

# APPLICAZIONE DEL MODELLO VBHC AL PERCORSO LEAN DEL PAZIENTE CON DIABETE DI TIPO 2

**Maria Elena Secchi, Direttore Sociosanitario**





**Forum Risk Management**

obiettivo sanità & salute

**26-29 NOVEMBRE 2024**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**

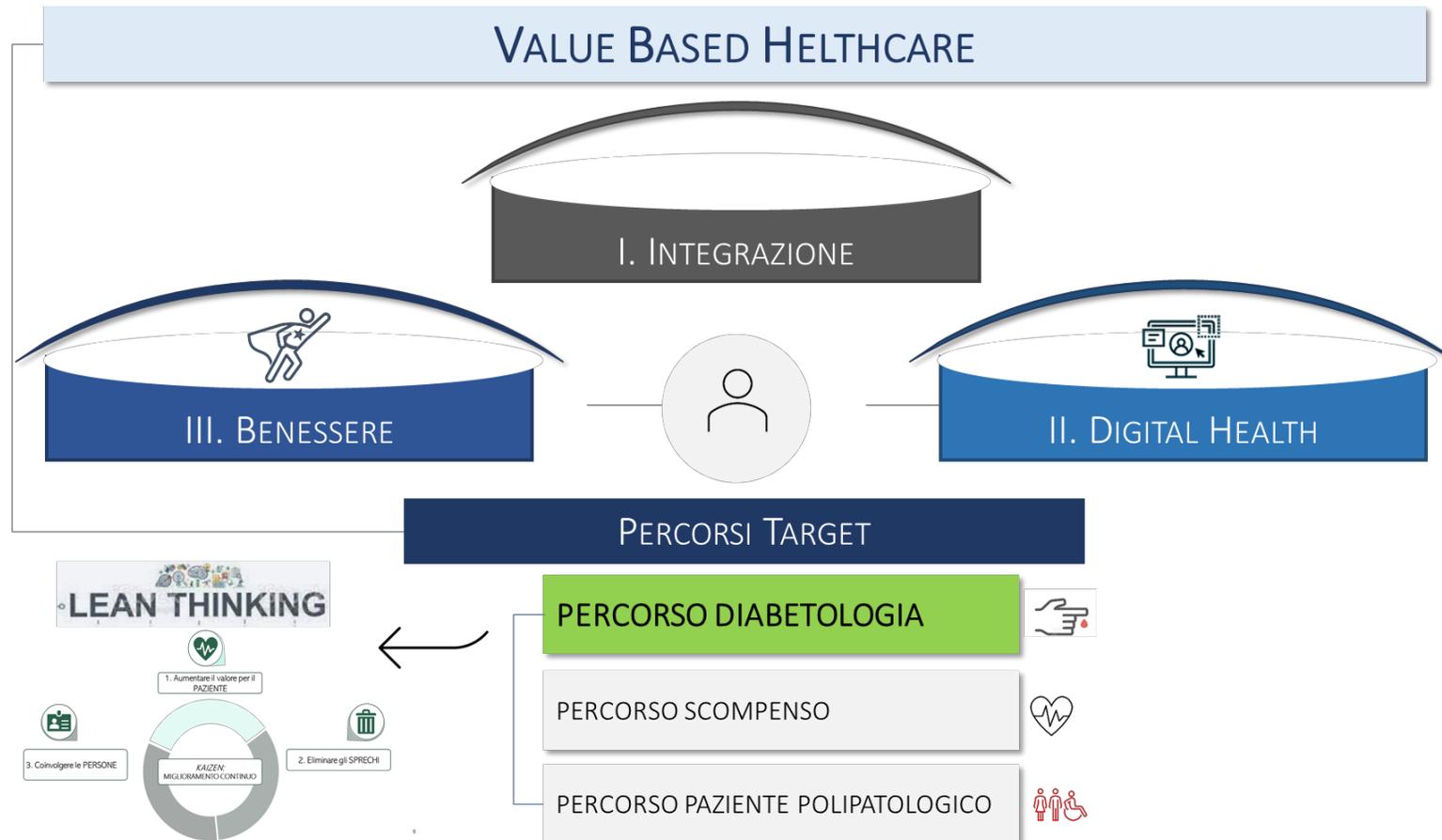
**19**

# KAIZEN DIABETE

---

STRUTTURAZIONE E OTTIMIZZAZIONE DEI PERCORSI DI  
PREVENZIONE E CURA DEL DIABETE IN ASL4

# PROGETTUALITÀ TIGULLIO LUOGO DI SALUTE





**Forum Risk Management**

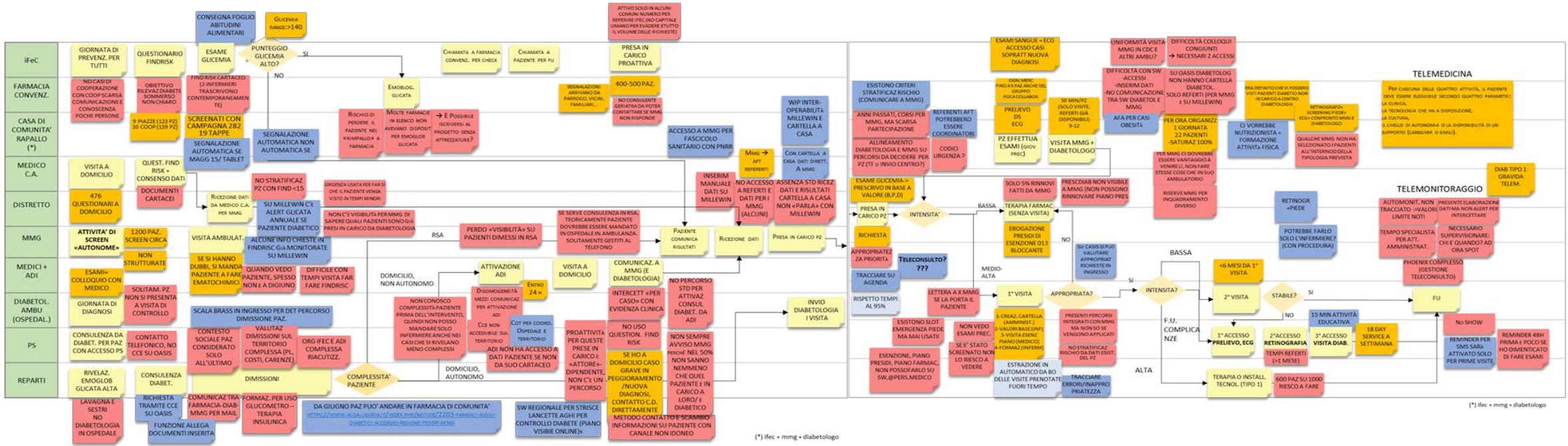
obiettivo sanità & salute

**26-29 NOVEMBRE 2024**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**

**19**

# ASSESSMENT

# Mappatura stato AS IS



# Analisi delle criticità



## SCREENING

### STRATIFICAZIONE POPOLAZIONE

ASSENZA DI DATI STRUTTURATI ED INTEROPERABILI PER LA STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE

### MIGLIOR STRATEGIA DI SCREENING?

AL FINE DI INDIVIDUARE IL METODO PIÙ EFFICACE ED EFFICIENTE È NECESSARIO GOVERNARE I DATI A DISPOSIZIONE

### COMPLESSO COOR.TO ATTORI DI PROCESSO

L'ASSENZA DI UN PROCESSO STRUTTURATO DI PRESA IN CARICO, NEI MOMENTI DI PASSAGGIO DI TESTIMONE, RISCHIA DI FAR PERDERE LE TRACCE DEL PAZIENTE



## PRESA IN CARICO

### PERCORSO NON STRUT.TO TERRITORIO - OSPEDALE

NON ESISTE UN PROCESSO STANDARD CON CRITERI OMOGENEI, DEFINITI E CONDIVISI TRA I VARI SETTING E SISTEMI:  
IFEC → ADI → MMG → CDC → CENTRO DIABETOLOGIA

### CENTRALITÀ RUOLO MMG

MMG DEVE ESSERE IL 'RECIPIENTE' NEL QUALE FAR CONFLUIRE I PAZIENTI SCREENATI, AL FINE DI FILTRARLI E SMISTARLI NEI VARI PERCORSI ASSISTENZIALI

### COMUNICAZIONE TRA I VARI SETTING

L'ASSENZA DI UN SISTEMA INTEROPERABILE DI CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI CREA DELLE DIFFICOLTÀ DI COMUNICAZIONE TRA I VARI SETTING



## GESTIONE PAZIENTE

### PERCORSO PAZIENTE DIABETICO CDC

DOPO UN MESE DI ATTIVITÀ MANCANO LE PRENOTAZIONI DELLA CDC DA PARTE DEGLI MMG. NECESSITÀ DI STRUTTURARE AL MEGLIO IL PERCORSO E SENSIBILIZZARE TUTTI GLI ATTORI COINVOLTI

### C. DIABETOLOGIA

- GESTIONE TELEMONITORAGGIO: AD ORA VIENE EFFETTUATA UNA GESTIONE NON STRUTTURATA NÈ PROATTIVA DEL TELEMONITORAGGIO
- AGENDE NON OTTIMIZZATE: RISULTA COMPLESSO FARE DELLE ESTRAZIONI SUI DATI (ES. INAPPROPRIATEZZA, NO SHOW) E GESTIRE LO SCHEDULE

### PERCORSO DIMISSIONI PROTETTE

NEL PASSAGGIO DAL SETTING OSPEDALIERO A QUELLO TERRITORIALE LA CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI È PARZIALE E SU CANALI NON IDONEI

## Analisi dei bisogni



### SCREENING

NECESSITÀ DI DEFINIRE E IMPLEMENTARE LA STRATEGIA MIGLIORE PER LE ATTIVITÀ DI SCREENING E PREVENZIONE



### PRESA IN CARICO

NECESSITÀ DI STRUTTURARE PERCORSI CHIARI E CONDIVISI TRA TERRITORIO ED OSPEDALE

DEFINIZIONE DI CRITERI DI STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO CONDIVISI



### GESTIONE PAZIENTE

MIGLIORARE GESTIONE AGENDE, NO SHOW E DATI TELEMONITORAGGIO E AUTOMONITORAGGIO

IMPLEMENTARE ANCHE PER IL RILASCIO AL TERRITORIO DEL PAZIENTE UN CANALE INFORMATIVO E OPERATIVO UNICO E DIRETTO (OASIS)

GESTIONE FOLLOW UP PER TUTTE LE TIPOLOGIE DI PAZIENTE

NECESSITÀ DI GARANTIRE UN FLUSSO INFORMATIVO SNELLO E NON FRAMMENTATO TRA TUTTI GLI ATTORI DEL PERCORSO



**Forum Risk Management**

obiettivo sanità & salute

**26-29 NOVEMBRE 2024**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**

**19**

# REENGINEERING

## Quanti diabetici ci sono in Asl4?



(\*)

- prescrizione negli ultimi 12 mesi di farmaco con Codice ATC A10\*\* (farmaceutica convenzionata);
- consegna negli ultimi 12 mesi di farmaco con Codice ATC A10\*\* (farmaceutica diretta);
- esenzione con Codice 013.\* (diabete) in corso di validità;
- ricevuta diagnosi principale o secondaria negli ultimi 12 mesi con Codice ICD-9-CM 250\*\* (S.D.O.).

7.669

pazienti diabetici «curati/noti» all'interno territorio di ASL4 (Giugno 22)\*

5010

pazienti «transitati» presso il Centro Diabetologico nel 2022

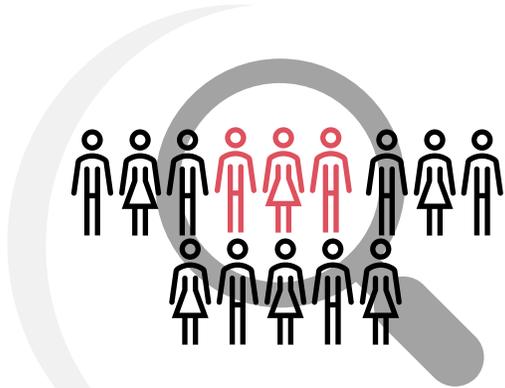
3622

\*\*

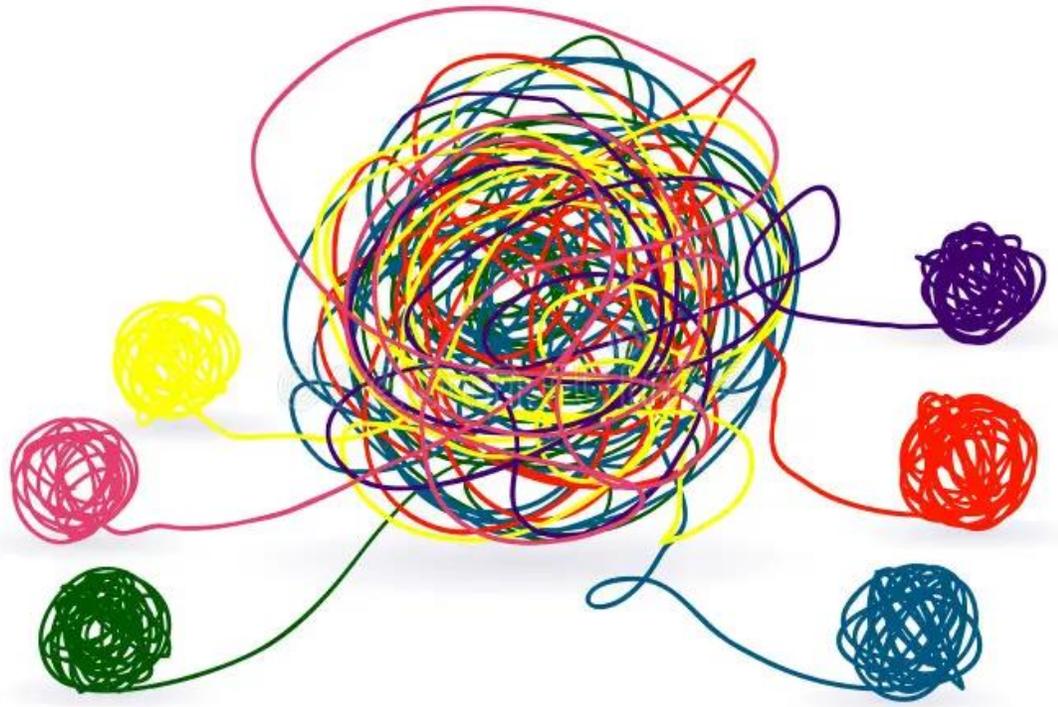
pazienti con cartella attiva presso il Centro Diabetologico nel 2022

\*\* Con prescrizione + peso o pressione + diagnosi

# Quanti diabetici ci sono in Asl4?



SCREENING

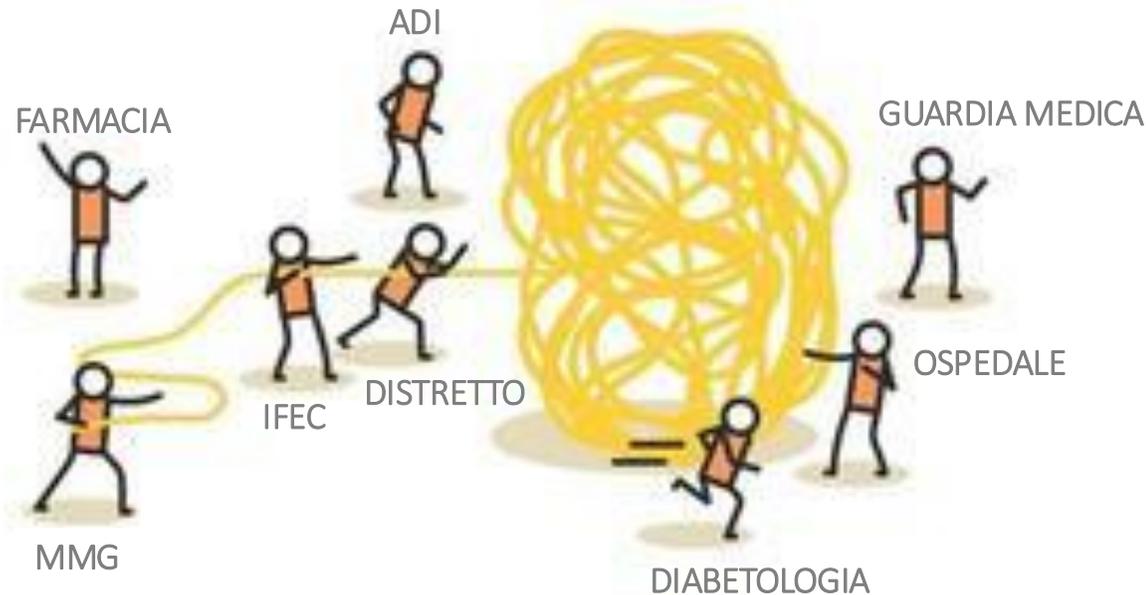


CASA DI COMUNITA' -  
MMG



CENTRO  
DIABETOLOGICO

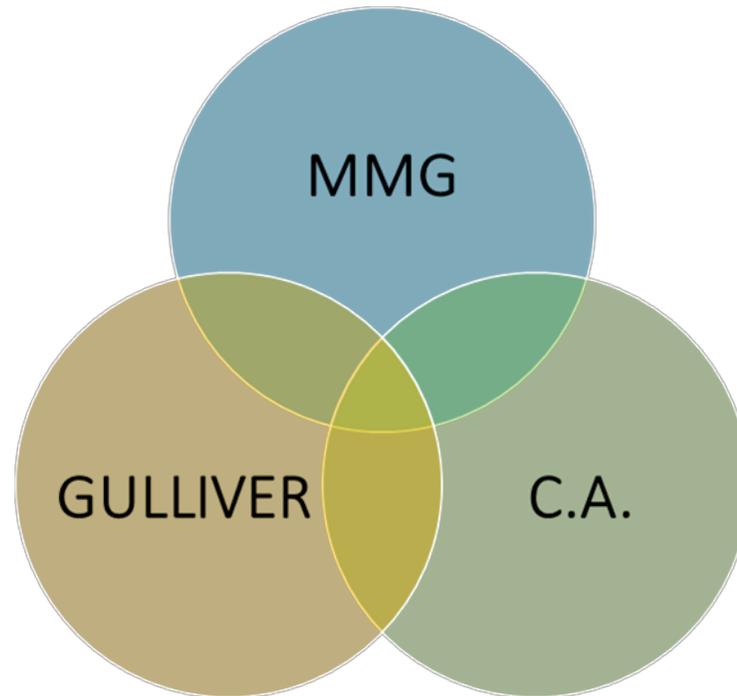
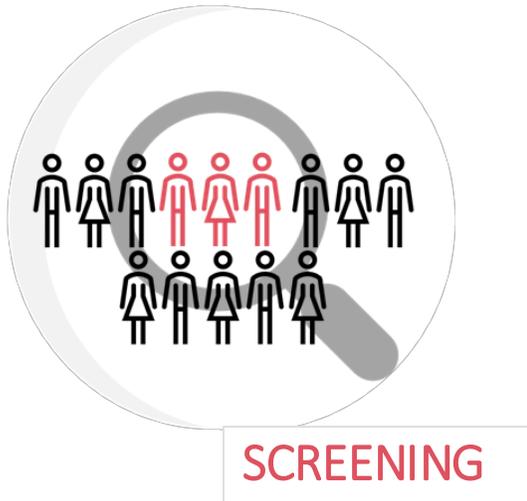
# Quali percorsi esistono per il paziente diabetico/potenziale?



## Strutturazione percorsi paziente



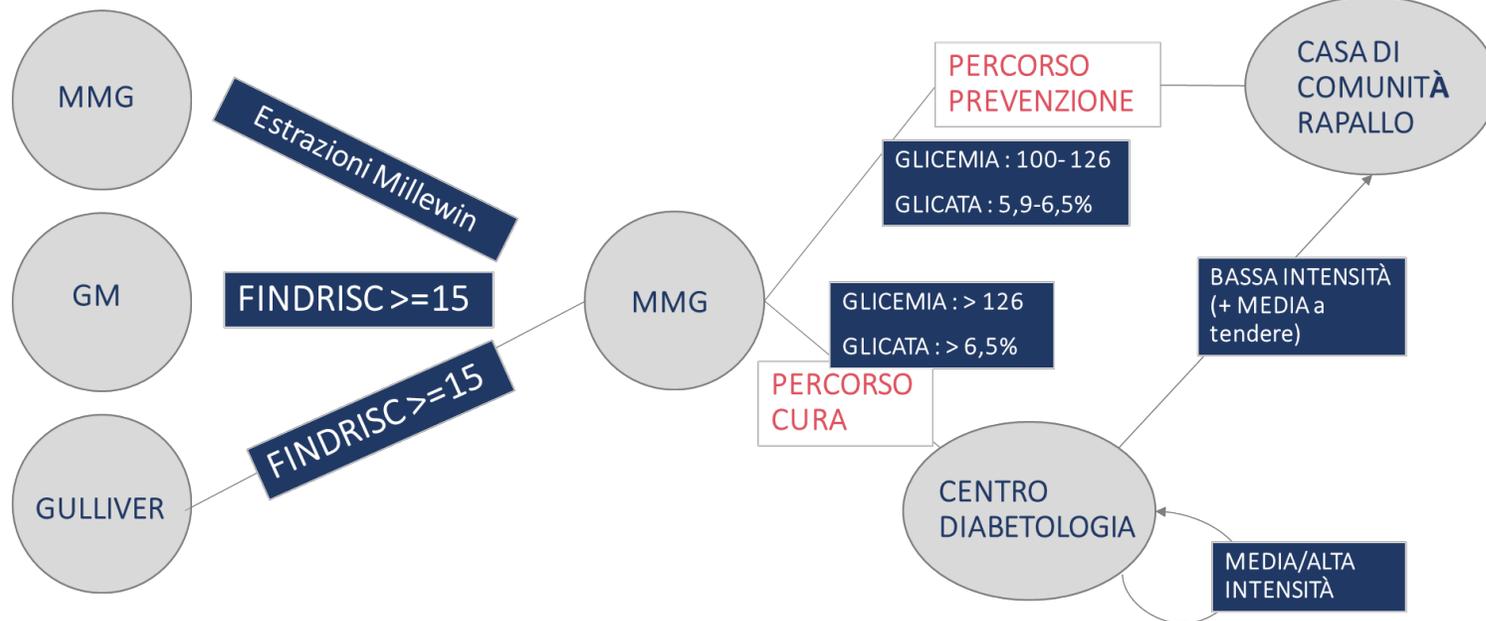
# Screening



GARANTIRE LA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI DIABETICI E DI POTER INTERVENIRE CON PROGRAMMI DI PREVENZIONE PER PAZIENTI A RISCHIO (POTENZIALI)



# ...e dopo lo Screening?

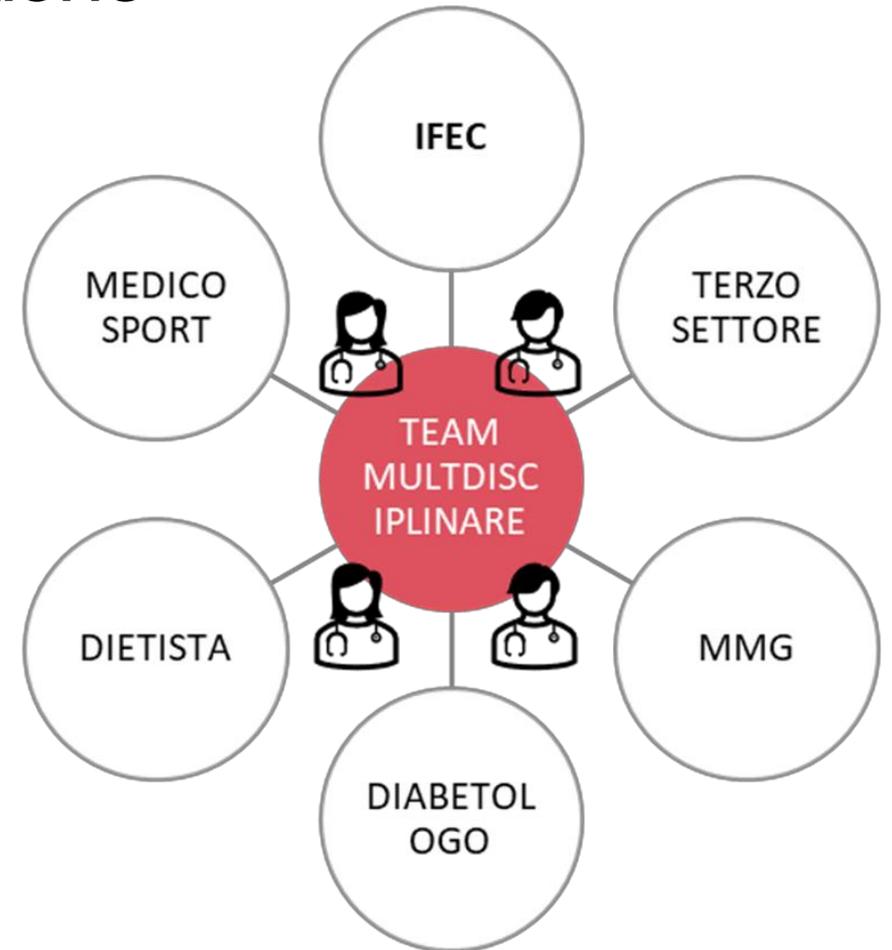


# Percorso Prevenzione



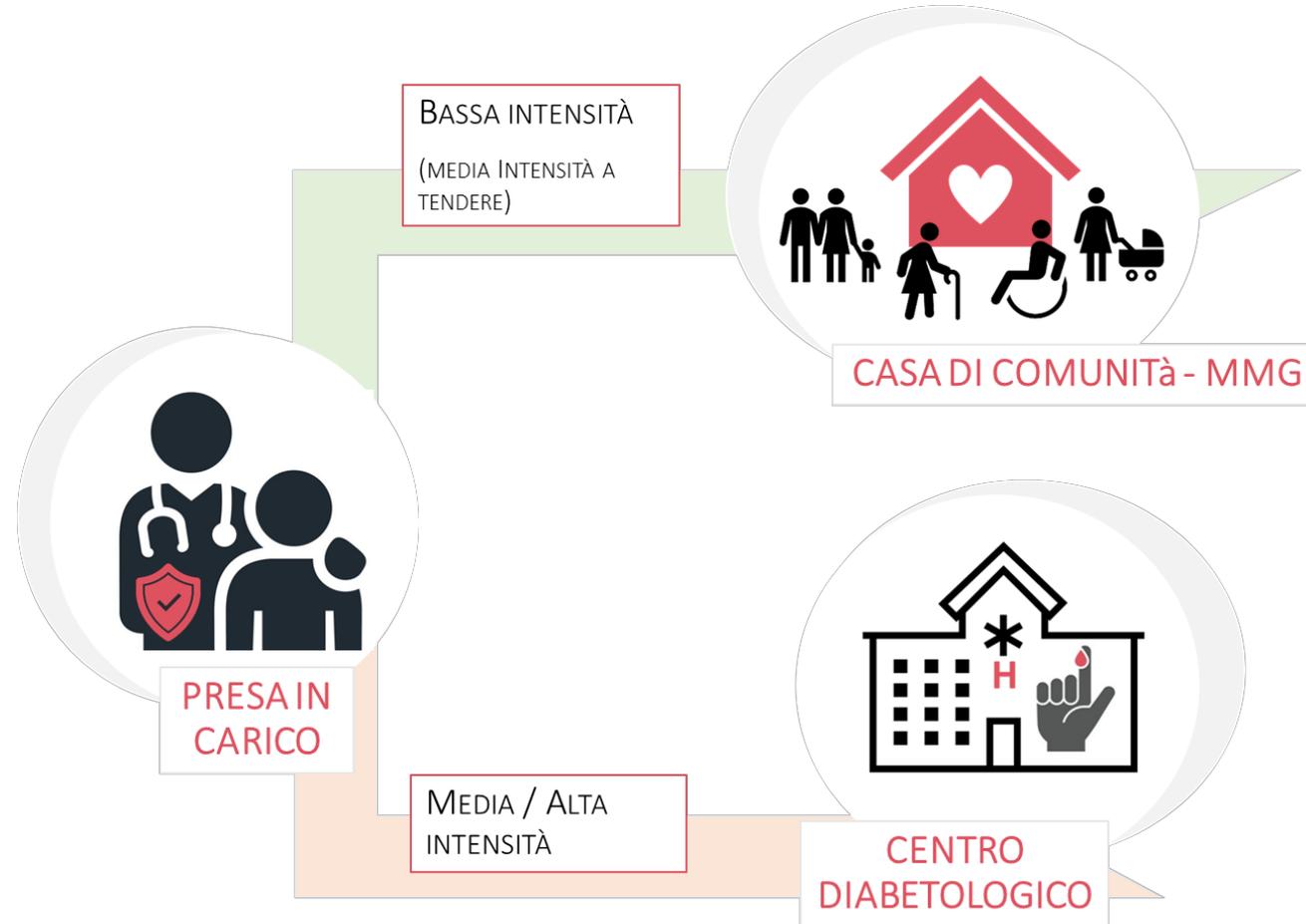
## TEAM DI SPECIALISTI

Presso la CdC di Rapallo è presente un team multidisciplinare per formare e guidare il paziente nella prevenzione quotidiana del diabete



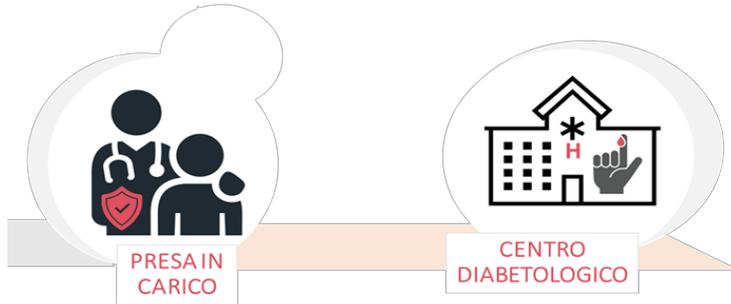
# Percorsi di cura

- CRITERI**
- FINDRISC  $\geq 15$ / ESTRAZIONE DATI MILLEWIN E
- o GLICEMIA :  $> 126$
  - o GLICATA :  $> 6,5\%$



# Percorso Centro Diabetologico

DEFINIZIONE STANDARD DI STRATIFICAZIONE PAZIENTI/COMPLESSITA' PER ATTRIBUZIONE SETTING



\* RILASCIO GRADUALE TERRITORIO

## LIVELLI DI INTENSITA' DI CURA

ALTA INTENSITA'

- \* Diabete mellito di tipo 2 scompensato (emoglobina glicata >9%)
- \* Diabete mellito all' esordio
- \* Diabete tipo 1
- \* Donne in gravidanza con diabete mellito o diabete gestazionale
- \* Pazienti in terapia insulinica multiniettiva
- \* Pazienti utilizzatori di sensori per il monitoraggio in continuo della glicemia
- \* Pazienti utilizzatori di microinfusori per insulina
- \* Presenza di complicanze attive (IRC/dialisi/uremici, cardiopatia ischemica, piede diabetico con lesioni)

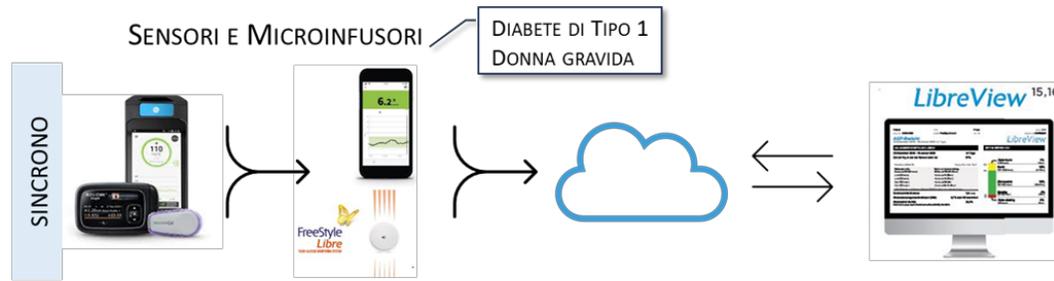
\* MEDIA INTENSITA'

- \* Diabete mellito tipo 2 in compenso metabolico non adeguato in base alle caratteristiche del paziente
- \* Diabete mellito in compenso non stabile o in presenza di ipoglicemie
- \* Uso di farmaci ad alto rischio ipoglicemico o in terapia insulinica basale
- \* Presenza di complicanze stabili senza riacutizzazioni da almeno 2 anni e in regolare follow-up specialistico

# Reengineering gestione paziente



## STRUTTURAZIONE ATTIVITA' DI TELEMONTORAGGIO



- DEFINIRE:**
- RISORSE DEDICATE AL MONITORAGGIO PROATTIVO: INFERMIERE, AMMINISTRATIVI (?)
  - PARAMETRI SPECIFICI DA CONTROLLARE
  - FREQUENZA CONTROLLO PIATTAFORME

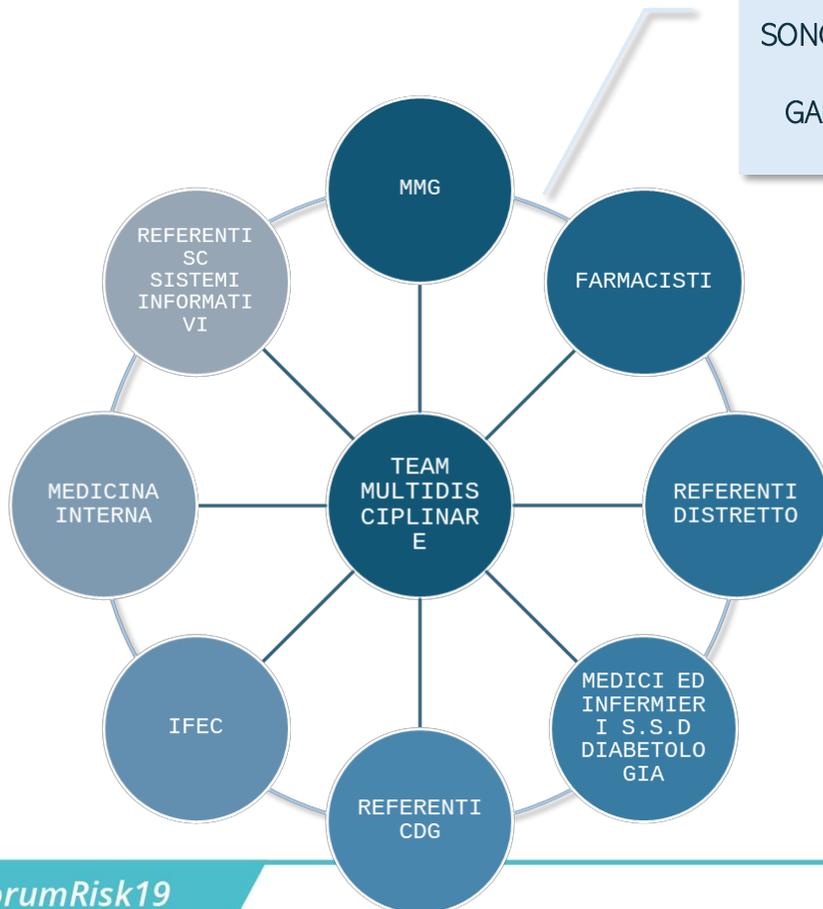
### ALERT PAZIENTE



### POPOLAZIONE DATABASE PAZIENTI SEGNALATI E PASSAGGIO AL DIABETOLOGO PER AZIONI PROATTIVE

A	B	C	D	E	F	G	H	I
DATA	# UTENTE	NOME	COGNOME	DATA NASCITA	N° TELEFONO	VALORE X		
01/07/2023	1	F	M	18/11/1992	3333333333	100		
02/07/2023	2	D	C	19/11/1992	3333333333	100		
02/07/2023	3	H	K	20/11/1992	3333333333	100		
04/07/2023	4	K	I	21/11/1992	3333333333	100		

## CONTESTO: OBIETTIVI E TEAM DI PROGETTO



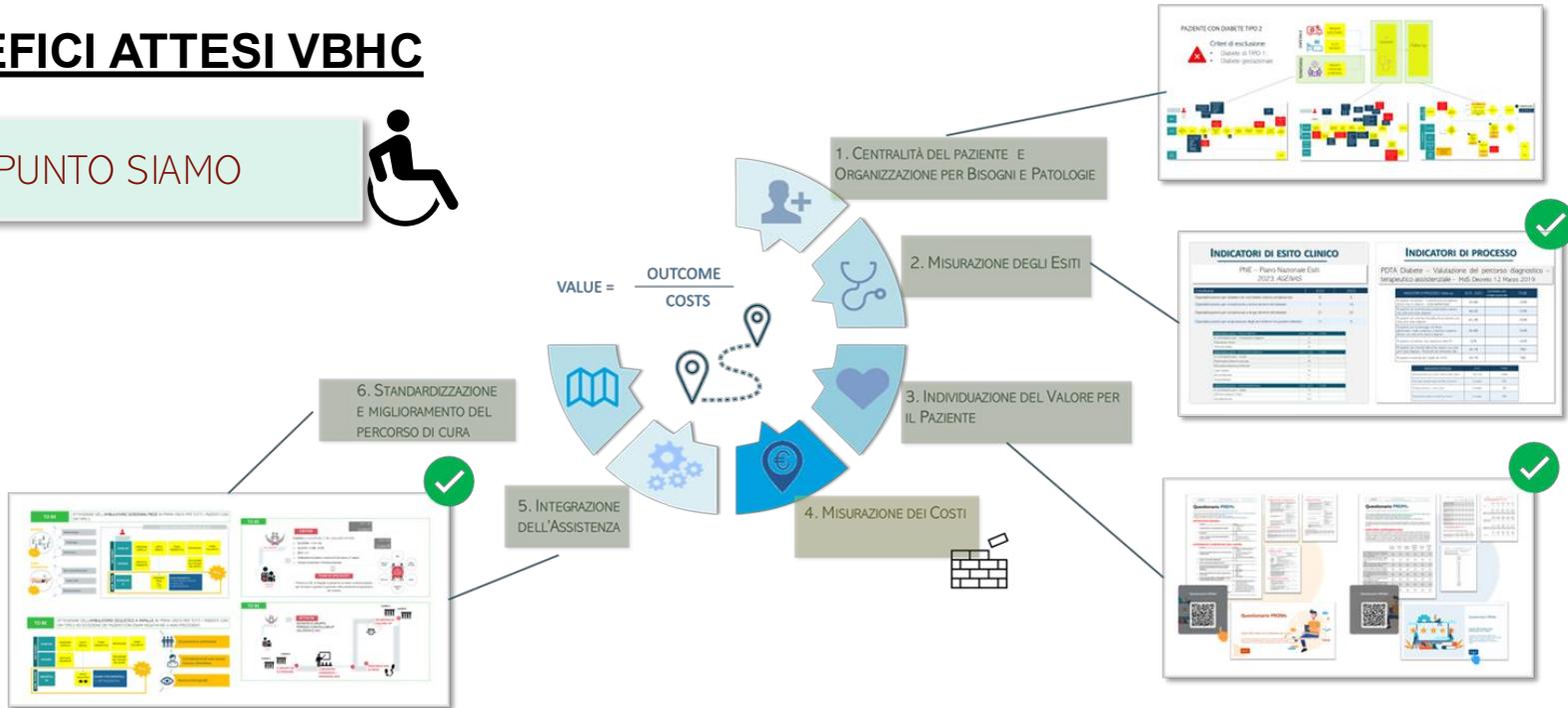
SONO STATI COINVOLTI TUTTI GLI ATTORI DEL PROCESSO, IN MODO DA GARANTIRE MASSIMA TRASVERSALITÀ

### OBIETTIVI DI PROGETTO

- ✓ MASSIMIZZARE IL VALORE CREATO NEI CONFRONTI DEL PAZIENTE CON DIABETE DI TIPO 2
- ✓ MISURARE LE ASPETTATIVE DEI PAZIENTI PER POTERLE INTEGRARE CON GLI OBIETTIVI CLINICI
- ✓ FAVORIRE L'INTEGRAZIONE TRA GLI ATTORI COINVOLTI NEL PROCESSO E LA MULTIDISCIPLINARIETÀ DEL PERCORSO
- ✓ EFFICIENTARE I COSTI NECESSARI PER L'OTTENIMENTO DEI RISULTATI

**BENEFICI ATTESI VBHC**

A CHE PUNTO SIAMO



**INTEGRAZIONE  
MULTIPROFESSIONALE**

**STRUTTURAZIONE  
PERCORSI DI CURA**

**SCREENING E  
PREVENZIONE**

**COINVOLGIMENTO DEL  
PAZIENTE**

**DIGITALIZZAZIONE**

**VALUTAZIONE  
INDICATORI E ANALISI  
COSTI**

**PRESA IN CARICO PER  
INTENSITA' DI CURA**

Roma, 21/11/2024,  
Lean Healthcare Award





**Forum Risk Management**

obiettivo sanità salute

**26-29 NOVEMBRE 2024**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**

**19**

***Grazie per l'attenzione***