



Prossimità e organizzazione delle cure: la medicina generale di domani tra demografia e cronicità

La prevenzione, la diagnosi
precoce e la telemedicina

Gianni Boella (Torino)

76° CONGRESSO
NAZIONALE

7-12 ottobre 2019
Tanka Village - Villasimius (CA)

FIMMG[®]
Federazione Italiana Medici di Famiglia

Meds[®]
SOCIETÀ SCIENTIFICA DEI MEDICI



Retinopatia Diabetica (RD)

- Si tratta della più importante complicanza a livello oculare del diabete e rappresenta, nei paesi industrializzati, la principale causa di cecità tra i soggetti di età compresa tra i 20 e 65 anni.
- I sintomi possono essere scarsi o assenti anche in presenza di gravi alterazioni retiniche.
- Risultano perciò fondamentali i programmi di screening oltre a una corretta prevenzione, incluso il controllo dei fattori di rischio sistemici, come glicemia, ipertensione e dislipidemia.



Le persone affette da diabete devono ricevere le cure da parte del medico di medicina generale e del team diabetologico, coordinato da un medico diabetologo, comprendente medici, infermieri, dietisti, podologi, professionisti della salute mentale, in grado di mettere in atto un approccio integrato di gestione della malattia, idoneo al trattamento di una patologia cronica.

VI B

Le persone affette da diabete devono essere periodicamente sottoposte a visita presso i centri diabetologici allo scopo di ridurre il rischio di mortalità per tutte le cause.

III A

I soggetti con diabete devono assumere un ruolo attivo nel piano di cura, formulato come un'alleanza terapeutica personalizzata tra il paziente, la sua famiglia e i membri del team diabetologico. Attenzione particolare deve essere posta all'età del paziente, all'attività scolastica e lavorativa, all'attività fisica praticata, alle abitudini alimentari, alle condizioni socioeconomiche, alla personalità, ai fattori culturali e alla presenza di altre patologie o di complicanze del diabete.

VI B

Il piano di cura deve comprendere un programma di educazione all'autogestione del diabete, che garantisca, tramite l'utilizzo di strategie e tecniche diversificate a seconda fenotipo clinico, modalità terapeutica, età, livello socioculturale e abilità individuali del paziente, un adeguato apprendimento delle modalità di gestione delle varie problematiche proprie della malattia. L'attuazione del piano di cura richiede che ogni aspetto sia stato chiarito e concordato tra il paziente e il team diabetologico e che gli obiettivi identificati siano raggiungibili.

VI B

Gruppo di lavoro

Istituto Superiore di Sanità

Marina Maggini (Responsabile Progetto IGEA), Roberto Raschetti, Flavia Pricci

Ministero della Salute - CCM

Roberto D'Elia

CeVEAS

Nicola Magrini, Francesco Nonino, Anna Vittoria Ciardullo, Luca Vignatelli

Panel multidisciplinare

AMD

Alberto De Micheli, Luca Monge

AND

Giovanna Cecchetto, Anna Laura Fantuzzi

ANMCO

Gian Francesco Mureddu

CARD

Maria Luisa Marcaccio

FADOI

Claudio Marengo

FAND

Vera Buondonno, Antonio Papaleo

FIMMG

Andrea Pizzini, Bruno Doriani Sacchetti

OSDI

Rosangela Ghidelli, Rosetta Nocciolini

SIR

Francesco Bandello

SID

Graziella Bruno, Domenico Fedele

SIMG

Luigi Galvano, Gerardo Medea

SIMI

Domenico Cucinotta

Direttore Sanitario

Marco Comaschi

Modalità organizzate tipo 2 nell'adulto

- Il paziente è inviato al Centro di Cura e l'educazione terapeutica e l'educazione degli obiettivi da raggiungere. È necessario un follow-up periodico.
- Il paziente viene seguito al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi.
- Il paziente effettua una visita all'anno, se l'obiettivo terapeutico non è raggiunto.
- Il paziente accede, inoltre, all'MMG, se ne presenta l'esigenza.

Compiti del Centro di Cura

- Inquadramento delle persone a rischio e personalizzato e condiviso.
- Presa in carico, in collaborazione con il MMG.
- Gestione clinica diretta, con particolare attenzione all'instabilità metabolica; con particolare attenzione ai cutanei continui d'insulina.
- Impostazione della terapia.
- Effettuazione, in collaborazione con il MMG, delle persone a rischio e di quelle con diabete, all'autogestione della malattia.
- Valutazione periodica, secondo il protocollo di gestione in presenza di complicanze.
- Raccolta dei dati clinici mediante cartelle cliniche.
- Attività di aggiornamento.

Compiti del Medico

- Identificazione della popolazione a rischio.
- Diagnosi precoce di malattia.
- Identificazione, tra i professionisti, delle persone a rischio e delle persone con diabete.
- Presa in carico, in collaborazione con il MMG, personalizzato.
- Valutazione periodica, mediante il Piano di Cura adottato, finalizzata al raggiungimento degli obiettivi.
- Effettuazione, in collaborazione con il MMG, delle persone a rischio e delle persone con diabete, all'autogestione della malattia.
- Monitoraggio dei complicanze.
- Organizzazione dello studio con diabete.
- Raccolta dei dati clinici mediante cartelle cliniche.

Le raccomandazioni per ridurre l'incidenza delle complicanze negli adulti con diabete mellito tipo 2, in un modello di gestione integrata della malattia, sono riportate nella seguente tabella.

TABELLA 1 – RACCOMANDAZIONI

NEGLI ADULTI CON: DIABETE MELLITO TIPO 2 È RACCOMANDATO	GRADING		PARAMETRI DI MONITORAGGIO	FREQUENZA DI RILEVAZIONE
	Forza	Qualità complessiva delle prove		
Il trattamento intensivo mirato ad ottimizzare i valori di HbA1c	Raccomandazione forte	Bassa	Misurazione di HbA1c	Ogni 3-4 mesi (semestrale in presenza di un buon controllo)
			Misurazione della microalbuminuria	Annuale
La riduzione della colesterolemia	Raccomandazione forte	Moderata	Misurazione di: <ul style="list-style-type: none"> • colesterolemia totale • colesterolo HDL • colesterolo LDL calcolato • trigliceridemia 	Annuale
La riduzione della pressione arteriosa	Raccomandazione forte	Moderata	Misurazione della pressione arteriosa	Ogni 3-4 mesi
La valutazione del piede e l'educazione del paziente	Raccomandazione forte	Molto bassa	Esame obiettivo del piede e stratificazione del rischio	Annuale
L'esame del fondo oculare	Raccomandazione forte	Molto bassa	Esame del fondo oculare	Alla diagnosi e almeno ogni due anni (più frequentemente in presenza di retinopatia)
La modifica degli stili di vita, adottare una alimentazione corretta, fare un regolare esercizio fisico	Raccomandazione forte	Molto bassa	Misurazione di: <ul style="list-style-type: none"> • circonferenza vita • peso 	Semestrale

Nelle persone con diabete è consigliato, inoltre, un moderato apporto di alcol e la disassuefazione dal fumo

LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE

PROVE DI EFFICACIA

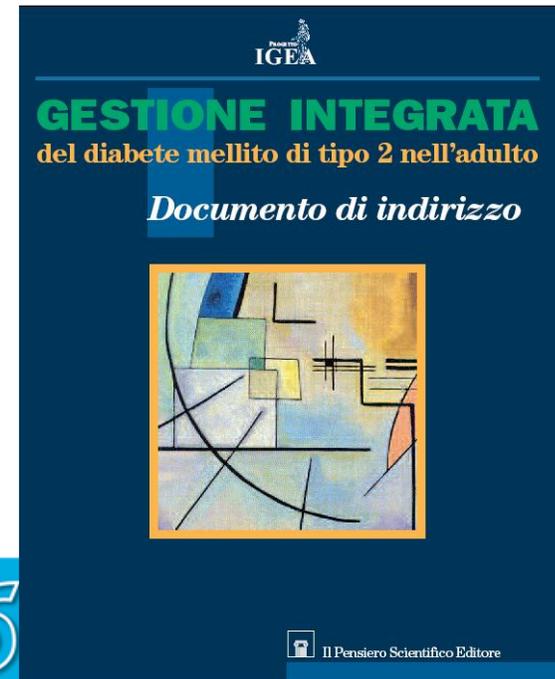
Per **Gestione Integrata** si intende la partecipazione congiunta dello **Specialista** e del **Medico di Medicina Generale** in un **programma stabilito** d'assistenza nei confronti dei pazienti con **patologie croniche** in cui lo scambio d'informazioni, che va oltre la normale routine, avviene da entrambe le parti con il **consenso informato del Paziente**.

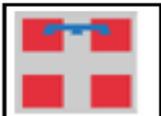
AMERICAN JOURNAL OF
Preventive Medicine



THE AMERICAN JOURNAL OF
MANAGED CARE

- **Miglior controllo glicemico:**
 - ✓ HbA1c: - 0,5%
- **Migliorano gli indicatori di processo:**
 - ✓ frequenza di controlli di HbA1c
 - ✓ controlli del fondo dell'occhio
 - ✓ controlli del piede
 - ✓ frequenza di alcuni esami (lipidi, proteinuria)





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:

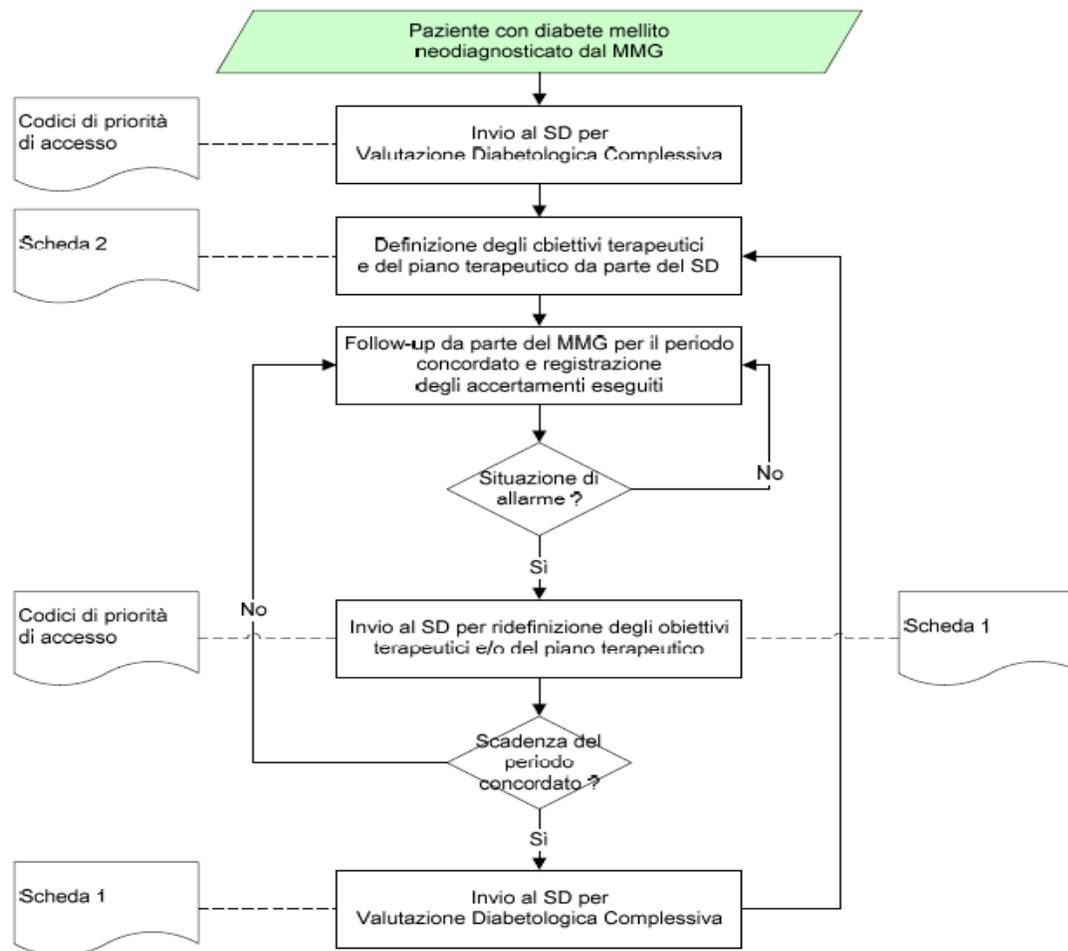
1. Il paziente neo-diagnosticato è inviato al SD per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia, che comprende la chiara indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario 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 compensazione 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.

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.

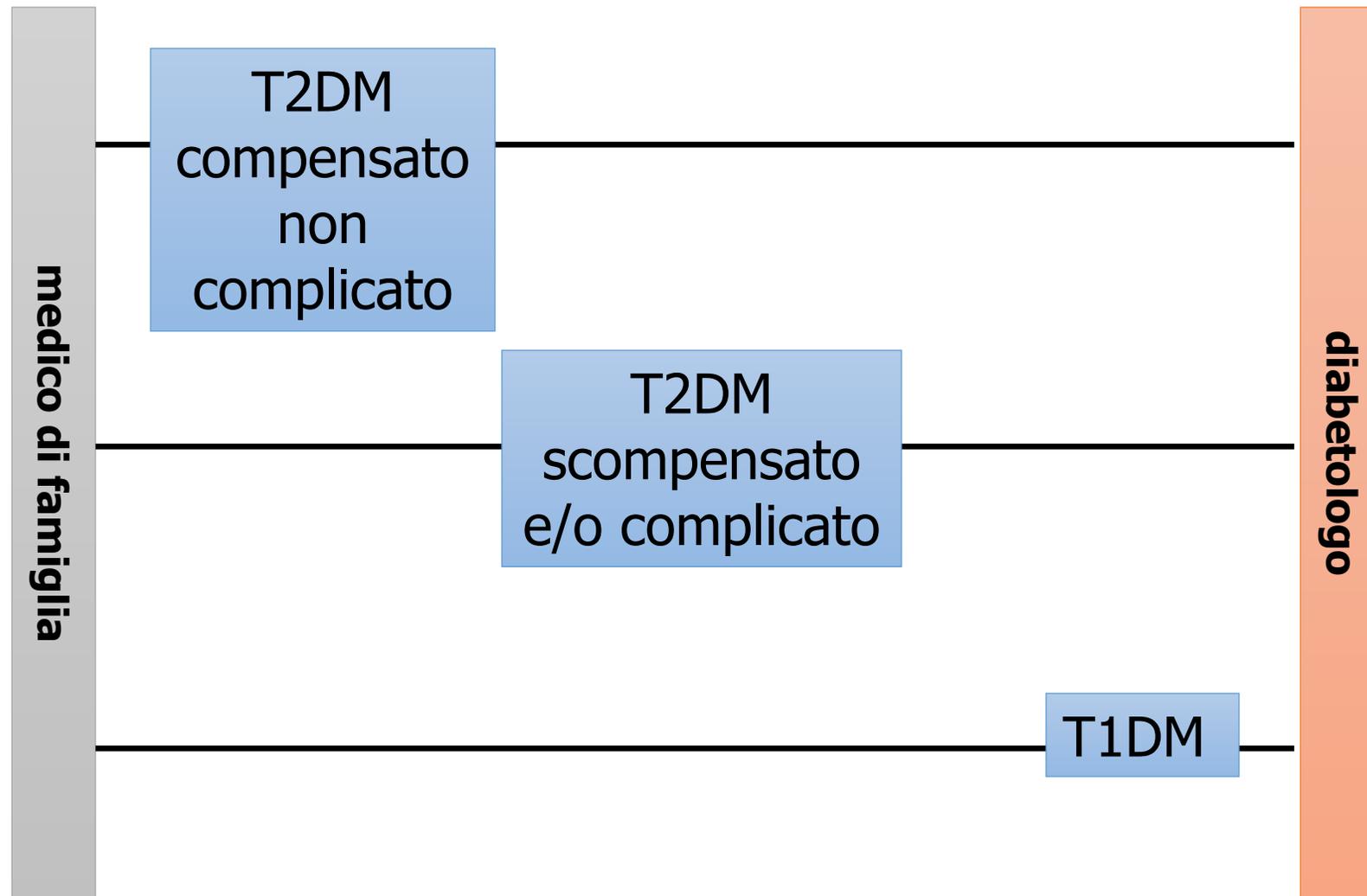
Per assicurare che vengano soddisfatte le esigenze di tutti i soggetti affetti da diabete tipo 2 sono stati identificati codici di priorità ai SD sulla base delle situazioni cliniche riscontrate dai MMG (vedi Tabella 1).



FIGURA 1. PROTOCOLLO DI GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE TIPO 2 ADOTTATO NELLA REGIONE PIEMONTE



TEAM DIABETOLOGICO INTEGRATO



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

Si possono individuare due momenti di riscontro:



1) PRESA IN CARICO

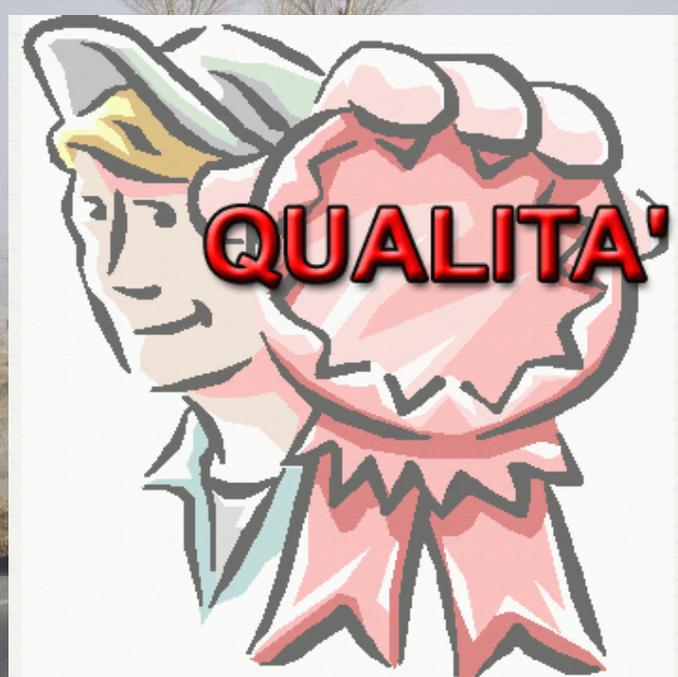
per ogni Paziente arruolato una quota capitaria annua aggiuntiva in dodicesimi

2) QUALITA' EROGATA

a fine anno per ogni Paziente seguito secondo qualità erogata



Punteggio L	
da 300 a 599	iente
da 600 a 799	iente
da 800 a 1000	iente

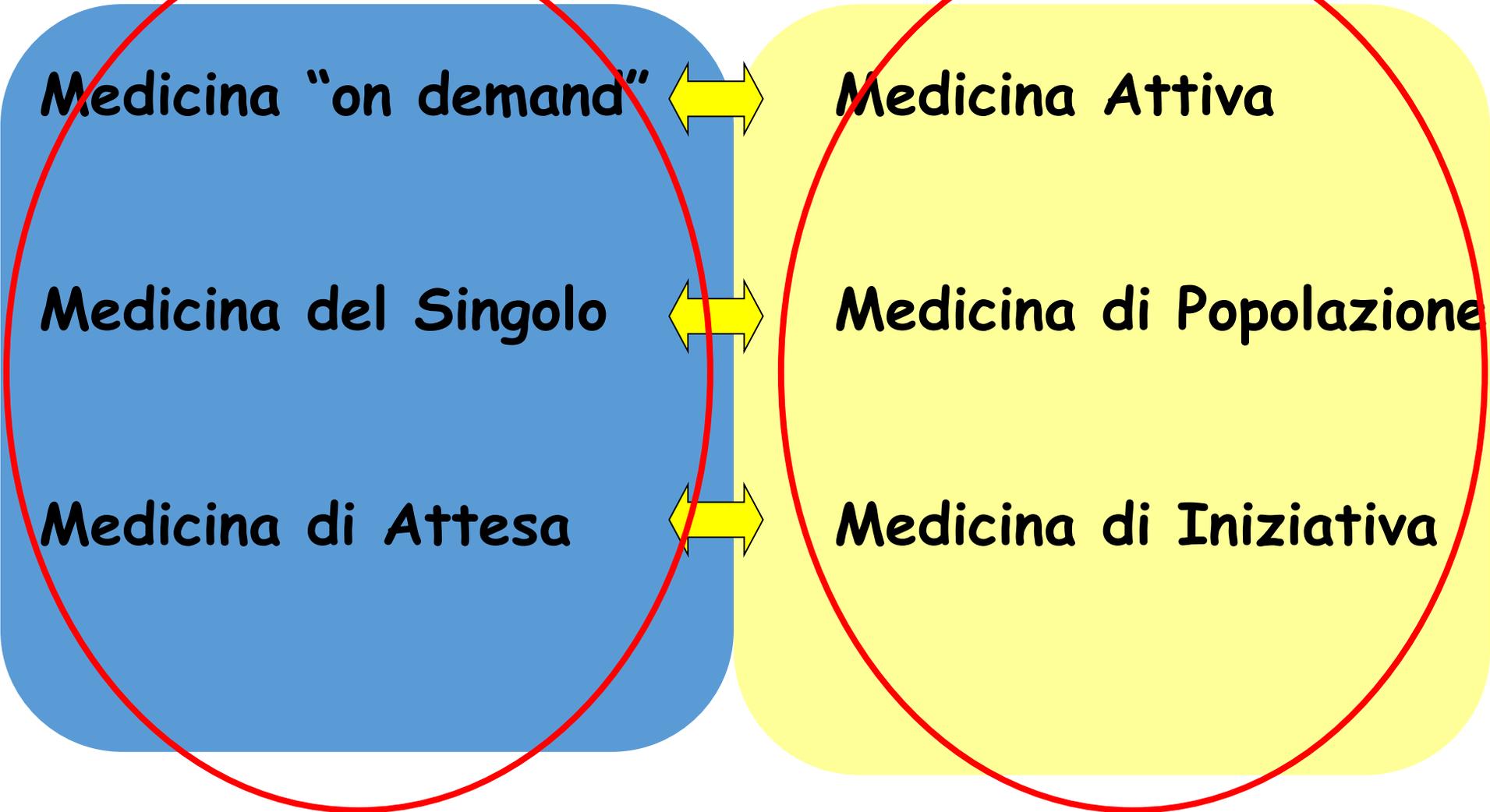


I 6 ELEMENTI DEL CHRONIC CARE MODEL



- 1. Le risorse della Comunità:** gruppi di volontariato, associazioni Pazienti, ecc...
- 2. Le Organizzazioni Sanitarie:** Malattie Croniche come priorità per i SSN
- 3. Supporto all'autogestione:** paziente diventa il protagonista attivo
- 4. Supporto alle decisioni:** percorsi di cura con Standard basati sulle evidenze e Formazione
- 5. Organizzazione del Team:** multidisciplinare e con chiara condivisione del lavoro
- 6. Sistema Informativo Computerizzato per:**
 1. attenersi al Percorso di Cura
 2. mostrare le performance nei confronti degli indicatori
 3. creare i Registri di patologia (che sono alla base del sistema «*population-based*»)

NECESSITA' DI AFFIANCARE



MALATTIE ACUTE

MALATTIE CRONICHE



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 5 principi cardine:



- 1. Medicina di Iniziativa**
- 2. Pay for performance**
- 3. Accountability**
- 4. Qualità attraverso l'Audit**
- 5. Integrazione con il secondo livello**

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"

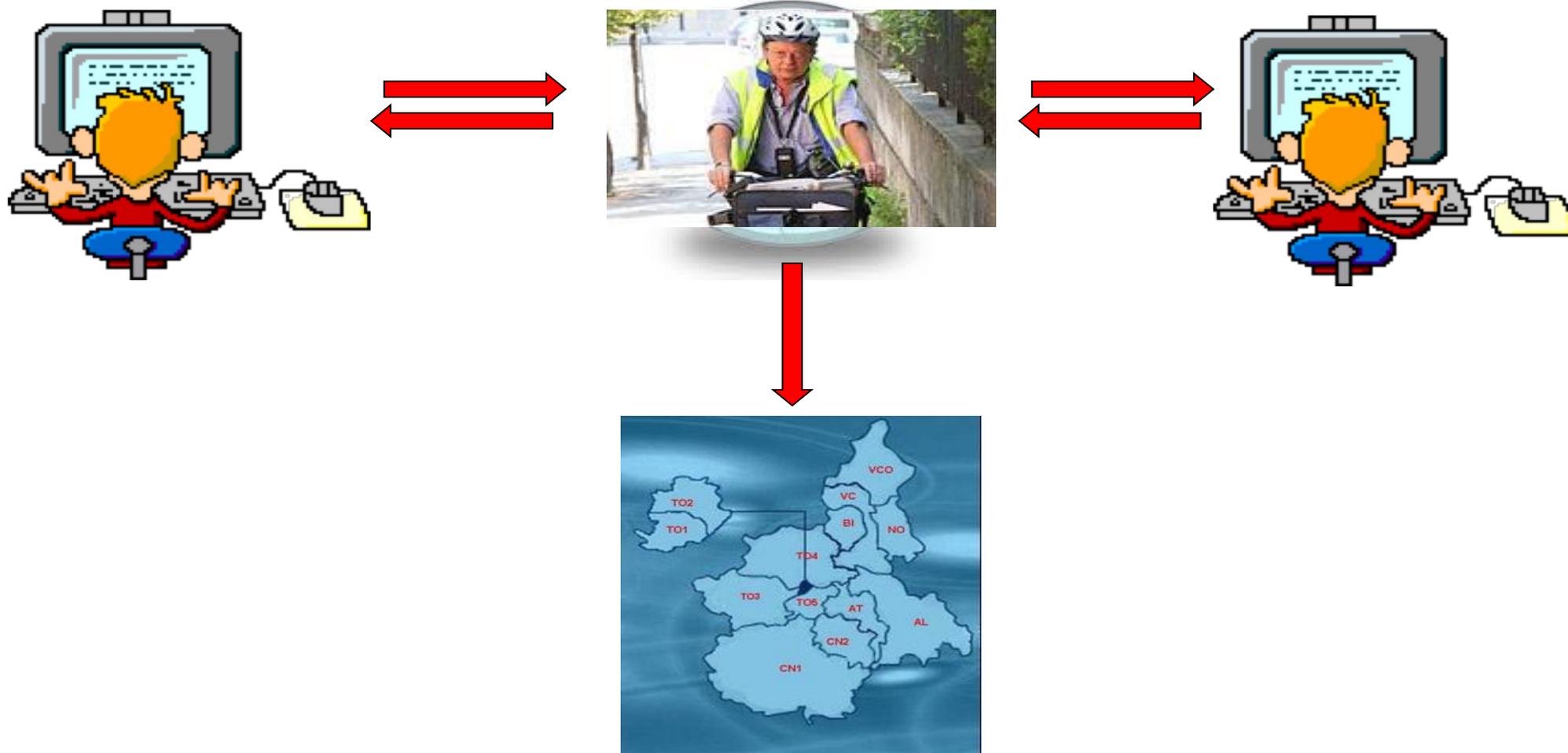
Ultimo valore registrato di **HbA1c** $\leq 7,5\%$ nel 25%

Ultimo valore registrato di **Colesterolo LDL** $\leq 130\text{mg/dl}$ nel 20%

Ultimo valore registrato di **Pressione Arteriosa** $\leq 130/80\text{mmHg}$ nel 20%

Dall'Accordo integrativo della Regione Piemonte: 21/07/2008

SCAMBIO DI INFORMAZIONI VIA WEB TRA I MEDICI

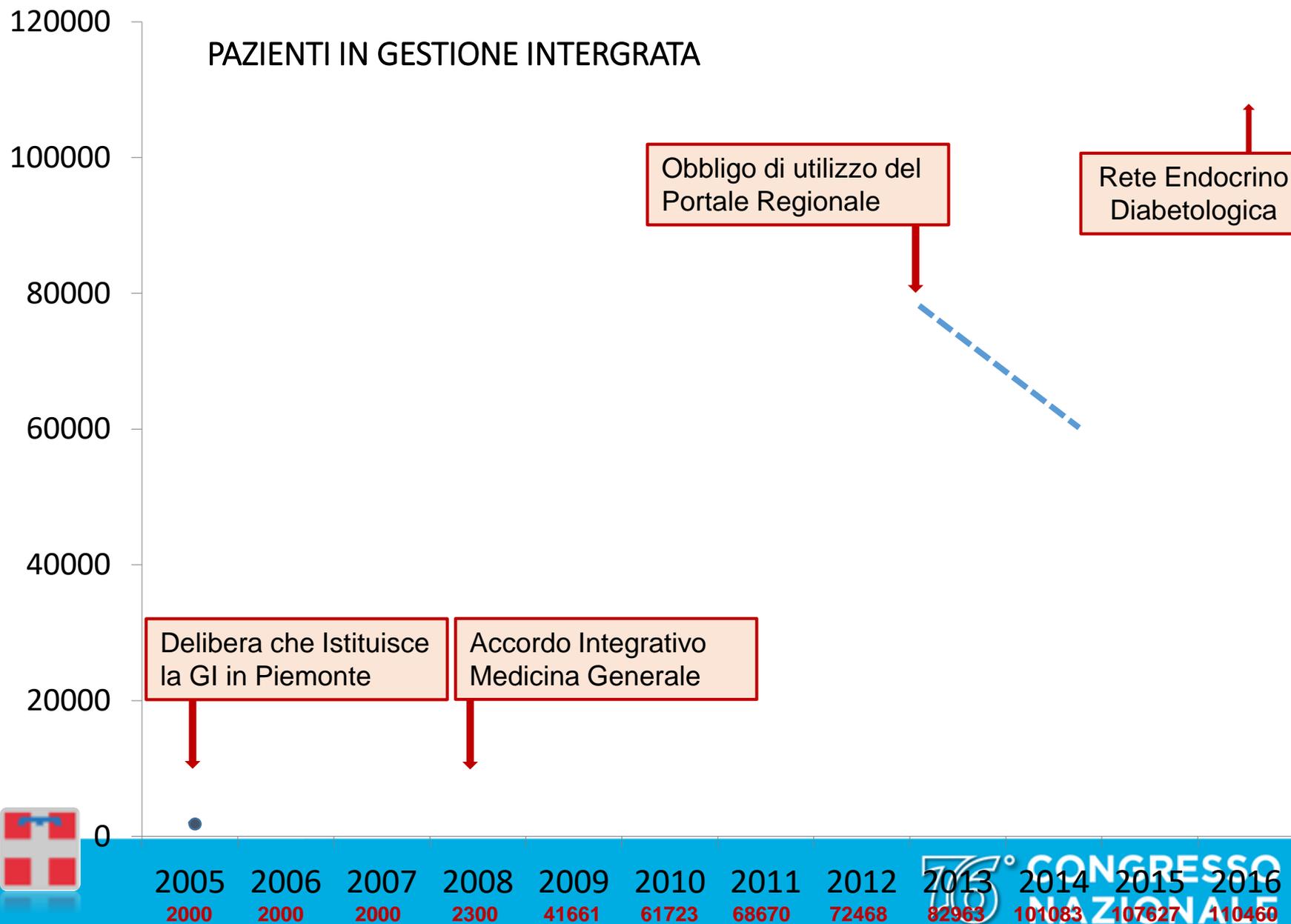


NUMERI AL 30 SETTEMBRE 2018

 REGIONE PIEMONTE	n° Pazienti	n° MMG Piemonte	n° MMG Partecipanti
TOTALE	115.634	3.046	2.697 (89%)

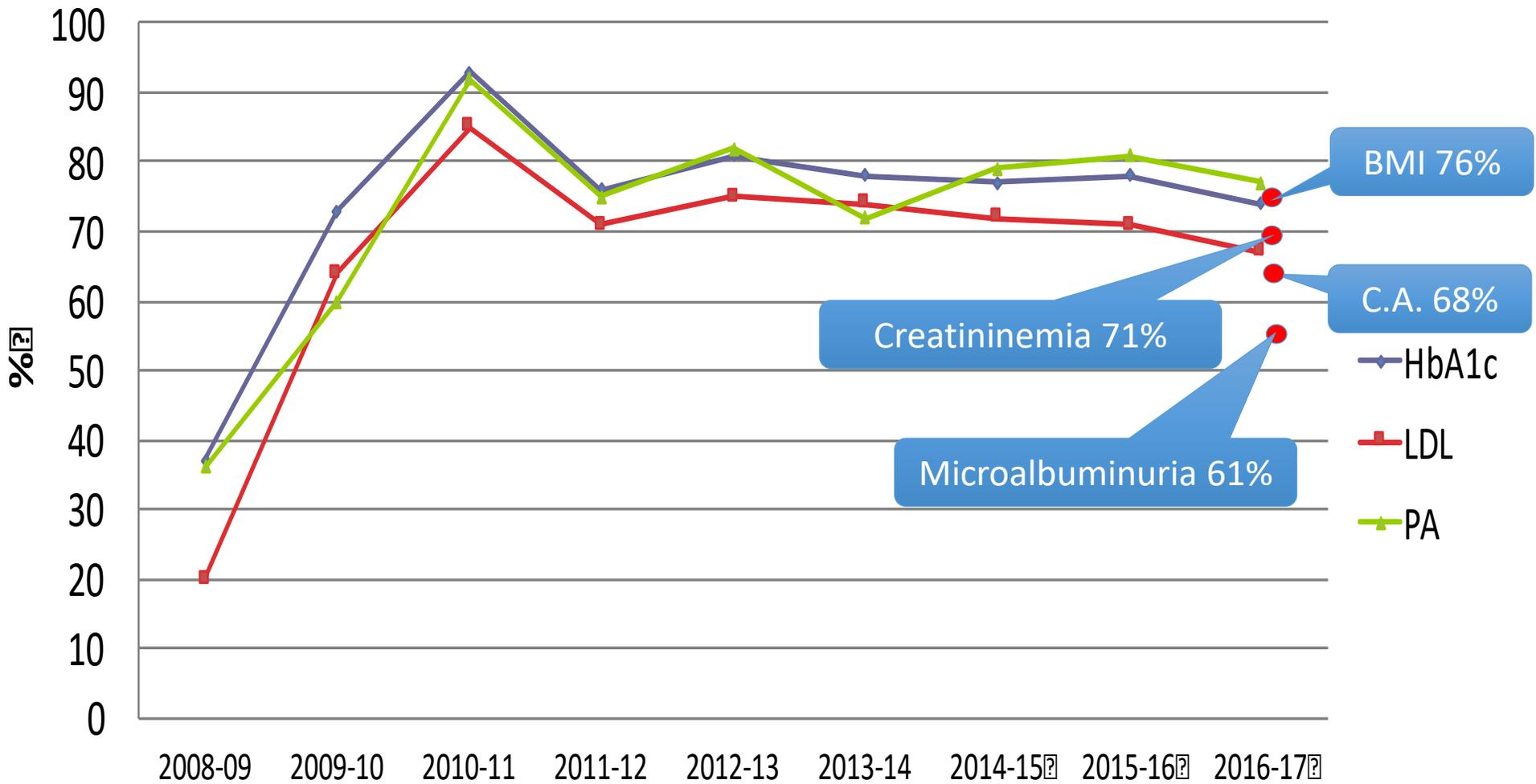


Dall'inizio al 30 Settembre 2018



DATI ESTRATTI DAL PORTALE

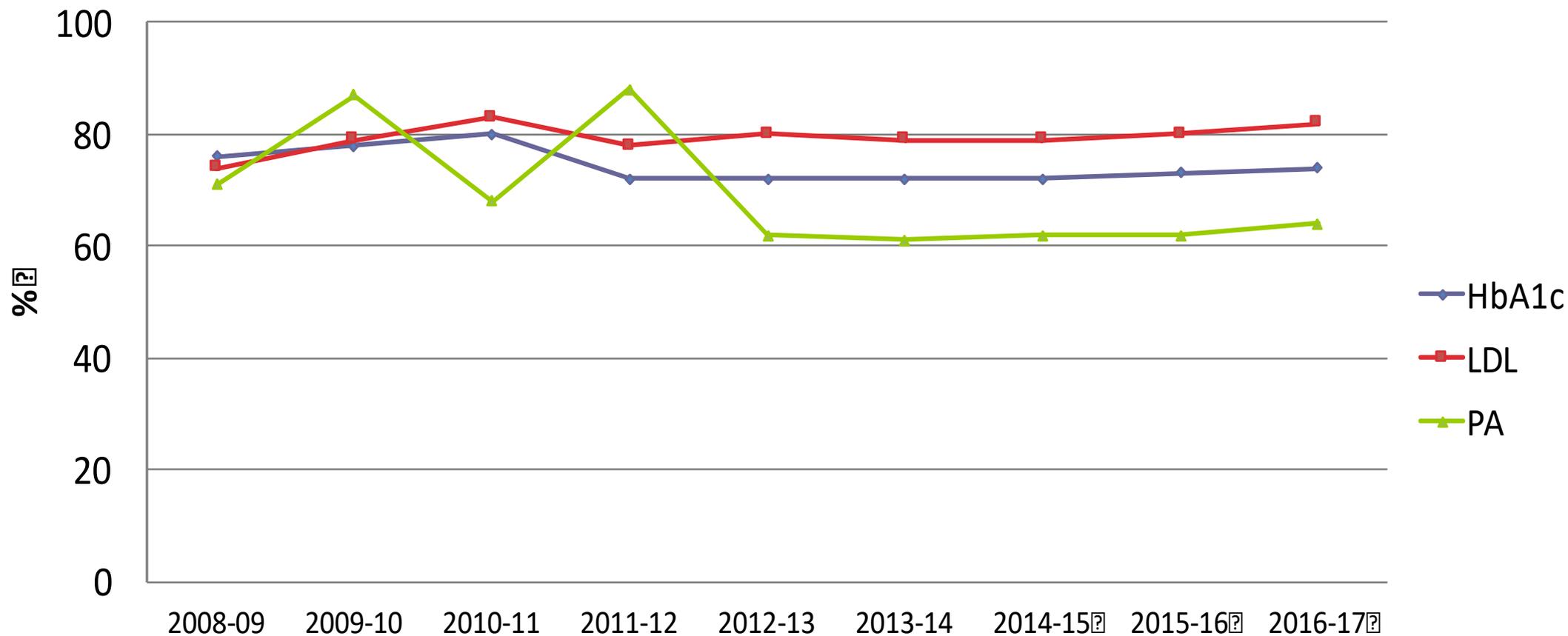
ALMENO UN VALORE ESEGUITO NELL'ANNO



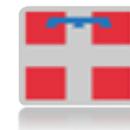
2. **OUTCOME:** un efficace follow-up dei pazienti

DATI ESTRATTI DAL PORTALE

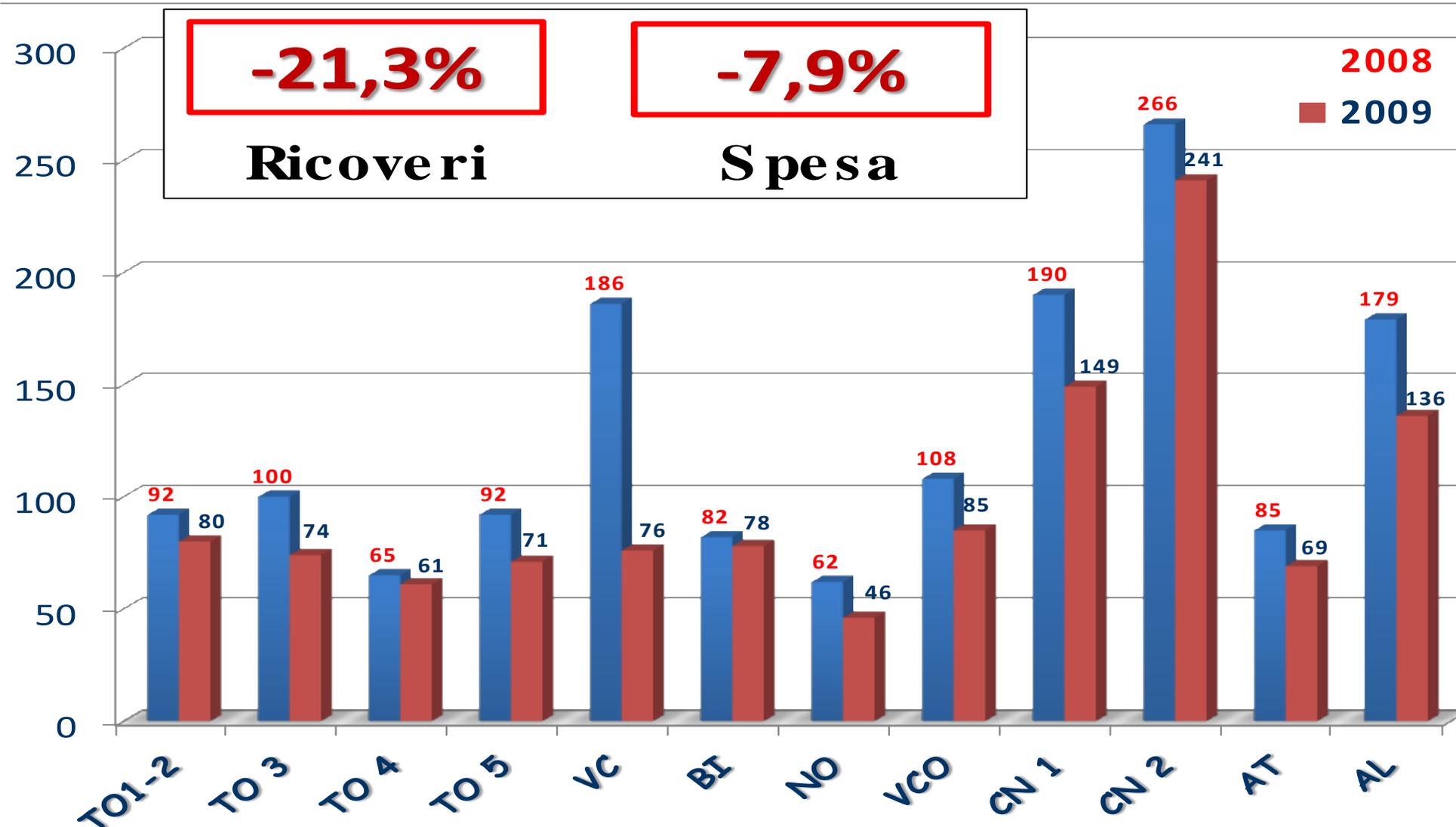
PAZIENTI CHE HANNO RAGGIUNTO IL LAP NELL'ANNO



3. OUTCOME: migliorare la "performance"



TASSO DI RICOVERO PER DIABETE



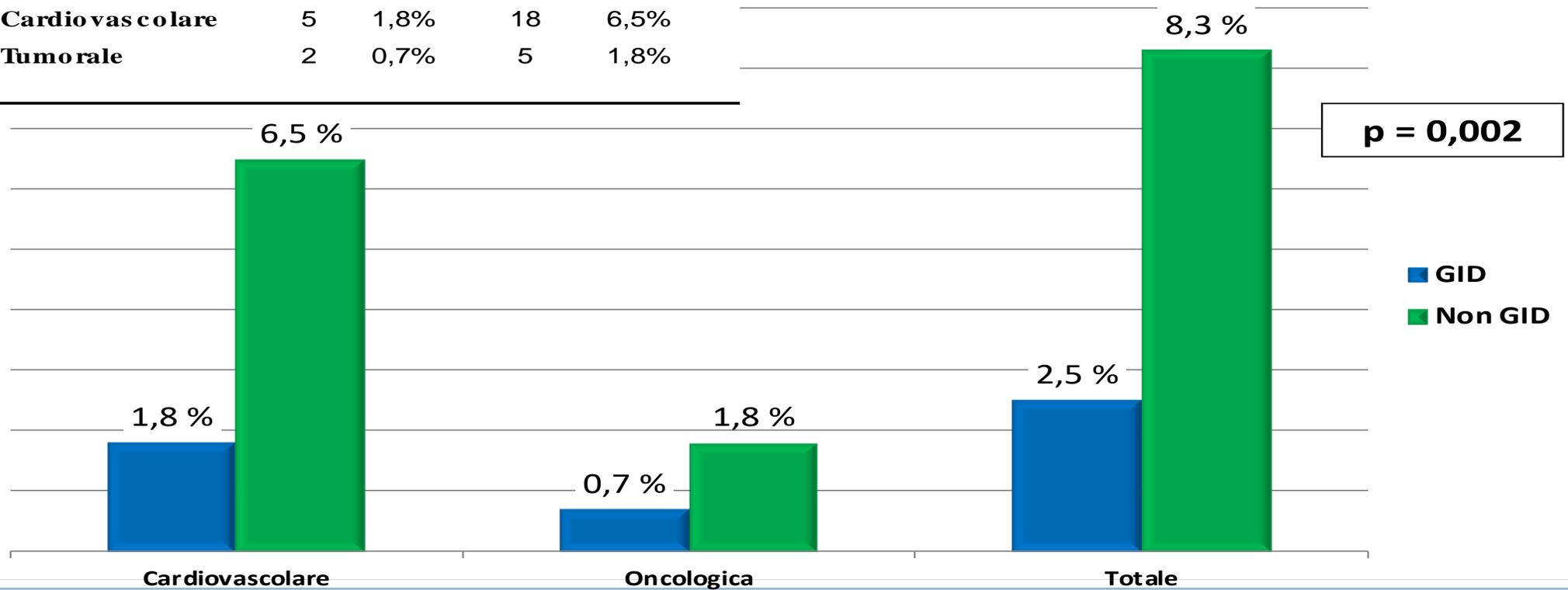
Gestione integrata diabete in Medicina Generale: impatto su mortalità e morbilità*

Rivista Società Italiana di Medicina Generale N.6 VOL.24 2017

Giuseppe Misiano

Medico di Medicina Generale, SIMG Torino

	GID		Non GID	
Mortalità totale	7	2,5%	23	8,3%
Causa Cardiovascolare	5	1,8%	18	6,5%
Causa Tumorale	2	0,7%	5	1,8%



* 3° premio Abstract assegnato dal Comitato Scientifico del Congresso SIMG 2017

PROPOSTE

Implementare sistema informatico di comunicazione bidirezionale tra team MMG e team diabetologico inclusivo anche di:

- Stato complicanze e comorbidità
- Terapia farmacologica (con codice ATC)

Monitoraggio permanente dell'effettiva applicazione del modello operativo per ricognizione e rapida risoluzione della criticità che ne impediscono l'adozione

Richiesta alla Commissione di estendere la Gestione Integrata a tutti i pazienti con Diabete mellito:

Diabete Mellito tipo 2

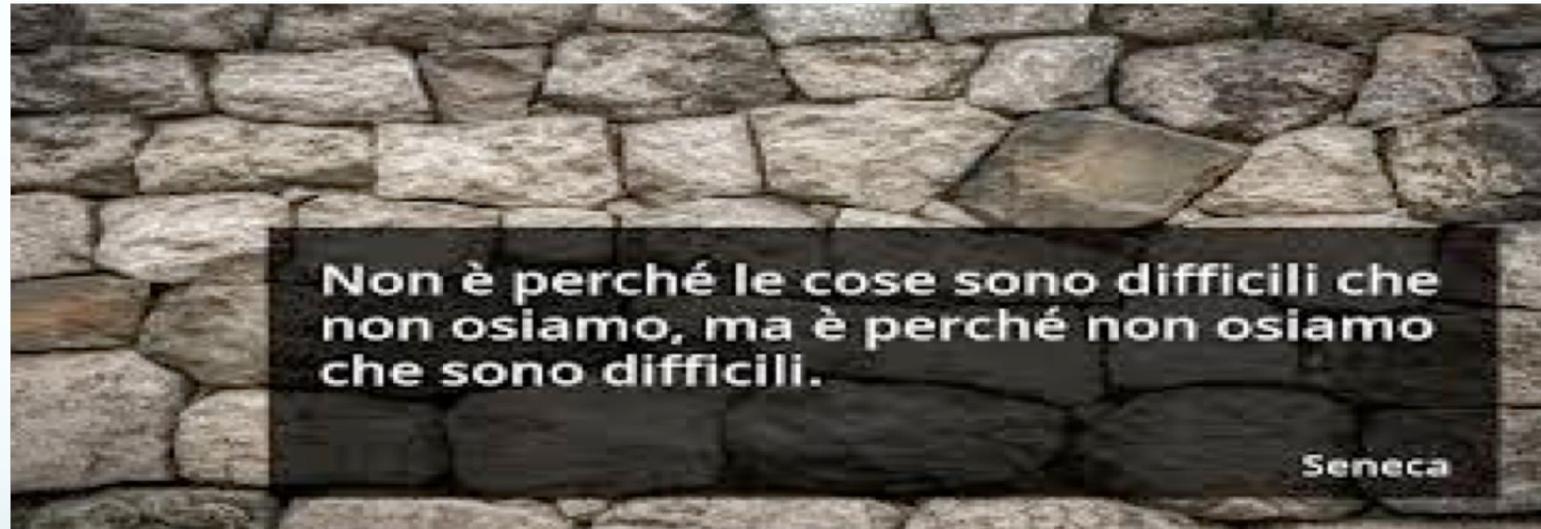
+

Diabete Mellito Secondario

Diabete Mellito tipo 1

Diabete Gestazionale

Multa non quia difficilia sunt non audemus,
sed quia non audemus sunt difficilia



Seneca (4 a.C. – 65 d.C.)



Grazie per l'attenzione