



PROGETTO ALGORITMO PDTA
Giornata nazionale di
presentazione dell'Algoritmo
per la valutazione o compilazione
di PDTA Diabete Mellito prodotto
dal gruppo Outpatient di AMD

ROMA - 6 Luglio 2017
Hotel Royal Santina - Via Marsala, 22



Utilizzo dell'algoritmo



PROGETTO ALGORITMO PDTA
Giornata nazionale di
presentazione dell'Algoritmo
per la valutazione o compilazione
di PDTA Diabete Mellito prodotto
dal gruppo Outpatient di AMD

Andrea Nogara

ROMA - 6 Luglio 2017
Hotel Royal Santina - Via Marsala, 22

Costruzione dell'algoritmo



- **Caratteristiche dei PDTA regionali esistenti**
- **Caratteristiche con evidenze in letterature di validità in termini di processo ed esito finale**
- **Punteggio attribuito alle singole caratteristiche**

Lavoro di gruppo

1. Raccolta PDTA regionali.
2. Predisposizione griglia
3. Confronto griglie PDTA e raccolta dati letteratura
4. Elaborazione checklist
5. Sottomissione al CDN
6. Documento finale



Utilizzo dell'algoritmo

- **Costruire PDTA**
- **Verificare PDTA**
- **Benchmarking**

Definizione di gestione integrata

- In principio c'era IGEA...
- *“...l'adozione di un protocollo diagnostico-terapeutico condiviso da tutti i soggetti interessati (medici di medicina generale, specialisti del settore, specialisti collaterali delle complicanze, infermieri, dietisti, podologi, psicologi, assistenti domiciliari, direzioni delle aziende sanitarie, farmacisti, persone con diabete o rappresentanti delle associazioni di pazienti). Il protocollo di cura concordato dovrebbe essere adattato alle singole realtà attraverso l'individuazione dei compiti e dei ruoli che ciascun operatore sarà chiamato a svolgere nell'ambito del percorso di cura stabilito...”*

Analisi epidemiologica preventiva e stratificazione della popolazione; criteri per l'accesso alla diabetologia dopo la diagnosi

- **Flussi dei dati amministrativi**
 - Esenzioni per patologia
 - SDO
 - Settore farmaceutico
- **Documento di consenso per l'assistenza ai pazienti diabetici (AMD-SID-SIMG) 2011**
 - 7 classi di complessità assistenziale
- **Health Population Management**
 - Struttura della complessità assistenziale a piramide



Definizione della/e figura/e sanitarie che fanno diagnosi di Diabete Mellito.

- **Screening (attivo) della popolazione a rischio: MMG**
- **Medico ospedaliero nei casi di scompenso metabolico non noto**

Valutazione specialistica del paziente al suo primo accesso nel PDTA

- **Organizzazione per livelli assistenziali**
 - I° MMG (medicina di iniziativa)
 - II° Centro diabetologico (team specialistico)
 - III° Ospedale (pazienti ad alta complessità, inviati dal II° livello)
- **Corretta presa in carico del paziente**
 - Uso appropriato delle risorse
 - Ricorso appropriato al ricovero ospedaliero

Cartella clinica informatizzata con possibilità di condivisione

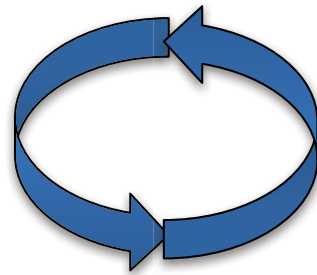
- **Raccolta di indicatori di qualità assistenziale**
 - Tra MMG e diabetologia
 - Corretta imputazione del dato
 - Processo, esito intermedio, esito finale
 - **Benchmark**
 - Regionale, nazionale
 - Aderenza alle linee guida
 - Audit
- **Miglioramento continuo nella qualità delle cure (diabetologi in rete-annali AMD)**

Previsione di indicatori di qualità per il monitoraggio e revisione del PDTA

- Variabili ad alto contenuto informativo, misurabili, che consentono una valutazione sintetica di fenomeni complessi e forniscono gli elementi necessari ad orientare le decisioni
- Di struttura-processo-esito
- Valutazione, governo, manutenzione e revisione del PDTA

Strumenti di manutenzione del PDTA: formazione e audit

- **Audit**
 - Individuare processo da esaminare
 - Standard di riferimento (linee guida, EBM)
 - Raccolta dati
 - Comparazione dei dati con gli standard
 - Attuazione di strategie di miglioramento
 - Monitoraggio delle strategie di miglioramento
- **Formazione (scientifica ed organizzativa)**
 - Condivisione delle linee guida organizzative e scientifiche per tutti gli operatori preposti alla gestione del PDTA (pazienti, team diabetologico, MMG)



Strutturazione dell'integrazione fra Ospedale e Territorio

- ***“Population management”***
 - Complessità di patologia
 - Bisogni socio-assistenziali
- **Integrazione cure primarie-specialistiche, ospedale-territorio**
- **Gestire la cronicità nel territorio**

→ Riduzione ricoveri ospedalieri

Raccolta del consenso informato e somministrazione periodica di questionari di gradimento

- **Il paziente è il principale attore del PDTA**
 - Nessuno può in alcun modo condizionare o costringere il paziente
 - Il medico può agire da facilitatore per la comprensione di tutte le procedure
 - Il consenso informato non risponde solo ad un aspetto etico, ma anche ad un obbligo legale
 - Strumento di relazione tra medico e paziente

Previsione dell'istituzione della figura del Case Manager (opzionale)

- **Infermiere dedicato**
 - Monitoraggio del PAI (piano assistenziale individuale)
 - Assistenza diabetologica nelle *Case della Salute*
 - Assistenza clinica
 - Integrazione socio sanitaria
 - prevenzione
 - Integrazione tra le figure del Team diabetologico “allargato”

Previsione di sistema premiante/disincentivante (opzionale)

- **Pay for Performance (P4P)**
 - Studi non definitivi
 - maggiore effetto sul miglioramento degli indicatori di processo piuttosto che di esito
 - necessari studi di maggiore qualità che esplorino il reale impatto del P4P nel PDTA diabetologico
 - sono in grado di migliorare gli outcome dei pazienti diabetici?

Coinvolgimento di altre figure professionali al di fuori del team diabetologico (opzionale)

- **Nel PDTA il paziente è al centro dell'organizzazione assistenziale**
- **Approccio multidisciplinare:**
 - **team diversificato: cardiologo, nefrologo, oculista, nutrizionista, medico di medicina generale, farmacista, psicologo, podologo, infermiere e personale del CUP**

Valutazione periodica delle risorse impiegate (opzionale)

- **Analisi preventiva dei costi (spesa inappropriata)**
- **Costo/paziente/complessità**
- **Valutazione periodica dell'uso delle risorse per l'applicazione del PDTA**
 - **ARNO**
 - **Controllo Strategico Ospedaliero (costi standard)**
 - **Distinta Base**

Algoritmo: punti essenziali

1. *Definizione di gestione integrata*
2. *Analisi epidemiologica preventiva e stratificazione della popolazione a cui è rivolto e criteri per l'accesso alla diabetologia successivamente alla diagnosi.*
3. *Definizione della/e figura/e sanitarie che fanno diagnosi di Diabete Mellito.*
4. *Valutazione specialistica del paziente al suo primo accesso nel PDTA.*
5. *Cartella clinica informatizzata con possibilità di condivisione.*
6. *Previsione di indicatori di qualità per il monitoraggio e revisione del PDTA*
7. *Strumenti di manutenzione del PDTA: formazione e audit.*
8. *Strutturazione dell'integrazione fra Ospedale e Territorio.*
9. *Raccolta del consenso informato e somministrazione periodica di questionari di gradimento.*

Algoritmo: punti opzionali

- 1. Previsione dell'istituzione della figura del Case Manager**
- 2. Previsione di sistema premiante/disincentivante**
- 3. Coinvolgimento di altre figure professionali al di fuori del team diabetologico**
- 4. Valutazione periodica delle risorse impiegate**

Checklist

PUNTI FONDAMENTALI

1. Definizione di gestione integrata	SI ☐ 10	NO ☐ 0
2. Analisi epidemiologica preventiva e stratificazione della popolazione a cui è rivolto e criteri per l'accesso alla diabetologia successivamente alla diagnosi?	SI ☐ 10	NO ☐ 0
3. Definizione della/e figura/e sanitarie che fanno diagnosi di Diabete Mellito.	SI ☐ 10	NO ☐ 0
4. Valutazione specialistica del paziente al suo primo accesso nel PDTA	SI ☐ 10	NO ☐ 0
5. Cartella clinica informatizzata con possibilità di condivisione	SI ☐ 10	NO ☐ 0
6. Previsione di indicatori di qualità per il monitoraggio e revisione del PDTA	SI ☐ 10	NO ☐ 0
7. Strumenti di manutenzione del PDTA: formazione e audit	SI ☐ 10	NO ☐ 0
8. Strutturazione dell'integrazione fra Ospedale e Territorio	SI ☐ 10	NO ☐ 0
9. Raccolta del consenso informato e somministrazione periodica di questionari di gradimento	SI ☐ 10	NO ☐ 0

Checklist

PUNTI OPZIONALI

- | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Previsione dell'istituzione della figura del Case Manager | SI ☐ 1 | NO ☐ 0 |
| 2. Previsione di sistema premiante/disincentivante. | SI ☐ 2 | NO ☐ 0 |
| 3. Coinvolgimento di altre figure professionali al di fuori del team diabetologico | SI ☐ 3 | NO ☐ 0 |
| 4. Valutazione periodica delle risorse impiegate | SI ☐ 4 | NO ☐ 0 |

Algoritmo: modalità d'uso

➤ Calcolare il punteggio nei *PUNTI FONDAMENTALI*.

Il PDTA è definito APPROPRIATO se il risultato è 90

➤ Calcolare il punteggio nei *PUNTI OPZIONALI*.

Punteggio = **97** PDTA **APPROPRIATO** e **BUONO**

Punteggio > **97** PDTA **APPROPRIATO** e **ECCELLENTE**

PDTA Chioggia 2010



GESTIONE INTEGRATA del diabete mellito tipo 2 nell'adulto ULSS 14 Chioggia

Linee guida e documenti di riferimento

Patto aziendale ULSS 14

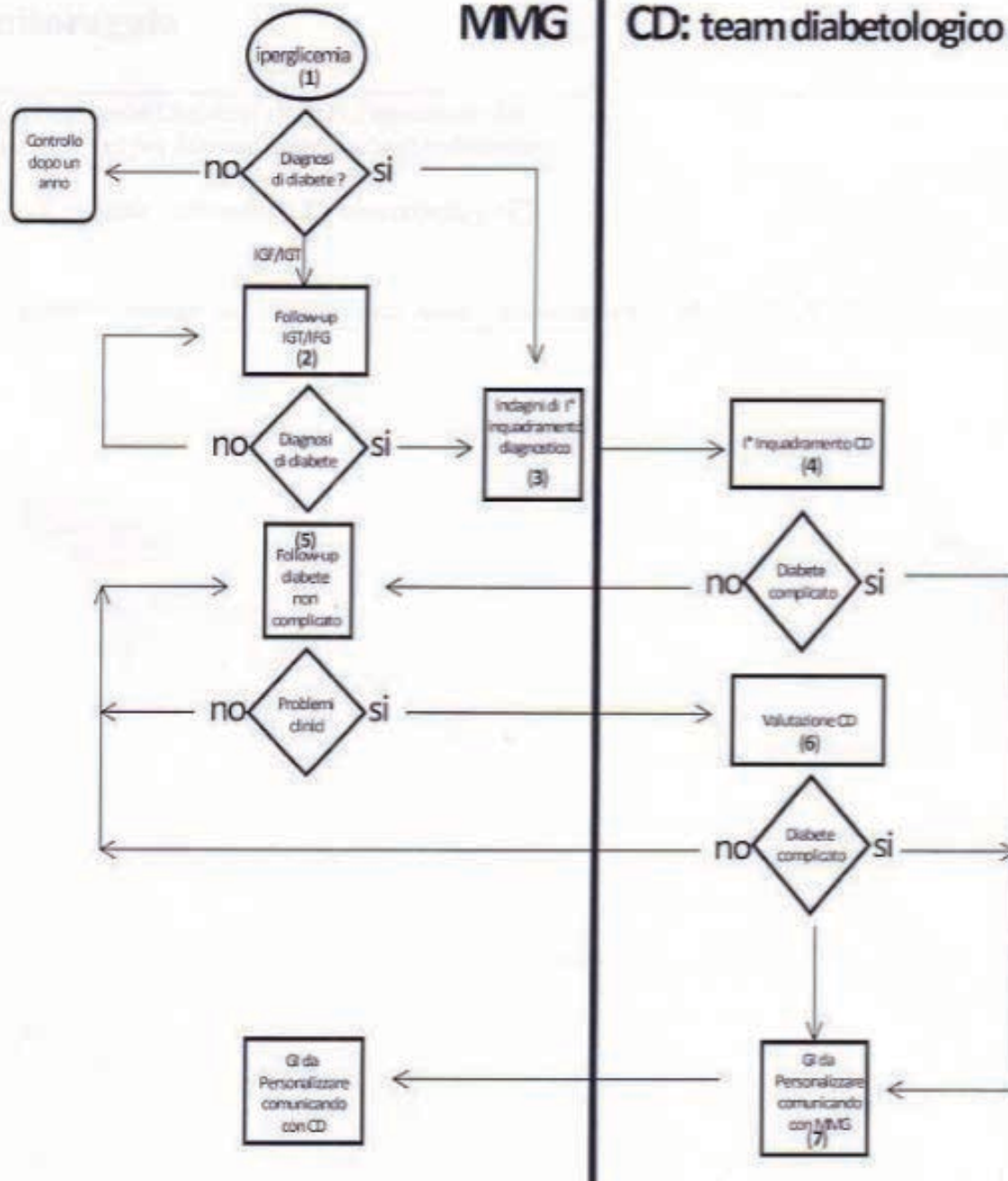
Documento IGEA

Documento congiunto intersocietario

DGRV 3485

MMG

CD: team diabetologico ospedaliero



Calcolo punteggio algoritmo

Requisiti

PDTA condiviso (derivato dalle linee guida internazionali e/o nazionali, rapportato alla realtà locale); condiviso da MMG, diabetologo, IP, dietista, Associazioni di pazienti

Consenso informato del paziente alla Gestione Integrata (d'ora innanzi GI)

Vedi schema base di “patto di cura / consenso informato per la buona gestione del paziente con diabete” (MeDia 2009; 9: 146).

Cartella clinica informatizzata per l'estrazione di indicatori di qualità (processo; esito)
I MMG del Distretto 1 utilizzano il software di gestione Millewin

Formazione degli operatori sulla gestione integrata

Identificazione delle persone con diabete da avviare alla GI

Supervisione (case management) da parte del Distretto Sanitario delle attività erogate

Calcolo punteggio algoritmo

Compiti del Medico di Medicina Generale (MMG)

Identificazione della popolazione a rischio aumentato di malattia diabetica tra i propri assistiti

Prevenzione della malattia diabetica e diagnosi precoce con primo inquadramento clinico

Identificazione delle donne con diabete gestazionale

Presa in carico in collaborazione con i CD delle persone con diabete mellito tipo 2 non insulino-trattato e condivisione di un piano di cura personalizzato.

Valutazione periodica del paziente diabetico secondo il Piano di Cura adottato

Redazione del Programma di cura per la fornitura dei presidi nei soggetti con diabete mellito tipo 2 non insulino-trattato

Educazione sanitaria ed alimentare (corretta alimentazione, attività fisica e abolizione del fumo e autogestione della malattia)

Raccolta dei dati clinici dei pazienti in cartelle informatizzate

Interazione/comunicazione con il CD

Compiti del Centro Antidiabetico (CD)

Inquadramento delle persone con diabete tipo 2 neo-diagnosticato con formulazione del Piano di Cura personalizzato

Presa in carico in collaborazione con il MMG delle persone con diabete tipo 2 non insulino trattata (Gestione Integrata)

Gestione clinica diretta, in collaborazione con MMG e altri specialisti, in caso di:

- Grave instabilità metabolica

- Complicanze croniche in fase evolutiva:

 - Neurologiche, renali, oculari

 - Piede diabetico (ulcerazioni o infezioni)

 - Trattamento con Insulina (compreso CSII - microinfusore) o Incretine

Diabete pregravidico e gestazionale

Impostazione terapia nutrizionale con consulenza della dietista in casi selezionati

In collaborazione con il MMG attività di counselling

Valutazione periodica, secondo il Piano di Cura adottato nei pazienti diabetici tipo 2 seguiti con GI finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze

Raccolta dati clinici in cartelle informatizzate omogenee con MMG mediante l'utilizzo del **software Millewin**

Attività di aggiornamento in campo diabetologico rivolta a tutti gli operatori coinvolti nella GI, concordata con i MMG

Educazione terapeutica strutturata di pazienti selezionati

Compiti del Distretto Sanitario (DS)

Individuare un referente per la Gestione Integrata dei pazienti diabetici

2

Raccogliere i dati dei MMG e CD secondo gli indicatori di processo e di esito in collaborazione con il servizio farmaceutico territoriale e con il controllo di gestione aziendale

Garantire la comunicazione e collaborazione dei MMG e dei CD attraverso incontri distrettuali di aggiornamento ed organizzazione (**vedi specifico paragrafo comunicazione MMG –CD**)

Indicatori di obiettivo e standard qualitativi

1) PER IL MMG (reportistica annuale)

INDICATORE CRITERIO	GOLD STANDARD
N° Diabetici in GI / Totale Diabetici eleggibili del MMG	30 % nel 1° anno 60 % dal 2° anno
N° Diabetici con BMI (IMC) registrato in cartella / Totale Diabetici in GI	80%
N° Diabetici con almeno 2 HbA1c registrate in cartella / Totale Diabetici in GI	80%
N° Diabetici con HbA1c <7% / Totale diabetici in GI	50%
N° Diabetici con registrazione fumo / Totale diabetici in GI	80%
% Diabetici fumatori che hanno avuto almeno un intervento di counselling breve e/o l'invio a percorsi di cessazione dal tabagismo	80%
N° Diabetici con Fundus Oculi richiesto / Totale diabetici in GI *	80%
N° Diabetici con Microalbuminuria registrata in cartella/ Totale diabetici in GI	80%
N° Diabetici con ECG registrato in cartella / Totale diabetici in GI	80%

PER IL CD (reportistica annuale)

INDICATORE CRITERIO	GOLD STANDARD
N°Diabetici in GI / Totale diabetici dei MMG coinvolti nel progetto	30% nel 1° anno 60% dal 2°
N° Diabetici cui è stata consegnata Dieta individualizzata / Totale dei Diabetici in GI	80%
N° Diabetici visitati entro 10 gg/ Totale richieste visita con priorità B	90%
N° Diabetici visitati entro 30 gg / Totale richieste visita non urgente	90%
N° Diabetici con BMI (IMC) registrato in cartella / Totale Diabetici in accesso programmato al CD	80%
N° Diabetici con almeno 2 HbA1c registrate in cartella / Totale Diabetici in accesso programmato al CD	80%
N° Diabetici con HbA1c <7%/ Totale diabetici in accesso programmato al CD	50%
N° Diabetici con registrazione fumo / Totale diabetici in accesso programmato al CD	80%
% Diabetici fumatori in accesso programmato al CD che hanno avuto almeno un intervento di counselling breve e/o l'invio a percorsi di cessazione dal tabagismo	80%
N° Diabetici con Fundus Oculi richiesto / Totale diabetici in accesso programmato al CD	80%
N° Diabetici con Microalbuminuria registrata in cartella/ Totale diabetici in accesso programmato al CD	80%
N° Diabetici con ECG registrato in cartella / Totale diabetici in accesso programmato al CD	80%

Comunicazione tra MMG -CD

Posta elettronica (mailing list)

Definizione di una modulo di informazioni cliniche estratto dal programma Millewin

Monitoraggio

Registro di patologia dei pazienti affetti da diabetici (esenzione dal pagamento ticket per farmaci e prestazioni ambulatoriali)

Archivio Regionale Prescrizioni Farmaceutiche (AF):

SDO

Tutti i residenti dimessi con diagnosi principale o secondaria di diabete (ICD9 CM 250)

Nota sul rilascio dell'esenzione ticket

Si conferma la pratica già in uso nella ULSS 14 che permette al MMG di richiedere al Distretto l'esenzione 013 senza la necessità di visita presso il CD.

Punteggio PDTA Chioggia

PUNTI FONDAMENTALI

1. Definizione di gestione integrata	SI ☒ 10	NO ☐ 0
2. Analisi epidemiologica preventiva e stratificazione della popolazione a cui è rivolto e criteri per l'accesso alla diabetologia successivamente alla diagnosi?	SI ☒ 10	NO ☐ 0
3. Definizione della/e figura/e sanitarie che fanno diagnosi di Diabete Mellito.	SI ☒ 10	NO ☐ 0
4. Valutazione specialistica del paziente al suo primo accesso nel PDTA	SI ☒ 10	NO ☐ 0
5. Cartella clinica informatizzata con possibilità di condivisione	SI ☒ 10	NO ☐ 0
6. Previsione di indicatori di qualità per il monitoraggio e revisione del PDTA	SI ☒ 10	NO ☐ 0
7. Strumenti di manutenzione del PDTA: formazione e audit	SI ☒ 10	NO ☐ 0
8. Strutturazione dell'integrazione fra Ospedale e Territorio	SI ☒ 10	NO ☐ 0
9. Raccolta del consenso informato e somministrazione periodica di questionari di gradimento	SI ☒ 10	NO ☐ 0

Punteggio PDTA Chioggia

PUNTI OPZIONALI

1. Previsione dell'istituzione della figura del Case Manager	SI ☒ 1	NO ☐ 0
2. Previsione di sistema premiante/disincentivante.	SI ☐ 2	NO ☒ 0
3. Coinvolgimento di altre figure professionali al di fuori del team diabetologico	SI ☐ 3	NO ☒ 0
4. Valutazione periodica delle risorse impiegate	SI ☐ 4	NO ☒ 0

90 + 1 = 91 *appropriato*



FINE



PROGETTO ALGORITMO PDTA
Giornata nazionale di
presentazione dell'Algoritmo
per la valutazione o compilazione
di PDTA Diabete Mellito prodotto
dal gruppo Outpatient di AMD

Andrea Nogara

ROMA - 6 Luglio 2017
Hotel Royal Santina - Via Marsala, 22

Questionario

I punti considerati essenziali dell'algoritmo che assicurano più alto impatto in termini di processo ed esito finale dei PDTA sono:

- Sette
- Venti
- **Nove**
- Quattro

L'algoritmo presentato va considerato:

- **Uno "stress test" per la valutazione dei PDTA in essere**
- Deve sostituire il PDTA locale esistente
- Uno strumento per ridurre i costi dell'assistenza diabetologica
- Non è supportato dalla revisione della letteratura scientifica

Tra i punti opzionali dell'algoritmo a quale è stato assegnato il peso maggiore?

- revisione dell'istituzione della figura del Case Manager.
- Previsione di sistema premiante/disincentivante.
- Coinvolgimento di altre figure professionali al di fuori del team diabetologico.
- **Valutazione periodica delle risorse impiegate.**