



*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 accredita...

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. A. 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 I
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	Ipertensione 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	Antipertensi vivi	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 o 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 o 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 o circ add	Indicare la data di registrazione del dato precedente nel formato ggmmaaaa.
251	8	O	Numerico	Data Piano Terapeutico o 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, creatinemia, 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	registr.dato 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 + Glucorticoidi 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

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
- Nubile/Celibe
- 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:		
<i>Cardiopatía Ischemica</i>		
<i>IMA</i>		
<i>Rivascolarizzazione</i>		
<i>Claudicatio</i>		
<i>TIA</i>		
<i>Ictus</i>		
<i>Angina</i>		
Esame dell'Occhio:		
<i>Esame fondo Oculare</i>		
<i>Retinopatia</i>		
<i>Cecità</i>		
Esame del Piede:		
<i>Ulcerazioni</i>		
<i>Amputazione</i>		
Complicanze Renali:		
<i>Nefropatia</i>		
<i>Dialisi</i>		

	Start-up		3 mesi		6 mesi		9 mesi		1 anno	
	Valori	Data	Valori	Data	Valori	Data	Valori	Data	Valori	Data
Dati Antropometrici:										
<i>Altezza</i>										
<i>Peso</i>										
<i>BMI (valore in Kg/m²)</i>										
<i>Circonferenza Vita</i>										
Pressione Arteriosa										
Verifica autocontrollo glicemico (se effettuato)										
Rinforzo educativo :										
<i>Alimentazione</i>										
<i>Attività Motoria</i>										
<i>Autocontrollo</i>										
<i>Prevenzione Piede</i>										
Ispezione del piede										
HbA1c										
Microalbuminuria										
Creatininemia										
Uricemia										
Colesterolo tot.										
Colesterolo LDL										
Trigliceridi										
AST										
ALT										
GGT										
Emocromo + F+										
Calcolo del rischio CV										
ECG										
<i>visita diabetologica</i>										
<i>visita cardiologica</i>										
<i>visita oculistica</i>										
Fondo Oculare										
<i>visita nefrologica</i>										
<i>visita neurologica</i>										

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.

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

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 creatinemia	Numero pazienti diabetici di tipo 2 con una registrazione della creatinemia 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 creatinemia 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 saltuario no
moderato
abuso

attività fisica

continuativa
camminare per almeno 2 Km
nuotare
andare in bicicletta
altro

Situazione cognitiva

lucido confuso molto confuso
(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 assistito non si sposta
(punteggio di Barthel da 0 a 14) (da 15 a 29) (da 30 a 40)

Situazione funzionale (attività di base)

autonomo dipendente parziale dipendente totalmente
(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	<input type="checkbox"/>			
malattia cardiovascolare	<input type="checkbox"/>			
broncopneumopatia cronica	<input type="checkbox"/>			
malattia mentale	<input type="checkbox"/>			
neoplasie	<input type="checkbox"/>			
malattia dismetabolica	<input type="checkbox"/>			
insufficienza renale cronica	<input type="checkbox"/>			
insufficienza epatica	<input type="checkbox"/>			
altro	<input type="checkbox"/>			

Terapia farmacologica in trattamento

Diuretici	<input type="checkbox"/>	Antipsicotici	<input type="checkbox"/>
Betabloccanti	<input type="checkbox"/>	Antidepressivi	<input type="checkbox"/>
Calcio-antagonisti	<input type="checkbox"/>	Antiepilettici	<input type="checkbox"/>
Anticoagulanti, antiaggreganti	<input type="checkbox"/>	Antiparkinsoniani	<input type="checkbox"/>
Antidiabetici	<input type="checkbox"/>	Cortisonici	<input type="checkbox"/>
Antidislipidemic	<input type="checkbox"/>	Ormoni Tiroidei	<input type="checkbox"/>

Assistenza infermieristica

non necessita di assistenza
 bassa assistenza
 alta assistenza

Condizioni Sociali

idonee
 non idonee

Situazione cognitiva

risposta esatta no

Che giorno è oggi?	0	1
Che giorno della settimana è oggi?	0	1
Dove ci troviamo?	0	1
Qual è il suo indirizzo?	0	1
Quanti anni ha?	0	1
Quando è nato?	0	1
Chi è il Papa attuale	0	1
Chi è il Papa precedente?	0	1
Qual è il cognome di sua madre?	0	1
Sottragga 3 da 20 e prosegua fino a zero	0	1

Totale valutazione cognitiva

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

Condizioni associateProblemi comportamentali con pericolo
di fuga e/o di aggressività soggetto psicogeriatrico che
necessita di assistenza **Sensorio e comunicazione****Linguaggio (comprensione)**

normale	0
comprende solo frasi semplici	1
non valutabile	2
non comprende	3

Linguaggio (produzione)

parla normalmente	0
linguaggio alterato, ma esprime pensiero	1
si comprendono solo parole isolate	2
non si esprime	3

Udito (con eventuale protesi)

normale	0
deficit, ma adeguato alle sue necessità	1
grave deficit non correggibile	2
sordità	3

vista (eventualmente con occhiali)

normale	0
deficit, ma adeguato alle sue necessità	1
grave deficit non correggibile	2
cecità	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)

Bagno/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