

**75° CONGRESSO
NAZIONALE**



Potenziare la medicina generale per migliorare l'Active Ageing

1-6 ottobre 2018

Complesso Chia Laguna - Domus de Maria (CA)

PDTA DIABETE E BPCO presso la Casa della Salute di Ostia Roma

Alberto Chiriatti *, Fabio Valente*, Daniela Sgroi°, Monica Foniciello°, Maria Cristina Stirpe*, Maria Corongiu*, Pierluigi Bartoletti*

*** Fimmg Roma - °ASL Roma 3**



Roma 3 ottobre 2014

PER LA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E LA MEDICINA D'INIZIATIVA

(Attuazione del protocollo d'intesa del 23 luglio 2014)

ALLEGATO 2

Presa in carico dei pazienti cronici

Percorso assistenziale

Azioni dei Medici di Medicina Generale che aderiscono al percorso assistenziale.

- 1. Richiesta al paziente di entrare nel percorso**
 - a) **Costruzione della lista dei pazienti**
per ogni medico sulla base dell'incrocio tra i dati inviati dalla Asl e quelli in possesso dello stesso medico, in base alla normativa vigente in materia di privacy
 - b) **Invito attivo** ai pazienti eleggibili nel percorso
 - c) **Consenso informato** specifico dei pazienti che hanno aderito al percorso
- 2. Prescrizione, terapia e «pacchetto» di esami da svolgere nel corso dell'anno**
 - a) **Prestazioni previste dal PDTA regionale** -farmaci – esami - presidi sanitari
 - b) **Prenotazioni di esami** attraverso il sistema RECUP regionale su slot dedicato
 - c) **Rilascio del promemoria al paziente**
 - d) **Richiamo attivo** per pazienti in cui si suppone una scarsa aderenza al PDTA
- 3. Rivalutazione del paziente nei controlli successivi**
- 4. Azione del Distretto**
Reinvio al medico di medicina generale dei referti delle prestazioni eseguite.

La spesa prevista, per le azioni dei Medici di Medicina Generale di cui ai punti del presente allegato, è di 15 euro anno/paziente preso in carico per PDTA e 20 euro anno/paziente preso in carico per uno o più PDTA attivato per lo stesso assistito, in relazione ai bisogni assistenziali del paziente che aderisce al percorso.

e fenotipi della BPCO: enfisema vs bronchi



DIABETE

90%



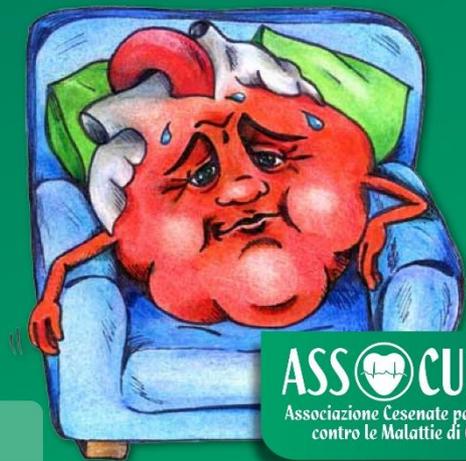
10%

Tipo 2

Tipo 1

Incidenza diabete di tipo 2 e tipo 1

LO SCOMPENSO **CARDIACO**
RICONOSCILO E CURARLO



ASSOCUORE
Associazione Cesenate per la lotta
contro le Malattie di Cuore

PDTA

DCA U000376 del 12.11.2014, "Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale e la medicina d'Iniziativa, in attuazione del protocollo d'intesa del 23 luglio 2014. Atto di recepimento dell'accordo con i medici di medicina generale"

La gestione del PDTA si fonda sulla governance del distretto, anche attraverso l'individuazione di un referente per i PDTA da parte delle ASL.

DCA U000376 del 12.11.2014

Allegato Riorganizzazione della assistenza territoriale e la medicina d'iniziativa (Attuazione del protocollo d'intesa del 23 Luglio 2014)

	Azioni	Soggetto Attuatore
Art. 8 "Presenza in carico dei pazienti cronici"	Individuazione dei PDTA. Si è convenuto di scegliere per la prima fase di avvio i PDTA DIABETE e BPCO per l'elevata prevalenza di queste patologie e la disponibilità di dati e criteri di eleggibilità maggiormente consolidati.	Regione - DEP

DCA U000376 del 12.11.2014

Allegato Riorganizzazione della assistenza territoriale e la medicina d'iniziativa, ALLEGATO 2 (Attuazione del protocollo d'intesa del 23 Luglio 2014)

Punto 1 – Richiesta al paziente di entrare nel percorso

	Azioni	Soggetto Attuatore
a) Costruzione della lista dei pazienti. Per ogni MMG sulla base dell'incrocio tra i dati inviati dalla ASL e quelli in possesso dello stesso MMG, in base alla normativa vigente in materia di privacy	Selezione dei pazienti eleggibili Diabete tipo 2: età >35 anni BPCO: età >35 anni	a) Il DEP invia la lista dei pazienti (<i>Diabete e BPCO</i>) a LAit, aggiornata al 2014; b) LAit, effettuato l'incrocio dei dati (ASUR e lista del DEP), invia la lista definitiva al singolo MMG che ha aderito al percorso, in un'area a lui riservata; c) condivisione delle liste tra MMG e Distretto.
b) Invito attivo ai pazienti eleggibili nel percorso	Invito di adesione al percorso del paziente cronico	MMG
c) Consenso informato specifico dei pazienti che hanno aderito al percorso	Predisposizione del modello per il consenso informato e la validazione dei contenuti sanitari	Regione (LAit)
	Il modello di consenso informato è messo a disposizione dei MMG che hanno aderito al percorso, all'interno del RECUP	LAit
	Al momento della prenotazione RECUP della prestazione del PDTA, il modello di consenso informato è disponibile e stampabile: il paziente lo sottoscrive in occasione della prima prenotazione del PDTA.	MMG
	Attivazione di un'Area Riservata flusso dati per il flusso dei dati per la condivisione tra i soggetti attuatori del PDTA (MMG, Specialista, Infermiere...)	LAit

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 22 dicembre 2017, n. U00565

Presa d'atto dell'Accordo sottoscritto tra la Regione Lazio e le OO.SS. dei Medici di Medicina generale avente per oggetto " La nuova sanità nel Lazio: Obiettivi di salute e Medicina d'iniziativa."

La nuova sanità nel Lazio: Obiettivi di Salute e Medicina d'Iniziativa

3.b La presa in carico: PDTA e altre patologie Croniche

In applicazione dell'accordo del 3 ottobre 2014 tra la Regione Lazio e le OO. SS. della Medicina Generale, recepito con DCA U00376 del 12 novembre 2014, viene implementata l'operatività dei PDTA, Allegato 2 del Protocollo, attraverso lo strumento della cooperazione applicativa.

I Medici di Medicina Generale procederanno, progressivamente e secondo criteri appositamente stabiliti, ad arruolare al PDTA diabete, BPCO, Scompenso cardiaco ed eventuali altri percorsi che la Regione intende avviare, tra i propri assistiti i pazienti cronici, ivi compresi quelli neo diagnosticati, residenti nei distretti di pertinenza delle stesse Case della Salute e delle UCP.

Le prestazioni legate all'ambito clinico di prevenzione, diagnosi e monitoraggio di malattie croniche ad alto impatto, quali Diabete, BPCO, Iperensione, Neoplasie ed altro, possono essere svolte nell'ambito delle organizzazioni territoriali dei Medici di MG, quali le UCP, utilizzando la cooperazione applicativa e il Patient Summary per la condivisione dei dati e con l'ausilio della Telemedicina, sulla base di protocolli aziendali conseguenti alle indicazioni regionali.

Pdta patologie croniche

- La situazione odierna è tale che circa i 2/3 della spesa pubblica in sanità è assorbita dalle patologie croniche. Considerato il trend demografico tale situazione nel futuro è destinata ad aumentare.
- Gestire tali patologie con criteri di programmazione sanitaria significa, oltre a migliorare la qualità di vita di queste persone, avere la possibilità di ottimizzare la spesa, contribuendo così al raggiungimento dell'obiettivo di uscire dal piano di rientro con il Governo e quindi dal Commissariamento.

PDTA patologie croniche

Oggi:

- La letteratura internazionale e nazionale consente di poter disporre di protocolli e linee guida in grado di poter garantire la massima capacità di cura ai portatori di patologie croniche.
- Nel nostro paese, in diverse regioni, si sono approntati percorsi di cura per le patologie croniche. In tali regioni la realizzazione di tali percorsi ha comportato nella fase di start up un aumento dei costi per finanziare l'avvio del processo. Tali costi sono stati giustificati ipotizzando una riduzione della spesa una volta realizzato il modello di gestione integrato. Tali risparmi potranno essere verificati prevedibilmente dopo un congruo periodo che si può valutare in 24/36 mesi.

OBIETTIVI DEL PDTA DIABETE/BPCO/SCOMPENSO

- individuazione ed educazione terapeutica dei soggetti a rischio
- riduzione/eliminazione dei controlli impropri dallo specialista
- individuazione, diagnosi e terapia delle persone affette da DM/BPCO/SCOMPENSO
- prevenzione delle complicanze e dell'ospedalizzazione per diabete/BPCO/SCOMPENSO
- cogestione proattiva: utilizzo di protocolli diagnostici e terapeutici condivisi tra la medicina generale e la specialistica territoriale e ospedaliera
- monitoraggio dei percorsi e dei relativi risultati attraverso la valutazione di indicatori di processo e di esito. Per tale motivo è fondamentale un'adeguata informatizzazione delle strutture coinvolte (ospedali, centri specialistici, MG)

Proposta Fimmg: gli obiettivi

- rendere sistematico e routinario l'approccio integrato e multidisciplinare alle patologie croniche in un quadro di sostenibilità economico-finanziaria adottando oltre a criteri di gestione multidisciplinare, criteri di semplificazione burocratico - amministrativa e criteri di programmazione sanitaria.
- Definire un setting organizzativo ed assistenziale espandibile a tutte quelle patologie croniche di interesse regionale. Predisporre una base dati in grado di poter individuare su base distrettuale il fabbisogno di prestazioni necessarie alla popolazione. Creare un'infrastruttura informatica in grado di poter integrare i vari attori partecipi ai processi assistenziali individuati.

Proposta FIMMG Lazio

Oggi per un malato cronico il percorso è così definito:

- 1) individuazione o comparsa della patologia.
- 2) percorso amministrativo per esenzione con necessità di invio in struttura specialistica.
- 3) richiesta esami dai vari specialisti coinvolti nella gestione del quadro patologico
- 4) prescrizione esami da parte del MMG
- 5) individuazione della sede di effettuazione degli esami da parte del cittadino (CUP)
- 6) prescrizione di terapie da parte di medico specialista
- 7) ripetizione delle terapie da parte del MMG
- 8) Follow up da parte del medico specialista
- 9) Follow up da parte del MMG
- 10) prescrizione eventuali presidi da parte di medico specialista
- 11) Ripetizione di prescrizione presidi da parte MMG.

Proposta FIMMG Lazio domani.

- 1) individuazione o comparsa della patologia.
- ~~2) percorso amministrativo per esenzione con necessità di invio in struttura specialistica.~~
- ~~3) richiesta esami dai vari specialisti coinvolti nella gestione del quadro patologico~~
- ~~4) prescrizione esami da parte del MMG~~
- ~~5) individuazione della sede di effettuazione degli esami da parte del cittadino (CUP)~~
- 2) prescrizione di terapie da parte di medico specialista
- 3) ripetizione delle terapie da parte del MMG
- 4) Follow up da parte del medico specialista
- 5) Follow up da parte del MMG
- ~~10) prescrizione eventuali presidi da parte di medico specialista~~
- ~~11) Ripetizione di prescrizione presidi da parte MMG.~~

Indirizzato a chi?

A tutti i malati cronici della Regione

- Percorso: ammissione da parte del MMG ed accettazione da parte dell'assistito con atto formale.
- Aderire al percorso significa esentare il cittadino alla partecipazione alla spesa per le prestazioni oggetto del percorso. Inclusi i presidi.
- Pacchettizzazione delle prestazioni necessarie alla gestione del quadro clinico con consegna di promemoria annuale all'assistito delle prestazioni da eseguire nell'arco temporale indicato. Tali prestazioni possono essere eseguite in strutture dedicate (case della salute).
- Invio dati alla ASL con verifica e controllo appropriatezza indicazione all'apertura percorso.
- Gestione del percorso con verifica da parte del MMG circa l'aderenza del paziente alle indicazioni prescritte.
- Verifica efficacia del modello organizzativo sul sistema.
- Costo 1 euro/mese assistito entrato nel percorso.(orientativo)

Stima sulla popolazione diabetica del Lazio: 4.000.000 di euro anno ipotizzando che Tutti i diabetici entrino nel percorso. Presumibilmente circa 2.500.00 Euro.

Vantaggi

- **Per il cittadino:** semplificazione dei percorsi burocratico amministrativi e miglioramento dell'aderenza diagnostico/terapeutica.
- **Per la regione:** definizione di un setting organizzativo semplificato, definizione di una rete informatica, definizione di una base dati (registri di patologia) in grado di poter definire il fabbisogno e predisporre l'offerta assistenziale necessaria.
- Fuoriuscita dal sistema recup di tutte le patologie croniche oggetto dei percorsi.

MODALITA' DI INDIVIDUAZIONE DEI PAZIENTI

- **MMG:** individua i pazienti affetti da diabete mellito tipo 2 tra i propri assistiti, propone il percorso ed acquisisce il consenso informato tramite il modello messo a disposizione dei MMG da LAIT .
- **Diabetologo:** propone ai pazienti, in occasione della visita già programmata, il percorso e li invita a recarsi dal MMG per l'adesione entro un mese, invia segnalazione all'AI per la gestione integrata.
- **Medico Specialista:** individua tra i pazienti che accedono alla CDS/Poliambulatorio, i pazienti affetti da diabete mellito tipo 2, disglicemia (IFG, IGT), sindrome metabolica e li segnala al MMG.
- **Medico Ospedaliero:** segnala, sulla lettera di dimissione, la diagnosi di diabete mellito tipo 2 al MMG.

TIPOLOGIA DI PAZIENTE

Soggetti a rischio (IFG,IGT)

*Pazienti con diabete stabile senza complicanze
(a basso carico assistenziale)*

*Pazienti con diabete instabile e/o complicanze
(ad alto carico assistenziale)*

Donne affette da diabete gestazionale (GDM)

TIPOLOGIA DI VISITA DIABETOLOGICA

- **visita programmata:** almeno ogni 2 anni

in caso di diabete compensato, diabete senza complicanze

- **visita con priorità:** entro 10 giorni

in caso di ripetute iperglicemie a digiuno (≥ 180 mg/dl), scarso controllo metabolico, dimissione ospedaliera per patologia cardiovascolare acuta (IMA e ictus) o ischemia critica degli arti inferiori o gangrena

- **visita con urgenza:** entro 3 giorni

in caso di sintomatologia suggestiva di scompenso metabolico acuto, ripetuti episodi di ipoglicemia, ulcera del piede o lesioni ischemiche /infettive degli arti inferiori, diabete gestazionale

FUNZIONI E COMPITI PRINCIPALI DELLE FIGURE COINVOLTE NEL PDTA DIABETE

- **MMG**
- **DIABETOLOGO**
- **INFERMIERE**
- **DIETISTA**
- **ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI CON DM**
- **PAZIENTE**

FUNZIONI PRINCIPALI DEL MMG

- prevenzione del diabete individuando i soggetti a rischio (IFG, IGT, pregresso GDM, sindrome metabolica)
- diagnosi precoce di diabete, arruolamento dei pazienti, gestione integrata dei pazienti in collaborazione con CDS/Poliambulatorio secondo criteri di priorità (*visita programmata, con priorità, con urgenza*)
- gestione del follow-up (riduzione del drop out)
- invio alla CDS/Poliambulatorio dei pazienti neodiagnosticati per rilascio esenzione per patologia
- prenotazione, tramite RECUP, delle prestazioni del PDTA
- rinnovo annuale della fornitura dei presidi per l'autocontrollo glicemico
- redazione, in collaborazione con il diabetologo, del piano di cura personalizzato per il paziente

FUNZIONI PRINCIPALI DEL DIABETOLOGO

- **certificazione di malattia ai fini dell'esenzione**
- **gestione diretta dei pazienti con instabilità metabolica, complicanze croniche in fase evolutiva, GDM**
- **visita secondo i criteri di priorità identificati dal MMG (*visita programmata, con priorità, con urgenza*)**
- **impostazione della terapia medica nutrizionale**
- **valutazione periodica delle complicanze**
- **prima prescrizione dei presidi sanitari per l'autocontrollo domiciliare della glicemia**
- **redazione, in collaborazione con il MMG, del piano di cura personalizzato per il**

FUNZIONI PRINCIPALI DELL'INFERMIERE

- anamnesi infermieristica e individuazione della figura del *care giver*
- gestione dei dati della cartella sanitaria
- verifica dell'aderenza del paziente al percorso (scala di Morinsky)
- rilevazione dei parametri di follow up (scheda controlli)
- educazione a stili di vita corretti (alimentazione, attività fisica)
- *empowerment dei pazienti* ad ogni controllo programmato
- funzione proattiva di richiamo dei pazienti (consulenza telefonica)

Soggetti ad alto rischio di diabete
(riscontro casuale iperglicemia e/o fattori di rischio)

MMG

effettua lo screening per diabete – invia il paziente, con specifica impegnativa all'AI presso la CDS/Poliambulatorio per la registrazione e l'implementazione del database

AI

effettua, anche con il supporto dell'Associazione dei pazienti diabetici, l'educazione a corretti stili di vita: counselling nutrizionale, educazione ad attività fisica, cessazione tabagismo

screening – diagnosi di diabete

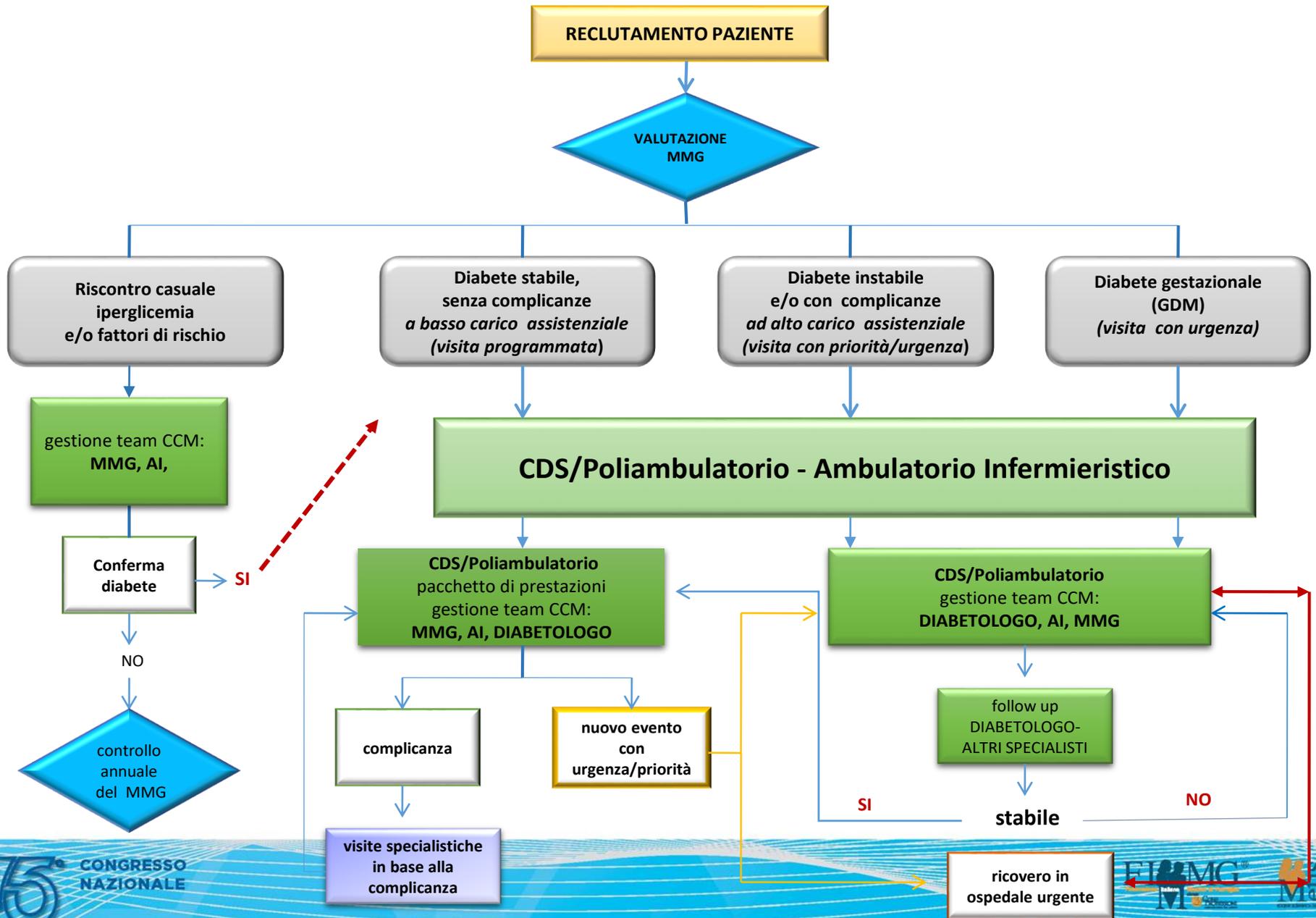
NO

SI

screening annuale del MMG

CDS/Poliambulatorio
gestione team CCM:
MMG, AI, DIABETOLOGO

PERCORSO DEL PAZIENTE CON DIABETE MELLITO TIPO 2



**Diabete stabile, senza complicanze
a basso carico assistenziale (visita programmata)**

CDS/Poliambulatorio – Ambulatorio Infermieristico

**CDS/Poliambulatorio
pacchetto di prestazioni
gestione team CCM:
MMG, DIABETOLOGO, AI**

MMG

invia il paziente alla CDS/Poliamb. per rilascio esenzione, acquisisce l'adesione formale al piano di cura annuale, rafforza le indicazioni fornite dall'AI e prescrive lo screening del danno d'organo, redige in collaborazione con il diabetologo il piano di cura personalizzato, rivaluta il paziente con diabete stabile ogni sei mesi

DIABETOLOGO

effettua valutazione ogni 12 – 24 mesi dei pazienti stabilizzati, ogni 3-4 mesi dei pazienti scompensati, valutazione periodica delle complicanze, prescrive in collaborazione con il MMG il piano di cura personalizzato

AMBULATORIO INFERMIERISTICO

accoglie il paziente, rileva e registra i dati anagrafici, i parametri di follow up (scheda controlli), verifica l'aderenza alla terapia (scala di Morinsky), effettua la terapia educativa ai corretti stili di vita, all'utilizzo dei presidi e alla gestione della malattia

**Diabete instabile e/o con complicanze
ad alto carico assistenziale (visita con priorità/urgenza)**

CDS/Poliambulatorio – Ambulatorio Infermieristico

**CDS/Poliambulatorio
gestione team CCM:
DIABETOLOGO, AI, MMG
ALTRI SPECIALISTI**

**Ospedale
ricovero urgente**

scompenso metabolico acuto,
ulcera del piede o lesioni
ischemiche /infettive agli arti
inferiori

DIABETOLOGO

riceve le urgenze e priorità inviate dal MMG, gestisce direttamente i pazienti con grave instabilità metabolica, con complicanze croniche in fase evolutiva

SPECIALISTI

CARDIOLOGO, OCULISTA,
NEFROLOGO, ANGIOLOGO,
NEUROLOGO,.....

**AMBULATORIO
INFERMIERISTICO**

accoglie il paziente, rileva e registra i dati anagrafici, i parametri di follow up (scheda controlli), verifica l'aderenza alla terapia (scala di Morinsky), effettua la terapia educativa ai corretti stili di vita, all'utilizzo dei presidi e alla gestione della malattia

MMG

invia il paziente alla CDS/
Poliambulatorio secondi i
criteri di priorità condivisi



- 150,6 km di superficie
- 230.000 Abitanti – 12 città Italia
- 159 MMG
- 40 aderenti al PDTA

Risultati PDTA BPCO 2017

Branca PNEUMOLOGICA	Utenti arruolati
Arruolamento previsto	1938
Arruolamento reale	304
Visita pneumologica	305 (10 di controllo)
Spirometria semplice	275
Visita cardiologica + ecg	166
Ecocardiogramma	30

Risultati PDTA DIABETE 2017

Branca ENDOCRINOLOGIA	Utenti arruolati
Arruolamento previsto	2271
Visita diabetologica	1551 (+ 725 di controllo)
Visita cardiologica + ecg ecocardiogramma	637 57
Ecocolordoppler TSA	625
Visita oculistica con FG	437

Medico 2000?



VISITA SUCCESSIVA
Roma 26 / 09 / 2018

Diaria visite per Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

Cognome:



Nome: ROSA

PARAMETRI VITALI:

PA 130/80 mmHg

FC _btt/min Polso ritmico aritmico

DOLORE acuto cronico sede

Trattamento in corso Tresiba 8 UI ora pranzo

Novonorm 0,5 mg 1+2+1

Totalip 10 mg 1 cp

Vantavo, Blopress 16, Lasix 25, Cardicor 1,25, Pantorc 20, Aranesp 60 / settimana

PARAMETRI GLICEMICI

Glicemia 80 mg/dl (a digiuno) 138 mg/dl (3 ore dopo colazione)

Peso 65 kg altezza 158 cm

Circonferenza addominale 105 cm

19/09/18 glicemia 75, creatinina 1,0 , NA 142, Potassio 5,1

Prgramma : continua terapia in atto
controllo tra 6 mesi con glicemia, Hb1ac, esame urine.

Dr Daniela Mentuccia

Millewin?

Profim?

ATLAS?

CareStudio?

Perseo?

Criticità



MMG

- Tempo necessario per la prenotazione
- Assenza di ricetta dema
- Mancata risposta informatizzata (cartella)
- Pagamenti non automatici ma a richiesta
- Difficile rapporto con tutti gli specialisti

Paziente

- Entusiasta della prenotazione diretta
- Scarsa voglia di essere seguito nei periodi di festa o ferie
- Miglior controllo delle prestazioni pacchettizzate

Criticità



Specialisti

- Non sono forse adeguatamente coinvolti e il loro contratto non prevede integrazioni
- Perdita di ruolo e scarso aiuto da infermieri
- Non vogliono prenotare
- Differenze nei singoli comportamenti

Personale ASL

- Scarso coinvolgimento alla stregua dei sumaiisti
- Ricerca di ruolo con prestazioni non ancora previste
- Chi me lo fa fare? Cosa me ne viene in tasca?

Criticità



INFORMATICA

- indispensabile che le linee in ASL funzionino servono investimenti
- Cooperazione applicativa con dialogo tra SW medicina generale e altre strutture
- Chiarezza su chi fa che cosa e giusto compenso a tutti gli attori
- Il PDTA organizzato correttamente è una soluzione alle liste di attesa e alla gestione del paziente cronico

*Grazie per
l'attenzione*

