



LA GESTIONE INTEGRATA DELLA MALATTIA DIABETICA: L'ESPERIENZA PIEMONTESE

Andrea Pizzini

MMG - Torino



LA GESTIONE INTEGRATA IN **PIEMONTE**

Gli obiettivi del progetto

Almeno il 3 per cento della popolazione di assistiti inserita.

Registrazione di almeno una HbA1c negli ultimi 12 mesi nel 70%

Registrazione di almeno una pressione arteriosa negli ultimi 12 mesi

Registrazione di una circonferenza addominale negli ultimi 12 mesi

Registrazione di almeno una microalbuminuria negli ultimi 12 mesi

Ultimo valore registrato di colesterolo Ldl ≤130mg/dl nel 20 per cento

Registrazione di almeno una creatininemia negli ultimi 12 mesi

Ultimo valore registrato di HbA1c ≤ 7,5% nel 25 per cento

Ultimo valore registrato di pressione arteriosa ≤ 130/80mmHg.

Registrazione di almeno un profilo lipidico negli ultimi 12 mesi

Registrazione di un Bmi negli ultimi 12 mesi nel 70 per cento

14/11/09

DAL LUGLIO 2008 MEDICI DI FAMIGLIA E SPECIALISTI LAVORANO IN TANDEM

Gestione integrata «modello Piemonte»

in gestione integrata

nel 60 per cento

er «gestione integrata» si intende la partecipazione congiunta dello specialista e del medico di medicina generale in un programma stabilito di assistenza ai pazienti con patologie croniche in cui lo scambio di informazioni avviene da entrambe le parti con il consenso informato del paziente. La gestione integrata del paziente diabetico prevede l'apporto di un ampio numero di figure assistenziali che, oltre agli specialisti dei servizi di diabetologia e ai medici di medicina generale, comprende gli altri medici e infermieri coinvolti nel processo di cura e gli operatori dei distretti. È strategico il lavoro interdisciplinare in team.

Come riporta il Progetto Igea dell'Iss, il diabete mellito è una sorta di modello paradigmatico delle malattie croniche che oggi rappresentano una sfida per i servizi sanitari dei Paesi occidentali, che assorbono sempre più risorse e mettono a rischio l'esistenza stessa dei siste-

re da un'offerta passiva e non coordinata di servizi a un siste-

ormazioni fluiscano tra i de ecc. attori. Il ruolo di proni di disease management se management nella cuuna gestione integrata ere effetti positivi su alcu-

C'è dunque bisogno di passa- si riscontra sugli indicatori di processo, quali la frequenza con un follow-up a lungo termine, di priorità per l'accesso più o

soggetto coinvolto possa ne dei valori glicemici re il proprio ruolo in rap- (HbA1c), controlli sul fondo delquello degli altri e dove l'occhio, controlli clinici sul pie-

n. 39-415 del 4/07/2005, poi ri- pazienti in compenso accettabi- visita specialistica. persone con diabete mel- badita con l'approvazione del le e senza gravi complicanze), "integrato" è il seguente:

Il dato comune è che i gico per la valutazione comples- nuovi problemi. mmi di disease manage- siva, l'impostazione terapeutica

mi sanitari come li conosciamo. ra. Un altro aspetto migliorativo cessario un follow-up a vita;

2. il paziente è poi avviato a cui i pazienti vengono sottopo- integrato e condiviso tra medico meno rapido ai servizi, sulla ba- ha poi firmato con i medici di iscrizioni al Registro regionale grato e proattivo in cui sti annualmente a determinazio- di medicina generale e servizio se di condizioni cliniche di ur- medicina generale un accordo dei diabetici si evidenzia come,

numi convenzionali di cu- le motivazioni che rendono ne- gerimenti comportamentali e te- operatori coinvolti con il compi- futuro essere mutuato per alt

rapentici.

Sono stati identificati codici protocollo di gestione integrata.

to di tradurre a livello locale il

genza in cui il paziente si può integrativo regionale sulla ge- rispetto all'anno precedente, nel il paziente si sottopone a venire a trovare: in questo mo- stione integrata del diabete che, primo anno di attività siano stati visita presso la struttura diabeto- do qualsiasi sanitario può invia- oltre a incentivare la categoria, identificati più del doppio dei logica con le scadenze concorda- re rapidamente, secondo un per- prevede, al termine di ogni an- pazienti diabetici (+57% di pa-In Piemonte la gestione inte-te con il medico di famiglia (in corso diagnostico-terapeutico no, che il medico inviii i propri zienti inseriti nel Registro). Nugrata è iniziata con la delibera media una volta l'anno per i concordato con il paziente, alla dati di attività (vedi tabella) a merose risultano essere le nuoun server regionale per dimo- ve diagnosi, grazie all'attività di Il corretto funzionamento del strare l'attività svolta, consenti- ricerca attiva del diabete somtato oggetto di numerosi Dd 176 del 4/04/2008. Qui vie- eventualmente con maggiore modello presuppone una siner- re il monitoraggio del progetto, merso, con un'importante attivicui risultati dimostrano ne sancito che il modello frequenza per i pazienti che pregia di intenti, in cui è auspicabi- valutare la qualità e il previsto tà di diagnosi precoce del diabesentano complicanze o un con- le che almeno i medici di medi- miglioramento dell'assistenza te di tipo 2 nella popolazione 1. il paziente neo-diagnostica- trollo metabolico cattivo o insta- cina generale e gli operatori dei al paziente affetto da diabete piemontese. etti della qualità dell'assi- to è inviato al servizio diabetolo- bile oppure se si presentassero servizi si incontrino, stabilisca- mellito tipo 2 sia in termini di no obiettivi comuni, scambino aderenza al protocollo diagnosti-In questo modello, la pro- reciproche esperienze e si impe- co terapeutico sia in termini di ermettono di ottenere un e l'educazione strutturata alla grammazione delle visite, comlo glicemico significati- gestione della malattia, che com- preso l'eventuale richiamo teles scopo i direttori generali hanno vo finale è quello di ridurre le e migliore rispetto a prende la chiara indicazione de- fonico periodico del paziente, istituito a livello di ogni Asl un complicanze micro e macroanottenibile nei pazienti dei gli obiettivi da raggiungere, dei sono elementi fondamentali per Comitato diabetologico costituidi controllo, sottoposti a mezzi adeguati allo scopo e del- migliorare la compliance ai sug- to dai rappresentanti di tutti gli monte. L'accordo, che potrà in

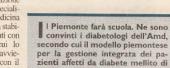
patologie croniche, si ispira dunque a quattro principi cardine: la medicina di iniziativa; il pay for performance; l'accountabili ty; la qualità attraverso l'audit.

240RE_

In questo modo, primo esempio in Italia, si permetterà ai medici di medicina generale del Piemonte di iniziare ad affrontare con strumenti adeguati il problema delle patologie croniche. Vi è infatti la necessità di affiancare a una medicina "on demand", del singolo e di attesa (utile per affrontare le malattie acute) una medicina attiva, di popolazione e di iniziativa.

Al 31 luglio 2009, a circa un anno dall'inizio dei lavori, risultano inseriti in gestione integrata circa 41.200 pazienti con un trend in salita costante e continuo; i medici di famiglia che hanno a quella data identificato almeno un paziente per la gestione integrata sono 1.622 (il 51% di quelli del Piemonte). Non essendo ancora disponibile il server regionale su cui far convergere i dati clinici, non è ancora possibile a oggi valutare le performance di processo e di risul-Il 21 luglio 2008 la Regione tato; tuttavia, dall'analisi delle

Andrea Pizzini Medico di famiglia, Fimmg Luca Monge Vice-presidente sezione regionale Piemonte-Valle d'Aosta Amd (Associazione medici



zienti affetti da diabete mellito di tipo 2 è l'optimum per affrontare al meglio la malattia. E non soltanto questa: la via "sabauda" potrebbe essere applicata a ogni altra patologia cronica, raccogliendo una delle sfide più pressanti per i nostri servizi sanitari. La filosofia alla base del proget-

to avviato in Piemonte è chiara: favorire il lavoro di squadra e lo scambio di informazione tra specialisti e medici di famiglia. Per stanare la malattia tempestivamente tra gli assistiti dei Mmg, curarla e tenerla sotto controllo. In modo da ridurre ricoveri e complicanze. In un anno di sperimentazione la gestione integrata sembra già aver dato buoni frutti.



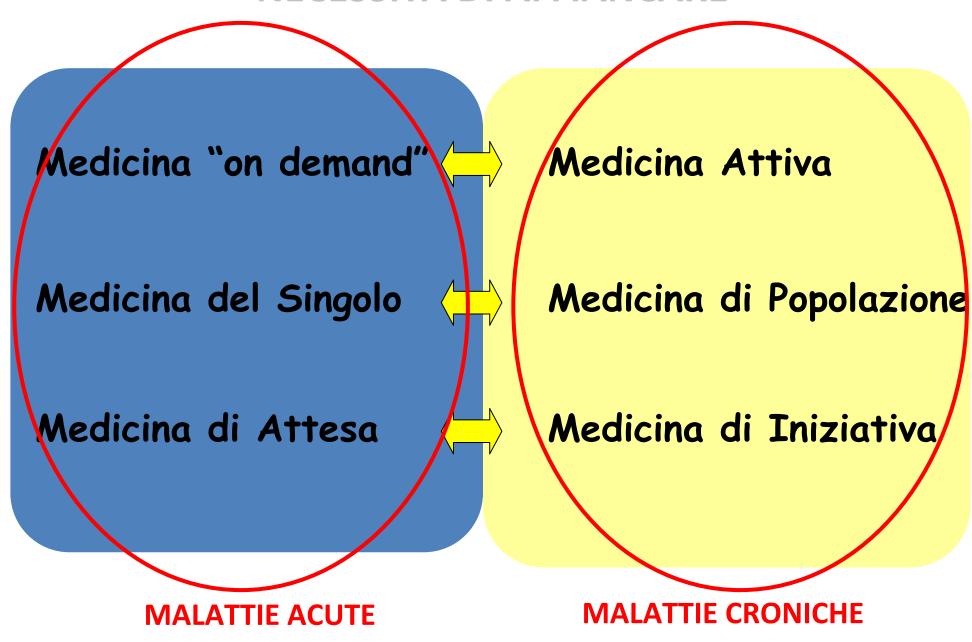
GESTIONE INTEGRATA del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto

Documento di indirizzo





NECESSITÁ DI AFFIANCARE



La Rappresentazione a blocchi del Progetto

WP1 Strumenti di programmazione

- Livelli minimi di assistenza
- Adeguamento delle risorse specialistiche
- Revisione delle modalità di finanziamento delle attività

WP2 Strumenti di controllo

- Linee Guida di riferimento
- Indicatori e standard
- Modalità di verifica delle attività



WP3 Gestione Integrata

- Definizione del modello
- Condivisione e diffusione
- Formazione dei formatori
- Formazione degli operatori
- Assistenza nella stesura dei PDQ di ASL

WP4 Sistema informativo

- Acquisizione di applicativo comune, server dedicato e relativi contratti di manutenzione
- Formazione degli operatori
- Acquisizione di postazioni di lavoro informatizzate
- Studio di fattibilità per condivisione dati fra Strutture diabetologiche e MMG
- Adeguamento del RRD



LA GESTIONE INTEGRATA IN PIEMONTE



Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007

Ambito 2.1, Iniziativa 3 - Prevenzione Attiva delle Complicanze del Diabete Tipo 2

D301

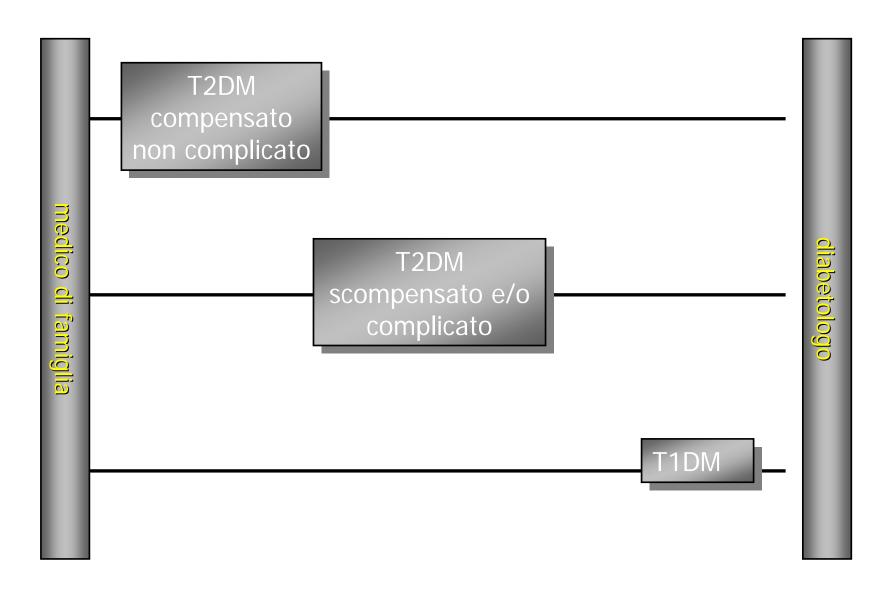
MODELLO DI GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Il protocollo diagnostico-terapeutico

Per il paziente diabetico tipo 2, il modello "integrato" attualmente ritenuto più idoneo al raggiungimento degli obiettivi terapeutici condivisi, è il seguente:

- 1. Il paziente neo-diagnosticato è inviato al SD per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia, che comprende la chiara indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up a vita
- 2. Successivamente il paziente è avviato ad un follow-up a lungo termine, integrato e condiviso tra MMG e Servizio specialistico
- 3. Il paziente si sottopone a visita presso la struttura diabetologica:
 - con le scadenze concordate con il MMG, (in media una volta l'anno per i pazienti in compenso accettabile e senza gravi complicanze)
 - con maggiore frequenza (pur sempre in stretta collaborazione con il MMG) per i pazienti che presentano complicanze o un controllo metabolico cattivo o instabile.
 - in qualsiasi momento si presentino nuovi problemi.

TEAM DIABETOLOGICO INTEGRATO



ASL – Comitati Diabetologici

Nuove ASL	Direttore Generale			Riferimenti
ASL 1	Ferruccio MASSA	ASL 1	Torino	Luciano Corgiat
		ASL 2	Torino	Piero Griseri
ASL 2	Giulio FORNERO	ASL 3	Torino	Maurizio Carlini
		ASL 4	Torino	Sergio Martelli
ASL 3	Marina FRESCO	ASL 6	Ciriè	Virginia Trinelli
		ASL 7	Chivasso	Anna Chiambretti
		ASL 9	lvrea	Lorenzo Gurioli
ASL 4	Giovanni CARUSO	ASL 8	Chieri	Carlo Giorda
ASL 5	Giorgio RABINO	ASL 5	Collegno	Silvano Davi
		ASL 10	Pinerolo	Alessandro Ozzello
ASL 6	Mauro BARABINO	ASL 11	Vercelli	Federico Baldi
ASL 7	Oreste BRUSORI	ASL 12	Biella	Franco Travaglino
ASL 8	Mario MINOLA	ASL 13	Novara	Gabriele Allochis
ASL 9	Ezio ROBOTTI	ASL 14	VCO	Giuseppe Saglietti
ASL 10	Fulvio MOIRANO	ASL 15	Cuneo	Gianpaolo Magro
		ASL 16	Mondovi	Giovanni Vallesano
		ASL 17	Savigliano	Salvatore Oleandri
ASL 11	Giovanni MONCHIERO	ASL 18	Alba	Annalisa Rosatello
ASL 12	Luigi ROBINO	ASL 19	Asti	Luigi Gentile
ASL 13	Giampaolo ZANETTA	ASL 20	Alessandria	Giuseppe Rosti - Cesare Dossena
		ASL 21	Casale Monferrato	Giuseppe Bargero
		ASL 22	Novi Ligure	Gianpaolo Carlesi

ACCORDO REGIONALE DEI MMG SULLA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE: NORMATIVA ECONOMICA

Si possono individuare due momenti di riscontro:

1) PRESA IN CARICO

per ogni Paziente arruolato una quota capitaria annua aggiuntiva in dodicesimi

2) QUALITA' EROGATA

a fine anno per ogni Paziente seguito

secon qualit

Punteggio L

da 300 a 599

da 600 a 799

da 800 a 100





EXEREGIONE

Indicatori e Standard

Attività previste per il Medico di Famiglia

1. OUTCOME: migliorare la prevalenza, ridurre i casi di diabete tipo 2 misconosciuti

Almeno il 3% della popolazione di assistiti inserita in Gestione Integrata

2. OUTCOME: un efficace follow-up dei pazienti

Registrazione di almeno una HbA1c negli ultimi 12 mesi nel 70%

Registrazione di almeno un Profilo Lipidico negli ultimi 12 mesi nel 60%

Registrazione di almeno una Pressione Arteriosa negli ultimi 12 mesi nel 90%

Registrazione di un BMI negli ultimi 12 mesi nel 70%

Registrazione di una Circonferenza Addominale negli ultimi 12 mesi nel 50%

Registrazione di almeno una Microalbuminuria negli ultimi 12 mesi nel 50%

Registrazione di almeno una Creatininemia negli ultimi 12 mesi nel 60%

3. OUTCOME: migliorare la "performance"

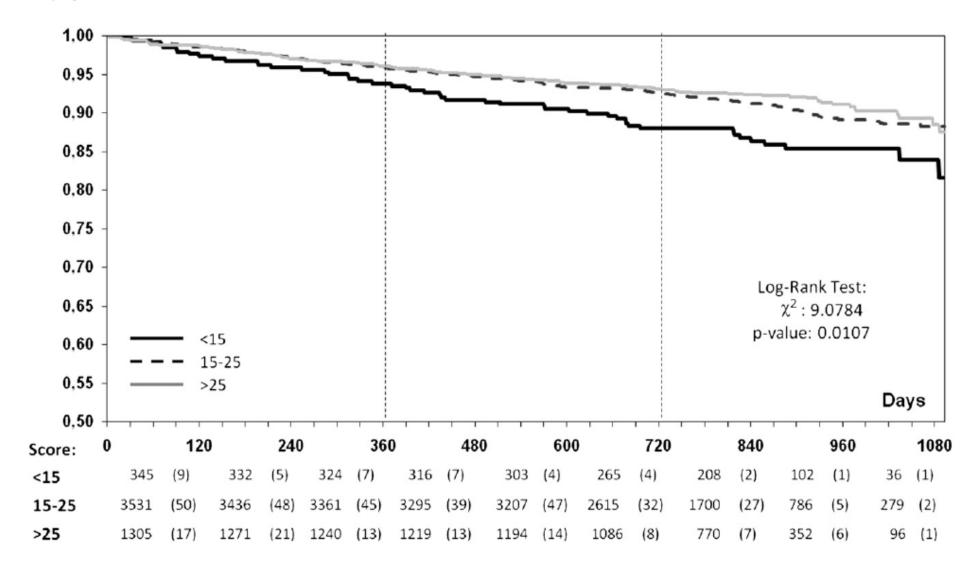
Ultimo valore registrato di HbA1c ≤ 7,5% nel 25%

Ultimo valore registrato di Colesterolo LDL ≤ 130mg/dl nel 20%

Ultimo valore registrato di **Pressione Arteriosa** ≤ 130/80mmHg nel 20%

Quality of Diabetes Care Predicts the

Quality of diabetes care and CV events





Allegato A GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO TIPO 2 – LEAD SCHEDA INDIVIDUALE DEL PAZIENTE

Cognome: Epoca di insorgenza del l Terapia in corso (diabeto		Nome: Diabete:			Data di n	Data di nascita:		
1 2				5				
·····	3							
		3-4 mesi Data:	6 mesi* Data:	9 mesi Data:	1 anno* Data:	15 mesi Data:	18 mesi* Data:	
	Glicemia							
	HbA1c							
esi	Esame urine		1					
74 m	Pressione Arteriosa							
Ogni 3-4 mesi	Verifica autocontrollo glicemico (se effettuato)							
	Rinforzo educativo (specificare argomento)							
	BMI / Circonf. vita	/	/	/	/	/	/	
is	Ispezione del piede							
Ogni 6 mesi	EO Cardiovascolare	1						
Ogu	EO Neurologico	1						
	Microalbuminuria	1		1		1		
	Creatininemia	1						
	Uricemia	1						
	Colesterolo tot.	1						
A 1 anno	Colesterolo HDL	1						
	Trigliceridi	1						
	AST / ALT/ GGT				/ /			
	Emocromo+F	1						
	Calcolo del rischio CV	1						
	ECG							
A 2 anni	Fondo Oculare (amencognizanni opimain peserzadietnopata)						(24 mesi) data:	

A 2	presenzacire/inopatia)			
Altri	esami rilevanti esegi	uiti:		

- HO RACCOLTO L'AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

TIMBRO e Firma del Medico

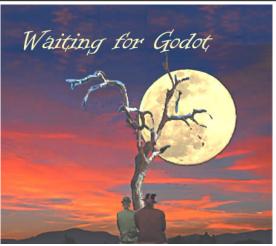
- Indirizzo, numero di telefono, orario di reperibilità ed indirizzo E-mail del medico

Editorial

Electronic Medical Records and Diabetes Care Improvement

Are we waiting for Godot?

DIABETES CARE, VOLUME 26, NUMBER 3, MARCH 2003



Emerging Treatments and Technologies

Diabetes Care 26:750-757, 2003

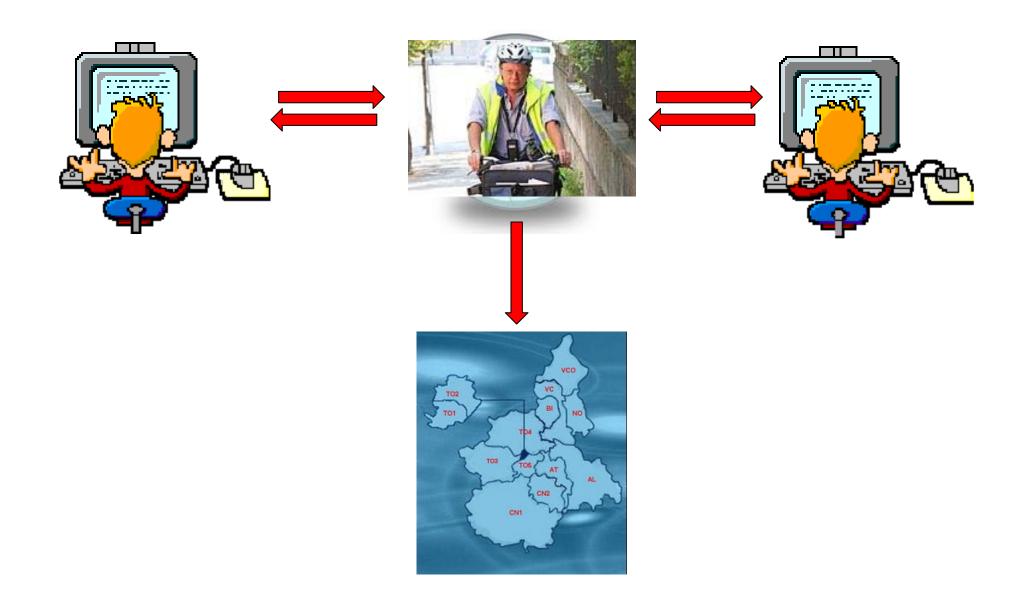
ORIGINAL ARTICLE

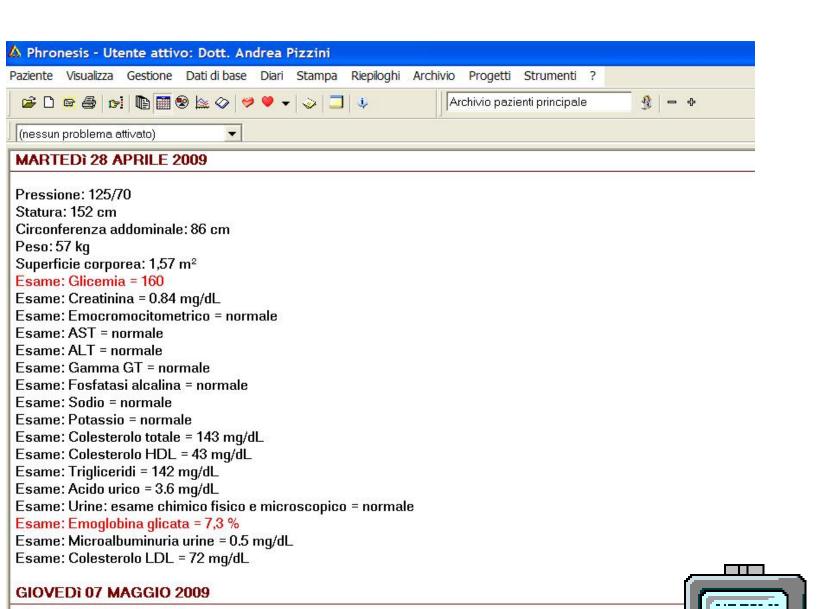
A Controlled Trial of Web-Based Diabetes Disease Management



The MGH Diabetes Primary Care Improvement Project

SCAMBIO DI INFORMAZIONI VIA WEB TRA I MEDICI





Pressione: 120/75

Ipotesi diagnostica: Pz operata per prolasso uterino.

Visita specialistica Ginecologica

MARTEDì 19 MAGGIO 2009

Pressione: 110/70



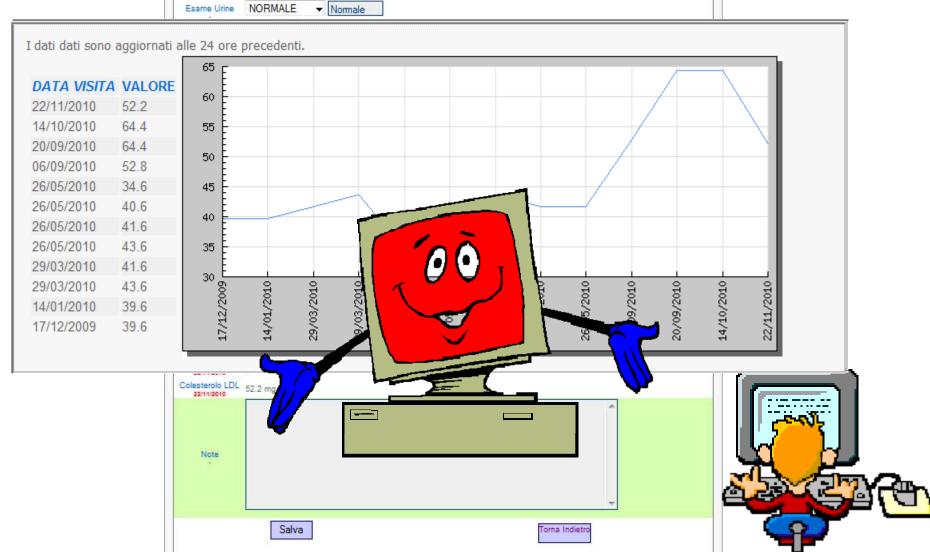
PORTALE REGIONALE PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO

	4	A.S.L. Azienda San Torino Nord	102	ortale dell servizi \ i di Medici ECWM	WEB na Generale		
Elen	co delle sched	e per giorno					
co	DICE FISCALE		*				
Cog	nome:		*				
Nor	ne:		*				
		Cerca					
⊧ Ut	ilizzare % com	ne carattere j	olly				
/eri	fica presenza o	del mio codic	e regionale su altre asl				
N.	OPZIONI	MEDICO	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	PAZIENTE	ULTIMA SCHEDA COMPILATA	ISCR.
	VISUALIZZA	PIZZINI ANDREA	LAUFPP41T18G624P	18/12/1941	i e		SI
1	VISUALIZZA	PIZZINI ANDREA	NGHFBB39M23D713Q	23/08/1939	,	Arruolato il 29/09/2010. Scheda 6 Mesi del 04/05/2011	SI
	VISUALIZZA	PIZZINI ANDREA	RDTTLI43R63C983X	23/10/1943	į.		SI
	VISUALIZZA	PIZZINI ANDREA	STRMRA72H64H355M	24/06/1972	ļ		NO
2	VISUALIZZA	PIZZINI ANDREA	STRSVT45S10E044C	10/11/1945		Arruolato il 29/09/2010. Scheda 6 Mesi del 12/05/2011	SI
4							
3	VISUALIZZA	PIZZINI ANDREA	BNNPCR36E08L219T	08/05/1936		Arruolato il 10/05/2011. Scheda 3- 4- Mesi del 02/05/2011	NO

Gestione integrata del diabete mellito tipo 2 - LEAD Scheda individuale del Paziente

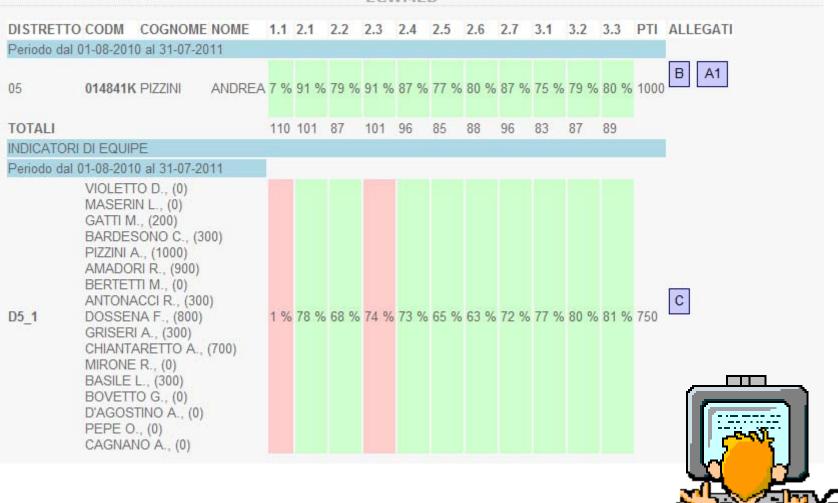
IN CURA PRESSO	SO VENEZIA 19 SC.A TO IL CENTRO DI AMB. DI	PAR. DI DIABETOLO		「ABOLICHE	
Data Arruolamento	CINA GENERALE: PIZZIN	II ANDREA (14841K)		
oata Arruolamento	25 09 2008	seleziona * date di arruolame	ento non valide verranno forzate	al 01-01-2009	
poca di insorgenza del liabete	01 , 01 , 1995	seleziona			
Data di chiusura della scheda	non sarà più possibile aggiungere		ata di chiusura la scheda verrà c	onsiderata chiusa e	
erapia in corso diabetologica e non)	DIAMICRON 30MG R.M./2CP DIE TICOPIDINA 200MG/DIE SIMVASTATINA 20MG/DIE XATRA TRIATEC 10MG/DIE DEDRALEN 2 DEPAKIN CHRONO 500MG/B.I.D.	L RM 10MG\DIE			
Atri esami rilevanti Iseguiti			-		
Problemi aperti		,	A.		
perteso	SI ▼				
Consenso informato	SI ▼			10000	
outorizzazione al Frattamento dei dati	SI Stampa lettera consenso/trattam Stampa scheda di segnalazione Stampa scheda individuale del pa				
	Salv	vataggio dati testata			
					_







Portale della Salute servizi WEB Medici di Medicina Generale ECWMED



ACCORDO REGIONALE DEI MMG SULLA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE: NORMATIVA ECONOMICA

L'Accordo, oltre a poter essere in futuro mutato per altre patologie croniche, si ispira a 4 principi cardine:

- 1. Medicina di Iniziativa
- 2. Pay for performance
- 3. Accountability
- 4. Qualità attraverso l'Audit



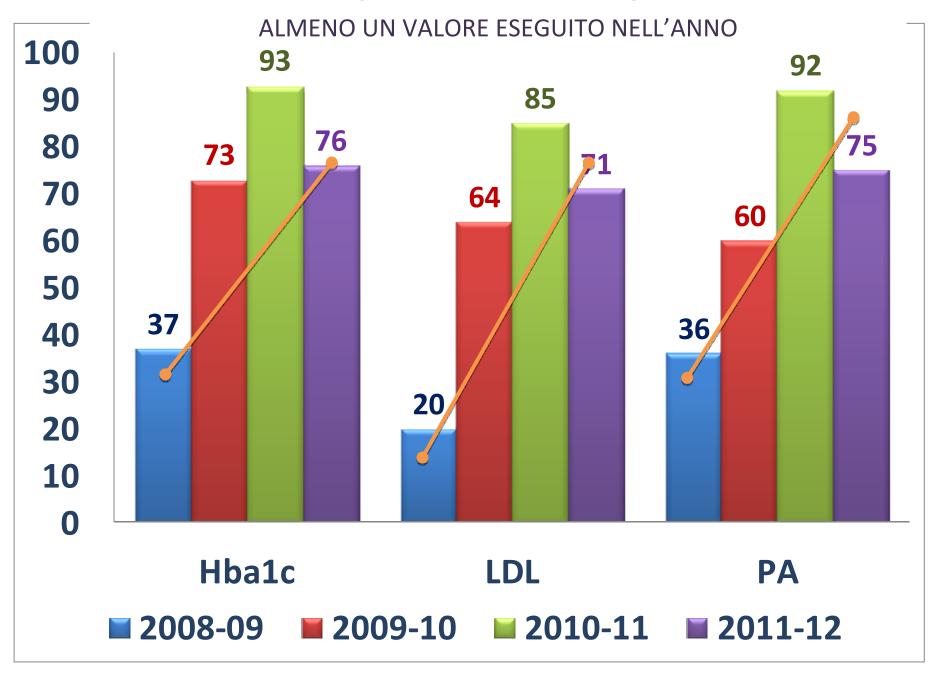
I NUMERI al 30 SETTEMBRE 2012



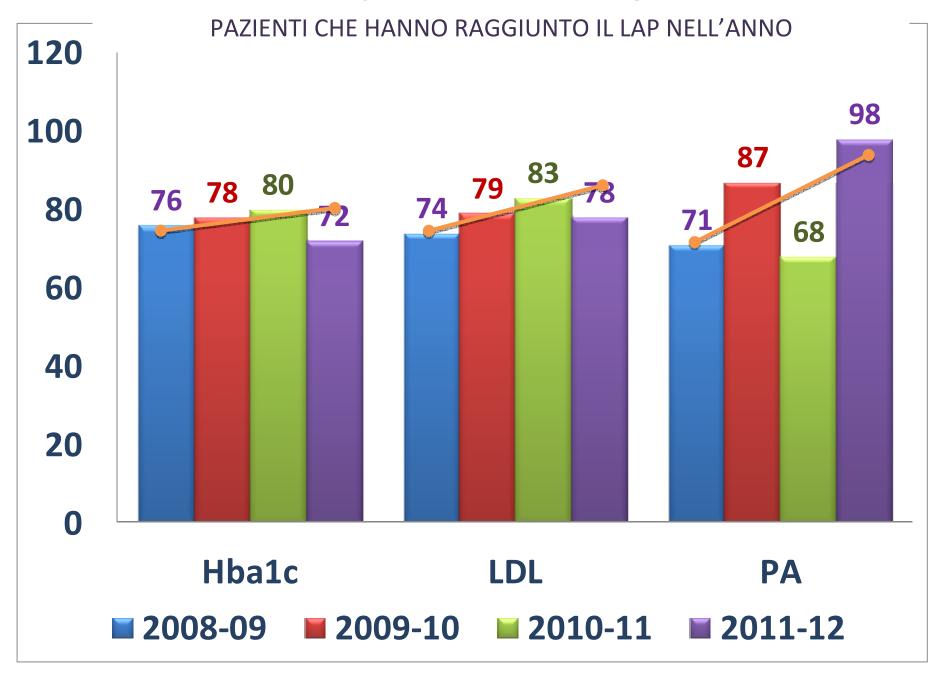


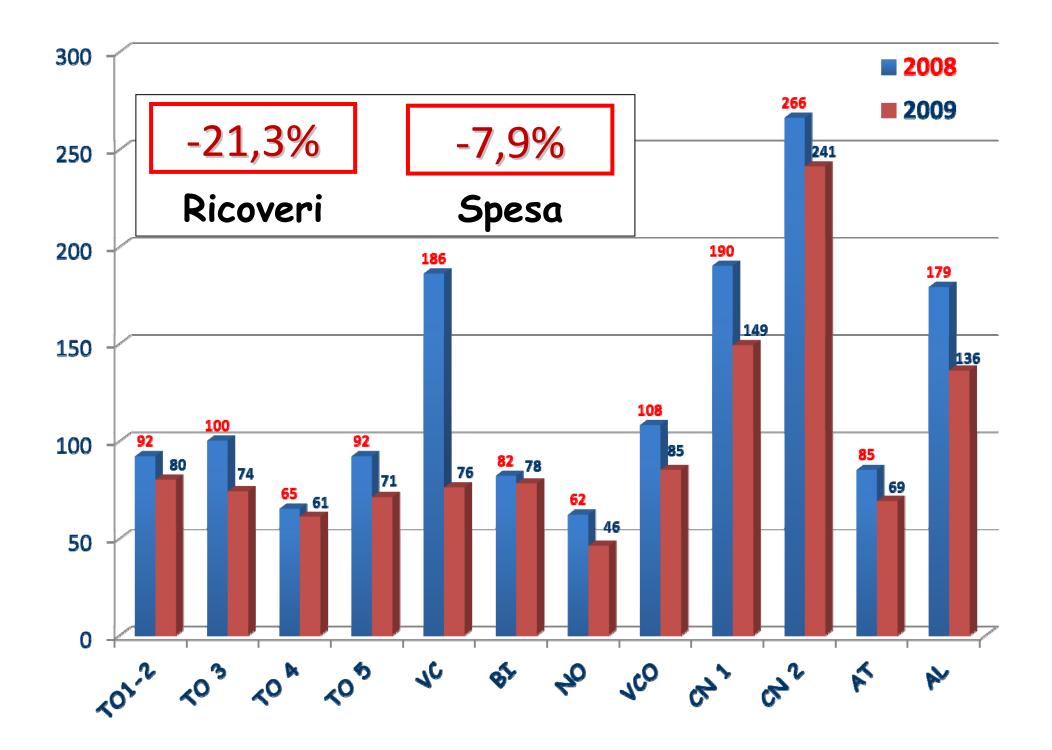
NEL PORTALE SONO STATI INSERITI 69.346 PAZIENTI: 96%

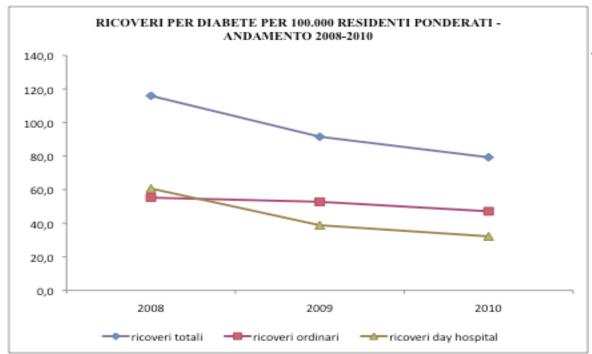
DATI ESTRATTI DAL PORTALE



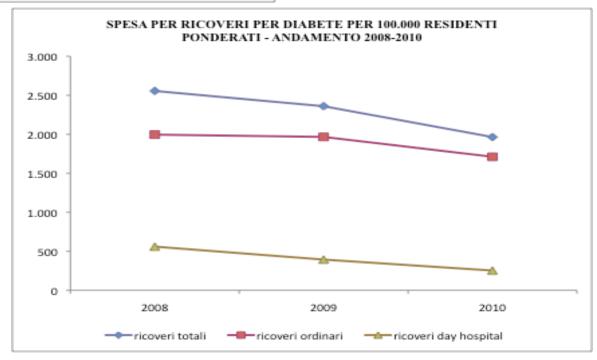
DATI ESTRATTI DAL PORTALE







... E NEGLI ANNI SUCCESSIVI?





HAMSTER HEALTH CARE

Per descrivere la difficile situazione dei Medici di Famiglia:



"L'Assistenza Sanitaria del Criceto"

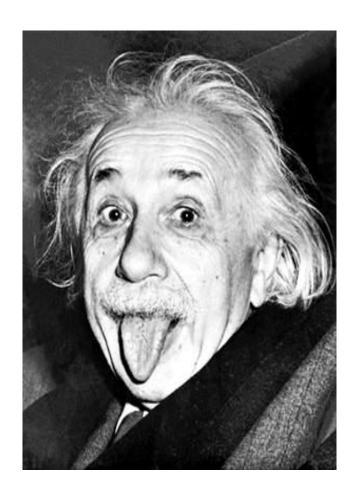
BMJ

BMJ VOLUME 321 23-30 DECEMBER 2000

Hamster health care

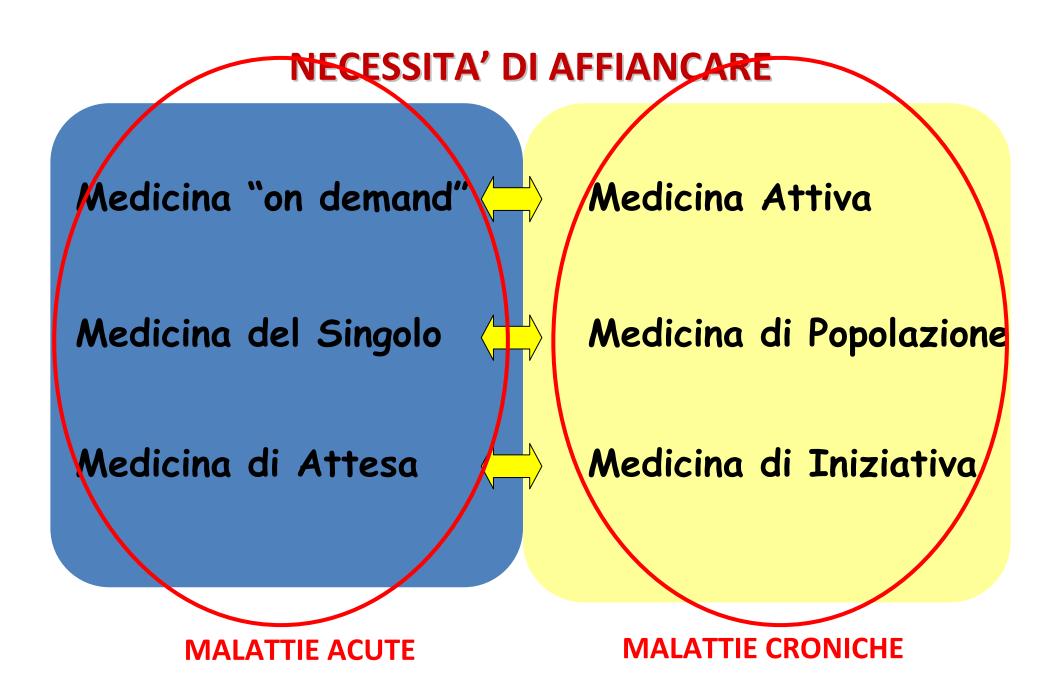
Time to stop running faster and redesign health care

"In tutto il mondo i medici sono infelici perché si sentono come criceti all'interno di una ruota: devono correre sempre più veloci per rimanere fermi"



"I problemi non possono essere risolti allo stesso livello di pensiero che li ha generati"

Albert Einstein



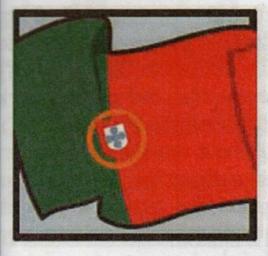
PORTOGALLO

del 19 Febbraio 2013

Sanità

PORTOGALLO

La ricetta: «Non ammalatevi»



on è stata la classica boutade: il 31 dicembre scorso i portoghesi si sono visti idealmente recapitare una nota del ministero della Sanità in cui gli si chiedeva di non ammalarsi, per evitare di "pesare" ulteriormente su un sistema sanitario già gravato da tagli e aumento delle compartecipazioni. «Se ognuno di noi non fa abbastanza per evitare di ammalarsi, per quanto si possano aumentare le imposte il Sistema sanitario nazionale prima o poi collasserà», avvertiva nella sua

nota il ministero. Ma la popolazione portoghese dal 1° gennaio 2013 non