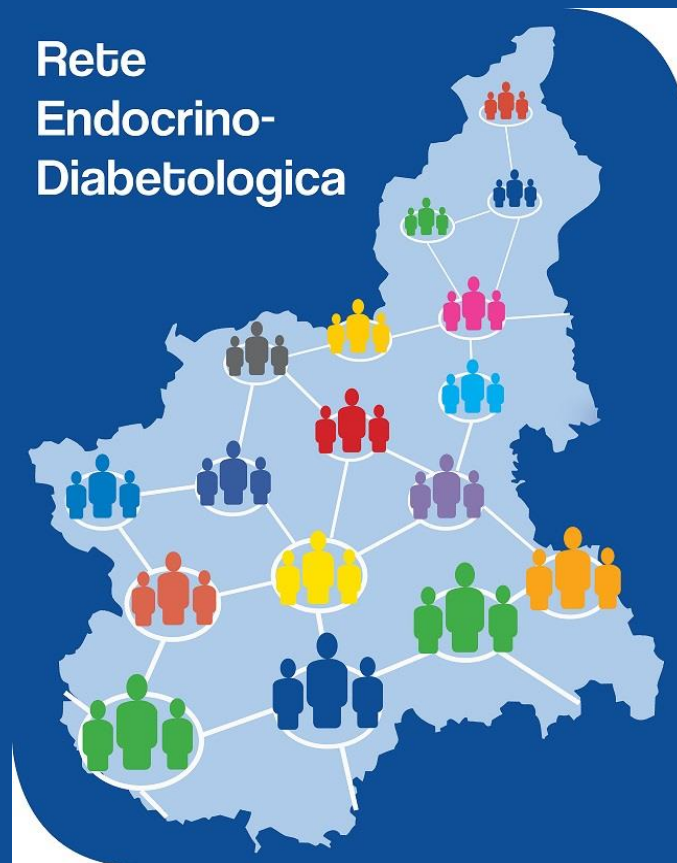


La Rete Endocrino-Diabetologica della Regione Piemonte.

Carlo Giorda
S.C. Diabetologia ASL TORINO 5
Coordinatore Rete ED Regione Piemonte

Rete
Endocrino-
Diabetologica



Torino 15/11/2019

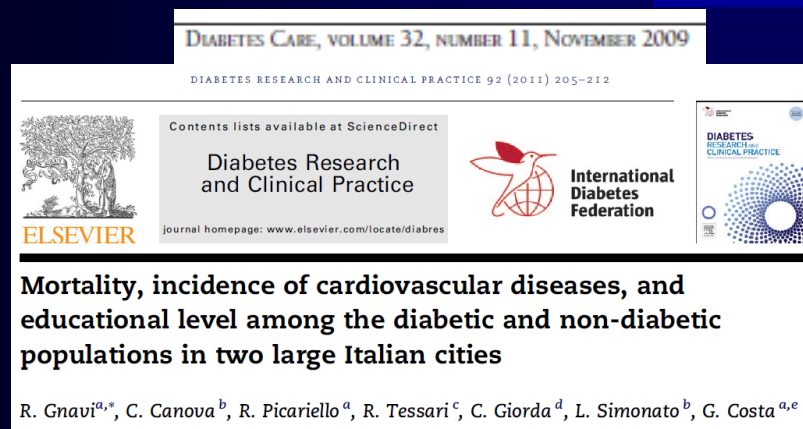
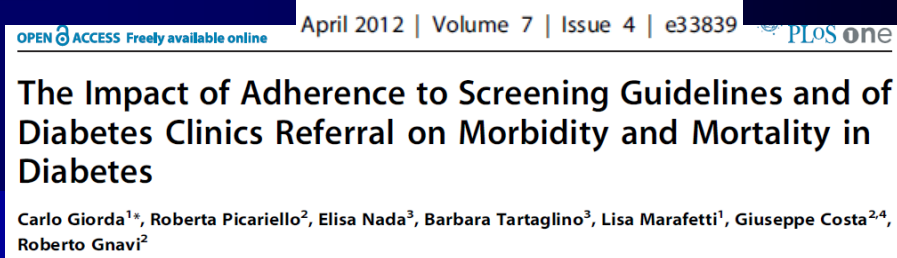
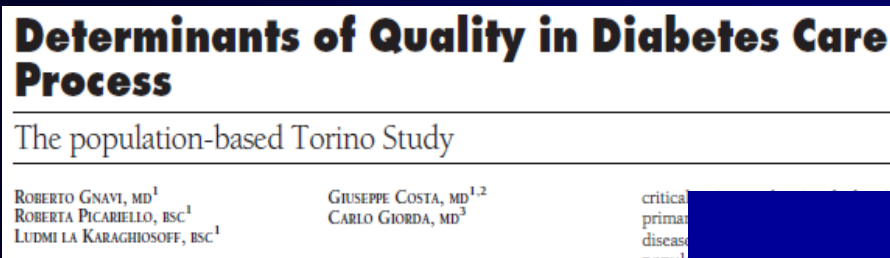
Piemonte una lunga tradizione in Diabetologia

Le premesse storiche della rete

- ✓ Primi primariati di diabetologia e primi letti dedicati 1980
 - ✓ Prima legge regionale sul diabete 1989
 - ✓ Primo registro regionale del diabete (cartaceo, anni 80) %
 - ✓ Primo registro regionale online (1999)
 - ✓ Primo modello regionale di gestione integrata 2008
-



15 anni di studi su Q dell'assistenza e altri determinanti sugli esiti del diabete in Piemonte



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

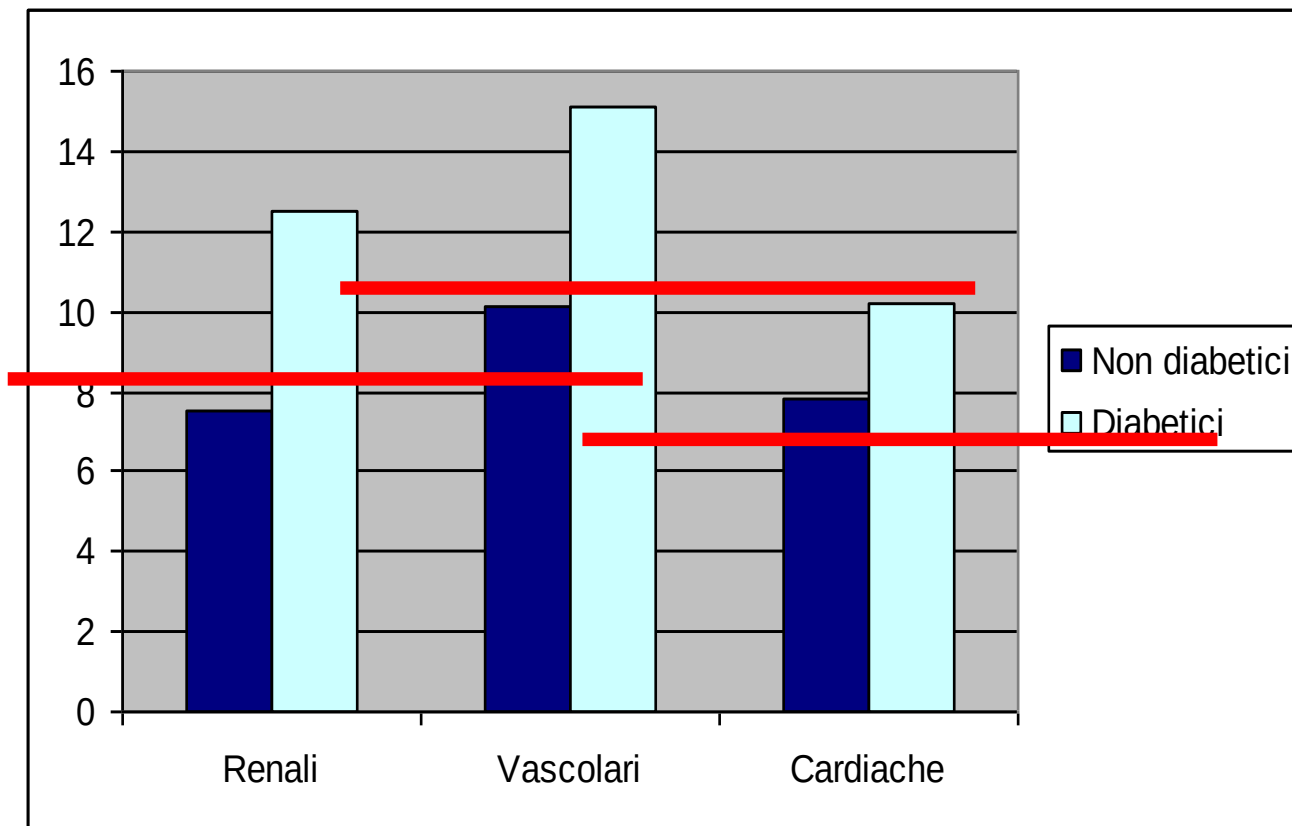
*Epidemiology Unit ASL 5 Regione Piemonte, Italy

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



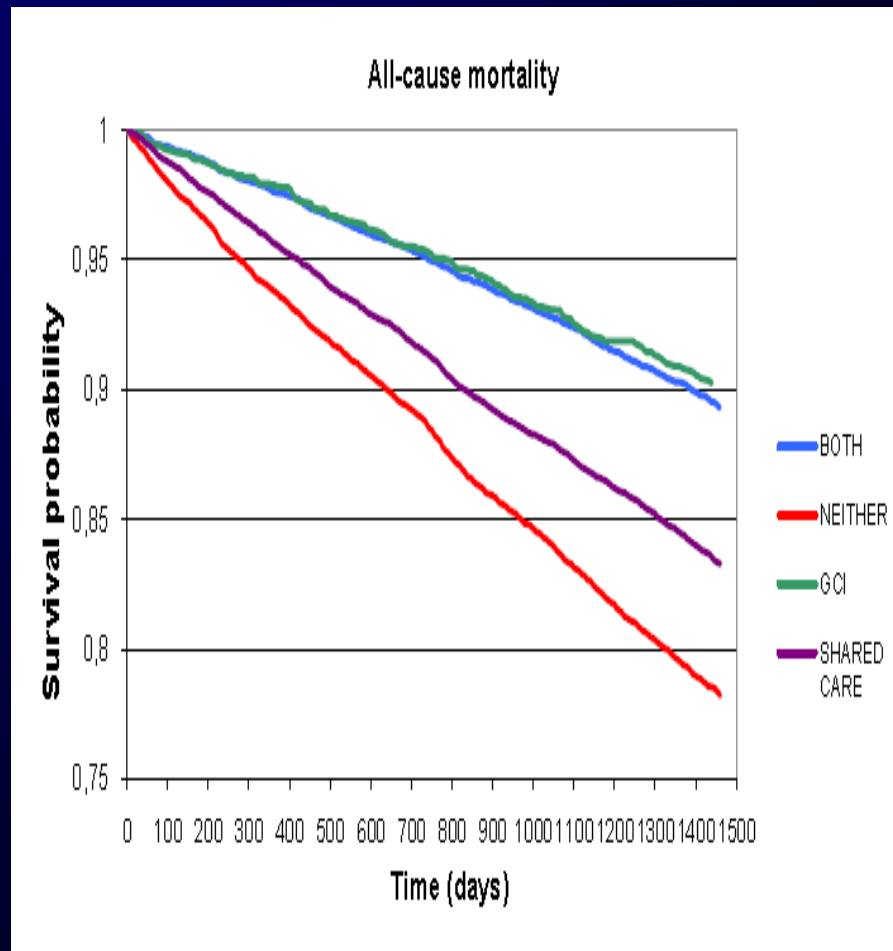
L'impatto morbidità e mortalità

IMPORTANZA DEL MODELLO ASSISTENZIALE NEL DIABETE

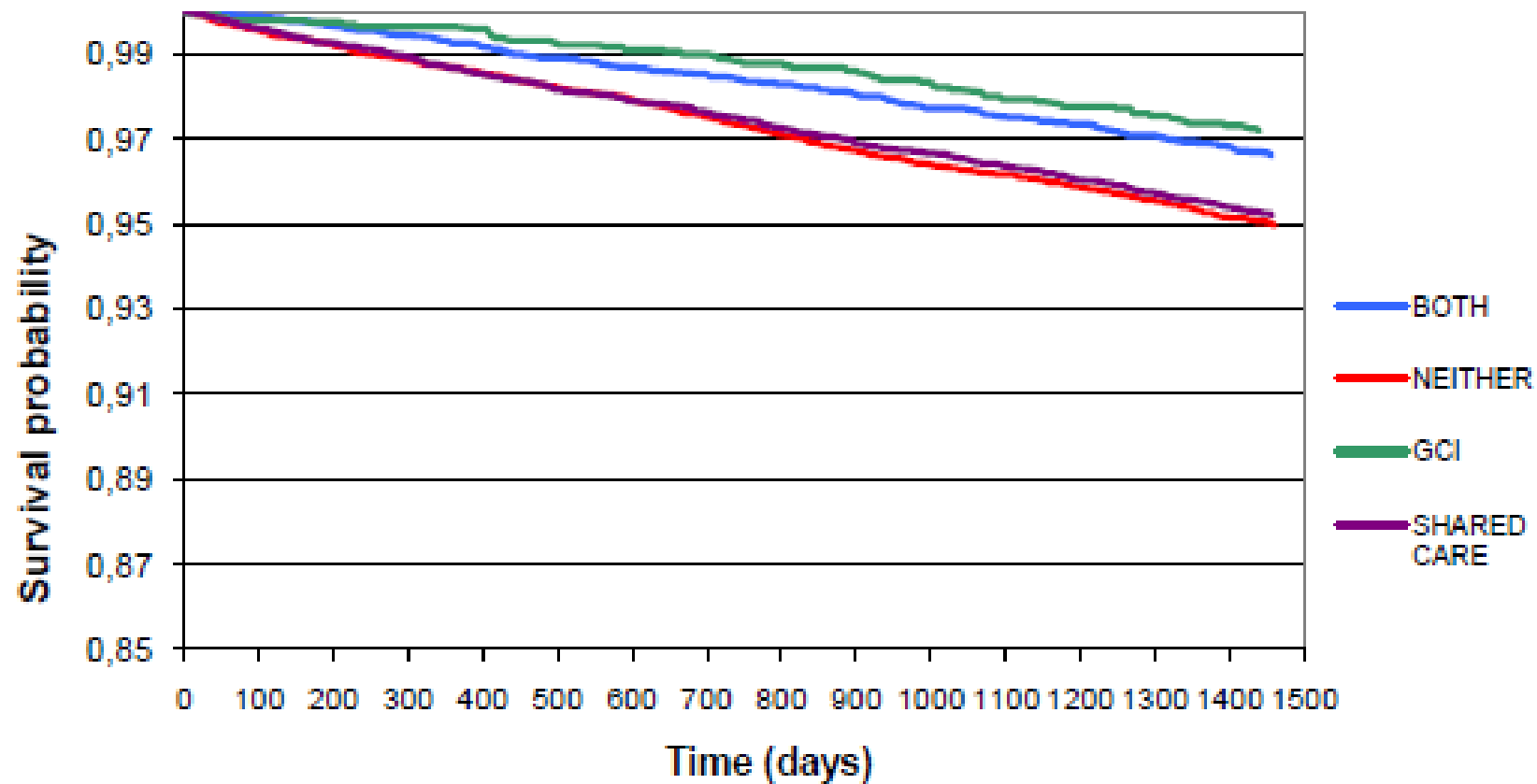
Aderenza alle LG e invio dallo specialista sono importanti fattori di sopravvivenza nel diabete.

I soggetti seguiti sia dal MMG sia dal S. di Diabetologia, e aderenti alle LG, hanno una sopravvivenza aumentata del 80 % a 5 anni rispetto a soggetti seguiti in altro modo.

Giorda et al PLoS One 2013



Mortality from cancer



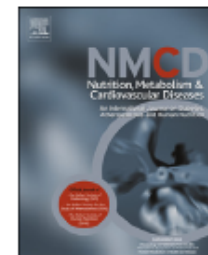
Costi e spese



Available online at www.sciencedirect.com

Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases

journal homepage: www.elsevier.com/locate/nmcd



Comparison of direct costs of type 2 diabetes care: Different care models with different outcomes

C.B. Giorda ^{a,*}, R. Picariello ^b, E. Nada ^c, B. Tartaglino ^c, L. Marafetti ^a, G. Costa ^{b,d},
A. Petrelli ^b, R. Gnani ^b

^a Metabolism and Diabetes Unit, ASL TO5, Regione Piemonte, 10023 Chieri, TO, Italy

^b Epidemiology Unit, ASL TO3, Regione Piemonte, Grugliasco, TO, Italy

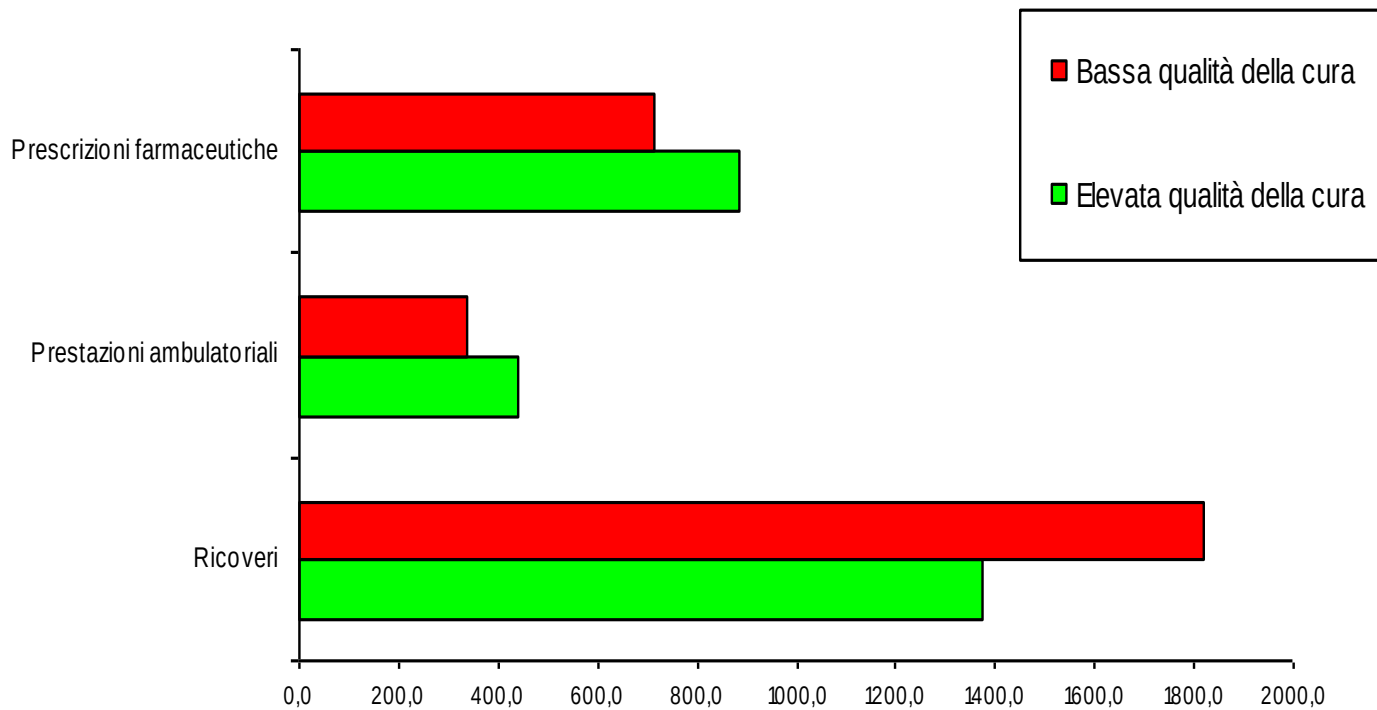
^c Chaira Medica Association, Chieri, TO, Italy

^d Department of Public Health, University of Torino, Italy

Received 7 August 2013; received in revised form 7 January 2014; accepted 11 January 2014

Available online ■ ■ ■

**Spesa media grezza individuale (a 1 anno) per livello di assistenza e percorso di cura
della popolazione diabetica (Torino 01/01/2003)**



Elevata qualità della cura = passaggio in diabetologia + aderenza alle linee guida
Bassa qualità della cura = no passaggio in diabetologia + no aderenza alle linee guida

Il modello INTEGRATO regionale di assistenza al diabete (2008)

14/11/09

DAL LUGLIO 2008 MEDICI DI FAMIGLIA E SPECIALISTI LAVORANO IN TANDEM

Il Sole
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'Amd, 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 dei 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-diagnostico 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-

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, scambino reciproche 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 nel 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 $\leq 130\text{mg/dl}$ nel 20 per cento
- Ultimo valore registrato di pressione arteriosa $\leq 130/80\text{mmHg}$ 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'importante attività di diagnosi precoce del diabete di tipo 2 nella popolazione piemontese.

Andrea Pizzini
Medico di famiglia, Fimm
Luca Monge
Vice-presidente
sezione regionale
Piemonte-Valle d'Aosta
Amd (Associazione medici
diabetologi)

Che cosa NON è integrazione nella cura del tipo 2?

Di sicuro NON è integrazione la
“*suddivisione dei pazienti*” con soggetti
affidati solo al medico di famiglia, o al
solo dallo specialista.

DINAMICITA' DEL TEAM DIABETOLOGICO INTEGRATO

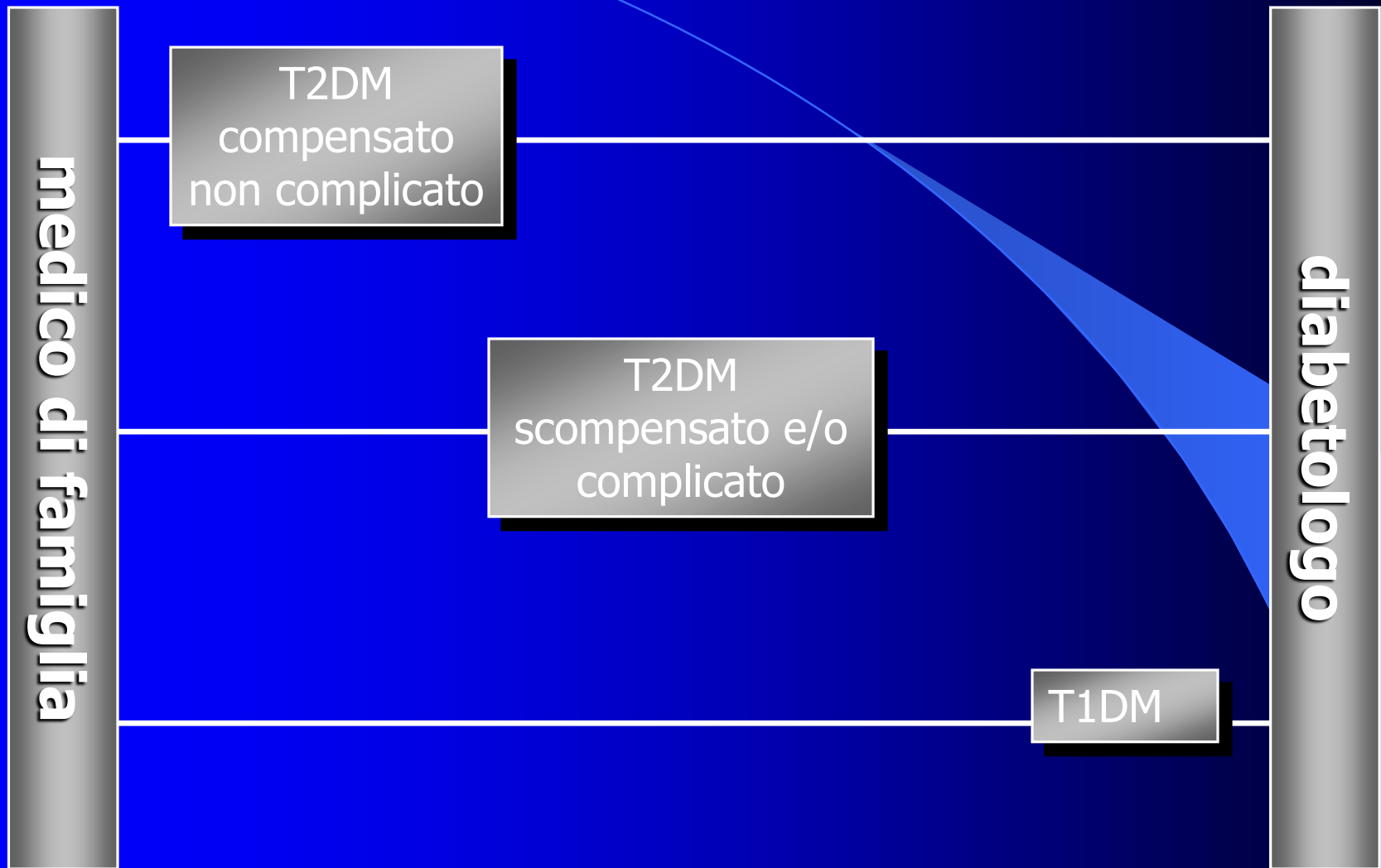
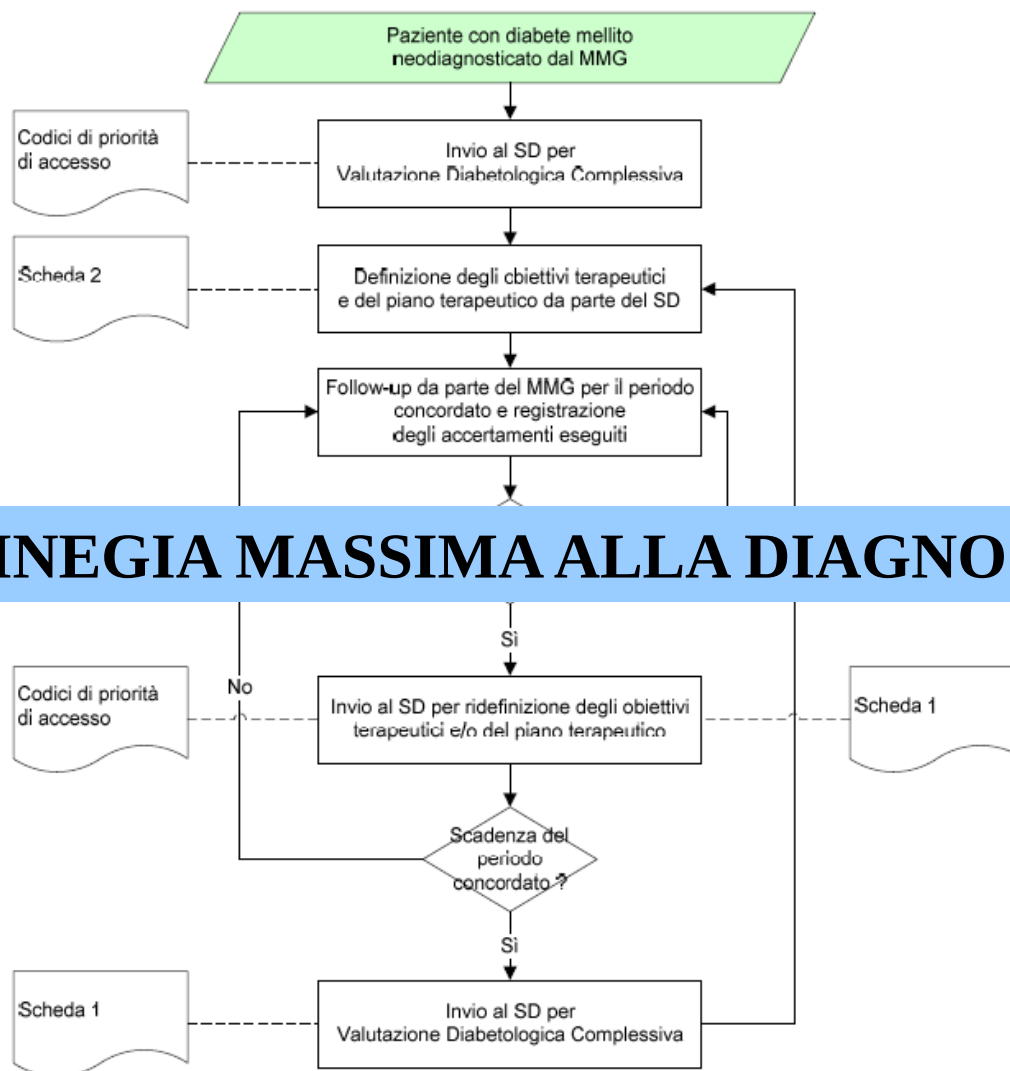




FIGURA 1. PROTOCOLLO DI GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE TIPO 2 ADOTTATO NELLA REGIONE PIEMONTE



LA SINEGIA MASSIMA ALLA DIAGNOSI !

Rete territoriale Endocrino- diabetologica della Regione Piemonte 2016



e

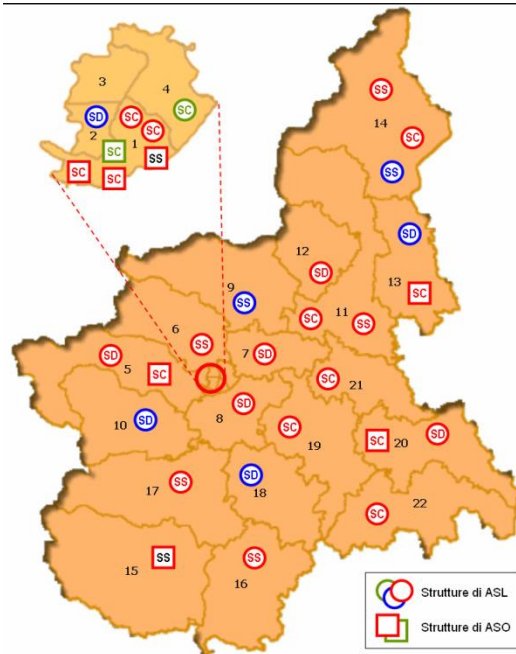
**reti ospedaliere di diabetologia pediatrica e di cura
del piede diabetico.**

RIUNIRSI E OPERARE IN RETE



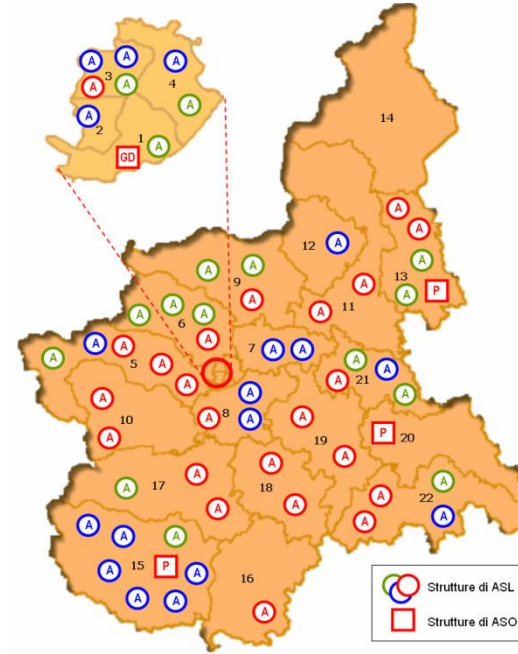
- | |
|---|
| -Possibilità di partecipare tutti alle decisioni |
| -Confronto |
| -Uniformità e standardizzazione degli interventi |
| -Condivisione di soluzioni (non solo di problemi) |
| -Monitoraggio interno condiviso della qualità assistenziale |
| -Maggior voce alle proposte/richieste dell'area specialistica |

L'offerta anno 2008



Rete dei Servizi di Diabetologia del Piemonte

101	Torino	SC Ospedali Oftalmico, Valdesse	H
102	Torino	SSD Ospedale Martini	D
104	Torino	SC Ospedale San Giovanni Bosco	P
901	Torino	SC Ospedale Molinette	P
902	Torino	SC Ospedale CTO	H
903	Torino	SCDU Ospedale OIRM	H
908	Torino	SS Ospedale Mauriziano	H
105	Collegno	SSD Ospedale di Susa	H
904	Orbassano	SCDU Ospedale San Luigi	H
106	Cirié	SS Ospedale di Cirié	H
107	Chivasso	SSD Ospedale di Chivasso	H
108	Chieri	SSD Ospedale di Chieri	H
109	Ivrea	SS Ospedale di Ivrea	D
110	Pinerolo	SSD Ospedale di Pinerolo	D
111	Vercelli	SC Ospedale Sant'Andrea	H
111	Vercelli	SS Ospedale di Borgosesia	H
112	Bielletta	SSD Ospedale di Biella	H
113	Novara	SSD Ospedale di Borgomanero	D
905	Novara	SC Ospedale Maggiore	H
114	VCO	SC Ospedale di Verbania	H
114	VCO	SS Ospedale di Domodossola	H
114	VCO	SS Distretto di Ormezza	D
906	Cuneo	SS Ospedale Santa Croce	H
116	Mondovì	SS Ospedale di Mondovì	H
117	Savigliano	SS Ospedale di Savigliano	H
118	Alba	SSD Ospedale di Alba	D
119	Asti	SC Ospedale Cardinal Massaia	H
120	Alessandria	SSD Ospedale di Tortona	H
907	Alessandria	SC Ospedale SS Antonio e Biagio	H
121	Casale	SC Ospedali Riuniti	H
122	Novi Ligure	SC Ospedale San Giacomo	H



Rete degli ambulatori di Diabetologia del Piemonte

		T	H	D	P
101	Torino	2	1		1
102	Torino	1		1	
103	Torino	4	1	2	1
104	Torino	2		1	1
105	Collegno	5	3	1	1
106	Cirié	4	1		3
107	Chivasso	2		2	
108	Chieri	3	1	2	
109	Ivrea	3	1		2
110	Pinerolo	2	2		
111	Vercelli	2	2		
112	Biella	1		1	
113	Novara	5	3		2
115	Cuneo	7	1	5	1
116	Mondovì	1	1		
117	Savigliano	3	2		1
118	Alba	2	2		
119	Asti	2	2		
120	Alessandria	1	1		
121	Casale	4	1	1	2
122	Novi Ligure	4	2	1	1

30 strutture organizzative (SC, SS a valenza dip., SS)

62 ambulatori

Strutture ED della Regione Piemonte 2018

ASL BI
ASL VC
ASL NO
ASL VCO
ASL AT
ASL AL
ASL CITTA' DI TORINO
ASL TO3
ASL TO4
ASL TO5
ASL CN1
ASL CN2

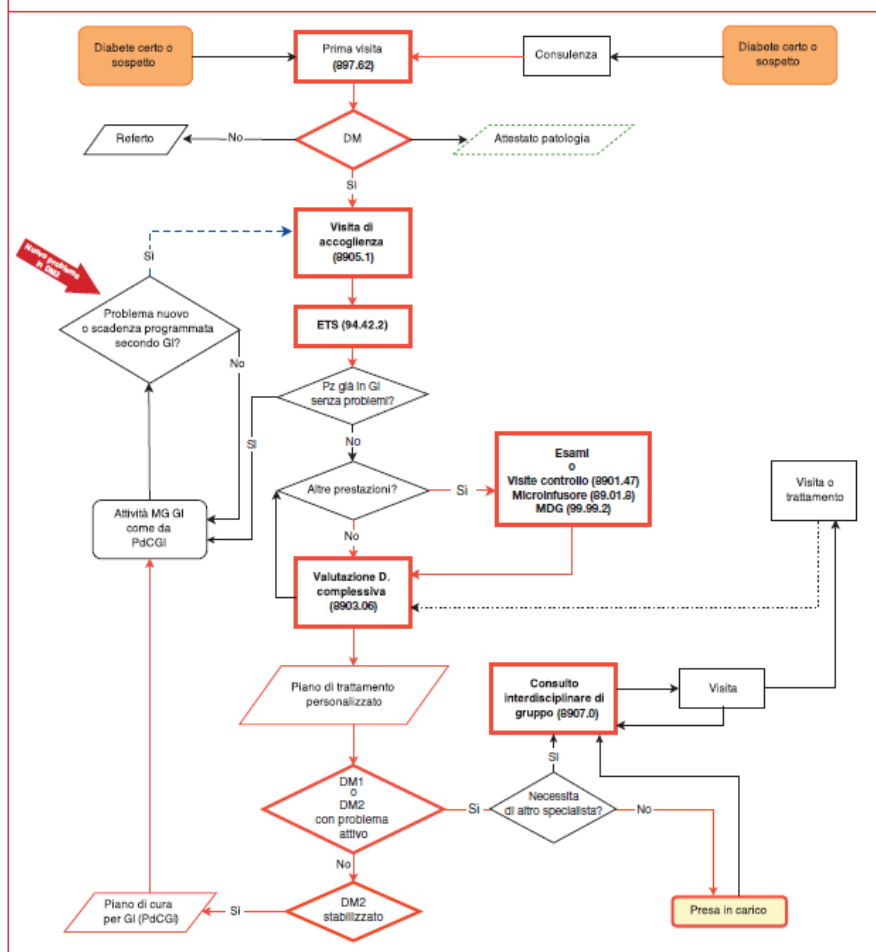
ASO Maggiore della Carità Novara
ASO S. Antonio Biagio Alessandria
ASO Mauriziano Torino
ASO Città della Salute
ASO San Luigi
ASO S Croce e Carle Cuneo

Inoltre la rete ED:

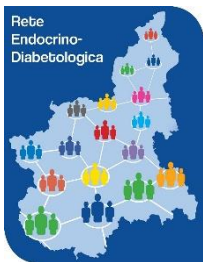
1. promuove **l'integrazione fra specialisti territoriali, ospedalieri e medici di medicina generale**, sia nell'approccio diagnostico e terapeutico che nel counselling e nell'educazione terapeutica.
2. **individua percorsi specifici** per il diabete e le sue complicanze, per le malattie endocrine e metaboliche e per la gravidanza **coinvolgendo le figure professionali del team oltre agli specialisti dedicati, quali ginecologo, nefrologo, oculista, neurologo, cardiologo.**

RETE ENDOCRINO-DIABETOLOGICA DELLA REGIONE PIEMONTE

Centro Accoglienza Indirizzo e Supporto PDTA diabete mellito tipo 1 e tipo 2
Come da DGR 61/2010 e DD 546 del 15/09/2016 - Allegato A. Aggiornamento 2017



DM1 = diabete tipo 1
DM2 = diabete tipo 2
ETS = educazione terapeutica strutturata
Gi = gestione integrata
MDG = monitoraggio dinamico della glicemia
MG = medico di medicina generale
PdC = piano di cura
Pz = paziente

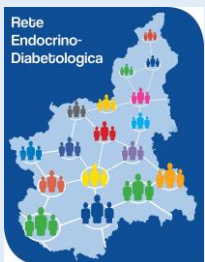
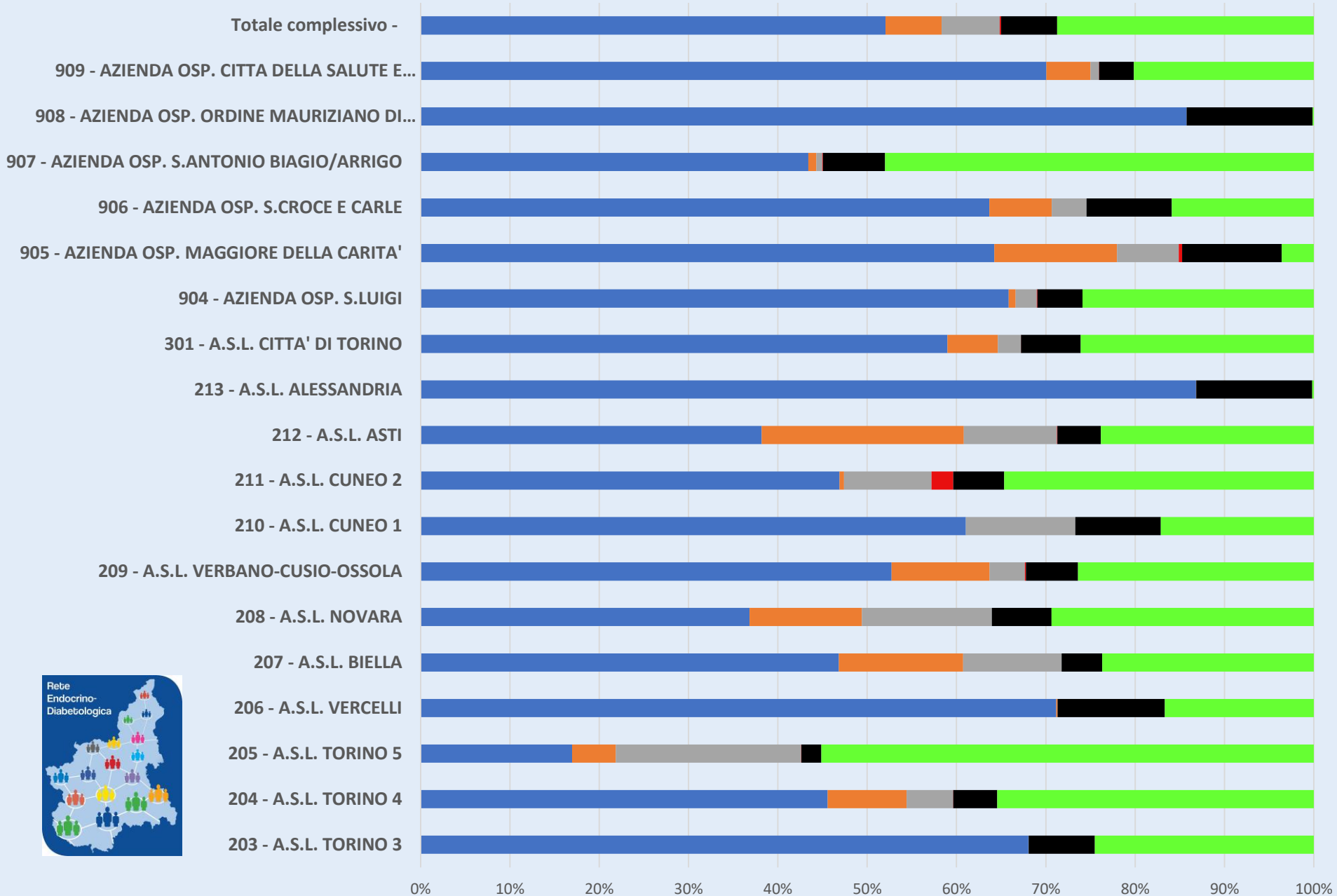


Distribuzione Prestazioni specialistiche



- branca 85 – erogato anno 2018
- Fonte Flusso C – comp. 2018

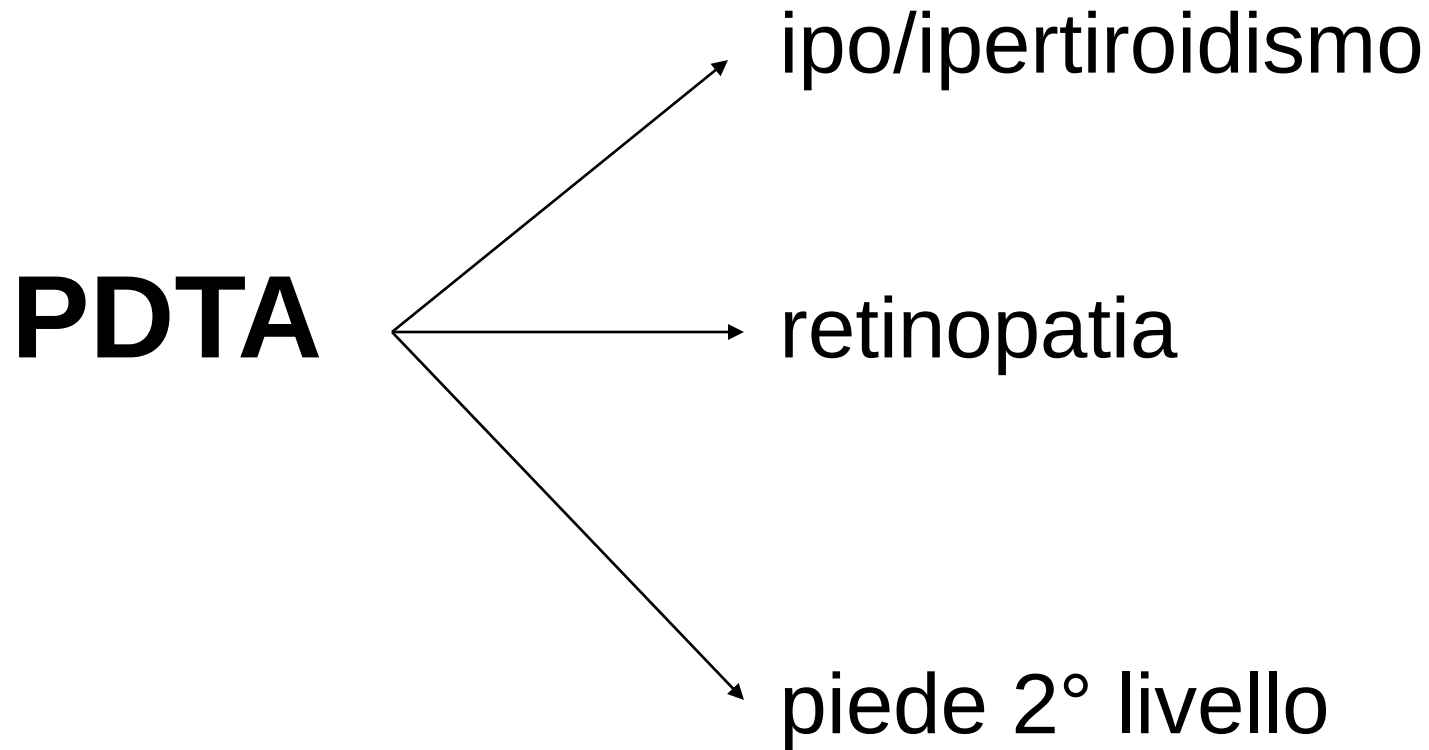
COD_PRESTAZIONE	DESCR_PRESTAZIONE	TOTALE
89.01	VISITA CONTROLLO (8901.47)	237.369
89.03	VALUTAZIONE COMPLESSIVA (8903.06)	28.659
89.05	VISITA DI ACCOGLIENZA (8905.1)	29.632
89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DI GRUPPO (8907.3)	629
89.7	PRIMA VISITA (897.62)	28.709
94.42.2	EDUCAZIONE TERAPEUTICA STRUTTURATA (94.42.2)	130.979
Totale complessivo		455.977



Distribuzione Cod. Prestazione per Azienda Erogante
– 2018 – Flusso C

■ 89.01 ■ 89.03 ■ 89.05
■ 89.07 ■ 89.7 ■ 94.42.2

COSE DA FARE



La rete ED e il monitoraggio: gli indicatori

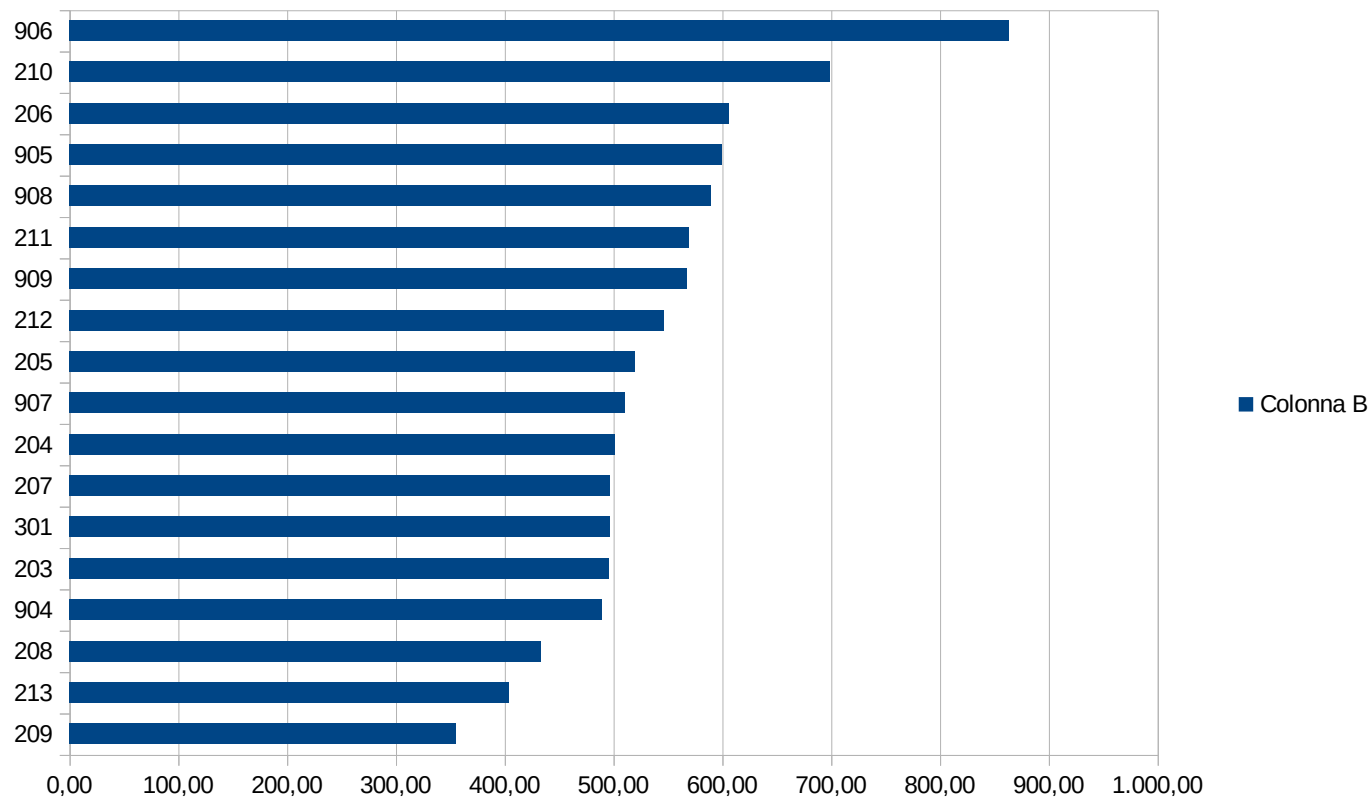
VISITE MEDIE ANNUALI PER PAZIENTE DI TIPO 2

Indicatore 1 - N. medio visite per pazienti tipo 2

	2015	2016
N. Prestazioni effettuate in branca 85 dai pazienti della popolazione di riferimento *	124.047	129.736
N. pazienti che appartengono alla Popolazione di riferimento *	83.928	83.928
* Popolazione branca 85 esclusa popolazione insulina e popolazione innovativi	1,48	1,55

	2015	2016
N. Prestazioni effettuate in branca 85 dai pazienti della popolazione di riferimento **	150.673	160.679
N. pazienti che appartengono alla Popolazione di riferimento **	95.305	95.305
** Popolazione branca 85 esclusa popolazione insulina	1,58	1,69

Eccesso di accessi in PS di pazienti diabetici per ASR



Grazie dell'attenzione