

DIA&INT: un modello di Business Intelligence per la valutazione delle attività diabetologiche

Nicoletta Musacchio

Nonostante le diffuse dimostrazioni del ‘peso’ del diabete,
le azioni dei decisori sono incongruenti
e la best practice rischia di risultare inappropriata.

Il mancato riconoscimento di tempo a disposizione
evidenzia “l’ignoranza” su una
specificità terapeutica
-e professionale-
alla base della best practice.

Le Istituzioni hanno capito l'importanza dei modelli organizzativi che indirizzano la cronicità.

Sono state fatte anche delle scelte 'logiche' a livello teorico:
il Chronic Care Model è il riferimento ufficiale.

Esiste però un GAP fra il modello e la sua implementazione:
manca una correlazione fra i processi/attività e i risultati/outcome.

Ma l'unico modo di implementare il Chronic Care Model in modo Evidence
è attraverso il collegamento fra attività e risultati.

QUAL È IL PROBLEMA

L'ILLOGICITÀ DEL SISTEMA

Scenario

Patto della Salute

Accordo Stato-Regioni per:

- Migliorare qualità dei servizi
- Promuovere l'appropriatezza delle prestazioni
- Garantire l'unitarietà del sistema

Metodologia Indicatori

Piani sanitari di patologia

Obiettivi e indicazioni da LG → valutazione del sistema

Strumenti riconosciuti

LEA

- Tariffario
- Esenzioni

(I LEA sono gli strumenti erogabili e il diritto acquisito)

**Vogliamo aprire il tema di
come SCEGLIERE e
come ALLOCARE LE RISORSE**

QUAL È IL PROBLEMA

Scenario

Patto della Salute

Accordo Stato-Regioni per:

- Migliorare qualità dei servizi
- Promuovere l'appropriatezza delle prestazioni
- Garantire l'unitarietà del sistema

IL TARIFFARIO
deve garantire
il riconoscimento di
tutte le prestazioni
che compongono
ogni singolo percorso
e quindi l'erogazione
di tutte le attività
utili al paziente

EA

tariffario

prestazioni

LEA sono gli
strumenti
ogabili e il
ritto acquisito)

**Serve molto RIGORE e bisogna ragionare
in termini di RISULTATI che le risorse consentono**

Dobbiamo far emergere le best practice in diabetologia
e legarle alle reali competenze necessarie.

Cos'è la best practice in diabetologia:
le attività attraverso le quali si ottengono i migliori outcome.

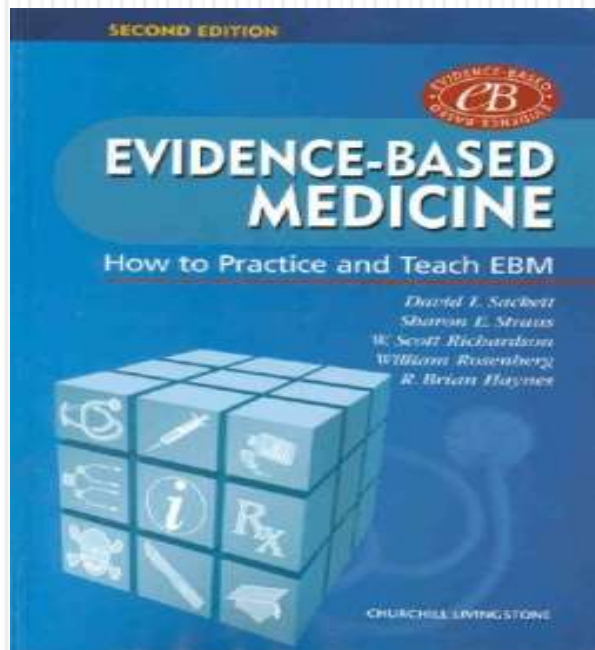
Ovvero:

APPROPRIATEZZA

&

SPECIFICITÀ

- **NICE* & APPROPRIATEZZA
NEI NUOVI MODELLI DI CCM**



- **NICE* & DIABETES
INTELLIGENCE**

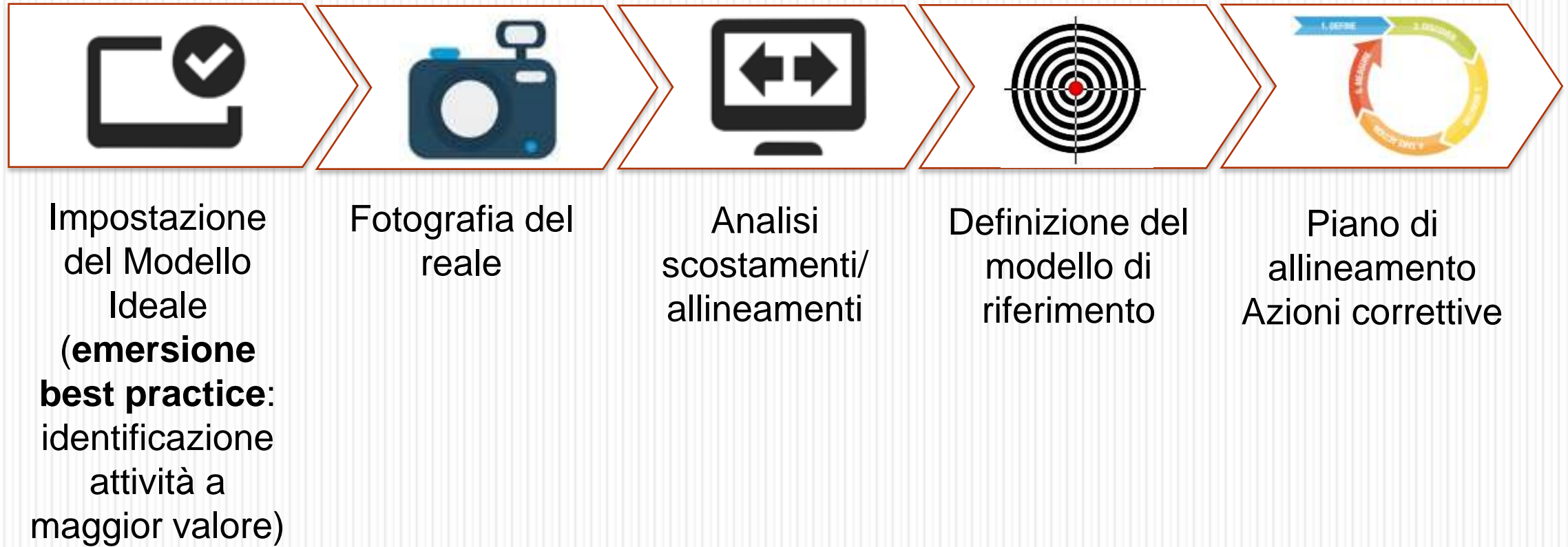


Valorizzare la specificità terapeutica e professionale della diabetologia, in modo tale da consentire l'applicazione delle best practice.

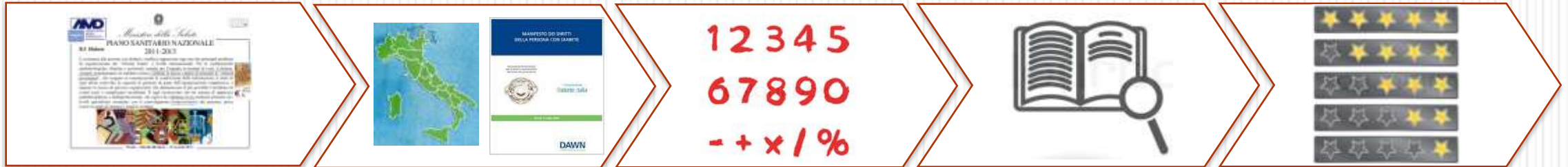
Come? ... attraverso:

- 1** MODELLI DI ANALISI ORGANIZZATIVA COMPROVATI (**Social Return Of Investment**)
Modelli utilizzati nelle aziende per individuare le azioni a maggior valore per l'organizzazione
- 2** SISTEMI DI BUSINESS INTELLIGENCE PER LA GESTIONE DEI DATI,
PERSINO QUELLI ORGANIZZATIVI

PROGRAMMA DIA&INT



IMPOSTAZIONE MODELLO IDEALE



Traduzione degli standard in **Attività**

Traduzione di PND e Manifesto dei diritti del paziente in **Outcome**

Pesatura degli Outcome (pesi = moltiplicatori che riflettono la diversa importanza degli outcome)

Pesatura di ogni singola Attività verso ogni singolo Outcome

Risultato = **Prioritizzazione** delle attività in base al punteggio complessivo ottenuto da ciascuna

LE 25 ATTIVITÀ DELLA MATRICE D'IMPATTO

Le attività sono tratte dal documento degli Standard di Cura e sono state bibliografate dal Gruppo Standard AMD



1	Assicurare l'nquadramento diagnostico specialistico e la valutazione biomedica
2	Valutare la condizione psicosociale individuale (fattori economici, sociali, culturali, contesto familiare, etc)
3	Valutare la fragilità (età, etnia, genere,...) e altri fattori che possono influenzare la gestione del diabete
4	Garantire la definizione e la condivisione del contratto di cura con la persona con diabete
5	Garantire l'attività di Terapia Educazionale come parte integrante del piano assistenziale
6	Garantire lo Screening ed il trattamento appropriato delle complicanze croniche
7	Implementare protocolli clinici per la prevenzione ed il trattamento delle emergenze diabetologiche (ipo-iperglicemie, piede)
8	Gestire lo screening ed il trattamento del diabete in gravidanza (GDM , Gravidanza in donna con diabete) - Follow up della donna con pregresso GDM - Contraccezione nelle diabetiche in età fertile
9	Definire e gestire il piano terapeutico personalizzato appropriato (obiettivi metabolici, terapia farmacologica personalizzata, terapia medica nutrizionale)
10	Gestire la transizione dell'adolescente con diabete al servizio di diabetologia dell'adulto
11	Garantire l'assistenza diabetologica nel paziente ospedalizzato (critico e non critico)
12	Garantire un autocontrollo strutturato (prescrizione, erogazione, registrazione, educazione, interpretazione dei risultati, verifica)
13	Implementare programmi di screening e prevenzione del diabete mellito tipo 2
14	Implementare programmi di miglioramento degli stili di vita
15	Valutare e trattare i fattori di rischio cardiovascolare
16	Favorire l'autonomizzazione alla gestione della terapia (anche con microinfusori per insulina)
17	Favorire l'autonomizzazione alla gestione delle emergenze metaboliche
18	Utilizzare indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza
19	Implementare la registrazione dei dati in una cartella clinica informatizzata condivisa
20	Garantire percorsi di addestramento all'uso delle tecnologie
21	Garantire le attività di certificazione medico-legale
22	Favorire l'applicazione della logica del team building nella attività lavorativa
23	Conoscere e condividere le strategie aziendali
24	Assicurare una coretta comunicazione intra ed extrastrutturale
25	Garantire una appropriata prescrizione ortesica

I 19 OUTCOME DELLA MATRICE D'IMPATTO



Gli OUTCOME sono tratti dal Piano Nazionale del Diabete (PND) e dal Manifesto dei Diritti del Paziente. Riguardano aspetti a prevalenza clinica (sfondo giallo) e aspetti a prevalenza organizzativa (sfondo azzurro)

1	Ottimizzazione del controllo metabolico in relazione al paziente (personalizzazione degli obiettivi del trattamento)
2	Controllo e trattamento dei fattori di rischio cardiovascolare
3	Riduzione delle ospedalizzazioni/accessi DEA
4	Riduzione delle giornate di degenza del paziente con diabete in qualsiasi reparto
5	Aumento della appropriatezza nell'uso delle tecnologie
6	Aumento della partecipazione attiva/adesione alla cura da parte della persona con diabete
7	Prevenzione e cura delle donne diabetiche in gravidanza e delle donne con diabete gestazionale, al fine di ottenere outcomes materno-fetali come nelle donne non diabetiche
8	Aumento delle competenze e delle strategie per prevenire il diabete di tipo 2
9	Aumento delle competenze e delle strategie per trattare il diabete
10	Riduzione della incidenza complicanze croniche
11	Riduzione della incidenza delle complicanze acute
12	Ottimizzazione dell'offerta specialistica per situazioni specifiche con attivazione di ambulatori dedicati (gravidanza, piede, terapia con microinfusori)
13	Ottimizzazione dei processi formativi delle figure professionali coinvolte nella cura della persona con diabete
14	Realizzazione ed implementazione dei percorsi di Gestione Integrata per la persona con diabete
15	Organizzazione e realizzazione delle attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione/misura ed al miglioramento della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione e l'alimentazione continua di database clinici
16	Aumento dello scambio di informazioni tra operatori della rete assistenziale diabetologica
17	Ottimizzazione dei processi di integrazione tra gli attori coinvolti nell'assistenza diabetologica a livello ambulatoriale e/o ospedaliero, attraverso la realizzazione e l'implementazione di PDTA
18	Ottimizzazione della risposta ai bisogni di certificazioni medico-legali della persona con diabete
19	Riduzione delle disuguaglianze nell'assistenza alle fragilità ed alle condizioni di vulnerabilità socio-sanitaria

LE COMPILAZIONI DEI DIABETOLOGI: PESATURA DEGLI OUTCOME

<p style="text-align: center;">OUTCOME</p> <p style="text-align: center;">(tratti da: PND - Manifesto dei diritti della persona con diabete)</p>	<p style="text-align: center;">VALUTAZIONE DA 1 A 4</p> <p>1= POCO 2= ABBASTANZA 3= MOLTO 4= MOLTISSIMO</p>
Ottimizzazione del controllo metabolico in relazione al paziente (personalizzazione degli obiettivi del trattamento)	
Controllo e trattamento dei fattori di rischio cardiovascolare	
Riduzione delle ospedalizzazioni/accessi DEA	
Riduzione delle giornate di degenza del paziente con diabete in qualsiasi reparto	
Aumento della appropriatezza nell'uso delle tecnologie	
Aumento della partecipazione attiva/adesione alla cura da parte della persona con diabete	
Prevenzione e cura delle donne diabetiche in gravidanza e delle donne con diabete gestazionale, al fine di ottenere outcomes materno-fetali come nelle donne non diabetiche	
Aumento delle competenze e delle strategie per prevenire il diabete di tipo 2	
Aumento delle competenze e delle strategie per trattare il diabete	
Riduzione della incidenza complicanze croniche	
Riduzione della incidenza delle complicanze acute	
Ottimizzazione dell'offerta specialistica per situazioni specifiche con attivazione di ambulatori dedicati (gravidanza, piede, terapia con microinfusori)	
Ottimizzazione dei processi formativi delle figure professionali coinvolte nella cura della persona con diabete	
Realizzazione ed implementazione dei percorsi di Gestione Integrata per la persona con diabete	
Organizzazione e realizzazione delle attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione/misura ed al miglioramento della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione e l'alimentazione continua di database clinici	
Aumento dello scambio di informazioni tra operatori della rete assistenziale diabetologica	
Ottimizzazione dei processi di integrazione tra gli attori coinvolti nell'assistenza diabetologica a livello ambulatoriale e/o ospedaliero, attraverso la realizzazione e l'implementazione di PDTA	
Ottimizzazione della risposta ai bisogni di certificazioni medico-legali della persona con diabete	
Riduzione delle disuguaglianze nell'assistenza alle fragilità ed alle condizioni di vulnerabilità socio-sanitaria	

LE COMPILAZIONI DEI DIABETOLOGI: VALORIZZAZIONE IMPATTO DELLE ATTIVITÀ SUGLI OUTCOME



1974
ANNO DI FONDAZIONE

ASSOCIAZIONE
MEDICI
DIABETOLOGI

		outcomes																		
<p>Ciacuna attività influenza ogni singolo risultato (outcome): 0= per nulla 1= poco 2= abbastanza 3= molto 4= moltissimo</p> <p>PER ESPRIMERE LA TUA VALUTAZIONE, PENSA, PER OGNI INCROCIO: "QUANTO IMPATTA QUESTA SPECIFICA ATTIVITÀ SU QUESTO SPECIFICO OUTCOME?"</p> <p>outcome →</p>		<p>Optimizzazione del controllo metabolico in relazione al paziente (personalizzazione degli obiettivi del trattamento)</p>	<p>Controllo e trattamento dei fattori di rischio cardiovascolare</p>	<p>Riduzione della ospitalizzazione/accolti DCA</p>	<p>Riduzione delle giornate di degenza del paziente con diabete in qualsiasi reparto</p>	<p>Aumento della consapevolezza nell'uso della tecnologia</p>	<p>Aumento della partecipazione attiva/adesione alla cura da parte della persona con diabete</p>	<p>Prevenzione e cura delle donne diabetiche in gravidanza e della donna con diabete gestazionale, al fine di ottenere outcomes materno-fetali come nelle donne non diabetiche</p>	<p>Aumento delle competenze e delle strategie per prevenire il diabete di tipo 2</p>	<p>Aumento delle competenze e delle strategie per trattare il diabete</p>	<p>Riduzione della incidenza di complicanze croniche</p>	<p>Riduzione della incidenza delle complicanze acute</p>	<p>Optimizzazione dell'offerta specialistica per situazioni specifiche con attivazione di ambulatori dedicati (gravidanza, piede, terapia con microinfusori)</p>	<p>Optimizzazione dei processi formativi delle figure professionali coinvolte nella cura della persona con diabete</p>	<p>Realizzazione ed implementazione nei percorsi di gestione integrata per la persona con diabete</p>	<p>Organizzazione e realizzazione delle attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione/osservazione al miglioramento della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione e l'implementazione continua di database clinici</p>	<p>Aumento dello scambio di informazioni tra operatori delle reti assistenziali diabetologiche</p>	<p>Optimizzazione del processo di integrazione tra gli attori coinvolti nell'assistenza diabetologica a livello ospedaliero, attraverso la realizzazione e l'implementazione di PDTA</p>	<p>Optimizzazione della risposta ai bisogni di certificazione medico-legale della persona con diabete</p>	<p>Riduzione delle riorganizzazioni nell'assistenza alle fragilità ed alle condizioni di vulnerabilità socio-sanitaria</p>
attività ↓																				
1	Assicurare l'inquadramento diagnostico specialistico e la valutazione biomedica																			
2	Valutare la condizione psicosociale individuale (fattori economici, sociali, culturali, contesto familiare, etc)																			
3	Valutare la fragilità (età, etnia, genere,...) e altri fattori che possono influenzare la gestione del diabete																			
4	Garantire la definizione e la condivisione del contratto di cura con la persona con diabete																			
5	Garantire l'attività di Terapia Educativa come parte integrante del piano assistenziale																			
6	Garantire lo Screening e il trattamento appropriato delle complicanze croniche																			
7	Implementare protocolli clinici per la prevenzione ed il trattamento delle emergenze diabetologiche (ipo/iperglicemie, acido)																			
8	Gestire lo screening e il trattamento del diabete in gravidanza (GDM, Gravidanza in donna con diabete) - follow up della donna con pregresso GDM - Contraccettione nelle diabetiche in età fertile																			
9	Definire e gestire il piano terapeutico personalizzato appropriato (obiettivi metabolici, terapia farmacologica personalizzata, terapia medica nutrizionale, attività fisica)																			
10	Gestire la transizione dell'adolescente con diabete al servizio di diabetologia dell'adulto																			
11	Garantire l'assistenza diabetologica nel paziente ospedalizzato (critico e non critico)																			
12	Garantire un autocontrollo strutturato (prescrizione, erogazione, registrazione, educazione, interpretazione dei risultati, verifica)																			
13	Implementare programmi di screening e prevenzione del diabete mellito tipo 2																			
14	Implementare programmi di miglioramento degli stili di vita																			
15	Valutare e trattare i fattori di rischio cardiovascolare																			
16	Favorire l'autonomia alla gestione della terapia (anche con microinfusori per insulina)																			
17	Favorire l'autonomia alla gestione delle emergenze metaboliche																			
18	Utilizzare indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza																			
19	Implementare la registrazione dei dati in una cartella clinica informatizzata condivisa																			
20	Garantire percorsi di addestramento all'uso delle tecnologie																			
21	Garantire le attività di certificazione medico-legale																			
22	Favorire l'applicazione della logica del team building nell'attività lavorativa																			
23	Conoscere e condividere le strategie aziendali																			
24	Assicurare una corretta comunicazione intra ed extrastrutturale																			
25	Garantire un'appropriate prescrizione oristica																			

COME SI OTTIENE IL 'MODELLO IDEALE'

dalla
MATRICE D'IMPATTO...

...otteniamo i
PUNTEGGI TOTALI ('IMPATTO')

... e quindi
LA PRIORITIZZAZIONE

**RANKING IN
BASE
ALL'IMPATTO**

	Multi-tema																	TOTALI
	Identificare e definire i contenuti, responsabilità di attuazione ed implementazione (regole, linee guida, linee di indirizzo, ecc.)	Definire le responsabilità di attuazione ed implementazione (regole, linee guida, linee di indirizzo, ecc.)	Definire la struttura organizzativa (regole, linee guida, linee di indirizzo, ecc.)	Definire i ruoli e le responsabilità (regole, linee guida, linee di indirizzo, ecc.)	Definire i processi (regole, linee guida, linee di indirizzo, ecc.)	Definire i flussi (regole, linee guida, linee di indirizzo, ecc.)	Definire i rapporti (regole, linee guida, linee di indirizzo, ecc.)	Definire i canali (regole, linee guida, linee di indirizzo, ecc.)	Definire i tempi (regole, linee guida, linee di indirizzo, ecc.)	Definire i costi (regole, linee guida, linee di indirizzo, ecc.)	Definire i benefici (regole, linee guida, linee di indirizzo, ecc.)	Definire i rischi (regole, linee guida, linee di indirizzo, ecc.)	Definire i punti di controllo (regole, linee guida, linee di indirizzo, ecc.)	Definire i meccanismi di valutazione (regole, linee guida, linee di indirizzo, ecc.)	Definire i meccanismi di monitoraggio (regole, linee guida, linee di indirizzo, ecc.)	Definire i meccanismi di comunicazione (regole, linee guida, linee di indirizzo, ecc.)	Definire i meccanismi di partecipazione (regole, linee guida, linee di indirizzo, ecc.)	
1	Adoptare l'approccio diagnostico specialistico e la valutazione formativa																	
2	Valutare la condizione patologica individuale (fatti economici, sociali, culturali, contesto familiare, ecc)																	
3	Valutare la famiglia (età, sesso, genere, ...) e altri fattori che possono influenzare la gestione del diabete																	
4	Garantire la definizione e la realizzazione del contratto di cura con la persona con diabete																	
5	Garantire l'attività di Terapia Educativa come parte integrante del piano assistenziale																	
6	Garantire la sicurezza e il trattamento appropriato delle complicanze croniche																	
7	Implementare percorsi dedicati per la prevenzione ed il trattamento delle emergenze diabetiche (ipoglicemie, coma)																	
8	Garantire la sicurezza e l'adempimento del diabete in gravidanza (DM1 - Gestazione in donna con diabete - Salute ed della donna con diabete in gravidanza - Diabete gestazionale - Diabete in età fertile)																	
9	Definire e gestire il piano terapeutico personalizzato appropriato (criterio metabolico), sempre tenuto conto personalizzato, terapia medica personalizzata, attività fisica																	
10	Garantire la risposta del diabete con diabete al servizio di diabetologia dell'istituto																	
11	Garantire l'aderenza diabetologica nel paziente (speditezza, qualità e non ottusa)																	
12	Garantire un'assistenza strutturata (prevenzione, emergenza, regolazione, educazione, monitoraggio dei risultati, verifica)																	
13	Implementare programmi di screening e prevenzione del diabete mellito tipo 2																	
14	Implementare programmi di miglioramento degli stili di vita																	
15	Valutare e gestire i fattori di rischio cardiovascolari																	
16	Rivisitare l'aderenza al piano di cura (per il diabete) con i suoi confronti con i risultati																	
17	Rivisitare l'aderenza al piano di cura (per il diabete) con i suoi confronti con i risultati																	
18	Attività educative (per il diabete) in relazione periodica partecipativa e dello spazio del servizio																	
19	Implementare la registrazione dei dati in una cartella clinica informatizzata condivisa																	
20	Garantire percorsi di addestramento all'uso della tecnologia																	
21	Garantire la privacy di certificazione medico-legale																	
22	Rivisitare l'aderenza al piano di cura (per il diabete) con i suoi confronti con i risultati																	
23	Definire e realizzare le strategie assistenziali																	
24	Attività che comporta comunicazione interna ed esterna																	
25	Garantire un'aderenza partecipativa																	

DOVE SIAMO

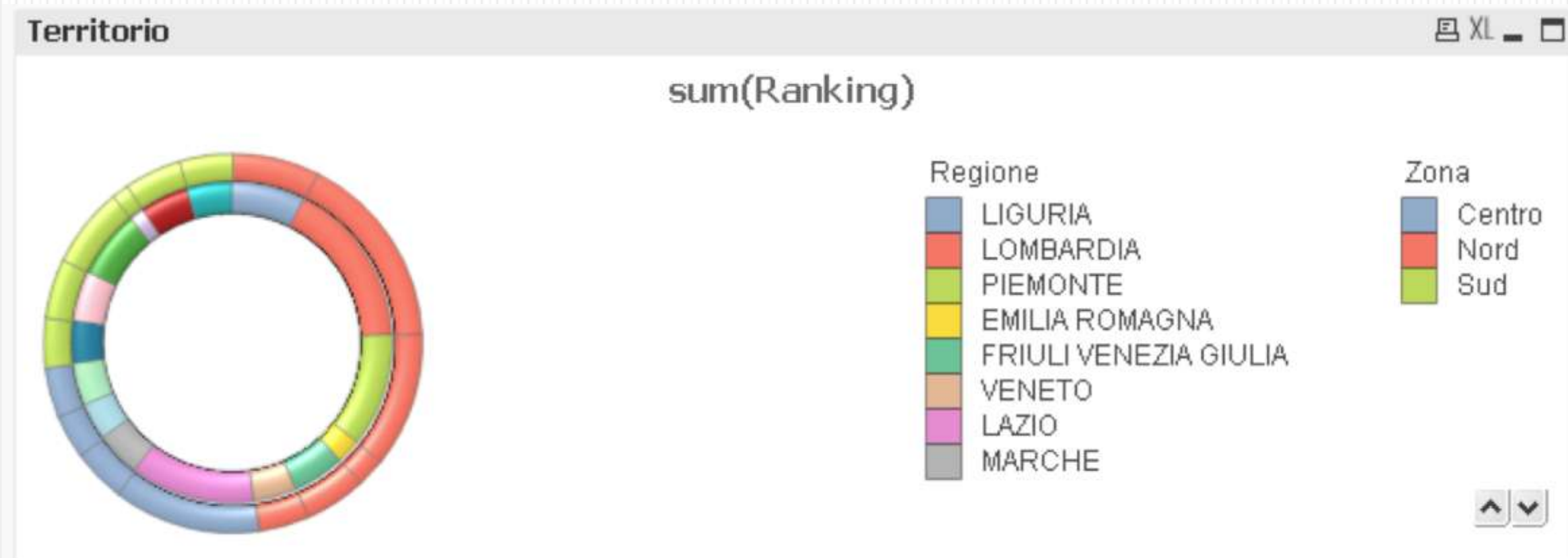
Dalle Convention per gli opinion leader... 78 modelli compilati al 5 maggio



I diabetologi che ci hanno mandato le loro compilazioni

Alberto Agliaoro	Francesca Cammilleri	Antonio De Luca	Sandro Gentile	Carlo Lalli	Valeria Manicardi	Maria Franca Mulas	Luca Richiardi	Giuseppina Russo	Concetta Suraci
Annarita Angioni	Giovanni Carta	Alberto De Micheli	Annalisa Giancaterini	Giuliana La Penna	Domenico Mannino	Nicoletta Musacchio	Donata Richini	Giuseppe Saglietti	Laura Tonutti
Antonio Antonelli	Francesco Castro	Alessandra Di Flaviani	Annalisa Giandalia	Anna Leopardi	Giuseppe Marelli	Andrea Nogara	Alberto Rocca	Enrica Salomone	Elisabetta Torlone
Fabio Baccetti	Francesco Chiaramonte	Maria Rosaria Falivene	Alfonso Gigante	Parizia Livolsi	Patrizio Marnini	Alessandro Ozzello	Rossella Romano	Graziano Santantonio	Umberto Valentini
Paola Bollati	Antonino Cimino	Riccardo Fornengo	Domenico Greco	Luigi Lucibelli	Massimo Michelini	Maria Antonietta Pellegrini	Elisabetta Romeo	Luigi Sciangula	Giacomo Vespasiani
Silvia Bonfandini	Alessandra Ciucci	Elisa Forte	Giacomo Guaita	Emilia Maglione	Piermaria Miniussi	Paola Ponzani	Francesco Romeo	Antonella Senesi	Milena Zanon
Amodio Botta	Alessandra Clerico	Roberto Gagliardi	Vincenzo Guardasole	Ilaria Malandrucchio	Luca Monge	Maria Chantal Ponziani	Patrizia Ruggeri	Gian Pio Sorice	
Francesco Calcaterra	Marco Comaschi	Gabriella Garrapa	Filomena Iannuzzi	Francesco Malvicino	Valeria Montani	Mauro Ragonese	Paolo Rumi	Maurizio Sudano	

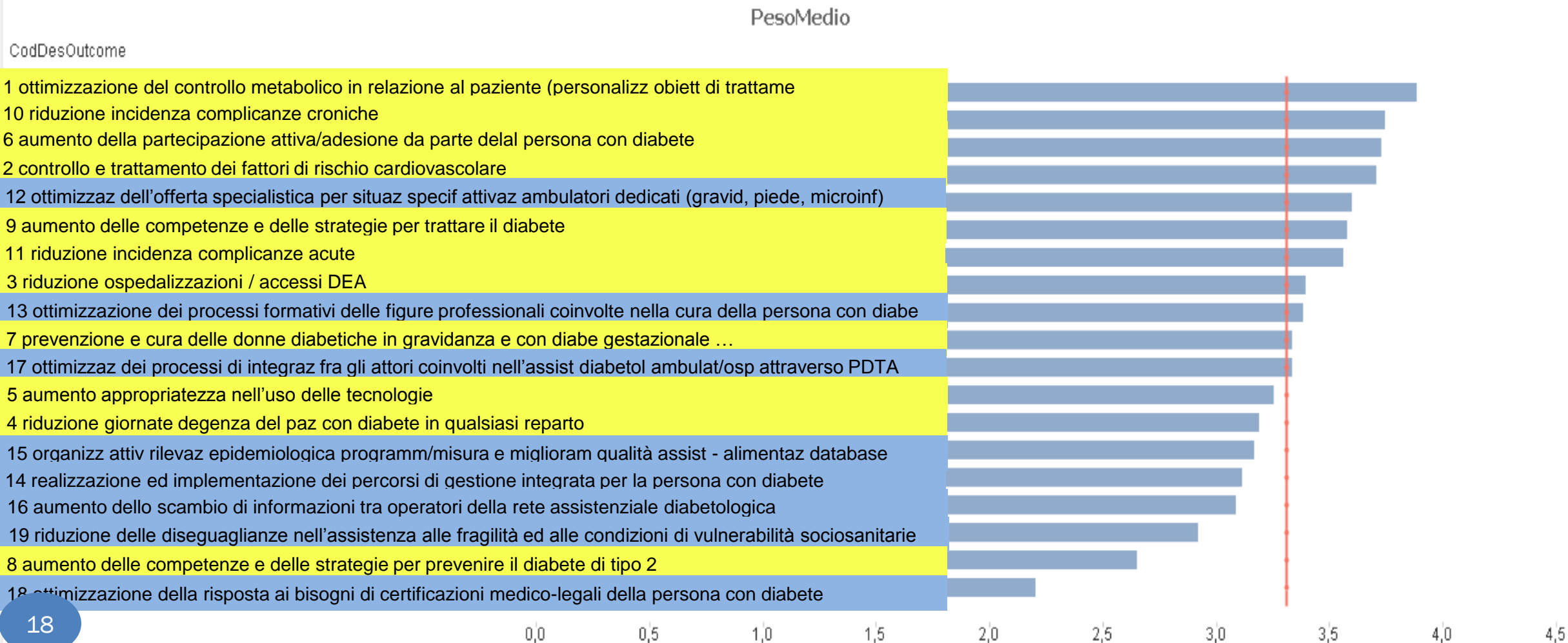
PRIMI RISULTATI: DISTRIBUZIONE TERRITORIALE



PRIORITIZZAZIONE DEGLI OUTCOME IN BASE AL PESO

Outcomes - Prioritizzazione

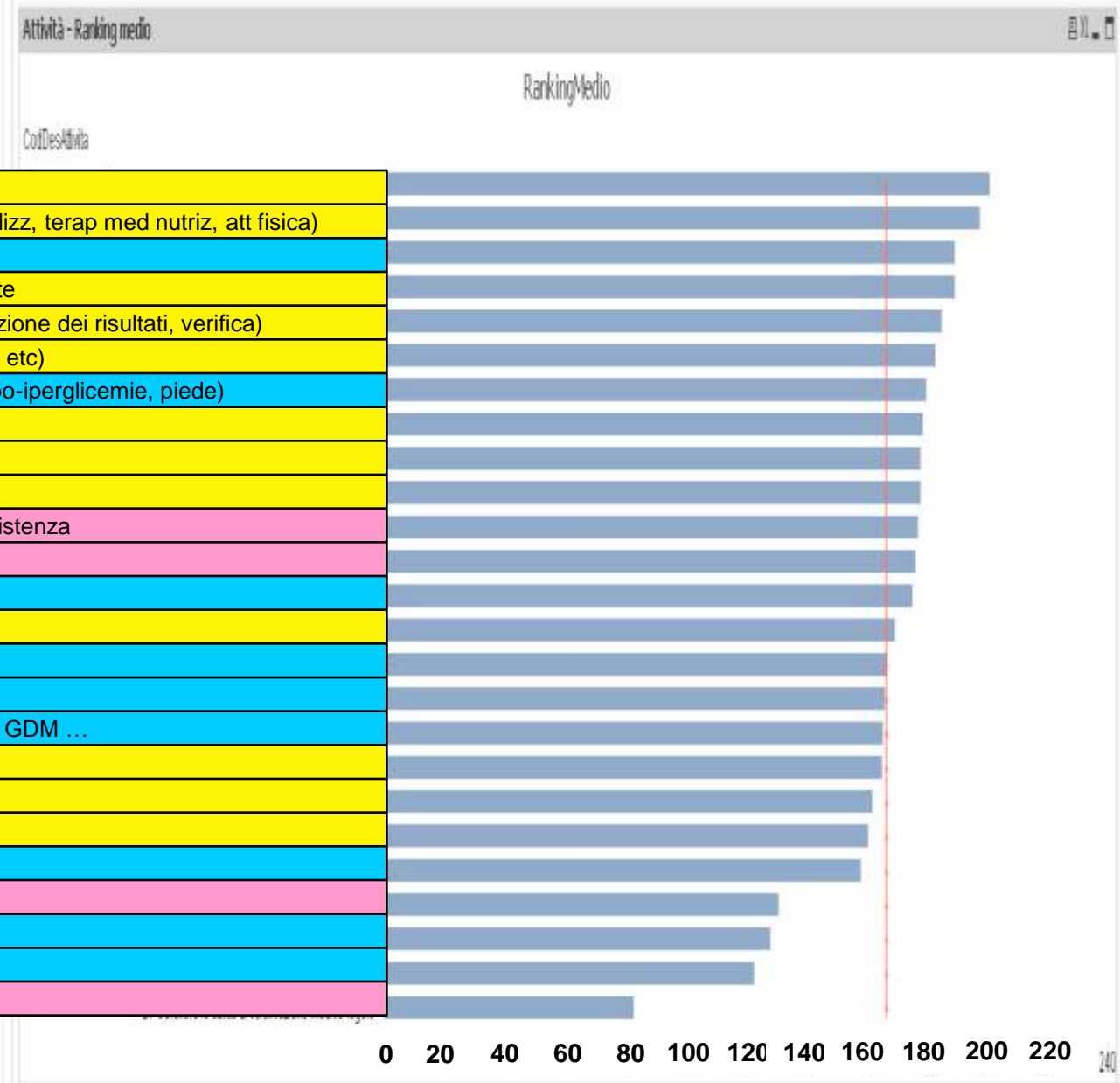
XL



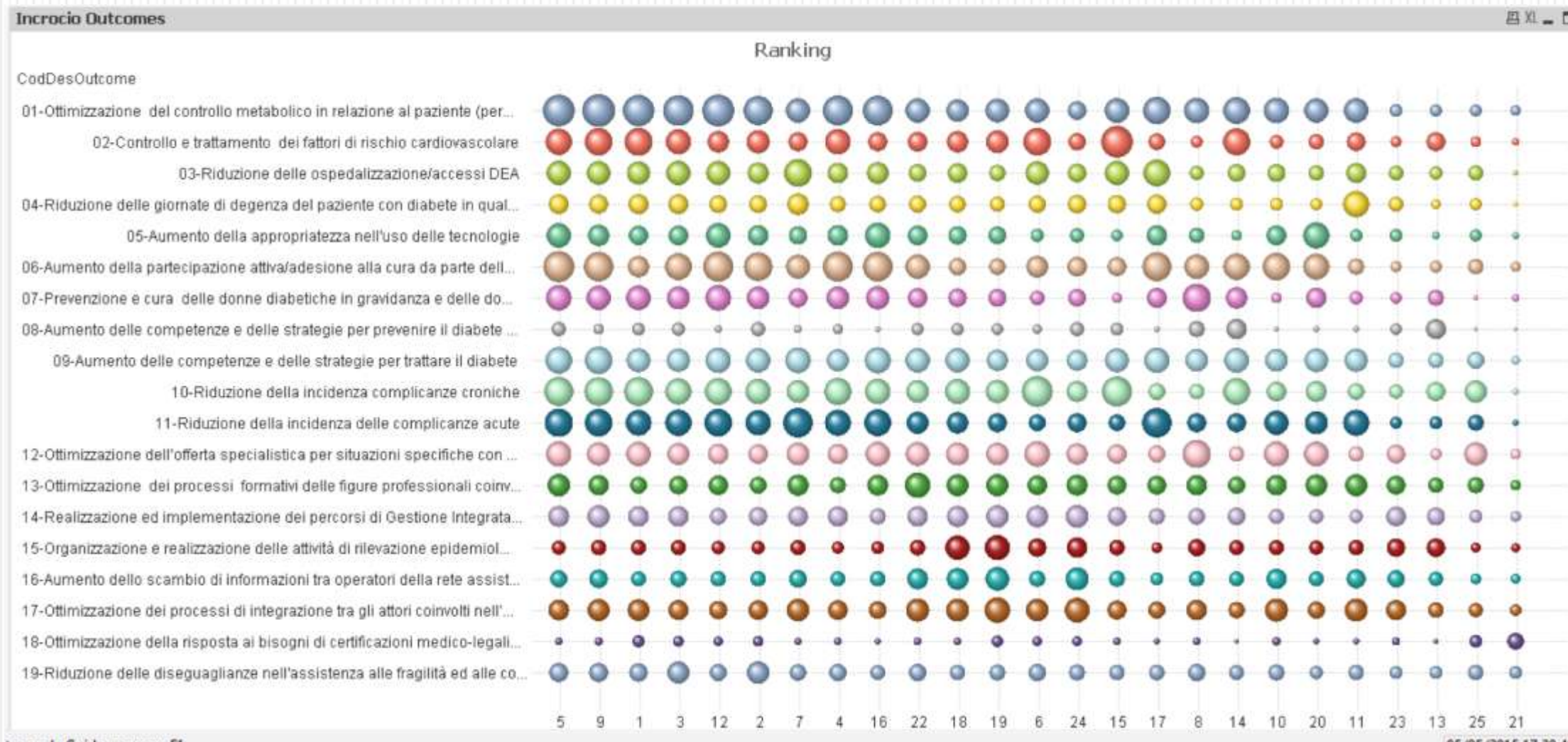
PRIORITIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ IN BASE AL PUNTEGGIO



- attività assistenziale
- attività biomedica
- attività organizzativa



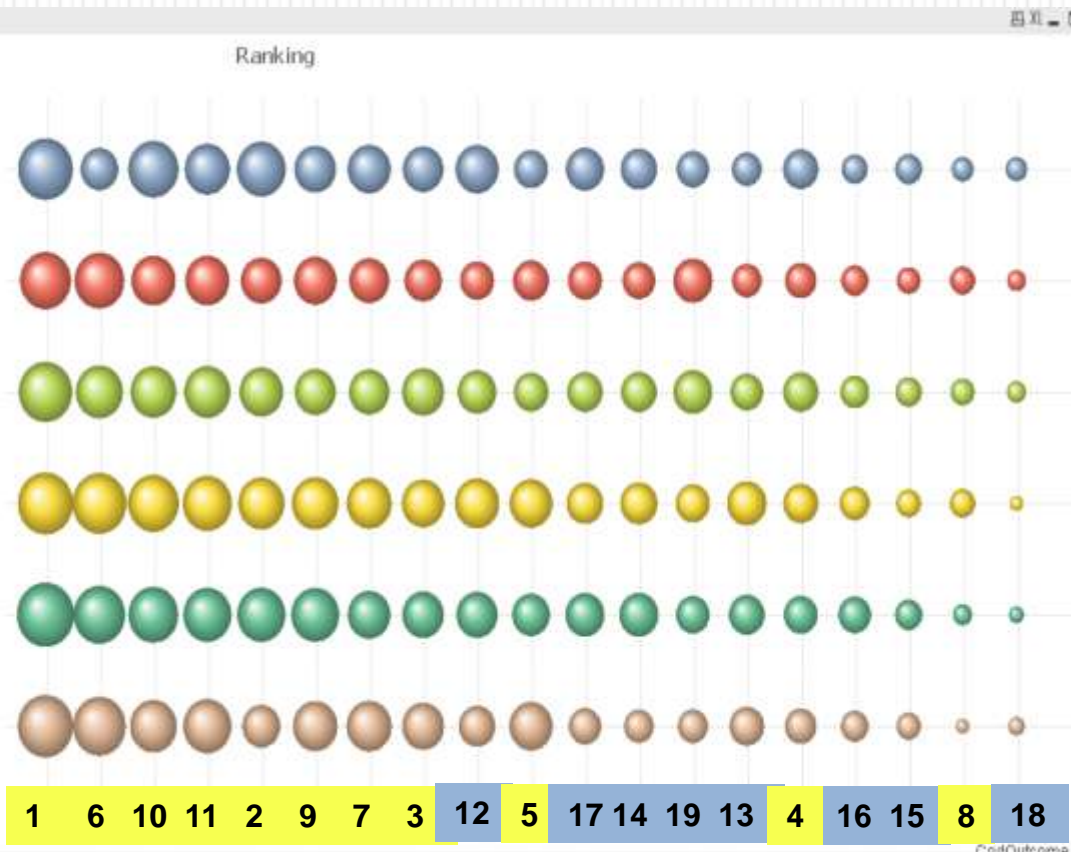
INCROCI ATTIVITÀ / OUTCOME



INCROCI PRIME 6 ATTIVITÀ / OUTCOME

PRIME 6 ATTIVITÀ

- 5** Garantire l'attività di Terapia Educazionale come parte integrante del piano assistenziale
- 9** Definire e gestire il piano terapeutico personalizzato appropriato (ob metabol, ter farm personal, ter med nutriz, att fis)
- 1** Assicurare l'inquadramento diagnostico specialistico e la valutazione biomedica
- 3** Valutare la fragilità (età, etnia, genere,...) e altri fattori che possono influenzare la gestione del diabete
- 12** Garantire un autocontrollo strutturato (prescriz, erogazi, registraz, educaz, interpretaz risultati, verifica)
- 2** Valutare la condizione psicosociale individuale (fattori economici, sociali, culturali, contesto familiare, etc)



● ● ● ● ● ● ●

Outcome clinico

Outcome organizzativo

PRIMI 6 OUTCOME

- 1** Ottimizzazione del controllo metabolico in relazione al paziente (personalizzazione degli obiettivi del trattamento)
- 10** Riduzione della incidenza complicanze croniche
- 6** Aumento della partecipazione attiva/adesione alla cura da parte della persona con diabete
- 2** Controllo e trattamento dei fattori di rischio cardiovascolare
- 12** Ottimizzazione dell'offerta specialistica per situazioni specifiche con attivazione di ambulatori dedicati (gravidanza, piede, terapia con microinfusori)
- 9** Aumento delle competenze e delle strategie per trattare il diabete

COMPARAZIONI CLUSTER

TOTALE (78)	NORD (39)	CENTRO (19)	SUD (20)	FEMMINE (36)	MASCHI (42)
5-garantire l'attività di terapia educativa come...	5-garantire l'attività di terapia educativa come...	5-garantire l'attività di terapia educativa come...	5-garantire l'attività di terapia educativa come...	5 garantire l'attività di terapia educativa come...	5 garantire l'attività di terapia educativa come...
9-definire e gestire il piano terapeutico personalizzato...	9-definire e gestire il piano terapeutico personalizzato...	19 implementare la registrazione dei dati in una cartella...	1 assicurare l'inquadramento diagnostico specialistico...	9 definire e gestire il piano terapeutico personalizzato...	9 definire e gestire il piano terapeutico personalizzato...
3 valutare la fragilità (età, etnia, genere) e altri fattori...	3 valutare la fragilità (età, etnia, genere) e altri fattori...	9-definire e gestire il piano terapeutico personalizzato...	9-definire e gestire il piano terapeutico personalizzato...	1 assicurare l'inquadramento diagnostico specialistico...	3-valutare la fragilità (età, etnia, genere) e altri fattori...
1 assicurare l'inquadramento diagnostico specialistico...	2 valutare la condizione psicosociale individuale...	12 garantire un autocontrollo strutturato...	3 valutare la fragilità (età, etnia, genere) e altri fattori...	3 valutare la fragilità (età, etnia, genere) e altri fattori...	1 assicurare l'inquadramento diagnostico specialistico...
12 garantire un autocontrollo strutturato...	1 assicurare l'inquadramento diagnostico specialistico...	22 favorire l'applicazione della logica del team building...	7 implementare protocolli clinici per la prevenzione...	12 garantire un autocontrollo strutturato...	2 valutare la condizione psicosociale individuale...
2 valutare la condizione psicosociale individuale...	12 garantire un autocontrollo strutturato...	18 utilizzare indicatori che permettano la valutazione periodica...	12 garantire un autocontrollo strutturato...	2 valutare la condizione psicosociale individuale...	18 utilizzare indicatori che permettano la valutazione periodica...
7 implementare protocolli clinici per la prevenzione...	4 garantire la definizione e la condivisione del contratto di cura...	1 assicurare l'inquadramento diagnostico specialistico...	2 valutare la condizione psicosociale individuale...	4 garantire la definizione e la condivisione del contratto di cura...	12 garantire un autocontrollo strutturato...

COME UTILizzerEMO QUESTI RISULTATI A BREVE

Revisione dei LEA

- Costituzione di proposte
- Presentazione alle istituzioni

Diffusione

- Comunicati stampa
- Diffusione convegni, riviste, ecc
- Pubblicazione

DESCRIZIONE NEL DETTAGLIO E “PESO” IN TERMINI DI TEMPO UTILIZZATO DELLE ATTIVITÀ IN DIABETOLOGIA



1. Valutazione complessiva: anamnesi generale + esame obiettivo. Esecuzione e registrazione
Peso - Pressione Arteriosa - glicemia capillare..... 20'
2. Obiettività neurologica e podologica : verifica sensibilità termica/dolorifica, valutazione
pallestesica, compilazione questionari per diagnosi neuropatia..... 7'
3. Valutazione compenso metabolico: analisi e discussione autocontrollo e dati di patologia
Esecuzione e registrazione Peso - Pressione Arteriosa - glicemia capillare..... 10'
4. Informazione su malattia-sindrome metabolica/ compenso/prevenzione-valutazione
complicanze e strategie di cura, protocollo Gestione Integrata : patto terapeutico 15'
5. Anamnesi alimentare, verifica e correzione errori prioritari . Informazione su criteri generali di
nutrizione in relazione alla patologia..... 15'
6. Stesura, presentazione e personalizzazione dieta 10'

DESCRIZIONE NEL DETTAGLIO E “PESO” IN TERMINI DI TEMPO UTILIZZATO DELLE ATTIVITÀ IN DIABETOLOGIA



1. Controllo dieta (verifica e correzione errori prioritari, personalizzazione del piano).....10'
2. Addestramento utilizzo e/o verifica riflettometro e lettura dei dati (processo di autonomizzazione del paz. per gestione della terapia e autovalutazione del compenso) verifica corretto utilizzo/comprendimento...15'
3. Addestramento e/o verifica tecnica iniettiva ed al mantenimento corretto della penna da insulina ... 5'
4. Educazione al programma di prevenzione e follow up delle complicanze (retinopatia, cardiopatia, nefropatia. Si alternano gli argomenti approfondendone uno per volta secondo necessità)..... 5'
5. Corsi di educazione in gruppo su temi specifici per autonomizzazione dei paz. (counting dei carboidrati, prevenzione e cura lesioni al piede, la dieta bilanciata, la prevenzione e tappe di follow up per le complicanze, la gestione del microinfusore)2h
6. Impianto microinfusore e/o holter..... 30'

I PASSI SUCCESSIVI

Foto del reale

- Specificità
- Frequenza

Pesare le attività:

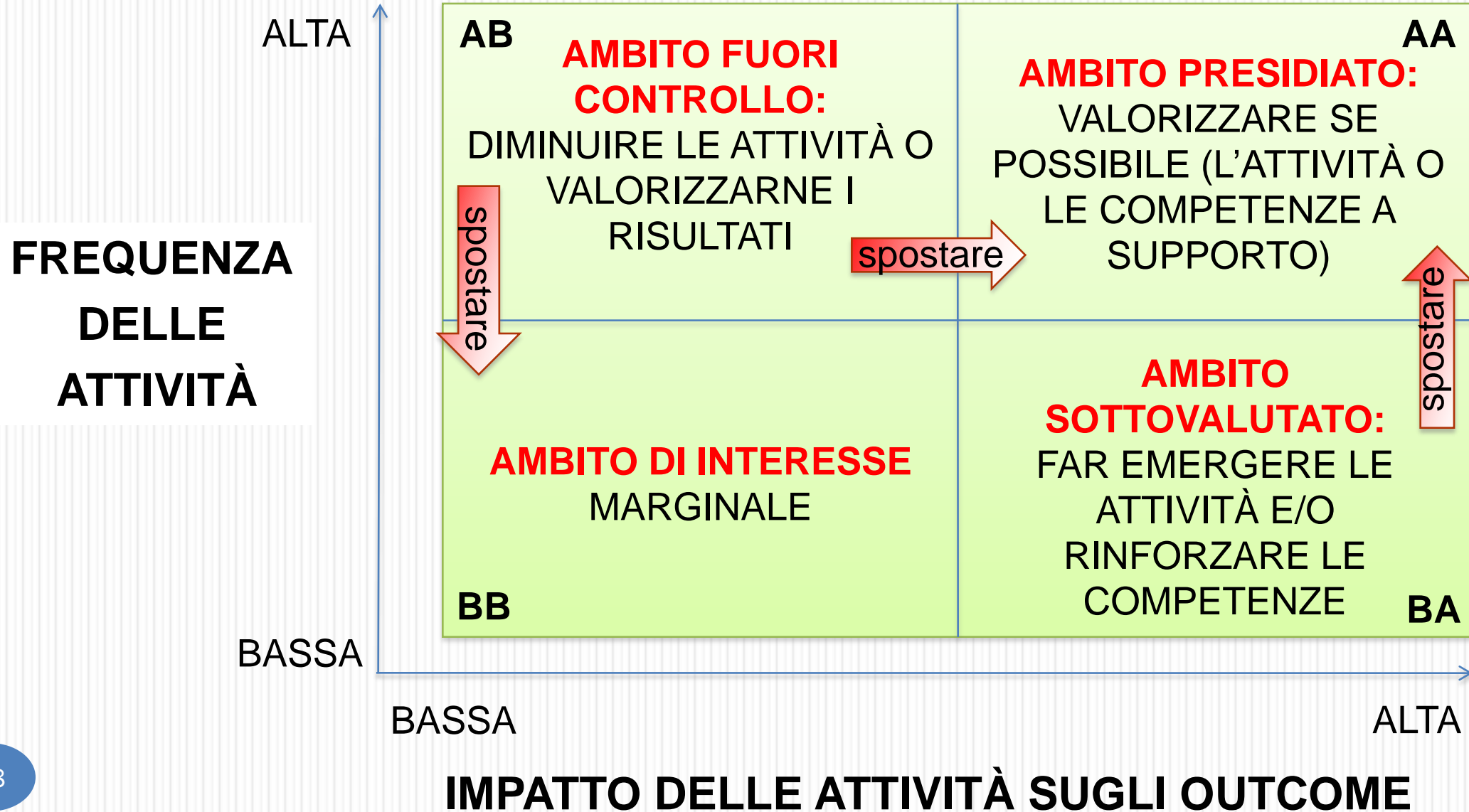


- in termini di **FREQUENZA** (quanto frequentemente è possibile praticare questa attività nella tua struttura Diabetologica)



- in termini di **SPECIFICITÀ** (quanto ritieni che questa attività sia specifica per la Diabetologia)

ESEMPIO DI SCHEMA DI RIFERIMENTO PER LA VALUTAZIONE DEI RISULTATI: IDENTIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ SU CUI AGIRE





Doc riconosciuto
(e
EBOrganization)
da spendere per
la
**rielaborazione
di LEA e
Nomenclatore**



Con possibilità di
utilizzo sia **a
livello
Istituzionale
Nazionale, sia
Regionale, ma
anche
Aziendale**



Vogliamo
costruire un
**modello
esportabile
anche in altre
realtà**



Potrà diventare il
Sistema di
supporto per la
**certificazione
professionale**
(curriculum
comprovato)

Si può fare



**Perché diventi indiscutibile per chiunque
che un diabetologo possa essere sostituito solo da un
diabetologo**

GRAZIE

al gruppo NICE, al CDN e a VOI TUTTI
che avete creduto in questa

VISION

a Rita Zilich e a Mix-x, che ci hanno dato gli strumenti per
L'EXECUTION

Perché

UNA VISION SENZA UNA EXECUTION RISCHIA DI ESSERE

GRAZIE

al gruppo NICE, al CDN e a VOI TUTTI
che avete creduto in questa

VISION

a Rita Zilich e a Mix-x che ci hanno dato gli strumenti per
L'EXECUTION

Perché

**UNA VISION SENZA UNA EXECUTION RISCHIA DI ESSERE
UN'ALLUCINATION**