

Cioccaro di Penango, 10 novembre 2011

Disegnare il futuro della diabetologia in una visione AMD

Dott. Carlo B. Giorda

Direttore S.C. M. Metaboliche e Diabetologia
ASL TORINO 5



Conflitto di interessi secondo nuova normativa ECM

ASTRA Z/BMS
BOHERINGER ING
ELI LILLY
LIFESCAN
MSD ITALIA
NOVO NORDISK
SANOFI AVENTIS

2011:

UNA NUOVA VISIONE NELLA
CURA DEL DIABETE DI TIPO 2



Sei mesi di malattia
HbA1c 7,5%
glicemia a digiuno 130 mg/dl



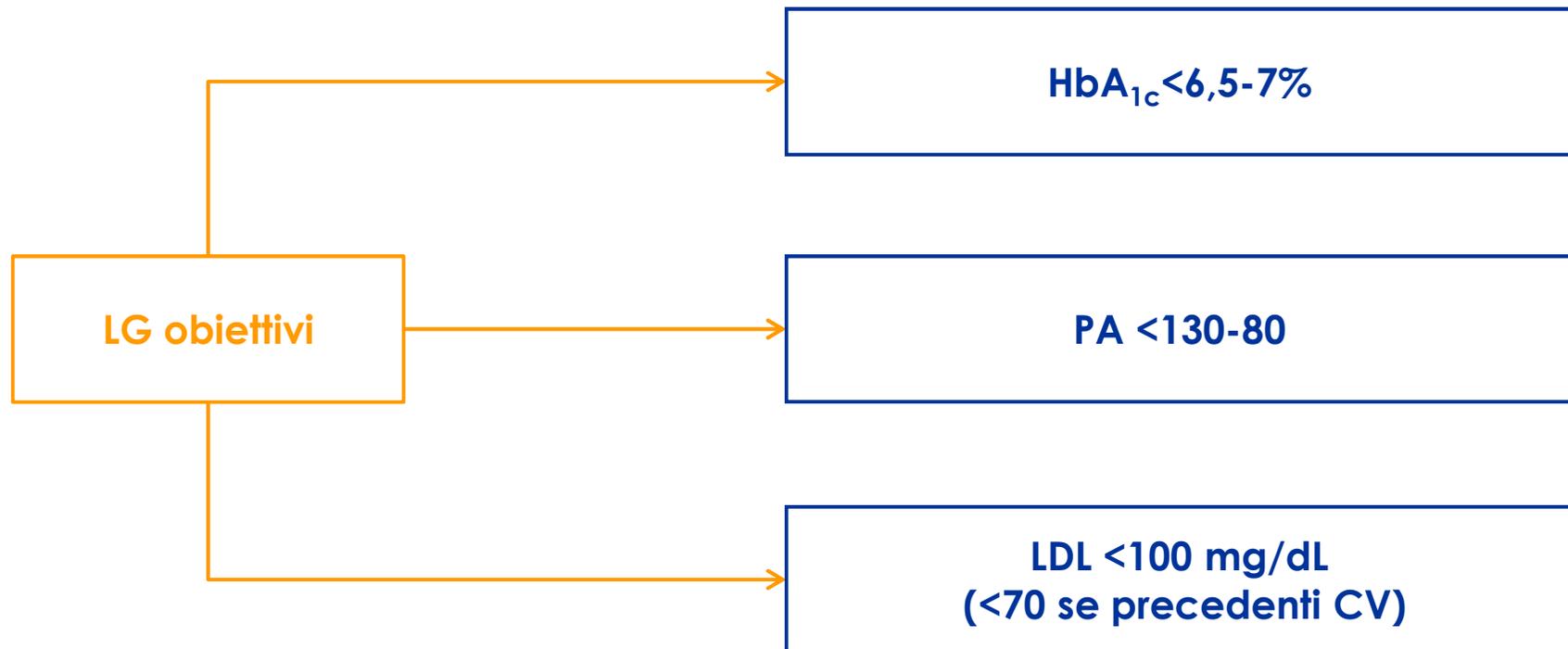
ANNI '90

- Ridurre il PESO
- Fare ESERCIZIO
- *Può andar bene così..*

2011

- Ridurre il PESO
- Fare ESERCIZIO
- Uso di FARMACI
- *Intensificare...*

Che cosa si può fare in questi pazienti?



2011:

LE 5 NUOVE “REGOLE” DELLA
DIABETOLOGIA

1) L'intervento
deve essere
tempestivo e
precoce

*"The earlier the
better"*



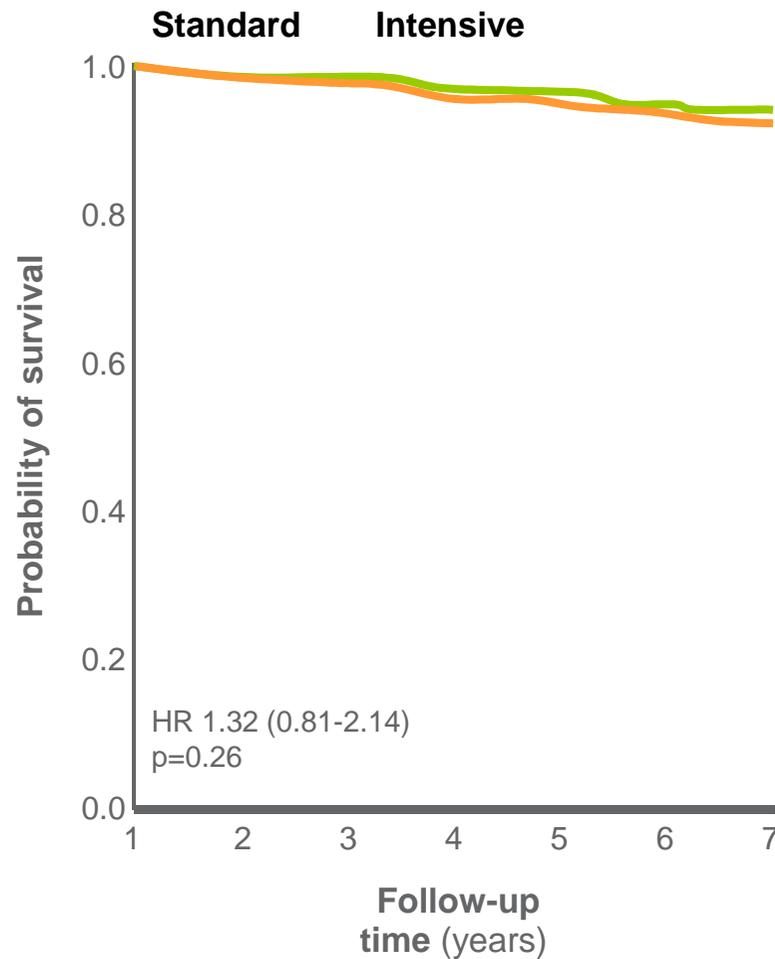
Il fattore tempo e tempestività del trattamento in diabetologia



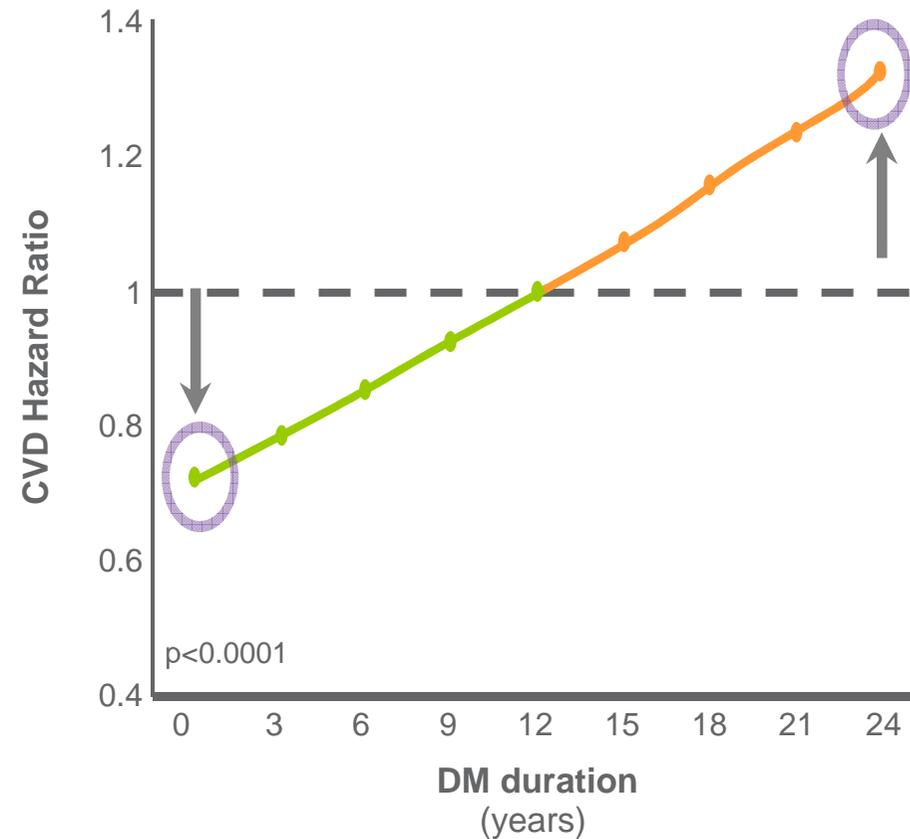
Le HbA1c dei primi anni contano di più?

VADT

Death from CV Causes¹



Relationship of diabetes duration and HR for CVD events with intensive therapy²



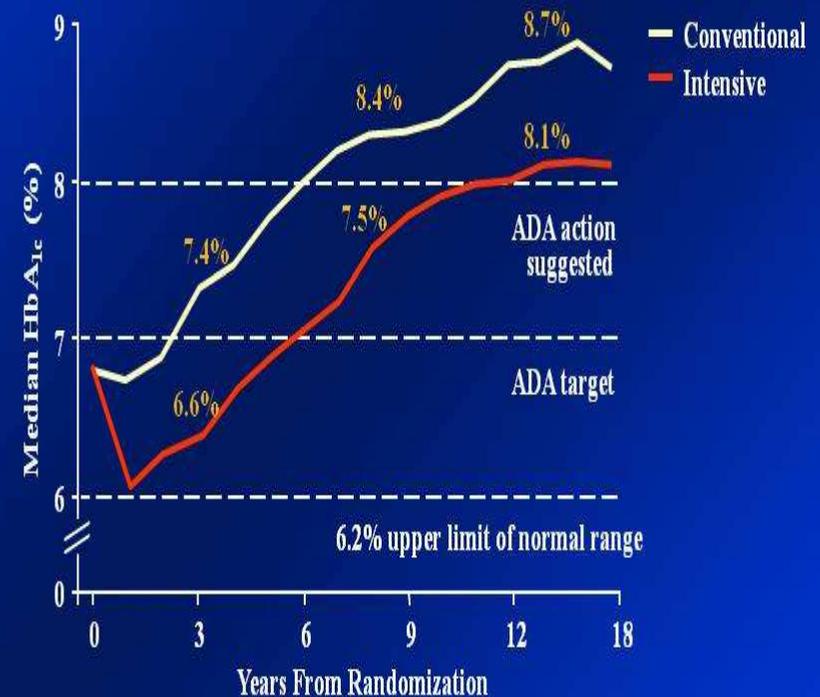
¹Duckworth et al. N Engl J Med 2009;360:129-39 ² Unpublished data

2) Impedire il deterioramento progressivo dell'HbA1c
Non "correrle dietro..."

TYPE 2 DIABETES ... A PROGRESSIVE DISEASE

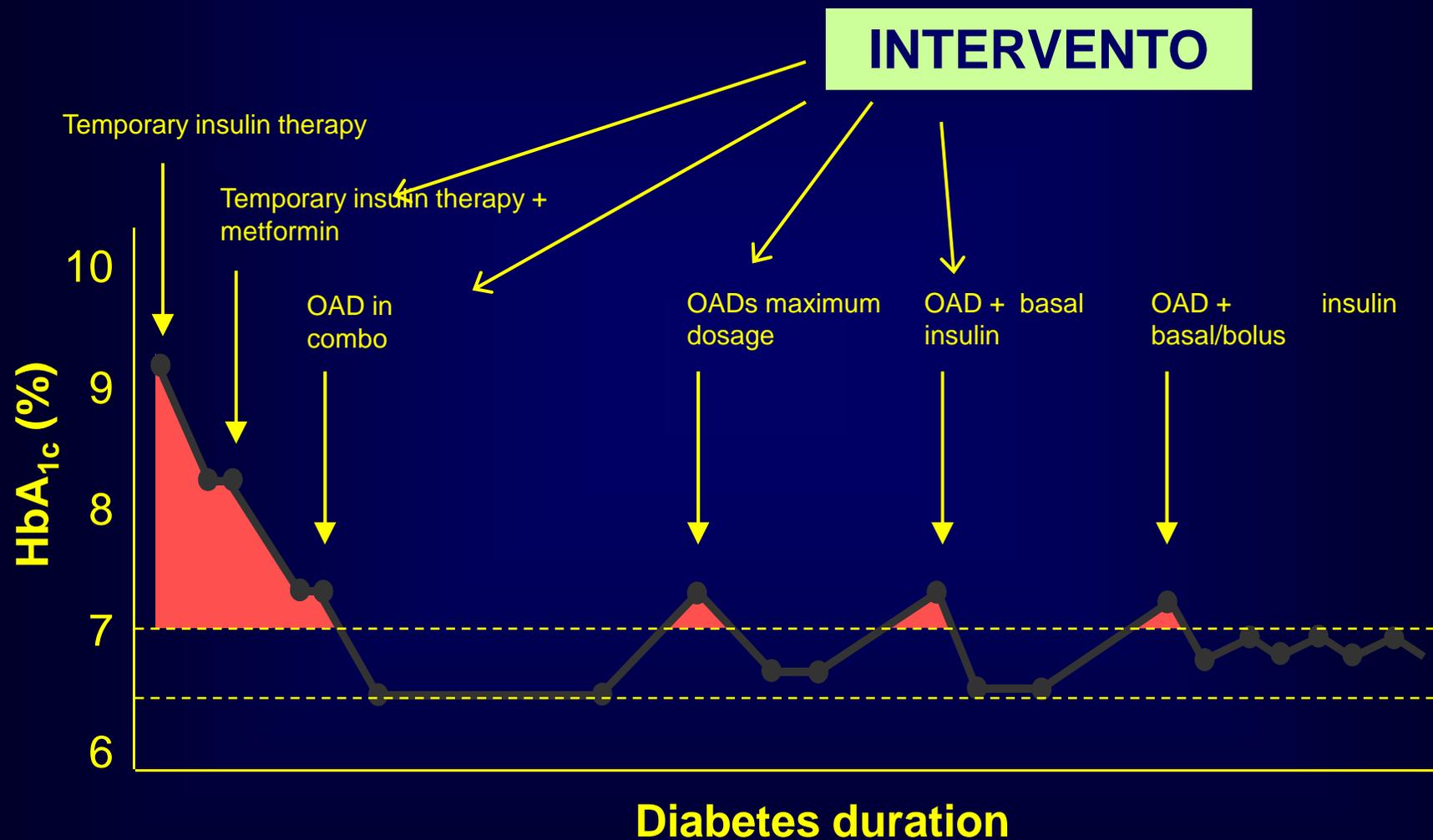
HbA_{1c} in the UKPDS

Cross-sectional Median Values (7.0% vs 7.9%)



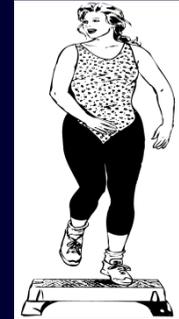
Adapted from UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. *Lancet*. 1998;352:837-853.

BLOCCARE SUBITO LA RISALITA DELL' HbA1c



3) Target glicemico personalizzato

“ $\leq 6,5$ in assenza di co-morbidità



~7-7-5 se co-morbidità o pazienti anziani fragili



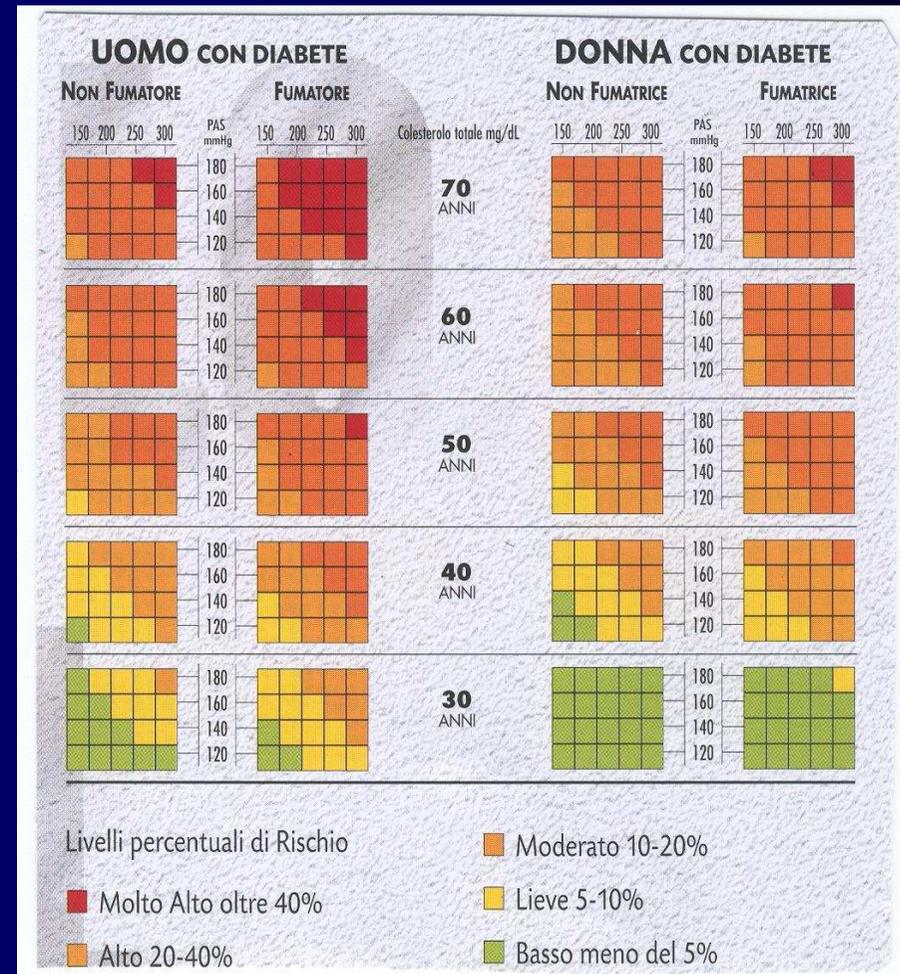
4) Target glicemico basato sul farmaco in uso

Rischio di ipo e aumento di peso



5) Nel trattare la glicemia attenzione agli altri fattori di rischio

*Lipidi, pressione,
peso e d
ipoglicemie*





Il grande progetto di tutta la diabetologia italiana

per curare da **subito!**,
nel modo migliore possibile, il diabete

Negli ultimi anni la ricerca scientifica ha evidenziato
gli enormi vantaggi di una cura intensa e precoce
del diabete

Intervenendo adeguatamente,
sin dal primo manifestarsi della malattia,
si può ridurre l'insorgenza di complicanze tardive

Ma non bisogna perdere tempo

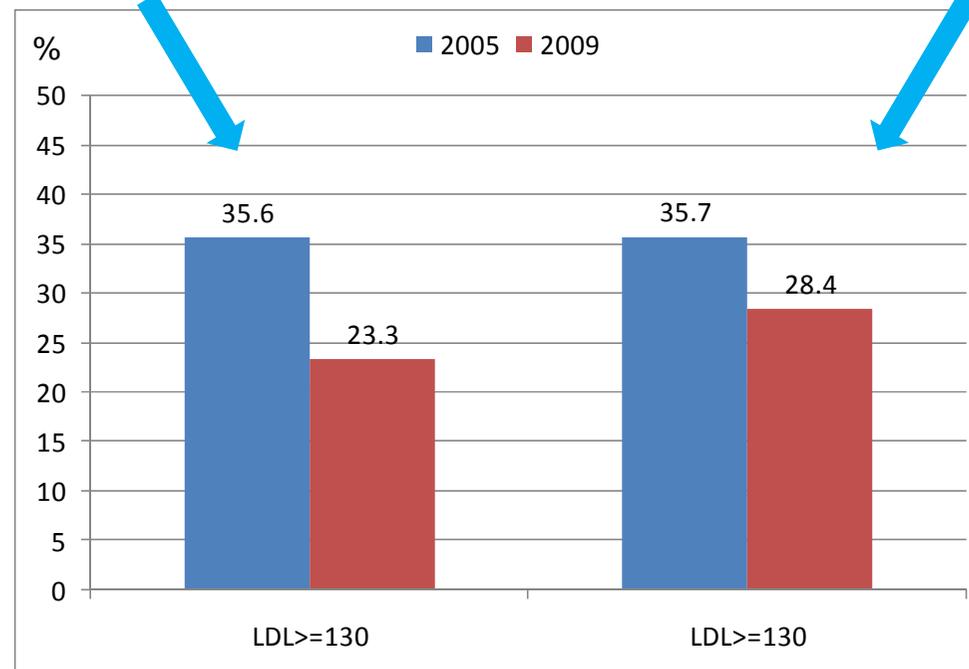


L'INERZIA
E LA Q. ASSISTENZIALE
NEGLI ANNALI AMD 2011

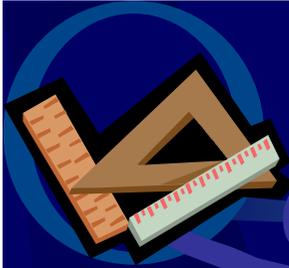
Controllo lipidico e trattamento ipolipemizzante

Soggetti in trattamento
ipolipemizzante con LDL-C \geq 130

Soggetti non in trattamento
ipolipemizzante con LDL-C \geq 130



Maggiore **intensità** e **appropriatezza** terapeutica.



Quality of care scoring system

Quality of care indicator	Scoring
HbA1c <1/year	5
HbA1c \geq 8%	0
HbA1c <8%	10
Blood pressure measurement <1/year	5
Blood pressure \geq 140/90 mmHg	0
Blood pressure <140/90 mmHg	10
Lipid profile measurement <1/year	5
LDL cholesterol \geq 130 mg/dL	0
LDL cholesterol <130 mg/dL	10
MA measurement <1/year	5
Not treated with ACE-inhibitors despite MA	0
No MA, or treated with ACE-inhibitors in the presence of MA	10
Score range	0-40

Quality of Diabetes Care Predicts the Development of Cardiovascular Events: Results of the AMD-QUASAR Study

MARIA C.E. ROSSI, MSC, PHARM, CHEM¹
 GIUSEPPE LUCISANO, MSC, STAT¹
 MARCO COMASCHI, MD²
 CARLO COSCELLI, MD³
 DOMENICO CUCINOTTA, MD⁴
 PATRIZIA DI BLASI, MD⁵
 GIOVANNI BADER, MD⁵

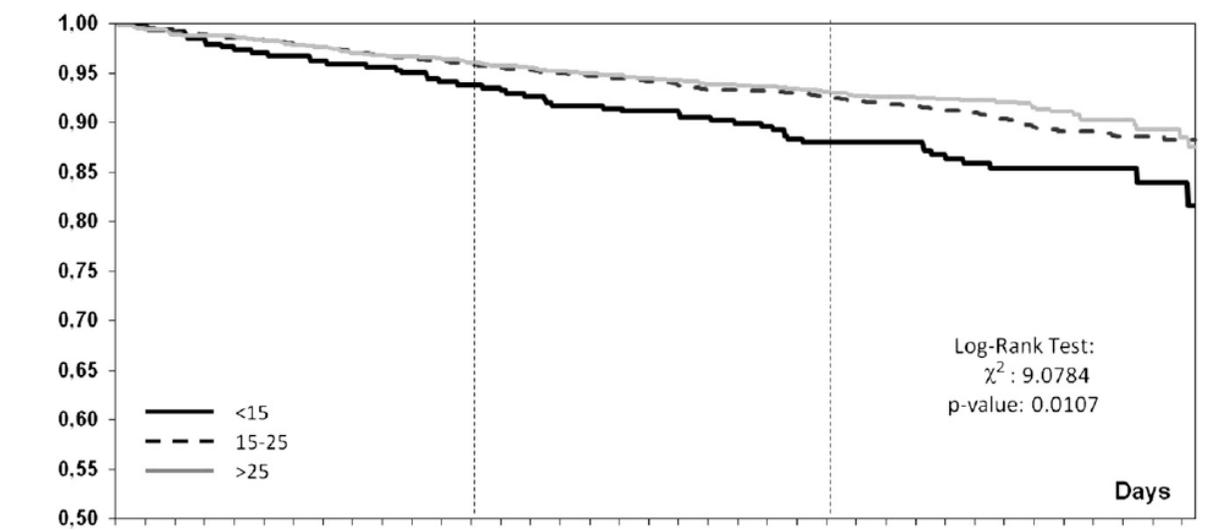
FABIO PELLEGRINI, MSC, STAT¹
 UMBERTO VALENTINI, MD⁶
 GIACOMO VESPASIANI, MD⁷
 ANTONIO NICOLUCCI, MD¹
 ON BEHALF OF THE AMD-QUASAR STUDY
 GROUP*



Quality of diabetes care and CV events

Quality-of-care indicator	Scoring
HbA _{1c}	
Measurement <1/year	5
≥8.0%	0
<8.0%	10
Blood pressure	
Measurement <1/year	5
Values ≥140/90 mmHg, irrespective of treatment	0
Values <140/90 mmHg	10
Lipid profile measurement <1/year	5
LDL cholesterol, mmol/L (130 mg/dL)	
≥3.37, irrespective of treatment	0
<3.37	10
MA measurement <1/year	5
Not treated with ACE inhibitors/ARBs despite the presence of MA	0
Treated with ACE inhibitors/ARBs in the presence of MA or MA absent	10
Score range	0-40

MA, microalbuminuria; ARBs, angiotensin receptor blockers.



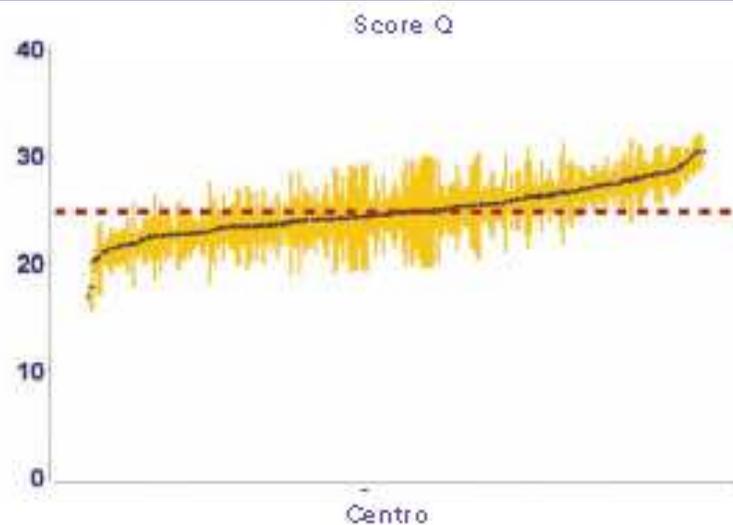
Score:	0	120	240	360	480	600	720	840	960	1080
<15	345 (9)	332 (5)	324 (7)	316 (7)	303 (4)	265 (4)	208 (2)	102 (1)	36 (1)	
15-25	3531 (50)	3436 (48)	3361 (45)	3295 (39)	3207 (47)	2615 (32)	1700 (27)	786 (5)	279 (2)	
>25	1305 (17)	1271 (21)	1240 (13)	1219 (13)	1194 (14)	1086 (8)	770 (7)	352 (6)	96 (1)	

Score Q, variabilità

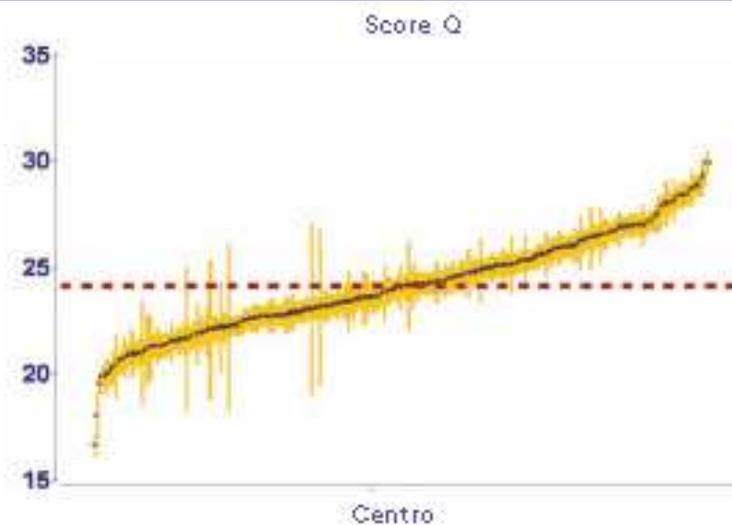
Grafici di variabilità dello score Q

Varibilità tra i centri: valori aggiustati per età, sesso, durata del diabete ed effetto di clustering

DM1



DM2



LA VI REGOLA (AMD)

Migliorare
l'organizzazione
perche modifica la
prognosi dei
pazienti, come un
farmaco



Evidenze sull'efficacia di alcuni modelli assistenziali

The impact of second-level specialized care on hospitalization in persons with diabetes: a multilevel population-based study

C. Giorda, A. Petrelli*, R. Gnani*, and the Regional Board for Diabetes Care of Piemonte†

Abstract

Metabolism and Diabetes Unit ASL 8 and
*Epidemiology Unit ASL 5 Regione Piemonte, Italy

Accepted 6 December 2005

Aims We evaluated whether differences in the use of specialized care have an impact on rates of hospitalization for diabetes.

Methods In 2001 we determined the number of hours of second-level diabetes

Effetti della presenza di diabete sulla degenza media ospedaliera per alcune cause di ricovero E DELLA PRESENZA DI UN S. DI DIABETOLOGIA

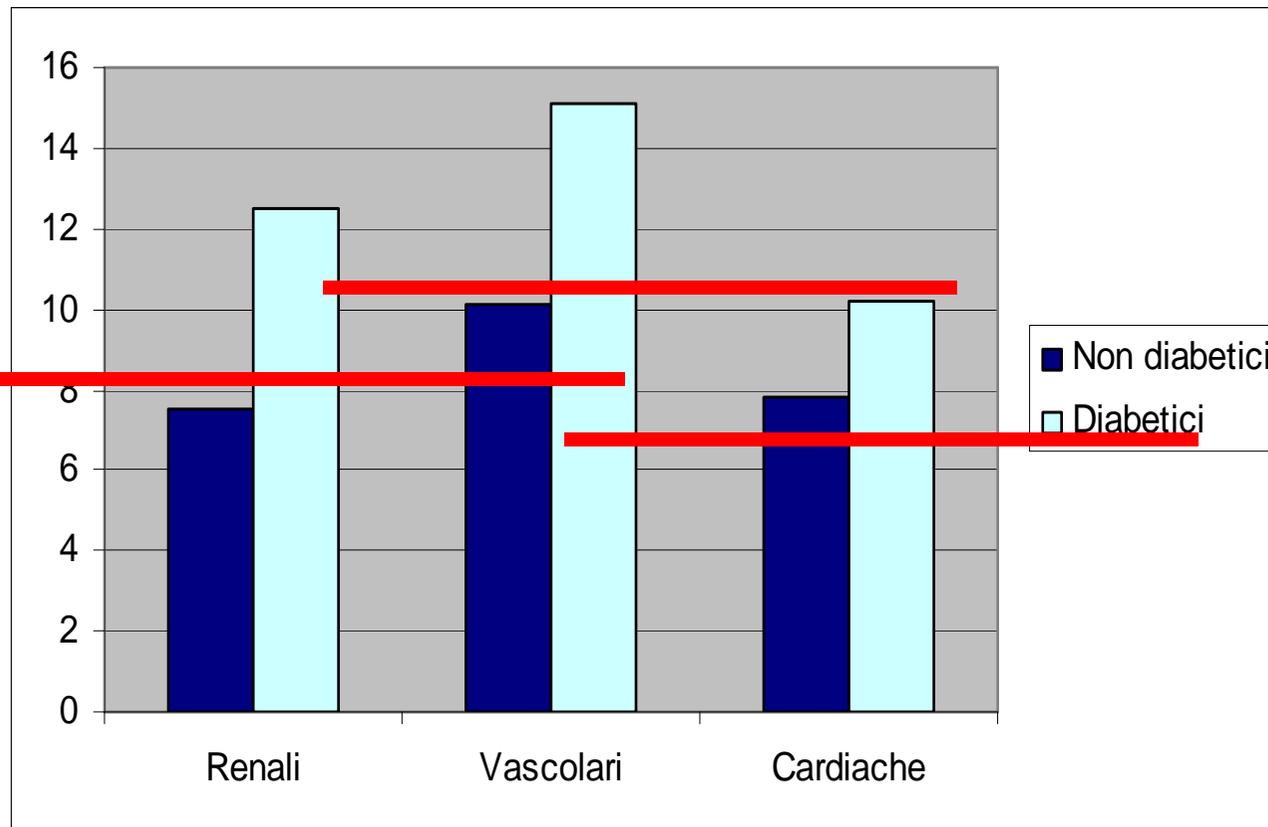


Grafico 6

Determinants of Quality in Diabetes Care Process

Diabetes Care 32:1986–1992, 2009

The population-based Torino Study

ROBERTO GNAVI, MD¹
ROBERTA PICARIELLO, BSC¹
LUDMI LA KARAGHIOSOFF, BSC¹

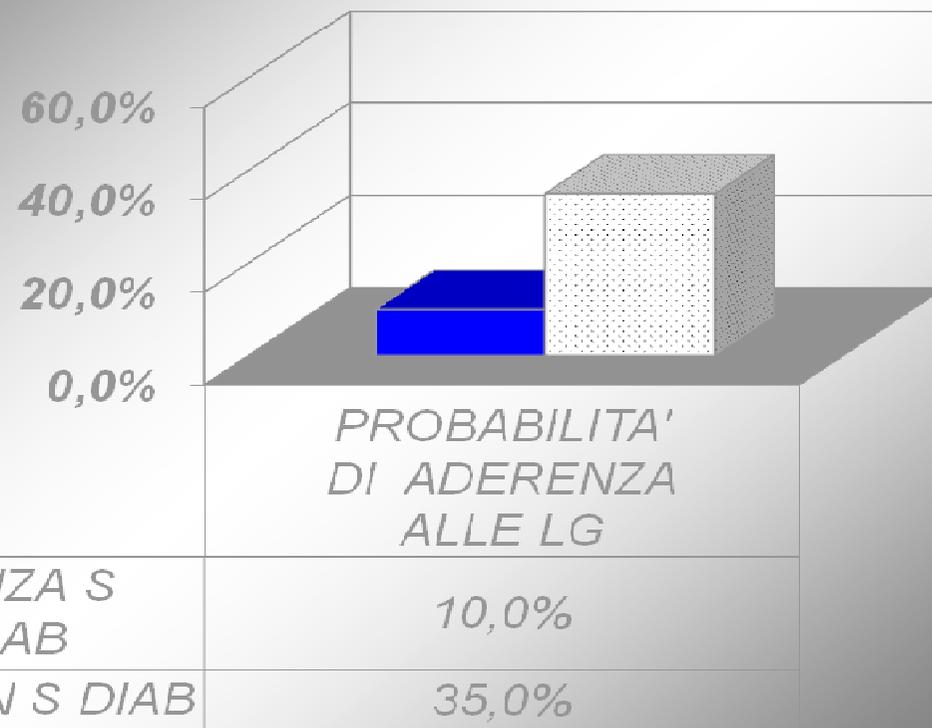
GIUSEPPE COSTA, MD^{1,2}
CARLO GIORDA, MD³



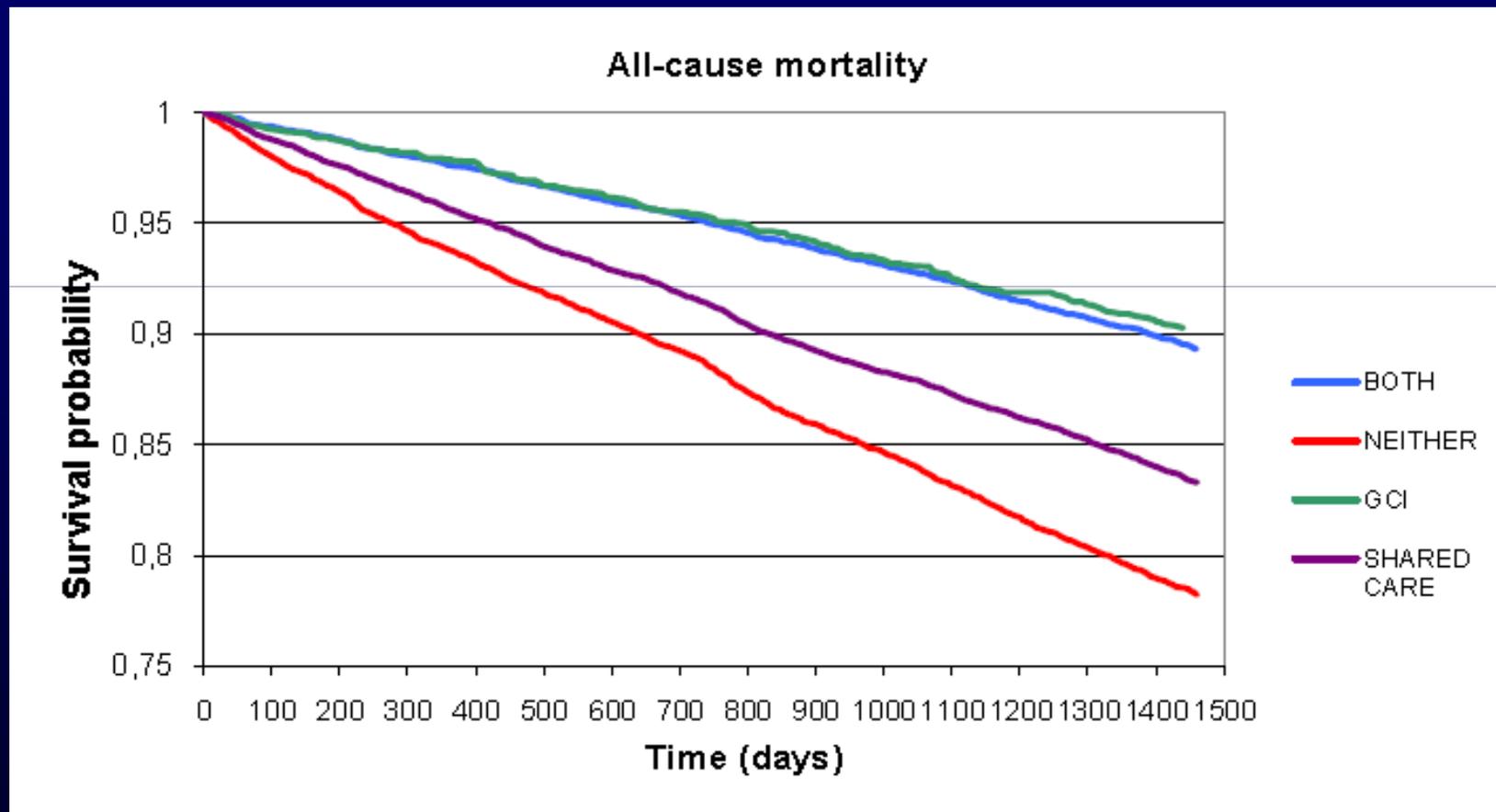
DiabetesCare

Indicatore composito di screening Guideline composite indicator (GCI)

**Hb glicata
+
almeno 2 tra
(controllo retina,
lipidi,
microalbuminuria)**

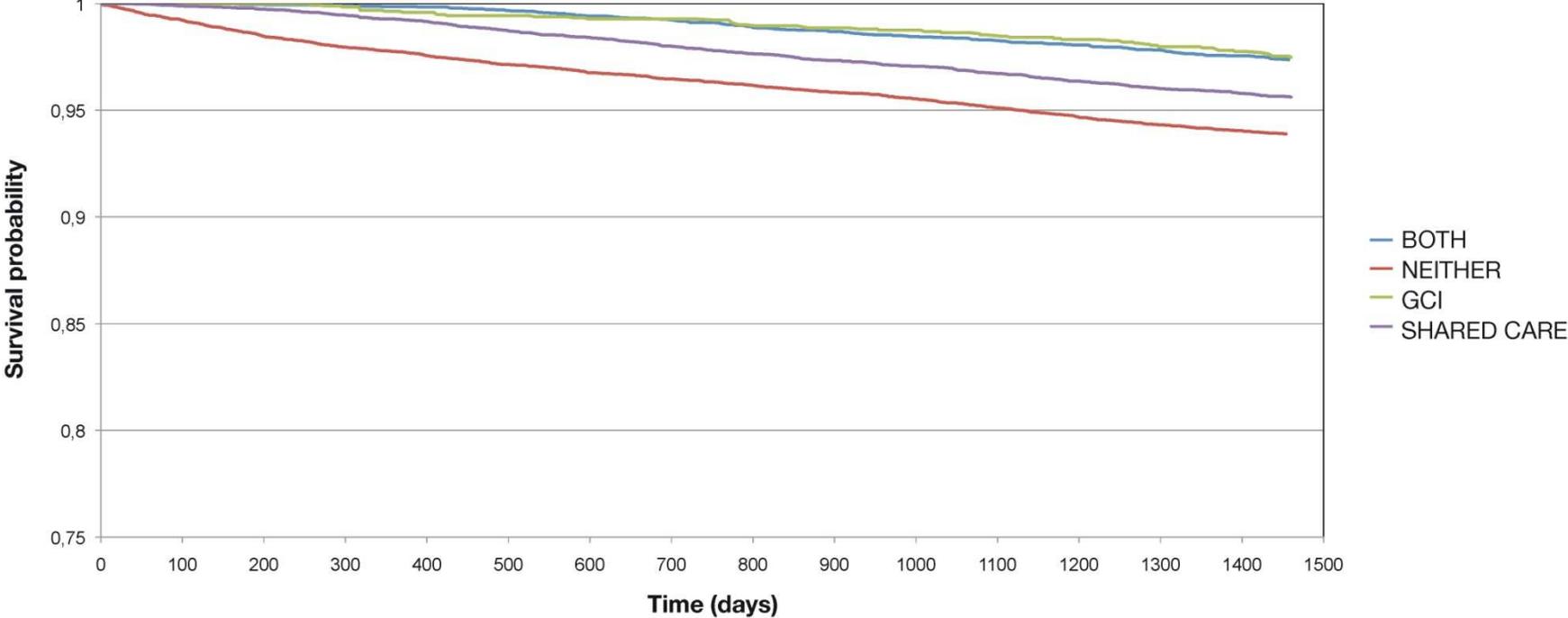


Differenze di mortalità su 4 anni in relazione al modello di cura (con o senza integrazione MG e diabetologia)



Popolazione di Torino 2002-2006. Giorda et al submitted

Kaplan Meier survival curve mortality from cancer



Fazio, Piano nazionale diabete in tempi brevi

Roma, 8 nov. (Adnkronos Salute) - Sarà pronto in tempi brevi il 'Piano nazionale diabete', documento basato sui principi del Piano sanitario nazionale, che indica le linee guida,“

.....modelli di assistenza innovativi, come quelli per la presa in carico dei pazienti cronici sperimentati, con modalità diverse, in Toscana e Lombardia, che prevedono budget annuali per patologie. In primo piano, inoltre, ci sarà probabilmente anche un ruolo più attivo dei medici di famiglia.

L'annuncio del documento in arrivo "è un segnale positivo e importante", secondo la senatrice Emanuela Baio, che è anche presidente del Comitato per i Diritti della persona con diabete. "Speriamo - conclude Baio - che l'impegno preso possa portare al varo del Piano entro la fine dell'anno. E per la giornata mondiale del diabete, il 14 novembre, invieremo una lettera per ringraziare il ministro dell'impegno e sottolineare la necessità di agire in tempi brevi".

Early detection, diagnosis and
treatment:

richiesto un grande
CAMBIAMENTO culturale e
organizzativo

Percorsi condivisi tra MMG e
specialisti

14/11/09

DAL LUGLIO 2008 MEDICI DI FAMIGLIA E SPECIALISTI LAVORANO IN TANDEM

Il Sole
24 ORE
com

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 Igca dell'Iss, il diabetico 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 il corosiciliano.

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 cura.

Il Piemonte farà scuola. Ne sono convinti i diabetologi dell'Arnd, 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 e 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-

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 reciprocamente 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-

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 ≤ 130 mg/dl nel 20 per cento

• Ultimo valore registrato di pressione arteriosa $\leq 130/80$ mmHg nel 20 per cento

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'imponente attività di diagnosi precoce del diabete di tipo 2 nella popolazione piemontese.

Andrea Pizzini

Medico di famiglia, Fimmg

Luca Monge

Vice-presidente

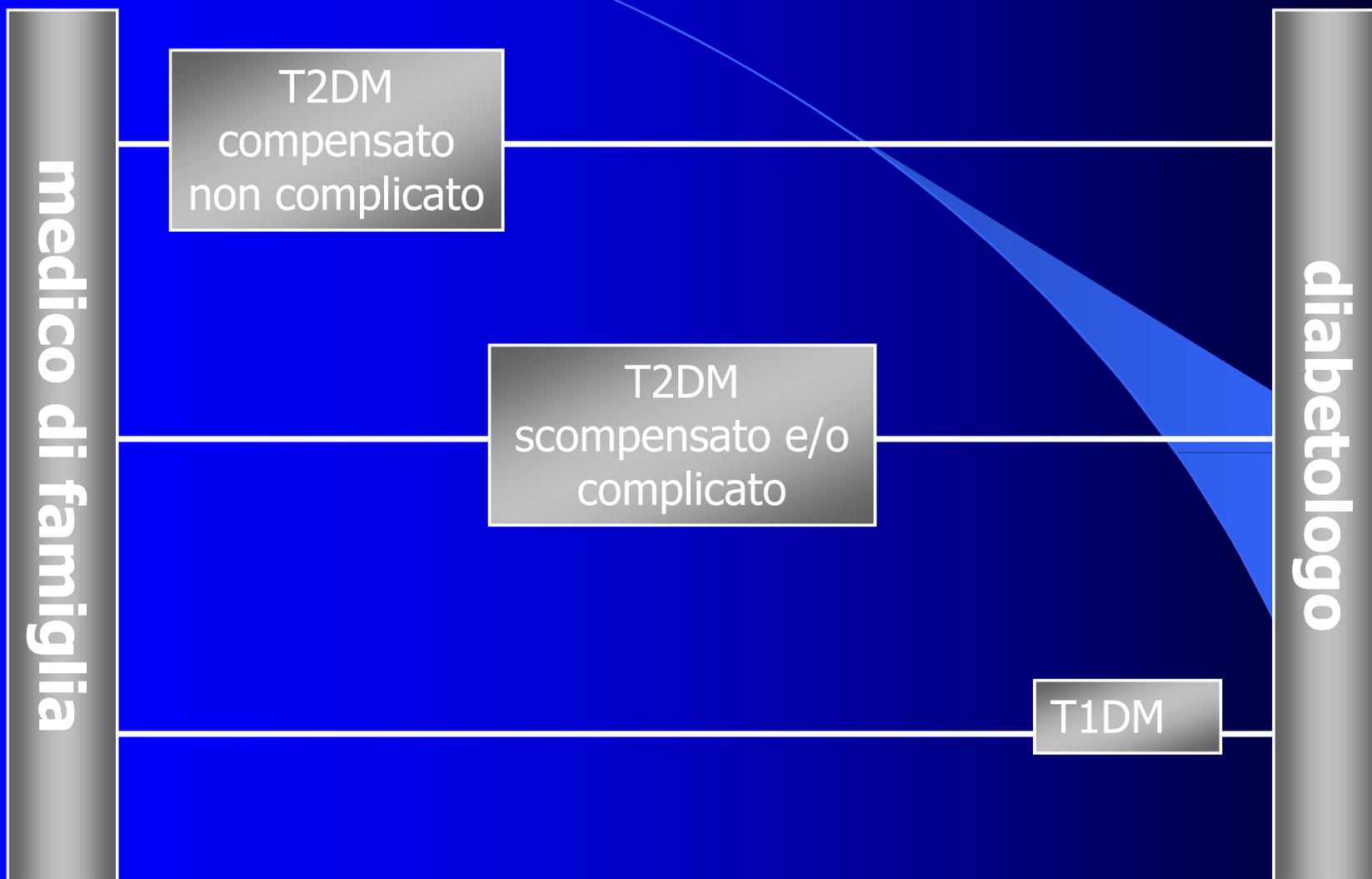
sezione regionale

Piemonte-Valle d'Aosta

Arnd (Associazione medici

diabetologi)

DINAMICITA' DEL TEAM DIABETOLOGICO INTEGRATO

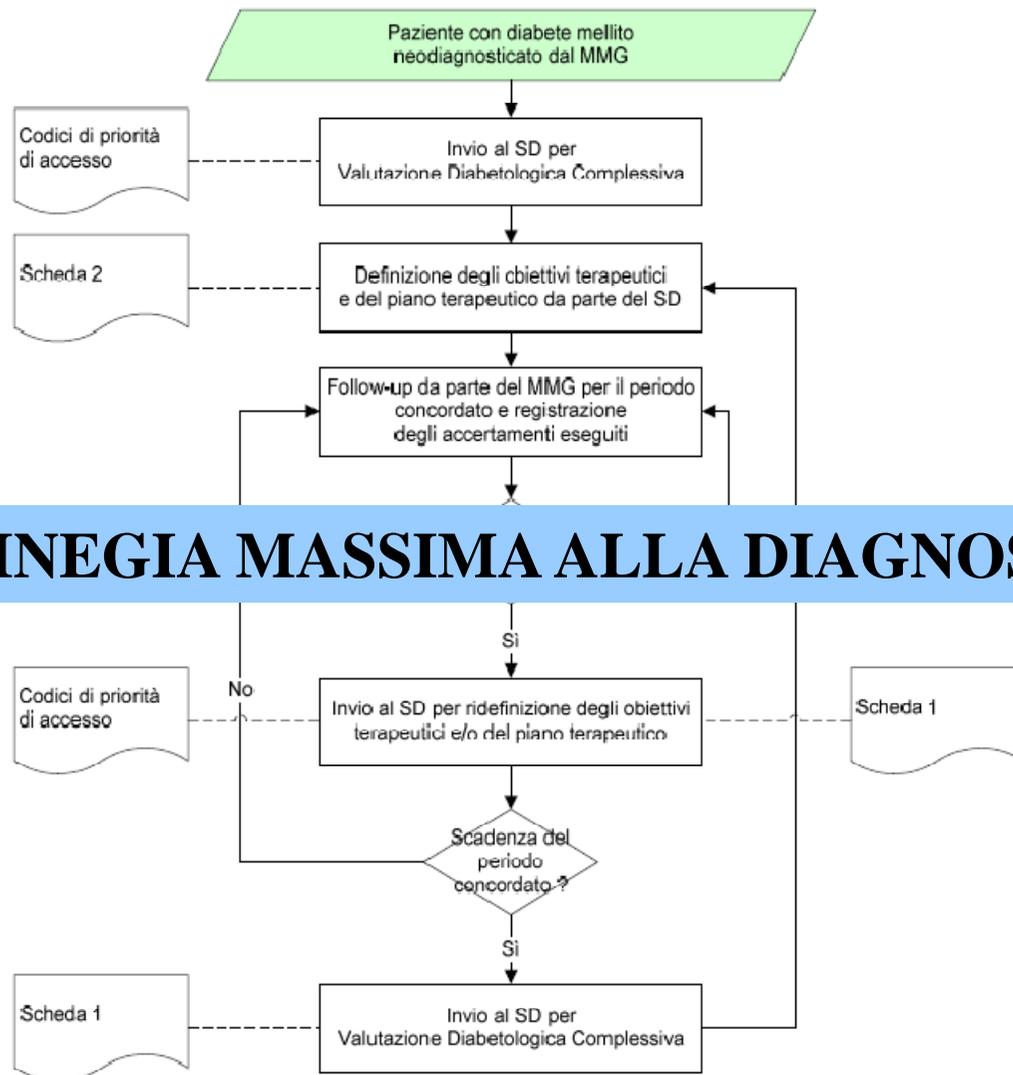


Che cosa NON è la gestione integrata?

Di sicuro la gestione integrata NON è la "*suddivisione dei pazienti*" con soggetti affidati solo al medico di famiglia, o al solo dallo specialista.



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



LA SINEGIA MASSIMA ALLA DIAGNOSI !

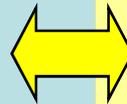
Il cambiamento culturale e organizzativo per la MMG

Medicina "on demand"



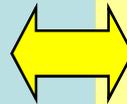
Medicina Attiva

Medicina del Singolo



Medicina di Popolazione

Medicina di Attesa



Medicina di Iniziativa

Il cambiamento culturale e organizzativo per le diabetologie

Apertura senza barriere alle urgenze e nuove diagnosi (accesso diretto secondo gravità)

Organizzazione in sequenza breve e concentrata dello screening delle complicanze

Educazione dei pazienti mirata al modello GI



2011:

RECUPERARE E DIFENDERE

l'automonitoraggio glicemico

IL MODELLO ASSISTENZIALE AD
ESSO COLLEGATO

SMBG: cosa è per il diabetologo e per il team

Str di Diagnosi



Str di Terapia e di
Empowerment

Risk management



Q della vita

SMBG

per gli amministratori , le
Direzioni generali e di Distretto



SMBG per gli amministratori e le Direzioni



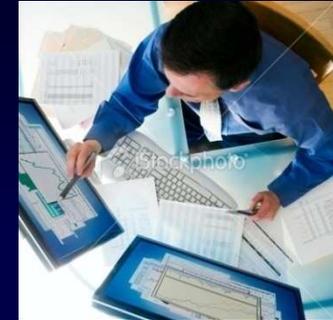
Una pratica poco conosciuta



Un capitolo di spesa in continuo aumento



SMBG per gli amministratori e le Direzioni



Una fonte di sprechi e di inappropriatazza

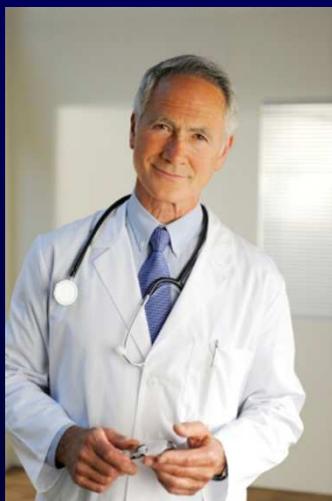


Un lusso che non ci si può permettere



SMBG, LA NUOVA VISIONE

Il modello da difendere



*Difesa del modello assistenziale di cui SMBG è
UN STRUMENTO FONDAMENTALE*

*Capacità manageriali con gli AMMINISTRATORI
e Direzioni*

Esportare il modello, formare altre categorie

*Coinvolgimento responsabilizzato delle
Istituzioni (Regioni, ASL)*

CONCLUSIONI

- ✓ Il diabete di tipo 2 è una malattia complessa ed evolutiva che richiede un enorme impegno assistenziale soprattutto preventivo e non può essere banalizzata
- ✓ I sistemi attuali mettono in evidenza difficoltà nelle applicazioni delle LG e raggiungimento di obiettivi e outcome complessivi ancora insoddisfacenti
- ✓ Modelli condivisi e concordati tra Diabetologia MMG e altri specialisti, possono migliorare l'attuale situazione.

Grazie dell'attenzione