

NAPOLI, 17-20 maggio 2017

XXI CONGRESSO
NAZIONALE

AMD

AMD

ASSOCIAZIONE
MEDICI
DIABETOLOGI

1974
ANNO DI FONDAZIONE



PER UNA DIABETOLOGIA PREDITTIVA, PREVENTIVA, PERSONALIZZATA E PARTECIPATIVA

TITOLO RELAZIONE: Scenari: la nuova diabetologia

NOME RELATORE: Marco Comaschi

AFFILIAZIONE: ICLAS – GVM care & Research - Rapallo - Genova

ICLAS
Istituto Clinico Ligure di Alta Specialità
Rapallo

 **GVM**
CARE & RESEARCH

Premesse

- Le ipotesi di scenari proposti sono tutte correlate a:
 - Applicazione dei principi del Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica, anche se in modo eterogeneo
 - Applicazione dei principi del Piano Nazionale sulle Cronicità
 - Presenza di disposizioni Regionali (sotto forma di Leggi, Delibere, Documenti di Indirizzo etc.)
 - I risultati del lavoro di Diabetes Intelligence
 - L' applicazione ragionata delle Linee Guida Nazionali

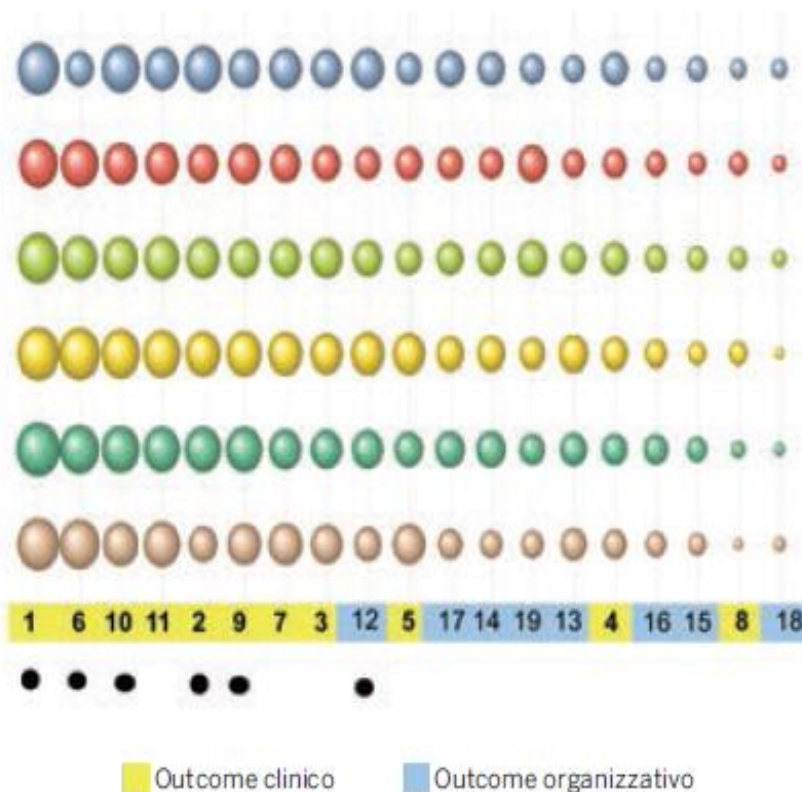
Dia Int

Incroci prime sei attività / outcome

PRIME 6 ATTIVITÀ

- 5 Garantire l'attività di Terapia Educazionale come parte integrante del piano assistenziale
- 9 Definire e gestire il piano terapeutico personalizzato appropriato (ob. metabol., ter. farm. personal., ter. med. nutriz., att. fis.)
- 1 Assicurare l'inquadramento diagnostico specialistico e la valutazione biomedica
- 3 Valutare la fragilità (età, etnia, genere,...) e altri fattori che possono influenzare la gestione del diabete
- 12 Garantire un autocontrollo strutturato (prescriz., erogaz., registraz., educaz., interpretaz. risultati, verifica)
- 2 Valutare la condizione psicosociale individuale (fattori economici, sociali, culturali, contesto familiare, etc)

Ranking



PRIMI 6 OUTCOME

- 1 Ottimizzazione del controllo metabolico in relazione al paziente (personalizzazione degli obiettivi del trattamento)
- 10 Riduzione della incidenza complicanze croniche
- 6 Aumento della partecipazione attiva/adesione alla cura da parte della persona con diabete
- 2 Controllo e trattamento dei fattori di rischio cardiovascolare
- 12 Ottimizzazione dell'offerta specialistica per situazioni specifiche con attivazione di ambulatori dedicati (gravidanza, piede, terapia con microinfusori)
- 9 Aumento delle competenze e delle strategie per trattare il diabete

Diabetes Intelligence

- Questo impegno di AMD ha chiarito che:
 - I Diabetologi Italiani hanno compreso bene i concetti della Chronic Care Model
 - Hanno fatto propria la Medicina centrata sulla Persona
 - Sono consapevoli di essere depositari di specifiche competenze che incidono sugli esiti della malattia sulla Persona
 - Vogliono applicare al meglio queste competenze in un sistema integrato di Team

Modelli Regionali

- Tutte le Regioni Italiane, in diversa misura e con diversi metodi, hanno prodotto documenti sul Diabete
- In estrema semplificazione, i sistemi organizzativi proposti dalle Regioni, possono essere semplificati in quattro “modelli”

Modello integrato diffuso

- Sistemi integrati “diffusi” :
 - è la situazione più comune. I Servizi di Diabetologia delle ASL con varie modalità organizzative collaborano con la Medicina Generale secondo protocolli condivisi, applicando i Percorsi concordati. L’ esempio più evidente è il sistema Toscano della ECCM

Modello integrato “stanziale”

- Sistemi integrati “stanziali”:
 - è il modello delle “Case della Salute” dell’ Emilia Romagna. La concentrazione della Medicina Generale e dei Servizi Specialistici in un’ unica sede con possibilità di applicare direttamente i Percorsi

Modello integrato “network”

- Sistemi integrati di rete:
 - L’ esempio più avanzato è quello della Regione Marche
 - Tutti i Servizi di Diabetologia sono in rete telematica e scambiano dati con la Medicina Generale

Modello integrato “Provider”

- Sistema di percorsi definiti forniti da providers accreditati
 - È il modello formulato dalla Lombardia, preceduto già dall’esperienza dei CREGs
 - Riguarda tutte le cronicità e non solo il diabete
 - È articolato per staging di patologia
 - Le AST possono essere loro stesse providers oppure “appaltare” a soggetti accreditati l’ applicazione dei Percorsi

Come scegliere lo scenario migliore?

- La Diabetologia, per applicare al meglio i principi del PND e per esplicitare al meglio le specificità correlate agli outcomes rilevati da Dia Int, deve quindi modellare se stessa sui sistemi individuati dalle decisioni regionali

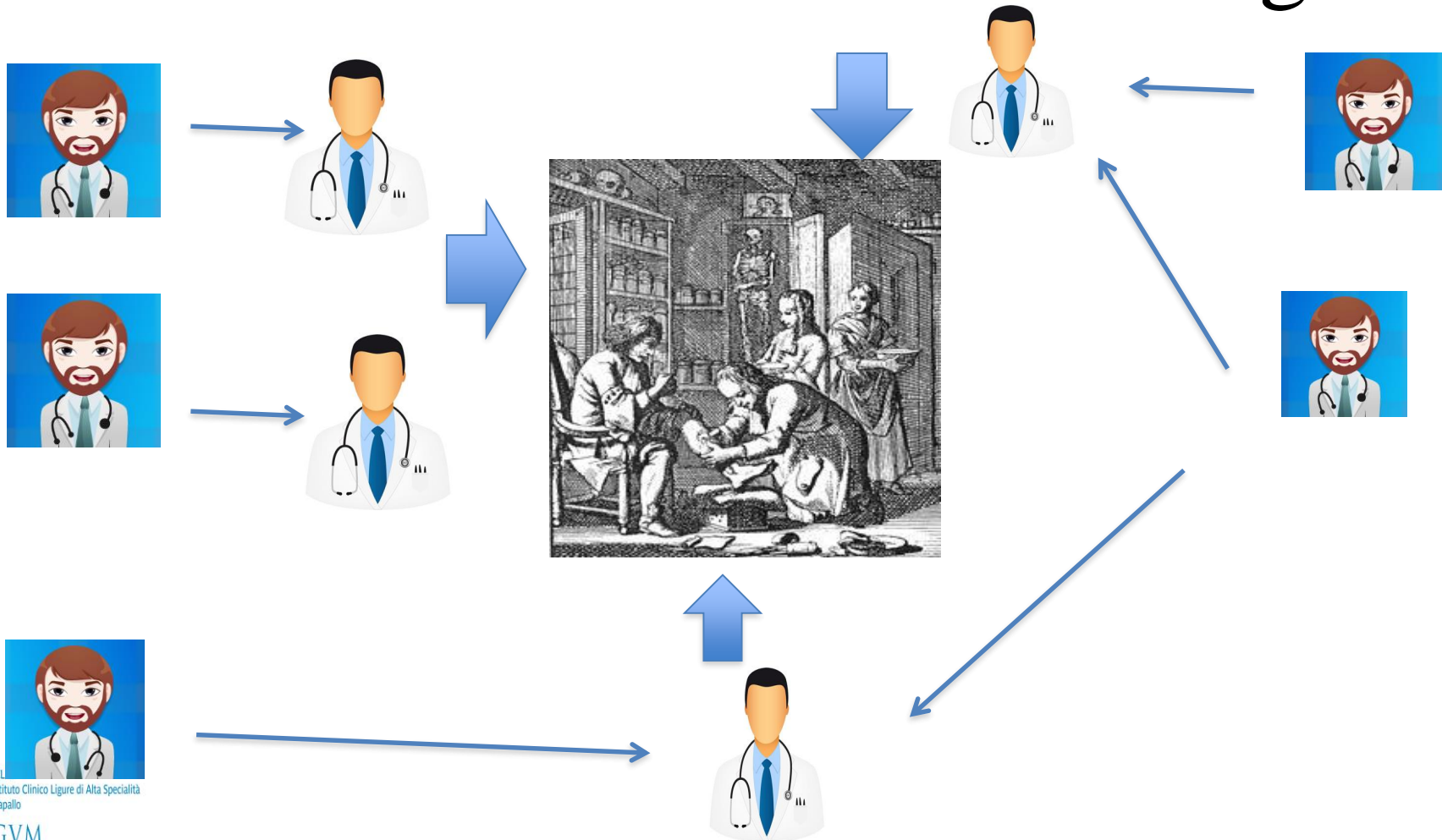
Come scegliere lo scenario migliore?

- È necessario individuare scenari diversi che si adattino a sistemi diversi, ma che possano contemporaneamente ottenere risultati sovrapponibili
- Il Team Diabetologico deve essere “flessibile” e “propositivo”, e non accontentarsi di attendere decisioni di Health Policy cui non sia chiamato a partecipare

Primo scenario: articolazione diffusa

- In presenza di un sistema regionale di Primary Care scarsamente basata sulla Medicina di Gruppo, il Servizio di Diabetologia deve porsi come “facilitatore” dei percorsi di cura
- Dal punto di vista organizzativo quindi ha bisogno di avere diversi punti di contatto territoriale, che sono congeniali all’ Early Referral da parte del MMG
- Accanto a questi ha poi necessità di una sede riconoscibile centrale, cui avviare le persone diabetiche selezionate per le specifiche attività (educazione terapeutica; piede; CVD; scompenso metabolico etc)

Da MMG a ambulatorio “early referral” a Servizio Diabetologico



Un'alternativa: il Team “itinerante”

- In un sistema di integrazione “diffusa” una possibile alternativa organizzativa per la diabetologia è quella dei Teams Itineranti
- A rotazione, almeno due componenti del Team Diabetologico valutano le persone diabetiche presso gli Studi di Medicina Generale Associata, in compresenza col curante, che ne ha curato la selezione, provvedendo alle chiamate.
- In questo caso saranno poi selezionati i pazienti da avviare al Servizio per le necessità specialistiche

Secondo scenario: modello “stanziale”

- In un sistema basato sulle “Case della Salute” il Servizio di Diabetologia deve essere unico per tutto il Distretto Sanitario
- Tutto il Team agisce in compresenza, dialoga con gli altri Specialisti e con la Medicina Generale
- Non svolge attività ambulatoriale di routine, ma solo le attività qualificanti identificate da Dia Int, secondo i Principi del PND e gli Standard di Cura

Team specialistico “stanziale”



Terzo scenario: modello “network”

- Nel modello in rete i Servizi di Diabetologia potrebbero essere anche più grandi ed attrezzati di quelli attuali, diminuendone il numero sul territorio
- Il collegamento telematico, e l’uso incrementale della telemedicina, sono congeniali a Servizi ad alta specialità e ad alta tecnologia, in grado di monitorare tutto il Percorso della persona diabetica insieme alla Medicina Generale

Servizi “globali” nel modello “network”

DIABETES SYMPTOMS AND CONTROL

| | | | |
|--|--|--|---|
|  <p>ALWAYS HUNGRY</p> |  <p>FREQUENT URINATION</p> |  <p>DIZZINESS</p> |  <p>INSULIN INJECTION</p> |
|  <p>UNEXPLAINED WEIGHT GAIN</p> |  <p>ALWAYS THIRSTY</p> |  <p>DIABETIC FOOT</p> |  <p>HEALTHY FOOD</p> |
|  <p>SEXUAL PROBLEMS</p> |  <p>HIGH BLOOD SUGAR</p> |  <p>ALWAYS TIRED</p> |  <p>SPORT AND FITNESS</p> |
|  <p>BLURRY VISION</p> |  <p>UNEXPLAINED WEIGHT LOSS</p> |  <p>TINGLING HANDS OR FEET</p> |  <p>GLUCOSE MONITORING</p> |



Quarto scenario: modello “provider” - 1

- In questo scenario la Diabetologia è chiamata a garantire il Percorso per le Persone con Diabete in “subappalto”
- I Providers dei percorsi per la cronicità, infatti, dovranno reperire i “fornitori” per i Percorsi specifici previsti dai contratti

Quarto scenario: modello “provider” - 2

- È facile intuire che:
 - Se il Provider sarà l’AST, la situazione sarà molto simile a quella del modello “diffuso”
 - Se il Provider sarà una Cooperativa di MMG, questa cercherà di avere al suo interno un supporto diabetologico (come accade ora nel NHS britannico)
 - Se il Provider sarà un privato, profit o non profit, il sistema sarà quello del “Group of Care”, vale a dire un “trust” di specialisti e professionals che prendono in carico la persona quasi globalmente. Questa evenienza è più probabile se il Provider sarà un gruppo Ospedaliero.

Take home message - 1

- L'ambulatorio diabetologico, come lo abbiamo sempre conosciuto, è finito.
- In ogni scenario, la Diabetologia dovrà smettere di puntare sulla “quantità” del suo prodotto, e chiedere di essere valutata, insieme alla Medicina Generale, in base agli esiti

Take home message - 2

- La valorizzazione delle attività specifiche prodotta da Dia Int è il vero punto di partenza della nuova diabetologia italiana
- Nessun documento normativo o legislativo troverà una reale applicazione pratica senza la modifica dei contratti attuali, rovesciando la logica dal pagamento a prestazione alla valorizzazione dei risultati

Take home message - 3

- In ognuno degli scenari proposti si innesterà in tempi relativamente brevi un elemento “rivoluzionario” che potrebbe modificare gran parte del lavoro del Medico
- Il telemonitoraggio domiciliare di parametri clinici di controllo delle principali malattie croniche può essere l’elemento di scardinamento del sistema
- La validazione della “Telemedicina” deve avvenire con criteri e metodologia scientifica, che ne dimostrino l’efficacia e il buon rapporto costo/efficacia.

Grazie per la cortese attenzione

Maestri