

NAPOLI, 17-20 maggio 2017

XXI CONGRESSO
NAZIONALE

AMD



PER UNA DIABETOLOGIA PREDITTIVA, PREVENTIVA, PERSONALIZZATA E PARTECIPATIVA

PERCORSO INTERSOCIETARIO MEDICINA GENERALE AMD-SIMG

*La persona con diabete tra Diabetologo e Medico di Medicina Generale:
una evoluzione continua tra opportunità e difficoltà*

L'esperienza della Regione Piemonte.

Alessandro Ozzello

S.S.D. Malattie Endocrine e Diabetologia ASL TO3

Conflitto di interessi

Il sottoscritto Alessandro Ozzello
ai sensi dell' art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 17 del Reg. Applicativo
dell' Accordo Stato - Regione del 5 novembre 2009

dichiara

di non aver avuto rapporti di finanziamento con soggetti portatori di
interessi commerciali in campo sanitario

Agenda

- Il contesto di riferimento PN Prevenzione attiva modelli regionali per poter interpretare i risultati-
- Il modello Piemonte :
 - documenti
 - I LEA diabetologici
 - Le linee guida
 - Il modello GID
 - Indicatori
 - Sistema informativo dedicato alla gestione dei programmi di prevenzione
- Risultati della MMG e del registro regionale
- Conclusioni

Il progetto iniziale

PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE ATTIVA

2004-2006



Indice del documento

1. Inquadramento programmatico-istituzionale	1
2. Definizione di prevenzione attiva	1
3. Il contesto di riferimento - aree di intervento	2
3.1 Rischio cardiovascolare	2
3.2 Complicanze del diabete	2
3.3 Screenings oncologici	3
3.4 Vaccinazioni	3
4. Obiettivi	4
5. Impianto organizzativo e sistema informativo	6
5.1 Il processo di riferimento	6
5.2 Il sistema informativo	7
6. Piano operativo	7
6.1 Modalità attuative	7
6.2 Modalità di finanziamento	7
6.3 Modalità di erogazione dei fondi	8
6.4 Tempi previsti	8
7. Risultati attesi	8

Il progetto iniziale



PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE ATTIVA

– Offerta prestazioni comprese nei LEA per Screening di soggetti a rischio (malattie CV -c.c.DM2 - oncologia- vaccinazioni-) e ottimizzare la attività di diagnosi e cura con la **partecipazione attiva** del pz

- Progetto IGEA: dipartimenti di prevenzione, gruppi di cure primaria e centri *antidiabete* in ogni ASL e AO per sperimentare programmi di diseases management
- sistemi di informatizzazione – *segnalazione drop out*
- Modalità e tempi : responsabilità regionale (contesto)

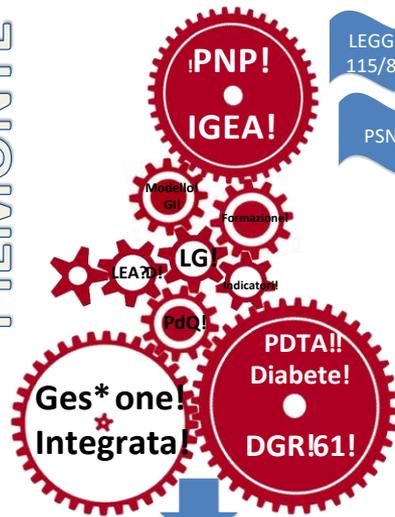
Indice del docum

1. Inquadramento	
2. Definizione di p	
3. Il contesto di rif	
3.1 Rischio	
3.2 Compli	
3.3 Screeni	
3.4 Vaccin	
4. Obiettivi	
5. Impianto organi	
5.1 Il proce	
5.2 Il sisten	
6. Piano operativo	
6.1 Modalit	
6.2 Modalit	
6.3 Modalita di erogazione dei fondi	8
6.4 Tempi previsti	8
7. Risultati attesi	8

diabetologia predittiva, preventiva, personalizzata e partecipativa: gestione integrata, empowerment, risultati.

Gestione Integrata del Diabete

SISTEMA
PIEMONTE



LEGGE 115/87\$
PSN\$



Modello
LEA Diabetologici
Linee Guida
indicatori



Alessandro Ozzello. Esperienza GID Piemonte

Obiettivi e Risultati attesi

✓ *complicanze del diabete:*

- identificare i pazienti diabetici attraverso l'iscrizione in appositi registri;
- implementare, attraverso l'integrazione in rete di tutte le strutture territoriali della prevenzione e dell'assistenza primaria ed i Centri Antidiabete, programmi di disease management per i pazienti iscritti;

Complicanze del diabete:

- riduzione dei tassi di ospedalizzazione,
- riduzione dei tassi di menomazione permanente (cecità, amputazione degli arti), di nefropatie e patologie cardiovascolari.



Obiettivo generale

Adesione al “programma”

PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE ATTIVA

Area	Popolazione target	Tipologia interventi	Obiettivi	Risultati attesi (°)
Rischio Cardiovascolare	Soggetti di età 40 – 69 anni	<i>Prevenzione primaria/secondaria:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Carta del rischio cardiovascolare 	<ul style="list-style-type: none"> • Somministrazione estesa della carta del rischio da parte dei MMG • <u>Registrazione dei dati</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione rischio disabilità, • riduzione morbosità e mortalità • miglioramento della qualità della vita
Complicanze diabete: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema cardiovascolare ▪ Retina ▪ Reni ▪ Sistema nervoso periferico 	Soggetti diabetici	<i>Disease management:</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adeguata gestione terapeutica ▪ Periodici controlli per diagnosi tempestiva delle complicanze 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementazione di programmi di disease management centrati sulle Unità Territoriali di Assistenza Primaria • <u>Centralizzazione della gestione informatica di comunicazione e registrazione nelle ASL</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Ridurre i tassi di ospedalizzazione, • Ridurre i tassi di menomazione permanente (cecità, amputazione arti), di nefropatie e patologie cardiovascolari • miglioramento della qualità della vita
Screening oncologici	Per sesso e per specifiche fasce di età, in base al tipo di screening	<i>Prevenzione secondaria:</i> Screening : <ul style="list-style-type: none"> ▪ pap test, ▪ mammografia ▪ sangue occulto nelle feci 	<ul style="list-style-type: none"> • Migliorare compliance del programma di screening della popolazione target • <u>Centralizzazione della gestione informatica di comunicazione e registrazione nelle ASL</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Ridurre il tasso di mortalità • Presa in carico soggetti affetti per approfondimento diagnostico e terapia
Vaccinazioni <ul style="list-style-type: none"> ▪ obbligatorie ▪ raccomandate ▪ antinfluenzale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Età pediatrica ▪ > 64 anni 	<i>Prevenzione primaria:</i> Campagna di vaccinazione	<ul style="list-style-type: none"> • Raggiungimento di appropriata copertura della popolazione target 	Riduzione incidenza, prevalenza e mortalità per patologie infettive e loro complicanze

(°) Il risultato di salute ha ovvie ripercussioni economiche sotto forma di risparmio delle prestazioni per le patologie conclamate.

Il modello Piemonte

Codice DA2005

D.D. 4 aprile 2008, n. 176

Piano Nazionale della Prevenzione 2005 - 2007 "Prevenzione delle complicanze del Diabete tipo 2". Approvazione documentazione attuativa del progetto.

Incidenza e prevalenza delle patologie croniche e delle loro complicanze sono in costante aumento e ciò ha fatto nascere l'esigenza di definire un Piano nazionale della prevenzione.

Sulla base dell'intesa stabilita in Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005, la Giunta regionale del Piemonte ha provveduto ad approvare il Piano regionale di prevenzione attiva 2005-2007, che si propone di intervenire su problemi di salute più diffusi nella popolazione, per i quali sia dimostrata l'efficacia di azioni di prevenzione o di diagnosi precoce.

Nell'ambito del Piano Nazionale di Prevenzione il progetto "Prevenzione delle complicanze del Diabete tipo 2", approvato dalla Regione con D.G.R. n. 39-415 del 4 luglio 2005, e certificato dal Ministero della Salute, ha la finalità di creare gli strumenti che permettano di diffondere su tutto il territorio regionale la Gestione Integrata del Diabete Tipo 2 e di guidarne l'implementazione.

Vista l'Intesa Stato, Regioni, Province autonome del 23/3/2005 che include il Piano Nazionale della Prevenzione per il triennio 2005-2007;

Vista la D.G.R. n. 39-415 del 4/7/2005

Vista la D.G.R. n. 43-2046 del 23/1/2006

determina

di approvare i documenti sottoelencati, costituenti la base per l'implementazione del progetto "Prevenzione delle complicanze del diabete tipo 2" nell'ambito del Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007, che fanno parte integrante della presente determinazione, e che hanno lo scopo di presentare il progetto a tutti gli operatori coinvolti, seguirne l'evoluzione e mettere a disposizione gli strumenti per attuare la Gestione Integrata:

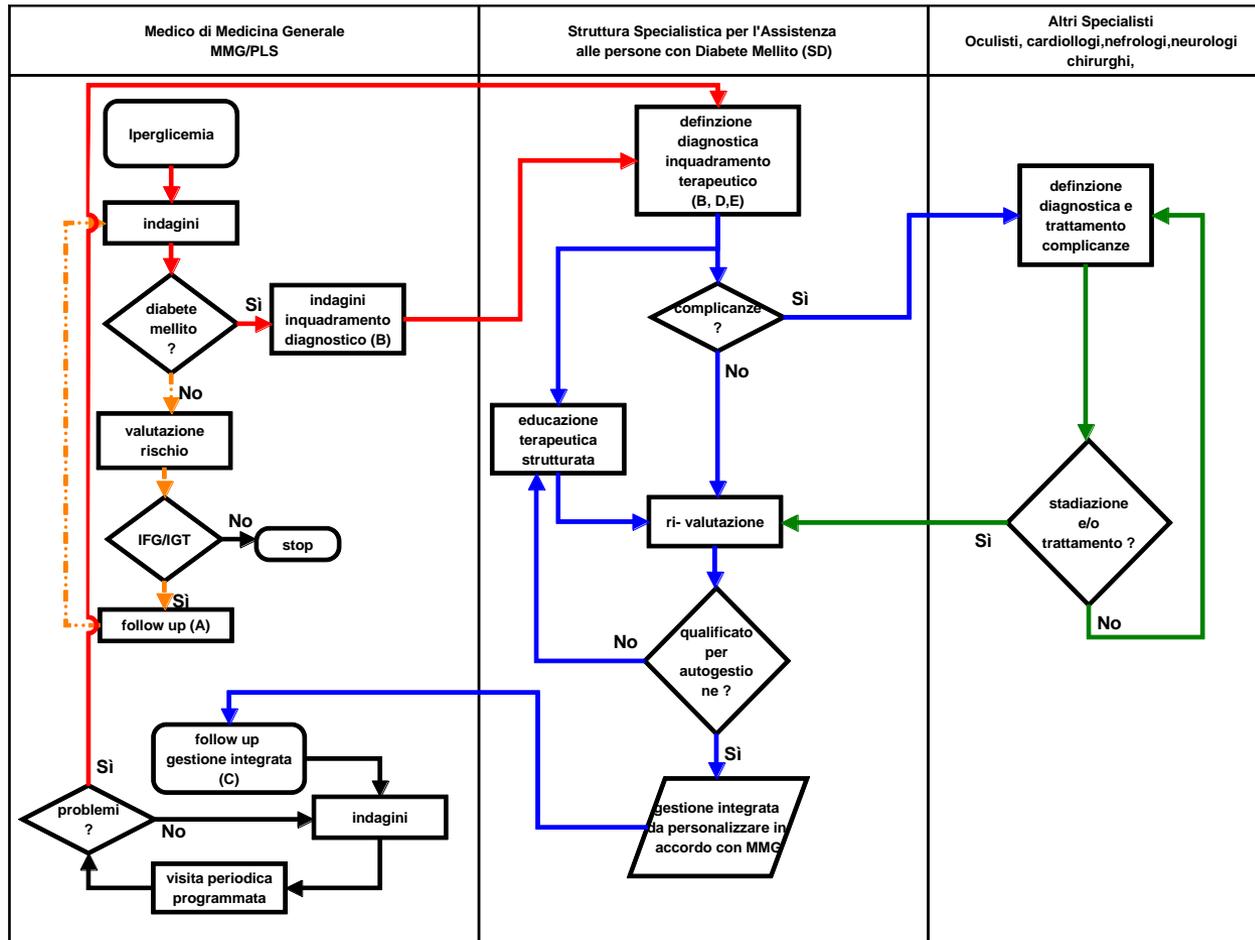
1. Livelli Essenziali di Assistenza Diabetologica che le ASL della Regione Piemonte devono erogare a tutti i soggetti diabetici.
2. Linee Guida di riferimento per la realizzazione delle attività diabetologiche nell'ambito della Gestione Integrata.
3. Indicatori per la valutazione delle attività diabetologiche svolte nell'ambito della Gestione Integrata.
4. Modello di Gestione Integrata del Diabete Tipo 2.

Il Direttore regionale



Percorso D.T.A.

4 agosto 2008



L'ASSISTENZA INTEGRATA ALLA PERSONA CON DIABETE MELLITO TIPO 2

Alessandro Ozzello. Esperienza GID

Percorso D T A

Medico di Medicina Generale MMG/PLS	Struttura Specialistica per l'Assistenza alle persone con Diabete Mellito (SD)	Altri Specialisti Oculisti, cardiologi, nefrologi, neurologi chirurghi,
--	---	---

4 agosto 2008

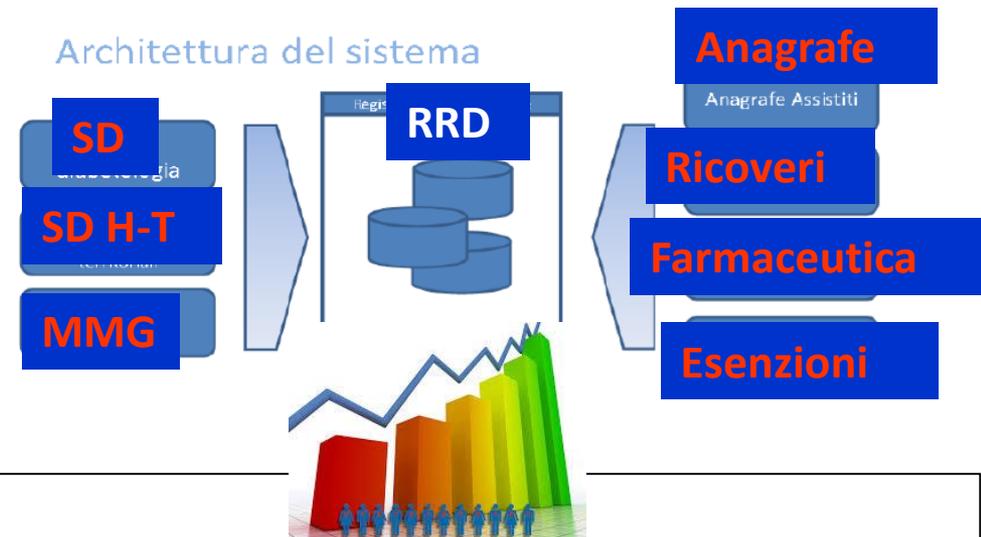
- MMG: Invia al CAD per sospetto o diagnosi
- CAD: conferma diagnosi, attestazione patologia e iscrizione a registro (esenzione 013/250)
- piano terapeutico individuale:
- prescrizione di
 - terapia, *multifattoriale*,
 - *strumenti* per l'autogestione (SMBG; tecniche iniettive, terapia nutrizionale, attività fisica),
 - prestazioni LEA :
 - esami laboratorio, strumentali (ECG; OOF;...)
 - visite : diabetologica, altri specialisti.
 - Gestione integrata : MMG “sorveglianza adesione”



Alessandro Ozzello. Esperienza GID

Sistemi di monitoraggio: *architettura del "sistema Piemonte"*

- Cartella clinica del MMG
- Cartella clinica diabetologia
 - Portale della Gestione integrata
- RRD
- AURA
- D-base regione : AURA, esenzioni, farmaceutica, specialistica, ass. protesica, ass. integrativa, SDO,
- Estrazioni
 - Da Portale - LAP
 - Da "Registro"
 - Flusso C: prestazioni
 -



Allineamento dati : anagrafica, esenzioni, prestazioni, centri di erogazione



• I risultati delle cure primarie



A. Pizzini referente regionale per la Medicina Generale GID

Alessandro Ozzello. Esperienza GID
Piemonte



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%**

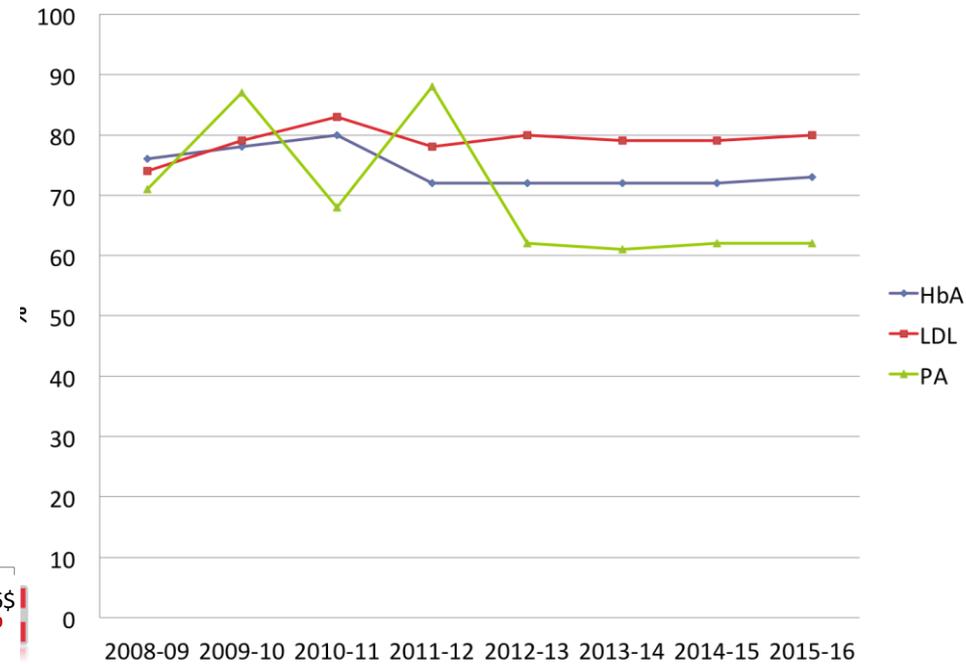
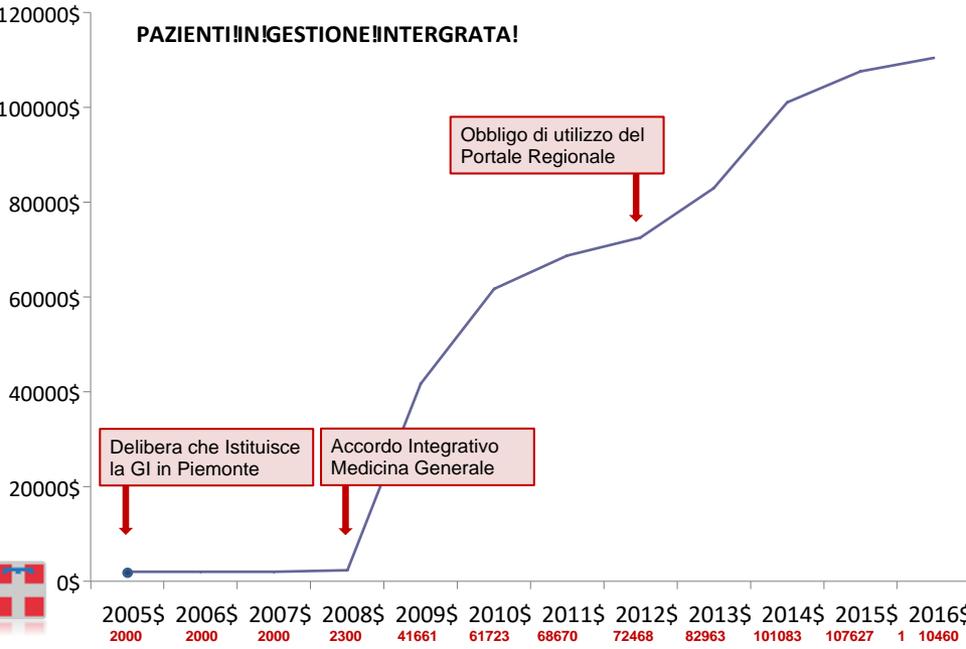
Dall'Accordo integrativo della Regione Piemonte: 21/07/2008

Risultati di processo

Dall'inizio al 30 Settembre 2016

DATI ESTRATTI DAL PORTALE

PAZIENTI CHE HANNO RAGGIUNTO IL LAP NELL'ANNO



NUMERI AL 30 SETTEMBRE 2016!

REGIONE PIEMONTE	n° Pazienti	n° MMG Piemonte	n° MMG Partecipanti
TOTALE	110.460	3.201	2.655 (83%)



• I risultati del *registro*



Il diabete in Piemonte
2011-2015

Prof.ssa G.Bruno Dipartimento Scienza Medica UniTO

Alessandro Ozzello. Esperienza GID
Piemonte

Incidenza 2015

	F		M		TOTALE	
	N	per 100000	N	per 100000	N	per 100000
00-19	101	26	95	23	196	25
20-34	943	269	183	45	1.106	156
35-49	1.533	282	1.183	213	2.716	247
50-64	2.389	463	3.613	697	6.002	580
65-79	3.377	694	4.041	864	7.418	778
80-94	2.016	513	1.291	529	3.307	519
>=95	65	167	15	143	80	162
Nuovi Diabetici	10.424	384	10.401	405	20.825	394

Trend prevalenza 2011-2015

2011	268.261	83,81%	226.301	80,17%	82.300	29,15%
2012	276.061					
2013	282.286					
2014	286.644					
2015	291.766					

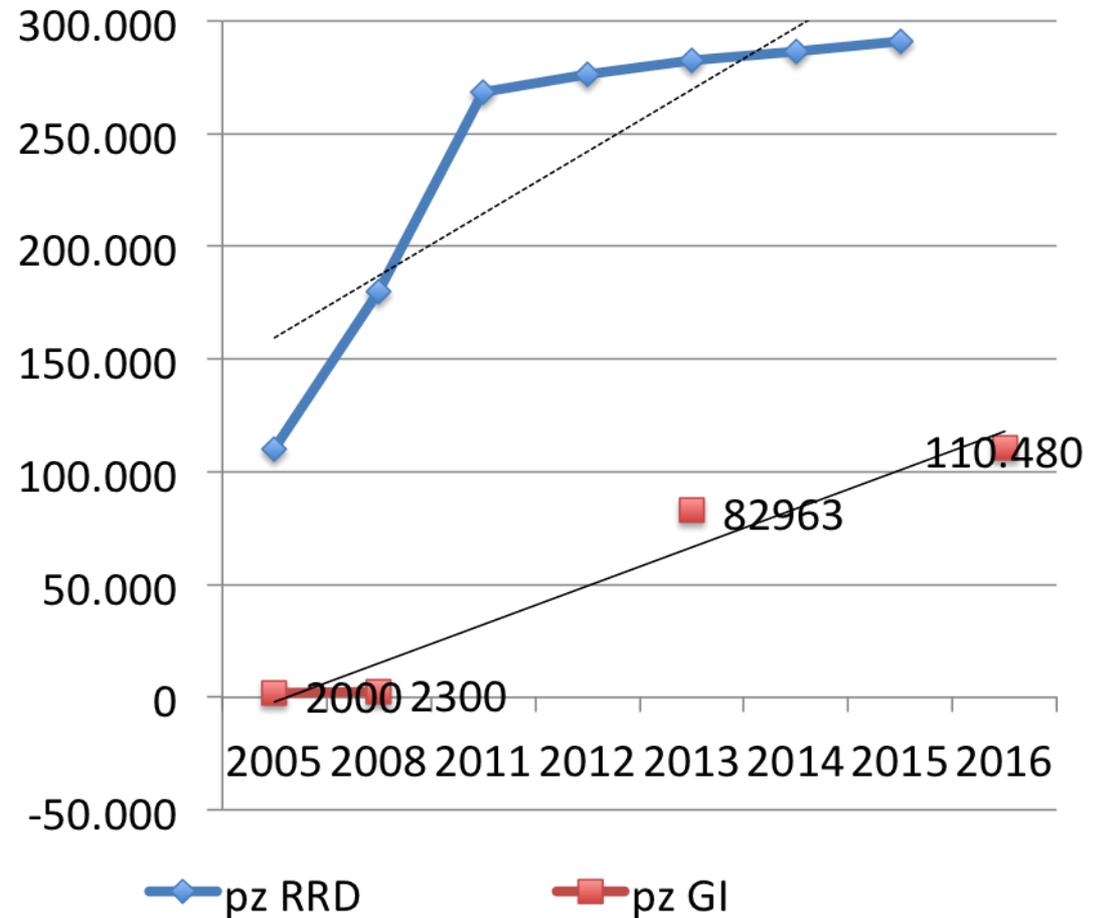
Tabella 2: PREVALENZA DI DIABETE E POPOLAZIONE DIABETICA PER FONTE DI RILEVAMENTO, PERIODO 2011-2015

Anno Rilevazione	N Diabetici	Prevalenza
2011	268.261	5,32%
2012	276.061	5,42%
2013	282.286	5,46%
2014	286.644	5,48%
2015	291.766	5,52%

Alessandro Cuzzello, Esperienza GID
Sicimonte



- Identificazione dei pazienti: registri
- Programma gestione integrata



..... Lineare (pz RRD) — Lineare (pz GI)
Alessandro Ozzello. Esperienza GID Piemonte

Prestazioni LEA

Tabelle 43: FREQUENZA DI DIABETICI CHE HANNO EFFETTUATO ALMENO UNA MISURAZIONE/ANNO DI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Anno	codice	Prestazioni	Numero Soggetti	% utiliz
2015	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	231.999	79,52%
	90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	221.527	75,93%
	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	219.601	75,27%
	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	206.891	70,91%
	90.43.2	TRIGLICERIDI	204.864	70,22%
	90.14.1	COLESTEROLO HDL	202.183	69,30%
	90.33.4	MICROALBUMINURIA	140.142	48,03%
	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI (in ambito diabetologico, branca 85)	94.411	32,36%
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA -	93.657	32,10%
	94.42.2	Formazione per l'autogestione e / o addestramento all'utiliz	49.925	17,11%
	95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO - Visita oculistica, esame del	40.260	13,80%
88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI	36.930	12,66%	
89.7	VISITA GENERALE (in ambito diabetologico, branca 85)	31.443	10,78%	
88.77.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O	20.645	7,08%	
89.05	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALEE (in ambito diabetologico, branca 85)	1.549	0,57%	
88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, A	158	0,05%	
89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO (in ambito diabetologico)	154	0,05%	
88.77.3	(LASER) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI -	95	0,03%	
2015		ALMENO UNA PRESTAZIONE QUALSIASI	263.683	90,37%

Esami strumentali per Scre/ monitoraggio CC: ECG, OOF, ECO_TSA/AI
 Visita/ educazione

Frequenza soggetti con almeno una prestazione 2015

Prestazioni	N.soggetti	%
<u>89.01</u>	94.411	32.36
<u>89.7</u>	31.443	10.78
<u>93.82.1</u>		
<u>94.42.2</u>	49.925	17.11
ECG	93.657	32.10
OOF	40.260	13.80
ECO_TSA	36.930	12.66
EC_AI	20.645	7.08
Almeno una	263.685	90.73



Adesione al “programma”: attività diabetologia

Frequenza di diabetici che **non** hanno una visita diabetologica e hanno avuto almeno una misurazione di HbA1c negli anni 2015-13

Soggetti	2015	%	2013	%
con diabete	291.766		282.286	
con almeno una prestazione (89.01-89.7-94.42.2)	112.017	38	103.107	37
senza una prestazione (89.01- 89.7-94.42.2)	179.749			
senza visita con Hba1C	114.419	63.6%	119.439	66.7%

Spesa generale per diabete regione Piemonte

	2015		2013		2011	
TIPO SPESA	SPESA	% sul TOTALE	SPESA	% sul TOTALE	SPESA	% sul TOTALE
Altri farmaci	244.824.700,86	28,20%	226.067.383,08	25,28%	227.151.390,99	25,10%
Antidiabetici	58.097.600,85	6,69%	55.495.301,52	6,21%	49.880.281,19	5,51%
Dispositivi	26.613.717,97	3,07%	27.166.807,46	3,04%	30.170.814,79	3,33%
Ricoveri	386.861.074	44,55%	421.567.401,78	47,14%	430.630.675,49	47,58%
Specialistica	151.882.275,09	17,49%	163.928.386,1	18,33%	167.312.923,74	18,48%
Totale	868.279.368,77		894.225.279,94		905.146.086,2	

Tipo di terapia 2015

Tabella 17: TERAPIA ANTIDIABETICA NELLA POPOLAZIONE DIABETICA, ANNO 2015

Terapia	N	%
Terapia NON insulinica 163.068		
Monoterapia non insulinica	104.919	45,22%
Duplica terapia non insulinica	45.159	19,47%
Tripla terapia non insulinica	10.713	4,62%
Quadruplica (o più) terapia non insulinica	2.277	0,98%
Terapia insulinica (con o senza associazioni con terapia NON insulinica) 70.426		
Monoterapia insulinica (qualunque combinazione)	34.848	15,67%
Insulina (di qualunque tipo) abbinata ad antidiabetici non insulinici (escluse le incretine)	31.514	13,59%
Insulina (di qualunque tipo) abbinata ad incretine	2.569	1,11%
Insulina (solo basale) abbinata ad incretine	1.495	0,64%

17% non trattati con farmaci ipoglicemizzanti

233.494 trattati

163.068 in terapia non insulinica (anche sulfa-SMBG)

70.426 trattati con insulina



Spesa media procapite

Spesa Pro Capite
Antidiabetici nei
farmaco-trattati

	2011	2012	2013	2014
F	227	233	239	233
M	233	242	249	244
Totale	230	238	244	239

A

Spesa Pro Capite
Antidiabetici nei
farmaco-trattati

	2011	2012	2013	2014	2015
F	227	233	239	233	243
M	233	242	249	244	256
Totale	230	238	244	239	250

Spesa Pro Capite nei
farmaco-trattati (farmaci
+ricoveri+prestazioni)

	2011	2012	2013	2014	2015
F	3193	3099	3006	2803	2837
M	3531	3448	3330	3089	3208
Totale	3369	3281	3176	2954	3034



Utilizzo di presidi per l'autogestione della glicemia 2015

Anno Rilevazione	Popolazione con Diabete	Popolazione Diabetica che usa farmaci	Popolazione Diabetica che usa dispositivi
2015	291.766	278.567	105.728

Tipo Dispositivo	Trattati	% Trattati su diabetici	% Spesa sul Totale	Spesa Media per Trattato
Strisce	103.812	35,58%	15,10%	205,89
Lancette	86.739	29,73%	3,48%	56,85
Siringhe per insulina	3.454	1,18%	0,19%	79,48
Apparecchi pungidito	979	0,34%	0,01%	20,52
Gluco e cheto	363	0,12%	0,01%	37,92
Glucometri	5	0,00%	0,00%	28,66
Penne per insulina	5	0,00%	0,00%	55,47
Totale	105.728	36,24%	18,80%	251,72



Conclusioni

- In Piemonte
- Il RRD è operativo
- Tutti i pazienti con Nuova diagnosi hanno una prima visita diabetologica (013/250)
- Tra questi per il tipo 2 dal 2008 è iniziato il processo di inserimento nel programma di GI
- L'offerta di "controlli : visite e esami" copre in parte il fabbisogno della popolazione con diabete
- I ricoveri per complicanze del diabete sono diminuiti
- La spesa generale per diabete è diminuita

Prospettive future

- Rete endocrino-diabetologica : H&S
- PDTA specialistico “diabete” (DGR.n. 61/2010): set di prestazioni *diabetologiche* :
 - Visite
 - esami per valutazione del rischio cardiovascolare, stadiazione complicanze, (screening-diagnosi-trattamento),
 - terapia farmacologica, e dispositivi medici
 - formazione all’automisurazione della malattia e all’autogestione
- piano terapeutico personalizzatorco
- Valutazione intercollegiale per “complicanze” acute

Nomenclatore tariffario

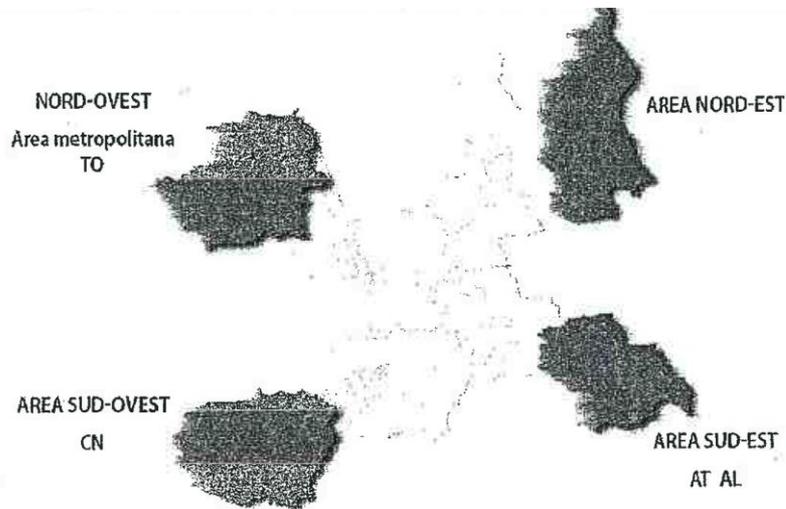
DIABETOLOGIA

BRANCA	NOTA	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
85	*	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE	Impostazione del piano di trattamento personalizzato. Tale prestazione è utilizzabile anche nel caso di rivalutazione complessiva per casi di particolare complessità che necessitano di una ridefinizione dell'indirizzo terapeutico.	40
85	I *	89.05	VISITA PRESSO IL CENTRO DI ACCOGLIENZA, DI INDIRIZZO E SUPPORTO AL PERCORSO PDTA - DIABETE MELLITO .	Primo approccio presso il Centro Accoglienza e Servizi o presso le varie strutture di Diabetologia (ove non ancora attivato il SD); raccolta dati ed informazioni, anamnesi, visita, compilazione cartella clinica, programma dei test e degli approfondimenti diagnostici, consenso informato.	40
85	*	89.07	CONSULTO, INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO - Valutazione interdisciplinare sul paziente erogata presso il Centro di Accoglienza, di indirizzo e supporto al percorso PDTA-DIABETE MELLITO.	Valutazione interdisciplinare sul paziente erogata dal Centro di Accoglienza, di indirizzo e supporto al PDTA-DIABETE MELLITO, indipendentemente dal numero dei professionisti coinvolti. Prestazione codificabile solo se richiesta dal Centro di Accoglienza, di indirizzo e supporto al PDTA- DIABETE MELLITO.	53,50
85		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI - Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima		20
85		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -		30
85	I *	94.42.2	Formazione per l'autogestione e/o addestramento all'utilizzo dei relativi meccanismi	La prestazione è finalizzata a far apprendere al paziente o al caregiver le modalità di misurazione della malattia e somministrazione della terapia, nonché a sviluppare le competenze per attivare la capacità di compiere scelte appropriate quotidianamente	11,20

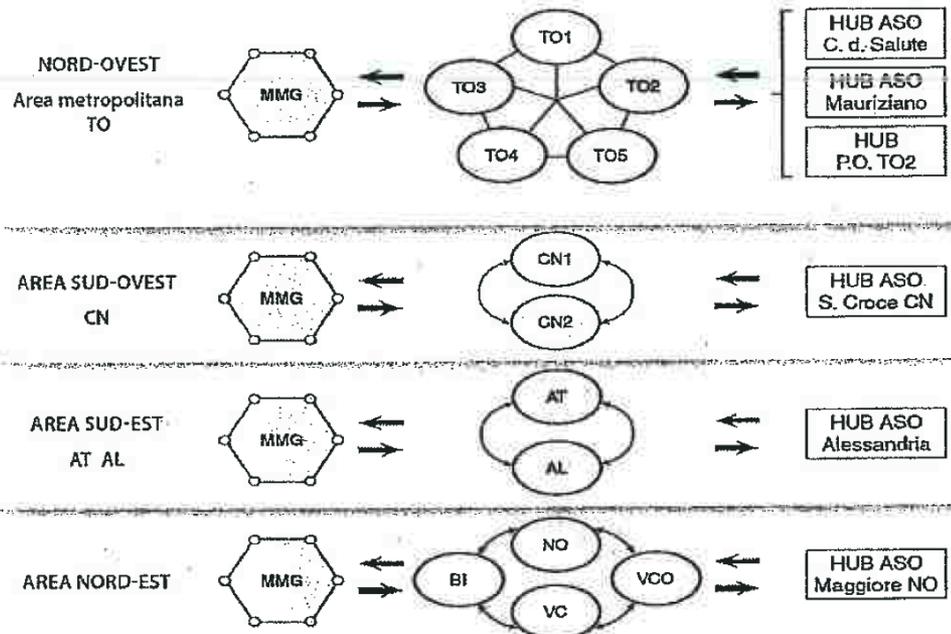
21-40705 17-10-2016
" *[Signature]* "

Allegato A

La Rete territoriale Endocrino-Diabetologica della Regione Piemonte



4 aree corrispondenti ai 4 quadranti regionali con un responsabile per area di cui uno è nominato coordinatore



“... si tratta di sostituire un pensiero che separa e che riduce, con un pensiero che distingue e che collega”

Edgar Morin

