

CENT'ANNI DI DIABETOLOGIA: UNA SCIENZA IN CONTINUA EVOLUZIONE

*Assisi, BV Grand Hotel Assisi
18 /19 novembre 2022*



Congresso Regionale SID - AMD Umbria 2022

«Misurare per Migliorare»

Dr. Alessia Scatena

Direttore UOC Diabetologia

Responsabile Piede Diabetico

Dipartimento Cardio-Neuro-Vascolare

Zone Arezzo, Casentino, Valtiberina e Valdichiana Aretina
USL Toscana Sud Est



DICHIARAZIONE CONFLITTO D'INTERESSE

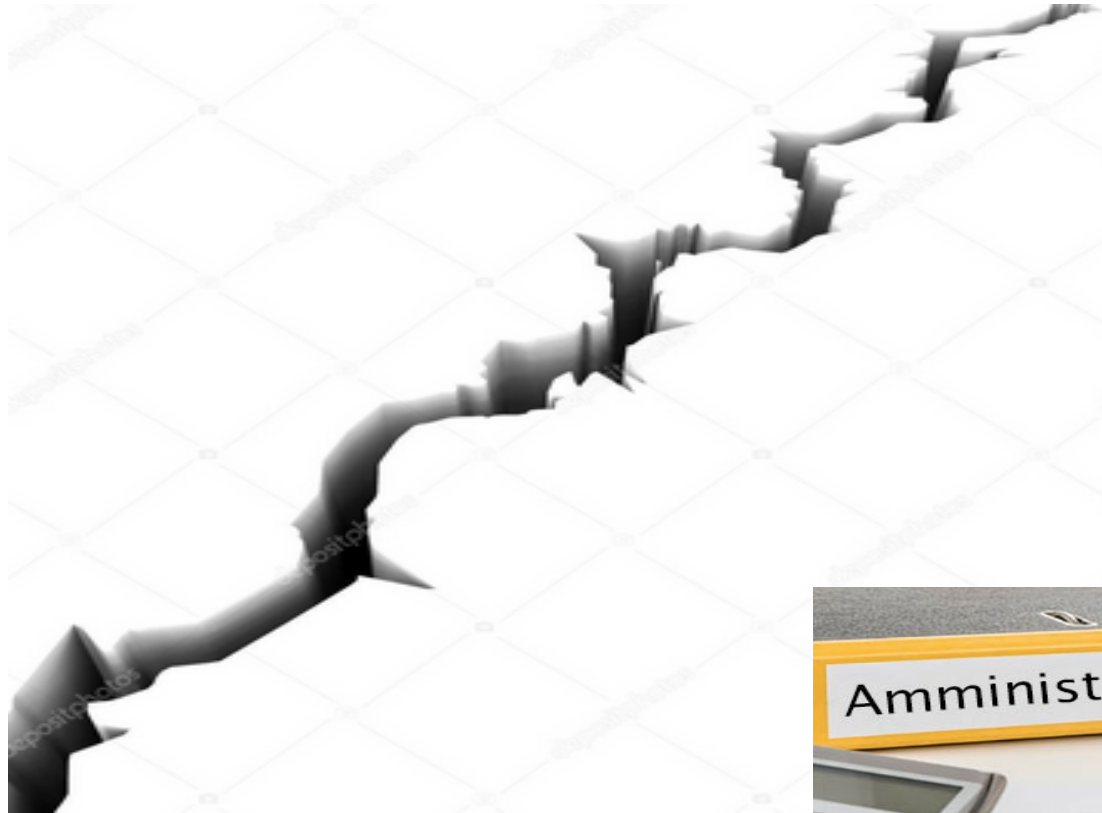
In ottemperanza alla normativa ECM ed al principio di trasparenza delle fonti di finanziamento e dei rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario, dichiaro i miei conflitti d'interesse degli ultimi due anni, quali partecipazione ad advisory board, relazioni, protocolli clinici di ricerca:

- ✓ Novo Nordisk
- ✓ Molteni snc
- ✓ Emoled
- ✓ Eli Lilly
- ✓ Roche

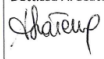
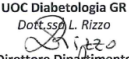
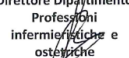
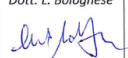
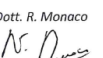
Agenda

- CHE COSA MISURARE?
- MISURARE IN MODO COMPARATIVO: IL BENCHMARKING
- LE ESPERIENZE TOSCANE
- LA DIABETOLOGIA HA CONFIDENZA CON LA MISURA
- GLI STRUMENTI PER MISURARE IN DIABETOLOGIA

Perché un clinico si deve occupare di norme?



 Dipartimento Cardio Neuro Vascolare	PD-A-CNV-RDI - 001	Rev. n. 0 20/06/2019 Pag. 1 di 21
	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Piede Diabetico	

Redatto (per il G.d.L.)	Verificato	Approvato	Controllato
Medico UOC Diabetologia AR Dott.ssa A. Scatena 	Direttore Rete Diabetologia Dott.ssa L. Ricci  Direttore UOC Diabetologia GR Dott.ssa L. Rizzo  Direttore Dipartimento Professioni Infermieristiche e ostetriche Dott. M. Baragatti  Responsabile UOSD Osservatorio PDFA e Reti Cliniche Integrate e Strutturate Dott.ssa M.G. D'Amato 	Direttore Dipartimento Cardio Neuro Vascolare Dott. L. Bolognese 	Direttore AFD Qualità, Rischio Clinico e Sicurezza delle cure Dott. R. Monaco 

Gruppo di Lavoro (G.d.L.)	
UOC Diabetologia – Arezzo	Dr. Lucia Ricci Dr. Alessia Scatena Inf. Emanuele Bartolini
UOC Diabetologia – Grosseto	Dr. Loredana Rizzo Dr. Laura Sambuco
Ambulatorio Diabetologico Divisionale – Orbetello	Dr. Maurizio Manini
Ambulatorio Diabetologico Divisionale – Montepulciano	Dr. Giovanni Notario Dr. Andrea Marcocci
Dipartimento Medicina Generale	Dr. Dario Grisillo
UOC Chirurgia Vascolare – Arezzo	Dr. Leonardo Ercolini
UOSD Interventistica Cardio Vascolare – Arezzo	Dr. Francesco Liistro
UOC Malattie Infettive - Arezzo	Dr. Danilo Tacconi
Luogo e Modalità di Conservazione: _____ Firma del Responsabile: _____	

Il presente documento sostituisce quelli precedentemente emessi nelle tre aree provinciali. La sua diffusione è assicurata a tutte le strutture aziendali mediante pubblicazione nell'intranet aziendale; sarà distribuita alla seguente lista di strutture:

1. Dipartimento di MG
2. Presidi Ospedalieri
3. DipLO

Che cosa misurare?



Qualità in Sanità - 1

ESITI «il grado in cui i servizi sanitari aumentano la probabilità per gli individui e le popolazioni di ottenere i risultati di salute desiderati coerentemente con lo stato attuale delle conoscenze professionali» **PROCESSI DI CURA**

(Lohr e Schroeder, 1990)

Qualità in Sanità - 2

ETICA

«...interventi che devono essere congruenti con i valori morali della società e devono essere realizzati in modo tale da generare soddisfazione in coloro che li ricevono, e da massimizzare i benefici espressi in termini di salute aggiunta a fronte di rischi corsi per produrli».

OPINIONE DEI
PAZIENTI

SOSTENIBILITA'
ECONOMICA

Avedis Donabedian (1980)



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Perspective
DECEMBER 23, 2010

What Is Value in Health Care?

Michael E. Porter, Ph.D.

- PROFITTO $\neq$ VALORE per le aziende sanitarie

$$\text{VALUE} = \frac{\text{PATIENT OUTCOMES}}{\text{COSTS}}$$

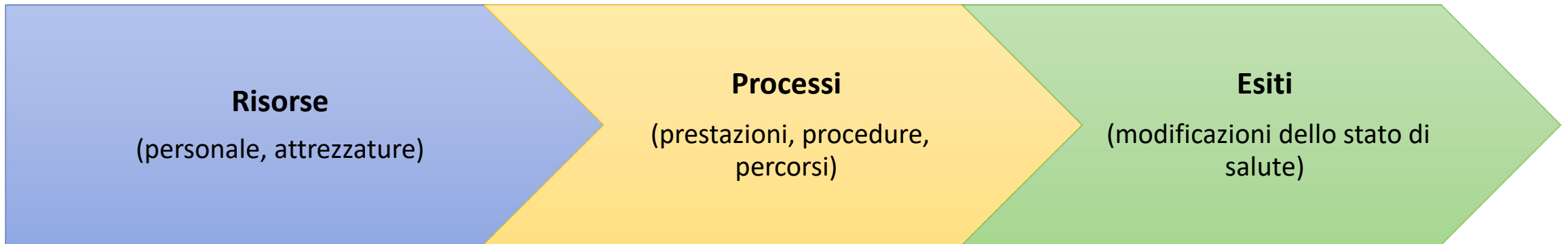
*«Il passato può fare male ma, per
come la vedo io, dal passato si può
scappare o imparare qualcosa.»*

Walt Disney

MISURARE



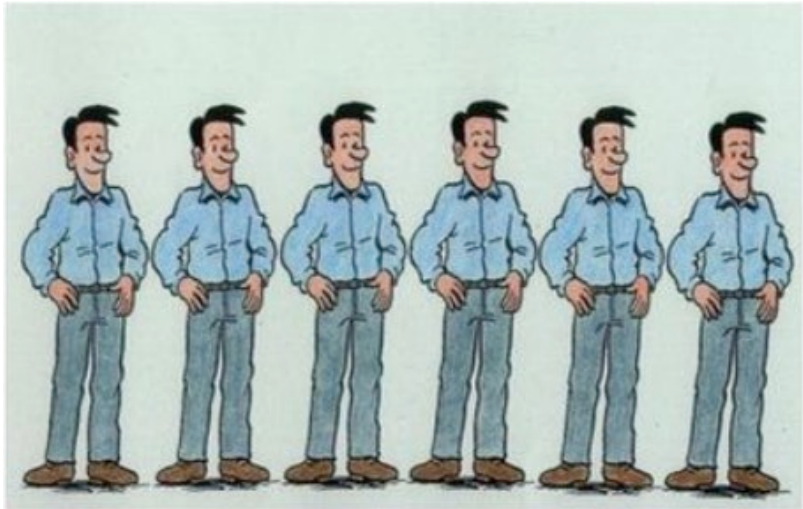
Variabili



Avedis Donabedian (1988)

Valutazione degli Esiti in Sanità

Efficacy (in condizioni sperimentali)



VS

Effectiveness (nella pratica clinica usuale)



I Primi Passi nella Misurazione degli Esiti

Florence Nightingale (1820-1910)



Nel 1858, Florence Nightingale, grazie alla raccolta sistematica dei dati di mortalità negli ospedali da campo durante la guerra di Crimea, riuscì ad introdurre alcune pratiche sanitarie ed igieniche (es. lavaggio delle mani dopo ogni manovra infermieristica) ed a dimostrarne l'efficacia.

Ernest Codman (1869-1940)



Nel 1912, Ernest Codman, chirurgo in un ospedale di Boston, avviò un meccanismo di registrazione continua dei dati dei pazienti operati presso il suo ospedale e di rilevazione sistematica degli esiti clinici post intervento. Codman decise inoltre di rendere pubblici i dati di esito e suggerì che gli ospedali dovevano essere non solo responsabili della prevenzione degli errori ma anche dell'erogazione di trattamenti efficaci.

Benchmarking

P
U
B
B
L
I
C
A
Z
I
O
N
E



- <https://www.medicare.gov/hospitalcompare/search.html>
- <http://www.nhs.uk/service-search/hospital/locationsearch/7/hospitals>
- <https://profiles.health.ny.gov/hospital>
- <http://www.cqc.org.uk/>

Adeguare i rimborsi ai risultati

Accreditamento

**Indirizzare il cittadino nelle
scelte**

E in Italia?

- Il SSN deve garantire la copertura universale ma identifica degli standard al di sotto dei quali non si può scendere (**Livelli Essenziali di Assistenza**).
- Nella griglia **LEA** sono stati identificati indicatori per:
 - la prevenzione
 - l'attività ospedaliera,
 - l'attività distrettuale,
- Nel 2020 era prevista l'entrata in vigore il **Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)** che introduceva 22 indicatori CORE sperimentali su cui concentrare la valutazioni maggiori.



PNE²⁰²¹ Programma Nazionale Esiti - edizione 2021

"PNE non produce classifiche, graduatorie, giudizi."

Fonti di dati:

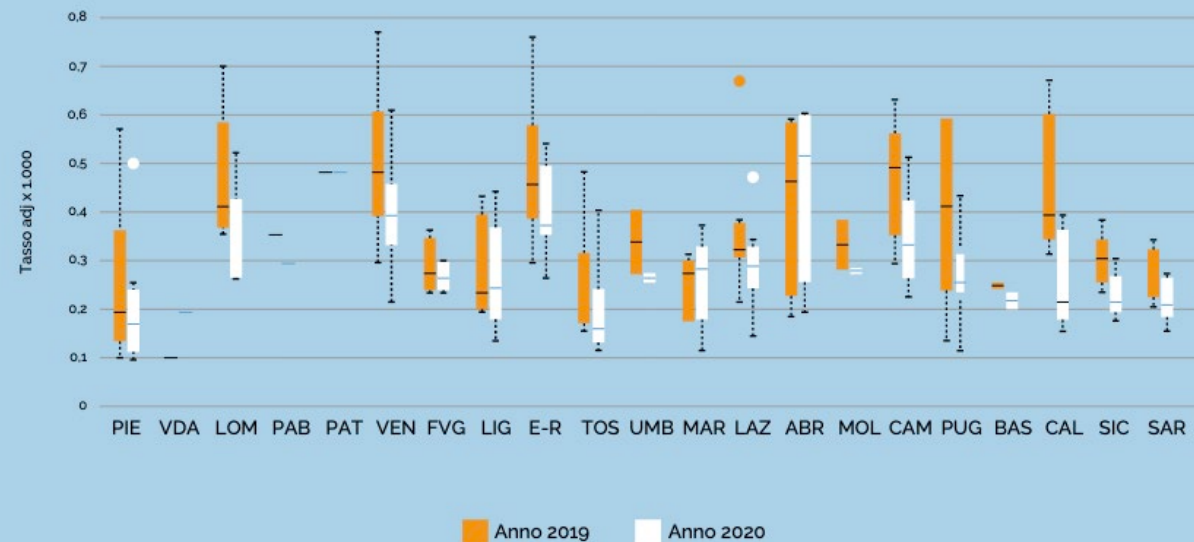
- ✓ SDO
- ✓ Assistenza emergenza-urgenza
- ✓ Anagrafe tributaria

Valuta l'efficacia nella pratica (effectiveness), l'appropriatezza clinica e organizzativa, l'equità e la sicurezza delle cure, mediante lo studio della variabilità (analisi comparativa) dei processi e degli esiti dell'assistenza sanitaria garantita dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nell'ambito dei LEA.

Supporta i programmi di audit clinico-organizzativo per il miglioramento della qualità e dell'equità delle cure nel SSN.

Figura 67

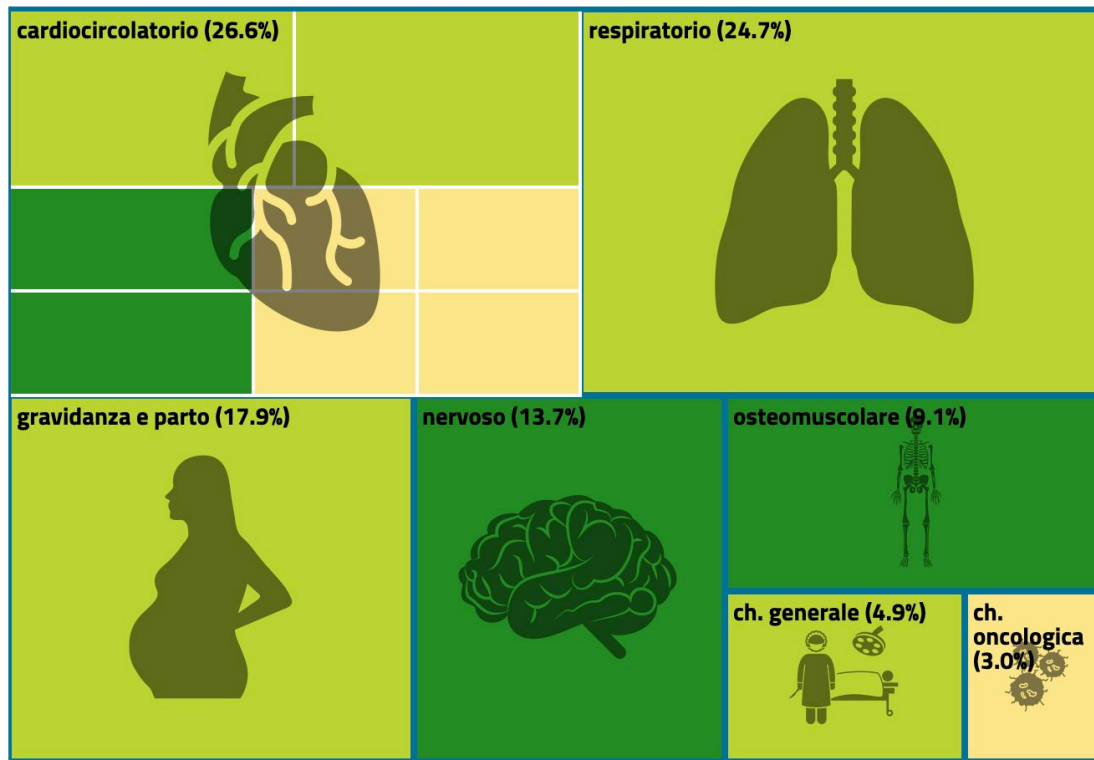
Complicanze a breve e lungo termine per diabete: tassi di ospedalizzazione per area geografica. Italia 2019-2020



Ospedale Area Aretina Nord (Treemap)

Livello di aderenza a standard di qualità

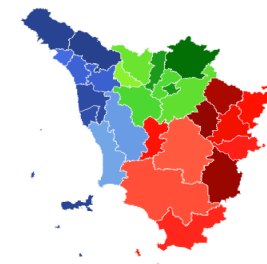
■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto basso ■ ND
In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Area proporzionale al volume di attività
Dettaglio degli indicatori rappresentativi dell'area clinica

Seleziona come visualizzare gli indicatori

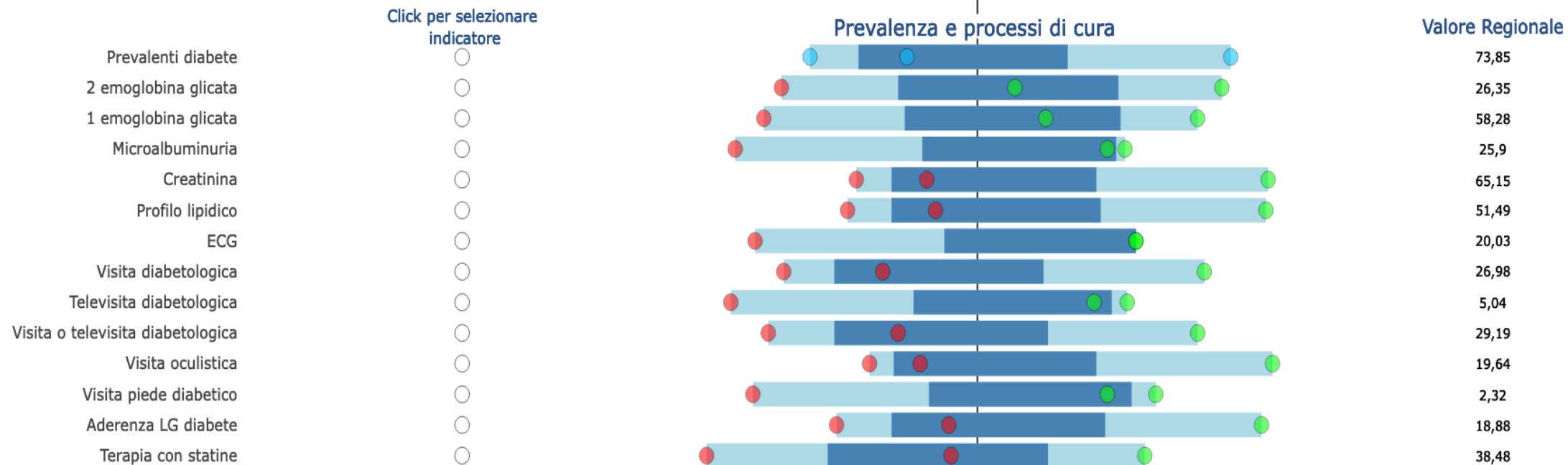
- ☐ Per ASL di Residenza
 ☐ Per Zona-Distretto di Residenza
 ☐ Per Aggregazione Funzionale Territoriale
 ☐ Per Casa della Salute
 ☐ Per MMG in AFT
 ☐ Per MMG in CDS

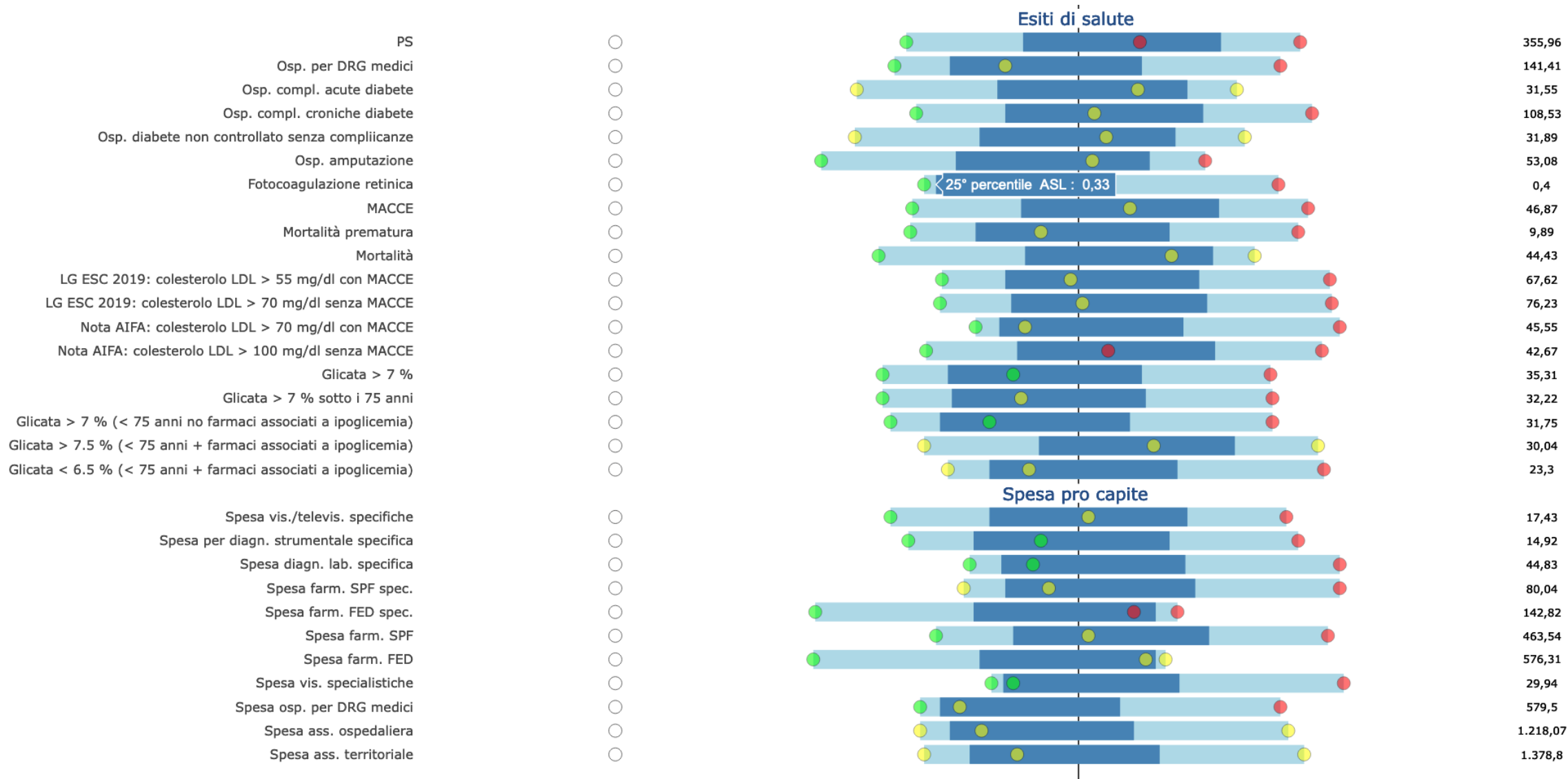


Leaflet

Fonti del dato:

- ✓ SDO
- ✓ Anagrafe

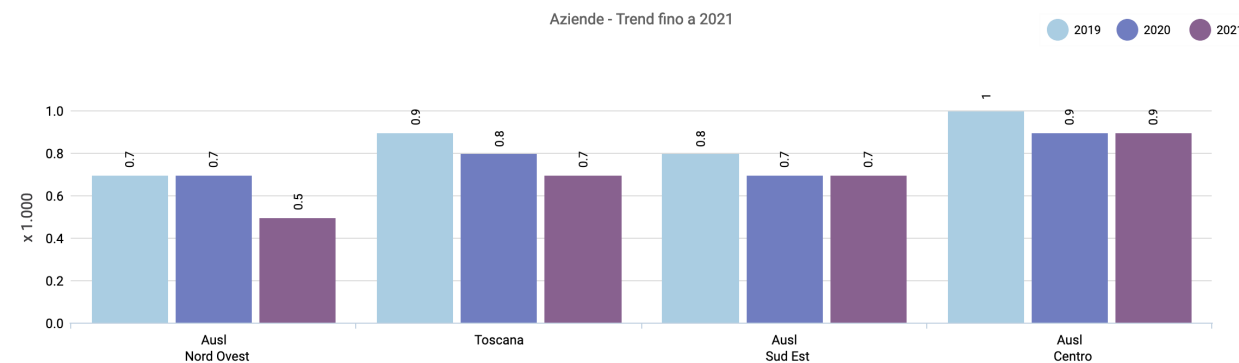
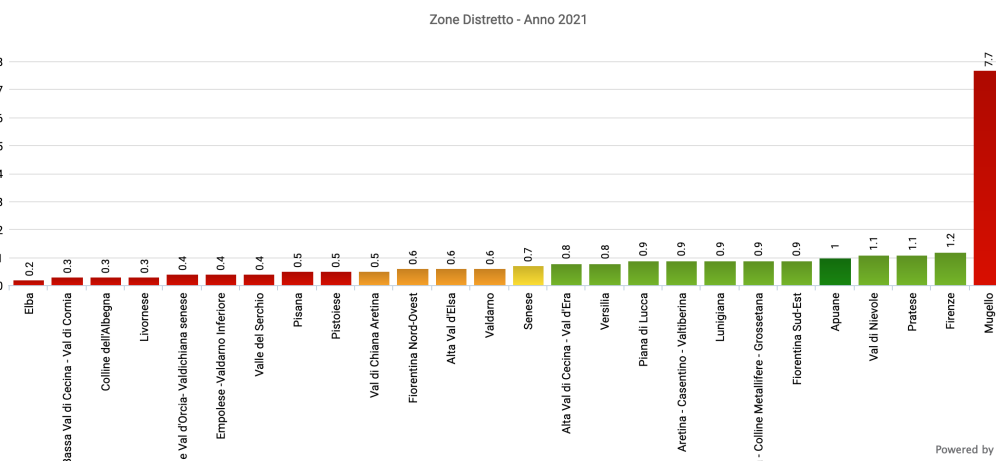
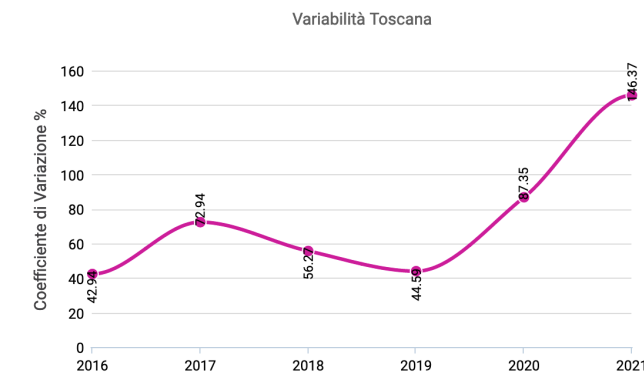
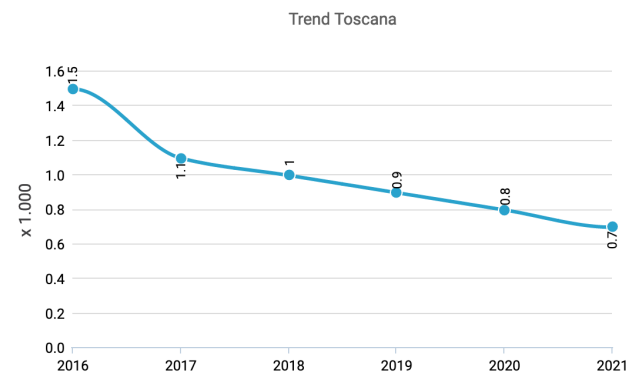
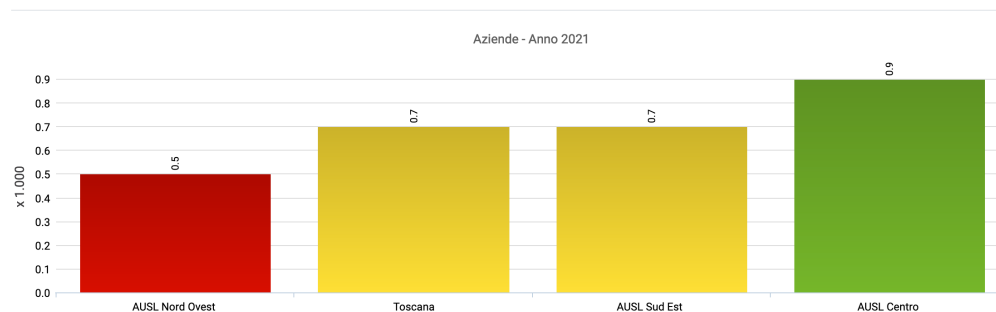






Sistema di Valutazione delle Performance

C8D.1.2 Rapporto tra tassi di ospedalizzazione std per diabete, scompenso e BPCO per titolo di studio





Sistema di Valutazione delle Performance

Razionale

L'esame dell'emoglobina glicata è espressione della glicemia media nel lungo periodo; si tratta quindi di un esame molto utile per monitorare il controllo glicemico del paziente diabetico. I dati sono elaborati dall'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) utilizzando la banca dati MaCro ARS Toscana.

Numeratore

Pazienti diabetici con almeno una misurazione annuale di emoglobina glicata nell'anno x 100

Denominatore

Prevalenti per diabete mellito

Note

Si considerano i residenti in Toscana di età superiore ai 16 anni.

Denominatore

Algoritmo di definizione del diabete

Flusso SDO: Presenza in una qualsiasi delle diagnosi di dimissione di un codice ICD9CM 250*

Flussi SPF o FED: Presenza di almeno due prescrizioni in date distinte in uno stesso anno con un codice ATC A10*

Flusso SEA: Presenza di un'esenzione con codice 250

Numeratore

Flusso SPA: Soggetti con almeno un monitoraggio dell'emoglobina glicata registrato nell'anno (codice prestazione 90.28.1).

Fonte

MaCro ARS Toscana; Flusso SPA

- Variazione residenti con diabete con almeno una visita diabetologica

Scelta degli Indicatori

- Quando si sceglie un indicatore, occorre considerare:
 - Un legame tra un processo ed un esito
 - Un legame tra un processo e la qualità e/o la sicurezza
 - Un valore per la salute
 - Un legame con i costi diretti

Indicatori proxy: sono indicatori di processo sostitutivi di quelli di esito che vengono utilizzati in quanto potenzialmente in grado di prevedere un miglioramento/peggioramento degli esiti (es. frattura del femore trattata entro 48h, ospedalizzazione per amputazione nei pazienti con diabete)

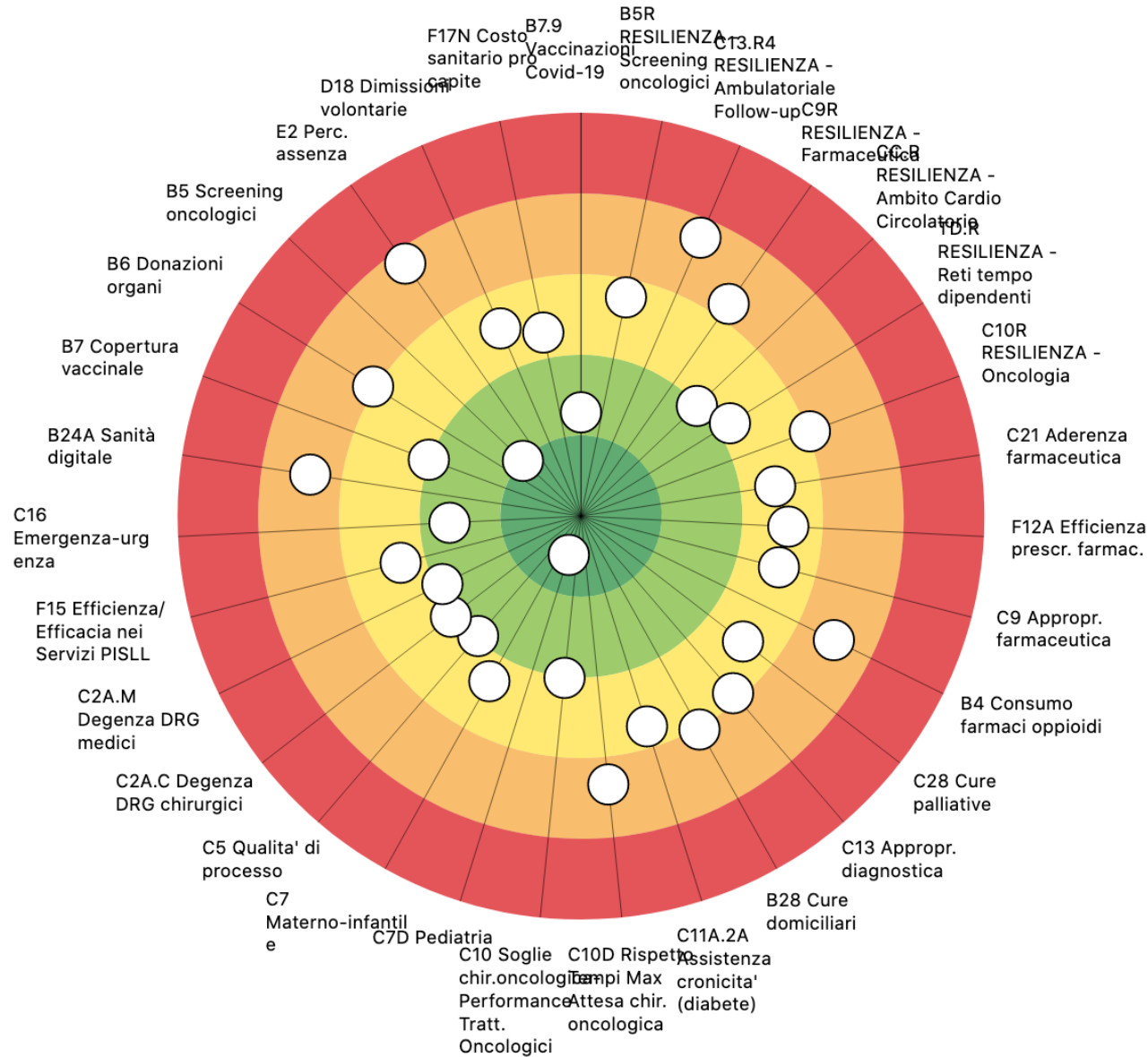
Fonte del Dato

	VANTAGGI	SVANTAGGI
DATI CORRENTI	Disponibilità, esaustività, basso costo uniformi, condivisi	- Scarso Contenuto clinico - Accuratezza e validità dei codici: codifica delle diagnosi può non essere appropriata - Completezza dei codici: numero limitato di diagnosi e di procedure - Timing degli eventi
DATI RACCOLTI AD HOC	Informazioni più accurate in termini di contenuto clinico	- Costo, tempo - Adesione volontaria - Necessaria una condivisione delle definizioni adottate - Eventuali comportamenti opportunistici - Risk adjustment

Bersaglio 2021 - Umbria



Sant'Anna
Scuola Universitaria Superiore Pisa

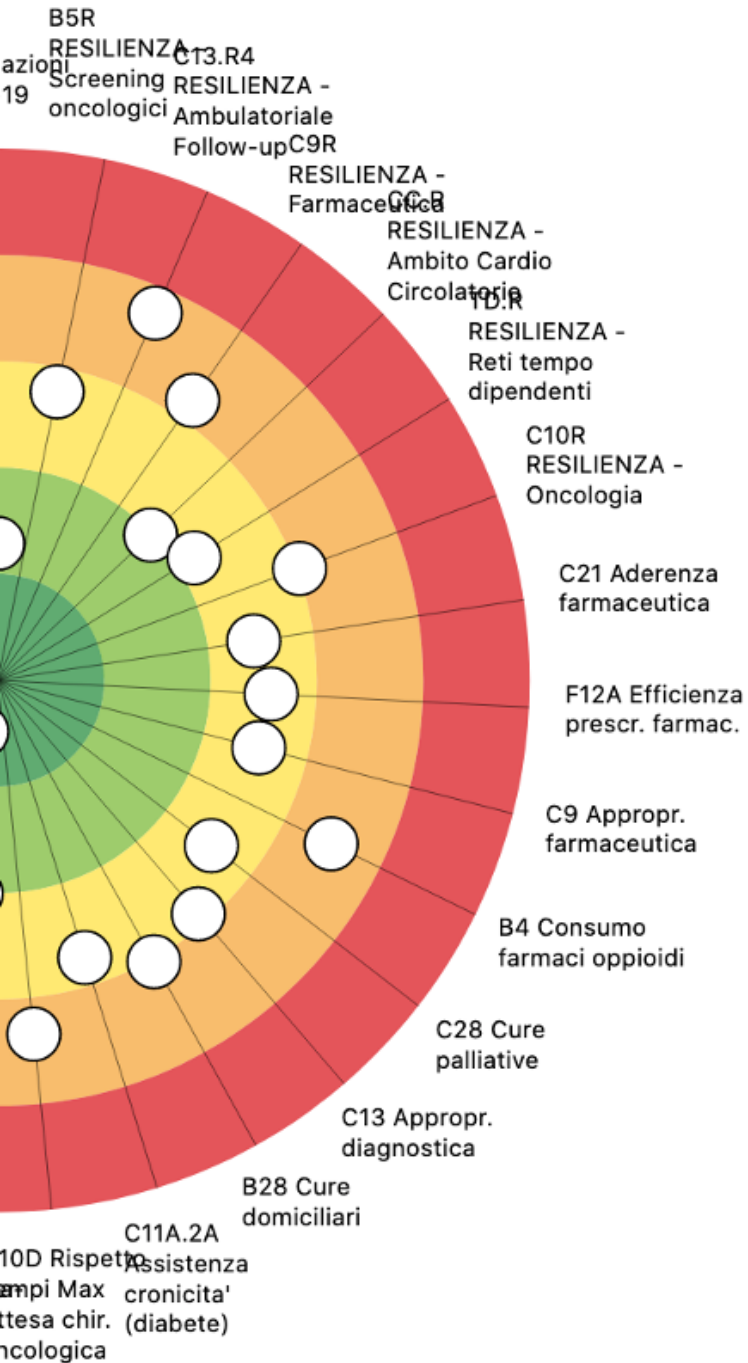


Basilicata
PA Bolzano
Friuli Venezia Giulia
Lazio
Liguria
Lombardia

Marche
Piemonte
Puglia
Toscana
PA Trento
Umbria
Veneto

Valutazione delle strategie regionali
Valutazione sanitaria e socio-sanitaria
Efficienza e sostenibilità
Valutazione dell'utenza

Importanza del Benchmarking



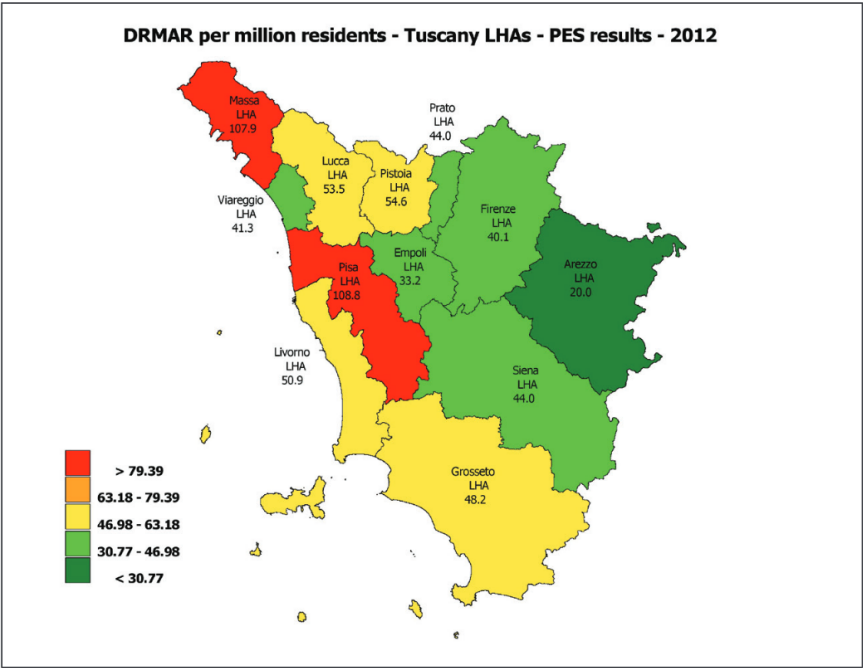
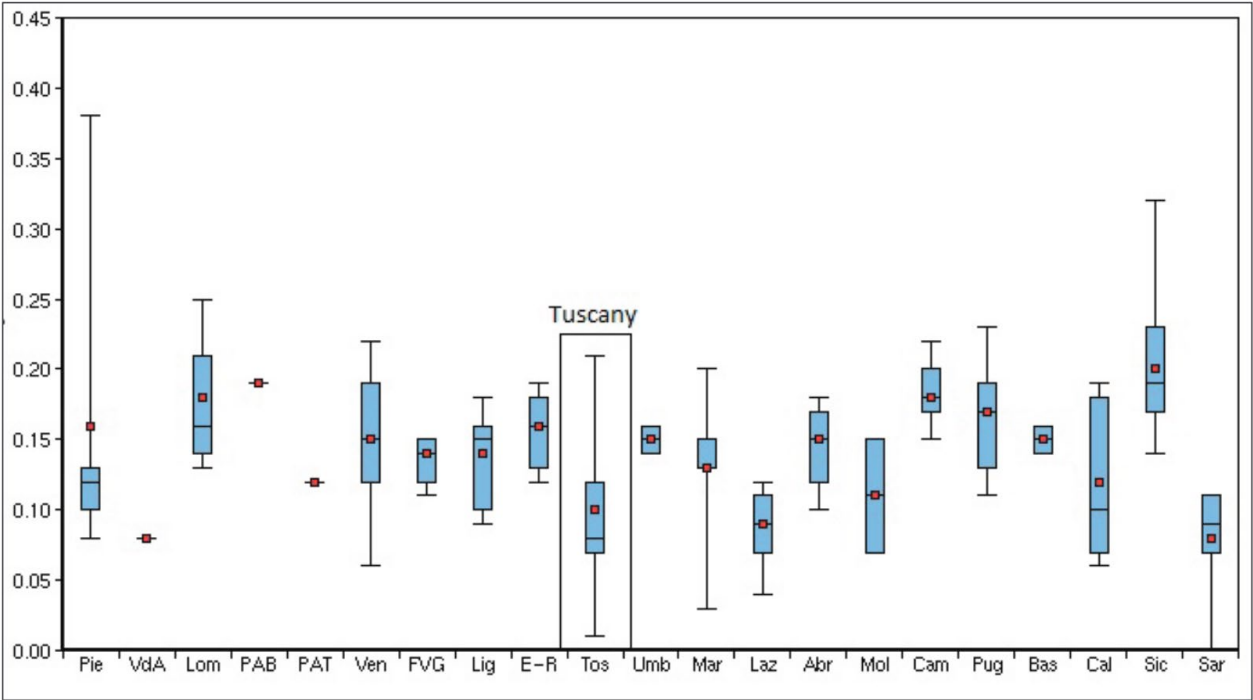
Per far migliorare l'impiego di costi e la qualità nei sistemi sanitari esistono solo 3 elementi:

1. Pianificare obiettivi ben definiti e renderli pubblici
2. Pubblicare i risultati e i piani di miglioramento strategico
3. Mettere a disposizione dei clinici e dei dirigenti dati utili per migliorare gli sforzi e gli obiettivi

RESEARCH AND THEORY

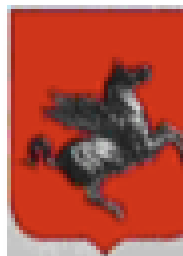
Bridging the Gap between Theory and Practice in Integrated Care: The Case of the Diabetic Foot Pathway in Tuscany

Sabina Nuti*, Barbara Bini*, Tommaso Grillo Ruggieri*, Alberto Piaggese† and Lucia Ricci‡



- Analisi delle variabilità provinciali
- Analisi dei costi
- Ricostruzione della storia clinica dei 192 pz amputati
- Questionario ai DF experts su:
 - Ospedale/territorio
 - Early referral
 - Follow-up
 - Rivascolarizzazioni
 - Degenze
 - Chirurgia
 - Team

Area	Mapping results	
Screening, admissions and visits	Professionals pointed out coordination problems with Primary Care (PC) regarding the prompt identification and management of ulcers/complications, leading to late diagnoses. Patients were therefore often admitted to the outpatients clinics with severe conditions and without previous DF assesment by their GPs. This was confirmed by the survey presented in Figure N.5.: foot check-ups by PC professionals were not a common practice. Outpatient clinics also differed in the scheduling procedures for visits and diagnostics exams. Moreover, some HAs did not schedule dedicated slots in their radiology departments in agreement with the diabetology departments.	• NO Early referral
Revascularization procedures	The organization of this phase greatly differed between HAs. Some LHAs did not have catherization labs to perform lower-limb revascularization procedures so they had to refer their patients to other HAs. This implied a greater need for coordination among these providers. Other HAs provided some schedule hours during the week for the revascularization of lower limbs. In some HAs, revascularizations were usually performed without involving the diabetologists.	• Assenza di percorso veloce per la rivascularizzazione o non coinvolgimento del diabetologo • Assenza di percorso veloce per la chirurgia o non coinvolgimento del diabetologo
Surgery	In some HAs, interventions and follow-up treatments were often planned without involving the diabetologists. Lack of coordination occurred both before and after surgery. Only in some HAs, diabetologists directly performed basic and minor surgical procedures.	• Assenza di fast-track per infezione o CLI
Urgent path	Some professionals identified barriers to flexible and "fast track", access, exams, revascularization procedures and interventions for patients with urgent needs because of a lack of coordination with other professionals.	• Scarsa comunicazione con MMG per follow-up
Follow-up and continuity of care	Communication with PC professionals was also considered a critical aspect after discharges with regards to the management of lesions, wounds, ulcers and specific medications.	• NO educazione terapeutica
Education for patients and caregivers	Only in some organizations, educations for the prevention and treatment of ulcers and lesions was provided for both individuals and groups of patients and caregivers. PC professionals were often not well-trained in preventing and recognizing DF problems and providing appropriate education for patients and caregivers.	• NO team building e formazione continua
Training professionals	Periodic educational meeting on prevention, treatment and team building, especially between diabetologists and PC professionals, were not held in every organization. These meetings should be held more in large hospitals (such as THs) and in those areas where the care path is fragmented among LHAs and THs.	• NO cartella informatizzata in rete con gli altri membri del team.
Information Systems	The development and implementation of information systems are very different in each organization. Only some HAs quickly collected comprehensive information about their patients over time and easily shared them with other departments.	



REGIONE TOSCANA

UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 19-07-2016 (punto N 36)

Dellibera

N 698

del 19-07-2016

Proponente

STEFANIA SACCARDI

DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicità'/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile Lorenzo ROTI

Estensore ANTONELLA FRANCESCHELLI

Oggetto

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale della persona affetta da Piede Diabetico: Linee di indirizzo regionali.

Presenti

ENRICO ROSSI

VITTORIO BUGLI

VINCENZO CECCARELLI

STEFANO CIUOFFO

FEDERICA FRATONI

CRISTINA GRIECO

STEFANIA SACCARDI

MONICA BARNI

La cura del PD si articola su **tre livelli**:

Primo livello:

La **Medicina Generale** (preferibilmente attraverso le forme associate) provvede all'educazione in prevenzione primaria e alla prima rilevazione della presenza di lesioni al piede.

FORMAZIONE
ON THE JOB

Condivisione di:

- Standard of Care
- Procedure
- Materiali
- Risorse
- Casi Complessi

Si pone come fine la crescita professionale e l'implementazione

Secondo livello:

Ambulatori e Day Service di valutazione delle lesioni al piede e del metabolismo del paziente ed indirizzano quelli più complessi alle strutture di terzo livello;

Terzo livello:

I **Centri Diabetologici specializzati nella cura del PD** provvedono alla cura dei casi complessi, interfacciandosi con gli altri specialisti nell'ambito di Team pluridisciplinare precostituito e con i reparti di degenza.

CICLO DI DEMING

Solo il 15% dei problemi di qualità dipendono dai lavoratori, il restante 85% dipende esclusivamente dalla mancanza di miglioramenti dei processi da parte del management.

I processi andrebbero continuamente analizzati con metodi statistici per dimostrare la ripetibilità dei risultati di qualità. Con le statistiche si può osservare che la **qualità scadente** dipende principalmente dai processi che andrebbero continuamente ottimizzati.

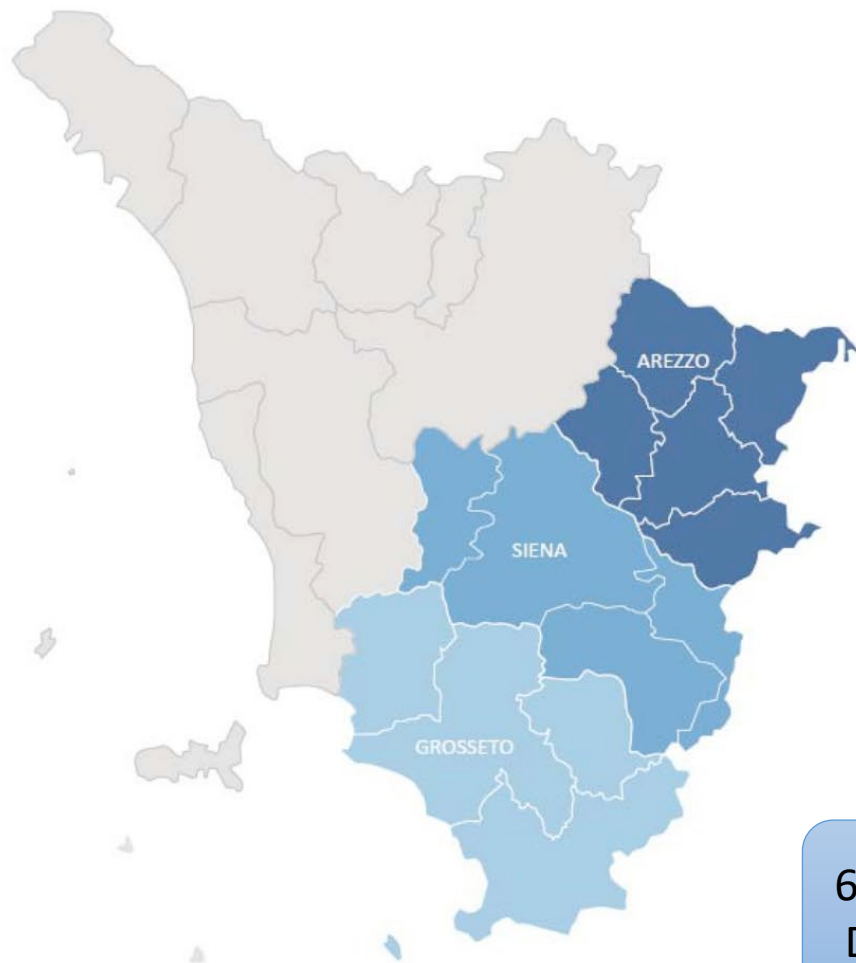


POLITICA DELLA QUALITA'

- Finalità del contesto dell'organizzazione
- Indirizzi Strategici
- Impegno per il miglioramento continuo



UN'AREA CAMPIONE: L'AZIENDA TOSCANA SUD EST



60.000 affetti da
Diabete mellito

Superficie

AVSE: circa 11.560 km²

RT: circa 22.990 km²

Popolazione [Fonte Istat 01/01/2016]

AVSE: circa 838.150 ab

RT: circa 3.744.398 ab

Densità abitativa [Fonte Istat 01/01/2016]

AVSE: 72,50 ab./km²

RT: 162,87 ab./km²

AVSE: 101 Comuni di cui 39 montani 20 parzialmente montani e 1 isolano

Indici dotazione infrastrutturale*

[Fonte Union camere]

	Strade	Ferrovie
Ar	104,13	163,22
Gr	49,42	81,80
Si	91,40	47,00
RT	101,90	139,80

QUALITY MANAGEMENT SYSTEMS

Requirements

- La norma specifica i requisiti di un sistema di gestione per la qualità quando un'organizzazione:
- A) ha l'esigenza di dimostrare la propria capacità di fornire con regolarità prodotti o servizi che **soddisfano i requisiti del cliente** e i requisiti cogenti applicabili; e
- B) mira ad accrescere la soddisfazione del cliente tramite l'**applicazione efficace del sistema**, compresi i processi per migliorare il sistema stesso e assicurare la **conformità ai requisiti del cliente** e **ai requisiti cogenti applicabili**.
- Tutti i requisiti sono di carattere generale e previsti per essere applicabili a tutte le organizzazioni, indipendentemente da tipo o dimensione, o dai prodotti forniti e servizi erogati.

P1 Report

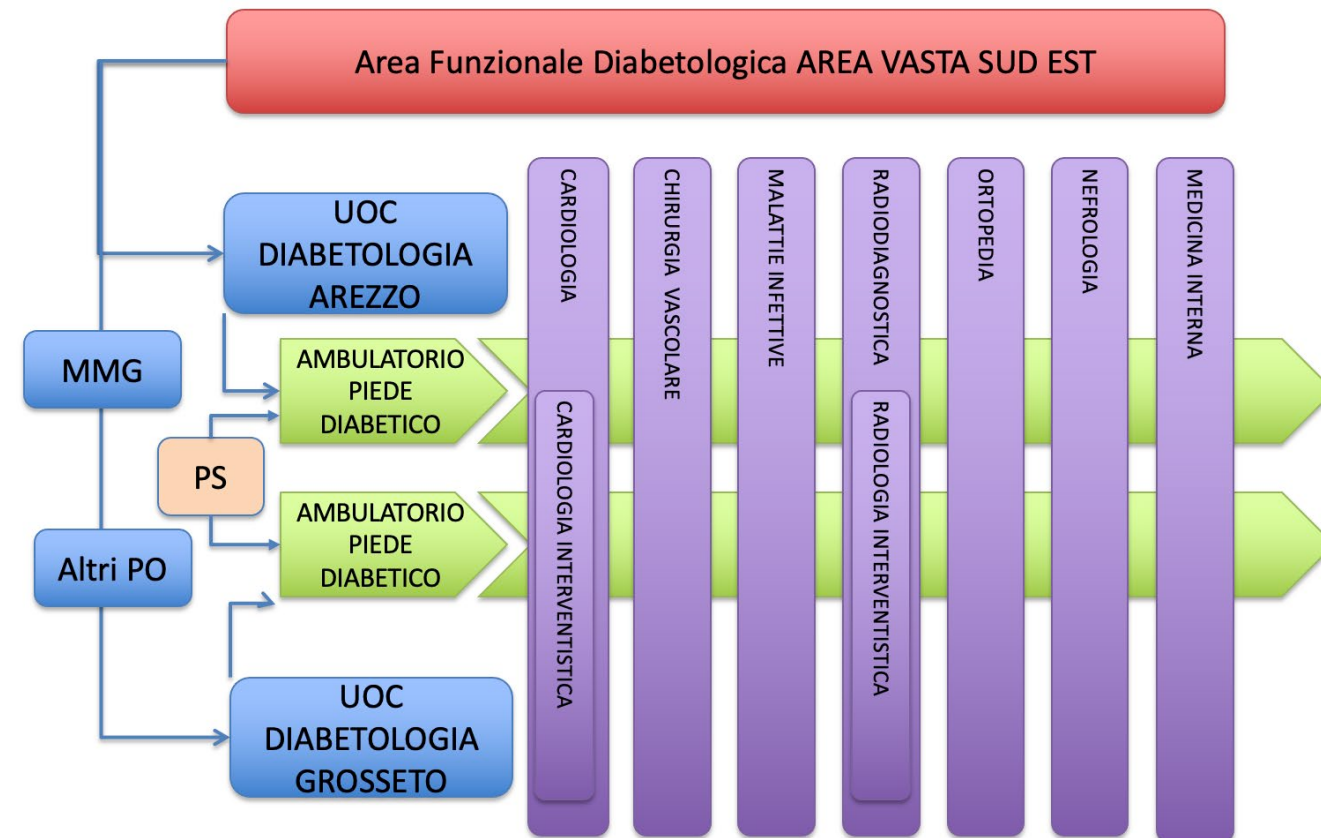
AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

PDTA PIEDE DIABETICO

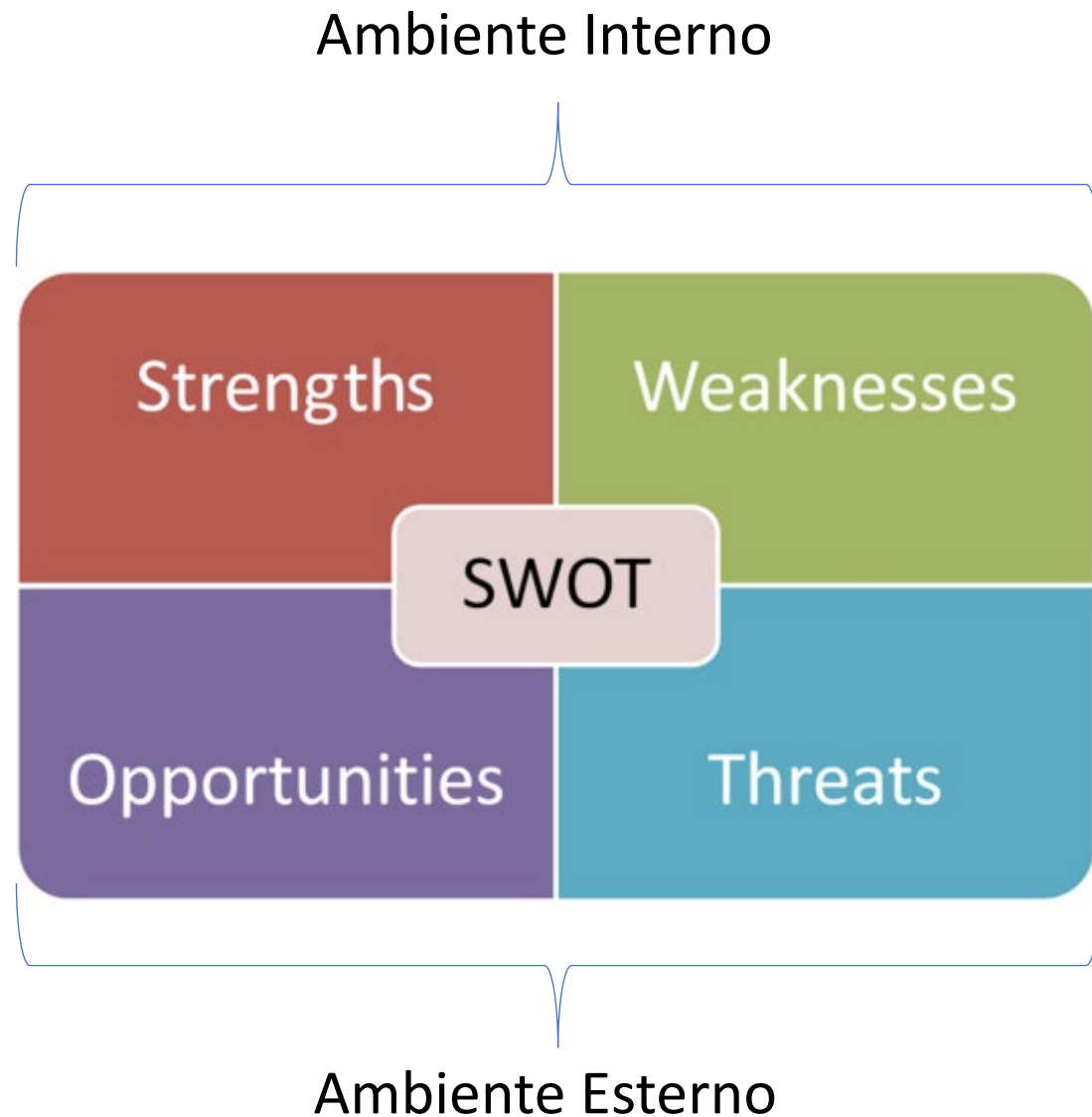
Management System Certification

ISO 9001:2015

Data Inizio - Fine Audit: 2020/06/23 - 2020/06/23
 Progetto Numero: PRJC-591698-2018-MSC-ITA
 Lead Auditor DNV GL: Giuseppe Lomonaco
 Audit Team: Stefano Bocci



STUDIARE IL CONTESTO



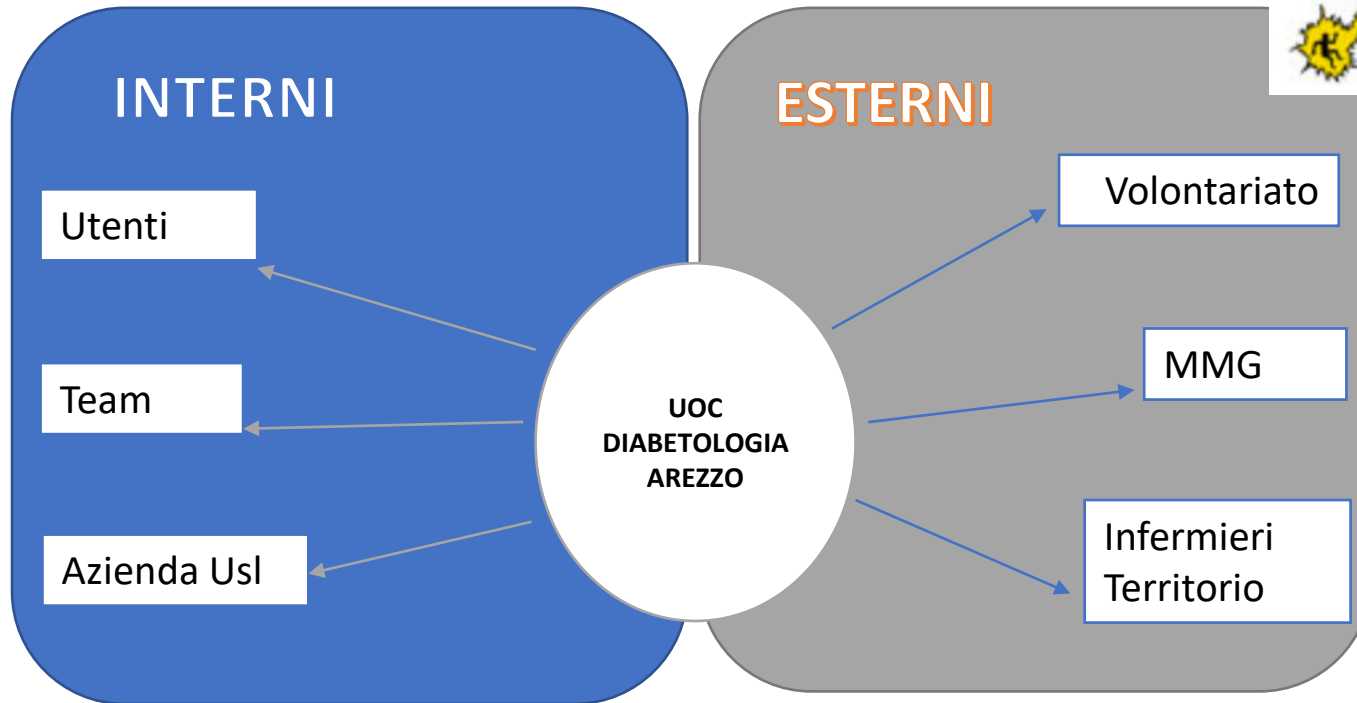
Dove vuoi andare?

Come arrivarci?

Cosa potrebbe intralciare il tuo percorso?



STAKEHOLDERS



- Esigenze della parte interessata
- Esigenze nostre
- Punti di Forza del Rapporto
- Punti di Debolezza del Rapporto
- Strategie di Miglioramento



RISK BASED THINKING

- Conduzione di azioni preventive per eliminare potenziali non conformità, l'analisi di ogni non conformità verificatasi e l'adozione di azioni per prevenirne il ripetersi, appropriate agli effetti della non conformità stessa.

Se la procedura non fosse
eseguita adeguatamente.....
Quale sarà la conseguenza?
Quale sarà la gravità?



RISCHIO DI PROCESSO

- ACCESSO DEL PAZIENTE
- 1^ VISITA
- RICOVERO URGENTE
- RICOVERO PROGRAMMATO
- GESTIONE DEL RICOVERO
- FOLLOW-UP

CHI?
CHE COSA?
IN QUANTO TEMPO?
CON QUALI DOCUMENTI?
CON QUALI STRUMENTI?

QUALI ERRORI POSSONO VERIFICARSI?
DI QUALE SEVERITA'?
CON QUALE PROBABILITA'?



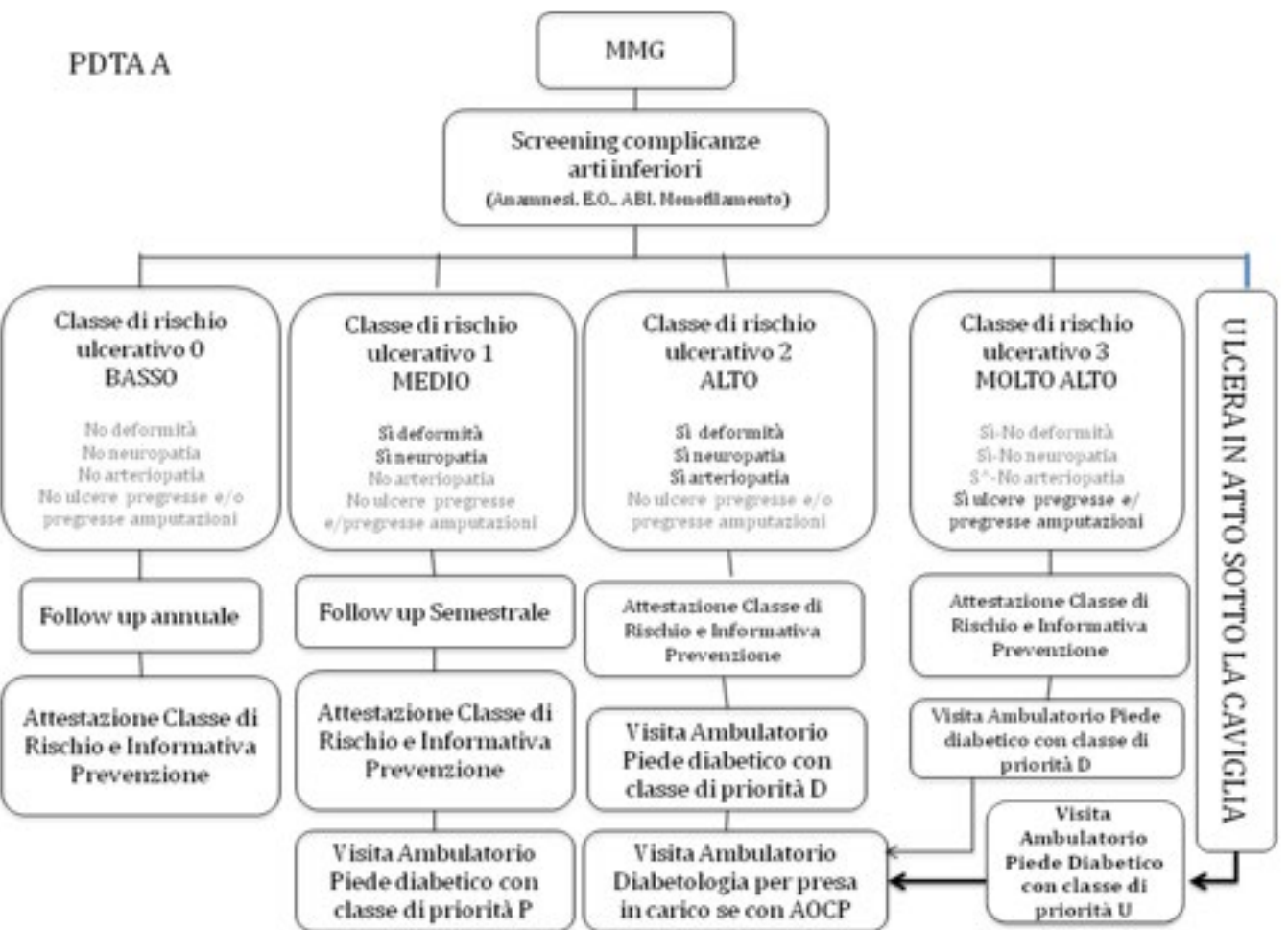
AZIONE DI MIGLIORAMENTO



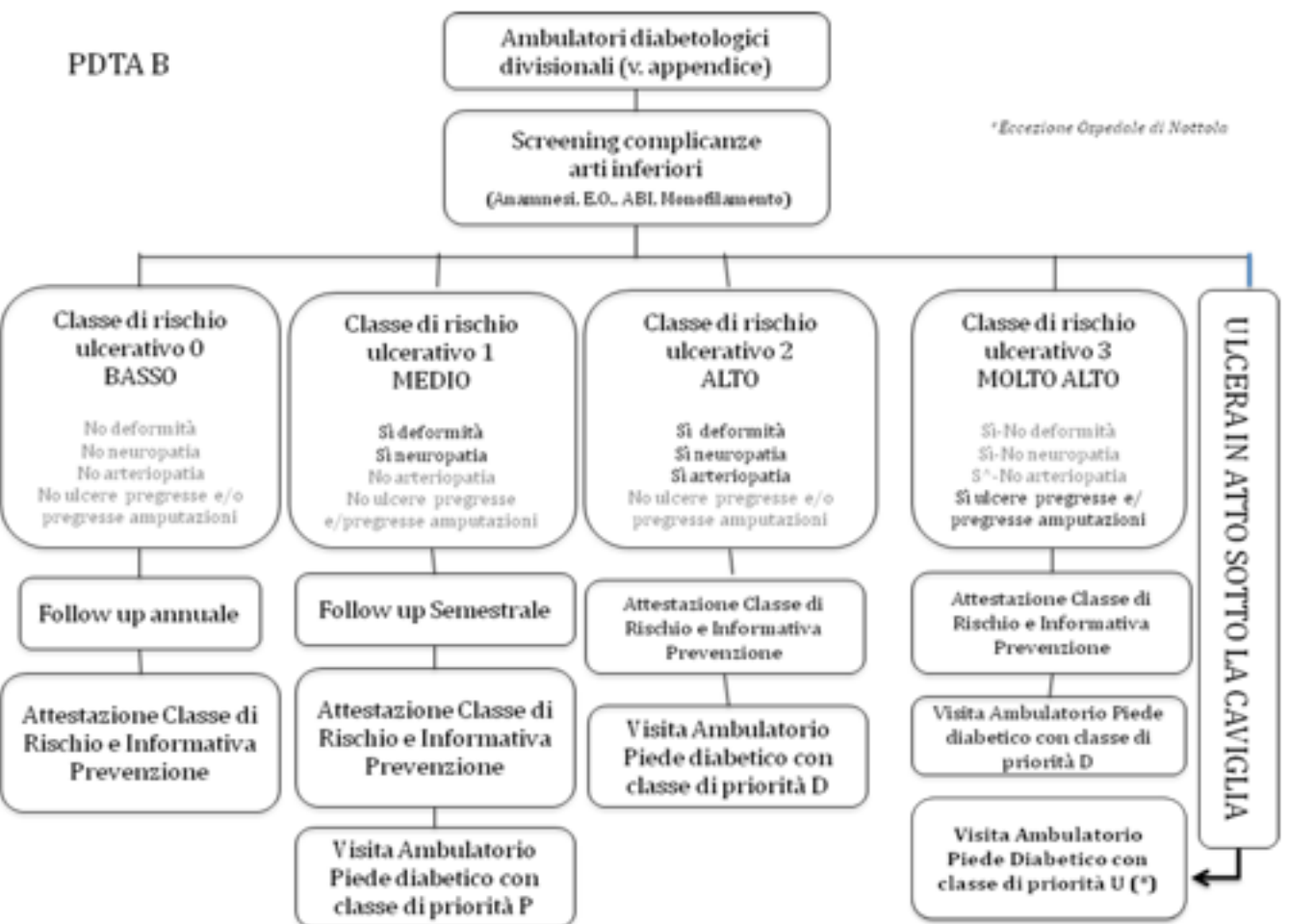
OBIETTIVO DI RIDUZIONE DEL RISCHIO

PROBABILITA'	5	5	10	15	20	25
	4	4	8	12	16	20
	3	3	6	9	12	15
	2	2	4	6	8	10
	1	2	3	4	5	
		1	2	3	4	5
	IMPATTO					
	RISCHIO TRASCURABILE				non necessario intervento	
	RISCHIO BASSO				non prioritario intervento	
	RISCHIO RILEVANTE				necessario intervento programmabile nel medio termine (1 anno)	
	RISCHIO CRITICO				necessario intervento tempestivo (3 mesi)	

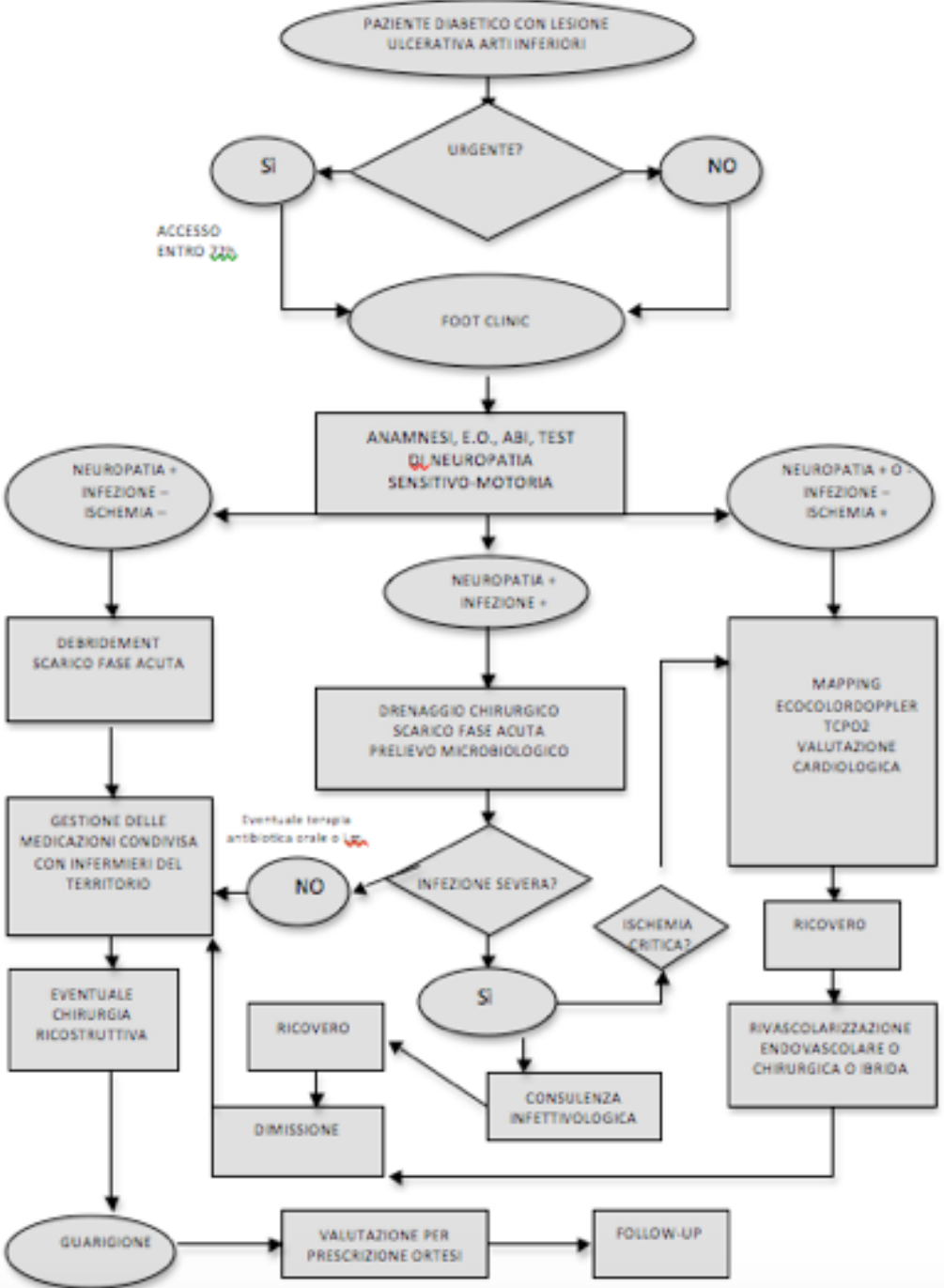
Percorso Medicina Generale



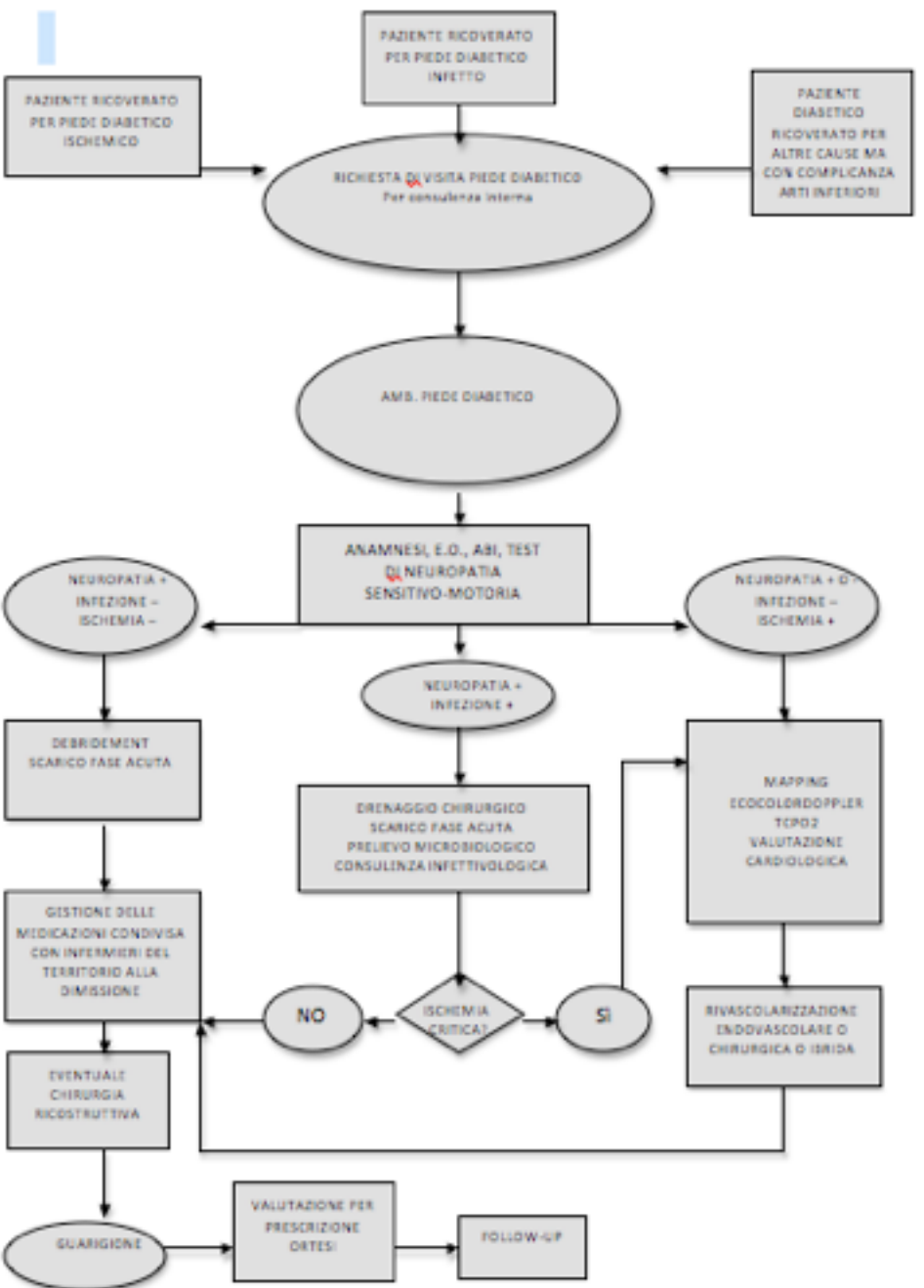
Percorso Ambulatori Divisionali



Percorso Out-patient



Percorso In-patient



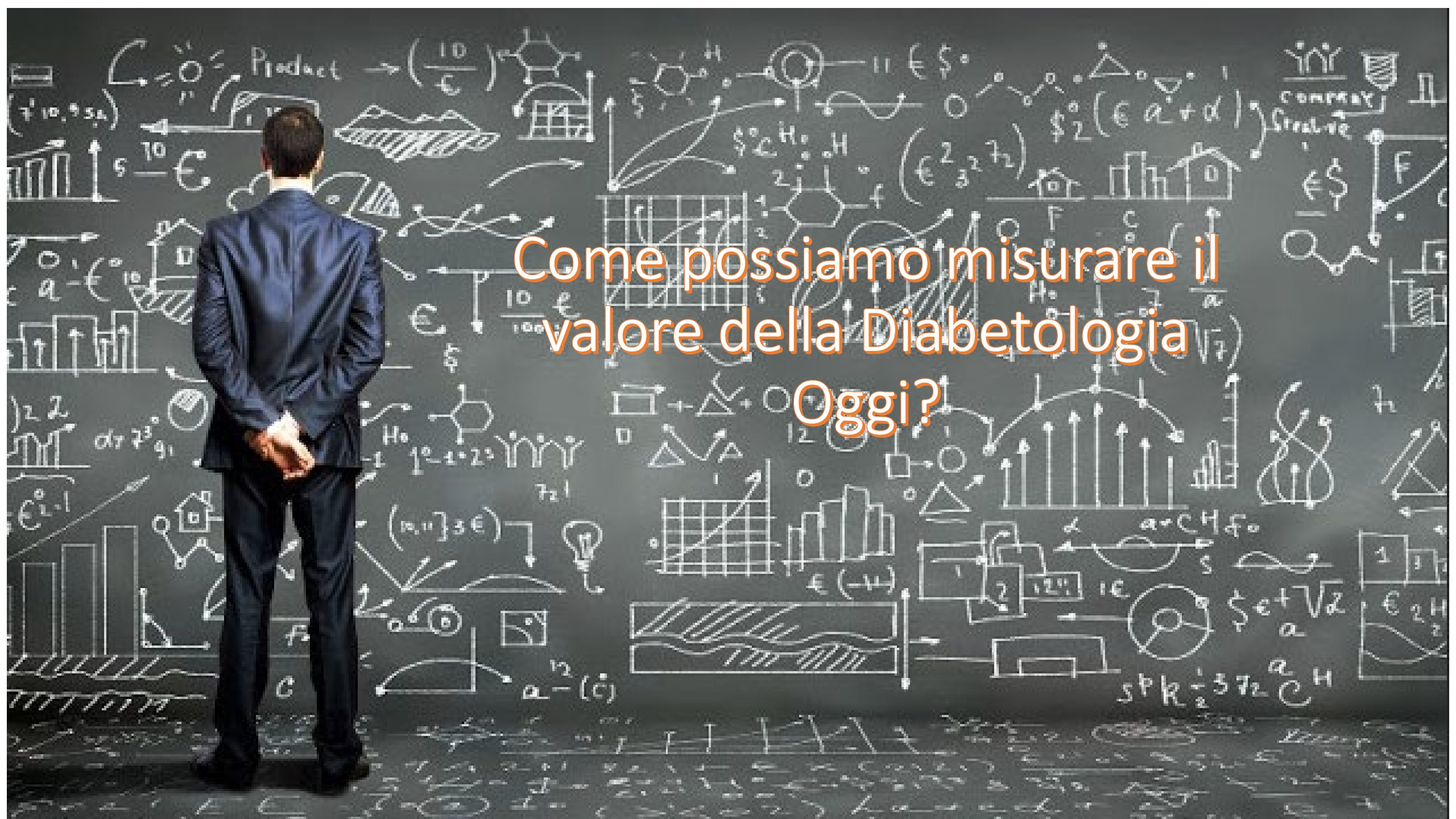


Grosseto – UOC Diabetologia



Arezzo – UOC Diabetologia

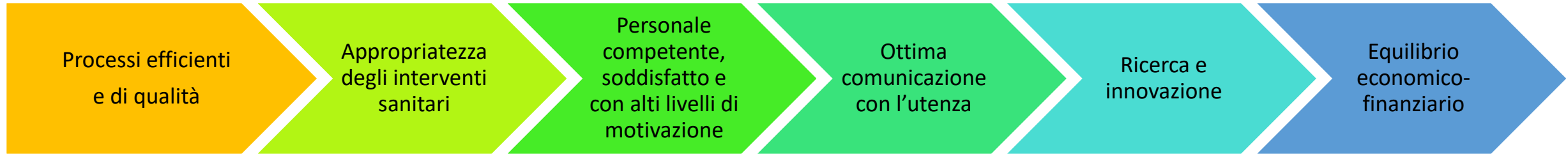




Come possiamo misurare il
valore della Diabetologia
Oggi?

Misurare il valore in diabetologia: cosa e come

E. Zarra¹, M. Monesi², D. Carleo³, M. Ciotola⁴, R. Candido⁵



Identificare le competenze chiave della Diabetologia: ovvero, quelle necessarie per le attività che incidono maggiormente sui risultati (outcome)

PROCESSI

Numero dei pazienti arruolati nei percorsi/Totale pazienti (eligibili o in carico o attivi)

Numero di pazienti sottoposti a screening delle complicanze/Pazienti diagnosticati

Ricoveri per amputazioni maggiori nei pazienti con diabete/Popolazione diabetica

Numero ricoveri complicanze acute del diabete/Numero ricoveri diabetici

Numero di interventi urgenti per ipoglicemia

– di cui in PS

– di cui con accesso a domicilio da 118

Numero di pazienti con microinfusore e SAP/Diabetici di tipo 1 in carico (o totale diabetici nel bacino di riferimento)

Aderenza (per classi) prescrittiva dell'autocontrollo glicemico rispetto alle linee guida

Degenza media diabetici – Degenza media non diabetici

Giorni medi d'attesa

Numero di visite

Numero pazienti diabetici in dialisi

Numero pazienti a gestione integrata/Totale pazienti di tipo 2

Indice di clima organizzativo

Tasso di drop-out (non in gestione integrata, persi al follow-up e assenti per 12 mesi dopo il follow-up)

Tasso di assenteismo

ECONOMICO-FINANZIARIO

Spesa ausili diabetici

Costo diretto medio per paziente residente

Saldo della mobilità

– valore mobilità attiva

– valore mobilità passiva

Valore della produzione

% prescrizione ortesi su misura rispetto al totale

Costo microinfusori e sensori

Spesa (indotta) per farmaci innovativi (GLP1, DPP4, SGLT2)

Costo delle prestazioni intermedie indotte

Costo del materiale di consumo (tecnico, sanitario, economale)

Spesa (indotta) per farmaci

Costo dello straordinario

UTENTI E STAKEHOLDER

Presenza di ambulatori dedicati di patologia (gravidanza, tecnologie, piede, transizione) – grado di customizzazione

Grado di autonomizzazione ETS (Counting, Autocontrollo, etc.) della popolazione in carico

% di visite fatte nei tempi prescritti

Customer satisfaction (pazienti e MMG)

Aderenza farmacologica al trattamento

Reclami

Offerta di campi-scuola e corsi residenziali

Encomi

INNOVAZIONE E APPRENDIMENTO

Pazienti trattati in modalità innovativa

– di cui utilizzo di microinfusore e SAP

– di cui utilizzo di monitoraggio CGM

Numero di pazienti in trattamento con terapie innovative/Numero di pazienti in trattamento

Quantità di pazienti seguiti secondo la procedura di data management

Numero di giornate di formazione organizzate nell'anno

Percentuale di personale che raggiunge i crediti ECM previsti

Quantità di pazienti collegati in telemedicina

Numero di relazioni

Numero di trial clinici sperimentali in essere annuali

Impact factor annuale

Numero di pubblicazioni

Numero di trial clinici sperimentali attivati nell'anno

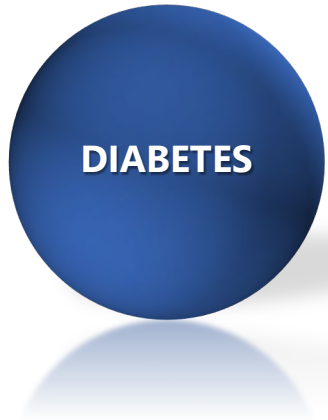
Numero di tesi (laurea medica, laurea infermieristica, specialità) gestite

Numero di tirocinanti assegnati

File Dati AMD

- sistema di indicatori sanitari per misurare la qualità della cura
- permette un'analisi efficace della produzione di ogni singolo Centro, e fornisce strumenti di confronto della propria attività con i best performers della propria area geografica e/o a livello nazionale.
- La misura degli indicatori fornisce indicazione sull'appropriatezza terapeutica del singolo operatore o del centro.
- Alcuni indicatori permettono inoltre di valutare l'appropriatezza organizzativa, ossia la corretta utilizzazione del risorse professionali e logistiche.





2018 Nuova versione cartella clinica METEDA



Il software è un dispositivo medico di classe IIa

Conforme alla direttiva CEE 93/42

Conforme al Regolamento Generale sulla protezione dei
dati (GDPR) - UE2016/679

supported by



L'ESPERIENZA DEGLI ANNALI E INDICATORI AMD

La cartella clinica è dotata di un apposito modulo di elaborazione statistica che consente al servizio ambulatoriale di effettuare valutazioni quali-quantitative attingendo a tutti i campi gestiti in forma codificata.

Grazie alle risorse dati, alla possibilità di sofisticati rilevamenti statistici, alla capacità analitica permessa dalla consultazione multi-parametrica della cronicità del diabete e al profilo storico pluriennale delle informazioni cliniche residenti nell'ambiente della cartella clinica, oltre 300 centri diabetologici italiani raccolgono da circa 15 anni e secondo protocolli comuni basati su specifici indicatori approvati dall'Associazione Medici Diabetologi le informazioni per la pubblicazione degli Annali AMD

Si tratta di una survey epidemiologica che costituisce ormai la rassegna ufficiale annua di riferimento sulla qualità e sullo *state-of-the art* delle cure diabetologiche in Italia.

Circa 500mila pazienti costituiscono l'oggetto delle analisi contenute negli Annali AMD che, oltre a costituire un consolidato strumento di orientamento e crescita per la diabetologia italiana, sono -anche per la loro vastità di analisi- riferimento scientifico per la diabetologia internazionale con numerose pubblicazioni e riconoscimenti da parte di esperti e opinion leaders.

Gli indicatori approvati da AMD sono alimentati da informazioni idoneamente raccolte tramite la facilitazione tecnologica mediata da interventi di estrazione dati ampiamente collaudati e allineati alle esigenze di architettura della cartella diabetologica Meteda.

La cartella offre la possibilità di eseguire automaticamente elaborazioni degli Indicatori Annali AMD e dei relativi grafici



PRESENZA IN ITALIA, INTEGRAZIONI E VANTAGGI

✓ Reti Regionali in:

Sardegna
Marche
Basilicata
Umbria
Molise
Valle D'Aosta

✓ Presenza del 100% in tutte le strutture sanitarie in:

Piemonte
Veneto
Trentino
Friuli Venezia Giulia
Abruzzo

✓ Presente anche in:

Lombardia
Lazio
Liguria
Toscana
Emilia Romagna
Sicilia
Puglia
Calabria

✓ Scenari d'integrazione con i sistemi informativi più comunemente trattati:

ANA
CUP
LIS
DEMA

RPSY con firma digitale automatica remota (anche CDA2)

Alimenta il Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale

✓ Base Dati già alimentata di informazioni e dati condivisibili – **NON SI PARTE DA ZERO**

✓ **Costanti aggiornamenti**

✓ **Formazione e affiancamento**

Alcuni dei principali progetti Regionali:

- SISS Regione Lombardia
- Integrazione con il FSE della Regione Piemonte
- Integrazione con il FSE della Regione Emilia Romagna (SOLE)
- Integrazione con il FSEr della Regione Veneto
- Progetto Regionale Gestione Integrata MMG Regione Piemonte
- CUP Regionale Marche.



OVERVIEW SUI PRINCIPALI MODULI

Smart Digital Clinic



Italiano



10.9.3.0 CE0051

Nome utente

Password:

Centro

Diabetologia

Score Q: nessun dato presente per il centro selezionato

Accedi

 **METEDA S.r.l**

Via Antonio Bosio, 2 int.10
00161 Roma (RM)

Servizio di Assistenza:

E-mail: assistenza@meteda.it

Telefono: 0735 782131

dal lunedì al venerdì, dalle ore 9,30 alle 17,30



OVERVIEW SUI PRINCIPALI MODULI

MyStar Connect® Medici - Paziente: Carla Baldi, Data di nascita: 08/08/1935, Diabete tipo 2, Anni diabete: 18

PAZIENTI UTENTI STATISTICHE SCHEDE ESAMI TERAPIE DATA MANAGEMENT DASHBOARD

Schede Tariffario nazionale Classificazioni Contratto Terapeutico

Ordinamento Default

Anamnesi Malattia ipertensiva - Cardiopatia ipertensiva [402] Cardiopatia Ischemica - Angina stabile

Diario Controllo del diario glicemico. Riferisce lombalgia. Riferisce alimentazione non...

Cuore Infarto miocardico pregresso Cardiopatia Ischemica - Angina instabile Ipertrofia Ventricolare Sinist...

Occhio Cataratta Non Retinopatia Diabetica Non Retinopatia Diabetica Non Retinopatia Diabetica

Rene Insufficienza Renale cronica Nefropatia conclamata (albuminuria >300 mg/24 h o >200 µg/min o >300 mg/g...

Vasi periferici Il paziente e' peggiorato

Nervi periferici

Piede Piede Deformato (dita a martello,dita ad artiglio,alluce valgo,teste metatarsali prominenti,...)

Vasi cerebrali Ictus (sintomatologia superiore alle 72 h) Visita Neurologica: riscontro occasionale di meningioma,...

Altro Ricovero in Medicina per ulcere trofiche infette Al sin e quadro di scompenso cardiaco in cardiopatia ipert...

Visite Cuore Nuova Data

22/09/2016 06/09/2016 05/09/2016 30/08/2016 01/02/2013 06/11/2009 08/10/2009 01/09/1998

Classificazioni Modifica

Diagnosi (classificazione)

	Dal	Attivo
Infarto miocardico pregresso	22/09/2016	

Storico Diagnosi

	Dal	Al
Cardiopatia Ischemica - Angina instabile	30/08/2016	-
Ipertrofia Ventricolare Sinistra - Documentata Ecocardiogramma	01/02/2013	-
Altre Cardiopatie	08/10/2009	-
Malattia ipertensiva - Cardiopatia ipertensiva [402]	06/09/2016	-
Cardiopatia Ischemica - Angina stabile	05/09/2016	-

Esami Strumentali Aggiungi

Note Modifica

Il paziente ora sta bene

Doppio clic per modificare

Ultima modifica: Admin Admin (04/10/2016 16:53)

BMI / Peso

30/08/2016	32,5 / 79,0
21/05/2014	31,6 / 77,0

Aggiungi Mostra altri

C-LDL

30/08/2016	- / 97,4
16/05/2014	- / 97,2

Aggiungi Mostra altri

Creatinina / GFR

30/08/2016	1,40 / 35
16/05/2014	1,22 / -

Aggiungi Mostra altri

HbA1c

06/09/2016	53 / 7,0
30/08/2016	64 / 8,0

Aggiungi Mostra altri

PAS / PAD

30/08/2016	150 / 90
21/05/2014	136 / 84

Aggiungi Mostra altri

Stile di vita

Fumatore **Si**

Sigarette **10**

Utilizzo Memoria: 47,94 MB Velocità Connessione: 374,74 Kb

Software di test, NON PER USO CLINICO

Carla Baldi (08/08/1935) - Diabete tipo 2 admin - Centro di Diabetologia

Il modulo schede consente di visualizzare e gestisce tutte le informazioni cliniche del paziente selezionato.

Queste informazioni sono raggruppate per tipologia e contengono le classificazioni ICD9CM/ICD10 delle diagnosi , gli esami strumentali che hanno portato alle diagnosi e le note a testo libero che sono state registrate dal medico o dall'operatore sanitario.

L'ordinamento delle tiles può essere gestito in modo personalizzato oppure in base alla gravità (codice colore) che viene attribuita dal medico in fase di input dei dati.

Sempre all'interno del modulo schede sono infine presenti i reminder relativi ai risultati dei test di laboratorio e delle Informazioni relative allo stile di vita.



OVERVIEW SUI PRINCIPALI MODULI

Include le funzioni di graficazione delle glicemie: *Andamento Giornaliero*, *Modal Day*, *Modal Week*, *Modal Meals*, *Diario Glicemico*;

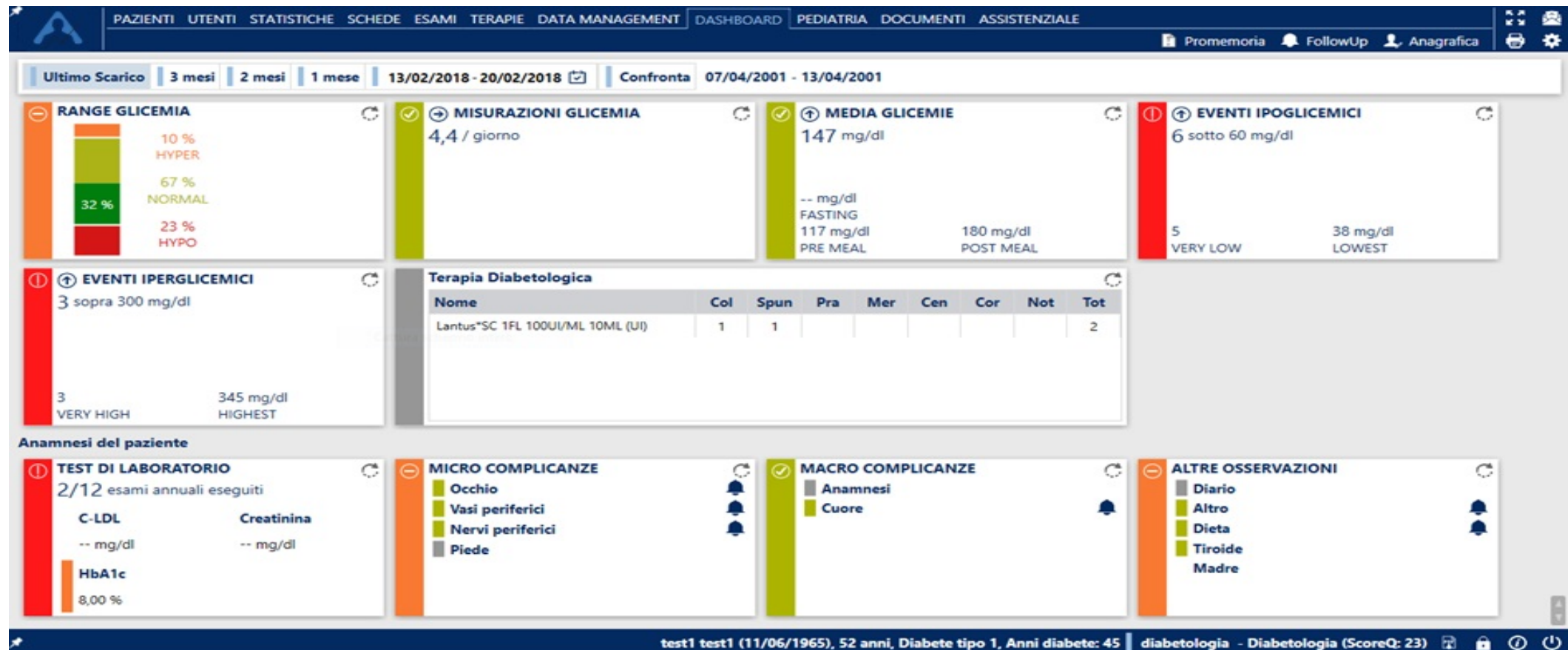
In questo modulo è possibile procedere allo scarico dei dati dei glucometri con la funzione Scarico Glucometri e visualizzare ed aggiornare il target glicemico abbinato al paziente.





OVERVIEW SUI PRINCIPALI MODULI

La Dashboard fornisce una panoramica istantanea dell'andamento globale della patologia per un singolo paziente. Le caselle di cui si compone, riepilogano le informazioni più rilevanti del paziente selezionato, visualizzando i valori fondamentali ed evidenziando se gli obiettivi terapeutici fissati per tali parametri sono stati raggiunti o meno dal paziente nel corso di un determinato periodo. Altre Tiles invece mostrano la storia medica del paziente. Anche qui i dati racchiusi in ogni singola Tile si associano ad un codice colore semaforico automatico che indica la rilevanza e livello di rischio del dato stesso allo scopo di facilitarne una rapida e sintetica lettura.





Statistiche

Ricerca Pazienti

Risultati

Indicatori

Indicatori

Seleziona Tutti

Indicatori AMD

- ▷ INDICATORI DESCRITTIVI GENERALI ☐
- ▷ INDICATORI DI PROCESSO ☐
- ▷ INDICATORI DI RISULTATO INTERMEDIO ☐
- ▷ INDICATORI DI INTENSITÀ/APPROPRIATEZZA DEL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO ☐
- ▷ INDICATORI DI ESITO ☐

Periodo Indicatori

6 mesi

1 Anno

2 anni

5 anni

Seleziona Periodo ☐

18/05/2022 - 18/11/2022

Valori Numerici

Grafici

Descrizione	Tipo	Pazienti Tipo 1	Pazienti Tipo 2

Pazienti con diagnosi di diabete, una prescrizione terapeutica, più un valore di pressione o peso nel periodo: 18/05/2022 - 18/11/2022

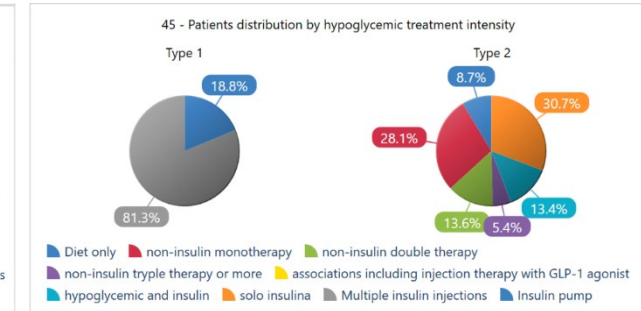
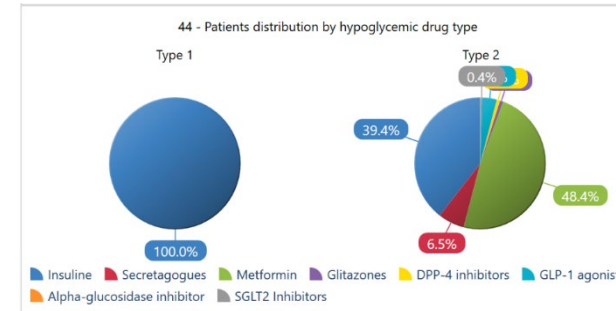
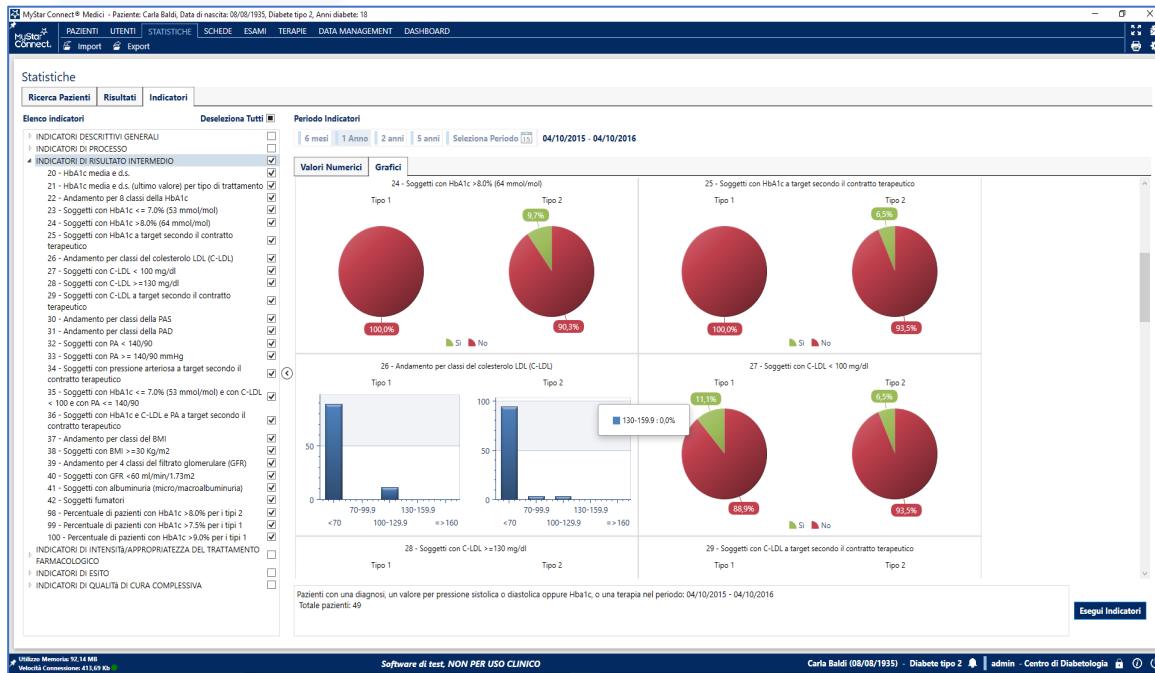
Esegui Indicatori

ANALISI DEI DATI E REAL WORLD EVIDENCE

DIABETE

Elaborazioni statistiche su ogni dato
introdotto

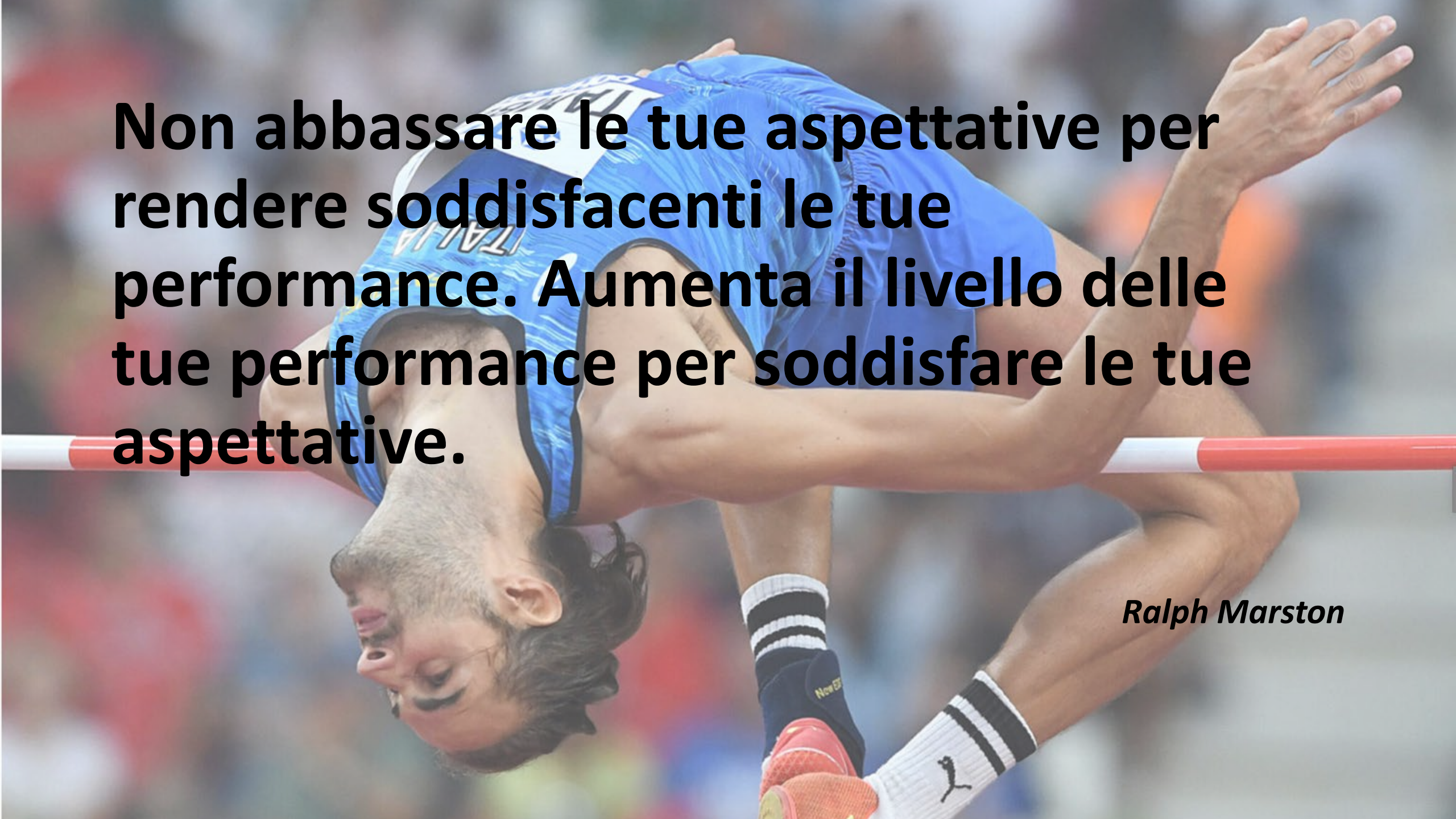
Trends di popolazione e stratificazione



Description	Type	Type 1 Patients			Type 2 Patients		
		Num.	Perc.	Good.	Num.	Perc.	Good.
49 - Patients with HbA1c >= 9.0% (75 mmol/mol) despite insuline treatment		3	18.8%	100.0%	36	8.1%	97.7%
50 - Patients treated with hypolipidemic		5	31.3%	-	258	58.1%	-
51 - Patients not treated with hypolipidemic despite C-LDL >= 130 mg/dl		2	12.5%	-	29	6.5%	-
52 - Patients with C-LDL >= 130 mg/dl despite treated with hypolipidemic		5	31.3%	-	258	58.1%	-
53 - Patients treated with antihypertensive		1	6.3%	-	295	66.4%	-
54 - Patients not treated with antihypertensive		16	100.0%	-	418	94.1%	-

Conclusioni

- Il nostro lavoro non produce profitto ma salute e i processi di lavoro devono rispettare i principi dell'etica e della sostenibilità economica.
- La disponibilità dei dati permette di scegliere indicatori che descrivano al meglio l'esito di salute e possano essere strumenti utili di comparazione tra i vari produttori di salute.
- L'analisi comparativa ha dimostrato di evidenziare le criticità e migliorare la qualità delle cure.
- La diabetologia ha acquisito una grande capacità di raccolta e analisi dei dati clinici, sviluppando strumenti che rispondono alle necessità dei singoli operatori e che possono essere utilizzati per dialogare con i decisori e le istituzioni.

A male high jumper is captured in mid-air, performing a Fosbury Flop. He is wearing a blue athletic singlet with "ITALIA" printed on the back and blue shorts. His body is arched over a red and white horizontal bar. He is wearing white socks with black stripes and a black Jumpman logo, and orange and red athletic shoes. The background is a blurred crowd of spectators.

Non abbassare le tue aspettative per rendere soddisfacenti le tue performance. Aumenta il livello delle tue performance per soddisfare le tue aspettative.

Ralph Marston