

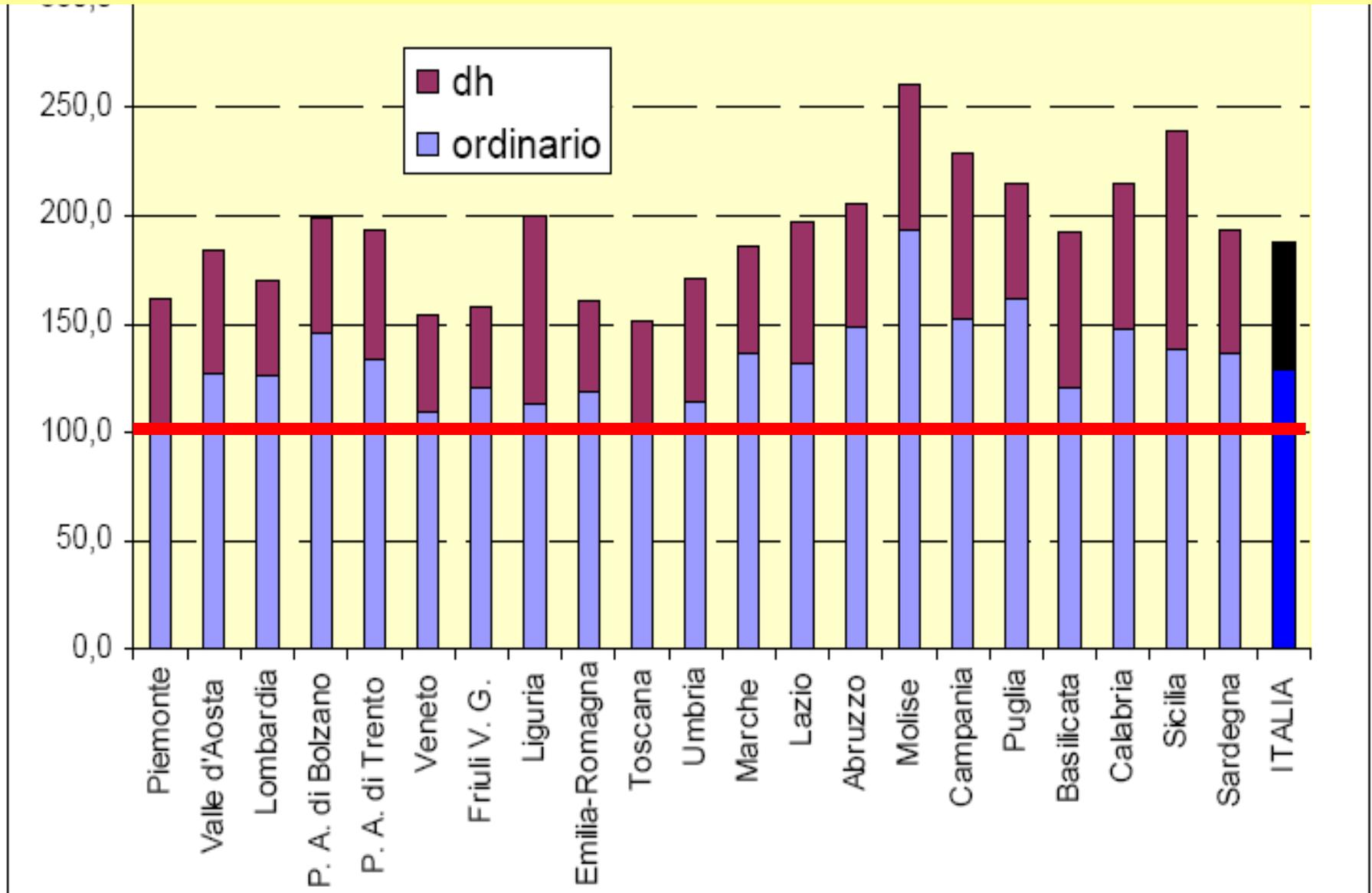


La Gestione integrata
del Diabete:

**L'ESPERIENZA DEL
PIEMONTE**

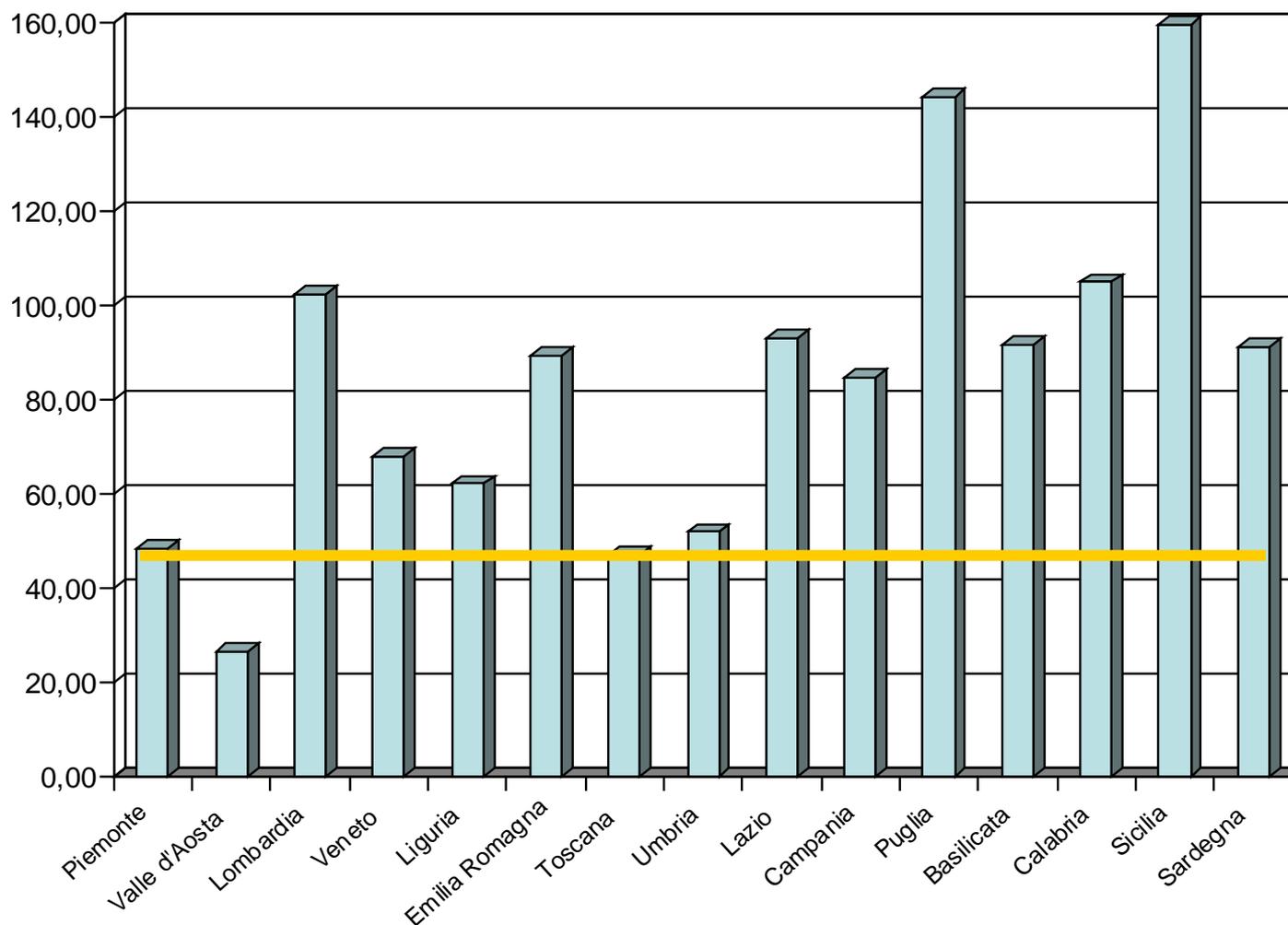
Roma, 18 febbraio 2010

Variazioni regionali del tasso di ospedalizzazione standardizzati per acuti/1000 abitanti anno 2007

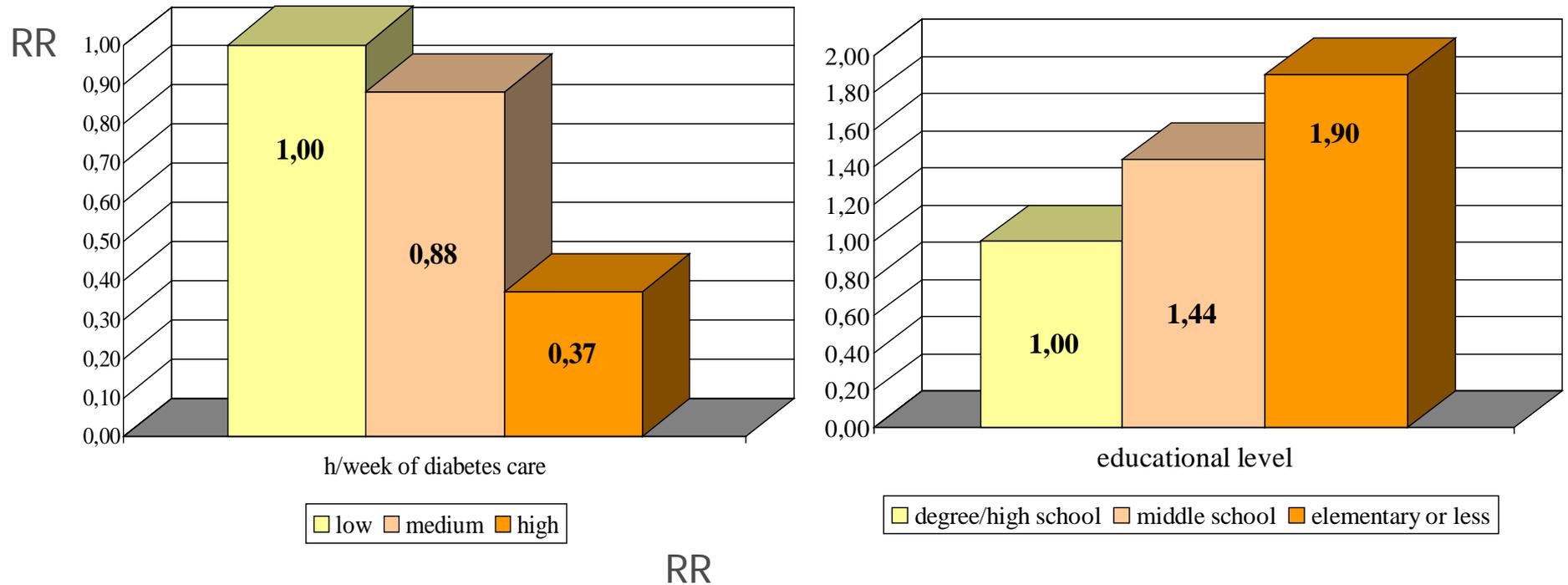


Indicatori proxy di inefficacia di assistenza primaria e specialistica territoriale: ricoveri per diabete, asma, scompenso cardiaco anno 2007

Ricoveri per diabete/100.000 abitanti, diagnosi principale ICD-9 250.xx



The impact of second-level specialized care on hospitalization in diabetic persons

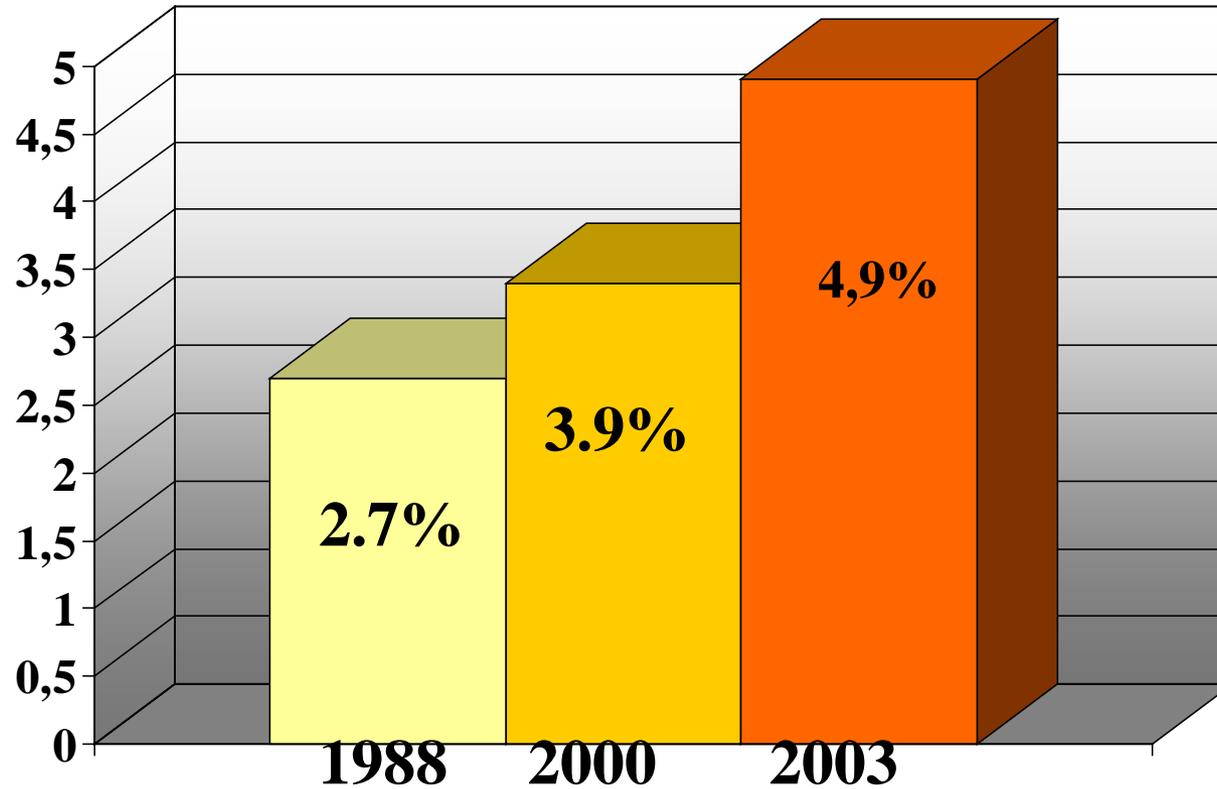


→ Ospedalizzazione più frequente se:
le ore di assistenza diabetologica erogate sul territorio sono basse,
la classe socio-economica è bassa

Andamento temporale della prevalenza di diabete noto in Italia

Casale Monferrato Study

Torino Study



Bruno G et al, Diabetologia 2008
NMCD 2008

L'epidemiologia come guida alla programmazione sanitaria e all'assistenza ai diabetici

Graziella Bruno

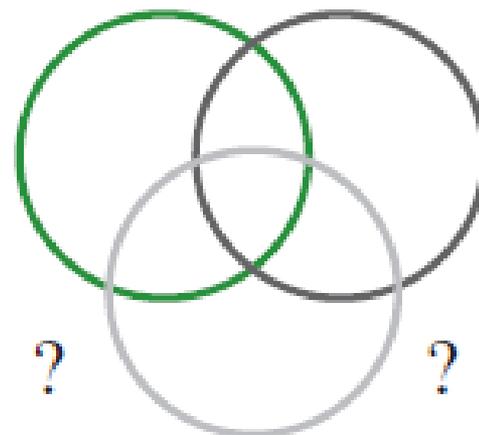
Costi diretti e indiretti del diabete: un trend in continua ascesa

Il diabete, 2009

Graziella Bruno, Benedetta Aimone, Francesco Panero
Rivista di Medicina Interna, 2009, 134(10): 1305-1310

Il diabete, 2006

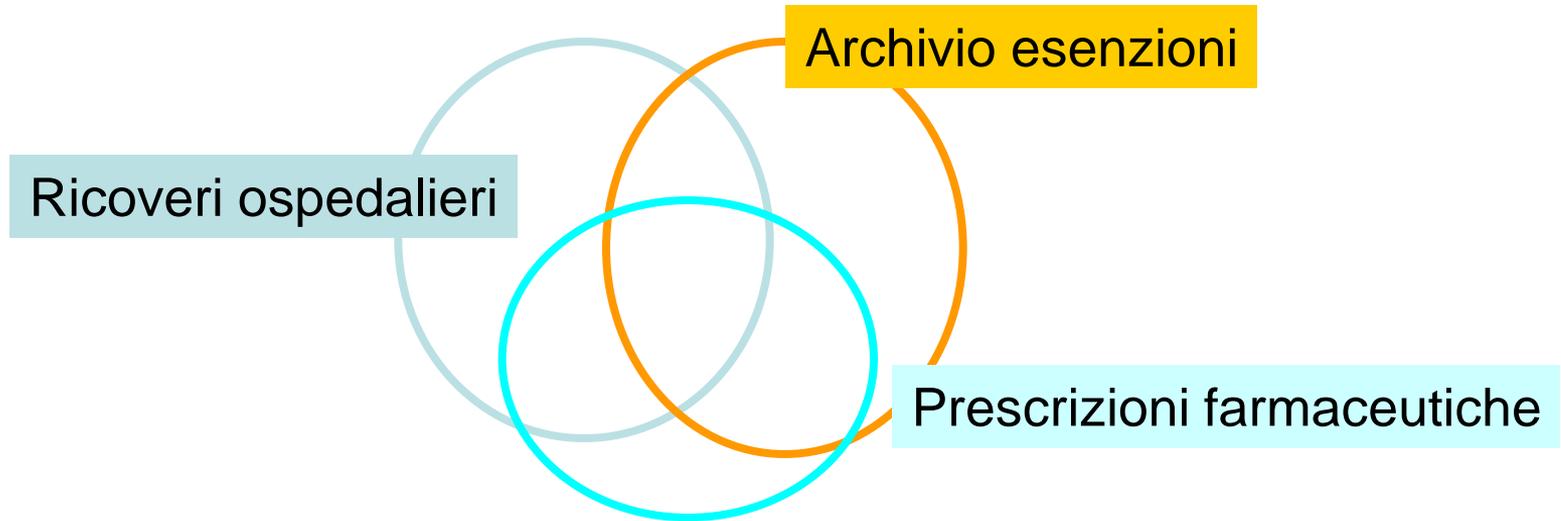
Figura 4 Esempio di *linkage* tra fonti informative diverse per l'applicazione dei metodi di cattura-ricattura, per ottenere la stima dei casi persi alla rilevazione



I punti interrogativi indicano i casi persi dalla rilevazione.

Torino Study

34,000 diabetici prevalenti al 2003



→ Prevalenza diabete 4.9%

→ **Rischio 3 volte maggiore in donne di classe sociale più bassa (Gnavi et al, NMCD 2009)**

→ consumo di farmaci **3 volte superiore** alla popolazione non diabetica di pari età e sesso (Bruno et al, Diabetologia 2009)

→ **Inadeguata qualità della cura (Gnavi, Diabetes Care 2009)**

Socio-economic differences in the prevalence of diabetes in Italy: The population-based Turin study[☆]

Roberto Gnani^a, Ludmila Karaghiosoff^a, Giuseppe Costa^{a,b},
Franco Merletti^c, Graziella Bruno^{d,*}

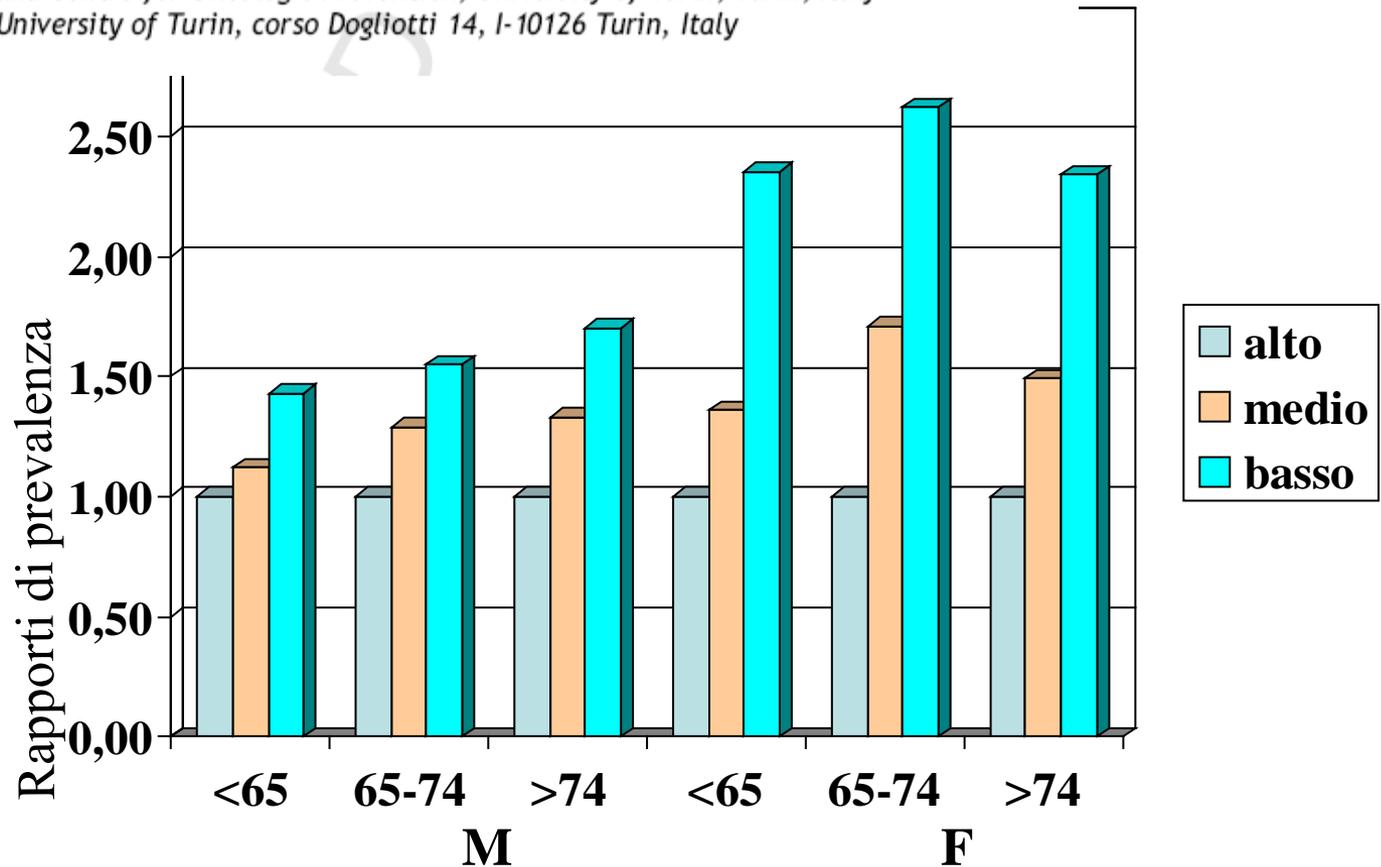
NMCD, 2008

^a Epidemiology Unit, ASL 5, Piedmont Region, Grugliasco, Turin, Italy

^b Department of Public Health, University of Turin, Turin, Italy

^c Cancer Epidemiology Unit, CERMS and Centre for Oncologic Prevention, University of Turin, Turin, Italy

^d Department of Internal Medicine, University of Turin, corso Dogliotti 14, I-10126 Turin, Italy

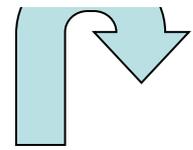


The impact of diabetes on prescription drug costs: the population-based Turin study

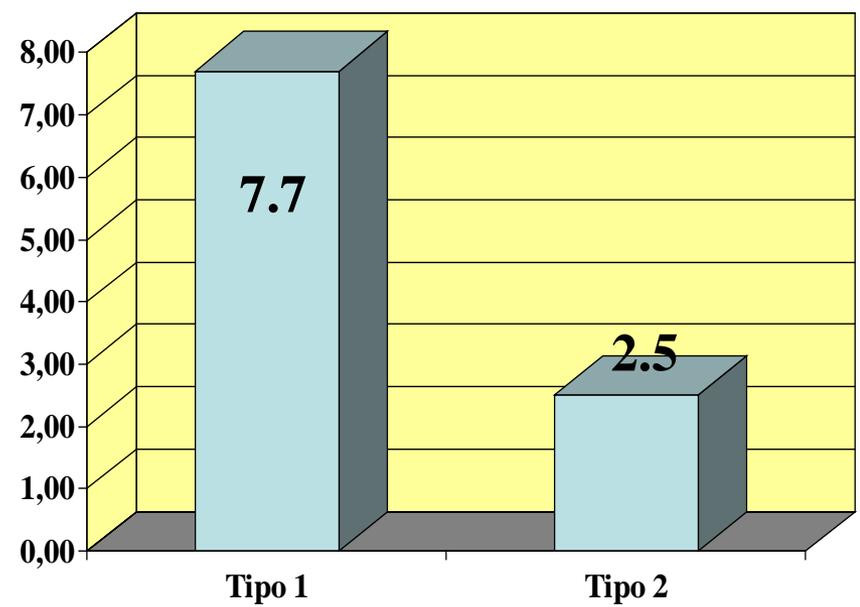
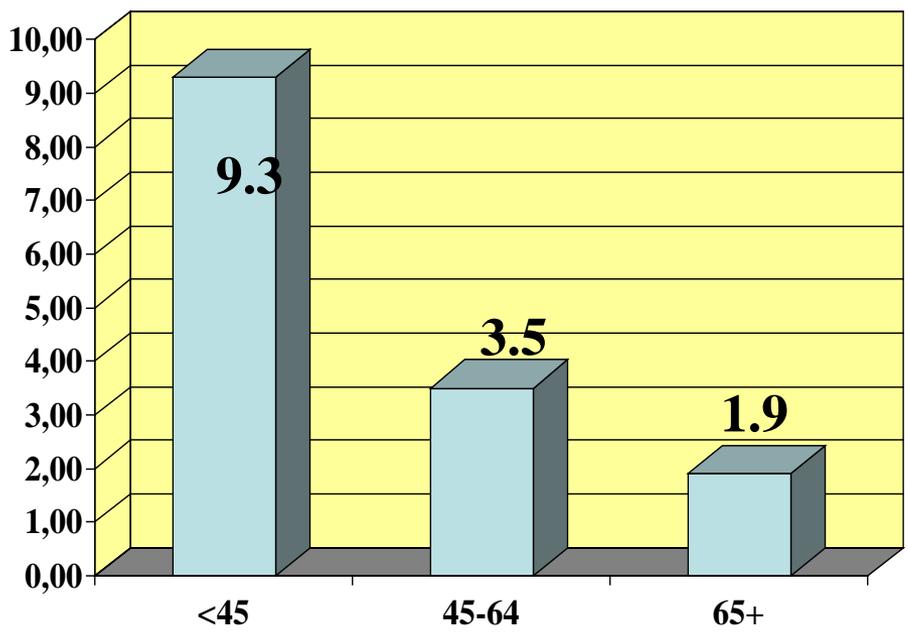
Diabetologia 2008

G. Bruno • L. Karaghiosoff • F. Merletti • G. Costa •
M. De Maria • F. Panero • O. Segre • P. Cavallo-Perin •
R. Gnani

Diabetici: E. 830.9



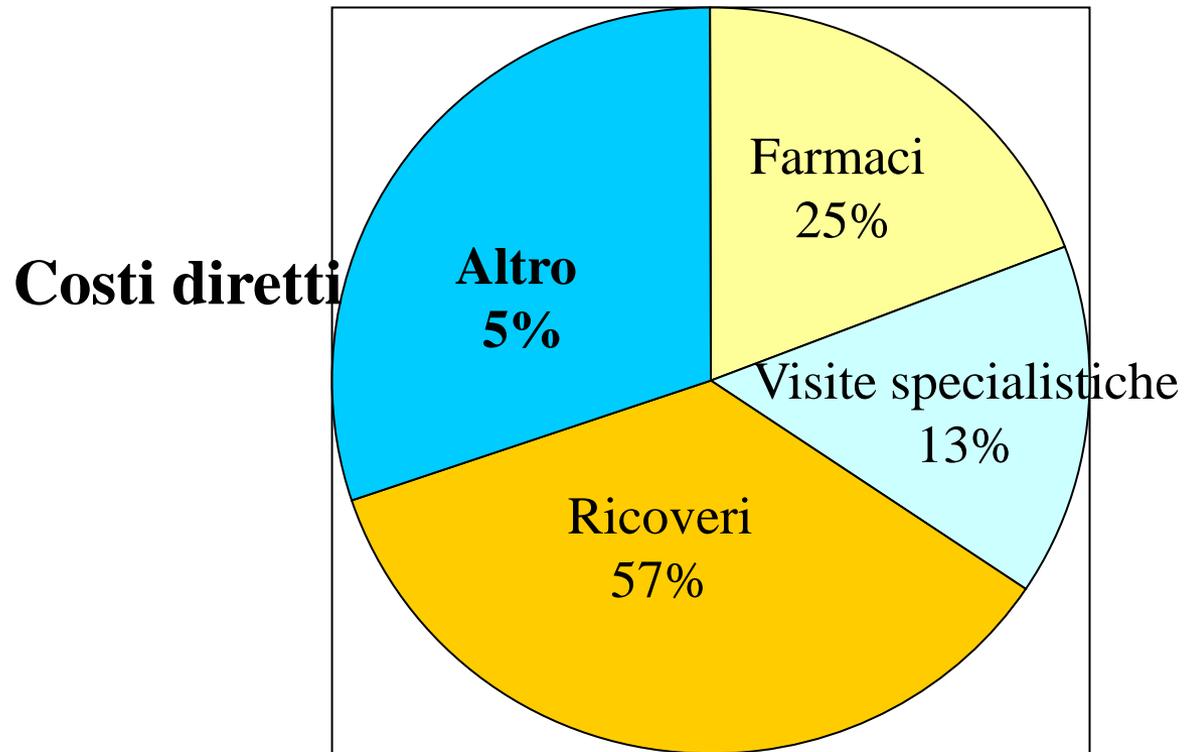
RR= 2.8 (2.7-2.9) aggiustato per età e sesso



Turin Study

Costi diretti: E. 3348 vs 832

RR= 2.5 (2-4-2.6) standardizzato per età e sesso



Turin Study

Costo (€) per persona/anno

	Diabetici	Non diabetici	RR **
Prescrizioni	831 (24.8%)	183 (21.9%)	2.76
Ricoveri ospedalieri	1909.8 (57.0%)	496.1 (59.6%)	2.3
Visite specialistiche	418.2 (12.5%)	135.9 (16.3%)	2.07
PS	30.9 (0.9%)	16.5 (2.0%)	1.68
Presidi	158.7 (0.5%)	0.5 (6%)	
TOTALE	3348.6	832	2.49 (2.43-2.56)

How Our Current Medical Care System Fails People With Diabetes

Lack of timely, appropriate clinical decisions

Davidson, Diabetes Care febbraio 2009

Necessario individuare approcci gestionali innovativi:



contatti frequenti medico-paziente
consulenze telefoniche
e-mail
fax

fino a ottimizzazione del controllo

proseguire con gestione integrata



D301

MODELLO DI GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Per Gestione Integrata si intende la partecipazione congiunta dello Specialista e del Medico di Medicina Generale (MMG) in un programma stabilito d'assistenza nei confronti dei pazienti con patologie croniche in cui lo scambio di informazioni, che va oltre la normale routine, 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 (SD) e ai MMG comprende gli operatori dei Distretti, ed è quindi strategico il lavoro interdisciplinare in team.

Se è forse azzardato sostenere che la componente più importante del team è proprio il paziente (che ha la responsabilità di una gestione consapevole della malattia), è comunque importante affermarne la presenza come soggetto attivo.

La realizzazione del modello di Gestione Integrata implica fra l'altro:

- ✦ Il consenso informato degli operatori e dei pazienti
- ✦ La definizione di un protocollo diagnostico-terapeutico condiviso
- ✦ La formazione degli operatori sia sugli aspetti procedurali di gestione del modello che sui contenuti scientifici del trattamento
- ✦ La definizione di precisi strumenti di comunicazione
- ✦ La valutazione periodica delle attività

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.

Il protocollo è sintetizzato nel diagramma di flusso alla Figura 1.

In questo modello, la programmazione delle visite, compreso l'eventuale richiamo telefonico periodico del paziente, sono elementi fondamentali per migliorare la compliance dei pazienti ai suggerimenti comportamentali e terapeutici.

Per assicurare che vengano soddisfatte le esigenze di tutti i soggetti affetti da diabete tipo 2 sono stati identificati codici di priorità ai SD sulla base delle situazioni cliniche riscontrate dai MMG (vedi Tabella 1).

Il corretto funzionamento del modello presuppone una sinergia d'intenti, in cui è auspicabile che i MMG e gli operatori dei Servizi di Diabetologia si incontrino, stabiliscano obiettivi comuni, scambino reciproche esperienze e si impegnino a lavorare insieme.

A tale scopo i Direttori Generali istituiscono a livello di ASL un Comitato Diabetologico costituito da rappresentanti di tutti gli operatori coinvolti nel Team diabetologico e delle Associazioni dei pazienti. Il Comitato ha il compito di tradurre a livello locale il protocollo di Gestione Integrata, predisponendo e aggiornando un Piano della Qualità della assistenza diabetologica sulla base di un modello standard. Il Piano della Qualità tiene conto anche degli altri elementi scaturiti dal Piano Nazionale



Livelli Essenziali di Assistenza Diabetologica



Linee Guida di riferimento

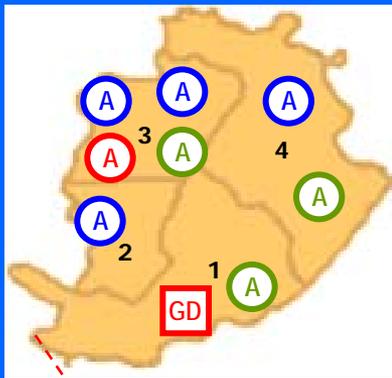


Indicatori

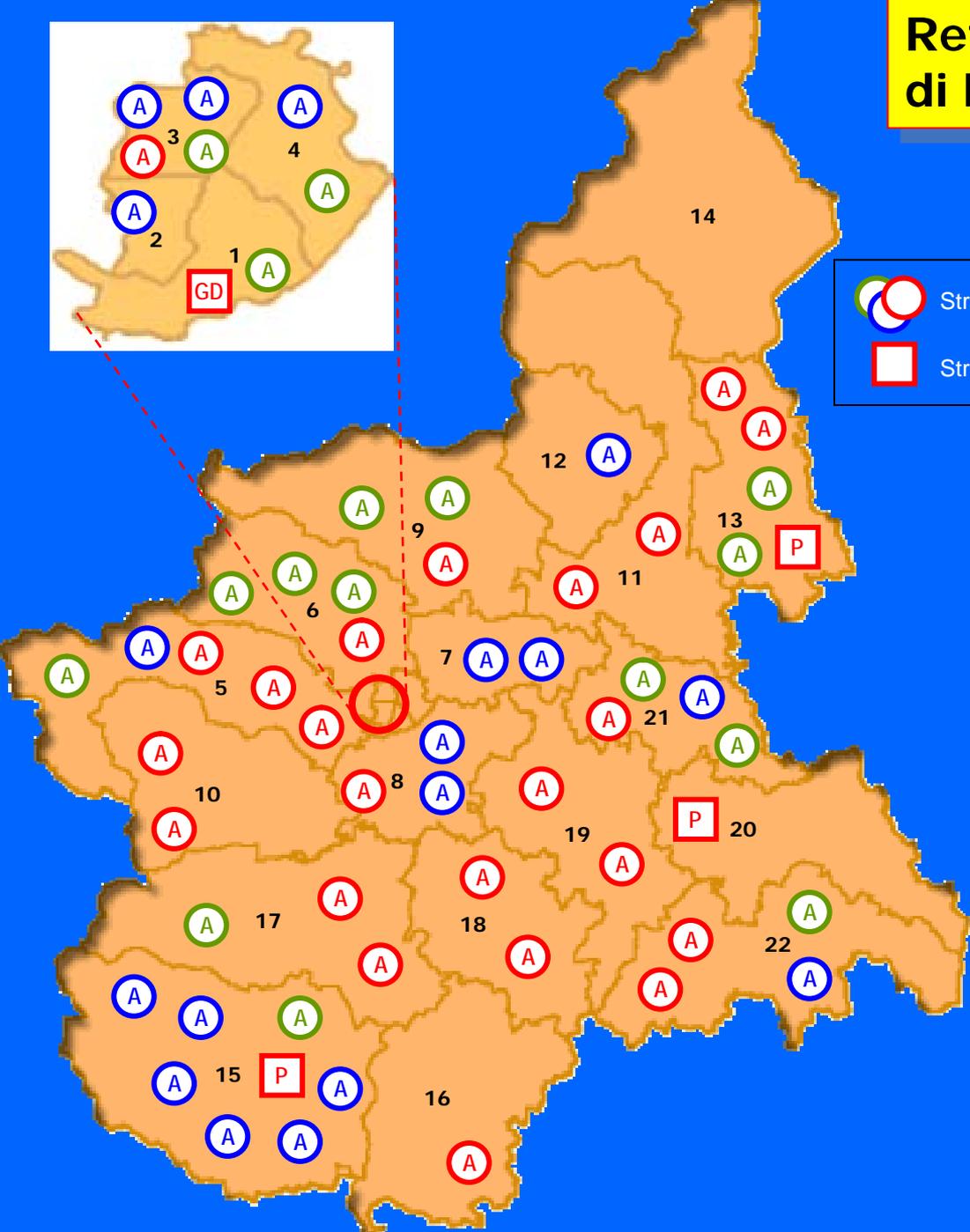


Modello di Gestione Integrata

Rete degli Ambulatori di Diabetologia in Piemonte



Strutture di ASL
 Strutture di ASO



Rete degli ambulatori di Diabetologia del Piemonte		T	H	D	P
101	Torino	2	1		1
102	Torino	1		1	
103	Torino	4	1	2	1
104	Torino	2		1	1
105	Collegno	5	3	1	1
106	Cirié	4	1		3
107	Chivasso	2		2	
108	Chieri	3	1	2	
109	Ivrea	3	1		2
110	Pinerolo	2	2		
111	Vercelli	2	2		
112	Biella	1		1	
113	Novara	5	3		2
115	Cuneo	7	1	5	1
116	Mondovì	1	1		
117	Savigliano	3	2		1
118	Alba	2	2		
119	Asti	2	2		
120	Alessandria	1	1		
121	Casale	4	1	1	2
122	Novi Ligure	4	2	1	1

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	Ivrea	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	Mondovì	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 Bargerò
		ASL 22	Novi Ligure	Gianpaolo Carlesi

Piano Nazionale della Prevenzione Proroga 2009

Regione Piemonte

Titolo del progetto: “Prevenzione delle complicanze del diabete di tipo 2” nell'ambito del P.N.P. 2005-2008. Linea progettuale: Gestione integrata del diabete (1.2)

Referente: prof.ssa Graziella Bruno, Dipartimento di Medicina Interna, Università di Torino, Corso Dogliotti 14, 10126 Torino, graziella.bruno@unito.it

Obiettivi specifici.

- 1. Monitoraggio di prevalenza, incidenza e mortalità di diabete***
- 2. Tassi di ospedalizzazione per diabete nella Regione Piemonte***
- 3. Qualità dell'assistenza erogata ai diabetici***
- 4. Monitoraggio gestione integrata***