

La presa in carico della persona
con diabete:
la gestione della cronicità

Marco Comaschi

ICLAS – Rapallo

GVM

The IOM Quality Chasm Report Conclusions:

- “The current care systems **cannot** do the job.”
- “Trying harder will not work.”
- “Changing care systems will.”

To Change Outcomes Requires Fundamental Practice Change

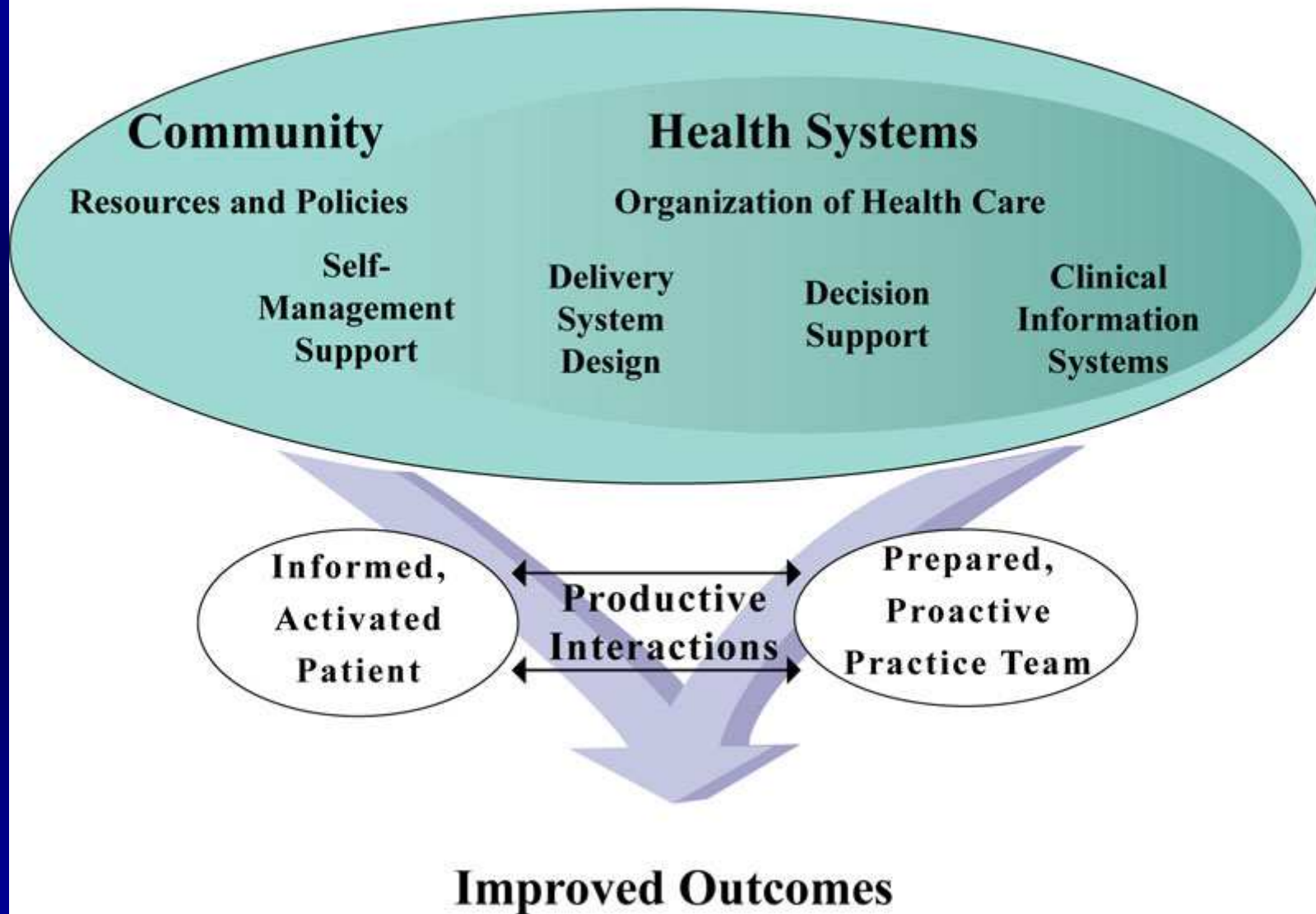
Reviews of interventions in several conditions show that effective practice changes are similar across conditions.

Integrated changes with components directed at:

- influencing physician behavior,
- better use of non-physician team members,
- enhancements to information systems,
- planned encounters
- modern self-management support, and
- care management for high risk patients



The Chronic Care Model



What characterizes an “informed, activated patient”?

**Informed,
Activated
Patient**

They have the motivation, information, skills, and confidence necessary to effectively make decisions about their health and manage it.

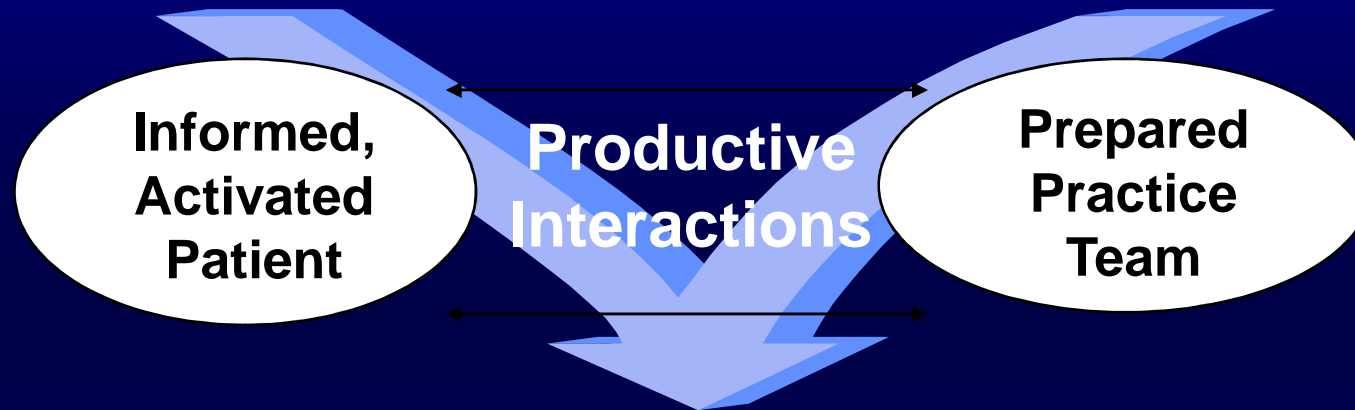
What characterizes a “prepared” practice team?



Prepared
Practice
Team

At the time of the interaction they have the patient information, decision support, and resources necessary to deliver high-quality care.

How would I recognize a productive interaction?



- Assessment of self-management skills and confidence as well as clinical status.
- Tailoring of clinical management by stepped protocol.
- Collaborative goal-setting and problem-solving resulting in a shared care plan.
- Active, sustained follow-up.

Clinical Information Systems

- Provide reminders for providers and patients.
- Identify relevant patient subpopulations for proactive care.
- Facilitate individual patient care planning.
- Share information with providers and patients.
- Monitor performance of team and system.

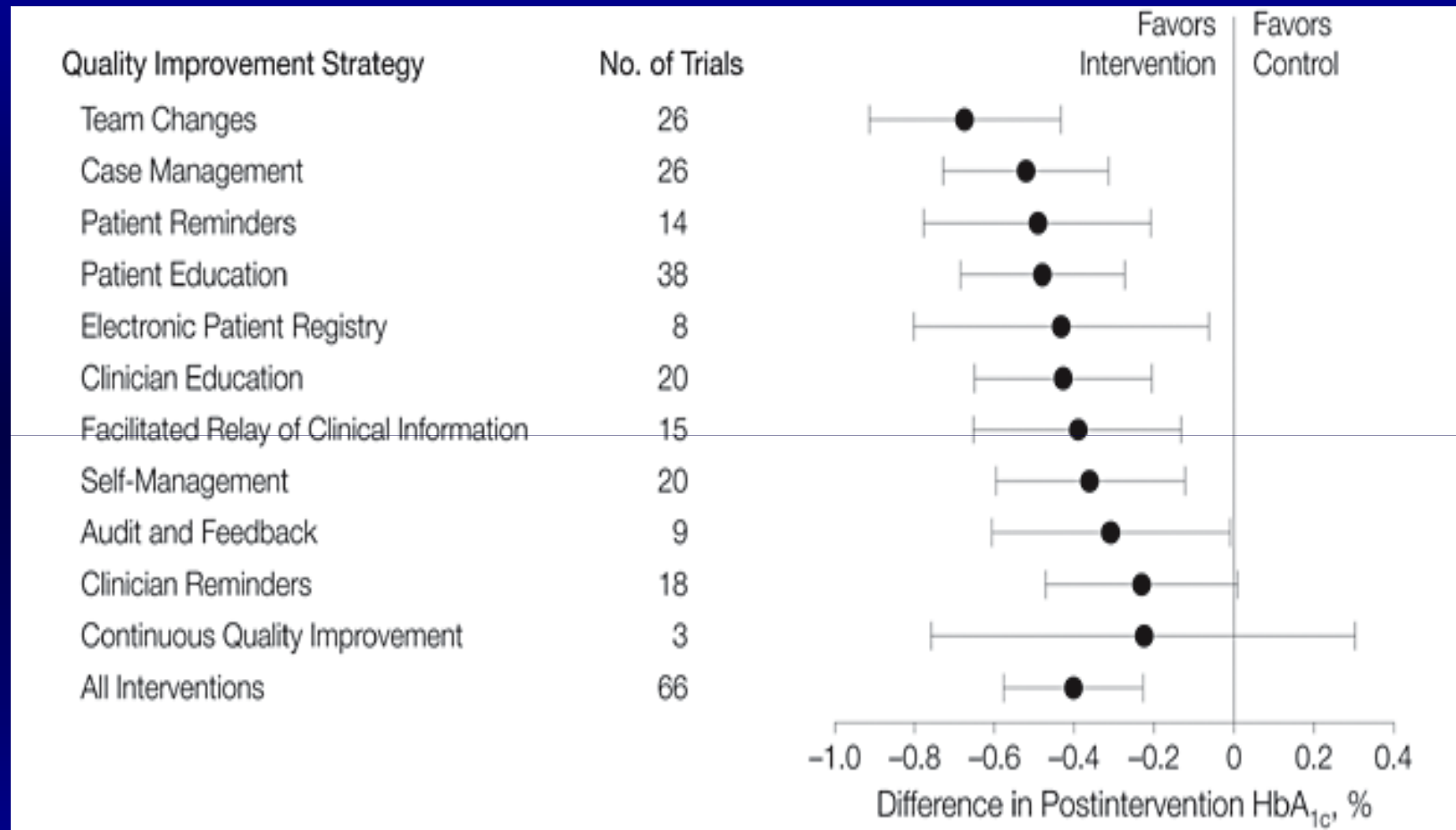
Community Resources and Policies

- Encourage patients to participate in effective programs.
- Form partnerships with community organizations to support or develop programs.
- Advocate for policies to improve care.

Health Care Organization

- Visibly support improvement at all levels, starting with senior leaders.
- Promote effective improvement strategies aimed at comprehensive system change.
- Encourage open and systematic handling of problems.
- Provide incentives based on quality of care.
- Develop agreements for care coordination.

The Effectiveness of QI Strategies: Findings from a Recent Review of Diabetes Care



Shojania, K. G. et al. JAMA 2006;296:427-440.

La Germania: i «Disease management Programs»

Disease Management Programs In Germany's Statutory Health Insurance System

A Gordian solution to the adverse selection of chronically ill people in competitive markets?

by Reinhard Busse

Implementing Disease Management Programs for Type 2 Diabetes in Germany

Germany has been able to enroll more than a million people with type 2 diabetes in DM programs through legislation that created incentives for physicians and insurers

HEINZ NAGEL, MD; THOMAS BAEHRING, PHD; WERNER A. SCHERBAUM, MD, PHD, German Diabetes Center, Leibniz Center for Diabetes Research at the Heinrich Heine University of Duesseldorf, Germany



- **ALD n°8 - Prise en charge du diabète de type 2**
- **L'objectif du guide médecin** est d'explicitier pour les professionnels de santé la prise en charge optimale et le parcours de soins d'un malade admis en ALD au titre de l'ALD 8 : diabète.
- **L'objectif du guide patient** est d'expliquer au malade admis en ALD, au titre d'un diabète, les principaux éléments du traitement et du suivi. Il contient également une liste des contacts utiles. Ce guide lui est remis par le médecin traitant en même temps que le protocole de soins validé par le médecin conseil de la caisse d'Assurance maladie

Kaiser Permanente - California

- **Is Kaiser The Future Of American Health Care?**
- Studies show that the death rate from heart disease *among this population (CHD) is 30% lower than the general population (of the same age)*. One 2002 study actually showed that after adjusting for age and socio-economic differences, health care costs per capita in Kaiser and the National Health System in Britain were similar (within 10%) but that Kaiser had significantly better health outcomes

Regione Toscana

Chronic Care Model Elementi del modello (2)

**Proattività
degli interventi**



Le attività cliniche e assistenziali sono integrate e rafforzate da **interventi programmati di follow-up** con sistemi automatici di allerta e richiamo

**Supporto
alle decisioni**



Adozione di **linee guida** basate sull'evidenza, che forniscano al team gli standard operativi assistenziali: sono consolidate con attività di aggiornamento e audit per tutti i componenti del team.

**Sistemi
informativi**



Adozione di sistemi informativi computerizzati con funzioni di:

- allerta per il team rispetto alle LG
- feedback per MMG rispetto agli indicatori delle patologie
- archivi dati clinici per patologia
- monitoraggio e valutazione progetti e interventi

Accordo tra Regione Toscana e Organizzazioni Sindacali rappresentative della Medicina Generale

- Il lavoro di team fra MMG, medici di continuità assistenziale, infermieri, operatori socio-sanitari ed altri professionisti nella gestione del paziente lungo l'intero percorso di assistenza e cura, implica l'uso delle proprie cartelle cliniche informatizzate dalle quali poter trarre le informazioni necessarie per:
 - il monitoraggio delle patologie croniche ed il patient summary, ovvero un set predefinito di informazioni relative agli assistiti in carico, così come definito dal progetto Carta Sanitaria Elettronica;
 - la pianificazione personalizzata degli interventi;
 - l'educazione ed il supporto dei pazienti al self-management;
 - lo sviluppo di competenze gestionali e l'utilizzo continuo dell'audit nell'ambito del team.

I moduli

- La scelta dei moduli deve essere effettuata sulla base dei seguenti requisiti:
 - una popolazione di riferimento di circa 10.000 assistiti;
 - una sede unica o principale (tra due o più sedi) per lo svolgimento dell'attività del team;
 - la presenza di un infermiere e un operatore socio sanitario con formazione complementare in area sanitaria in rapporto alla popolazione di riferimento (1/10.000);
 - una infrastruttura informatica in grado di consentire la registrazione dei dati di attività da parte di tutti i componenti del team;
 - la formazione specifica del personale di cui al punto precedente sui percorsi assistenziali condivisi a livello aziendale, con la partecipazione della Medicina Generale;
 - il supporto da parte dell'azienda sanitaria di riferimento per le altre figure professionali coinvolte, secondo quanto previsto dai percorsi assistenziali.

Il sistema di remunerazione per la Medicina Generale

- compensi per i coordinatori dei moduli;
 - € 1.500, se il numero degli assistiti del modulo è inferiore o uguale 15.000;
 - € 2.250, se il numero degli assistiti del modulo è superiore a 15.000
- compensi per le attività dei MMG;
 - Ad ogni MMG viene riconosciuto un compenso massimo a regime pari a € 4,5 ad assistito per anno
- collegamento ADSL

LOMBARDIA. Assistenza ai cronici: la regione lancia il Creg

- Si chiama Creg (Cronic related group) ed è il progetto che la Regione Lombardia ha lanciato in maniera sperimentale nel 2011 per l'assistenza sul territorio dei pazienti cronici.
- In sintesi il progetto Creg profila una competizione tra erogatori che finirà per mettere in gara i medici di famiglia (organizzati in gruppi tipo Utap), gli ospedali (che andranno a "procacciarsi" gli assistiti sul territorio) e il privato no profit (che in Lombardia gode tradizionalmente di grande attenzione)

Regione Lombardia

Lo strumento che si intende implementare è denominato CReG (Cronic Related Group).

Con tale termine si intende una innovativa modalità di presa in carico dei pazienti che, a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse (CReG), deve garantire, senza soluzioni di continuità e cali di cure, tutti i servizi extraospedalieri (ambulatoriale, protesica, farmaceutica, ospedalizzazione domiciliare) necessari per una buona gestione clinico organizzativa delle patologie croniche. L'insieme di attività, servizi e prestazioni previsti nel pacchetto rappresentato dal CReG è patologia specifica finanziato dai LEA.

Nella tariffa sono ricompresi la compilazione dei piani terapeutici individuali di cura, il debito informativo, il rilascio dell'esenzione per patologia, la fornitura dei presidi e protesi a domicilio, farmaci in WEB o a domicilio, gli eventuali trasporti (dializzati). Sono esclusi dalla tariffa i ricoveri per acut, quelli in riabilitazione e la quota capitaria del MMG.

Assegnazione delle risorse

Una volta definito l'ammontare delle risorse da dedicare per la realizzazione del progetto le stesse saranno assegnate a quei soggetti accreditati già a contratto governati dalla ASL che si faranno carico di garantire le cure.

Gli attori coinvolti dalla ASL in questo processo opereranno nell'ottica prevalente di assicurare la continuità di cura. La ASL contratterà direttamente con gli erogatori le prestazioni necessarie. Nessun vincolo deve essere posto alla libera scelta del cittadino.



Experimenting with a bundled payment system for diabetes care in the Netherlands

The first tangible effects

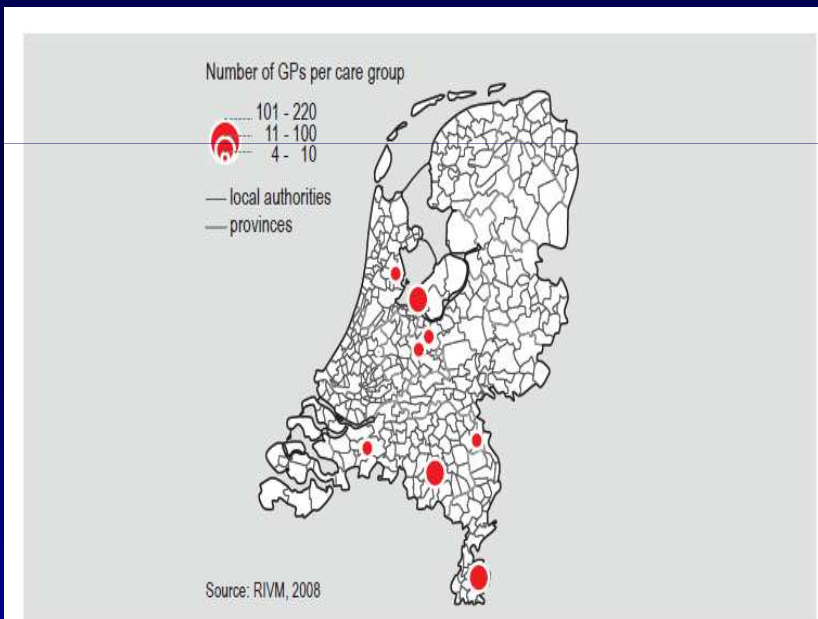
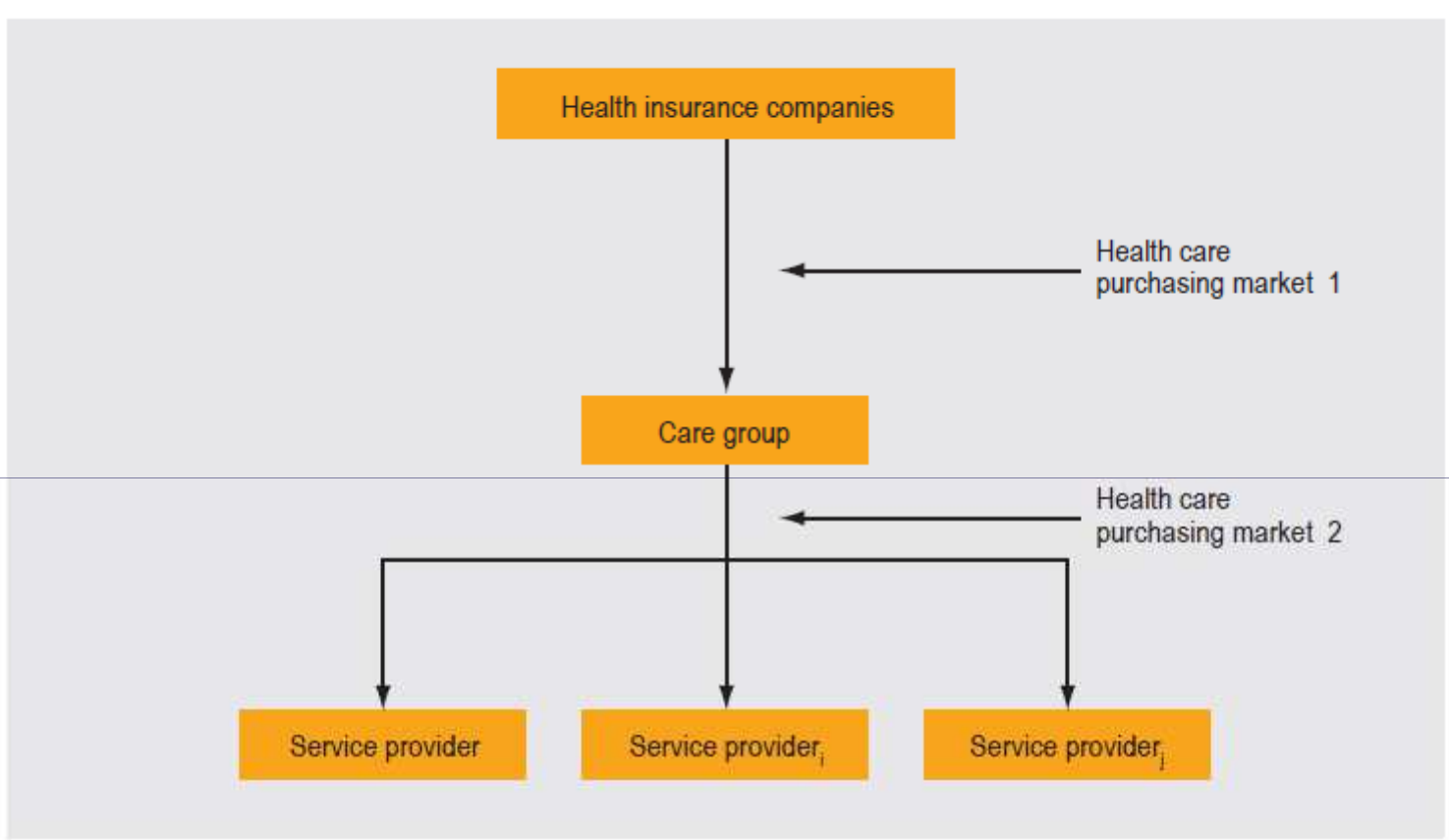


Figure 1.1: Care groups included in the evaluation study.



Figuur 3.1: Schematic diagram of the bundled payment model on the health care purchasing market.

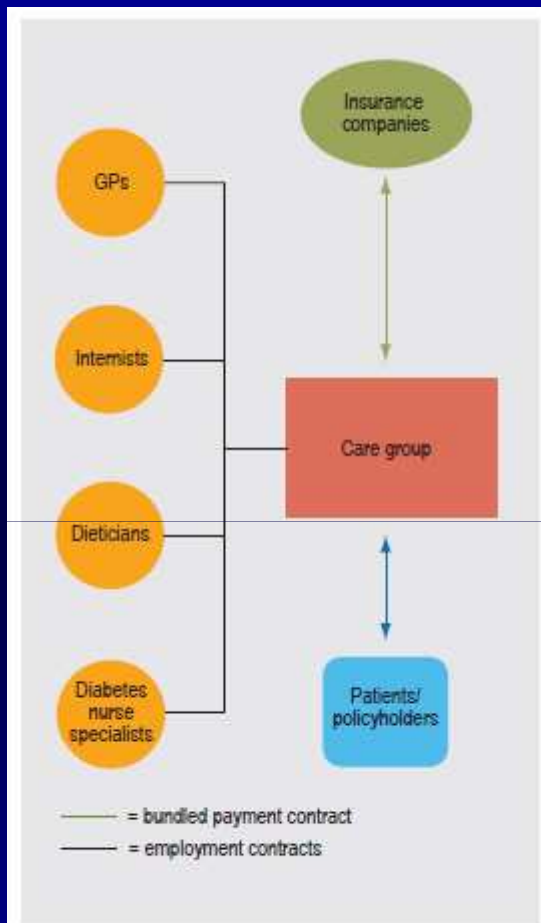


Figure 3.2a: Variant 1 for health care delivery: salaried health care providers.

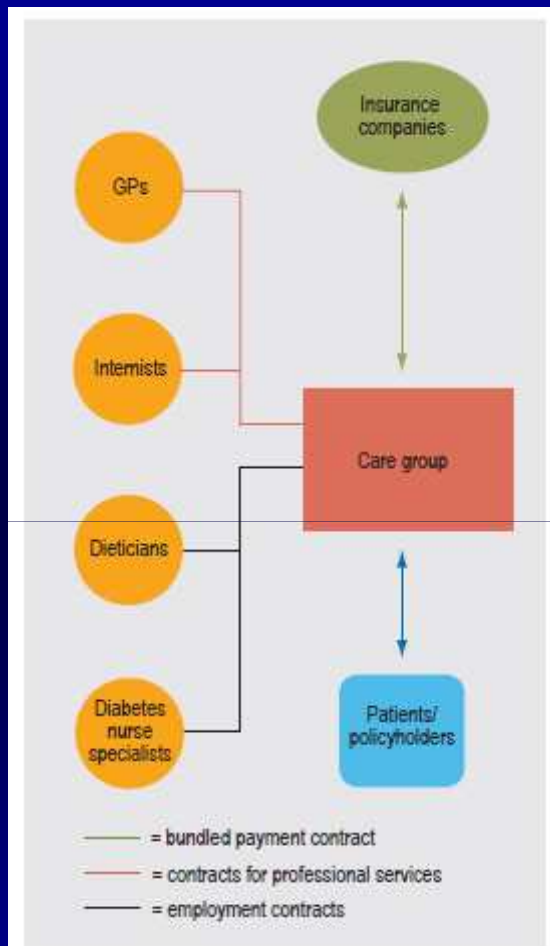


Figure 3.2c: Variant 3 for health care delivery: contracted and salaried health care providers.

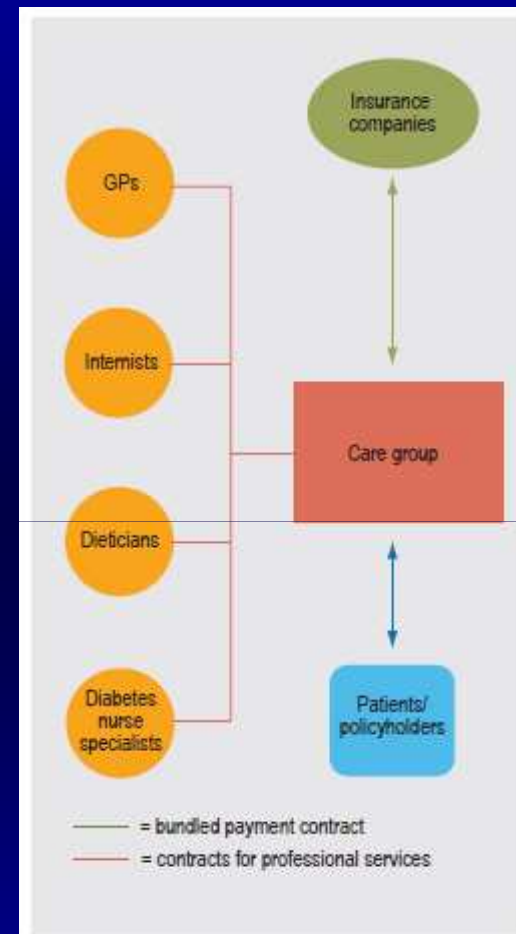
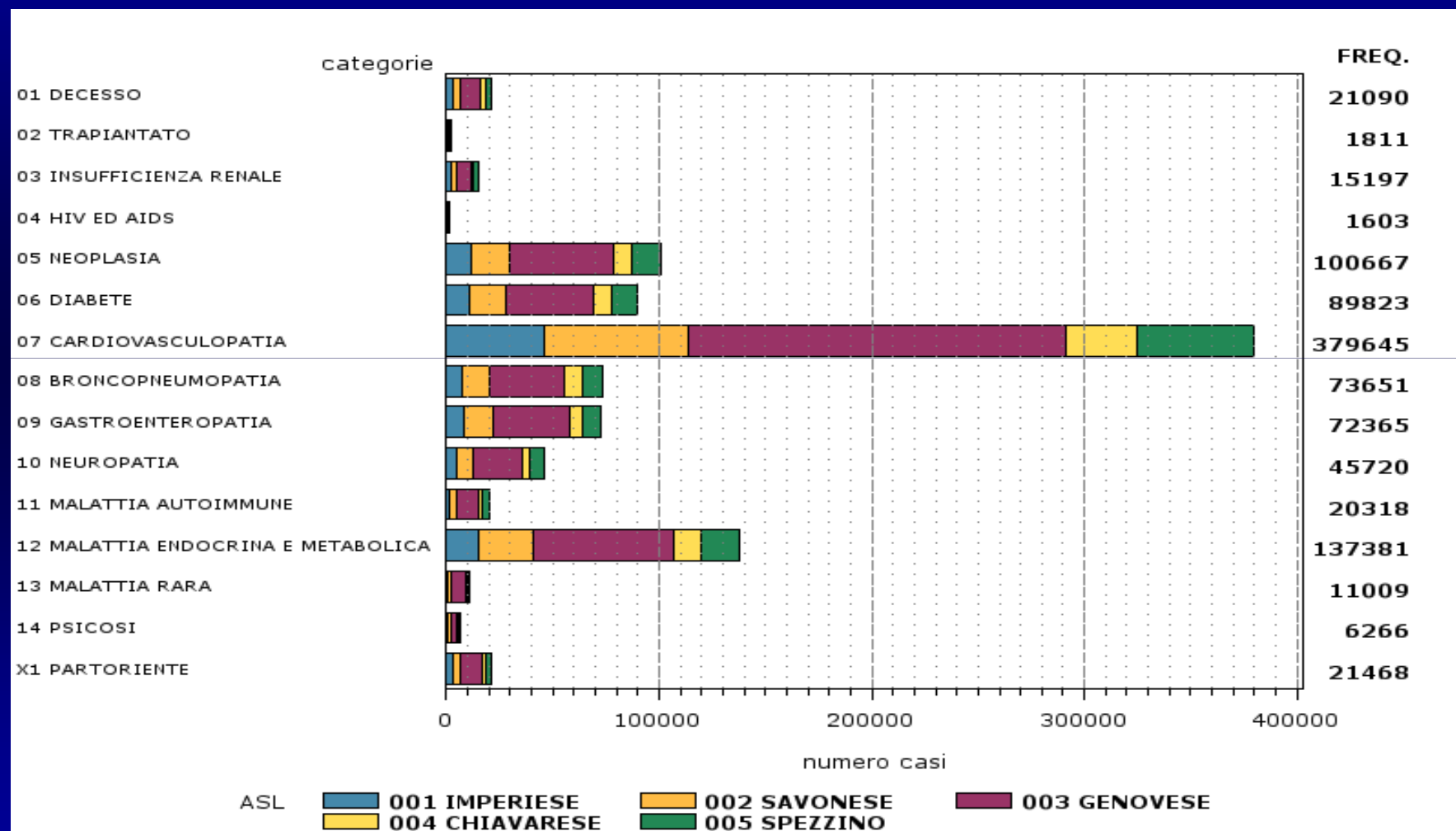


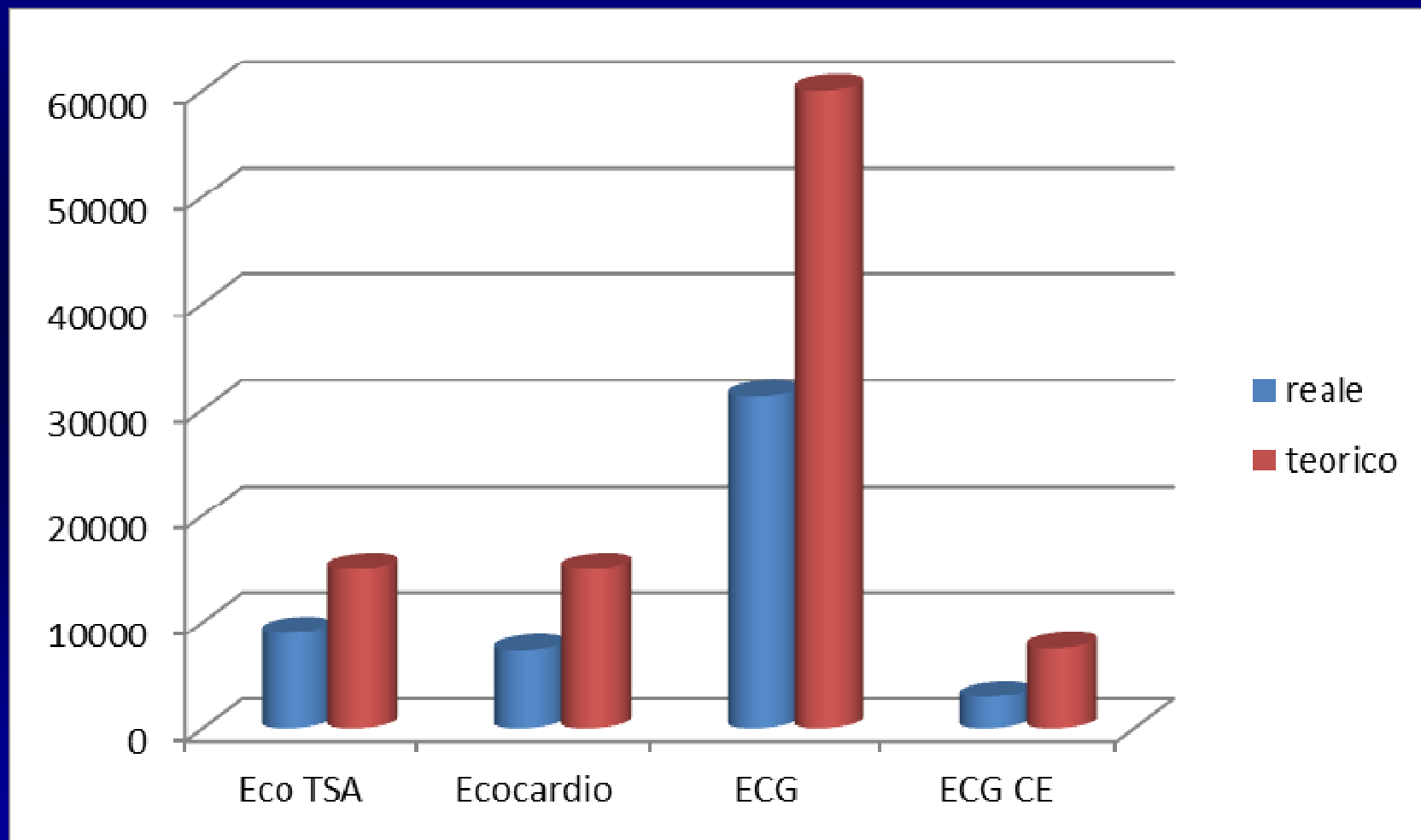
Figure 3.2b: Variant 2 for health care delivery: contracted health care providers.

Progetto «Nocchiero» Liguria



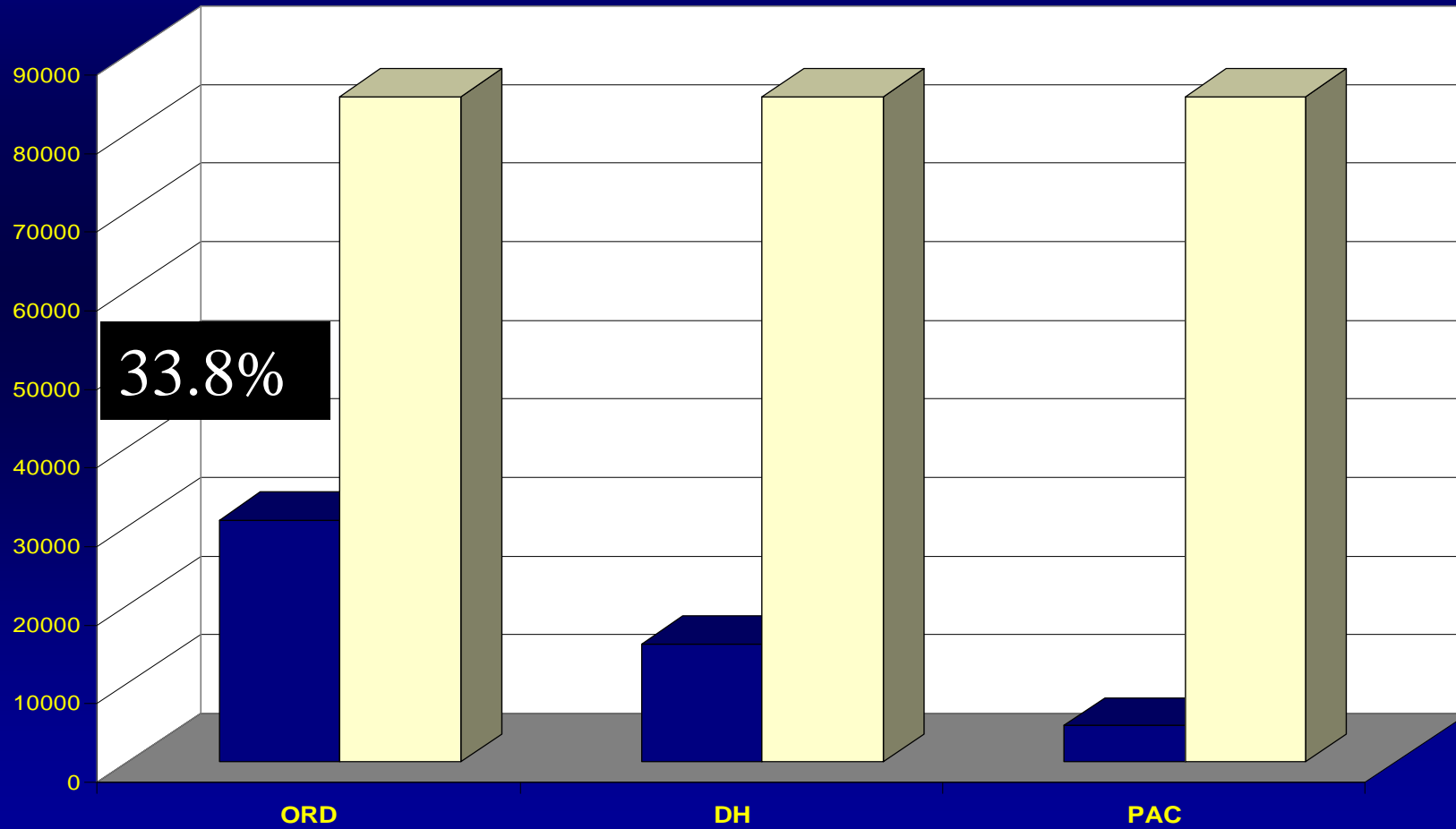
ANNO DI RIFERIMENTO 2010

Diagnostica cardiovascolare reale e teorica secondo gli standard nella popolazione diabetica in Liguria



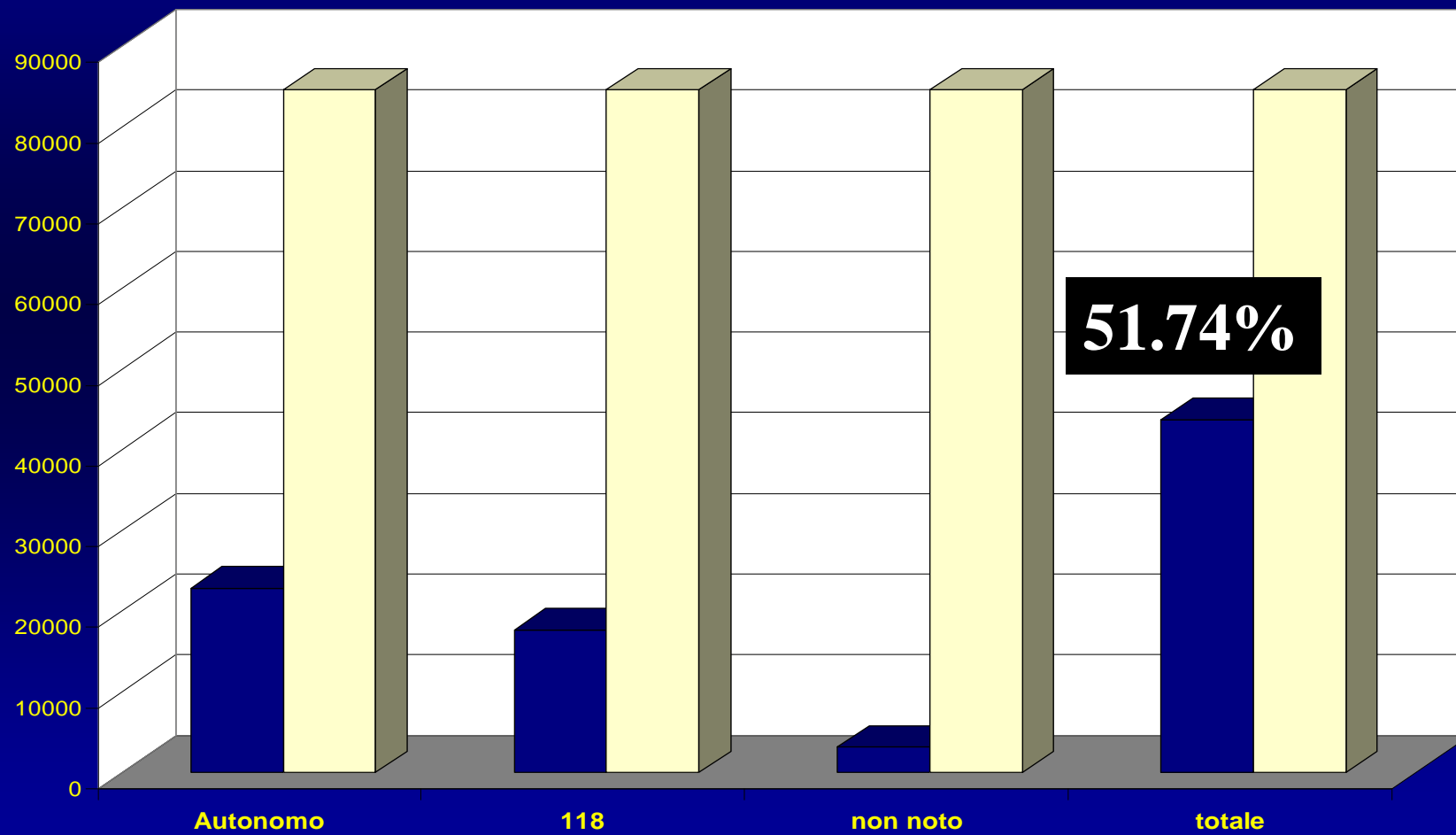
Ricoveri

Prestazioni Ospedaliere (ricoveri ordinari, diurni e Day Service)



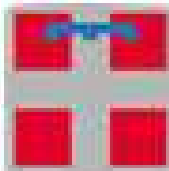
Pronto Soccorso

Accessi alle strutture dell'emergenza ospedaliera



Analisi per diagnosi accorpate regioni principali

Caso	Totali	Fuori regione	LIGURIA	% fuga
Diabete	12075	929	11146	7.69%
Diabete +arteriopatia	238	15	223	6.30%
Infezioni ascessi	56	1	55	1.79%
Diabete+ linfangite	2	0	2	0.00%
Angioplastiche	241	22	219	9.13%
Angioplastiche + by pass	19	2	17	10.53%
By pass	77	5	72	6.49%
Amputaz gamba coscia	39	0	39	0.00%
Amputaz piede avampiede	127	23	104	18.11%
Amputaz piede avampiede + gamba coscia	11	1	10	9.09%
Totale generale	12885	998	11887	7.75%



14/11/09

DAL LUGLIO 2008 MEDICI DI FAMIGLIA E SPECIALISTI LAVORANO IN TANDEM

Il SA
24 ORE

Gestione integrata «modello Piemonte»

Per «gestione integrata» si intende la partecipazione congiunta dello specialista e del medico di medicina generale in un programma stabilito di assistenza ai pazienti con patologie croniche in cui lo scambio di informazioni 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 e ai medici di medicina generale, comprende gli altri medici e infermieri coinvolti nel processo di cura e gli operatori dei distretti. È strategico il lavoro interdisciplinare in team.

Come riporta il Progetto Igea dell'Iss, il diabete mellito è una sorta di modello paradigmatico delle malattie croniche che oggi rappresentano una sfida per i servizi sanitari dei Paesi occidentali, che assorbono sempre più risorse e mettono a rischio l'esistenza stessa dei sistemi sanitari come li conosciamo.

C'è dunque bisogno di passare da un'offerta passiva e non coordinata di servizi a un sistema integrato e proattivo in cui ogni soggetto coinvolto possa svolgere il proprio ruolo in rapporto a quello degli altri e dove le informazioni fluiscono tra i diversi attori. Il ruolo di programmi di disease management e di case management nella cura delle persone con diabete mellito è stato oggetto di numerosi studi i cui risultati dimostrano come una gestione integrata può avere effetti positivi su alcuni aspetti della qualità dell'assistenza. Il dato comune è che i programmi di disease management permettono di ottenere un controllo glicemico significativamente migliore rispetto a quello ottenibile nei pazienti dei gruppi di controllo, sottoposti a programmi convenzionali di cu-

Il Piemonte farà scuola. Ne sono convinti i diabetologi dell'Amid, secondo cui il modello piemontese per la gestione integrata dei pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 è l'optimum per affrontare al meglio la malattia. E non soltanto questa: la via "sabauda" potrebbe essere applicata a ogni altra patologia cronica, raccogliendo una delle sfide più pressanti per i nostri servizi sanitari.

La filosofia alla base del progetto avviato in Piemonte è chiara: favorire il lavoro di squadra e lo scambio di informazione tra specialisti e medici di famiglia. Per stanare la malattia tempestivamente tra gli assistiti del Mmg, curarla e tenerla sotto controllo. In modo da ridurre ricoveri e complicanze. In un anno di sperimentazione la gestione integrata sembra già aver dato buoni frutti.

Un altro aspetto migliorativo si riscontra sugli indicatori di processo, quali la frequenza con cui i pazienti vengono sottoposti annualmente a determinazione dei valori glicemici (HbA1c), controlli sul fondo dell'occhio, controlli clinici sul piede ecc.

In Piemonte la gestione integrata è iniziata con la delibera n. 39-415 del 4/07/2005, poi ribadita con l'approvazione del Dd 176 del 4/04/2008. Qui viene sancito che il modello "integrato" è il seguente:

1. Il paziente neo-diagnosticato è inviato al servizio diabetologico 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 ne-

cessario un follow-up a vita.

2. Il paziente è poi avviato a un follow-up a lungo termine, integrato e condiviso tra medico di medicina generale e servizio diabetologico;

- il paziente si sottopone a visita presso la struttura diabetologica con le scadenze concordate con il medico di famiglia (in media una volta l'anno per i pazienti in compenso accettabile e senza gravi complicanze), eventualmente con maggiore frequenza per i pazienti che presentano complicanze o un controllo metabolico cattivo o instabile oppure se si presentassero nuovi problemi.

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

Gli obiettivi del progetto

1. Obiettivo: migliorare la prevalenza, ridurre i casi di diabete tipo 2 misconosciuti

• Almeno il 3 per cento della popolazione di assistiti inserita in gestione integrata

2. Obiettivo: per 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 per cento
- Registrazione di almeno una pressione arteriosa negli ultimi 12 mesi nel 90 per cento
- Registrazione di un Bmi negli ultimi 12 mesi nel 70 per cento
- Registrazione di una circonferenza addominale negli ultimi 12 mesi nel 50 per cento
- Registrazione di almeno una microalbuminuria negli ultimi 12 mesi nel 50 per cento
- Registrazione di almeno una creatinemia negli ultimi 12 mesi nel 60 per cento

3. Obiettivo: per migliorare la "performance"

- Ultimo valore registrato di HbA1c $\leq 7,5\%$ nel 25 per cento
- Ultimo valore registrato di colesterolo Ldl $\leq 130\text{mg/dl}$ nel 20 per cento
- Ultimo valore registrato di pressione arteriosa $\leq 130/80\text{mmHg}$ nel 20 per cento

rapeutici.

Sono stati identificati codici di priorità per l'accesso più o meno rapido ai servizi, sulla base di condizioni cliniche di urgenza in cui il paziente si può venire a trovare: in questo modo qualsiasi sanitario può inviare rapidamente, secondo un percorso diagnostico-terapeutico concordato con il paziente, alla visita specialistica.

Il corretto funzionamento del modello presuppone una sinergia di intenti, in cui è auspicabile che almeno i medici di medicina generale e gli operatori dei servizi si incontrino, stabiliscano obiettivi comuni, scambio reciproco esperienze e si impegnino a lavorare insieme. A tale scopo i direttori generali hanno istituito a livello di ogni Asl un Comitato diabetologico costituito dai rappresentanti di tutti gli operatori coinvolti con il comi-

to di tradurre a livello locale il protocollo di gestione integrata.

Il 21 luglio 2008 la Regione ha poi firmato con i medici di medicina generale un accordo integrativo regionale sulla gestione integrata del diabete che, oltre a incentivare la categoria, prevede, al termine di ogni anno, che il medico invii i propri dati di attività (vedi tabella) a un server regionale per dimostrare l'attività svolta, consentire il monitoraggio del progetto, valutare la qualità e il previsto miglioramento dell'assistenza al paziente affetto da diabete mellito tipo 2 sia in termini di aderenza al protocollo diagnostico-terapeutico sia in termini di compenso metabolico; l'obiettivo finale è quello di ridurre le complicanze micro e macroangiopatiche dei diabetici in Piemonte. L'accordo, che potrà in futuro essere istituito per altre

patologie croniche, si ispira dunque a quattro principi cardine: la medicina di iniziativa; il pay for performance; l'accountability; la qualità attraverso l'audit.

In questo modo, primo esempio in Italia, si permetterà ai medici di medicina generale del Piemonte di iniziare ad affrontare con strumenti adeguati il problema delle patologie croniche. Vi è infatti la necessità di affiancare a una medicina "on demand", del singolo e di attesa (utile per affrontare le malattie acute) una medicina attiva, di popolazione e di iniziativa.

Al 31 luglio 2009, a circa un anno dall'inizio dei lavori, risultano inseriti in gestione integrata circa 41.200 pazienti con un trend in salita costante e continuo; i medici di famiglia che hanno a quella data identificato almeno un paziente per la gestione integrata sono 1.622 (il 51% di quelli del Piemonte). Non essendo ancora disponibile il server regionale su cui far convergere i dati clinici, non è ancora possibile a oggi valutare le performance di processo e di risultato; tuttavia, dall'analisi delle iscrizioni al Registro regionale dei diabetici si evidenzia come, rispetto all'anno precedente, nel primo anno di attività siano stati identificati più del doppio dei pazienti diabetici (+57% di pazienti inseriti nel Registro). Numerose risultano essere le nuove diagnosi, grazie all'attività di ricerca attiva del diabete sommerso, con un'importante attività di diagnosi precoce del diabete di tipo 2 nella popolazione piemontese.

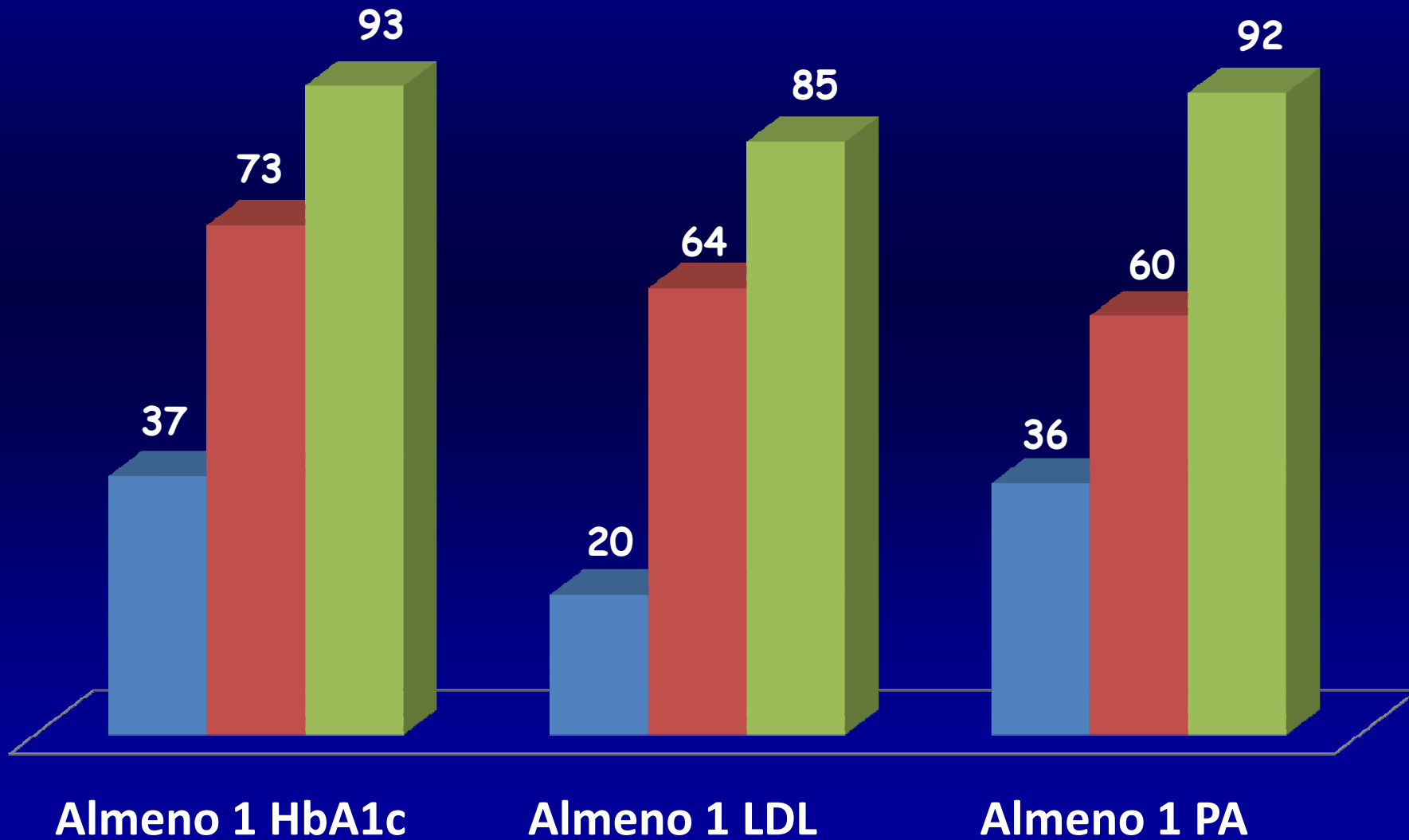
Andrea Pizzini

Medico di famiglia, Fimmg
Luca Monge
Vice-presidente
sezione regionale
Piemonte-Valle d'Aosta
Amid (Associazione medici
diabetologi)

DATI ESTRATTI DAL PORTALE

Performance di processo

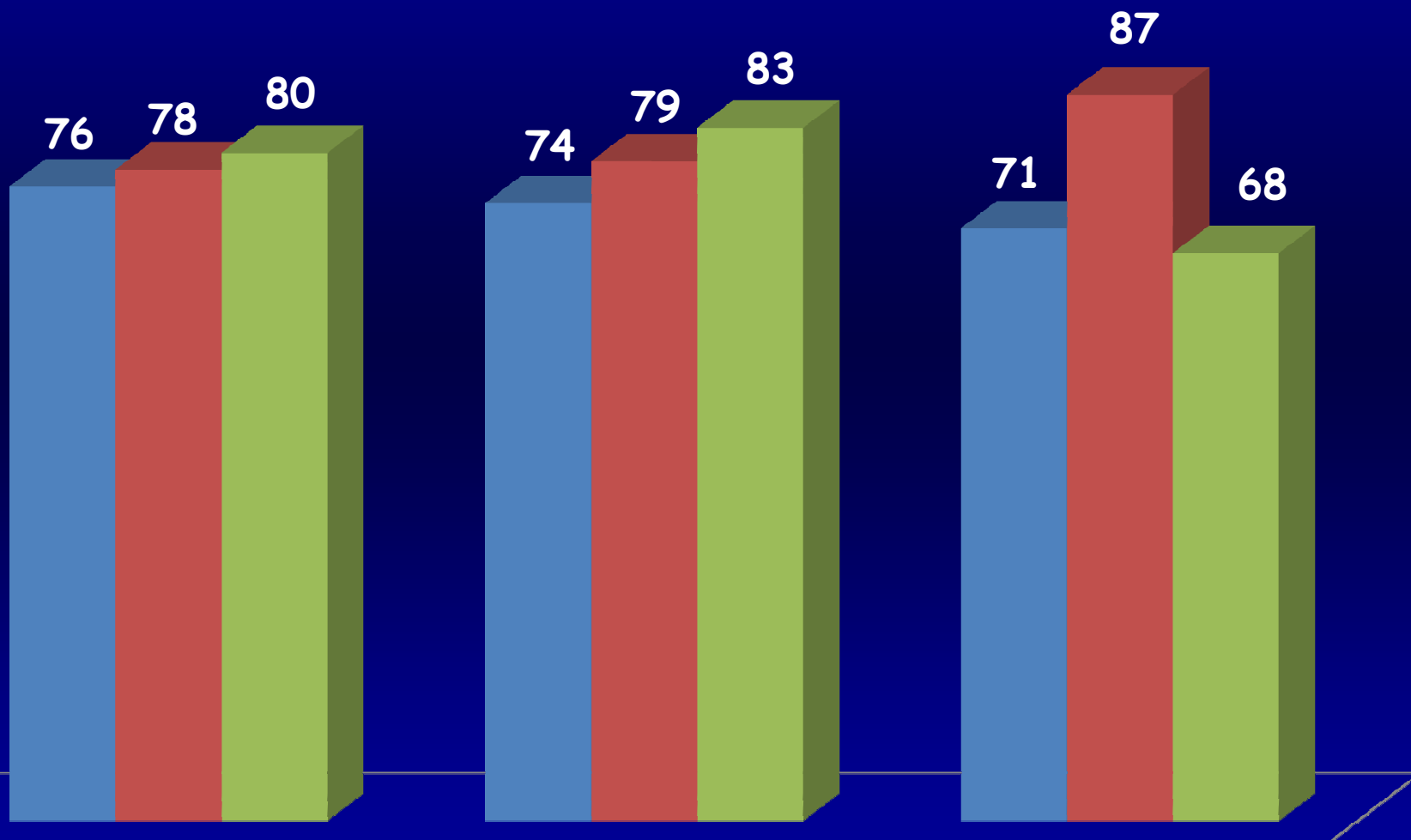
■ 2008-09 ■ 2009-10 ■ 2010-11



DATI ESTRATTI DAL PORTALE

Performance di esito intermedio

■ 2008-09 ■ 2009-10 ■ 2010-11



HbA1c ≤ 7,5%

LDL ≤ 130mg/dl

PA ≤ 130/80mmHg

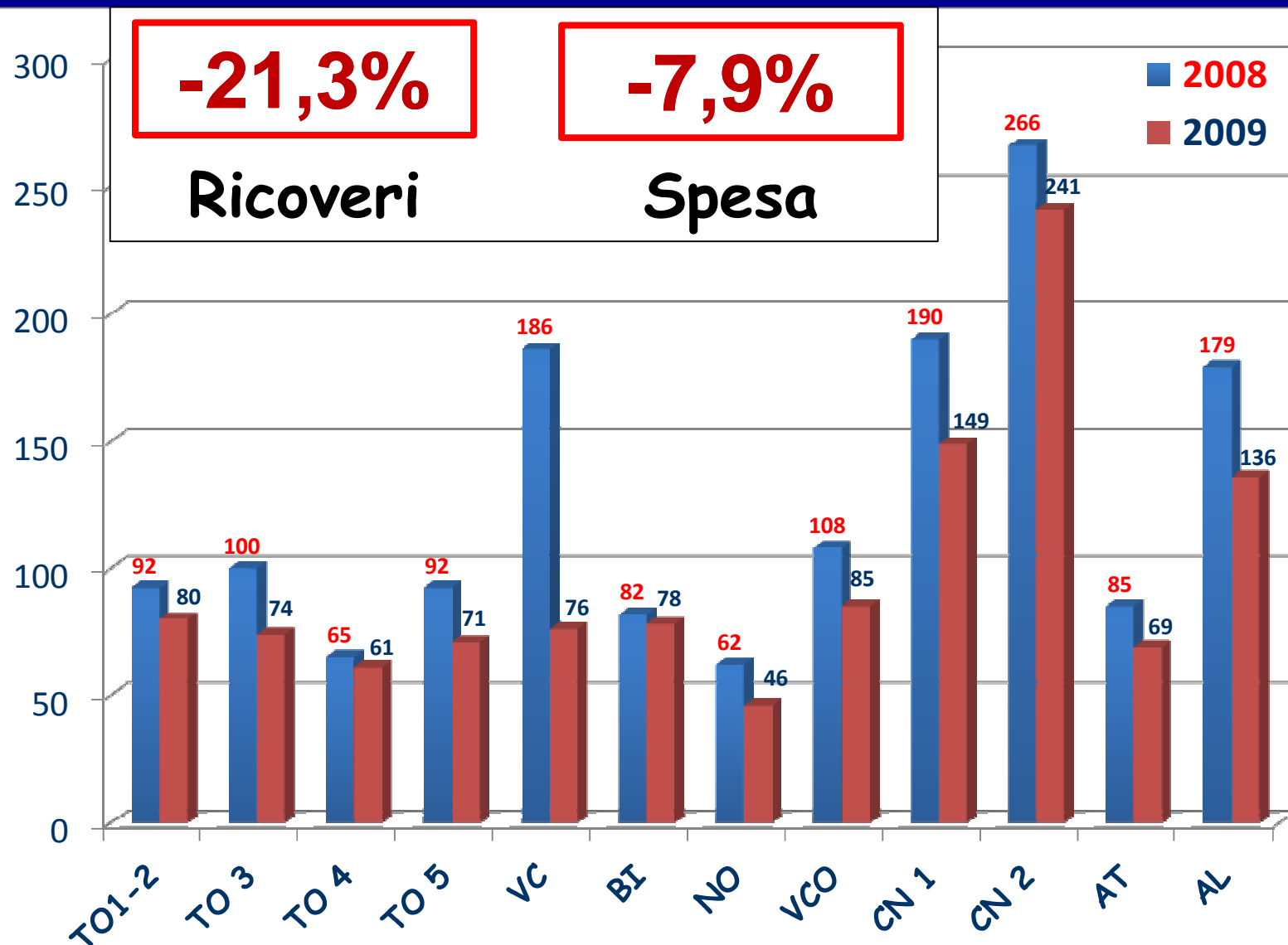
TASSO DI RICOVERO PER DIABETE

-21,3%

Ricoveri

-7,9%

Spesa



Grazie per la cortese attenzione

A handwritten signature in black ink on a white rectangular background. The signature reads "Marco Maschi" in a cursive script. The first name "Marco" is written in a fluid, connected style, and the last name "Maschi" follows with a prominent vertical stroke for the letter 'i'.