

La gestione integrata della malattia diabetica centrata sulla persona

L'assistenza integrata alla persona con
diabete tra Ospedale e Territorio: il punto di
vista del medico di medicina generale

Silvia Riccomi

**Monica Lorenzini, Lara Rovesta, Chiara Giansante,
Maria Luisa De Luca, Valentina Solfrini**

Dipartimento di Cure Primarie e U.O. Governance Clinica
ASL di Modena

Declinazione della Gestione Integrata

PERCORSO	Azienda USL di Piacenza	Azienda USL di Parma	Azienda USL di Reggio Emilia	Azienda USL di Modena	Azienda USL di Bologna	Azienda USL di Imola	Azienda USL di Ferrara	Azienda USL di Ravenna	Azienda USL di Forlì	Azienda USL di Cesena	Azienda USL di Rimini	Totale aziende per percorso
Gestione integrata Progetto Diabete	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11/11

PERCORSO	Azienda USL di Piacenza	Azienda USL di Parma	Azienda USL di Reggio Emilia	Azienda USL di Modena	Azienda USL di Bologna	Azienda USL di Imola	Azienda USL di Ferrara	Azienda USL di Ravenna	Azienda USL di Forlì	Azienda USL di Cesena	Azienda USL di Rimini	Totale arruolati per percorso
Gestione integrata Progetto Diabete	1.393	3.753	6.425	19.224	22.596	3.630	12.072	6.904	2.204	3.614	3.955	85.770

Integrazione infermiere	Azienda USL di Piacenza	Azienda USL di Parma	Azienda USL di Reggio Emilia	Azienda USL di Modena	Azienda USL di Bologna	Azienda USL di Imola	Azienda USL di Ferrara	Azienda USL di Ravenna	Azienda USL di Forlì	Azienda USL di Cesena	Azienda USL di Rimini	Totale aziende per percorso
Gestione integrata Progetto Diabete		X	X		X		X	X	X		X	7/11

Percorsi e discipline specialistiche	Numero aziende	Azienda											
		Azienda USL di Piacenza	Azienda USL di Parma	Azienda USL di Reggio Emilia	Azienda USL di Modena	Azienda USL di Bologna	Azienda USL di Imola	Azienda USL di Ferrara	Azienda USL di Ravenna	Azienda USL di Forlì	Azienda USL di Cesena	Azienda USL di Rimini	
Gestione integrata Progetto Diabete													
Cardiologia	8/11		X	X	X			X	X	X	X	X	
Diabetologia	11/11	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Medicina Generale	1/11									X			
Nefrologia	3/11								X	X			X
Neurologia	2/11								X				X
Oculistica	7/11		X	X	X				X	X	X	X	X
Ortopedia	1/11								X				
Riabilitazione	1/11								X				

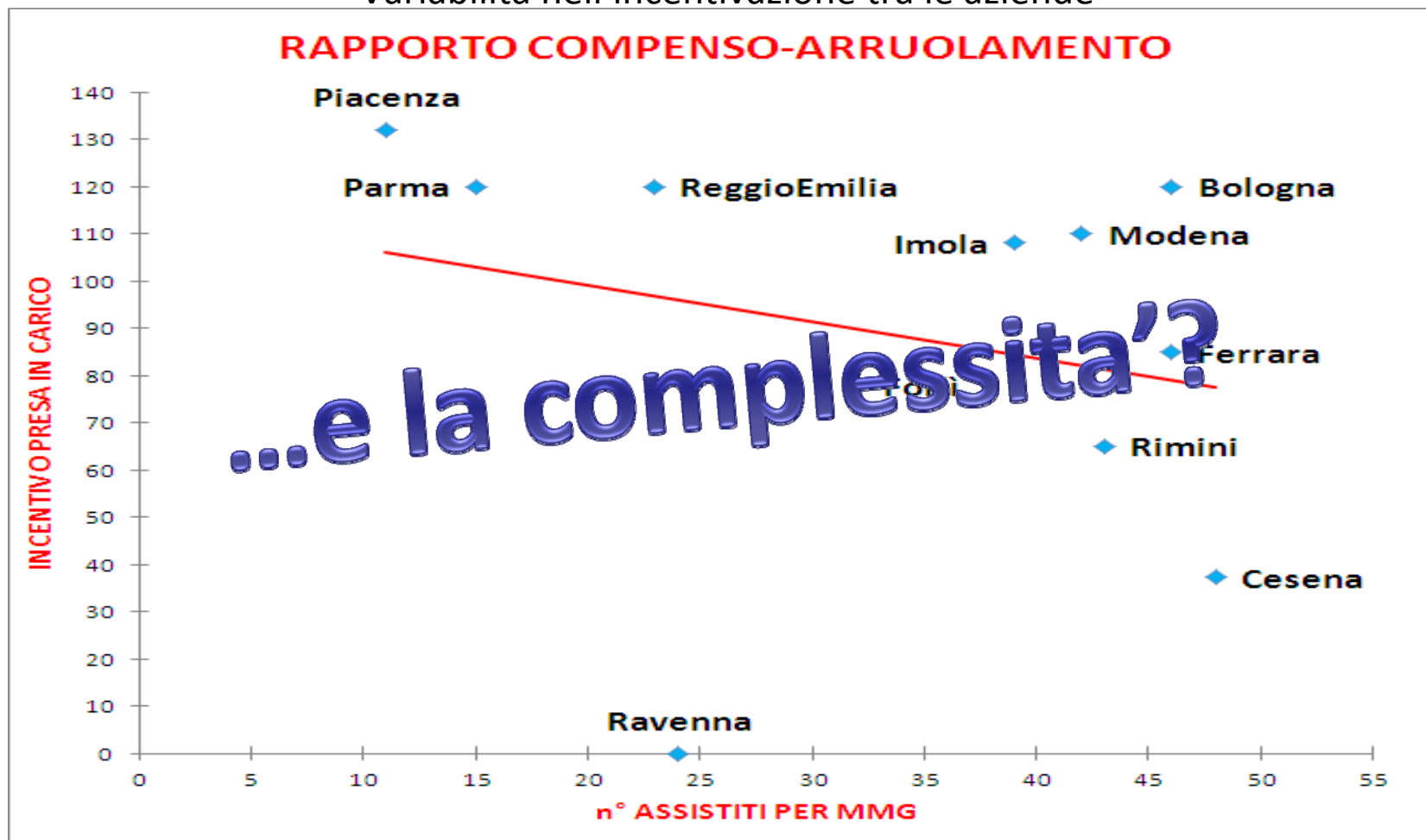
GI in Medicina Generale: di cosa stiamo parlando? Chi fa cosa?

- Identificazione del paziente
- Arruolamento nel progetto
- Medicina di iniziativa
- Monitoraggio dei parametri
- Variazioni terapeutiche
- Educazione alimentare
- Educazione terapeutica e verifica compliance
- Programmazione visite specialistiche
- Verifica raggiungimento target e AUDIT



Remunerazione dei MMG per la gestione integrata

Variabilità nell'incentivazione tra le aziende



Oscillazione delle diagnosi!

Criteria diagnostici per il diabete mellito.

In assenza dei sintomi tipici della malattia (poliuria, polidipsia e calo ponderale), la diagnosi deve essere posta con il riscontro, *confermato in almeno due occasioni* di:

- **HbA_{1c} > 6,5%** (con dosaggio allineato NGSP certificato e standardizzato con il DCCT Assay)
- **FPG ≥ 126 mg/dl** (si definisce digiuno un periodo di assenza di introito calorico di almeno 8 ore)
- **Glicemia dopo 2 ore durante OGTT 75 g ≥ 200 mg/dl** (il test deve essere realizzato come descritto dalla *World Health Organization*, usando un carico di glucosio equivalente a 75 g di glucosio anidro disciolto in acqua)
- **In presenza di sintomi tipici della malattia** (poliuria, polidipsia, calo ponderale) la diagnosi deve essere posta con il riscontro occasionale anche di un solo valore di glicemia **≥ 200 mg/dl**

Comitato di Esperti internazionale
ADA/EASD/IDF 2009-2010

Nella realtà, parlando con i colleghi MMG....

Criteria diagnostici per il diabete mellito.

In assenza dei sintomi tipici della malattia (poliuria, polidipsia e calo ponderale), la diagnosi deve essere posta con il riscontro, *confermato in almeno due occasioni* di:

- **HbA_{1c} > 6,5%** (con dosaggio allineato NGSP certificato e standardizzato con il DCCT Assay)
- **FPG ≥ 126 mg/dl** (si definisce digiuno un periodo di assenza di introito calorico di almeno 8 ore)
- **Glicemia dopo 2 ore durante OGTT 75 g ≥ 200 mg/dl** (il test deve essere realizzato come descritto dalla *World Health Organization*, usando un carico di glucosio equivalente a 75 g di glucosio anidro disciolto in acqua)
- **In presenza di sintomi tipici della malattia** (poliuria, polidipsia, calo ponderale) la diagnosi deve essere posta con il riscontro occasionale anche di un solo valore di glicemia **≥ 200 mg/dl**

Comitato di Esperti internazionale
ADA/EASD/IDF 2009-2010

- Mancata conoscenza dei nuovi criteri diagnostici per il diabete mellito
- Pazienti diagnosticati come IGT o IFG ma in terapia!
- Pazienti che passano da diabete 2 a diabete 1 quando iniziano insulina!

Indicatori di processo: discrepanza tra dati RER e dati locali

- Il reperimento nelle banche dati amministrative o di laboratorio di alcuni parametri non corrisponde a certa consapevolezza per tutti i MMG del significato clinico:

Esempi:

- ✓ GFR: correlazione con stadio e farmacovigilanza (inoltre creatinina è fuori esenzione!)
- ✓ Emoglobina glicata >9% cui manca cambiamento terapeutico
- Le visite specialistiche sono in parte assolte da professionisti privati di fiducia dei pazienti

Lo score Q e la realtà modenese -1

Score Q



- Recente strumento sintetico di misurazione della qualità di cura
- Forte correlazione tra qualità di cura e rischio di eventi cardiovascolari
- Popolazione studiata: 3235 diabetici di cui 785 in MG

Indicatori di qualità della cura	Punteggio
Valutazione dell'HbA1c <1 volta/anno	5
HbA1c ≥ 8,0%	0
HbA1c <8,0%	10
Valutazione della PA <1 volta/anno	5
PA ≥ 140/90 mmHg a prescindere dal trattamento	0
PA <140/90 mmHg	10
Valutazione del PL <1 volta/anno	5
LDL-C ≥ 130 mg/dl a prescindere dal trattamento	0
LDL-C <130 mg/dl	10
Valutazione della MA <1 volta/anno	5
Non trattamento con ACE-I e/o ARBs in presenza di MA	0
Trattamento con ACE-I e/o ARBs in presenza di MA oppure MA assente	10
Score range	0 – 40

PA = pressione arteriosa; PL = profilo lipidico; MA = microalbuminuria

Lo score Q e la realtà modenese -2

Score Q

HbA_{1c}

PA

LDL

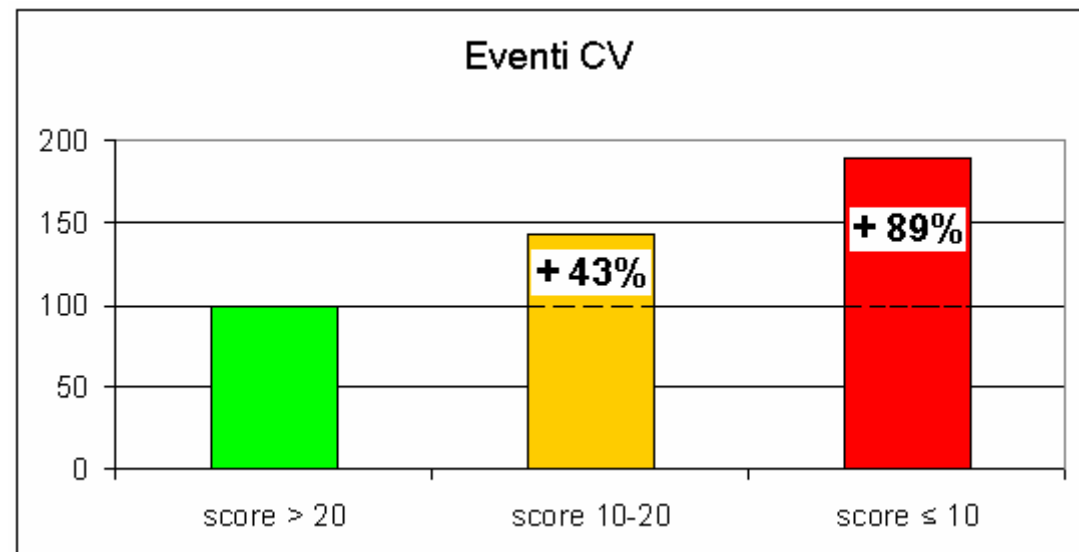
MIC

La quantificazione o l'assenza di questi 4 item restituisce un punteggio di qualità predittivo di rischio di eventi cardiovascolari¹⁻².

Score applicabile anche in prevenzione secondaria e agli anziani

A parità di età, sesso, BMI, durata della malattia, fumo, pregresso evento cardiovascolare, rispetto alla fascia con score Q alto, il rischio di sviluppare un evento cardiovascolare è di +43% e +89% se lo score è intermedio o basso¹.

Eventi CV e morte stratificati per score Q



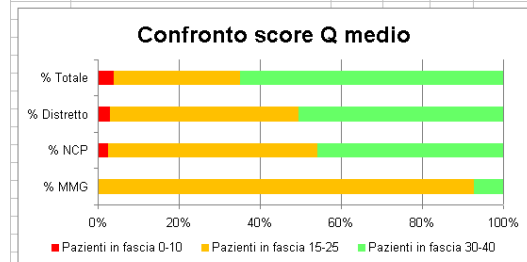
1. Studio QuED: *Nutr Metab & Cardiovasc Diseases* 2008;18:57-65
2. Studio QUASAR: *Diabetes Care* 2011;34:347-352

Feedback ai MMG: empowerment dei professionisti, ASL Modena



Q-home

Anno	2012					
Medico	PINCO	C.R.	xxx			
N°	pazienti in carico con progetto diabete mmg	26				
	pazienti in carico con progetto diabete nucleo	456				
	pazienti in carico con progetto diabete distretto	1091				
	pazienti in carico con progetto diabete totale	12454				
		N°	% MMG	% NCP	% Distretto	% Totale
Pressione arteriosa	valori >= 140/90 mmHg (p.0)	2	7%	29%	27%	34%
	nessun valore registrato (p.5)	25	89%	45%	37%	12%
	valori < 140/90 mmHg (p.10)	1	4%	27%	36%	55%
Emoglobina glicata	valori >= 8% (o >= 64 mmol/mole) (p.0)	1	4%	8%	11%	15%
	nessun valore registrato (p.5)	25	89%	30%	29%	9%
	valori < 8% (p.10)	2	7%	61%	60%	76%
Colesterolo LDL	valori >=130 mg/dl (p.0)	0	0%	20%	22%	30%
	nessun valore registrato (p.5)	25	89%	37%	32%	12%
	valori < 130 mg/dl (p.10)	3	11%	43%	46%	59%
Micro-albuminuria	valori di microalbuminuria >=30 mg/die senza prescrizione di ISRA (p.0)	0	0%	9%	6%	5%
	nessun valore registrato (p.5)	25	89%	34%	31%	16%
	valori di microalbuminuria < 30 oppure >=30 e prescrizione di ISRA (p.10)	3	11%	57%	63%	79%
	Score Q	N°	% MMG	% NCP	% Distretto	% Totale
	Pazienti in fascia 0-10	0	0%	3%	3%	4%
	Pazienti in fascia 15-25	26	93%	52%	47%	31%
	Pazienti in fascia 30-40	2	7%	46%	51%	65%



Punteggio medio MMG	21,1
Punteggio medio NCP	26,2
Punteggio medio Distretto	27,0
Punteggio medio Totale	29,3

CR	MMG	cognome	nome	codfisc/ tess.san	età	sex	revoca o morte	PA IN	PA OUT	PA ?	HGB IN	HGB OUT	HGB ?	LDL IN	LDL OUT	LDL ?	MIC IN	MIC OUT	MIC ?	score Q	
						M		x			x				x		x				30
						M		x			x				x		x				30
						F			x				x		x			x			20
						F		x			x				x			x			20
						F			x				x		x				x		30
						F			x			x			x						15
						M		x			x				x						35
						F		x			x				x						30
						M		x			x			x							40
						F		x			x				x						40
						F		x			x				x						20
						M		x			x			x							40
						F			x				x		x						20
						F		x			x				x						30
						M		x			x				x						40
						F			x				x		x						30
						M		x			x				x						30
						F			x				x		x						30
						M		x			x				x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x				x		x						30
						M			x				x		x						30
						F			x												

Feedback ai MMG: empowerment dei professionisti, ASL Modena



Q-home

	2009	2012
HbA1c media	6,9%	6,9%
HbA1c missing	25,8%	6,7% *
HbA1c <8%	62,5%	81,1% *
LDL medio	114,9 mg/dl	114,8 mg/dl
LDL <130 mg/dl	47,8%	61,5% *
PA <140/90 mmHg	45,6%	62,8% *
Nefroprotezione a target	51,7%	79,3% *
SCORE Q MEDIO	27,7	30,7 *

Numerosità ed esiti clinici: di più è meglio?

Utilizzando un modello di regressione logistica in cui la variabile dipendente è la classe di score Q, emerge che la quota di pazienti in maggiore compenso aumenta con il numero di pazienti diabetici in gestione integrata e questa tendenza rimane valida a prescindere dal numero di assistiti SSN, dal numero di anni di convenzione e dalla modalità organizzativa della visita al paziente diabetico. In particolare, esiste un'associazione significativa positiva tra il numero di pazienti diabetici e la probabilità di essere in fascia 30-40 piuttosto che 15-25 (OR 1.073, IC 95% 1.021-1.128).



Autori:

Riccomi S, Lorenzini M, Capelli O, Scarpa M, Bonesi MG, De Luca ML, Bellelli F, Goldoni CA, De Girolamo G, Giansante C, Solfrini V.

Q-home: applicare lo score Q in medicina generale. Studio osservazionale dell'AUSL di Modena. IGEA: dal progetto al sistema 2013, poster.

Conclusioni

- In linea con le direttive nazionali e regionali, tutte le ASL RER hanno sviluppato progetti di gestione integrata
- Trattandosi di una patologia peso-correlata emerge la necessità di potenziare l'educazione terapeutica ed alimentare
- Il progetto diabete trova nella restituzione dati ai MMG un senso al suo sviluppo
- I medici apprezzano e chiedono formazione sull'uso della cartella come strumento di lavoro