



IV CONVEGNO IGEA
PREVENIRE LE COMPLICANZE DEL DIABETE: DALLA
RICERCA DI BASE ALL'ASSISTENZA



Il percorso di gestione integrata del diabete nella regione Lazio

Carla Perria

Dipartimento Tutela della Salute
Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica

Indice

In questa presentazione viene illustrato il percorso di gestione del paziente diabetico nella regione Lazio, frutto dell'evoluzione del Progetto Igea e dell'inserimento della gestione del paziente cronico all'interno della cornice di Accordo regionale con la Medicina Generale, il cui contributo è ormai riconosciuto determinante per il successo della cura di qualunque patologia cronica

Progetto Igea: gli aspetti qualificanti

- Di tipo clinico assistenziale
 - Gestione integrata
 - Approccio proattivo al paziente
- Di tipo professionale
 - Cooperazione inter-professionale
 - Superamento dei confini di competenza "esclusiva"
 - Superamento del rapporto univoco medico-paziente
- Di tipo organizzativo
 - Superamento dell'organizzazione segmentata in servizi a "canne d'organo"
- Di tipo gestionale
 - Diffusione di strumenti informativo-informatici
 - Uso di indicatori

L'approccio al paziente con malattia cronica

cura

RACCOLTA
ANAMNESI

ESAME
OBIETTIVO

INDAGINI
DIAGNOSTICHE

DIAGNOSI

PROGNOSI

TERAPIA

presa in carico

RACCOLTA
DOMANDA

INDIVIDUAZIONE
BISOGNO

DEFINIZIONE
PROBLEMA

V.M.D.

P.A.I.

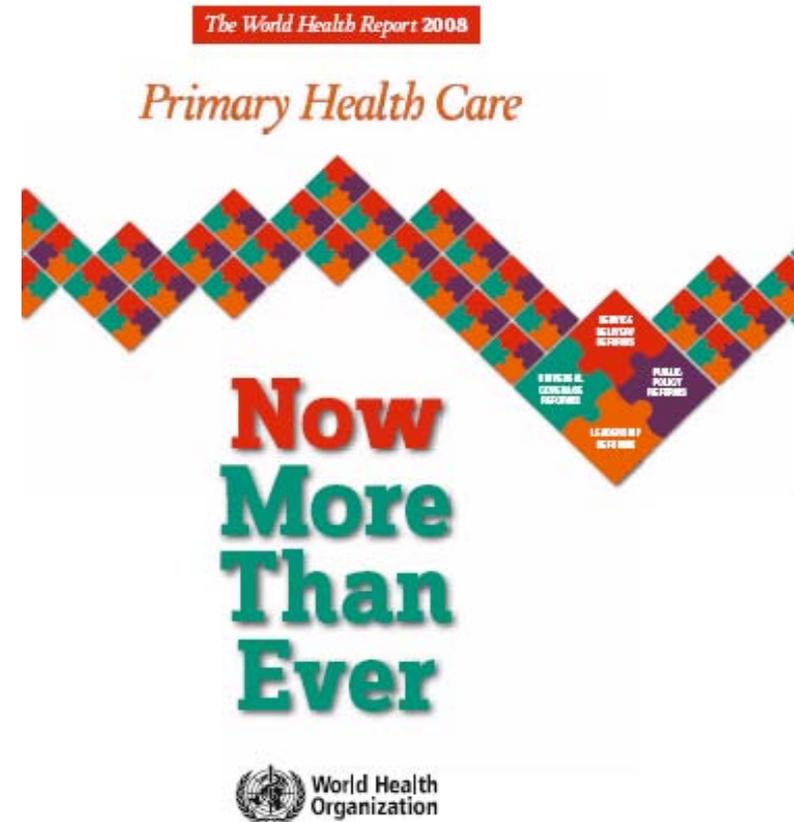
VERIFICA
P.A.I.

Il sistema delle cure primarie

OMS - The World Health
Report 2008

*"Primary health care
Now more than ever"*

Enfasi sulle cure primarie
anche per la gestione
della patologia cronica



La gestione del paziente cronico

Sistema delle cure primarie

INTEGRAZIONE

**Sistema delle cure specialistiche
territoriali e ospedaliere**

Il Progetto Igea: criticità nella traduzione operativa

- Mancata erogazione di fondi vincolati ai progetti dalla Regione alle ASL
- Assenza di sinergie ben funzionanti tra le ASL, e in particolare i distretti, le organizzazioni professionali della MG e i medici specialisti
- Forte precarietà a livello regionale in termini di risorse, programmazione e controllo



Vincoli e ricadute della crisi

La Repubblica

giovedì

28 gennaio 2010



Regione Lazio

Piano di Rientro

Accordo ai sensi dell'articolo 1
comma 180 della Legge 311/2004

Sottoscritto il 28/02/2007

Approvato dalla Giunta Regionale
con delibera n. 149 del 6/03/2007

Sanità, Morlacco: deficit sotto il miliardo
Montino: troppi tagli e poche assunzioni

Il Sole 24 Ore

Diffuse le stime governative

Il deficit 2009
nella Sanità
sfiora i 5 miliardi

Il Giornale

L'intervento

«La Regione chiede
più soldi al governo
ma non sa spendere
quelli che già ha»

I CONTI IN ROSSO

Il documento ora dovrà essere approvato dalla conferenza Stato-Regioni: da sanare un probabile disavanzo di 1.350 milioni e per i farmaci anche per gli esenti. Blocco del turn-over per un altro anno



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

ACN del 29 luglio 2009

Intesa, ai sensi dell'articolo 5 dell'Accordo Stato – Regioni, rep. n. 1805 del 24 luglio 2003, sull'ipotesi di accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale – quadriennio normativo 2006-2009, biennio economico 2006-2007.

Medicina generale

*settori di Assistenza Primaria, Continuità
Assistenziale, Emergenza Sanitaria Territoriale
e Medicina dei Servizi Territoriali*

**"Protocollo d'intesa per l'accordo integrativo tra
Regione Lazio e Medici di Medicina Generale" del
21 luglio 2009**

Protocollo di intesa per l'Accordo Integrativo della medicina generale

- **Art. 7, comma 2:** si specifica l'inclusione tra le fonti di finanziamento dell'Accordo dei fondi per la realizzazione dei piani di prevenzione attiva delle complicanze del diabete (Igea) e della prevenzione primaria cardiovascolare
- **Art. 9:** si stabilisce che entro 60 giorni dall'approvazione dell'Accordo dovranno iniziare le trattative a livello decentrato per la stipula degli accordi a livello locale
- **Art. 10:** si istituiscono tavoli tecnici paritetici per definire i contenuti dei progetti sulle cure primarie che l'Accordo intende promuovere. In particolare viene istituito il **Tavolo "Preso in carico dei pazienti con patologie croniche a più alta incidenza"**

Il Tavolo tecnico sui percorsi

- Il Tavolo tecnico sui percorsi per le patologie croniche, formato da rappresentanti di Laziosanità-ASP, rappresentanti della MG, delle aziende sanitarie e della regione Lazio, giunge alla definizione dei contenuti generali di 5 percorsi assistenziali per le seguenti condizioni croniche

Diabete

Scompenso cardiaco

BPCO

Anziano fragile

TAO

Che vuol dire percorso?

Per porre le basi di un percorso di cura in un determinato contesto **BISOGNA SCEGLIERE**

Il modello clinico

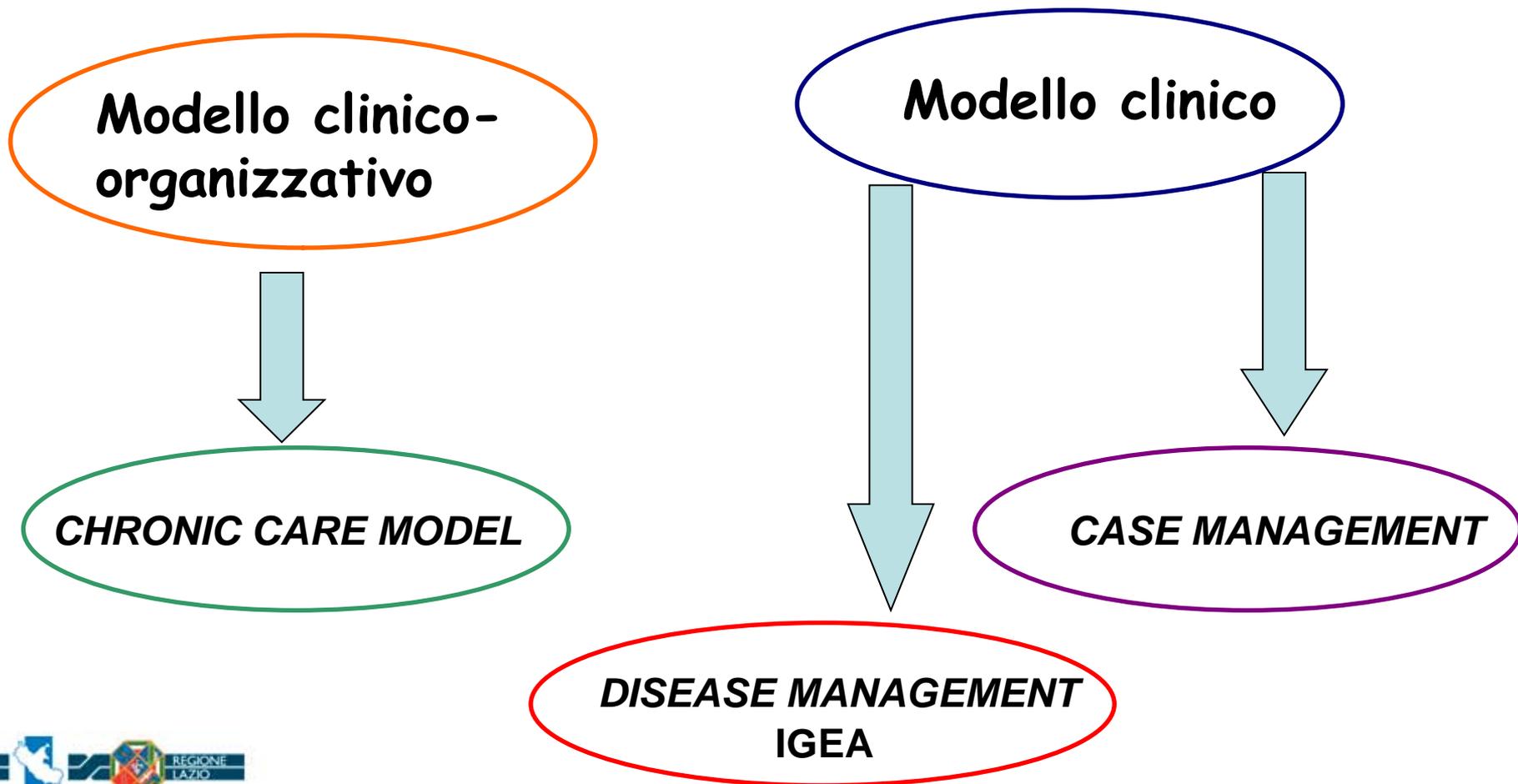


Il modello clinico-organizzativo

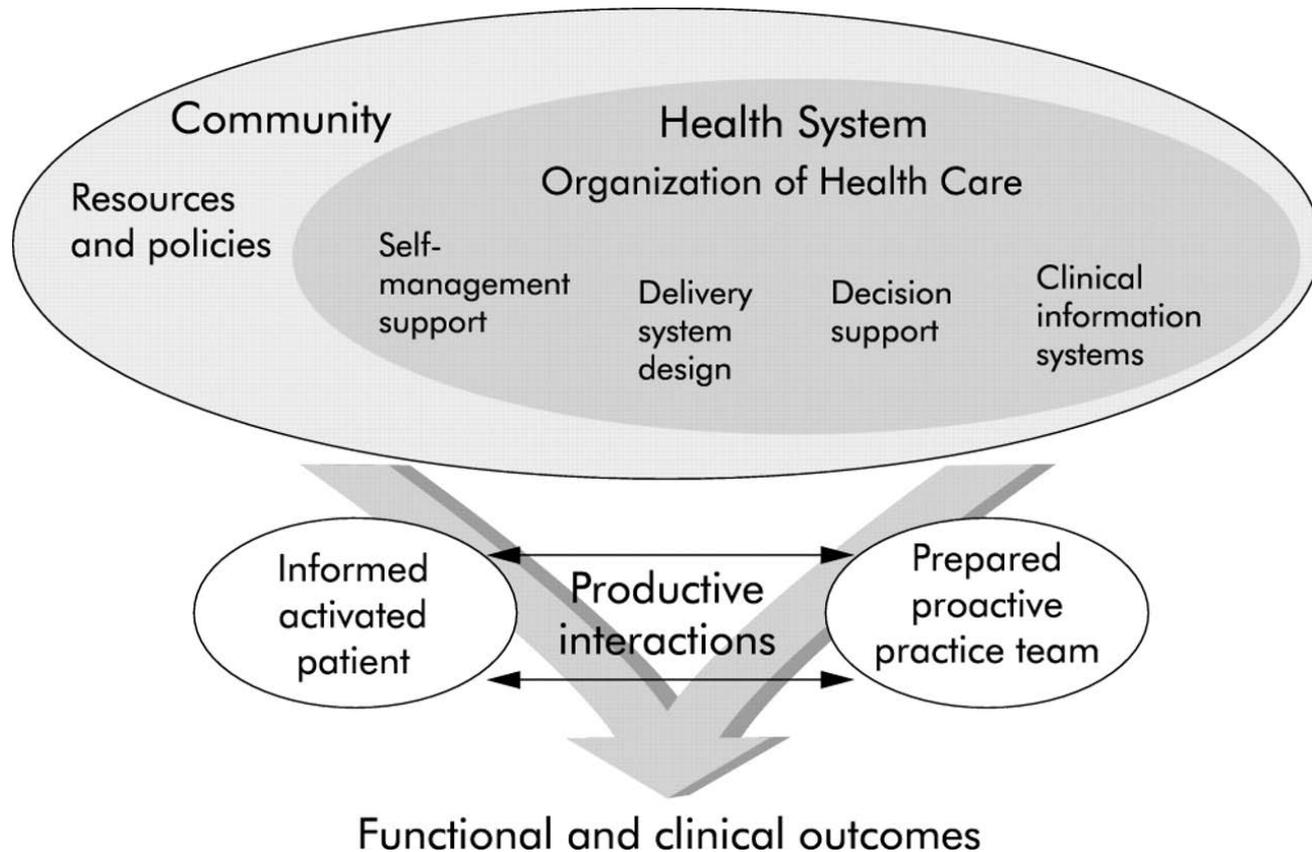
Il modello di implementazione

I modelli di riferimento

MODELLI DI RIFERIMENTO DEL PERCORSO DI CURA DEL DIABETE



CHRONIC CARE MODEL



Bodenheimer T, Wagner E H, Grumbach K, Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness, JAMA 2002; 288:1775-1779

Chronic Care Model - stratificazione Per livelli di rischio

Gestione attiva di
pazienti ad alto
rischio con necessità
complesse

Level 3:
Highly complex
patients
**Case
management**

Team
multidisciplinare
Percorsi e
protocolli di cura

Level 2:
High risk patients
Care management

Supporto per
favorire
l'autogestione della
patologia e la
prevenzione
secondaria

Level 1:
70-80% of a Chronic Care
Management population

**Controllo dei fattori
di rischio nella
popolazione
generale**

Health promotion

Chronic Care Model - integrazione cure primarie e specialistica

SPECIALISTICA



CURE PRIMARIE



Level 3:
Highly complex patients
Case management

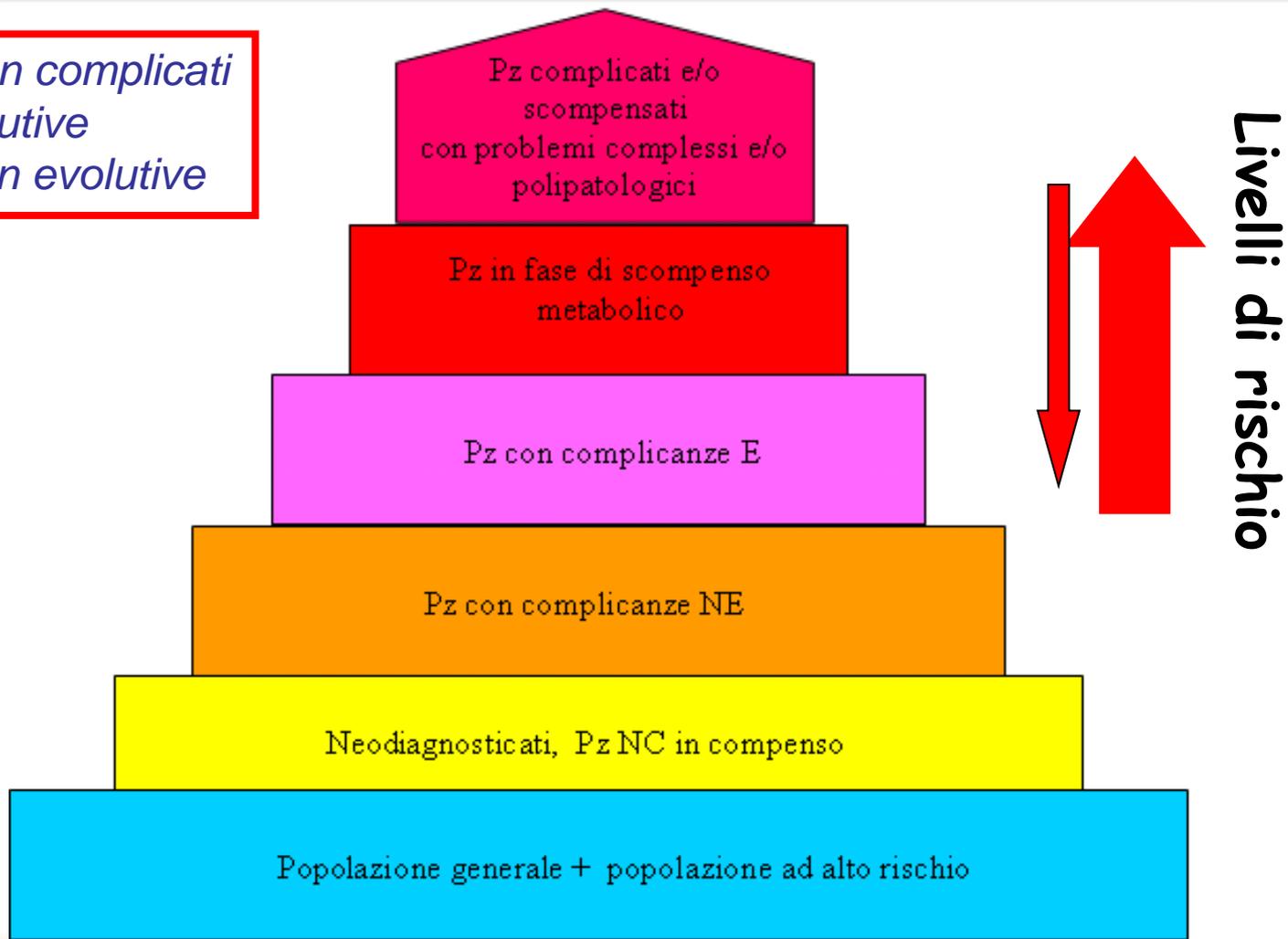
Level 2:
High risk patients
Care management

Level 1:
70-80% of a Chronic Care Management population

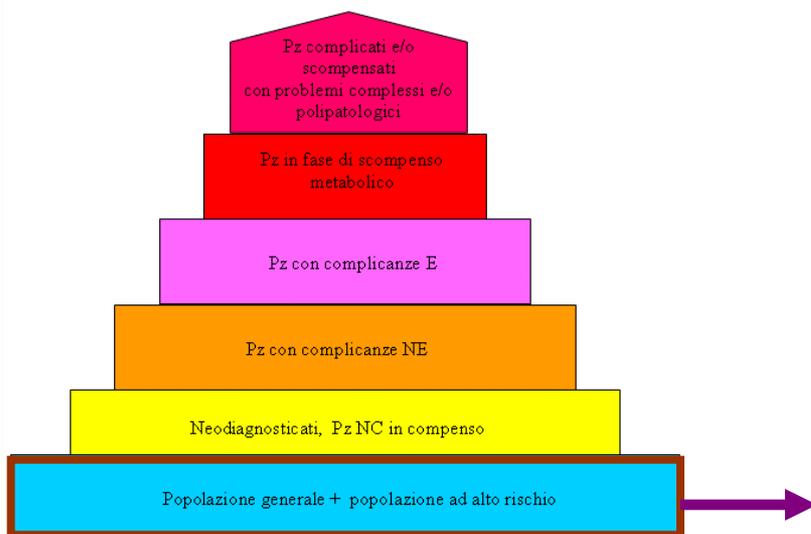
Health promotion

Stratificazione del diabete per livelli di rischio

NC: non complicati
E: evolutive
NE: non evolutive



Il diabete per livelli di rischio



Popolazione generale e popolazione ad alto rischio *MMG, infermiere*

Prevenzione

- Educazione sanitaria
- Identificazione e contrasto dei fattori di rischio
- Diagnosi e trattamento sindrome metabolica
- Monitoraggio periodico del livello di rischio
- Identificazione dei soggetti ad alto rischio
- Valutazione di base in caso di iperglicemia a digiuno
- Diagnosi e follow-up dei soggetti con IFG o di IGT

Popolazione ad alto rischio

- IFG (alterata glicemia a digiuno) o IGT (alterata tolleranza al glucosio) o pregresso diabete gestazionale
- Età ≥ 45 anni, con BMI ≥ 25 kg/m² o obesità centrale
- Età < 45 anni, sovrappeso (BMI ≥ 25 kg/m²) e una o più tra le seguenti condizioni:
 - Familiarità di primo grado per diabete di tipo 2
 - Ipertensione arteriosa ($>140/90$ mm Hg) o terapia antipertensiva
 - Bassi livelli di colesterolo HDL (≤ 35 mg/dl) e/o valori di trigliceridi (≥ 250 mg/dl)
 - Evidenza clinica di malattie cardiovascolari
 - Sedentarietà
 - Sindrome dell'ovaio policistico o altre condizioni d'insulino-resistenza come l'acanthosis nigricans
 - Appartenenza a gruppo etnico ad alto rischio
 - Nella donna, parto di un neonato > 4 Kg

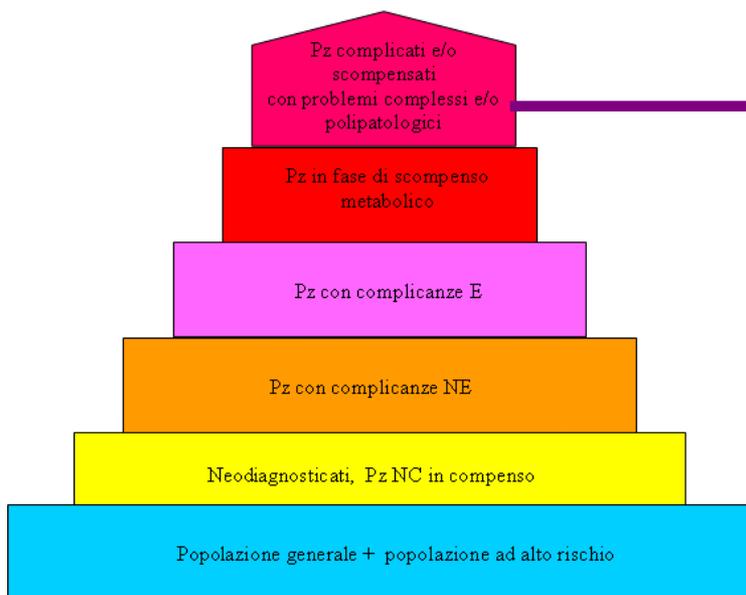
Standard italiani per la cura del diabete mellito, AMD, SID, 2007

Popolazione ad alto rischio

- Bambini d'età >10 anni, con BMI > 85° percentile e due tra le seguenti condizioni:
 - Familiarità di primo o secondo grado per diabete di tipo 2
 - Madre con diabete gestazionale
 - Segni d'insulino-resistenza o condizioni associate (ipertensione, dislipidemia, acanthosis nigricans, ovaio policistico)
 - Appartenenza a gruppo etnico ad alto rischio



Il diabete per livelli di rischio



Pazienti complicati e/o scompensati, con problemi complessi e/o polipatologici
Medico specialista, MMG e infermiere

▪ *Gestione polispecialistica con feed-back al MMG*

▪ Piano di cura concordato con altri specialisti

▪ Accertamenti diagnostici e trattamenti di terzo livello confluenti in percorsi specifici

○ Percorso piede diabetico

○ Percorso nefropatia

○ Percorso retinopatia

▪ Gestione in assistenza primaria dei pazienti con postumi di complicanze acute e croniche (ictus, infarto miocardio)

Indicatori

- Tasso di adesione MMG per ASL e Distretto
- Percentuale di pazienti con diabete presi in carico per MMG sul totale degli assistiti diabetici
- Numero visite presso Centri Diabetologici
- Ricoveri ospedalieri per DRG 294 - Diabete età > 35 anni
- Ricoveri ospedalieri per amputazioni arti inferiori
- Tasso di accessi al PS per diabete, ipoglicemia, coma diabetico
- Numero di misurazioni HbA1c per paziente diabetico preso in carico dal MMG (da 2 a 5)
- Valori di HbA1c per paziente diabetico preso in carico dal MMG
- Numero microalbuminurie per MMG
- Numero di esami del fondo oculare per paziente diabetico preso in carico dal MMG

Il modello di implementazione dei percorsi

IL TAVOLO TECNICO SUI PERCORSI HA RITENUTO STRATEGICO

1

definire le tappe del percorso attuativo attraverso il quale procedere alla decentralizzazione degli obiettivi

2

individuare gli strumenti di contrattazione decentrata per regolare i rapporti fra aziende sanitarie, medici di cure primarie e specialisti

Le tappe del percorso attuativo

- Istituzione del tavolo sindacale per la definizione dei parametri remunerativi da inserire nella bozza di Accordo regionale
- Recepimento formale dell'Accordo
- Attivazione dei tavoli per la definizione degli Accordi locali (previsti dal protocollo di Intesa) e dei relativi stanziamenti di risorse
- Proposta di istituzione dello strumento "Patti aziendali"

Gli strumenti: i patti aziendali

- Definiscono operativamente il modello organizzativo e sono:
 - documenti siglati da ASL, rappresentanti della MG e specialisti, che esplicitano le modalità organizzative e di erogazione delle prestazioni da garantire ai pazienti presi in carico, secondo agende dedicate che consentono una programmazione degli esami di controllo in risposta agli obiettivi stabiliti dal percorso (con ampio riferimento al Protocollo operativo Igea)

Modello di riferimento attuativo dell'Accordo

Formazione

Indicatori

Modelli organizzativi
della MG

Accordi locali



Risorse

Obiettivo: GI del paziente e
continuità delle cure

Patti aziendali

Accordo regionale

Tempi

Le azioni prossime

Completamento dei lavori per la definizione e la formalizzazione dell'Accordo regionale

Presentazione alle ASL delle iniziative del tavolo regionale sui percorsi di cura delle patologie croniche

Istituzione di tavoli di monitoraggio (regionale, aziendali) del processo di implementazione (attivazione modulare dei percorsi)

Predisposizione degli Accordi locali ed eventuale stesura dei patti aziendali

Breve fase di sperimentazione degli strumenti per la registrazione e la trasmissione dei dati sui pazienti (inizialmente per il diabete)

Conclusioni-1

- L'ampliamento della prospettiva del Progetto Igea
 - se da una parte rende più difficile il raggiungimento di obiettivi concreti per via della complessità del profilo di interventi e dell'iter procedurale più articolato
 - dall'altra ricomponne le finalità di prevenzione, sottolineando l'importanza di un approccio di popolazione nei confronti dei molteplici fattori di rischio della malattia

(leggi benefici per il paziente)

Conclusioni-2

- La predisposizione di un percorso attuativo degli aspetti dell'Accordo della MG riguardanti l'assistenza ai pazienti con patologia cronica, con definizione degli strumenti capaci di disciplinare le attività condivise fra i diversi attori del sistema, rappresenta senza dubbio un aspetto qualificante che
 - dà chiarezza e visibilità ai ruoli e alle responsabilità
 - facilita il lavoro in team dei professionisti
 - ordina i tasselli del percorso di cura

(leggi benefici per il paziente e per l'organizzazione)

Grazie dell'attenzione



Ringraziamenti:

Gianni Vicario

Enrico Materia

Amina Pasquarella

Carmelina Guerrera

Sergio Leotta

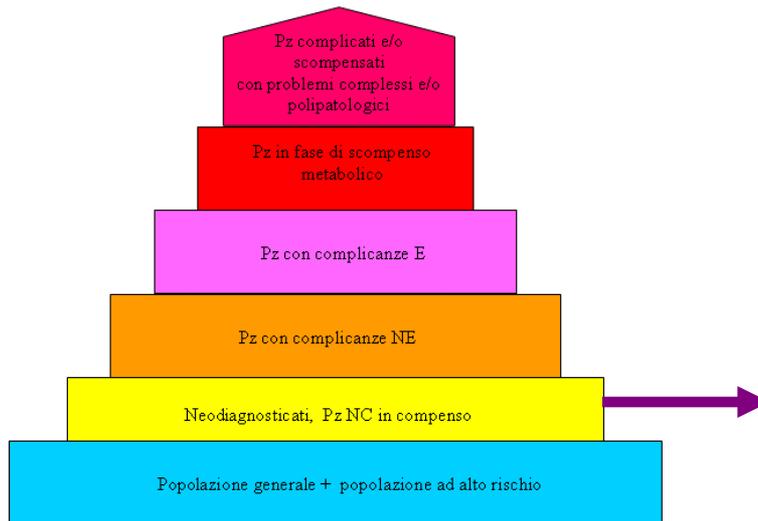
I modelli di riferimento

- **I modelli clinici di riferimento** sono quelli del *disease management* (gestione integrata) e del *case management* (gestione dei casi complessi, instabili e/o polipatologici)
- **Il modello organizzativo di riferimento** per l'attuazione della strategia di cura ritenuta vincente nella cura delle patologie croniche è stato identificato nel *Chronic Care Model* e nella stratificazione della popolazione per profili di rischio individuata come strumento a supporto decisionale del medico dalla medicina di iniziativa

L'evoluzione del Progetto Igea

- La progettualità sul diabete, recependo i ripetuti richiami al Chronic Care Model e alla medicina di iniziativa presenti all'interno dell'Accordo, si connota di un significato più ampio
- L'attività di prevenzione supera il limite della prevenzione delle complicanze e si orienta verso la popolazione generale degli assistiti del MMG nel cui ambito individua i soggetti portatori di fattori di rischio o di condizioni altamente predisponenti l'insorgere della malattia

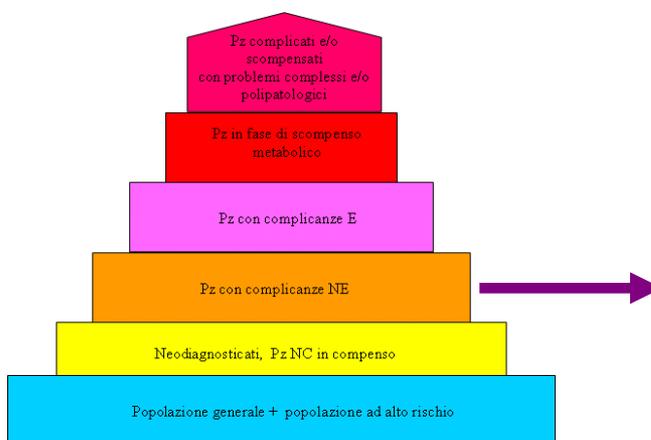
Il diabete per livelli di rischio



Pazienti neodiagnosticati e non complicati in compenso metabolico **MMG**, infermiere generalista, medico specialista
Gestione prevalente del MMG

- Diagnosi e prescrizione delle indagini di inquadramento.
- Invio allo specialista per l'orientamento terapeutico, l'educazione strutturata alla gestione della malattia, eventualmente per le pratiche per l'essenzione, la distribuzione del glucometro e la prescrizione di presidi
- Formulazione del piano di cura condiviso
- Monitoraggio per lo screening delle complicanze secondo linee guida
- Gestione integrata con condivisione dati
- Interventi su stili di vita e autogestione della malattia
- Diagnosi diabete gestazionale

Il diabete per livelli di rischio

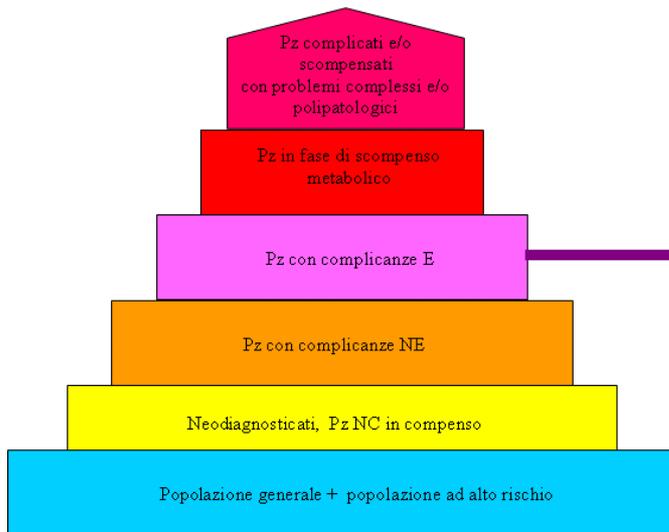


Pazienti con complicanze non evolutive Medico specialista, MMG, infermiere generalista, e infermiere specialista

▪ **Gestione congiunta MMG specialista**

- Valutazione periodica secondo il piano di cura con condivisione dei dati clinici (gestione integrata)
- Valutazione dello specialista secondo accesso:
 - Programmato secondo piano di cura (solitamente annuale)
 - Non programmato con richiesta
 - Urgente (es. grave scompenso iperglicemico o severe ipoglicemie)
 - Non urgente (HbA1C costantemente > 7,5)
 - A giudizio del MMG su condizioni particolari (es. episodi infettivi ricorrenti, iperglicemia a digiuno e/o postprandiale, problemi relazionali, scarsa compliance)

Il diabete per livelli di rischio

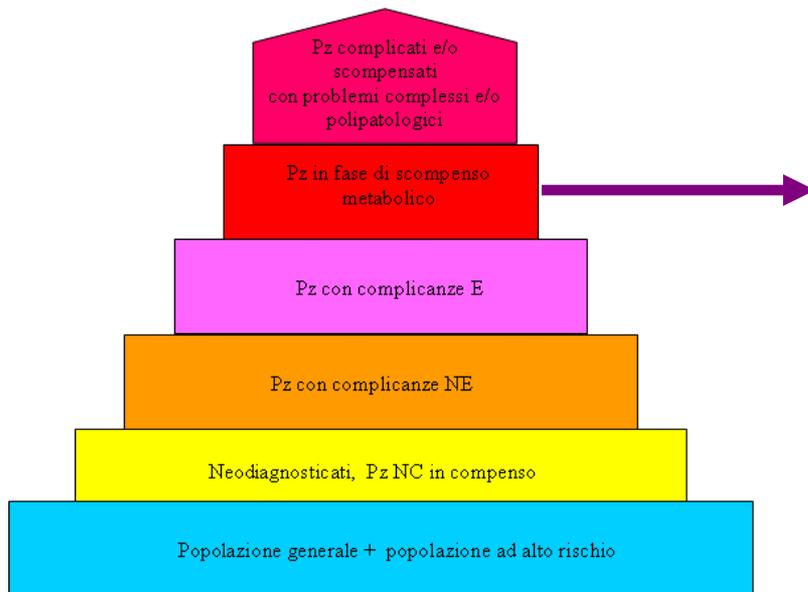


Pazienti con complicanze evolutive *Medico specialista, infermiere specialista, MMG e infermiere generalista*

Gestione prevalentemente specialistica con feed-back al MMG

- Presa in carico specialistica nelle fasi di progressione secondo il piano di cura adottato e concordato
- Presa in carico del MMG nelle fasi di remissione in stretta collaborazione con lo specialista
- Presa in carico esclusivamente specialistica in pazienti con complicanze gravi recenti (ad es IMA entro 6 mesi) o rapidamente evolutive

Il diabete per livelli di rischio



Pazienti in fase di scompenso metabolico
Medico specialista, infermiere specialista, MMG e infermiere generalista

Gestione specialistica con feed-back al MMG

- Pazienti diabetici tipo 1
- Pazienti con infusori di insulina sottocute
- Situazione di scompenso persistente

Indicazioni al ricovero ospedaliero:

- Coma iperglicemico
- Coma ipoglicemico (se dopo il trattamento non c'è ripresa)
- Chetoacidosi senza coma