



**“Il programma Sinergia:  
una nuova Gestione Integrata?”**

**Nicoletta Musacchio**

**Centro di Integrazione cure Primarie e Specialistiche  
Cusano A.O.ICP Milano**

# **La buona cura risponde a precisi bisogni dei pazienti**

**Corretta appropriata gestione  
delle terapie sempre più  
specifiche e degli strumenti  
sempre più tecnologici**

**Alta competenza scientifica,  
tecnologia adeguata  
“Scienza” Medica  
Farmacologica**

**Corretto stile di vita  
Buona aderenza alla terapia**

**Tecniche di Empowerment e  
“Scienza” assistenziale**

**In un percorso articolato che  
dura nel tempo**

**Sistemi integrati per migliorare  
l'utilizzo delle risorse  
“Scienza” organizzativa**

**LE COMPETENZE NECESSARIE**

A dark, monochromatic photograph of a Zen garden. The scene is dominated by concentric, hand-drawn ripples in the sand, creating a sense of depth and movement. In the foreground, a smooth, rounded stone sits on the sand, its surface reflecting the ambient light. The overall mood is serene and contemplative.

**La buona cura**

**In un sistema EQUO**

An aerial photograph of a vast, dense crowd of people, likely at a large public event or festival. The crowd is composed of individuals of various ages and ethnicities, with many wearing light-colored clothing. The text is overlaid on the top half of the image.

**246 million  
people**

An aerial photograph of a vast, dense crowd of people, similar to the one above. The text is overlaid on the bottom half of the image.

**380 million  
people  
by 2025**

# La Rete possibile

## Le risorse a disposizione

### IL TEAM

Competenza specifica  
Stabilizzazione e acuzie

Educazione  
follow up regolare

Specialista

Team

Paziente

MMG

Gestione e controllo nel lungo periodo



# **Progetto Sinergia: “PDTA” diabete del distretto di Cusano**

**Implementazione di un modello organizzativo**

**Caratterizzato**

**Da una forte autonomizzazione del paziente e  
da percorsi sanitari diversificati**

**Mirati alla valorizzazione delle diverse figure  
professionali**

**Come organizzare il braccio specialistico in un  
PDTA**

# Il nostro Scenario

➤ Bacino d'utenza

- 5 Comuni area Milano Nord
- 183.000 Abitanti
- 110 MMG



➤ Struttura Territoriale Autonoma

➤ Il personale : 3 medici, 2 infermieri, 1 dietologa

# Classico PDTA con MMG

- Presentazione progetto (revisione annuale)
- Incontri semestrali con i rappresentanti associazioni (cascata informativa)
- Condiviso gli standard
- Declinato il percorso di cura (le azioni da fare )

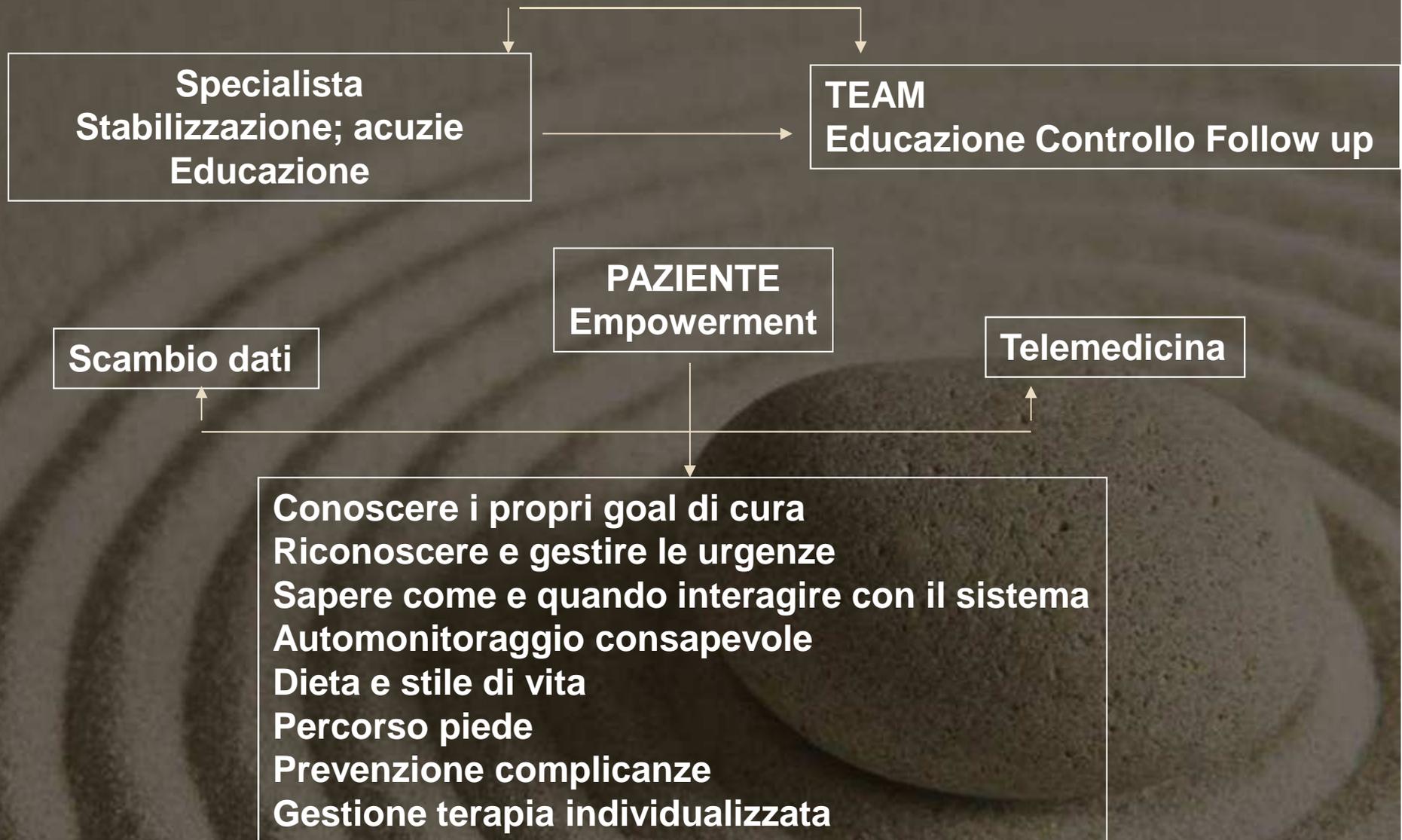
## MA

- **Richieste personalizzate per rispondere a bisogni reali e non ipotetici/previsti**
- **Gestione Agenda (trriage di prenotazione)**

# L'organizzazione nel CAD

- *Processo clinico – profili specifici*  
ottimizzazione dei parametri metabolici e prevenzione delle complicanze (resp. Medico coinvolti tutti)
- *Processo assistenziale– profili educativi*  
autonomizzazione del paziente (resp. Personale inf. coinvolti tutti)
- *Processi di comunicazione–il filo per cucire la rete*

# Il Braccio Specialistico



# I Diversi Tempi

T' 0 e ogni 12/24 mesi  
Stabilizzazione e acuzie  
controllo processo di empowerment

3/6 mesi  
Educazione  
follow up regolare

Scambio dati

Specialista

Paziente

Team

Telemedicina

Ogni <sup>MMG</sup> 6/12 mesi  
Gestione e controllo nel nel lungo periodo

# SINERGIA

- **Inquadramento clinico e Strategia/contratto di cura  
definizione obiettivi clinici ed assistenziali**
- **Consegna piano di controllo (effetto rete)**
- **Inizio del percorso educativo**
- **Ogni incontro di follow up prevede la valutazione  
dell'autocontrollo per cogliere/evitare urgenze**

Ad ogni incontro viene consegnato un  
documento riassuntivo per il MMG

Tutti Mail cel

# **Programma di Controllo**

## **Cosa devo assolutamente ricordarmi di fare**

### **Ogni 6 mesi:**

- **Glicemia a digiuno e post-prandiale**
- **Emoglobina Glicata**
- **Esame urine completo**
- **Misurazione del peso**
- **Almeno 3 misurazioni scritte della Pressione Arteriosa**
- **Autocontrollo delle glicemie come da schema prescritto**
- **Visita di valutazione e controllo dal Medico di Medicina Generale**

### **Ogni anno :**

- **Funzionalità renale: microalbuminuria, creatinina, elettroliti plasmatici**
- **Colesterolo totale, colesterolo HDL ed LDL, trigliceridi**
- **Funzionalità epatica: transaminasi, GGT**
- **Uricemia**
- **Elettrocardiogramma**
- **Fundus Oculi**
- **Altri esami potrebbero essere richiesti per problemi specifici. Controlla la tua lettera di valutazione personale**

# Programma di Controllo

**Posso stare tranquillo se:  
Gli obiettivi da raggiungere**

- L'emoglobina glicata si mantiene inferiore a 6.5 - 7%
- La glicemia prima dei pasti si mantiene tra 90 e 130 mg/dl
- La glicemia 2 ore dopo i pasti si mantiene più bassa di 180 mg/dl
- La pressione arteriosa si mantiene più bassa di 130/80 mmHg
- Il colesterolo LDL si mantiene più basso di 100 mg/dl
- Il colesterolo HDL risulta più alto di 40 – 50 mg/dl
- I trigliceridi si mantengono più bassi di 150 mg/dl

**Mi Devo Allarmare se:  
Chiamo il Medico**

- le glicemie superano costantemente i 250 mg/dl
- l'Emoglobina Glicata è superiore a 9%
- le glicemie sono, senza motivo, spesso molto basse (inferiori a 60mg/dl)
- compaiono ulcere, infezioni ai piedi

**Article: Care Delivery****Impact of a chronic care model based on patient empowerment on the management of Type 2 diabetes: effects of the SINERGIA programme**

N. Musacchio, A. Lovagnini Scher, A. Giancaterini, L. Pessina, G. Sallis, F. Schivalocchi, A. Nicolucci\*, F. Pellegrini\* and M. C. E. Rossi\*

UOS Integrative Care Primary e Specialistivi, Azienda Ospedaliera ICF, Milan and \*Departments of Territorial Clinics of Epidemiology, Careggi-Mercato Hospital, Santa Maria Inferio, Italy

Accepted 18 August 2011

**Abstract**

**Aims** Several chronic care models for diabetes have been implemented in Italy, although conclusive data on their effectiveness are lacking. In the Casato-Milano diabetes clinic, patients with Type 2 diabetes with a stable disease/therapy (i.e. a steady level of HbA<sub>1c</sub> without need for therapy changes) are included in the SINERGIA programme: diabetologists, nurses and dietitians empower patients and telemedicine measures are utilized efficiently.

**Methods** Clinical outcomes measured in the year before and after the initiation of SINERGIA were compared. A generalized hierarchical linear regression model for repeated measures was used.

**Results** Altogether, 1004 patients were included; baseline characteristics were (mean  $\pm$  s.d.) age 66.6  $\pm$  6.2 years, 54.1% male, diabetes duration 10.8  $\pm$  7.7 years, BMI 29.5  $\pm$  4.8 kg/m<sup>2</sup>, HbA<sub>1c</sub> 6.9  $\pm$  0.9% (52  $\pm$  14 mmol/mol); 72.9% of patients were treated with anti-hypertensive drugs, 32.7% were treated with lipid-lowering drugs. After a median follow-up of 12 months (range 6–24 months), the proportion of patients with HbA<sub>1c</sub>  $\leq$  7.0% ( $\leq$  53 mmol/mol) increased from 32.7 to 43.8% ( $P < 0.0001$ ), while those with HbA<sub>1c</sub>  $\geq$  9% ( $\geq$  73 mmol/mol) decreased from 10.3 to 6.3% ( $P < 0.0001$ ). Patients with LDL cholesterol  $\geq$  100 mg/dL ( $\geq$  2.59 mmol/L) increased from 40 to 47% ( $P < 0.0001$ ), while those with LDL cholesterol  $\geq$  130 mg/dL ( $\geq$  3.36 mmol/L) decreased from 26.6 to 19.7%. Blood pressure levels were slightly improved. The mean number of face-to-face encounters decreased from (median and range) 2.8 (1.3–3.4) to 2.3 (1.9–2.7) ( $P < 0.0001$ ) visits per patient/year.

**Conclusions** The SINERGIA model is effective in improving metabolic control and major cardiovascular risk factors, while allowing diabetologists to dedicate more time to patients with more acute disease.

# METODI

- ✓ Estrazione automatica dei dati clinici dei pazienti inseriti nel programma SINERGIA dalla cartella informatizzata del centro.
- ✓ Variazioni **pre-post** di alcuni indicatori di outcome intermedio

**Sono stati valutati N=1004** pazienti con DM2 seguiti per una mediana di **12 mesi** (range IQ 6-24 mesi)

# RISULTATI

✓ Risultati dell'analisi pre-post:

livelli medi di HbA1c

	Baseline*	Follow-up*
<i>% di pazienti con HbA1c al baseline:</i>		
<7.5%	6.6±0.03	6.8±0.01
7.5-8.0%	7.7±0.08	7.3±0.04
8.1-9.0%	8.3±0.15	7.4±0.07
>9.0%	10.0±0.25	7.8±0.11
Dati espressi come media±ES		

# RISULTATI

✓ **Risultati dell'analisi pre-post:**  
**indicatori di outcome intermedio**

<b>Indicatore</b>	<b>Baseline*</b>	<b>Follow-up*</b>	<b>Differenza pre-post</b>	<b>p</b>
<i>Outcome favorevoli</i>				
<i>% di pazienti con:</i>				
HbA1c ≤7.0%	32.7 (31.2-34.3)	45.8 (44.1-47.4)	+13.0	<0.0001
LDL-C < 100 mg/dl	39.7 (37.8-41.6)	47.3 (45.5-49.0)	+7.6	<0.0001
PA ≤ 130/85 mmHg	24.7 (23.3-26.2)	23.5 (21.9-25.2)	-1.2	0.2923
<i>Outcome sfavorevoli</i>				
<i>% di pazienti con:</i>				
HbA1c ≥ 9.0%	10.5 (9.6-11.6)	4.3 (3.7-5.1)	-6.2	<0.0001
LDL-C ≥ 130 mg/dl	26.6 (24.9-28.3)	19.7 (18.3-21.1)	-6.9	<0.0001
PA ≥ 140/90 mmHg	62.1 (60.5-63.7)	58.5 (56.6-60.5)	-3.6	0.0057
*I dati sono espressi come frequenza (IC 95%)				

# RISULTATI

Il mantenimento/miglioramento di questi parametri clinici è stato ottenuto:

✓ Senza sostanziali modifiche nei trattamenti:

Farmaci	Baseline	Follow-up
<i>% di pazienti trattati con:</i>		
Insulina	5.2%	5.9%
≥2 antiipertensivi	37.1%	37.8%
Ipolipemizzati	46.5%	48.4%

✓ Con una parallela riduzione del numero medio di visite per paziente/anno (mediana e range interquartile)

da 2.8 (2.3-3.4) a 2.3 (1.9-2.7)



**- 500 visite!**

# CONCLUSIONI: SINERGIA

- ✓ è applicabile ad una vasta gamma di pazienti con DM2 (nuove diagnosi o lunga durata di DM)
- ✓ è in grado di produrre un mantenimento, se non un ulteriore miglioramento, del controllo metabolico sul medio-lungo periodo
- ✓ ha effetti positivi anche sui principali fattori di rischio cardiovascolare
- ✓ riduce gli incontri face-to-face tra paziente e diabetologo grazie a:
  - ✓ **autonomizzazione del paziente**
  - ✓ **valorizzazione del team diabetologico**
  - ✓ **telemedicina (telefono e internet in primis)**
- ✓ permette al medico di dedicarsi in misura maggiore ai casi più complessi e severi

# A cosa è servito davvero

Rende visibile e valutabile

La specificità dell'operato

Gli strumenti utili

Il lavoro del team

.....cose che nessuno sembra (ri)conoscere

**Cosa possiamo ragionevolmente fare**  
**Una chiara ed inconfutabile difesa delle**  
**competenze**

Valorizzazione degli strumenti speciali GIA'in  
nostro possesso: team specialistico terapia  
educativa

Accurata scelta di interlocutori Efficaci

Le nostre Direzioni che vogliono EBM

# **SPERIMENTAZIONE CLINICA CONTROLLATA RANDOMIZZATA 28 centri coinvolti sul territorio Nazionale**

**SMBG come strumento di  
autogestione all'interno di un  
CCM basato sull'empowerment  
del paziente**

**vs.**

**normale pratica  
clinica**

- ✓ **Modello assistenziale come contesto ideale per sperimentazioni di efficacia:**



**SMBG**  
**come centro della self-care**

## ✓ **SINERGIA è riproducibile in altri contesti?**

- **Passaggio da “esperienza” a “modello standardizzato”**
- **Valutazione della applicabilità del modello in contesti assistenziali/organizzativi diversi e con operatori diversi**
- **Valutazione della resa del modello in termini clinici, umanistici ed economici**

# CONCLUSIONI

- ✓ **La crescita vertiginosa del numero di casi di diabete nel nostro Paese impone un cambiamento nella gestione della patologia;**
- ✓ **Al di là delle tante teorizzazioni, è necessario produrre evidenze riguardo la resa di modelli assistenziali alternativi;**
- ✓ **La “sinergia” fra competenze cliniche, amministrative e metodologiche può rappresentare la chiave per identificare le strategie più efficaci.**



**Grazie dell'attenzione**