

---

Gestione integrata delle patologie croniche

# Scompenso cardiaco

# Diabete non complicato

---

Mirco Pinotti  
Az. USL di Reggio Emilia - Programma Cure Primarie  
Bologna 21/09/2012

---

## Provincia di Reggio Emilia

530.388 abitanti (al 01/01/2011)



## Azienda USL di Reggio Emilia

6	Distretti
5	Ospedali (817 PL)
4139	Dipendenti
335	Medici di famiglia
82	Pediatri di famiglia

---

---

# Percorso di cura del paziente con scompenso cardiaco

- ◉ Progetto avviato nel 2005
  - ◉ Applicazione dal 2006-2007
  - ◉ Gruppo Coord. Organizzativo provinciale:
    - ◉ A.z USL e Az. Osp. ASMN
    - ◉ Cardiologi, MMG, Coord. Infermieristici Osp. e Cure Pr.
  - ◉ 6 gruppi tecnici, 1 per Distretto
    - ▣ Adattamento alla singola realtà distrettuale delle  
delle linee-guida/raccomandazioni provinciali
-

---

# Percorso di cura del paziente con scompenso cardiaco

## Documento provinciale

1. 4 Flow chart: una per le 4 classi NYHA
  2. Competenze dei diversi attori (11)
  3. Linee guida per Diagnosi e Follow up (grading evidenze)
  4. Protocollo di comunicazione della diagnosi
  5. Indicatori e strumenti di verifica
-

---

# Percorso di cura del paziente con scompenso cardiaco

Nella provincia di Reggio Emilia

- 335 MMG
  - 54 cardiologi:
    - 7 specialisti convenzionati
    - 19 spec. ospedalieri AUSL
    - 26 spec. ospedalieri ASMN
-

---

# Percorso di cura del paziente con scompenso cardiaco criticità

## **Ruolo infermieristico**

- ◉ poco evidente nel protocollo
  - ◉ scarsamente specifico
  - ◉ forte solo in alcune di queste realtà: medicine di gruppo, cardiologie ospedaliere, ambulatori territoriali
-

---

# Percorso di cura del paziente con scompenso cardiaco punti di forza e di debolezza

## ◎ **Formazione**

Start up: condivisione del protocollo in tutti i distretti,  
interdisciplinare e multiprofessionale

Formazione integrata degli infermieri ospedalieri e territoriali  
(anche delle medicine di gruppo), in alcuni DCP

Negli anni successivi: mantenimento e rinforzo gestito dai  
singoli DCP-Distretti

Formazione specifica su educazione terapeutica solo in  
alcuni distretti

---

---

# Percorso di cura del paziente con scompenso cardiaco punti di forza e di debolezza

## ◎ **Sistema informativo**

Cartella cartacea, affidata al paziente-care giver  
Unico strumento di comunicazione TRA i professionisti

### SW Cardiologi

Unico Archivio specialistico provinciale dedicato a  
scompenso

Registrazione dati anamnestici, strumentali, laboratorio, e  
stratificazione iniziale (classe NYHA)

Arruolamento registrato su data base informatizzato

Refertazione e registrazione delle visite di follow up

---

---

## Percorso di cura del paziente con scompenso cardiaco punti di forza e di debolezza

### ◉ Partecipazione e comunicazione tra i professionisti

Alto livello di adesione al percorso: MMG, Cardiologi, Infermieri

Buona partecipazione alla formazione

Buona collaborazione nella gestione integrata in alcuni distretti

ma frequenti segnalazioni di

Visita o Ecocardio dal cardiologo: MMG non informato

Paziente visitato dal MMG: cardiologo non informato

Paziente contattato o visitato dall'infermiere:  
cardiologo/MMG non informato

Es. Lab. prescritti dal MMG: cardiologo non informato

---

## Gestione integrata delle patologie croniche Scompenso cardiaco (al 31/12/2012)

	<b>Arruolati</b>	<b>Media arruolati per medico</b>	<b>Rapporto arruolati/abitanti x 1000 (pop. pesata)</b>	<b>Tasso osp/1000 per scompenso card. (tasso grezzo)</b>
<b>Montecchio</b>	292	11,9	4,8	4,82
<b>Reggio</b>	434	5,4	1,8	4,10
<b>Guastalla</b>	140	5,3	1,8	5,31
<b>Correggio</b>	456	13,6	8,4	3,06
<b>Scandiano</b>	175	13,5	2,1	4,40
<b>C. Monti</b>	105	4,6	2,1	6,57
<b>AUSL</b>	1602	8,2	2,9	4,45

---

# Educazione terapeutica paziente scompensato

## Dip. Cure Primarie di Reggio Emilia

- **Visita cardiologica**
  - **Colloquio con Infermiere**
  - **Counselling individuale**
  - **Incontro del “team educativo”**
  - **Monitoraggio e controllo**
  - **Sedute rinforzo**
  - **Attività di gruppo**
- 
- **5 corsi base** a cui hanno partecipato **41 pazienti**
  - **3 incontri retraining** per 35 pz
  - 4 non hanno partecipato al retraining e 2 sono da richiamare
-

---

## La Gestione Integrata (GI) del Diabete nella Provincia di Reggio Emilia

Nella Provincia di Reggio Emilia il modello assistenziale della gestione integrata del diabete ha avuto inizio  
nel 2000 in due distretti (AREA NORD)  
nel 2005 negli altri quattro (Area SUD e Reggio Emilia)

---

## Gestione integrata del Diabete

Provincia	Residenti 01/01/2011	N°Diabetici	%	N° D in GI	%	N° MMG
Montecchio	62031	4079	6,5	901	22,8	40
Reggio E.	225012	10203	4,5	1850	18,1	139
Guastalla	72500	6482	8,9	1948	30,1	46
Correggio	55888	4492	8,1	1741	38,7	35
Scandiano	80420	4351	5,4	1055	24,2	53
CNM	34537	1964	5,6	545	27,7	26
<b>Totali Prov RE</b>	<b>530388</b>	<b>31571</b>	<b>6</b>	<b>8041</b>	<b>25,5</b>	<b>339</b>

*Da: V. Manicardi et al., Poster 24° Congresso Nazionale SID - Torino, 23/26 maggio 2012*

# Livello di aderenza PDTA gestione integrata del Diabete

## Profili di salute dei NCP

Posizione	NCP	% diabetici con 5 esami
1	CORREGGIO S.MARTINO IN RIO	43.60%
2	GUASTALLA GUALTIERI LUZZARA	40.31%
3	CAMPAGNOLA FABBRICO RIO SALICETO ROLO	36.50%
4	NOVELLARA REGGIOLO	35.68%
7	CASTELNOVO NE MONTI VETTO	30.71%
8	CASINA CARPINETI	30.58%
11	MONTECCHIO CAVRIAGO	30.31%
13	VILLA MINOZZO TOANO	29.72%
14	S.POLO D'ENZA CANOSSA BIBBIANO	29.51%
16	BORETTO BRESCELLO POVIGLIO	28.57%
20	S.ILARIO D'ENZA CAMPEGINE GATTATICO	28.08%
30	BUSANA COLLAGNA RAMISETO LIGONCHIO	26.05%
65	CADELBOSCO SOPRA CASTELNOVO SOTTO	20.42%
113	REGGIO EMILIA - CIRC. 2-3	15.64%
133	REGGIO EMILIA - CIRC.1-6	14.16%
146	REGGIO EMILIA - CIRC. 7-8 - BAGNOLO	12.94%
155	ALBINEA VEZZANO S/CROSTOLO QUATTRO CASTELLA	12.32%
156	REGGIO EMILIA - CIRC.5	12.31%
161	REGGIO EMILIA - CIRC.4	11.92%
167	CASALGRANDE	11.57%
177	CASTELLARANO BAISO	9.86%
190	SCANDIANO VIANO	7.50%
198	RUBIERA	5.94%

### Aderenza ai 5 esami previsti dal PDTA regionale

- emoglobina glicata
  - profilo lipidico: C HDL, C LDL, C totale, TG
  - microalbuminuria
  - ECG
  - Filtrato glomerulare o creatinina
- *Escluso Fondo dell'occhio per elevata percentuale di visite effettuate out of pocket*

# Livello di aderenza PDTA gestione integrata del Diabete profili di salute dei NCP

Pos.	AUSL	NCP	% pazienti con 4 esami	Media esami per paziente
1	RE	CORREGGIO S.MARTINO IN RIO	70,50%	3,33
2	RE	CAMPAGNOLA, FABBRICO, RIO SALICETO, ROLO	66,60%	3,23
11	RE	S.POLO D'ENZA, CANOSSA, BIBBIANO	57,20%	3,15
21	RE	MONTECCHIO, CAVRIAGO	54,30%	3,05
26	RE	GUASTALLA GUALTIERI LUZZARA	53,60%	2,92
27	RE	VILLA MINOZZO TOANO	52,10%	2,98
34	RE	CASINA CARPINETI	51,20%	2,91
41	RE	S.ILARIO D'ENZA CAMPEGINE GATTATICO	50,30%	2,87
48	RE	CASTELNOVO NE MONTI VETTO	48,40%	2,91
49	RE	NOVELLARA REGGIOLO	52,30%	2,81
67	RE	BORETTO BRESCELLO POVIGLIO	47,90%	2,77
80	RE	BUSANA COLLAGNA RAMISETO LIGONCHIO	45,60%	2,7
151	RE	CADELBOSCO SOPRA CASTELNOVO SOTTO	31,40%	2,53
153	RE	REGGIO EMILIA CIRC. 1-6	32,60%	2,48
158	RE	REGGIO EMILIA CIRC. 2-3	31,30%	2,49
183	RE	REGGIO EMILIA CIRC. 7-8, BAGNOLO	28,40%	2,36
196	RE	REGGIO EMILIA CIRC. 5	23,60%	2,29
198	RE	REGGIO EMILIA – CIRC. 4	24,20%	2,29
199	RE	ALBINEA VEZZANO S/CROSTOLO QUATTRO CASTELLA	21,60%	2,31
211	RE	CASTELLARANO BAISO	17,30%	2,04
213	RE	RUBIERA	12,80%	2,08
215	RE	CASALGRANDE	14,90%	1,79
216	RE	SCANDIANO VIANO	10,90%	1,74

## Aderenza ai 4 esami previsti dal PDTA regionale

- emoglobina glicata
  - profilo lipidico: C HDL, C LDL, C totale, TG
  - microalbuminuria
  - ECG
  - Filtrato glomerulare o creatinina
- *Escluso Fondo dell'occhio ed ECG per elevata percentuale di visite effettuate out of pocket.*

---

PROGETTO DI MIGLIORAMENTO dei NUCLEI di CP del  
DISTRETTO REGGIO EMILIA a partire dai PROFILI DI CURA

Tutti i NCP del Distretto di RE hanno elaborato un  
progetto sulla GI del **diabete** e dello **scompenso  
cardiaco** (audit clinico).

Criticità: dai profili di salute 2010, evidente insufficiente aderenza  
PDTA (indicatori di qualità).

Metodologia: i MMG hanno misurato la adesione alle LLGG nei  
pz con DM NID e scompenso cardiaco cronico seguiti dal  
MMG, rilevando le informazione *direttamente dalla cartella  
clinica del MMG*

Strumenti: scheda informatizzata raccolta dati

Tempi: 24 mesi, due cicli di 12 mesi

Nota: Coordinamento del Direttore DCP e supporto del referente  
del Sistema Informativo aziendale

---

---

## PROGETTO DI MIGLIORAMENTO dei NUCLEI di CP del DISTRETTO REGGIO EMILIA a partire dai PROFILI DI CURA

- 7 NCP, di cui 128/139 MMG hanno aderito alla raccolta dati.
  - A settembre 2011 distribuito, dal DCP, ad ogni MMG l'elenco dei propri assistiti diabetici in G.I. (Serv. Diabetologia), l'elenco dei pz dimessi in Regione e fuori Regione nell'anno 2010 e primi 9 mesi 2011 con diagnosi SDO di 'Scompenso'.
  - A luglio 2012 ogni NCP ha definito gli obiettivi specifici di miglioramento clinico-assistenziale, in base al risultato degli indicatori.
  - Entro fine 2013: valutazione dei risultati del progetto di miglioramento, tramite confronto 2011 vs 2012
-

---

PROGETTO DI MIGLIORAMENTO dei NUCLEI di CP del DISTRETTO  
REGGIO EMILIA a partire dai PROFILI DI CURA  
DIABETE

Aderenza alle attuali LLGG sul Diabete:

- rilevazione della HBA1c almeno 2 volte /anno
- rilevazione della microalbuminuria almeno 1 all'anno
- rilevazione dell'assetto lipidico almeno 1 all'anno
- rilevazione FOO almeno 1 volte negli ultimi 2 anni
- rilevazione ECG almeno 1 negli ultimi 2 anni

Per ogni indicatore calcolate le percentuali rispetto a  
(soggetti in GI + soggetti seguiti solo da MMG)

Obiettivi MMG: aumentare la % di soggetti che eseguono  
gli esami secondo protocollo

---

## Esiti del Follow-up clinico: valutazione dei pazienti con DM NID trattati in modo appropriato per NCP

<b>NCP</b>	<b>Hb glicata</b>	<b>FOO</b>	<b>Profilo lipidico</b>	<b>Microalbuminuria</b>	<b>ECG</b>	<b>Creatinina</b>	<b>Totale</b> 2409 pz
<b>1</b>	84,60%	84,60%	84,30%	83,30%	86,10%	96,60%	527 pz 65,20%
<b>2</b>	83,20%	84,60%	97,00%	79,80%	89,10%	97,10%	662 pz 63,90%
<b>3</b>	75,60%	77,20%	92,30%	64,30%	83,30%	93,20%	443 pz 50,10%
<b>4</b>	77,60%	78,20%	94,20%	64,80%	81,20%	95,20%	330 pz 50,60%
<b>5</b>	82,70%	77,70%	94,10%	71,50%	83,20%	94,10%	376 pz 55,80%
<b>6</b>	80,90%	79,50%	70,40%	59,30%	59,30%	71,00%	162 pz 46,30%
<b>7</b>	81,10%	75,10%	93,70%	68,80%	76,50%	94,00%	285 pz 50,20%

---

# PROGETTO DI MIGLIORAMENTO dei NUCLEI di CP del DISTRETTO REGGIO EMILIA a partire dai PROFILI DI CURA SCOMPENSO CARDIACO

I dati raccolti sono quelli evidenziati nei profili

Rilevazione Trattamento

- con ACE-in. o ARB
- con beta bloccante
- combinato ACE o ARB e beta bloccanti
- Controindicazioni al trattamento
- Rilevazione elettroliti: almeno 1 volta /anno
- Rilevazione creatinina: almeno 1 volta /anno

Rilevati tutti i pazienti con scompenso in classe NYHA 2-3-4 in carico al MMG, sia quelli inseriti nel percorso che quelli non inseriti, sia i casi già noti che quelli nuovi (casi incidenti + casi prevalenti).

Obiettivi MMG: ridurre il n. paz che non hanno fatto rilevazione elettroliti e creatinina o che non fanno alcuna tp.

---



---

# Gestione integrata delle patologie croniche

## DISOMOGENEITA'

Elevata tra i Distretti

## TEMPO

Necessario per modificare il modo di collaborare tra i professionisti

Modificare l'organizzazione per facilitare il cambiamento

## INFORMAZIONI

La condivisione delle informazioni è una base per il miglioramento

## CONFRONTO

Condividere obiettivi comuni

## STRUMENTI DEI PROFESSIONISTI

Profili di salute. Audit clinico. PDTA

## FORMAZIONE

Migliorare le competenze per gestire gli strumenti

Nuove competenze per una nuova organizzazione

---