

Periodico Trimestrale di Ricerca e
VRQ in Medicina Generale
Comitato di Redazione: Mario Baruchello,
Franco Del Zotti, Daniele Giraldi, Sandro Giotto,
Giobatta Gottardi, Marco Pietro Mazzi,
Roberto Mora, Michele Valente



Direttore Responsabile: Roberto Mora
Collaboratori Internazionali: Julian Tudor Hart,
Paul Wallace
Proprietario: Roberto Mora
Direzione: Via dell'Artigliere, 16
37045 Legnago (VR)
Redazione: p/so Ordine dei Medici di Vicenza
Via Paolo Lioy, 13 - 36100 Vicenza
Stampa: Lito-Tipo Girardi Mario srl - Legnago (VR)
Editore: Società Italiana di V.R.Q.

Editoriale

Family Practice Club

Giotto S., Battaglia A., Medici di Medicina Generale, Verona

Stiamo assistendo in questi ultimi tempi ad un nuovo fenomeno culturale che investe la medicina generale. Il desiderio di confrontare le proprie esperienze e di verificare la corrispondenza delle proprie scelte professionali con l'evidenza scientifica ha cominciato ad unire gruppi di medici. Ma non solo. Il MMG comincia ad alzare la testa dalla propria scrivania, a trovarsi con gli altri colleghi, a produrre dati, analisi, indirizzi diagnostico-terapeutici, in un confronto aperto, di pari dignità, con tutte le realtà della medicina, senza esclusioni.

I Family Practice Club nascono a Verona tra la fine del 1995 e l'inizio del 1996 con lo scopo di riunire tutti i colleghi che si rendono conto che la cultura non è più demandabile ad altre "agenzie". Nascono attorno ai Distretti con chiara collocazione locale, ma in collegamento reciproco, in modo che i dati di un medico o di un gruppo di medici vengano uniti per formare una valanga di dati, che confrontati e discussi possano finalmente costituire quella base epidemiologica da cui ormai nessuno, in medicina pratica o nelle pubbliche amministrazioni, potrà prescindere. I Family Practice Club, che hanno obiettivi e metodi ben precisi, applicabili in qualsiasi situazione o realtà anche preesistenti, non sono legati a nessun sindacato e si propongono di diventare la sede culturale di tutta la Regione. Unici collegamenti sono quelli con società e gruppi culturali della realtà medica nazionale ed internazionale e con le Istituzioni; sono comunque suscettibili ad essere estesi e modificati in base alle esigenze dei programmi che saranno decisi insieme.

Family Practice Club

(Circulus et calamus fecerunt me doctum)

DEFINIZIONE

Gruppo di discussione e ricerca clinico-epidemiologica rivolto alla medicina generale.

OBIETTIVI

- 1) Sviluppare la discussione fra medici di famiglia di temi e casi clinici derivanti dalla comune pratica clinica;
- 2) Condurre piccole ricerche clinico-epidemiologiche, basate sulla casistica personale;
- 3) Concordare la stesura e l'applicazione pratica di linee guida di buona pratica clinica;
- 4) Progettare azioni educative sanitarie;
- 5) Favorire l'integrazione con i servizi socio sanitari territoriali.

METODOLOGIA

- 1) Creazione o formalizzazione di un gruppo di MMG (gruppo di pari=FAMILY PRACTICE CLUB), composto da 7-10 medici possibilmente della stessa zona (distretto), che volontariamente ed in modo motivato intendono partecipare al programma;
- 2) Il FAMILY PRACTICE CLUB si riunirà periodicamente, almeno una volta al mese, da ottobre a giugno, per affrontare temi pratici concordati in apertura del periodo di lavoro comune;

- 3) I diversi FAMILY PRACTICE CLUB si riuniranno una volta all'anno in riunione plenaria;
- 4) Gli incontri si svolgeranno secondo varie metodologie di lavoro in gruppo:
 - scelta di temi di interesse prioritario
 - scambio di esperienze professionali
 - riunione con esperti
 - analisi della letteratura
 - revisione di casi clinici
 - redazione collegiale di piani di attività
 - analisi di modelli organizzativi
 - incontri con operatori distrettuali
 - analisi su uso di farmaci e scelta di indagini laboratoristiche
- 5) Costituzione di almeno 1 FAMILY PRACTICE CLUB per ogni USSL del Veneto
- 6) Il Coordinamento di responsabili organizzativi di ogni FAMILY PRACTICE CLUB si riunirà almeno 1 volta all'anno, alla fine dell'estate per un possibile coordinamento delle attività dei gruppi.

COLLEGAMENTI SCIENTIFICI

S.I.M.G. - Scuola di Medicina Generale del Veneto Soc. It. V.R.Q., Foglio di Medicina Generale (QQ); Istituti Universitari, Società Scientifiche, Gruppi di Lavoro in Medicina Generale Italiani o di altri Paesi.

COLLEGAMENTI ISTITUZIONALI

ULSS e Distretti Sanitari della Regione Veneto, Settori Farmaceutici delle ULSS.

SOMMARIO

- 1 Editoriale
- 1 Un anno di lavoro
- 2 Fare le condoglianze
- 3 Un audit al giorno

Un anno di lavoro

Analisi dell'attività professionale e bilancio economico "virtuale" di un Medico di Medicina Generale

Roberto Mora

Medico di Medicina Generale - Legnago

L'attività di un Medico di Medicina Generale (MMG) si esplica in una serie di interventi che sono in parte di natura

squisitamente tecnica (prevenzione, diagnosi, terapia), in parte di natura burocratica ed istituzionale (ricettazione, certificazione). Alcune pubblicazioni hanno trattato l'argomento dimostrando quanta parte del tempo professionale del MMG sia "sacrificata" all'attività burocratica. Altre hanno analizzato l'attività svolta calcolando quante volte l'assistito si rivolge al medico per ottenere prestazioni. In questo lavoro ho cercato di ricostruire la mia attività di MMG nel corso dell'anno 1995, separando gli atti burocratici da quelli tecnici. Lavoro come MMG nella USL 21 del Veneto dal 1977; i pazienti affidati alle mie cure sono circa 1750. Sono coadiuvato nel mio lavoro ambulatoriale da personale di segreteria che mi aiuta nei compiti non clinici (ricettazione) e che mi permette di adottare un sistema di prenotazione della visita ambulatoriale. Nell'analisi del lavoro ho escluso l'attività domiciliare svolta per l'assistenza domiciliare programmata (ADP) e integrata (ADI); questo al fine di poter rendere confrontabili i miei dati con quelli di chi lavora in USL dove tale tipo di assistenza non è stata attivata. Ho distinto le prestazioni ambulatoriali che hanno comportato un esame fisico del paziente, da quelle in cui il lavoro si limitava a visionare referti o ad un colloquio. La tabella 1 riporta l'attività svolta nel corso del 1995.

Tabella 1
Prestazioni svolte nel corso del 1995

Tipo di prestazione	N. di prestazioni	Prestazioni per assistito (:1750)
Visita Ambulatoriale	2807	1,6
Visita Domiciliare	249	0,14
Colloqui o visione referti	1056	0,6
Ricettazione	4764	2,72
Certificazione	500	0,28
Prestaz.concluse con cert.di malattia	536	0,3
Totale gg.malattia certificati	2800	1,6
Tot. generale delle prestazioni	9376	5,35

Certificazione e ricettazione, le attività burocratiche, hanno comportato ben 5264 prestazioni per una media di 3 prestazioni per assistito. L'attività tecnica, visita ambulatoriale, colloqui ed analisi delle refertazioni, visita domiciliare, hanno comportato 4112 prestazioni, una media di 2,3 prestazioni per assistito. La logica deduzione è che il 56,2% della mia attività professionale si è rivolta ad atti di tipo burocratico e

medico legale, e solo il 43,8% ad atti squisitamente tecnici (diagnosi, terapia, prevenzione). Si noti la media di 5,3 contatti annui per assistito che si è affidato alle mie cure. La maggior parte dei contatti avviene nell'ambito dell'attività burocratica; la necessità di ottenere la ricettazione è il motivo che porta più spesso il paziente dal medico. La tabella 2 riporta i dati sulla frequenza di contatto con i pazienti:

Tabella 2
Analisi della frequenza di contatto con i pazienti nel corso dell'anno

Tipo di prestazione	N. pazienti	%
Pazienti mai contattati	356	20,3
Pazienti mai visitati	725	41,4
Paz. con più di 3 visite ambulatoriali	247	14,1
Paz. con più di 3 visite domiciliari*	6	0,3
Pazienti con più di 10 prestazioni	263	15
Pazienti con più di 10 gg. di riposo	27	1,5

* sono stati esclusi i pazienti in ADP e ADI

È da notare che una percentuale del 20% della popolazione non ha mai avuto, nel corso dell'anno, necessità di richiedere la mia opera e che il 41% mi ha contattato solo per atti di tipo burocratico. Una percentuale del 14% richiede più di tre visite ambulatoriali nel corso di un anno e un 15% accede al mio studio più di 10 volte l'anno (con frequenza quasi mensile) per varie ragioni. Si è più volte affermato che la medicina generale è un servizio a basso costo, ma si è pure insinuato, ed in più occasioni, che tale basso costo è controbilanciato dalla bassa quantità (ed anche qualità) di prestazioni. Non è mia intenzione in questa sede analizzare la qualità del lavoro svolto. La tabella 3 analizza quale sarebbe stato il ritorno economico delle prestazioni effettuate nel corso dell'anno se per le stesse si fosse applicata la tariffa minima ordinistica prevista per la libera professione.

Tabella 3
Statistica globale delle prestazioni eseguite nel 1995 e loro valore economico in Libera Professione

Tipo di prestazione	N. di prestazioni	Tariffa ordinistica minima in Lire	Totale in Lire
Visite Ambulatoriali	2807	30.000	84.210.000
Visite Domiciliari	249	50.000	12.450.000
Colloqui-visione referti	1056	30.000	31.680.000
Ricettazione	4764	10.000	47.640.000
Certificazione	500	10.000	5.000.000
Totale generale delle prestazioni	9376		180.980.000

Per tali prestazioni nel corso dell'anno il SSN ha pagato una cifra di L. 116.926.000, cui va aggiunto un compenso di Lire 5.895.000 per le prestazioni di particolare impegno professionale (medicazioni, iniezioni desensibilizzanti, cateterismi uretrali, etc.). Le due voci sommate comportano per il SSN una spesa lorda di **Lire 122.821.000** pari al 67,8% del costo delle stesse prestazioni fornite in un ipotetico regime di libera professione.

Un risparmio dunque di L. 58.159.000 (il 32,2% in meno) rispetto a quello che sarebbe stato il costo delle stesse prestazioni fornite in libera professione alle tariffe minime ordinistiche. Si noti inoltre che con quella spesa il SSN offre agli assistiti, oltre al medico, il costo capitale, cioè la struttura ove le prestazioni vengono fornite, il materiale utile a svolgere l'attività professionale, il mezzo di locomozione necessario alla esecuzione delle visite domiciliari, la disponibilità di personale di segreteria, la disponibilità da parte del medico a rispondere alle chiamate urgenti. I luoghi comuni, specie quando sono frutto di disinformazioni o di ingiustificate generalizzazioni, divengono ostacoli alla comprensione e alla conoscenza. La Medicina Generale in Italia è afflitta da una cronica incapacità di documentare il lavoro prodotto. Tale incapacità è alla base della sua attuale debolezza contrattuale. Per questo motivo nuovi studi capaci di documentare il lavoro prodotto sono necessari non solo per ridare dignità alla figura professionale del MMG, ma anche per fornire gli strumenti contrattuali che permettano per il futuro di chiedere investimenti utili a migliorare la capacità di fornire servizi e di monitorarne la qualità.

Fare le condoglianze

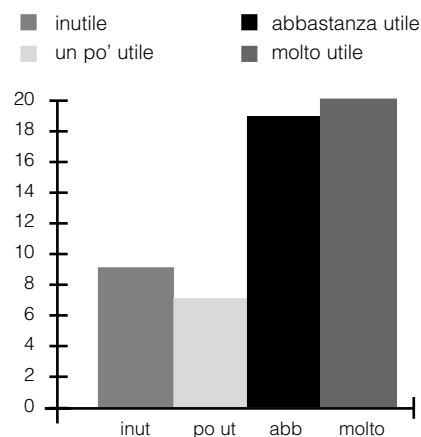
Competenza del Medico di Medicina Generale?

Del Zotti F.-Giraldi D.-Scola V.-Sandri P.
Medici di Medicina Generale - Verona

Introduzione e Metodi Il momento del lutto è uno dei più delicati non solo nella salute dei singoli familiari, per le note conseguenze somatiche e psicologiche dello stress; ma anche per lo sviluppo successivo delle relazioni di chi è in lutto con il medico con la famiglia. Infatti non sono rare, nella fase di lutto, delle reazioni di "allontanamento" se non di critica dalla Medicina e dai medici, reazioni che potrebbero compromettere la richiesta di Aiuto medico, proprio quando questa potrebbe essere più utile, a causa dei rischi sopra citati.

Eppure si ha l'impressione che il medico abbia un qualche pudore nel contattare "attivamente" il/i congiunti, pudore alimentato dalla tradizionale Medicina dell'Attesa (piuttosto che dell'iniziativa) e dal tradizionale ruolo di professionista che ha bisogno di salvaguardare un certo distacco. Per validare questa impressione abbiamo ritenuto utile pianificare un'indagine mediante questionario anonimo, inviato, in maniera randomizzata, a 118 Animatori di Formazione italiani, che valutasse il comportamento "Far le condoglianze attive". Per "attive" si intendono condoglianze fatte dal MMG entro i primi 30 giorni dalla conoscenza della morte, condoglianze fatte a congiunti di primo grado che NON hanno richiesto né il certificato di morte, né una visita medica, e che sono stati contattati attivamente dal MMG con qualsiasi mezzo.

Risultati: L' Adesione alla ricerca è stata buona. Lo deduciamo da 2 indicatori : 1) il tasso di risposta al primo e unico invio è stato di 55/118 (46,6%); 2) le "note libere" sono state presenti in 20/55 questionari, quasi la metà. **La valutazione da parte dei colleghi rispondenti dell'utilità "fare le condoglianze" è stata bimodale**



con un piccolo picco di colleghi che ha ritenuto "inutile" (inut) il gesto 9/55; 7 colleghi "un po' utile" (po ut). Una buona parte dei colleghi che l'ha ritenuto abbastanza utile (abb) o molto utile (molto): 19+20 rispettivamente, pari al 70%

Differenze tra sessi. Tutte le donne (8/55) con una certa frequenza fanno condoglianze attive, contro 16/47 uomini che non le fanno mai ($p=0,02$)

Differenze tra medici di paese e di città. 20/25 medici di paesi con meno di 15.000 ab. ritengono almeno "abbastanza utile" se non "molto utile" fare le condogli. attive, contro 18/30 dei medici di paese superiore ai 15.000.

Modalità del fare le condoglianze. I colleghi hanno manifestato accordo in ordine decrescente con i seguenti modi : 1) Andare dal defunto SENZA borsa medica; 2) Telefonare; 3) andare a casa del defunto CON la borsa Medica; 4) scrivere una lettera o telegramma 5) partecipare al funerale

Motivi che ostacolano il "fare le condoglianze". In ordine di frequenza/acordo i colleghi hanno riferito : a) imbarazzo; b) pigrizia; c) coinvolgimento eccessivo; d) notizia tardiva della morte; e) timore rimostranze; f) difficoltà reperire tel./indirizzi

Conclusioni. Questo piccolo studio dimostra una certa difficoltà della categoria mmg a prendere le misure con questo comportamento.

Alla luce dei dati sembra che esso sia visto come segno di "debolezza", più che come compito professionale, soprattutto nelle città più grandi e nel sesso maschile, ove meno abituale e' la gestione dei sentimenti difficili (imbarazzo; coinvolgimento, ecc) degli eventi vitali negativi.

Un'analisi più approfondita potrà meglio suggerire le migliori modalità operative del fare le condoglianze, tra Scilla e Cariddi: cioè tra il necessario mantenimento del distacco professionale, e la giusta partecipazione affettiva di chi non e' un professionista qualsiasi, ma medico delle persone e della famiglia colpite dallo Stress del Lutto.

Commento:

Prof. Paul Wallace - Medico di Medicina Generale

Prof. di Primary Care - Università di Londra

Il come prendere contatto con i pazienti al momento del lutto costituisce un importante problema per il MMG; questo studio è quindi di reale interesse. Gli autori hanno adottato il metodo dell'inchiesta-questionario (survey) che è un modo abbastanza semplice per ottenere dei risultati. Il tasso di risposta è buono, ma - dato il piccolo numero di rispondenti - è discutibile una sub-analisi per gruppi (sesso, città/paese). Comunque, lo studio riesce a focalizzare sia uno spettro di opinioni sull'appropriatezza di questa "manovra" (fare le condoglianze), sia una serie di importanti fattori che possono condizionare in negativo o in positivo il desiderio del MG di essere coinvolto in questa attività. Dal momento che lo studio solleva numerose domande, potrebbe esserci l'opportunità di estendere il lavoro nel futuro. Oggi, in Medicina Generale, vi è un incremento di attenzione verso i metodi qualitativi (ad es.: focus group, circoli e club di VRQ, interviste semistrutturate) come complemento alle ricerche quantitative. Questo tipo di approccio può essere assai opportuno con i pazienti che sperimentano il lutto e può rilevare altre importanti informazioni in questo delicato settore.

Nota redazionale di M. Baruchello
Medico di Medicina Generale - Bassano

La ricerca "Fare le condoglianze", qui presentata, testimonia la continua necessità del MG di modificare i propri comportamenti in relazione ai "bisogni di salute" della popolazione assistita diversi fra città e campagna, così pure della opportunità di passare da attività non programmabili ad attività pianificate ad alto contenuto professionale (ad esempio proporre un colloquio strutturato sul proprio modello organizzativo al cittadino che sceglie un nuovo medico). Sembra così questa la situazione nella quale si può superare la secolare regola deontologica "medicus adveniat nisi vocatus" che imponeva al medico di non andare al domicilio del paziente se non esplicitamente richiesto. L'utilizzo sistematico della visita ai congiunti di una persona deceduta potrebbe avere l'obiettivo di anticipare i sensi di colpa per le cose fatte o per quelle omesse al fine di evitare successive depressioni o eventi psichici maggiori, questo particolarmente nel caso di una morte inattesa, o seguente ad una lunga e defatigante assistenza o di una forte dipendenza dalla persona scomparsa. Uno schema proponibile potrebbe essere il seguente:

- programmate la visita scegliendo il momento opportuno, mai all'acme della disperazione o con molti presenti;
- ascoltate a lungo, rispettate il silenzio, state in silenzio; spesso il familiare fornisce da solo gli elementi per impostare una serena, chiara e semplice spiegazione della causa delle modalità del decesso; non siate banali;
- confermate la disponibilità;
- prendetevi il tempo necessario;
- guardate le persone negli occhi, accostatevi o prendete la mano del familiare in una atmosfera non disturbata.

Alcune frasi da utilizzare durante il colloquio:

- "...accettate le vostre reazioni come normali, non vergognatevi di piangere, non cercate di "controllare" ad ogni costo i sentimenti;
- "non evitate di parlare di ciò che è accaduto, fatelo con le persone care e con gli amici, cercate il loro consiglio e ascoltateli";
- "se siete religiosi, la fede e la preghiera sono un grande conforto";
- "considerate i problemi uno alla volta, cercate di superare la rabbia e il senso di inutilità, guardate alle persone che vi sono vicine che restano e che hanno bisogno di voi".

Un audit al giorno

Misurare con gli indicatori di qualità. Cominciamo con il diabete

Dott. Gianluigi Passerini- Sondrio

Dott. Gio Batta Gottardi- Vicenza

Medici di Medicina Generale

Si può misurare con degli strumenti idonei se la pratica professionale è corretta? La revisione della pratica clinica può essere eseguita con strumenti di misura accurati e di semplice utilizzo? Le nostre attività professionali sono confrontabili con quelle di altri colleghi?

Cercheremo di rispondere a queste domande raccontandovi di un'esperienza e lanciandovi, alla fine, una proposta operativa. Viene spesso detto che la valutazione di qualità dovrebbe essere parte sistematica della revisione professionale permanente e ciò dovrebbe valere anche per la medicina generale. Abbiamo provato a riferirci al caso dell'assistenza prestata ai diabetici. Uno degli ostacoli da superare è stato quello della predisposizione di strumenti di misura della Qualità della nostra pratica clinica, non avendo trovato sicuri riferimenti in letteratura circa la esistenza di indicatori professionali atti a misurare la Qualità dell'assistenza al paziente diabetico in medicina generale in Italia. Un buon misuratore ci dovrebbe infatti dire se le scelte terapeutiche (ad es. se trattare o meno con sulfaniluree quella categoria di pazienti), diagnostiche (con che periodicità è eseguito il dosaggio dell'HbA1c e a quali pazienti) od organizzative (fare o meno un registro per pazienti, quali dati sono archiviati di routine e come organizzare la visita ai diabetici) rispondano o meno a dei requisiti ritenuti ottimali (dalla letteratura, dai colleghi, dalle società scientifiche) nel caso specifico. Detto in altro modo, lo strumento dovrebbe darci la misura di quanto si discosti o meno una pra-

tica professionale dal livello di riferimento ritenuto ottimale (la Qualità ottimale per quel caso specifico e per quella condizione organizzativa tipica). Abbiamo dunque provveduto a costruire degli Indicatori di Qualità Professionali, seguendo per la loro definizione le raccomandazioni della Società Italiana di VRQ per la stesura di tali strumenti. Per individuare questi strumenti di misura, atti ad individuare il livello della Qualità in Medicina Generale nella gestione del Diabete Mellito abbiamo utilizzato la Tecnica Delphi. Essa è una procedura di comunicazione di gruppo, mirata ad ottenere, e successivamente organizzare, le opinioni di un gruppo di colleghi, e si basa sull'ipotesi che il parere di un gruppo selezionato di "esperti" (nel nostro caso un gruppo di "pari", tutti medici di medicina generale), raccolto ed analizzato in maniera sistematica e metodologicamente corretta, possa avere un potere predittivo in risposta ad un quesito. La raccolta del consenso avviene mediante somministrazione di un questionario al fine di ricercare un parere su un argomento. Successivamente ne viene inviato un secondo (ed eventualmente un terzo) di verifica, confronto e sintesi, fino a giungere ad un consenso. In base a questo viene stilato un documento definitivo che esprime la

sintesi delle indicazioni emerse sull'argomento. Il gruppo di medici di medicina generale (18 colleghi sparsi in tutta Italia) ha:

- 1) dapprima *proposto tre indicatori* professionali di qualità dell'assistenza, riferiti ad ogni aspetto del **processo assistenziale** (diagnosi, gestione clinica) o al suo **esito** (modificazione dello stato di salute del paziente riferibile all'assistenza ricevuta) in riferimento al diabete mellito;
- 2) quindi, in un successivo questionario, *espresso un giudizio di accordo/disaccordo* sugli indicatori proposti da tutti i colleghi;
- 3) infine *scelto tre fra gli indicatori* proposti e per ognuno hanno dato una definizione dettagliata, definendo nel contempo l'unità di misura scelta, al fine di definire in modo numerico sia il numeratore sia il denominatore.

Gli indicatori definiti dal gruppo alla fine del percorso di raggiungimento del consenso sono riassunti in TAB N.1, suddivisi in indicatori grezzi (prima versione) e specifici (seconda versione dettagliata, espressi solo se raggiunto il consenso). Tra gli indicatori forniti dal gruppo di colleghi coinvolti nell'indagine e riportati in tabella, **noi vi invitiamo a utilizzare**, a titolo di verifica e di audit dei propri pazienti i seguenti:

- 1) Valore medio di tutte le HbA1c dosate nel corso di un anno (standard: < 6,5% come media di 4-6 dosaggi annui)
- 2) % di diabetici (sul totale dei diabetici) con BMI < 25 (standard: %<= a quella di una popolazione generale di confronto)
- 3) Incidenza globale di complicanze vascolari (micro/macro, fatali e non: retinopatia proliferativa, Artereopatia Obliterante Cronica sintomatica, insuff. renale, angina e/o Infarto Miocardico Acuto, ictus) nei pazienti diabetici assistiti (standard:?)

Ovviamente ogni medico di medicina generale, in relazione a diverse variabili, può scegliere di utilizzare indicatori di qualità diversi per valutare la qualità dell'assistenza erogata ai pazienti diabetici. La pratica clinica specifica di ogni medico fa sì che egli scelga di utilizzare indicatori con livelli diversi di applicabilità, validità, efficacia ed eventuali altri problemi. Per valutare il grado di efficacia, e quindi di qualità della prestazione assistenziale erogata, dovranno infine anche essere stabiliti dei livelli standard, desunti dall'evidenza scientifica e di letteratura ed approvati dal medico stesso (o meglio da gruppi di medici generali attraverso un audit specifico). Una loro rivalutazione nel tempo può permettere di evidenziare il cambiamento ed il miglioramento professionale.

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli articoli da sottoporre al Comitato di redazione per la pubblicazione sul giornale vanno inviati a:
"Comitato di Redazione" di QQ
P/so Ordine dei Medici di Vicenza
Via Paolo Lioy, 13 36100 Vicenza
Fax (0444) 594343
e-mail delzotti@intesys.it

Indicatori Grezzi

- 1) Monitoraggio del compenso metabolico con la Hb glicosilata
- 2) Monitoraggio del compenso metabolico mediante un programma laboratoristico-strumentale da definire
- 3) Presenza ed uso di linee guida operative per la gestione del diabete
- 4) Presenza ed uso linee guida diagnostiche
- 5) Monitoraggio dei valori glicemici di tutti i pazienti in un periodo campione
- 6) Monitoraggio della efficacia della terapia dietetica-ponderale
- 7) Numero pazienti con dimostrata acquisizione di nozioni di educazione sanitaria
- 8) La cartella clinica come strumento di gestione
- 9) Monitoraggio insorgenza dei danni d'organo
- 10) Proporzioni di pazienti in cura diretta verso curati al Centro Diabetologico
- 11) Numero pazienti ricoverati in ospedale per crisi ipo-iper glicemiche
- 12) Indicazioni alla terapia insulinica nel diabete tipo II
- 13) Numero pazienti mai sottoposti a fundus

Indicatori Specifici

- 1) % di pazienti diabetici con valori di HbA1c noti eseguiti negli ultimi 6 mesi
- 2) **Valore medio di tutte le HbA1c dosate nel corso di un anno**
- 3) Pazienti con HbA1c < 6% tra tutti i diabetici in carico, prelievo ad invito in un periodo campione (valore accettabile 80%)
- 1) N° di pazienti con valori di glicemia capillare <140 mg/dl tra tutti i diabetici in carico, dopo invito alla determinazione ambulatoriale in un periodo campione (valore accettabile 70%)
- 1) **% di diabetici (sul totale dei diabetici) con BMI < 25, in cura dal MMG**
- 1) **Incidenza globale di complicanze vascolari** (micro/macro, fatali e non: retinopatia proliferativa, A.O.Cr.P. sintomatica, insuff. renale, angina e/o IMA, ictus) nei pazienti diabetici assistiti
- 2) % di pazienti diabetici tipo II sottoposti a fundus negli ultimi 12 mesi
- 3) % di diabetici (sul totale dei diabetici) in cura dal MMG eseguenti annualmente fundus oculi e beta2-microglobulina
- 1) Proporzioni dei pazienti in cura diretta dal MMG verso curati al Centro Diabetologico: % pazienti DM tipo II in cura diretta sul totale (valore accettabile: >= 1)