

**IL DIABETE
GIORNATA DI LAVORO SUL
PERCORSO INTEGRATO
TERRITORIO-OSPEDALE
6 GIUGNO 2011**

organizzato da
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
e
ASL Roma G

Dott. V. Calzini MMG

Il diabete nell'ambulatorio del medico di medicina generale e il mmg e la rete delle cure



V. Calzini

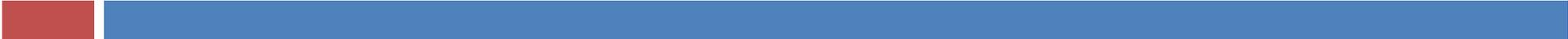
mmg ASL RMB

Assistenza diabetologica



- Prodotto dell'integrazione tra assistenza sanitaria di base e specialistica
- Fondamentali il riconoscimento del **ruolo professionale del Medico di Medicina Generale** e di quello della **rete italiana dei Servizi di Diabetologia, ospedalieri e territoriali.**

Legge 115/87



La cura delle persone con diabete garantisce a tutti i Diabetici:

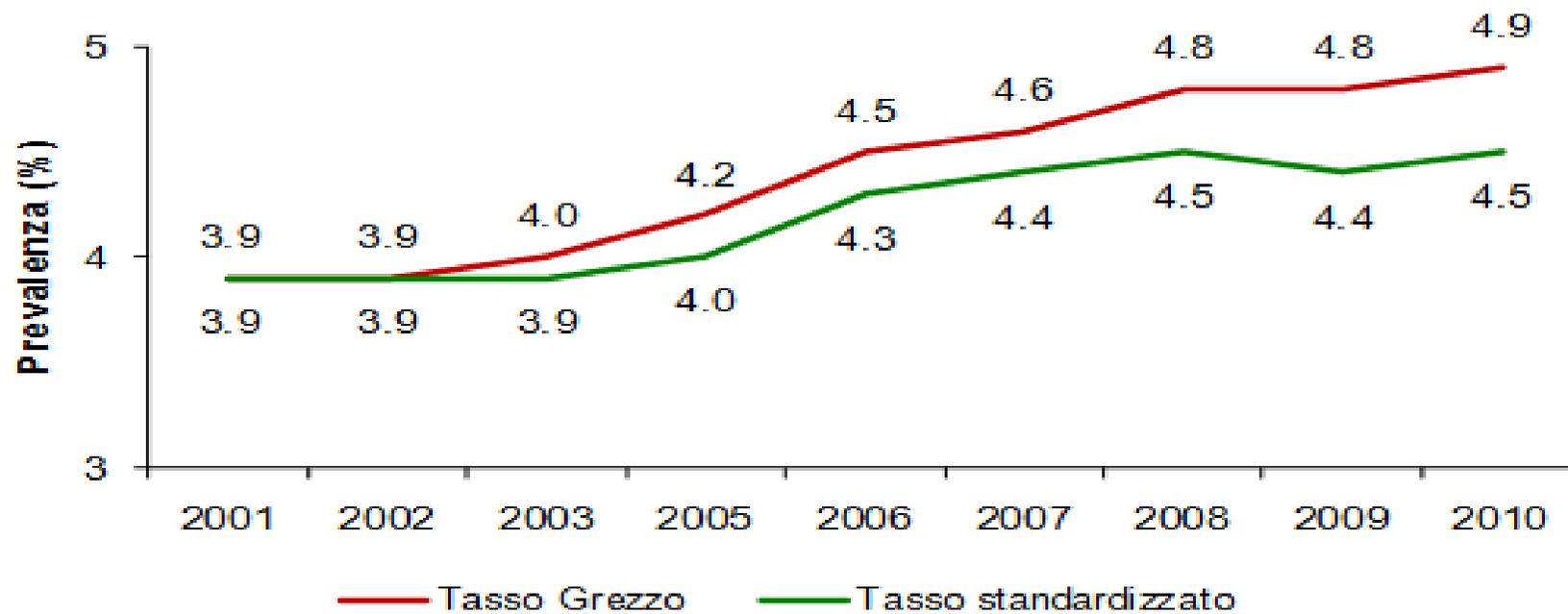
- l'assistenza specialistica diabetologica
- identifica, in base all'art.2, i Servizi di Diabetologia per l'erogazione delle prestazioni e dei presidi necessari

P.N.P. 2005-07 e il Progetto IGEA



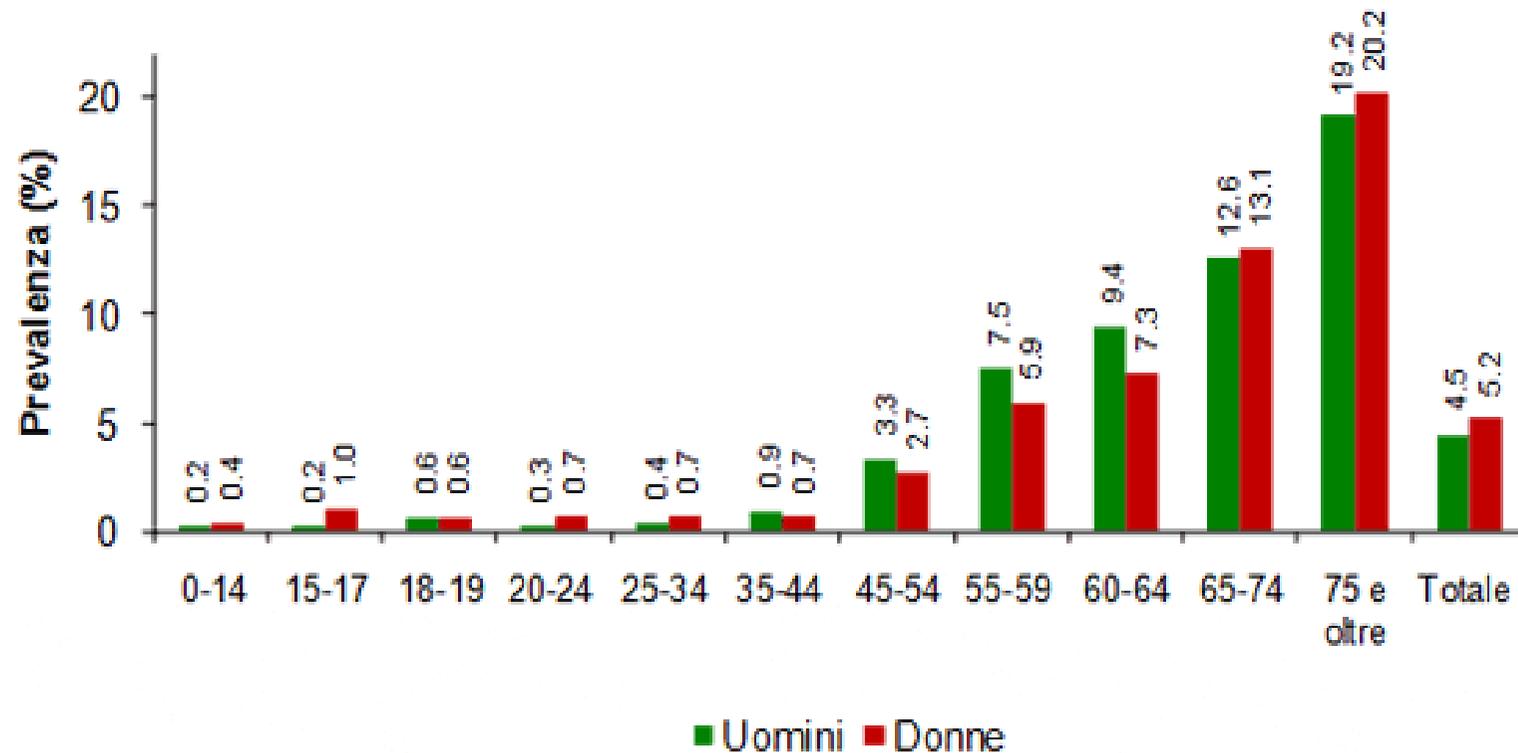
- offerta per le Regioni di un modello per l'integrazione con l'assistenza di base.

Andamento della prevalenza del diabete in Italia (2001-2010)

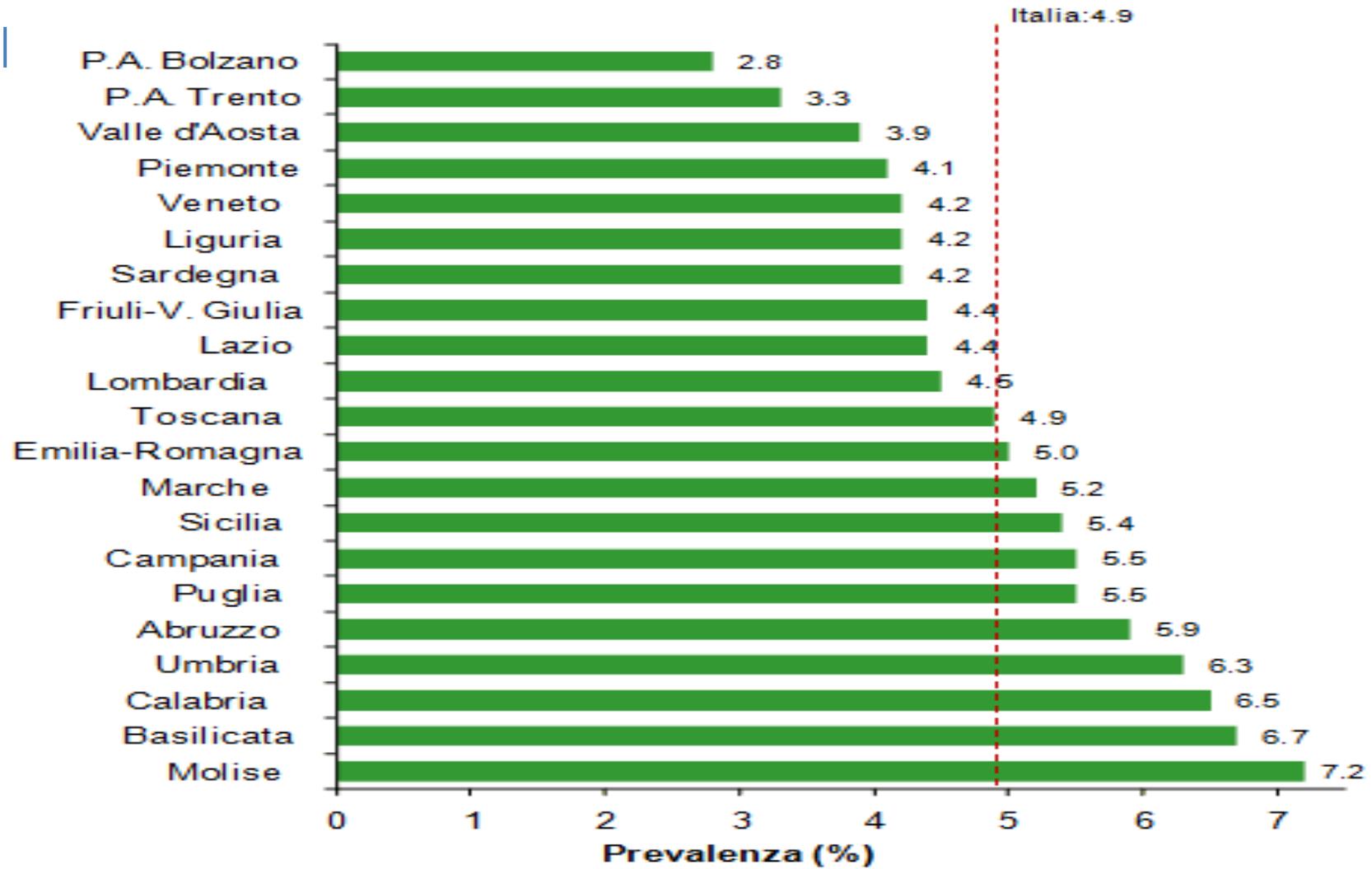


La prevalenza del diabete aumenta con l'età fino a raggiungere il 19,8% nelle persone con età uguale o superiore ai 75 anni.

Prevalenza del diabete per sesso e fasce di età



Prevalenza del diabete nelle regioni italiane



Incidenza e costi

- **studio di Brunico: incidenza di diabete di tipo 2 è del 7,6 per mille nei soggetti di età 40-79 anni;**
- **alti costi sanitari: pari a circa il 7 – 10% dei costi sanitari totali nei paesi Europei (13% USA)**

- in progressivo aumento

- determinati da:

- ricoveri ospedalieri

- complicanze croniche

in assenza di complicanze i costi diretti sono pari a circa 800€/anno pro capite, mentre in presenza di una complicanza

salgono a circa 3000 €/anno (studioCODE -2. Diabetologia, 2002).

Sinergia tra assistenza specialistica dei Servizi di Diabetologia e la Medicina generale

Riduce:

1. del 65% i ricoveri ospedalieri del paziente diabetico (Giorda, Diabetic Medicine, 2006)
2. triplica la probabilità che il paziente sia seguito secondo le linee guida (Gnavi, Diabetes Care, 2009)
3. riduce significativamente la mortalità cardiovascolare (Zoppini G, Verlato G, Bonora E, Muggeo M. Attending the diabetes center is associated with reduced cardiovascular mortality in type 2 diabetic patients: the Verona Diabetes Study. Diabetes Metab Res Rev. 1999 May-Jun; 15(3):170-4).

Paziente diabetico



- Grande variabilità dei diversi quadri clinici (determinati dalla combinazione dei fattori di rischio e delle complicanze in vario stadio evolutivo)
- Presente in tutti i livelli assistenziali con i più disparati quadri clinici (dalla fase iniziale “assenza di complicanze e loro prevenzione”, fino allo stadio “cura in terapia intensiva”).

- 
- Molteplici punti di erogazione delle prestazioni
 - ▣ ospedale,
 - ▣ ambulatorio del MMG e del PdF,
 - ▣ ambulatori specialistici

- Pazienti con diverso grado di complessità

Per coordinare ed integrare le diverse figure sanitarie (Medico di MG/PdF, Diabetologo, Cardiologo, Oculisti) è necessario condividere una comune base scientifica ed operativa.

ORGANIZZAZIONE DELL'AMBULATORIO DEL MMG PER LE MALATTIE CRONICHE

- utilizzo di sistemi informativi in grado di monitorare i percorsi diagnostico – terapeutici e di migliorare l'appropriatezza assistenziale,
- elaborazione di un piano di cura con il coinvolgimento dei pazienti e con l'utilizzo di strumenti di comunicazione per il richiamo attivo degli stessi rispetto alle scadenze concordate;
- attività di *Audit basata su indicatori di processo ed esito derivanti da linee guida o EBM*,
- potenziamento degli strumenti di comunicazione e scambio informativo con il centro diabetologico per realizzare una reale comunicazione bidirezionale;
- presenza della figura del case manager.

Compiti del medico di medicina generale

- **Effettuare lo screening dei soggetti ad alto rischio**
- **Effettuare l'educazione sanitaria e il follow-up dei soggetti a rischio per diabete mellito**
- **Diagnosticare la malattia diabetica**
- **Effettuare il counselling del paziente diabetico e dei suoi familiari**
- **Correggere i comportamenti alimentari errati dei pazienti diabetici e gestire la dieta prescritta dal Centro Diabetologico**
- **Impostare la terapia farmacologica con ipoglicemizzanti orali od Insulina glargine**
- **Sorvegliare sugli effetti collaterali e le interferenze della terapia ipoglicemizzante (ipoglicemizzanti orali ed insulina)**

Compiti del medico di medicina generale

- **Gestire il follow-up del paziente diabetico, in collaborazione con il centro diabetologico e gli specialisti**
- **Effettuare la visita medica periodica al paziente diabetico**
- **Sospettare e diagnosticare precocemente le complicanze della malattia diabetica**
- **Attivare il servizio di diabetologia per:**
 - **l'inquadramento dei diabetici neodiagnosticati**
 - **visite di controllo periodiche, in diabetici ben compensati e senza complicanze acute e/o rapidamente evolutive (solitamente biennali)**
 - **cogestione dei casi complicati**
 - **trasferimento in carico di pazienti scompensati e/o con gravi complicanze**
 - **qualsiasi altra condizione in cui il medico ritenga necessaria una consulenza**

Pazienti diabetici tipo 2 : 130

06/03/2011

Pazienti diabetici tipo 2 senza una registrazione del BMI negli ultimi 24 mesi	68 su 130
Pazienti diabetici tipo 2 senza il dato abitudine al fumo registrato	33 su 130
Pazienti diabetici tipo 2 senza almeno una registrazione di emoglobina glicata negli ultimi 365 giorni	44 su 130
Pazienti diabetici tipo 2 con ultimo valore di emoglobina glicata $\geq 7\%$ negli ultimi 365 giorni	17 su 130
Pazienti diabetici tipo 2 senza almeno un esame di fondo oculare e/o una visita oculistica negli ultimi 27 mesi	71 su 130
Pazienti diabetici tipo 2 senza almeno una valutazione dei polsi periferici negli ultimi 455 giorni	130 su 130
Pazienti diabetici tipo 2 senza almeno una misurazione di PA negli ultimi 365 giorni	85 su 130

Pazienti diabetici tipo 2 : 130

06/03/2011

Pazienti diabetici tipo 2 con ultimo valore di PA > 130 /80 mmHg negli ultimi 365 giorni	13 su 130
Pazienti diabetici tipo 2 senza almeno un dosaggio della microalbuminuria negli ultimi 15 mesi	74 su 130
Pazienti diabetici tipo 2 senza almeno un dosaggio della creatininemia negli ultimi 15 mesi	31 su 130
Pazienti diabetici tipo 2 con diagnosi di Iipertensione senza prescrizioni di ACE-Inibitori/Sartani (ATC: C09%) negli ultimi 365 gg	19 su 130
Pazienti diabetici tipo 2 senza almeno una registrazione di colesterolo LDL negli ultimi 15 mesi	105 su 130
Pazienti diabetici tipo 2 con ultimo valore di colesterolo LDL >= 100 mg/dl negli ultimi 15 mesi	10 su 130
Pazienti diabetici tipo 2 senza vaccinazione antinfluenzale negli ultimi 365 giorni	74 su 130
Pazienti diabetici tipo 2 con diagnosi registrata da almeno un anno, con nessuna terapia antidiabetica (ATC: A10%) negli ultimi 365 giorni e ultimo valore di emoglobina glicata > 7%	1 su 130
Pazienti diabetici tipo 2 con ultimo C-LDL >= 100 mg/dl senza prescriz. di statine (ATC: C10AA%, C10BA02%) ultimi 180 gg	14 su 130
Pazienti diabetici tipo 2 con ultimo valore di emoglobina glicata > 9%	3 su 130

QUALI STRUMENTI PER MIGLIORARE L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE ?

- **Rendere autonoma la persona con diabete nella cura e nella gestione del percorso assistenziale.**
- **Percorsi Assistenziali condivisi.**
- **Rete assistenziale con forte integrazione professionale e una buona comunicazione con le Associazioni di Volontariato.**
- **Servizi di diabetologia con team multi - professionale dedicato che prendano in carico, sempre in integrazione con il MMG, i pazienti secondo livelli diversi di intensità di cura e fungano da consulenti per i MMG.**

QUALI STRUMENTI PER MIGLIORARE L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE ?

- ❑ **Organizzazione dell'ambulatorio del MMG orientata alla gestione delle malattie croniche.**
- ❑ **Sistemi di misura e di monitoraggio della qualità delle cure erogate volti al miglioramento professionale e organizzativo continuo.**
- ❑ **Sistemi efficaci di comunicazione e di integrazione multidisciplinare.**
- ❑ **Coinvolgimento del Distretto, e delle Direzioni Sanitarie ospedaliere e presa in carico della persona con diabete attraverso la valutazione dell'intensità di cura (*triage*).**
- ❑ **Rimozione degli ostacoli amministrativi che rendono difficile e/o diseguale l'accesso alle cure delle persone con diabete.**

La rete assistenziale



- un'organizzazione sanitaria non integrata e legata ad un sistema esclusivamente basato sull'erogazione di prestazioni da strutture diverse e scollegate, non è in grado di realizzare un'efficace ed efficiente cura del diabete.

La rete assistenziale

- Implementazione di un modello di integrazione plurispecialistico e pluriprofessionale per realizzare
 - ▣ il piano di cura del singolo paziente (*case management*)
 - ▣ il processo di cura della popolazione affetta dalla patologia (*disease management*).
- *La verifica e il monitoraggio devono essere attuati mediante indicatori di processo e di esito, **ricavabili solo da dati condivisi residenti in archivi accessibili a tutti gli attori coinvolti.***

Cambiare mentalità', passare:

- da un sistema basato sulla singola prestazione a richiesta ad un processo di cura predeterminato e condiviso tra i diversi operatori;
- dai “compartimenti stagni” al “network per patologia” che privilegi:
 - ▣ continuità assistenziale
 - ▣ rispetto della appropriatezza e cronicità dei trattamenti,per rafforzare:
 - ▣ aderenza e continuità terapeutica.

La persona con diabete si muove nel Percorso Assistenziale in funzione del proprio stato di malattia e soddisfa i bisogni di salute nei diversi livelli di cura in funzione della gravità della stessa;

- da una medicina di attesa, a un sistema attivo, con registri dei pazienti e appuntamenti di ricontrollo prefissati e richiamo periodico del paziente in caso di abbandono del percorso.

Tratto da :



**DOCUMENTO DI INDIRIZZO POLITICO E STRATEGICO PER LA BUONA
ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE**