

ART 9 - Disease Management del Diabete Mellito

Il Diabete in Campania

A fronte di una prevalenza nazionale di 4,9%, la Campania si attesta su una prevalenza del 6%, raggiungendo percentuali superiori al 12 % con l'aumentare dell'età.

Il sesso maschile ha una prevalenza maggiore del sesso femminile ma dopo i 75 anni tale rapporto si inverte.

Il Tasso di mortalità è di 57,8 per 100,000 per il sesso maschile, dove i Campani sono secondi solo ai Siciliani, mentre il tasso di mortalità femminile è il più alto d'Italia con il 51,2 per 100.000.

La propensione all'uso dell'ospedale si sta riducendo negli ultimi 10 anni, nel 2011 sono stati effettuati circa 8.000 ricoveri per patologia diabetica, ma purtroppo c'è ancora molta inappropriately sia nel ricorso al ricovero ordinario, che nell'uso del DH. Tra le complicanze del diabete, quelle che causano maggiori ricoveri sono le complicanze circolatorie periferiche, dato confermato dall'alto numero di amputazioni (circa 600/anno) nelle persone con diabete.

La prevalenza elevata del diabete, tra gli adulti campani, conferma la correlazione con le **diseguaglianze sociali**: infatti aumenta al crescere dell'età, delle difficoltà economiche e con il basso livello d'istruzione.

L'eccesso di peso e la sedentarietà, condizioni che caratterizzano lo stato di salute di tutta la popolazione campana, sono ancor più diffusi nella popolazione diabetica tale da rendere prioritari interventi atti alla modifica degli stili di vita

L'attuazione della Legge Regionale 9/2009 potrà sicuramente migliorare questo preoccupante quadro epidemiologico.

I dati epidemiologici della Regione Campania, soprattutto riguardo gli esiti delle complicanze del diabete, e l'alto consumo di risorse per tale patologia, pongono l'attenzione sulla necessità di un approccio ad una patologia cronica ad alta prevalenza come il Diabete, basato sulla integrazione tra i vari livelli di cura, potenziando la presa in carico territoriale attraverso definiti percorsi assistenziali, ed implementando i livelli più complessi attraverso l'integrazione con gli ospedali, evitando le migrazioni sanitarie ed i ritardi diagnostico terapeutici dovuti a tempi di attesa.

Al fine di concepire l'assistenza al diabete in una logica di Percorso Assistenziale all'interno di una più ampia cornice comprendente lo sviluppo e l'attuazione del Chronic Care Model, è necessario diffondere la "cultura" della presa in carico, della continuità assistenziale e dell'integrazione tra i vari operatori attraverso l'impiego di sistemi integrati di informatizzazione che consentano la razionalizzazione delle procedure ed il monitoraggio dell'adesione ai percorsi diagnostico-terapeutici.

Premessa

Ai fini di una corretta ed ottimale gestione della patologia diabetica, la costruzione di percorsi diagnostico terapeutici, nella logica del "Disease Management", rappresenta una modalità integrata di gestione del paziente, che mira al raggiungimento di un'assistenza mutuata scientificamente dalle linee guida, e che indirizzi la capacità di offerta di servizi verso prestazioni appropriate e qualitativamente soddisfacenti, aventi come obiettivo finale la riduzione della mortalità e del manifestarsi delle complicanze del diabete.

La Gestione Integrata della patologia diabetica, di cui al presente accordo, realizza quanto individuato nel Piano Sanitario Regionale, nel Piano di Prevenzione Regionale 2010-2012, ed è in linea con gli obiettivi del Piano Nazionale Diabete. **Tale modello assistenziale viene individuato come l'unica modalità assistenziale perseguita in Regione Campania relativamente alla patologia diabetica.**

Il corretto approccio alla malattia diabetica comprende, la prevenzione primaria, la diagnosi precoce, una scrupolosa terapia (che includa l'educazione e la responsabilizzazione del diabetico), la prevenzione e la diagnosi precoce delle complicanze acute e croniche.

Per il raggiungimento di tali obiettivi ha un ruolo importante e prioritario (come espressamente dichiarato nella legge 115/87 ed il successivo Atto d'Intesa Stato Regioni, e nelle Leggi n° 502-517 di riordino del SSN), la collaborazione e l'interazione tra MMG, le Strutture Territoriali di Diabetologia (STD) e la struttura di ricovero ospedaliero.

L'assistenza integrata al paziente diabetico prevede l'apporto di un ampio numero di figure assistenziali e, per questo motivo, è strategico il lavoro interdisciplinare in team.

Il vantaggio di un approccio integrato si esprime a livello organizzativo attraverso l'espletarsi di un percorso di cure appropriato, che non scomponga le varie parti del processo assistenziale, ma che assicuri continuità e tempestività, organizzando le risposte assistenziali alla luce della capacità di offerta e l'ottimizzazione delle risorse possedute.

La complessità della malattia diabetica non consente la elaborazione di un singolo percorso diagnostico-terapeutico, bensì rende necessaria la distinzione dei pazienti affetti da tale patologia in categorie distinte alle quali si applicano distinti percorsi diagnostici e terapeutici con corrispondenti tipologie di prestazioni erogate, in base ai differenti stadi di gravità della patologia.

La Medicina di Assistenza Primaria, per le sue caratteristiche peculiari, quali l'assistenza di primo contatto, il suo carattere continuativo, l'approccio globale al paziente, la funzione di coordinamento per le attività di cura e prevenzione è particolarmente adatta a svolgere una adeguata gestione di una patologia cronico-degenerativa, quale il diabete mellito.

La collaborazione con le Strutture Territoriali di Diabetologia deve essere continua, in quanto il Medico di MG stesso è parte del team diabetologico, richiede consulenze per le visite domiciliari, partecipa all'organizzazione di progetti di educazione sanitaria ed integra le sue attività con le attività della struttura territoriale diabetologica, anche attraverso la metodologia delle terapie educative di gruppo (group care) funzionali alla modifica degli stili di vita errati.

Devono essere previste nell'ambito di tutti i componenti del team riunioni periodiche a carattere di audit per la discussione e risoluzione di eventuali problematiche emergenti nel corso dell'assistenza e la discussione e confronto su particolari casi clinici.

Le AASSLL hanno il compito di promuovere l'integrazione tra i Medici di MG, i servizi diabetologici territoriali e la struttura specialistica ospedaliera, al fine di attuare e migliorare i percorsi diagnostico-terapeutici, tenendo conto delle problematiche specifiche e delle risorse del territorio.

Obiettivi

1. Applicare un modello di Gestione Integrata al diabetico che coinvolga in modo coordinato e motivato, i MMG ed i Servizi di Diabetologia territoriali ed ospedalieri.
2. Migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni attraverso un più facile e semplice accesso alle STD ed allo studio del MMG
3. Definire attività, compiti e competenze dei MMG riguardo l'assistenza alla persona con diabete
4. Applicare le più recenti linee-guida nella cura della persona affetta da diabete
5. Misurare e monitorare gli indicatori di processo e di esito per valutare l'efficienza e l'efficacia delle cure.
6. Ridurre i ricoveri inappropriati per la patologia diabetica
7. Attuare strategie educative per la modifica degli stili di vita

I compiti del Medico di MG nell'ambito del percorso clinico assistenziale del paziente diabetico possono essere così definiti:

1. Effettuare lo screening della popolazione a rischio per individuare:

- casi di diabete non diagnosticati
- casi di diabete gestazionale

- casi con ridotta tolleranza glicidica (IGT) ed Alterata Glicemia a Digiuno (IFG)

2. Operare, in collaborazione con la STD, per:

- a. effettuare l'educazione sanitaria e il counselling dei soggetti a rischio e della persona con diabete al fine di correggere gli stili di vita errati, sia per i comportamenti alimentari, l'esercizio fisico e la disassuefazione al fumo di sigaretta, sia attraverso sedute di educazione terapeutica strutturata singole, che di gruppo anche in collaborazione con le STD, al fine di condividere e scambiare professionalità ed esperienze.
- b. monitorare la terapia farmacologica dei diabetici di tipo 2;
- c. sorvegliare su effetti collaterali ed interferenze della terapia ipoglicemizzante;
- d. programmare l'inquadramento dei diabetici neodiagnosticati e gestire il follow-up del paziente diabetico di tipo 2 senza complicanze e con complicanze stabilizzate, per il buon controllo metabolico e per la diagnosi precoce delle complicanze, nonché la possibilità di arrestare l'evoluzione delle complicanze già diagnosticate.

3. Organizzare il proprio studio per una gestione ottimale dei pazienti diabetici attraverso l'organizzazione di un **ambulatorio dedicato con accessi programmati**, anche al fine di organizzare le attività educative-formative ed offrire al paziente un ambiente accogliente dove confrontarsi con altre persone affette dalla stessa patologia

4. Praticare una medicina di iniziativa attraverso il richiamo proattivo dei pazienti assistiti in GI, al fine di evitare la perdita del paziente dal percorso assistenziale

5. Raccogliere i dati clinici dei propri assistiti con diabete mediante cartelle cliniche informatizzate del proprio gestionale finalizzate alla malattia diabetica, nel rispetto della recente normativa sulla privacy regolata nel "Codice in materia di protezione dei dati personali"- D.Lgs. n.196 del 30 giugno 2003, in vigore dal 1 gennaio 2004, anche al fine di realizzare la cooperazione informatizzata con le STD.

6. Registrare i dati sul libretto del paziente diabetico (allegato A della DGR n. 1168 del 16 set. 2005) anche in via informatizzata attraverso la stampa dei dati estratti dalla cartella presente nei propri gestionali, al fine di informare la persona con diabete sull'andamento della propria condizione clinica (empowerment)

7. Effettuare il Rinnovo del Piano terapeutico Informatizzato per i presidi del diabete

8. Intraprendere attività di ricerca e formazione continua sulla patologia diabetica in Medicina Generale in collaborazione con le strutture diabetologiche territoriali, ospedaliere ed universitarie.

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PER IL FOLLOW-UP DEL PAZIENTE DIABETICO TIPO 2 PRIVO DI COMPLICANZE D'ORGANO

DGRC 1168/2005 RECEPITE DALLA LEGGE 9/2009

Ogni paziente diabetico di tipo 2 è seguito in modo integrato tra MMG e Struttura Territoriale Diabetologica, sottoponendosi a visita specialistica: al momento della diagnosi e per la rivalutazione annuale del compenso e delle complicanze.

La responsabilità della continuità delle cure, della terapia e del follow-up di questa tipologia di pazienti spetta al MMG, che concorda il piano di assistenza con lo specialista diabetologo. Entrambi si impegnano a mantenere attiva una costante comunicazione su qualsiasi evento relativo al paziente.

Nei compiti del MMG rientra la valutazione da riportare nel report trimestrale (**Allegato B**)

A) ogni 3 mesi nell'ambito del proprio ambulatorio dedicato:

- **visita medica** comprendente misurazione dei parametri di routine quali
- **peso corporeo,**
- **pressione arteriosa,**
- **BMI e misurazione circonferenza vita**
- **valutazione dell'autocontrollo glicemico eseguito dal paziente**

B) ogni 6 mesi per paziente con complicanze stabilizzate invio alla STD come da protocollo della DGRC 1168/2005

- **Attività prevista al punto A**
- **Visita medica generale orientata alla patologia diabetica (ivi compreso esame mirato a scoprire alterazioni a carico dei piedi)**
- **Profilo lipidico (Colesterolo totale - HDL LDL calcolato Trigliceridi)**
- **esame urine completo**
- **HBA1C**
- **esame del piede**

C) ogni anno invio alla Struttura Territoriale Diabetologica per consentire lo Screening e Follow up delle complicanze

La gestione integrata prevede il controllo presso la struttura specialistica nei seguenti casi come da DGRC 1168/2005:

A) con urgenza:

- scompenso metabolico acuto
- ripetuti episodi d'ipoglicemia
- gravidanza in donna diabetica e diabete in gravidanza
- comparsa d'ulcera del piede o di lesioni ischemiche e/o infettive agli arti inferiori

B) programmabile (oltre quella all'esordio e quella annuale di screening):

- Ripetute glicemie a digiuno superiori a 180 mg/dl
- Emoglobina glicata > 7,5% in due determinazioni consecutive
- Comparsa di segni clinici riferibili a complicanze.

L'invio alla STD di secondo livello avviene attraverso prescrizione della visita diabetologia, e prescrizione delle prestazioni ambulatoriali previste nel protocollo operativo della DGR 642/2009.

Al fine di ridurre il ricorso inappropriato al ricovero ospedaliero, specialmente in day Hospital, deve essere promosso il modello assistenziale del Day Service, attraverso la prescrizione del Pacchetto Ambulatoriale Complesso e Coordinato (PACC 250) come da DGRC 102/2009

Modalità di effettuazione della Gestione Integrata del Diabete

E' fatto obbligo a tutte le AASSLL della Regione Campania attuare il Modello assistenziale della GI attivando nei tempi e nelle modalità previste tutte le azioni ad esso connesse.

Il MMG dovrà individuare tra i suoi assistiti i pazienti affetti da diabete mellito tipo 2 senza complicanze o con complicanze stabilizzate, escludendo dal percorso di GI solo i pazienti con diabete tipo 1, Diabete Gestazionale, Diabete in Gravidanza, Diabete in età giovanile (sotto i 18 anni) ed i pazienti con diabete secondario.

Dopo trenta giorni dalla pubblicazione del presente accordo, il MMG invierà al proprio Distretto Sanitario (indipendentemente dall'ASL di residenza del paziente) l'elenco nominativo in formato elettronico dei pazienti reclutati alla G.I., che hanno espresso il consenso informato per la GI (**Allegato A**). Tali pazienti saranno conteggiati, per la retribuzione, a partire dal mese successivo alla data dell'arruolamento.

L'aggiornamento degli elenchi va effettuato alla fine di ogni mese, attraverso la posta certificata o in modalità sostitutiva, fino ad adeguamento dell'Azienda sanitaria, attraverso la consegna su supporto elettronico protocollato al Distretto di appartenenza.. L'eventuale conguaglio delle quote di pagamento per i pazienti arruolati avverrà ogni anno.

Per tale attività è corrisposto un compenso pari a **euro 50/paziente** dopo la presentazione dell'elenco nominale degli assistiti diabetici suddiviso in dodicesimi.

Per ogni paziente reclutato nella GI dovrà essere estratto un report individuale contenente i dati riassunti nell'**Allegato B** in formato elettronico, che attesta la partecipazione del MMG alla GI del paziente diabetico pur non essendo un momento valutativo delle performance.

infatti, tali report individuali, in formato elettronico, verranno inviati **trimestralmente** all'Agenzia Regionale Sanitaria, come previsto dal Piano sanitario regionale vigente, nelle more della costituzione del Portale Regionale per la condivisione informatizzata con gli altri livelli assistenziali e per le valutazioni epidemiologiche e programmatiche.

Alla scadenza di ogni anno il MMG invierà al Distretto ed soli fini informativi all'Arsan, in formato elettronico, tramite CD o posta elettronica certificata, il **modulo C di autocertificazione** della valutazione degli indicatori di processo e di esito **dell'allegato D**, attestanti il livello di appropriatezza delle performance raggiunte (LAP), determinanti per la liquidazione del compenso conclusivo ottenuto in funzione dei livelli raggiunti come da scheda di seguito riportato:

Punteggio LAP	Compenso per paziente
Da 300 a 599	30 euro
Da 600 a 799	40 euro
Da 800 a 1000	50 euro

Tali compensi dovranno essere liquidati dopo verifica delle autocertificazioni da parte del Comitato art 23, entro 60 giorni dalla data di consegna.

Tale quota copre i maggiori costi organizzativi sostenuti dal MMG per l'ambulatorio dedicato e per il supporto informatico indispensabile per la rilevazione, trasmissione e condivisione dei dati epidemiologici e per la misurazione degli indicatori di processo e di esito relativi al percorso clinico-assistenziale del paziente diabetico come da allegato D.

L'Azienda provvederà all'applicazione di misure tali da garantire la privacy delle informazioni trasmesse ed alla verifica della trasmissione.

Per il monitoraggio delle attività e la valutazione degli indicatori verrà istituito un apposito gruppo di lavoro regionale, costituito dal Comitato 24 ed integrato dagli esperti dell'ARSAN che hanno partecipato alla stesura del presente accordo, quali componenti di parte pubblica, per consentire l'audit del processo di GI e la valutazione dei risultati della applicazione del modello assistenziale della gestione integrata del diabete secondo indicatori di processo e di esito.

Dalla entrata in vigore del presente accordo **decadono** tutti gli accordi aziendali in essere relativi alla gestione del paziente diabetico ed i relativi effetti economici.

Gli emolumenti maturati da precedenti accordi aziendali e le attività ad essi connesse terminano entro la fine del semestre in corso. Le AASSLL dove erano in vigore precedenti accordi sulla patologia diabetica, completando il semestre già iniziato, sono tenute ad attuare il modello assistenziale di cui al presente accordo nel semestre successivo, con le stesse modalità delle altre ASL.

Appropriatezza del Piano Terapeutico Informatizzato per i presidi per il Diabete.

Premesso che il PT rappresenta lo strumento attraverso il quale si definisce il fabbisogno annuale dei presidi per il monitoraggio e la cura del diabete mellito, che il PT, viene attualmente redatto dallo specialista diabetologo ai fini delle erogazioni suddette, che tale PT è correlato alle condizioni cliniche del paziente stesso; laddove le condizioni dello stesso risultino stabili, tale piano verrà redatto direttamente dal MMG, che si atterrà per la prescrizione dei presidi alle indicazioni delle recenti linee guida scientifiche nazionali in materia. Tale modalità, eviterà il ricorso a visite specialistiche richieste ai soli fini prescrittivi, che rappresentano un mero atto burocratico senza finalità terapeutiche, che pertanto risulterebbero

inappropriate, determinando un inutile allungamento delle liste di attesa, creando svantaggio per i pazienti che necessitano dei controlli specialistici idonei. Inoltre, in tale procedura, verrà assicurata al paziente la corretta continuità assistenziale.

In caso di modifica delle condizioni cliniche del paziente, tali da richiedere una modifica del fabbisogno dei presidi, sarà cura dello stesso MMG, inviare il paziente allo specialista diabetologo per il rilascio del nuovo piano. Allo stabilizzarsi delle condizioni cliniche del paziente il PT ritornerà ad essere rinnovato dal MMG.

La procedura del rinnovo del PT è da ritenersi parte integrante del percorso assistenziale di GI del paziente con diabete, deve essere formulato su formato elettronico ed inviato sul Portale Regionale, come da procedura attualmente in vigore.

Art 10 - Forme organizzative dell'Assistenza Primaria

Con l'evoluzione normativa determinata dall'entrata in vigore della Legge n. 189 del 10/11/2012 ai fini della individuazione dei compiti e delle funzioni delle AFT si rende necessaria l'acquisizione dell'ACN così come previsto dall'art. 1, comma 6 della summenzionata legge.

Le funzioni di cui all'art. 26 bis, comma 6 sono obiettivi da perseguire attraverso l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali ex art. 25.

FORME ASSOCIATIVE MEDICINA GENERALE

A. (EX ART 54 ACN / Ex-Art.40 Comma 3 Lettera a) air 2003)

1. Le forme associative di cui al comma 3 Lettera a) dell'ex art 54 dell'ACN vigente, si ispirano ai criteri generali previsti al comma 4 e sono dichiarate in un accordo stipulato e sottoscritto da tutti i medici partecipanti all'associazione. Tale accordo deve essere depositato presso L'Assessorato regionale alla Sanità, L'Azienda e L'Ordine dei Medici di appartenenza tramite raccomandata A/R con un regolamento interno, che deve prevedere altresì le condizioni previste al comma 7 e comma 8 e comma 9.

2. I medici che aderiscono a queste associazioni devono operare nel medesimo ambito territoriale di scelta, fatto salvo coloro che ai sensi del I Accordo Regionale campano hanno aderito ad una forma associativa, con obbligo di essere in rete entro un anno, e che mantengono la loro adesione ad una società riconosciuta giuridicamente come cooperativa.

3. Ai medici di assistenza primaria che svolgono la propria attività sotto forma di medicina in associazione è dovuto un compenso forfetario annuo di cui all'art. 59 dell'ACN vigente, con decorrenza dalla data di attivazione dell'associazione. La forma in associazione semplice, per la quale non si prevedono modalità di sviluppo, costituisce una soluzione ad esaurimento. Pertanto non saranno consentite, dalla data di pubblicazione del presente accordo nuove forme di associazionismo semplice.

4. La Regione, tramite il Comitato regionale ex art. 24, verifica, sulla base della ricognizione aziendale effettuata in ambito del Comitato ex art. 23, che il numero dei medici che svolgono l'attività di medicina in rete e di medicina di gruppo non superi globalmente la percentuale del **60%** degli assistiti nella A.S.L..

5. Ai medici di assistenza primaria che svolgono la propria attività sotto forma di medicina in rete è dovuto un compenso forfetario annuo di cui all'art. 59 dell'ACN vigente, con decorrenza dalla data di attivazione dell'associazione come già previsto dal precedente AIR e dall'ACN vigente.

Nella prospettiva strategica dell'evoluzione qualitativa dell'associazionismo, per la forma in associazione in rete non si prevedono ulteriori modalità di sviluppo, se non quelle previste dall'art. 3, comma 8, Capo III del presente AIR, e pertanto non saranno ammesse a usufruire dell'indennità nuove associazioni di questo tipo, fatto salvo anche quanto previsto dal successivo comma 7.

Le forme associative di medicina in rete composte da soli due medici costituite ai sensi del DPR 484/96 e ancora in essere alla data di entrata in vigore dell'ACN 2010, dovranno adeguarsi alle condizioni di cui



*Giunta Regionale della Campania
Area Generale di Coordinamento
Assistenza Sanitaria
Settore Prevenzione Assistenza Sanitaria Igiene Sanitaria*

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2013. 0691122 08/10/2013 12,36

Mittente : Medicina di base e fiscale - Assistenza sanitaria accreditata...

Destinatari : AI DIRETTORI GENERALI DELLE AA.SS.LL.

Classifica : 20.1. Fascicolo : 66 del 2013



Ai Direttori Generali Delle AA.SS.LL.

LORO SEDI*Oggetto: trasmissione allegati all'AIR*

Si trasmettono gli allegati all'Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale approvati il 3 ottobre 2013 dal Comitato 24.

In applicazione del comma 8 art. 7 – Governo clinico ed Appropriatezza – dell'A.I.R. vigente, si trasmettono i report che i MMG sono tenuti a trasmettere mensilmente, in formato elettronico, ai sensi dell'ex-art. 45 comma 3 – prestazioni ed attività informatiche – del precedente A.I.R.:

- scheda diabetologica
- scheda ipertensione
- scheda malattie respiratorie

In applicazione dell'art. 9 – Disease Management del Diabete Mellito – dell'AIR vigente, si trasmettono:

- circolare esplicativa applicazione art.9 dell'A.I.R.
- allegato A – Autorizzazione al trattamento dei dati e Consenso informato
- allegato B – Elenco pazienti arruolati
- allegato B1 – Scheda paziente
- allegato C - Dichiarazione sostitutiva di certificazione
- allegato D – Obiettivi

In applicazione dell'art. 13 – Scheda di valutazione della Fragilità – dell'A.I.R. vigente si trasmette:

- scheda di valutazione della fragilità

Il Dirigente del Servizio 02

dr. M. Bouchè

Dr Mario Vasco

SCHEDA DIABETOLOGICA

Posizione	Dimensioni	Obbligatorio/Facoltativo	Tipo	Tipologia	Descrizione
1	6	O	Numerico	Codice regionale medico	Il codice regionale del medico su 6 caratteri
7	3	F	Numerico	numero scheda	Attribuito dal medico in fase di compilazione. Tale numero resta invariato per le revisioni successive. Il dato va indicato con allineamento a Destra (Esempio 001)
10	4	O	Numerico	data	Data compilazione della scheda formato mmaa (mese a due cifre anno a due cifre)
14	45	O	Alfanumerico	Cognome	Cognome paziente
59	45	O	Alfanumerico	Nome	Nome paziente
104	16	O	Alfanumerico	Codice Fiscale	Codice Fiscale paziente
120	1	O	Numerico	Fumo	Indicare 2 per paziente non fumatore; 1 per paziente fumatore; 0=non registrato
121	1	O	Numerico	Tipo diabete	Indicare 1 per diabete di tipo 1; 2 per diabete di tipo 2; 3 per diabete secondario ad eziologia nota; 0=non registrato
122	1	O	Numerico	Gestione	Indicare: (0=non registrato) 1 se seguito da CAD Pubblico; 2 se seguito da CAD Privato; 3 se seguito da MMG; 4 se seguito da CAD Pubblico -MMG ; 5 se seguito da CAD Privato-MMG; 6 se seguito in ASL diversa da Napoli 1
123	1	O	Numerico	Terapia 1 farmaco	Indicare: (0=non registrato) 1 se SOLO DIETA; 2 se TERAPIA INSULINICA; 3 se INCRETINE 4 se METF. ; 5 se SULF; 6 se GLINIDI; 7 se ACARBOSE; 8 se GLITAZONI; 9 se ASS. PRECOST.
124	1	O	Numerico	Terapia 2 farmaco	Indicare: (0=non registrato) 1 se SOLO DIETA; 2 se TERAPIA INSULINICA; 3 se INCRETINE 4 se METF. ; 5 se SULF; 6 se GLINIDI; 7 se ACARBOSE; 8 se GLITAZONI; 9 se ASS. PRECOST.
125	1	O	Numerico	Iperensione Arteriosa	Indicare: missing=non registrato 1 se Assente; 2 se Presente
126	1	O	Numerico	Dislipidemie	Indicare: missing=non registrato 1 se Assente; 2 se Presente
127	1	O	Numerico	Cardiopatia Ischemica	Indicare: missing=non registrato 1 se Assente; 2 se Presente
128	1	O	Numerico	Vasculopatia Cerebrale	Indicare: missing=non registrato 1 se Assente; 2 se Presente
129	1	O	Numerico	Arteriopatia periferica	Indicare: missing=non registrato

					1 se Assente: 2 se Presente
130	1	O	Numerico	Retinopatia Diabetica	Indicare: missing=non registrato 1 se Assente: 2 se Presente
131	1	O	Numerico	Nefropatia Diabetica	Indicare: missing=non registrato 1 se Assente: 2 se Presente
132	1	O	Numerico	Neuropatia Diabetica	Indicare: missing=non registrato 1 se Assente: 2 se Presente
133	1	O	Numerico	Piede Diabetico	Indicare: missing=non registrato 1 se Assente: 2 se Presente
134	1	O	Numerico	Distrofie Cutanee	Indicare: missing=non registrato 1 se Assente: 2 se Presente
135	1	O	Numerico	Statine	Indicare: missing=non registrato 1 se Assente: 2 se Presente
136	1	O	Numerico	Antipertensivi	Indicare: missing=non registrato 1 se Assente: 2 se Presente
137	1	O	Numerico	Antiaggreganti	Indicare: missing=non registrato 1 se Assente: 2 se Presente
138	79	O	Alfanumerico	Altro	Campo a testo libero per indicare eventuali problematiche non contemplate.
217	4	O	Numerico	Dosaggio HB GLICATA	Indicare il valore registrato in cartella clinica nel semestre precedente la data di compilazione della scheda (Il valore va indicato con un decimale e la virgola con allineamento a destra es. 10.9 oppure 09,7).
221	8	O	Numerico	Data rilevamento Dosaggio HB GLICATA	Indicare la data di registrazione del dato precedente nel formato ggmmaaaa.
229	3	O	Numerico	LDL	Indicare il valore registrato in cartella clinica nel semestre precedente la data di compilazione della scheda (Il valore va indicato come intero a tre cifre es: 095 oppure 103).
232	8	O	Numerico	Data rilevamento LDL	Indicare la data di registrazione del dato precedente nel formato ggmmaaaa.
240	3	O	Numerico	Circ.Addominale in centimetri	Indicare il valore registrato in cartella clinica nel semestre precedente la data di compilazione della scheda (Il valore va indicato come intero a tre cifre arrotondato senza decimali es: 095 oppure 103).
243	8	O	Numerico	Data rilevamento circ add	Indicare la data di registrazione del dato precedente nel formato ggmmaaaa.
251	8	O	Numerico	Data Piano Terapeutico per Presidi	Indicare la data di rilascio del Piano terapeutico attivo nel formato ggmmaaaa.
259	8	F	Numerico	Data revisione Piano Terapeutico	Indicare l'ultima data in caso di revisione del Piano terapeutico nel formato ggmmaaaa.

SCHEDA IPERTENSIONE (ICD-9 cod. 401.0-405.9)

Posizione	Dimensioni	Obbligatorio/Facoltativo	Tipologia	Descrizione
1	6	O	Codice regionale medico	Il codice regionale del medico su 6 caratteri
7	4	O	Numerico	numero assistiti del medico
11	3	F	numero scheda	Attribuito dal medico in fase di compilazione. Tale numero resta invariato per le revisioni successive. Il dato va indicato con allineamento a Destra (Esempio 001)
10	4	O	Numerico	Data compilazione della scheda formato mmaa (mese a due cifre anno a due cifre)
18	45	F	Cognome	Cognome paziente
63	45	F	Nome	Nome paziente
108	16	O	Codice Fiscale	Codice Fiscale paziente
124	5	O	ICD9	codice ICD9 revisione min 2002 categoria estesa senza punto sez.D: missing=non registrato
129	1	O	Fumo	Indicare 2 per paziente non fumatore: 1 per paziente fumatore (missing non registrato)
130	2	O	BMI	valore arrotondato all'unità (missing=non registrato)
132	6	O	PA più elevata registrata nel semestre	es: 170085 (sistolica prime 3 cifre diastolica seconde 3 cifre) missing= non registrato
138	6	O	PA più bassa registrata nel semestre	es: 170085 (sistolica prime 3 cifre diastolica seconde 3 cifre) missing= non registrato
144	3	O	LDL	Indicare: valore intero: missing= non registrato
147	3	O	CREATININA	Indicare: valore con 1 decimale moltiplicato 10 es: 2.4=24 (missing=non registrato)
150	1	O	ECG nell'anno	Indicare: diverso da missing = sì
151	1	O	ACCERTAMENTI	Indicare: 1 se ha effettuato nei 12 mesi precedenti almeno dosaggio di colesterolemia totale e HDL, trigliceridemia, creatininemia, potassiemia, glicemia, esame urine - MISSING= NON EFFETTUATO
152	3	O	RCCV (ISS)	indicare solo la parte decimale, in pratica moltiplicando per 1000 il valore percentuale 4.1%=041 (missing= dato non registrato)
155	1	O	RICOVERI NEI 6 Mesi preced.	Indicare: NUMERO - missing=non registrato
156	1	O	DIURETICO	Indicare: diverso da missing = sì
157	1	O	CALCIOANTAGONISTA	Indicare: diverso da missing = sì
158	1	O	BETABLOCCANTE	Indicare: diverso da missing = sì
159	1	O	ALFABLOCCANTE	Indicare: diverso da missing = sì
160	1	O	ACEINIBITORE	Indicare: diverso da missing = sì
161	1	O	SARTANICO	Indicare: diverso da missing = sì
162	1	O	CLONIDINA	Indicare: diverso da missing = sì
163	1	O	ASS. ACEINIB+DIURETICO	Indicare: diverso da missing = sì
164	1	O	ASS. SARTANICO+DIURETICO	Indicare: diverso da missing = sì
165	1	O	STATINE	Indicare: diverso da missing = sì
166	1	O	acc.cerebrovascolari maggiori nell'anno	Indicare: diverso da missing = sì

lunghezza totale 167

N.B. tutti i dati sono riferiti al semestre precedente la compilazione della scheda

SCHEDA MALATTIE RESPIRATORIE (ICD-9 cod. 464.XX - 465.XX - 493.XX)

Posizione	Dimensioni	Obbligatorio/Facoltativo	Tipologia	Descrizione
1	6	O	Codice regionale medico	Il codice regionale del medico su 6 caratteri
7	4	O	Numerico	numero assistiti del medico
11	3	F	numero scheda	Attribuito dal medico in fase di compilazione. Tale numero resta invariato per le revisioni successive. Il dato va indicato con allineamento a Destra (Esempio 001)
10	4	O	Numerico	Data compilazione della scheda formato mmaa (mese a due cifre anno a due cifre)
14	45	F	Cognome	Cognome paziente
59	45	F	Nome	Nome paziente
104	16	O	Codice Fiscale	Codice Fiscale paziente
120	5	O	ICD9	codice ICD9 revisione min 2002 categoria estesa senza punto sez.D; missing=non registrato
125	1	O	N	registrato familiarità per asma rinite allergica, dermatite atopica. Indicare 1 se è stata registrata una familiarità positiva, 2 se è registrata una familiarità negativa: 0=missing
126	1	O	N	Indicare 1 se è stata effettuata una spirometria nei 6 mesi precedenti la compilazione della scheda
127	1	O	N	indicare 1 se è stato registrato il dato FEV1 e PEF; 0=missing
128	1	O	N	livello di gravità di asma secondo linea guida GINA (indicare 1 - 2 - 3 - 4) 0=missing
129	2	O	N	indicare il numero di ricoveri nei 6 mesi precedenti la compilazione della scheda per malattie respiratorie
131	2	O	N	N. di riacutizzazioni nel semestre precedente la compilazione della scheda
133	1	O	N	indicare 1 se in terapia con B2 agonisti al bisogno indicare 2 se in terapia solo con B2 agonisti long acting indicare 2 se in terapia con B2 agonisti al bisogno + Glucocorticoidi inalatori come farmaci di fondo indicare 3 se in terapia con Glucocorticoidi inalatori + B2 agonisti long acting indicare 4 se in terapia con B2 agonisti + atileucotrienici indicare 5 se in terapia con B2agonisti+ antileucotrienici + glucocorticoidi indicare 6 se ha fatto almeno un ciclo di antibioticoterapia nei 6 mesi precedenti la compilazione della scheda indicare 7 se ha effettuato terapia con cortisonici per os indicare 8 se ha effettuato terapia aereosolica indicare 9 se ha effettuato terapia con IBUPROFENE
138	1	O	N	indicare 1 se deceduto nel semestre precedente

lunghezza totale 139

N.B. tutti i dati sono riferiti al semestre precedente la compilazione della scheda

Circolare esplicativa DECRETO n. 87 del 24.07.2013 (Accordo Integrativo Regionale per la Medicina generale. Approvazione) art. 9 (Disease Management del Diabete Mellito)

1. Il MMG Individua tra i suoi assistiti i pazienti affetti da Diabete di tipo 2 arruolabili al percorso di gestione integrata del Diabete di tipo 2.
2. Il MMG raccoglie il consenso informato dei pazienti che hanno aderito al percorso (allegato A).
3. Il MMG raccoglie e custodisce, ai fini di una eventuale verifica, il consenso informato e l'autorizzazione al trattamento dei dati (allegato A) e trasmette l'elenco nominativo dei pazienti arruolati (allegato B) in formato elettronico o in cartaceo (previsto solo per la fase di start up) trasmettendola al DSB di competenza. Per la retribuzione della quota arruolamento (€ 50,00 per paz./diabetico diviso in dodici mensilità) farà fede la data di ricezione del modulo da parte del DSB. Eventuali nuovi arruolamenti o variazioni (cambio scelta, decesso, uscita dal percorso, ecc) potranno essere comunicati mensilmente al DSB attraverso la compilazione di una nuova elenco integrato (allegato B) con le modifiche all'elenco precedente.
4. All'inizio dell'arruolamento e trimestralmente (entro il 15 del mese successivo al termine del trimestre) il MMG procede alla estrazione dalla propria cartella clinica informatizzata dei dati indicati nel Report Individuale (allegato b1) per singolo paziente. Tale report verrà trasmesso per via telematica all'A.R.San che darà conferma dell'avvenuta ricezione ed invierà, contestualmente, i dati alle Aziende competenti. Annualmente l'A.R.San trasferirà alle AA.SS.LL. i report contenenti gli indicatori LAP raggiunti dai singoli MMG.
5. Annualmente il MMG riporta, con autocertificazione (allegato C) trasmesso al DSB del medico, il Livello Accettabile di Performance (LAP) raggiunto secondo lo schema dell'allegato D.
6. Entro 60 gg. dalla raccolta dei dati suddetti, le AA.SS.LL. corrisponderanno ai singoli MMG le spettanze secondo quanto previsto dall'art.9 del DECRETO n. 87/13.
7. Le AA.SS.LL. in base ai report forniti dall'A.R.San potranno verificare il LAP auto certificato dai singoli medici.

Al fine di consentire lo svolgimento di tutte le fasi attuative della gestione integrata, in maniera omogenea su tutto il territorio regionale, le AA.SS.LL. di concerto con la Regione e con l'A.R.San organizzeranno (all'interno dei propri piani formativi) corsi di aggiornamento, in linea con il programma formativo IGEA (già attuato in alcune realtà aziendali).

Nelle AA.SS.LL. che non hanno in corso accordi sulla gestione della patologia diabetica l'applicazione dell'art. 9 del Decreto 97/13 entrerà in vigore dal 1° Novembre 2013. Per le altre Aziende, dovendosi concludere l'annualità secondo le modalità previste dai precedenti accordi, l'art.9 del succitato decreto entrerà in dal 1° gennaio 2014. E' fatto obbligo a tutte le AA.SS.LL. della Regione Campania attuare il

modello assistenziale della Gestione Integrata attivando, nei tempi e nelle modalità previste, tutte le azioni di cui all'art. del Decreto 97/13.

Allegato A

Autorizzazione al trattamento dei dati

Il sottoscritto _____, assistito dal Dott. _____

_____ e dallo stesso informato sui diritti e sui limiti di cui al Decreto legislativo n. 196/2003 concernente “la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali” AUTORIZZA il proprio Medico di Famiglia e, in sua assenza, i sostituti e i medici associati, nonché i medici del Centro Diabetologico a raccogliere, registrare e utilizzare i dati personali ai fini diagnostici e cura ed ad utilizzare in forma anonima i dati raccolti a scopo di ricerca scientifica ed epidemiologica.

Data: Firma

Consenso informato alla partecipazione alla

“Gestione Integrata del Diabete Mellito di Tipo 2”

Il sottoscritto _____, nato a _____

il _____ DICHIARA di essere stato adeguatamente informato dal proprio Medico di Famiglia / Diabetologo del Servizio di Diabetologia dott. _____ su obiettivi, modalità e percorso di cura definito come “Gestione Integrata del Diabete Mellito di tipo 2”, e di essere stato informato dal proprio MMG sulle modalità di accesso allo studio, secondo orari programmati e dedicati esclusivamente ai pazienti reclutati nel percorso di Gestione Integrata. Avendo compreso tali finalità, il sottoscritto, esprime, quindi, il proprio consenso ad essere inserito nel percorso di cura, riservandosi la possibilità di revocare la propria adesione in qualsiasi momento.

Inoltre

Data: Firma

Gestione Integrata del Diabete Mellito Tipo 2 (ai sensi decreto 87/2013 art.9)

Elenco degli Assistiti del:

Codice Regionale

[illegible]

Firma e timbro

Cod. Fiscale: _____

Cognome : _____

Nome _____

Cittadinanza: _____

ID Cittadino: _____

Comune di Residenza: _____

Via e Civico: _____, ____

ASL di Residenza: _____

Distretto Residenza: _____

Codici Esenzioni Ticket: _____

Anno Prima Diagnosi Diabete : ____

Data arruolamento alla Gestione Integrata

____/____/____

Terapia in corso: _____

Indicare: (0=non registrato)

- Solo dieta;
- Terapia insulinica;
- Incretine
- Metf.;
- Sulf;
- Glindi;
- Acarbose;
- Glitazoni;
- Ass. Precost.

Titolo Studio: _____

- Nessuno
- Elementare
- Media Inferiore
- Licenza Professionale o Diploma
- Superiore
- Laurea

Condizione Professionale: _____

- Occupato
- Disoccupato
- Ritirato dal Lavoro
- Casalinga
- Altra Condizione

Posizione nella Professione: _____

- Imprenditore
- Libero Professionista
- Dirigente
- Impiegato
- Lavoratore in Proprio, Commerciante
- Operaio, Lavoratore manuale, Apprendista

Stato Civile: _____

- Coniugato o Convivente
- Nubilo/Colibo
- Divorziato o Separato Legalmente
- Vedovo

Ex Fumatore [S/N]: _____

Ultimo Anno: _____

Abitudine al Fumo [S/N]: ____

Data Controllo: ____/____/____

Tipologia: _____

- Sigarette Quantità pro/die: ____

- Sigari

Consumo di Alcol [S/N]: ____

Data Controllo: ____/____/____

Tipologia: _____

- Vino Quantità pro/die in ml: ____

- Birra

- Super Alcolici

Attività Fisica [S/N]: ____

Indicare (Lieve, Moderata, Intensa): _____

Data Controllo: ____/____/____

Complicanze	S/N	Data Diagnosi
Complicanze Macrovascolari:		
Cardiopatia Ischemica		
IMA		
Rivascolarizzazione		
Claudicatio		
TIA		
Ictus		
Angina		
Esame dell'Occhio:		
Esame fondo Oculare		
Retinopatia		
Cecità		
Esame del Piede:		
Ulcerazioni		
Amputazione		
Complicanze Renali:		
Nefropatia		
Dialisi		

	Start-up		3 mesi		6 mesi		9 mesi		1 anno	
	Valori	Data	Valori	Data	Valori	Data	Valori	Data	Valori	Data
Dati Antropometrici:										
Altezza										
Peso										
BMI (valore in Kg/m ²)										
Circonferenza Vita										
Pressione Arteriosa										
Verifica autocontrollo glicemico (se effettuato)										
Rinforzo educativo :										
Alimentazione										
Attività Motoria										
Autocontrollo										
Prevenzione Piede										
Ispezione del piede										
HbA1c										
Microalbuminuria										
Creatininemia										
Uricemia										
Colesterolo tot.										
Colesterolo LDL										
Trigliceridi										
AST										
Al T										
GGT										
Emocromo + F+										
Calcolo del rischio CV										
ECG										
visita diabetologica										
visita cardiologica										
visita oculistica										
Fondo Oculare										
visita nefrologica										
visita neurologica										

Allegato C

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Articolo 46 DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

VALUTAZIONE DEGLI INDICATORI PER IL RAGGIUNGIMENTO DEI LAP

Il/La sottoscritto/a Dott.

.....
..... (cognome) (nome)
nato/a a (.....) il
..... (luogo) (prov.)
residente a (.....) in Via/Piazza n....
..... (luogo) (prov.)

ASL DSB.

Consapevole

- delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci
- della perdita dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del citato DPR
- dell'effettuazione di controlli sulla veridicità di quanto dichiarato, ai sensi dell'art. 71 del citato DPR

Sotto la personale responsabilità:

DICHIARA

- di aver organizzato uno spazio dedicato, nello studio professionale con tempi dedicati ai soli pazienti diabetici invitandoli anche con appuntamenti preordinati secondo le modalità individuate dall'art.9 dell'AIR.
- di aver aderito alla Gestione Integrata raggiungendo la percentuale LAP come di seguito riportato

INDICATORE	Percentuale
1.1 % pazienti diabetici di tipo 2	
OBIETTIVO:	
2.1 % dei pazienti affetti da diabete di tipo 2, la cui scheda riporta negli ultimi 12 mesi la registrazione della HbA1c	
2.2 % dei pazienti affetti da diabete di tipo 2, la cui scheda riporta negli ultimi 12 mesi il profilo lipidico	
2.3 % dei pazienti affetti da diabete di tipo 2, la cui scheda riporta negli ultimi 12 mesi almeno una misurazione della Pressione Arteriosa	
2.4 % registrazione indice di massa corporea (BMI) nei diabetici di tipo 2	
2.5 % registrazione misurazione della circonferenza addominale nei diabetici di tipo 2	
2.6 % dei pazienti affetti da diabete di tipo 2, la cui scheda riporta negli ultimi 12 mesi un dosaggio della microalbuminuria	
2.7 % dei pazienti affetti da diabete di tipo 2, la cui scheda riporta negli ultimi 12 mesi un dosaggio della creatinina mia	
OBIETTIVO: per migliorare la “performance”	
3.1 % dei pazienti affetti da diabete di tipo 2 con ultimo valore registrato di HbA1c $\leq$ 7,5%	
3.2 % dei pazienti affetti da diabete di tipo 2 con ultimo valore registrato di colesterolo LDL $\leq$ 130 mg/dl.	
3.3 % dei pazienti affetti da diabete di tipo 2 e ipertensione arteriosa con valore registrato di PA $\leq$ 130/80 mmHg.	
TOTALE LAP	

La valutazione dei LAP è stata elaborata dal sistema informatizzato in mio possesso mediante il calcolo delle prestazioni presenti nel DataBase.

_____, li _____

IL/LA DICHIARANTE

.....
(firma per esteso e leggibile)

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. Può essere firmata in presenza del funzionario o inviata, dopo la sottoscrizione, per posta, fax, o telematicamente (occorre la firma digitale) , allegando fotocopia non autenticata del proprio documento di riconoscimento.

Informativa ai sensi del D.Lgs n. 196/2003

I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento, per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allegato D

OBIETTIVI: per migliorare la "performance"						
	INDICATORE	Modalità di calcolo	Razionale	Modalità operativa del MMG	Standard	Qualità assistenza erogata (in millesimi)
1.1	% pazienti diabetici di tipo 2	Numero pazienti diabetici di tipo 2/Numero totale pazienti assistiti	SIGNIFICATO: evidenzia la corrispondenza della percentuale dei propri assistiti con diagnosi di diabete di tipo 2 rispetto ai dati epidemiologici	Il medico - programma la visita in studio dei pazienti affetti da DM già in carico -aggiorna la Cartella Clinica informatizzata	Performance nazionale 6% Livello accettabile di Performance (LAP): 3%	Se uguale o maggiore al LAP 150
2.1	% dei pazienti affetti da diabete di tipo 2, la cui scheda riporta negli ultimi 12 mesi la registrazione della HbA1c	Numero pazienti diabetici di tipo 2 con la registrazione dell'HbA1c negli ultimi 12 mesi/Numero totale pazienti diabetici di tipo 2	SIGNIFICATO: esprime un adeguato follow-up del paziente	Il medico richiede la determinazione dell'HbA1c e ne registra il valore sulla Cartella Clinica secondo il piano di follow-up.	Performance nazionale 98% Livello accettabile di Performance (LAP): 70%	Se uguale o maggiore al LAP 100
2.2	% dei pazienti affetti da diabete di tipo 2, la cui scheda riporta negli ultimi 12 mesi il profilo lipidico	Numero pazienti diabetici di tipo 2 con la registrazione del profilo lipidico negli ultimi 12 mesi/Numero totale pazienti diabetici di tipo 2	SIGNIFICATO: dimostrato che nei pazienti diabetici la riduzione del valore del colesterolo LDL riduce il Rischio Cardio Vascolare cardiovascolare LIMITI: non calcolabili per valori di trigliceridi >200 mg/dl	Il medico richiede la determinazione del profilo lipidico e registra il valore nella Cartella Clinica	Performance nazionale 89% Livello accettabile di Performance (LAP): 60 %	Se uguale o maggiore al LAP 100
2.3	% dei pazienti affetti da diabete di tipo 2, la cui scheda riporta negli ultimi 12 mesi almeno una misurazione della Pressione Arteriosa	Numero pazienti diabetici di tipo 2 con almeno una registrazione della Pressione Arteriosa negli ultimi 12 mesi/Numero totale pazienti diabetici di tipo 2	SIGNIFICATO: prevalenza media di ipertensione nel diabete è di circa il 50%	Il medico registra il valore della misurazione della Pressione Arteriosa nella Cartella Clinica	Performance nazionale 97% Livello accettabile di Performance (LAP): 90%	Se uguale o maggiore al LAP 100

2.4	% registrazione indice di massa corporea (BMI) nei diabetici di tipo 2	Numero pazienti diabetici di tipo 2 con dato BMI registrato/Numero totale pazienti diabetici di tipo 2	SIGNIFICATO: dato indispensabile per valutare l'efficacia della terapia, fattore di rischio cardiovascolare modificabile	Il medico elabora il BMI e ne registra i valori nella Cartella Clinica; esegue un rinforzo educativo	Performance nazionale Non rilevata Livello accettabile di Performance (LAP): 70%	Se uguale o maggiore al LAP 50
2.5	% registrazione misurazione della circonferenza addominale nei diabetici di tipo 2	Numero pazienti diabetici di tipo 2 con misurazione della circonferenza addominale registrato/Numero totale pazienti diabetici di tipo 2	SIGNIFICATO: dato indispensabile per valutare l'efficacia della terapia, fattore di rischio cardiovascolare modificabile	Il medico misura la circonferenza addominale e ne registra i valori nella Cartella Clinica; esegue un rinforzo educativo	Performance nazionale Non rilevata Livello accettabile di Performance (LAP): 50%	Se uguale o maggiore al LAP 50
2.6	% dei pazienti affetti da diabete di tipo 2, la cui scheda riporta negli ultimi 12 mesi un dosaggio della microalbuminuria	Numero pazienti diabetici di tipo 2 con una determinazione della microalbuminuria negli ultimi 12 mesi/Numero totale pazienti diabetici di tipo 2	SIGNIFICATO: la microalbuminuria è un marker precoce della nefropatia diabetica quando vi è ancora speranza di reversibilità o arresto della progressione	Il medico registra la determinazione della microalbuminuria nella Cartella Clinica	Performance nazionale 86% Livello accettabile di Performance (LAP): 50%	Se uguale o maggiore al LAP 100
2.7	% dei pazienti affetti da diabete di tipo 2, la cui scheda riporta negli ultimi 12 mesi un dosaggio della creatininemia	Numero pazienti diabetici di tipo 2 con una registrazione della creatininemia negli ultimi 12 mesi/Numero totale pazienti diabetici di tipo 2	SIGNIFICATO: un indice molto sensibile e specifico di insufficienza glomerulare; è importante non solo per diagnosticare l'insufficienza renale, ma anche per eventuali controindicazioni all'uso di farmaci nefrotossici	Il medico registra la determinazione della creatininemia nella Cartella Clinica	Performance nazionale 86% Livello accettabile di Performance (LAP): 60%	Se uguale o maggiore al LAP 50
3.1	% dei pazienti affetti da diabete di tipo 2 con ultimo valore registrato di HbA1c $\leq 7,5\%$	Numero pazienti diabetici di tipo 2 con ultimo valore registrato di HbA1c $\leq 7,5\%$ /Numero totale pazienti diabetici di tipo 2	SIGNIFICATO: valori inferiori al 7,5% prevengono la comparsa di complicanze	Il medico controlla la compliance alla terapia, rinforza l'educazione all'igiene di vita, modifica la terapia	Performance nazionale 43,1% Livello accettabile di Performance (LAP): 25%	Se uguale o maggiore al LAP 100

3.2	% dei pazienti affetti da diabete di tipo 2 con ultimo valore registrato di colesterolo LDL $\leq$ 130 mg/dl.	Numero pazienti diabetici di tipo 2 con ultimo valore registrato di colesterolo LDL $\leq$ 130 mg/dl/Numero totale pazienti diabetici di tipo 2	SIGNIFICATO: riduzione dei valori di colesterolo LDL riduce il rischio cardiovascolare	Il medico rinforza l'educazione all'igiene di vita, valuta la strategia terapeutica dopo stratificazione del Rischio cardiovascolare	Performance nazionale 36,4% Livello accettabile di Performance (LAP): 20%	Se uguale o maggiore al LAP 100
3.3	% dei pazienti affetti da diabete di tipo 2 e ipertensione arteriosa con valore registrato di PA $\leq$ 130/80 mmHg.	Numero pazienti diabetici di tipo 2 e ipertensione arteriosa con valore registrato di PA $\leq$ 130/80 mmHg/Numero totale pazienti diabetici di tipo 2	SIGNIFICATO: terapia antipertensiva nei soggetti diabetici, se efficacemente condotta, riduce le complicanze micro e macrovascolari.	Il medico monitorizza i valori della Pressione Arteriosa e modifica la terapia.	Performance nazionale 36,6% Livello accettabile di Performance (LAP): 20%	Se uguale o maggiore al LAP 100

Regione Campania

Scheda Rilevazione Dati Assistiti Ultrasessantacinquenni
Componente Sanitaria ad opera del MMG

Anagrafica assistito

cognome e nome	codice fiscale
domicilio	telefono
persona di riferimento	telefono
medico curante	codice regionale

Secondo le informazioni in possesso del MMG il cittadino vive:

da solo	☐	assistito	☐
parenti	☐	convivente	☐
badante	☐	vicini	☐
servizi sociali	☐	altro	☐

fumo	si	☐	no
alcool	si	☐	no
		☐	
		☐	

attività fisica	☐	continuativa	
	☐	camminare per almeno 2 Km	
	☐	nuotare	
	☐	andare in bicicletta	
	☐	altro	

Situazione cognitiva

lucido 1	confuso 2	molto confuso 3
(val. cog. SPMSQ da 0 a 3)	(da 4 a 8)	(da 9 a 10)

sensorio e comunicazione punteggio totale

Mobilità (indice di Barthel)

si sposta da solo 1	assistito 2	non si sposta 3
(punteggio di Barthel da 0 a 14)	(da 15 a 29)	(da 30 a 40)

Situazione funzionale (attività di base)

autonomo 1	dipendente parziale 2	dipendente totalmente 3
(Barthel ADL da 0 a 14)	(da 15 a 49)	(da 50 a 60)

incontinenza urinaria	si	no
incontinenza fecale	si	no

Stato di Salute

altezza

peso

☐
☐
☐

normopeso

sovrappeso

obeso

specificare

malattia cerebrovascolare	☐			
malattia cardiovascolare	☐			
broncopneumopatia cronica	☐			
malattia mentale	☐			
neoplasie	☐			
malattia dismetabolica	☐			
insufficienza renale cronica	☐			
insufficienza epatica	☐			
altro	☐			
Terapia farmacologica in trattamento				
Diuretici	☐	Antipsicotici	☐	
Betabloccanti	☐	Antidepressivi	☐	
Calcio-antagonisti	☐	Antiepilettici	☐	
Anticoagulanti, antiaggreganti	☐	Antiparkinsoniani	☐	
Antidiabetici	☐	Cortisonici	☐	
Antidislipidemic	☐	Ormoni Tiroidei	☐	
Assistenza infermieristica				
non necessita di assistenza	☐	bassa assistenza	☐	alta assistenza ☐
Condizioni Sociali				
idonee ☐		non idonee ☐		

Situazione cognitiva

risposta esatta no

Che giorno è oggi?
Che giorno della settimana è oggi?
Dove ci troviamo?
Qual è il suo indirizzo?
Quanti anni ha?
Quando è nato?
Chi è il Papa attuale
Chi è il Papa precedente?
Qual è il cognome di sua madre?
Sottragga 3 da 20 e prosegua fino a zero

0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1

Totale valutazione cognitiva

* nel caso di deterioramento grave assegnare direttamente il punteggio di 10

Condizioni associate

Problemi comportamentali con pericolo
di fuga e/o di aggressività ☐

soggetto psicogeriatrico che
necessita di assistenza ☐

Sensorio e comunicazione

Linguaggio (comprensione)

normale
comprende solo frasi semplici
non valutabile
non comprende

0
1
2
3

Linguaggio (produzione)

parla normalmente
linguaggio alterato, ma esprime pensiero
si comprendono solo parole isolate
non si esprime

0
1
2
3

Udito (con eventuale protesi)

normale
deficit, ma adeguato alle sue necessità
grave deficit non correggibile
sordità

0
1
2
3

vista (eventualmente con occhiali)

normale
deficit, ma adeguato alle sue necessità
grave deficit non correggibile
cecità

0
1
2
3

punteggio totale

Mobilità (indice di Barthel)

Trasferimento letto /sedia -carrozzina

è indipendente in tutte le fasi (si avvicina, si pone sul letto, manovra)

0

necessita della supervisione di un'altra persona per sicurezza

3

necessita di un minimo aiuto per i trasferimenti

7

collabora ma necessita di grande aiuto da parte di altra persona

12

non collabora minimamente o necessita di ausili meccanici

15

Deambulazione

in grado di deambulare senza assistenza con stampelle o bastoni per 50 mt.

0

indipendente, ma con autonomia inferiore ai 50 mt.

3

necessita di assistenza per la fornitura e la manipolazione dei presidi

7

necessita di assistenza lungo tutto il percorso

12

non è in grado di deambulare

15

Uso delle carrozzina

capace di compiere tutte le manovre (girare, avvicinarsi, per almeno 50 mt)

10

capace di spostarsi su superfici regolari, assistenza nelle manovre impegnative

11

necessita di presenza costante di altra persona per le manovre di avvicinamento

12

capace di spostarsi solo per brevi tratti su superfici piane

14

dipendente in tutti gli spostamenti

15

Utilizzo delle scale

in grado di salire e scendere con sicurezza aiutandosi con corrimano o bastoni

0

non richiede assistenza, ma necessita di supervisione per sicurezza

2

capace di salire/scendera, ma richiede assistenza per la fornitura di presidi

5

necessita di aiuto per salire o scendere le scale

8

totalmente incapace di salire o scendere le scale

10

totale valutazione mobilità

Situazione funzionale

Alimentazione 0= si alimenta da solo, 2=riceve assistenza nel tagliare la carne o aprire barattoli, 5=si alimenta con supervisione, 8=assistenza continua, 10=dipendente in tutto (imboccato, PEG)

Dagno/doccia 0=completamente autonomo, 1= necessita di assistenza (regolazione temperatura), 2=necessita di assistenza per il trasferimento o per asciugarsi, 4= necessita di assistenza completa, 5= totalmente incapace

Igiene personale 0= autonomo in tutto, 1= necessita di un aiuto minimo, 2=necessita di aiuto in una o più operazioni, 4=collabora in qualche modo, ma è dipendente in tutto, 5=incapace di provvedere e non collabora

Abbigliamento 0= capace di vestirsi da solo, 2= necessita di un minimo di assistenza, 5=necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento, 8=collabora in qualche modo, 10=incapace di vestirsi e non collabora

Continenza intestinale 0= controllo completo, 2=occasionali incidenti, 5=necessita di parziale assistenza (sedersi pulirsi), 8= necessita di assistenza totale, 10=incontinente

Continenza urinaria 0= controllo completo, 2=occasionali incidenti, 5=utilizzo di dispositivi durante la notte, 8=incontinente ma capace di provvedere all'applicazione di dispositivi, 10=incontinente

Utilizzo del gabinetto 0=capace di recarsi al bagno da solo, 2=necessita di supervisione, 5=necessita di aiuto per svestirsi, 8=necessita di aiuto per più di un'operazione, 10=completamente dipendente

totale valutazione funzionale