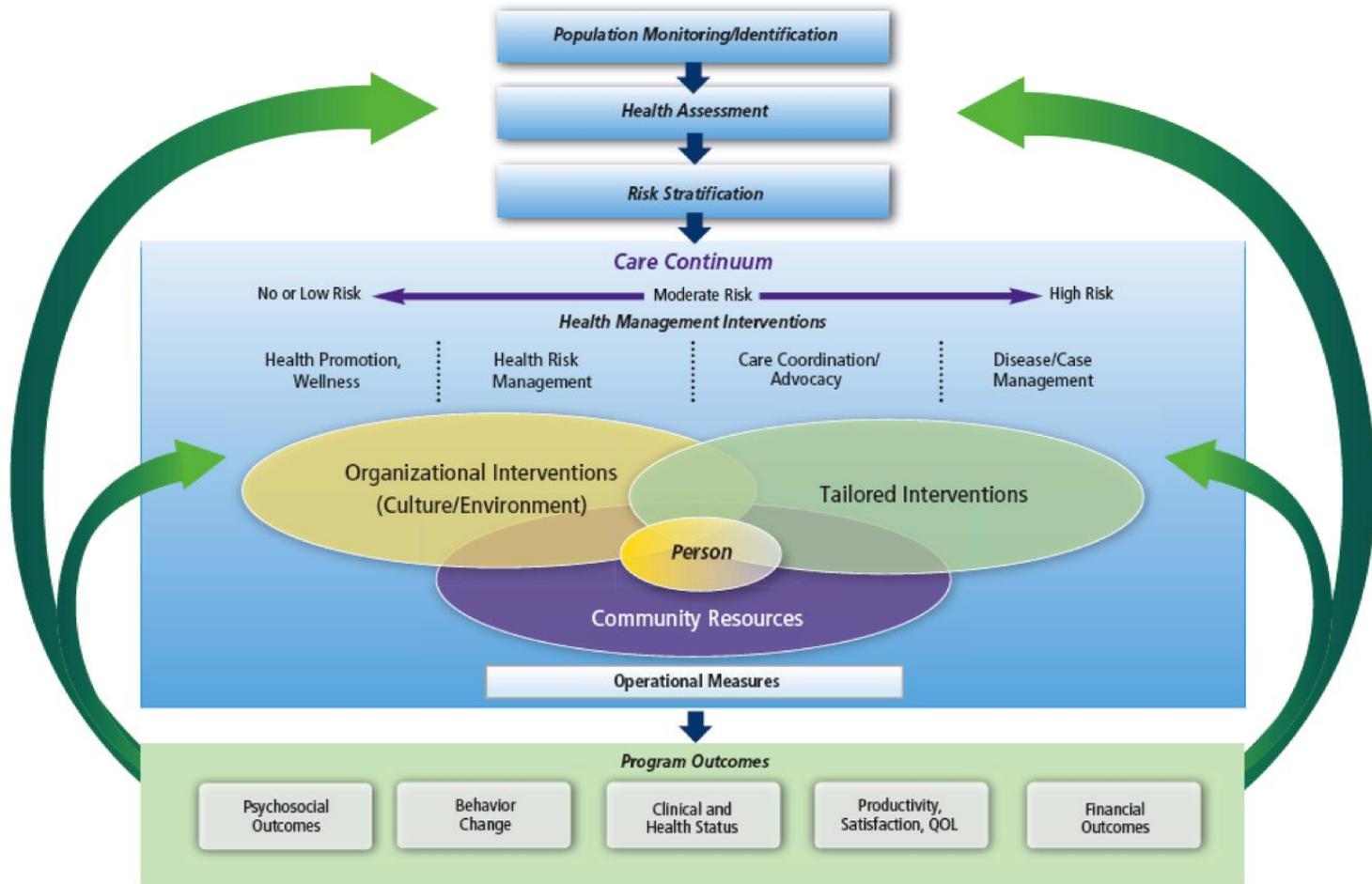
### Indirizzo per la corrispondenza

Miranda Cesare, Medico Chirurgo  
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 Friuli Occidentale - S.S.D. Diabetologia  
Via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 - Pordenone  
Email: cesare.miranda@aas5.sanita.fvg.it



# Proposta di un nuovo modello di gestione integrata

## Conceptual PHM Framework



# Proposta di un nuovo modello di gestione integrata

Nella scelta del nostro modello, incentrato sulla gestione integrata dei pazienti con diabete mellito di tipo 2, proponiamo **arruolamento e segmentazione dei pazienti sulla base di dati amministrativi** con le seguenti motivazioni:

- Utilizzo di uno **strumento disponibile su tutto il territorio in maniera uniforme**, minimizzando le differenze locali e fornendo una base di partenza omogenea,
- Impiego di un **dato amministrativo già utilizzato dal committente** che quindi diventa uno strumento di governo clinico, permettendo di migliorare la pianificazione e il controllo di tutto il processo .



# Modello di Gestione Integrata - 1

In attesa di poter disporre del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) o *Health Electronic Records* (HERS), la **Regione**, (laddove esiste il registro sulla patologia diabetica, *Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Veneto, Lombardia, Marche, Molise, Toscana, Trentino, Valle d'Aosta*) o l'**ASL locale** (laddove non esiste il registro sulla patologia diabetica) si propone la stratificazione dei pazienti diabetici in base a database amministrativi (anagrafica, età di esordio dopo 35 aa, esenzione 013, farmaceutica: A10B\*, 10BH (DPP4), A10BX (glp-1), SDO).

- **GRUPPO A:** persone con DM2 senza complicanze o con complicanze stabili e in buon compenso metabolico o persone con DM2 con ridotta autosufficienza; (classi 5,6 Documento AMD-SID-SIMG 2010).

**Case Manager: MMG**

- **GRUPPO B:** persone con DM2 con complicanze acute o croniche non stabilizzate o con scompenso metabolico; (classi 1,2,3,4 Documento AMD-SID-SIMG 2010).

**Case Manager: specialista diabetologo.**



# Modello di Gestione Integrata - 2

- **INDICATORI:** sono previsti un **ridotto numero di indicatori di processo e di esito**, specifici in base alla classe di rischio.
- **INCENTIVI:** sistema misto *pay for participation / pay for performance*, come fra l'altro già sperimentato nel modello di gestione integrata della Regione Piemonte.

Proponiamo una distribuzione dell'incentivo non solo individuale ma anche al gruppo, al fine di favorire l'integrazione e il supporto tra tutti gli attori del sistema.



# Ruolo degli attori



- **Pz ed associazioni dei pz:** Protagonista del modello.
- **Committente :** Regione e/o ASL .
- **Team diabetologico:** composto da diabetologo, infermiere, dietista, podologo e psicologo ove indicato, **opera in collaborazione con i MMG e i PLS**, ed ha il compito di **inquadrare e stadiare** la malattia e le complicanze, formulare il “piano di cura personalizzato e condiviso”.
- **MMG** ha il **compito di:**
  - **diagnosticare e gestire la malattia diabetica,**
  - **gestire in modo integrato con la Struttura di Diabetologia** il follow-up del paziente diabetico,
  - **Infermiere :** **collabora con il MMG** nelle attività di **programmazione dei piani di cura personalizzati**, nelle **iniziative di educazione e counselling** , nei **programmi di assistenza domiciliare.**

# Conclusioni (1)

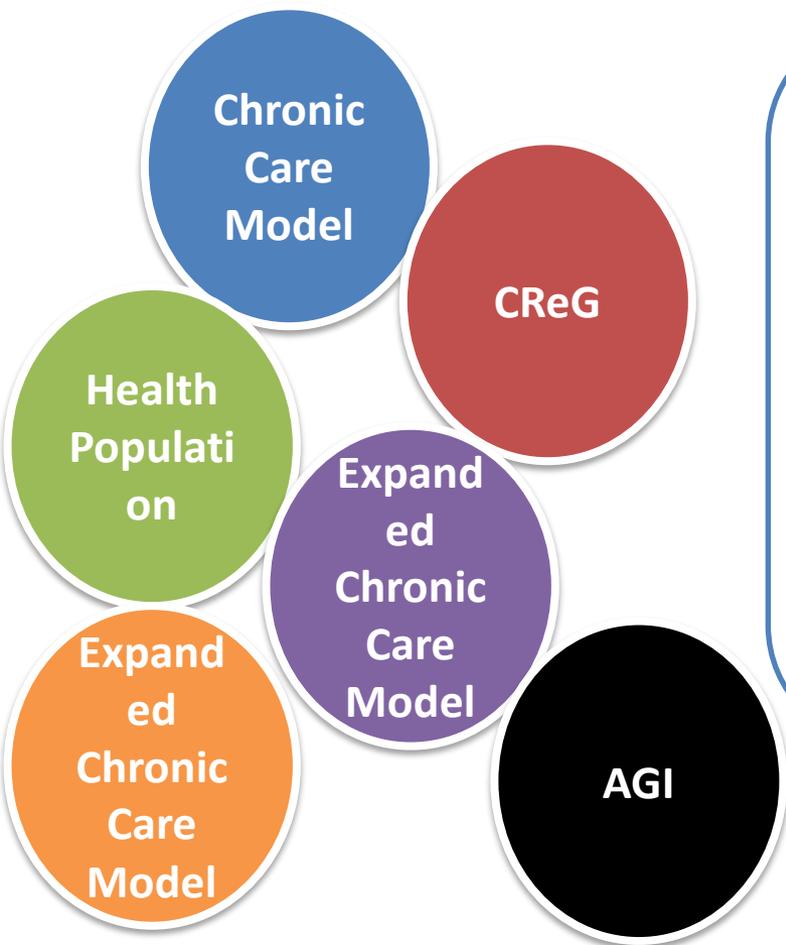
In sintesi, nel modello presentato:

- la genesi del progetto avviene **su mandato regionale o dell'asl**, quindi rivolta a tutti gli attori della regione,
- l'**arruolamento** avviene **secondo precisi criteri a partenza da dati amministrativi**,
- la presenza di una **stratificazione a soli due gruppi** facilita l'organizzazione, diventa più chiaro chi è il case manager del paziente, evita richieste inutili,
- la presenza di un **programma informatico comune**, stabilito a monte dal SIRSS, permette la condivisione dei dati e il passaggio delle informazioni dal MMG al centro diabetologico (e viceversa) diventa quindi diretto.
- La possibilità di un reale successo di questo come di tutti i modelli passa da **una concreta possibilità di integrazione dei dati**, che permetta un continuo monitoraggio, aggiornamento e controllo del percorso dei pazienti in carico, degli indicatori di processo e di esito e delle loro soglie, e infine, dell'integrazione sul campo di tutte le figure professionali coinvolte.



# Conclusioni (2)

*E' evidente il bisogno di implementare i modelli di gestione integrata organizzati intorno al persona con diabete*



- **METTERE A SISTEMA** l'intero percorso di cura, per garantire equità e definire chiaramente il processo produttivo , governare i costi, nonché le risorse utilizzate.



# La differenza tra UGUAGLIANZA ed EQUITÀ

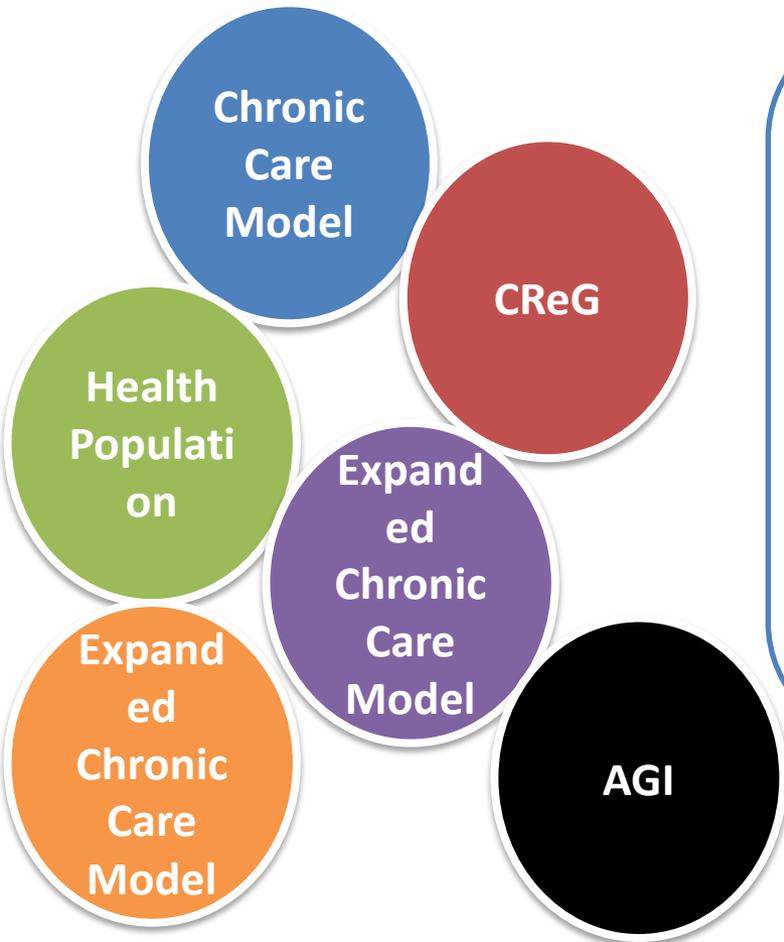


**"Non c'è nulla che sia più ingiusto quanto far  
parti uguali fra disuguali"**

*Don Milani*

# Conclusioni (2)

*E' evidente il bisogno di implementare i modelli di gestione integrata organizzati intorno al persona con diabete*



- **PASSARE** dalla logica del silos budget economy alla gestione globale del percorso di cura.



# *Grazie per l'attenzione*



“E' la somma  
che fa il  
totale.”

TOTO' - ANTONIO DE CURTIS

