
La gestione integrata del paziente con diabete tipo 2 a 5 anni dalla sua attivazione

Il quadro provinciale: i numeri, lo stato dei controlli, gli indicatori

Maria Cristina Cimicchi

UOS Diabetologia Ambulatoriale

DCP Distretto di Parma, AUSL Parma

Parma, 2 ottobre 2010



Percorsi di accesso alla GI

- Paziente noto all'Ambulatorio
 - il diabetologo
 1. valuta la eleggibilità
 2. raccoglie l'adesione
 3. affida il paziente al MMG
 4. comunica l'avvio della GI al MMG ed al DCP di riferimento
- Paziente noto al MMG ma non noto alla SD
 - Il mmg invia il paziente alla SD che ripercorre il percorso secondo i punti precedenti

E' sempre la SD che formalizza l'avvio

Criteri di valutazione per il passaggio in GI

- Emoglobina Glicosilata
 - 7% valore di riferimento
 - stabilità del valore nel tempo
 - 8% valore accettato per pazienti > 75 aa senza complicanze in atto
- Assenza di complicanze d'organo o complicanze di grado lieve
- Terapia dietetica e/o con ipoglicemizzanti orali

Criteri di sospensione

TEMPORANEA

- Gravidanza
- Trattamenti steroidei temporanei
- Interventi chirurgici (pre e post operatorio)
- Malattie acute intercorrenti
- Scompenso metabolico
- Eventi cardiovascolari acuti (per 6-12 mesi dall'evento)

DEFINITIVA

- Passaggio a terapia insulinica (associata o meno a terapia orale)
- Evoluzione delle complicanze croniche
- Gravi epatopatie e nefropatie croniche
- Trattamenti steroidei cronici
- Trapianto d'organo
- Scompenso cardiaco classe NYHA 3 e 4
- **Ritiro del consenso da parte del paziente**

Periodicità dei controlli (da parte MMG)

	Ogni 3 mesi	Ogni 6 mesi	Ogni anno	Ogni 2 anni
Glicemia a digiuno, Peso, PA	😊			
Hb Glicosilata		😊		
Visita MMG		😊		
Profilo biochimico		☹️ dislipidemia o altro problema	😊	
ECG			☹️ anamnesi positiva e/o fattori di rischio	😊 anamnesi negativa e non fattori di rischio
FOO			☹️ retinopatia	😊 assenza di RD
Visita Diabetologica			☹️ compenso instabile	😊 compenso stabile

Condizioni particolari

- Diabetici in sola terapia dietetica
 - Non eseguono più controlli periodici presso SD se stabili ed in buon compenso (HbA1c <7.0)
 - Deve essere garantita la raccolta dei dati e la loro periodica trasmissione all'Ambulatorio diabetologico da parte del MMG

Eventi associati al paziente

Dalla data	Alla data	Evento	Centro	Note	Da leggere
02/09/2010	02/09/2010	Visita Ambulatoriale MMG	AmbPintor		
05/10/2009	23/10/2009	Visita ambulatoriale breve	AmbPintor		
06/10/2008	27/10/2008	Visita ambulatoriale	AmbPintor		
02/07/2007	23/07/2007	Visita ambulatoriale	AmbPintor		

172.23.1.63 - Client di Servizi terminal (EuroTouch)

Esami

Gruppo: EuroTouch
 Vedi dati dal: [] al: []
 Laboratorio: AmbPintor

Descrizione	13/08/2010	04/06/2010	27/05/2010	05/10/2009	06/10/2009
Peso kg			76,5	77,5	77,5
Altezza cm			180	180	180
BMI			24	24	24
Pressione Sistolica mmHg	135			125	130
Pressione Diastolica mmHg	80			75	75
Glicemia a digiuno mg/dl		121			100
Glicemia dopo pranzo mmol/l				133	140
Emoglob. Glicata HbA1c %					6,6
Colesterolo mg/dl					160
Colesterolo HDL mg/dl		48			50
Trigliceridi post 12h dig. mg/dl					50
Colesterolo LDL mg/dl					98
Colesterolo LDL (calc) mg/dl					98
Creatinina mg/dl					1,2
SGOT UI/L					2
GPT UI/L					2
Microalbuminuria mg/l		1			

Peso kg

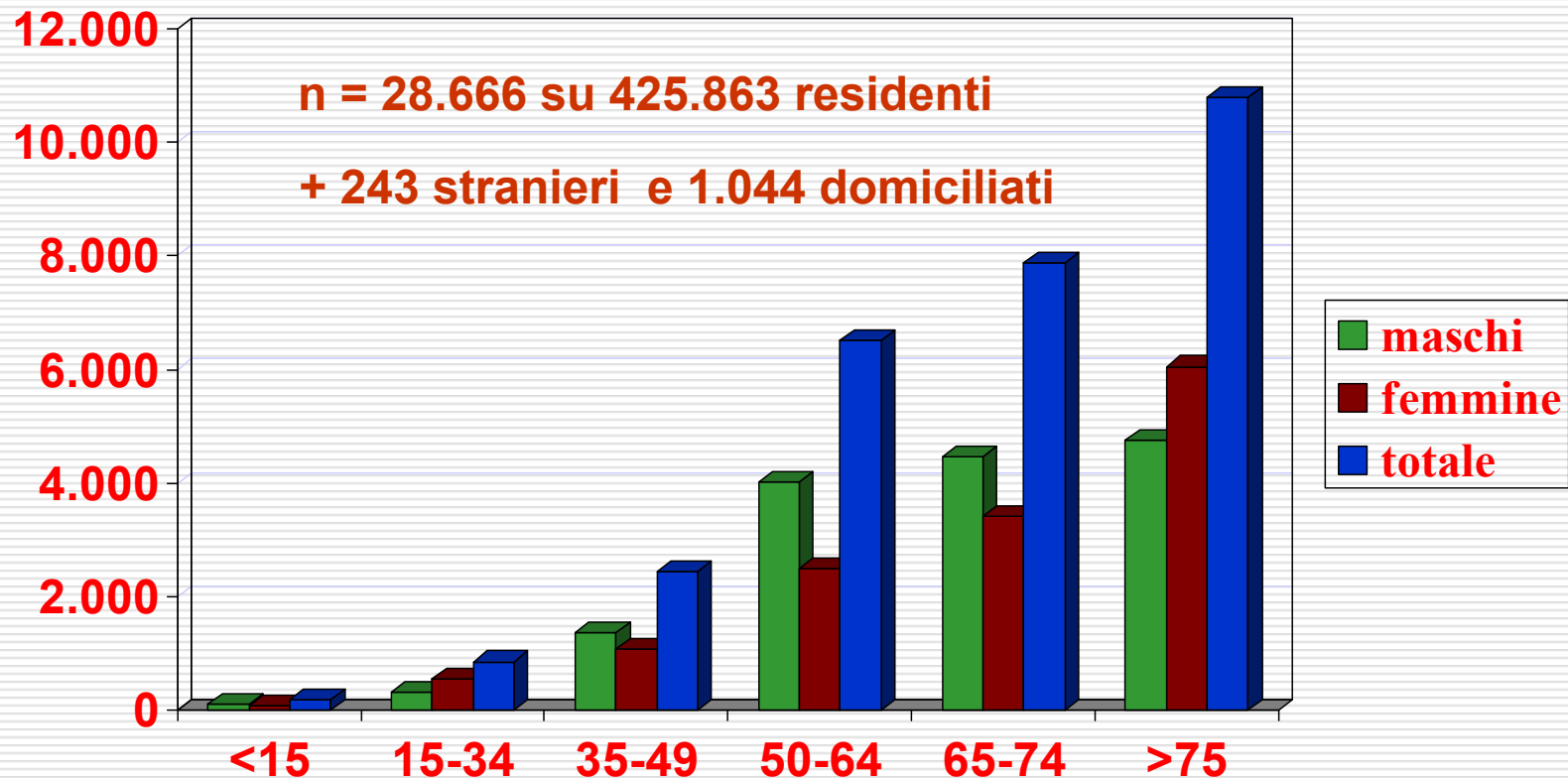
Ultimi 3 Esami

Gestione integrata : Indicatori

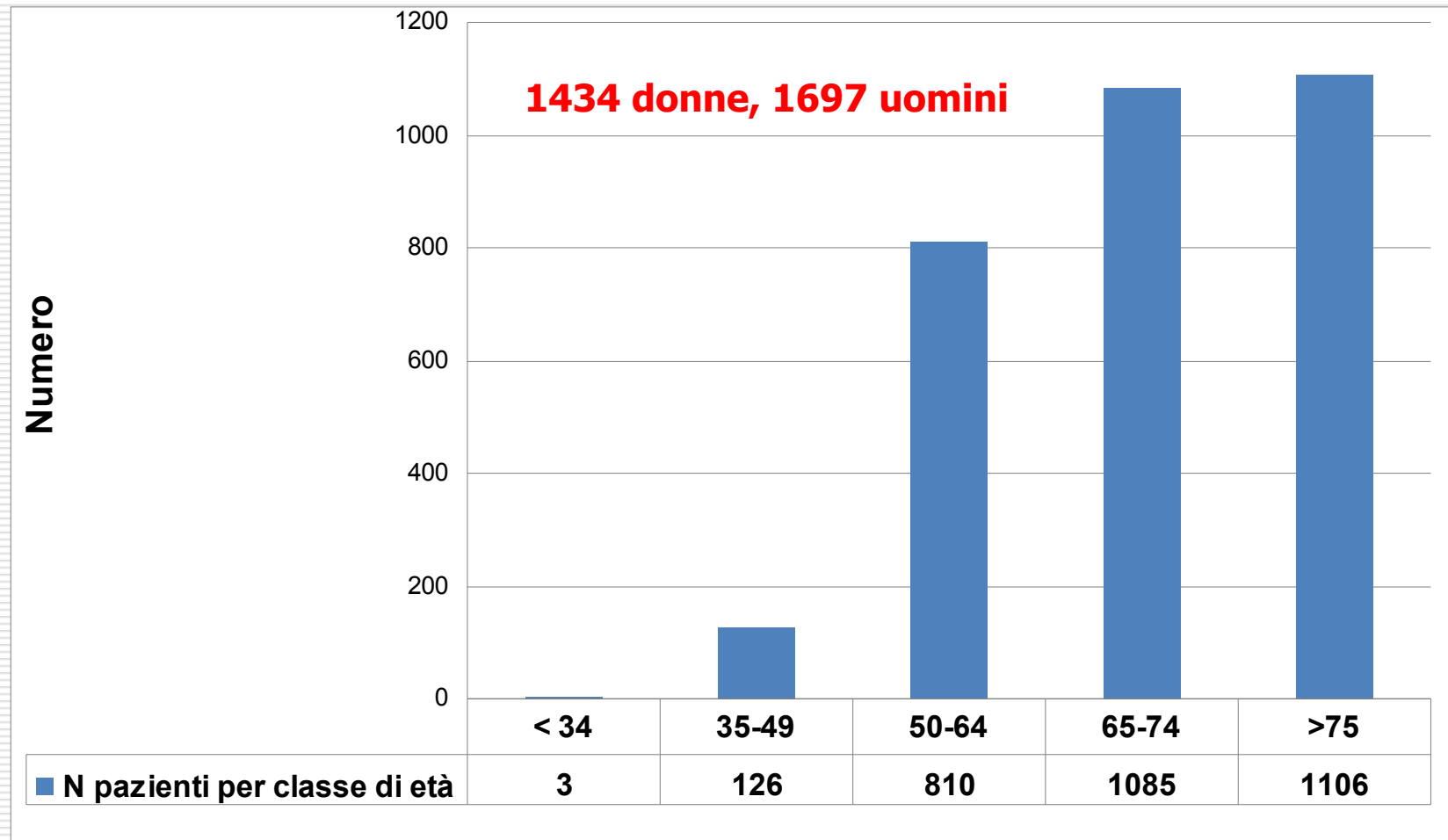
- Numero MMG aderenti
- Numero pazienti in GI per MMG
- Numero nuovi pazienti in GI
- Numero pazienti in GI rientrati alla SD

Registro di patologia e diabetici assistiti

11212 diabetici in carico alle Strutture diabetologiche
(dato parziale)



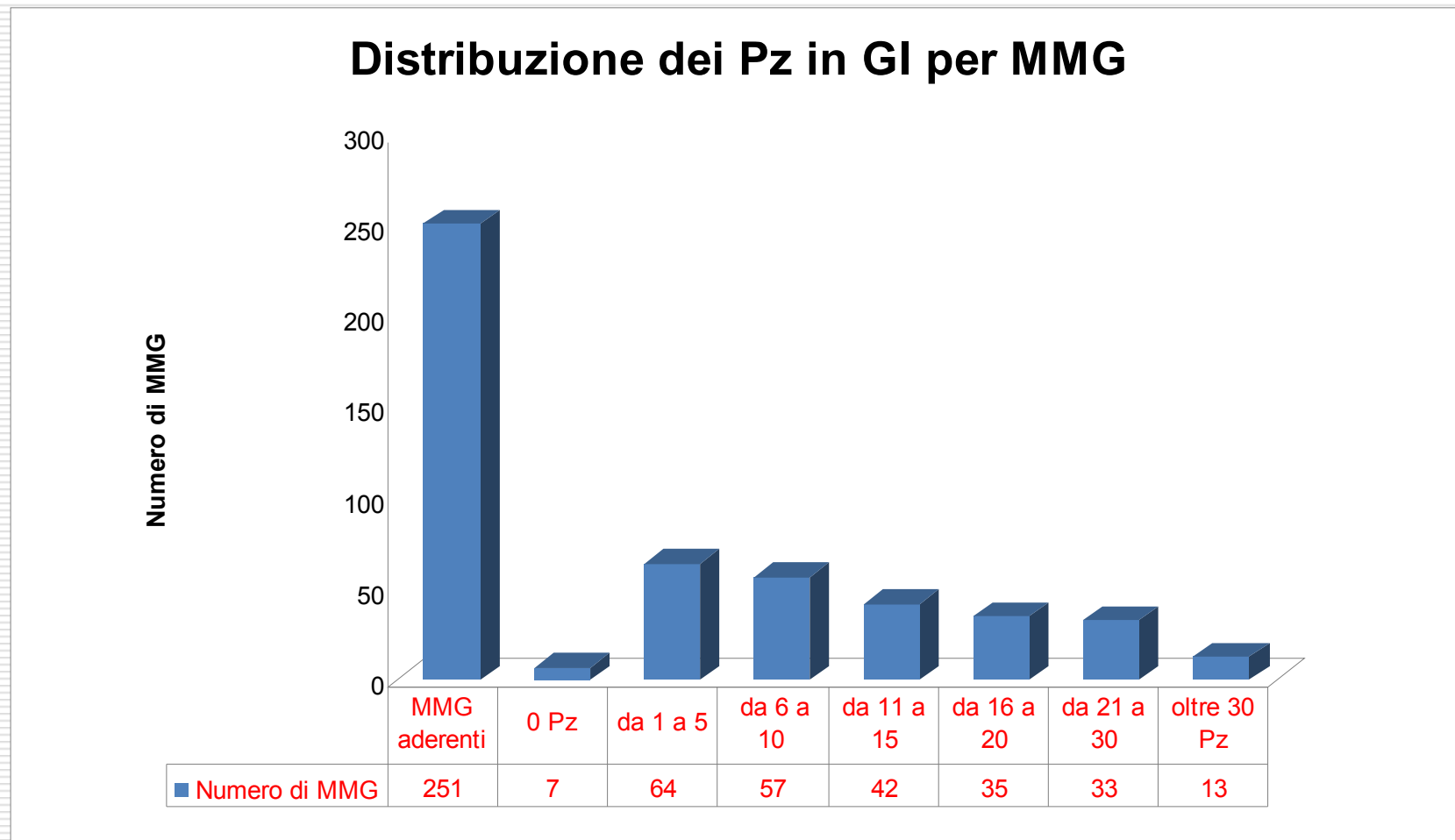
Fasce di età



Adesioni MMG

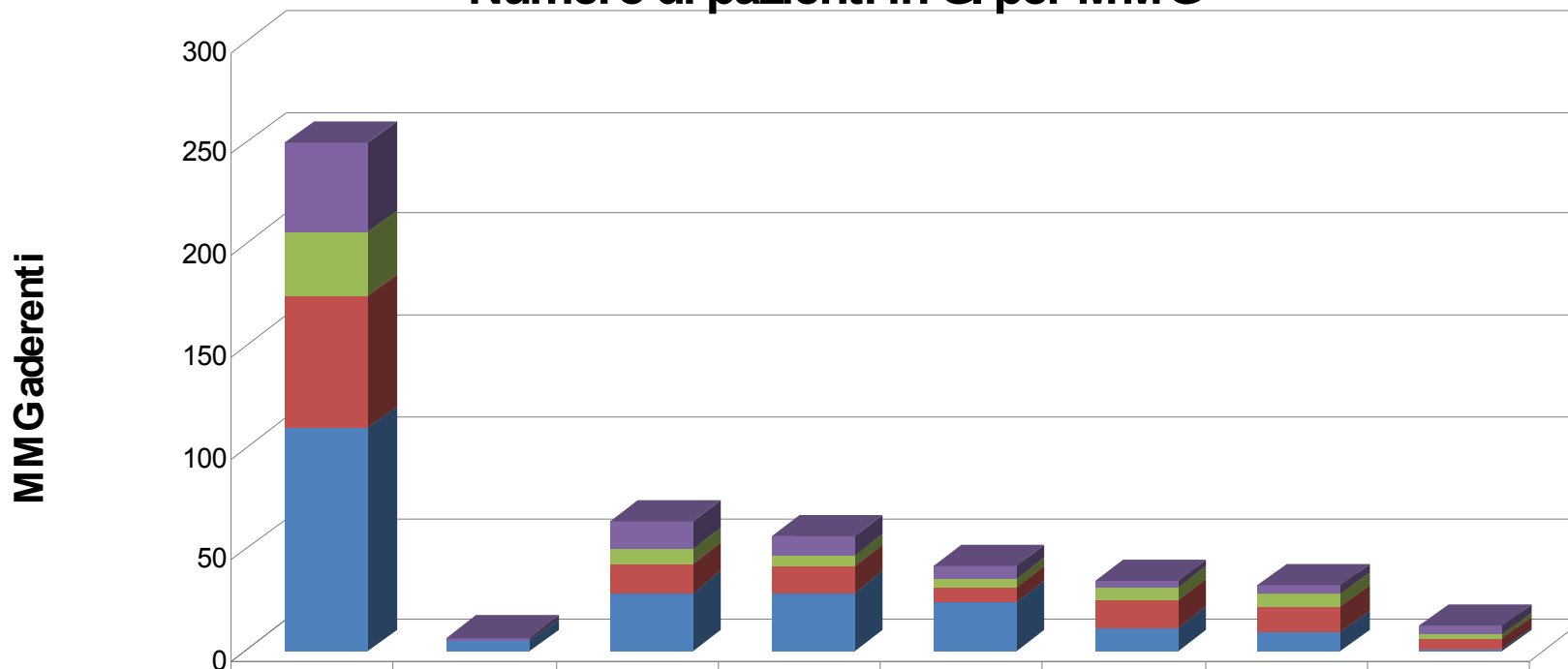
Distretto	MMG 2006	MMG 2007	MMG 2008	MMG 2009	MMG 2010
Parma 74.3%	106	108	107	106	110
Fidenza 95.6%	57	56	65	65	64
Val Taro 91.6%	32	32	32	32	33
Sud Est 88%	40	43	43	43	44
Totale 83.1 %	235	239	247	246	251

Distribuzione pazienti per MMG



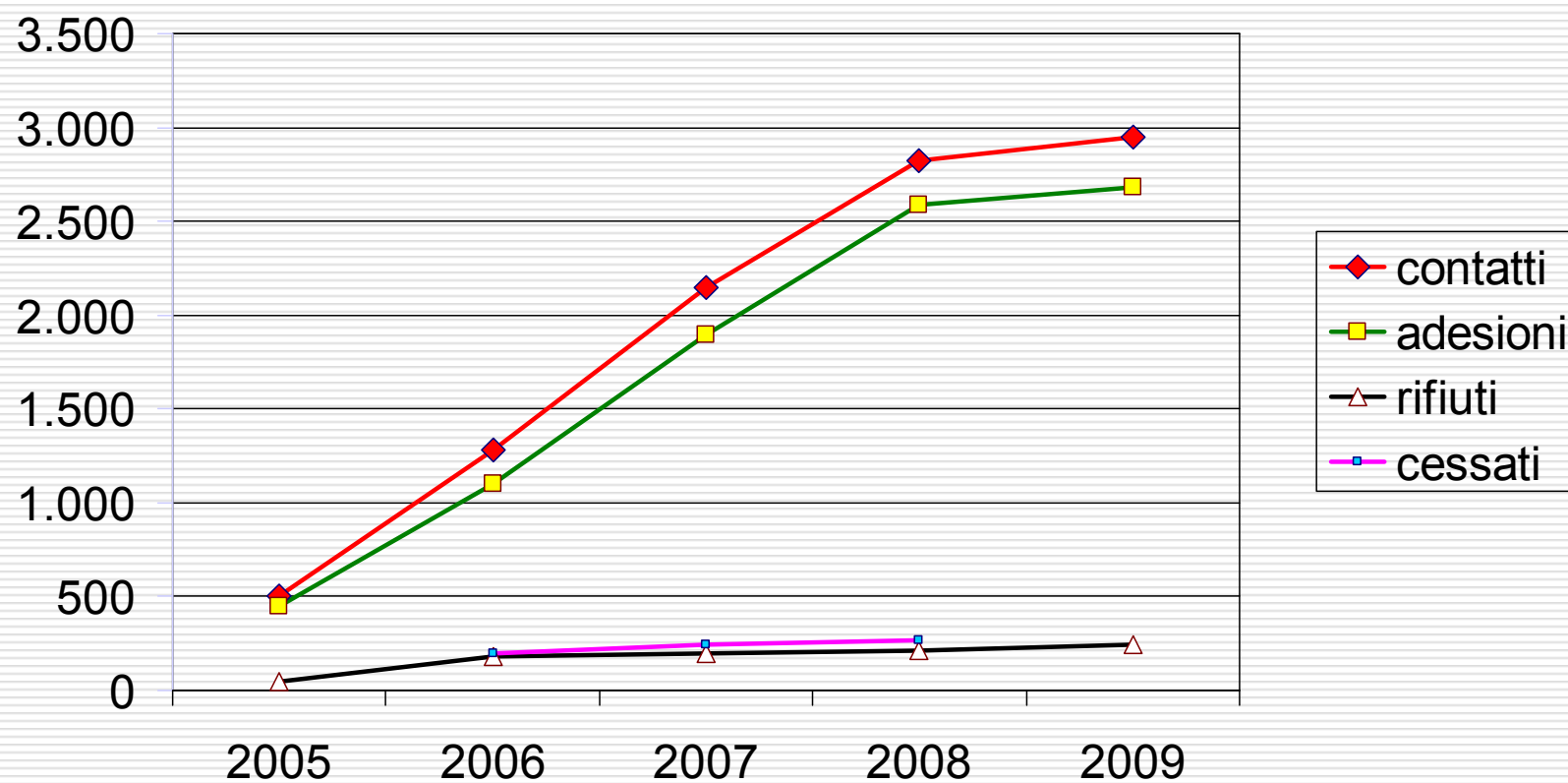
Distribuzione pazienti /MMG per Distretto

Numero di pazienti in GI per MMG

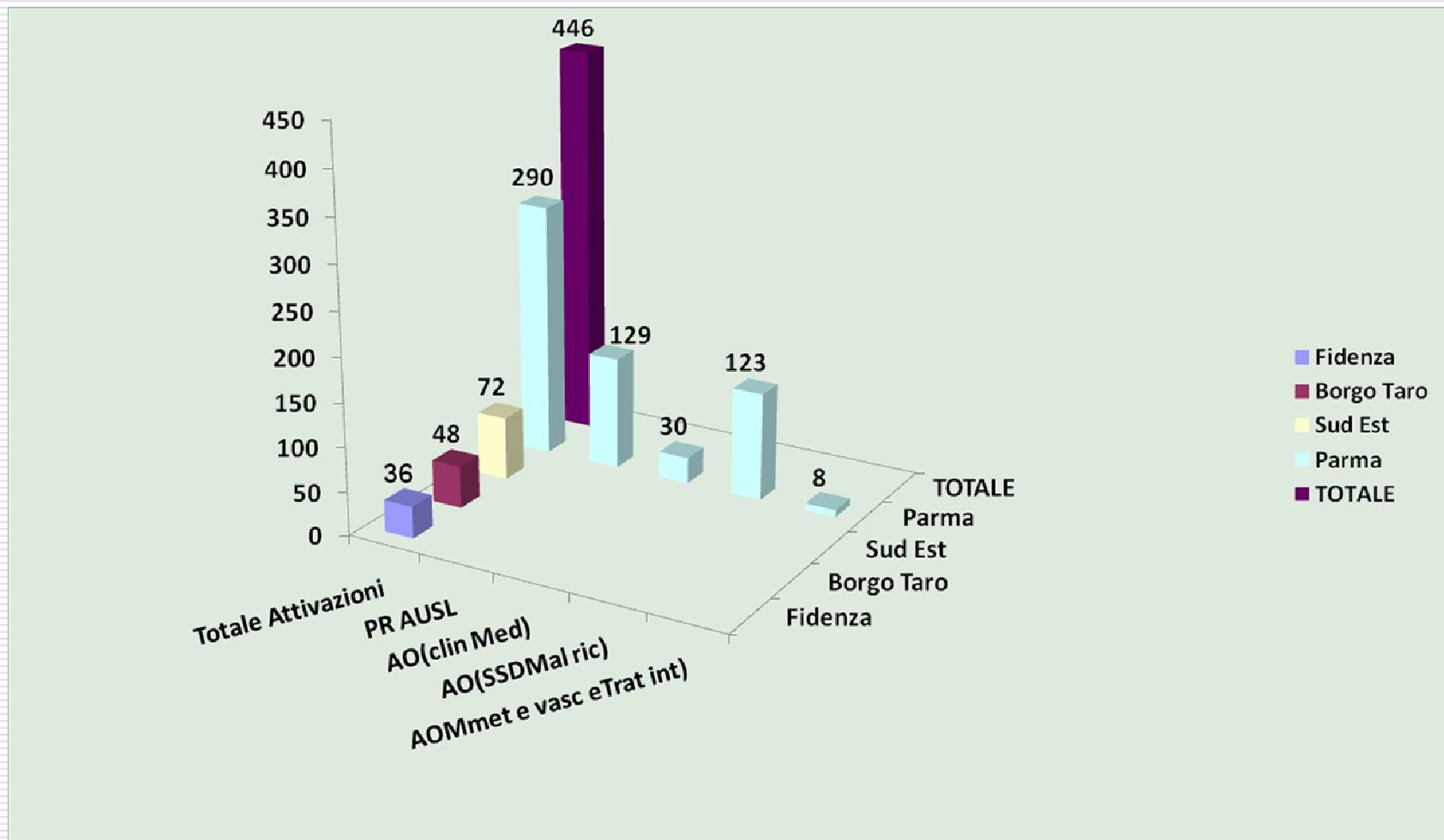


	MMG per distretto	N PZ0	da 1 a 5	da 6 a 10	da 11 a 15	da 16 a 20	da 21 a 30	oltre 30
■ SUD EST	44	2	14	10	6	3	5	4
■ VALTARO	32	0	7	5	4	7	6	3
■ FIDENZA	65	0	14	13	8	13	12	5
■ PARMA	110	5	29	29	24	12	10	1

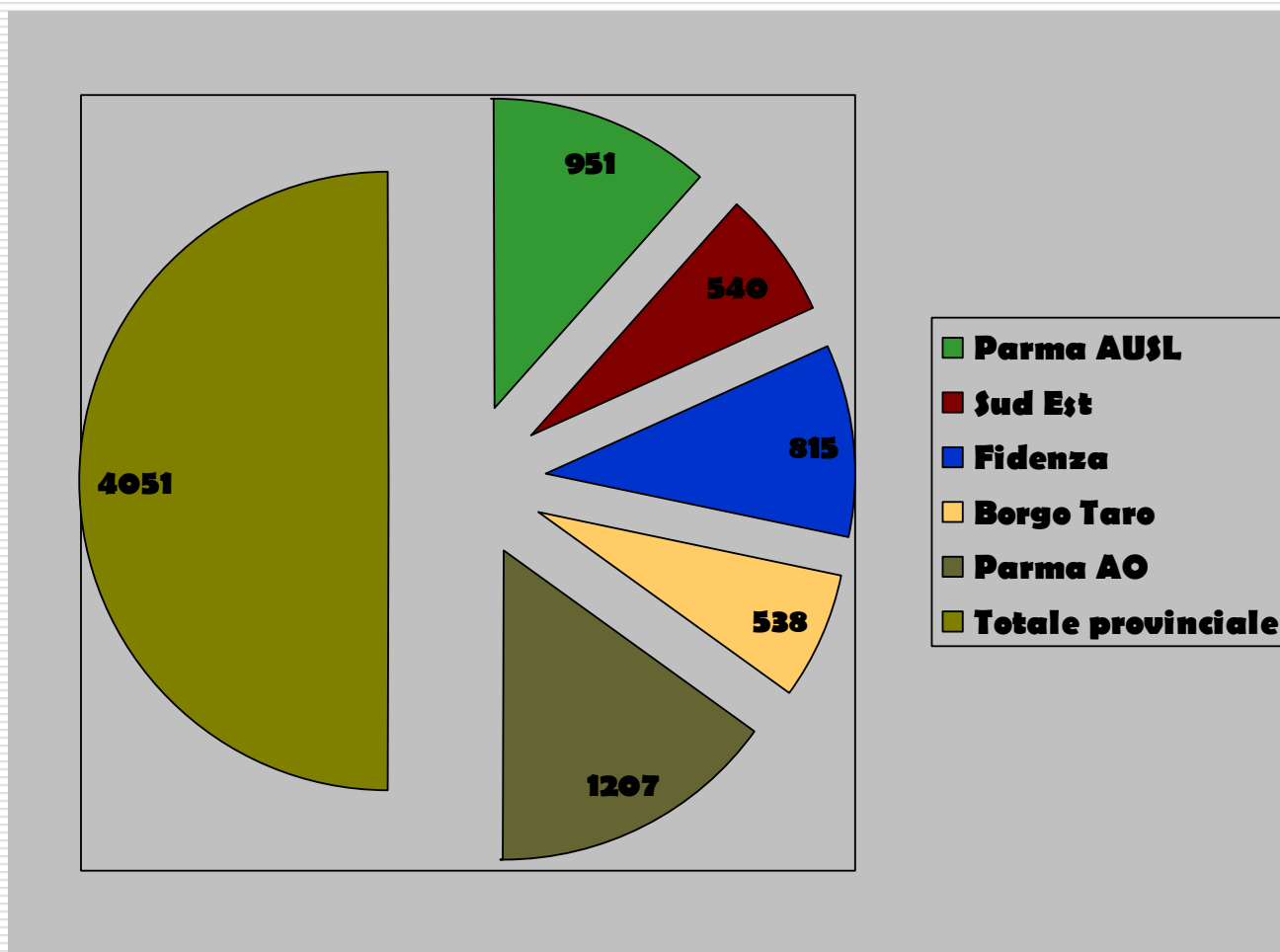
Situazione G.I. prov. Parma (2009)



Nuovi invii primo semestre 2010



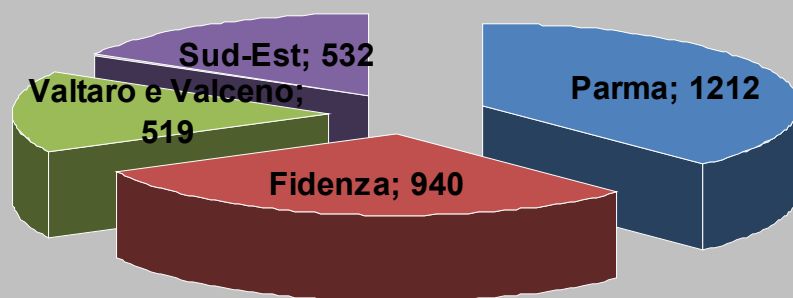
Gestione integrata al 30 giugno 2010: I dati ambulatoriali



Gestione integrata al 30 giugno 2010: I dati dei Distretti

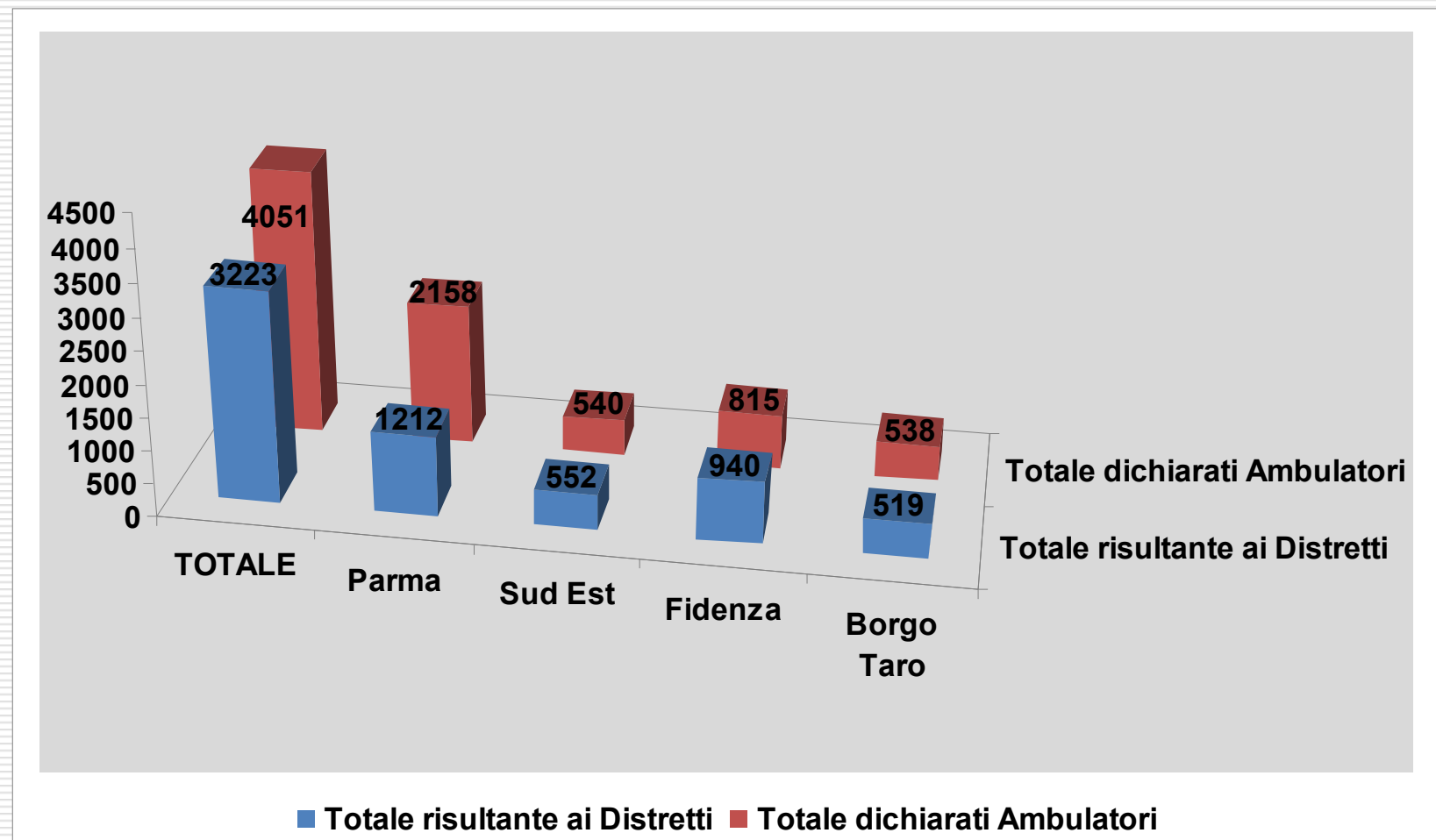
Gestione Integrata: dati distrettuali

Totale AUSL Parma:
3223

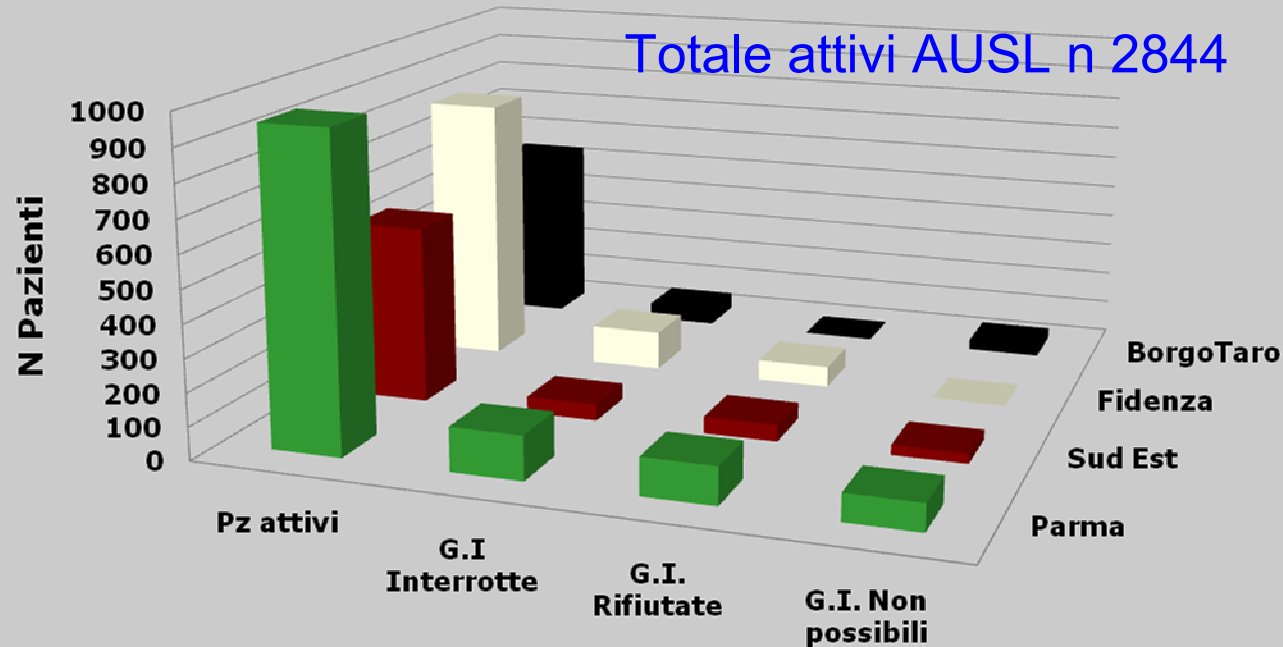


■ Parma ■ Fidenza ■ Valtaro e Valceno ■ Sud-Est

Dati Distrettuali e Ambulatoriali: molte discrepanze

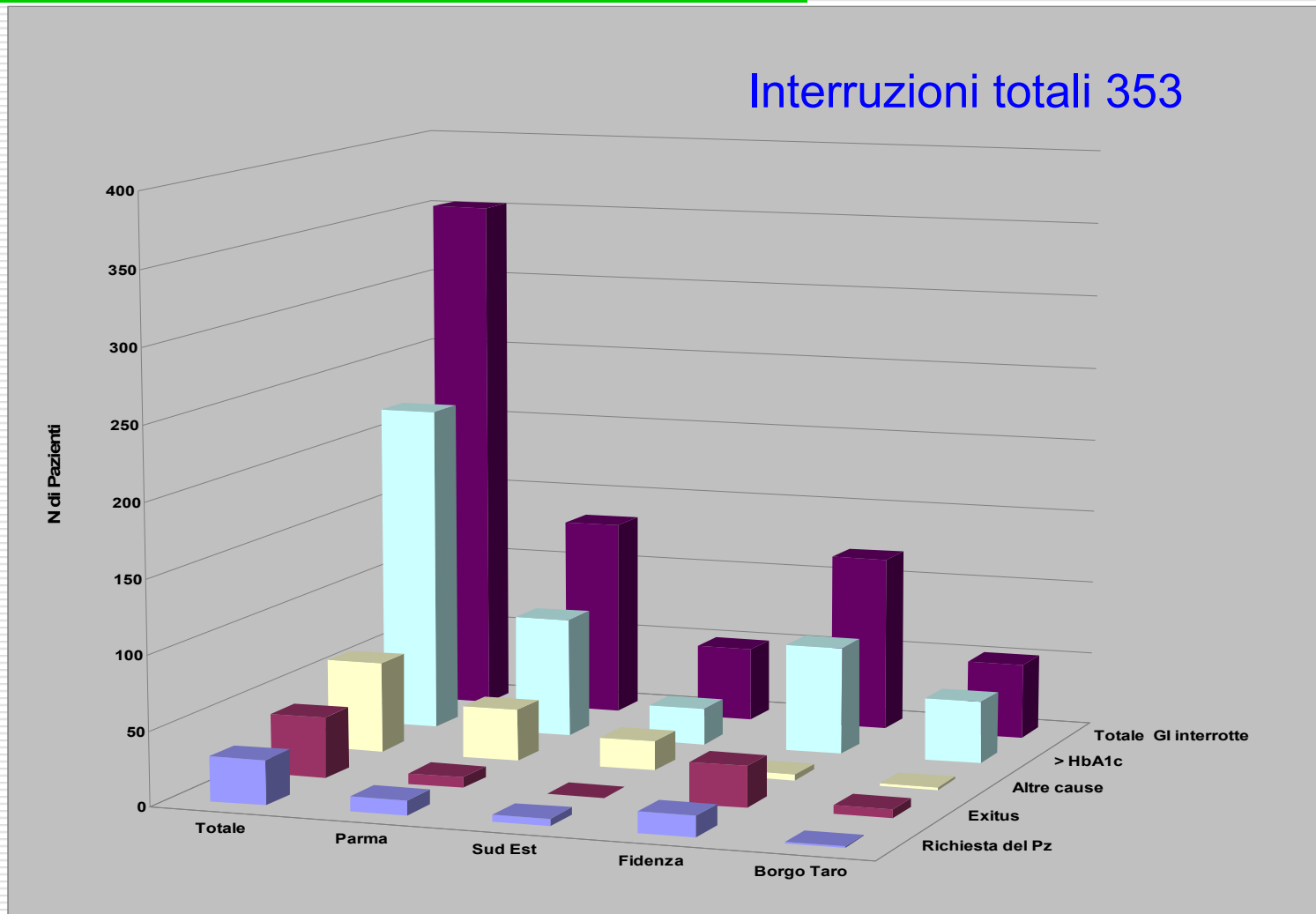


Ambulatori AUSL al 30 Giugno 2010: il dettaglio



	Pz attivi	G.I. Interrotte	G.I. Rifiutate	G.I. Non possibili
■ Parma	951	133	113	82
■ Sud Est	540	50	50	30
■ Fidenza	815	119	63	0
■ BorgoTaro	538	51	0	32

Ambulatori AUSL: Cause di interruzione



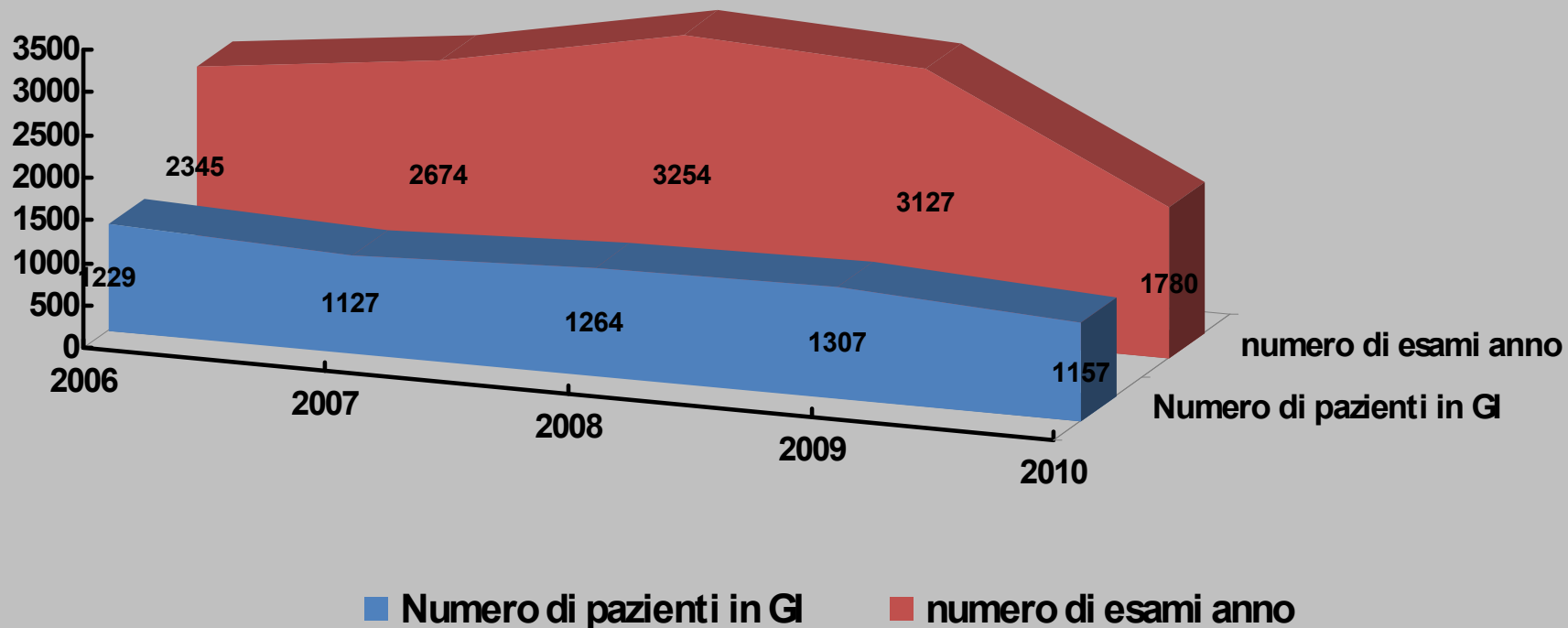
Indicatori clinici al dicembre 2009

- N° di determinazioni di Emoglobina Glicosilata per pazienti in gestione integrata:
 - **7.053**
- N° di determinazioni di Microalbuminuria per pazienti in gestione integrata:
 - **2.649**
- Media valori Hb glicosilate*
 - pazienti in Gestione Integrata : **7, 0268 %**
 - pazienti in carico alla Struttura Diabetologica : **7,8991 %**

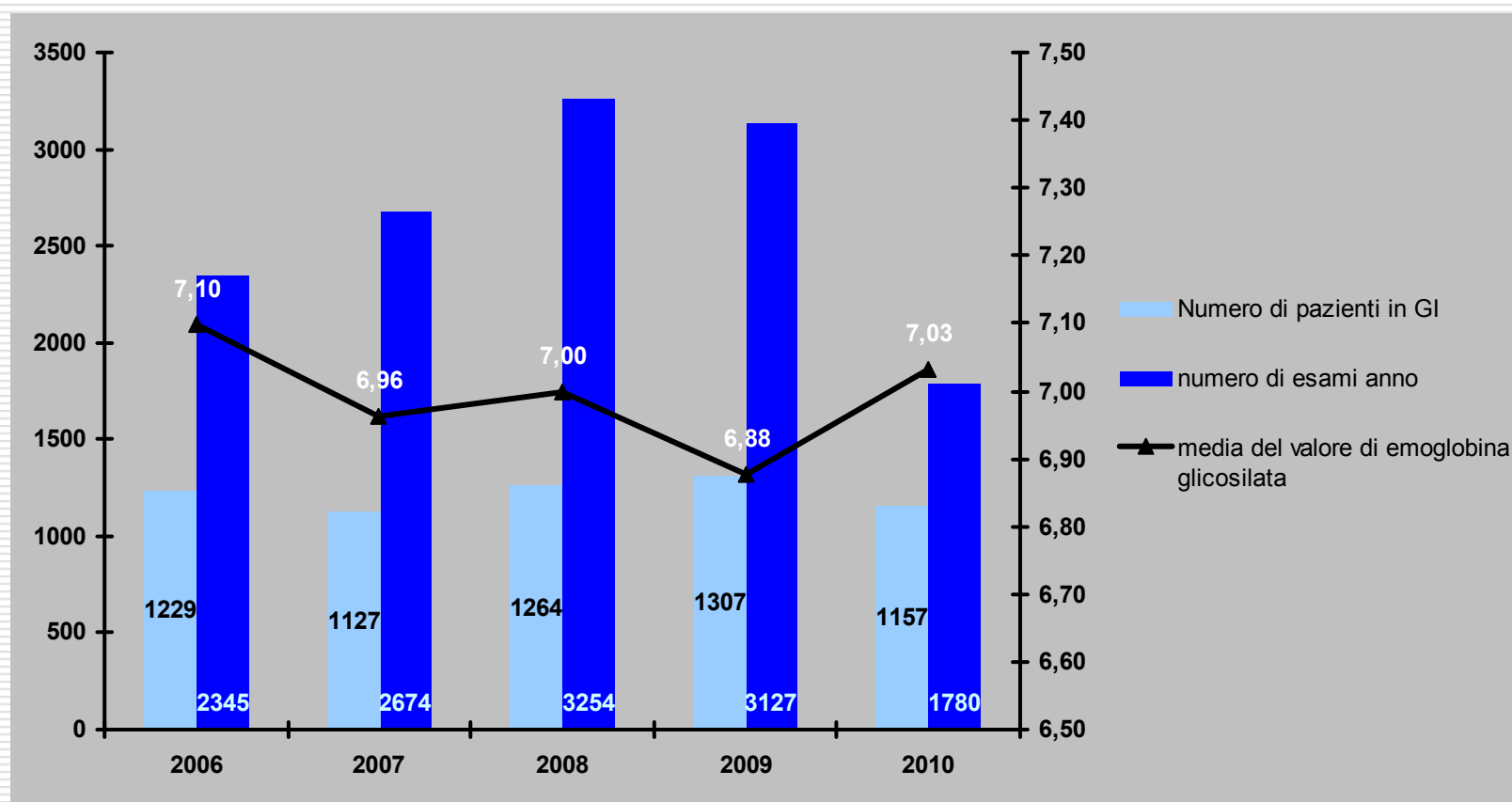
* valori riferiti a pazienti che hanno effettuato gli esami presso i laboratori gestiti dall'Azienda USL

N determinazioni HbA1c per pz in GI (solo laboratori AUSL)

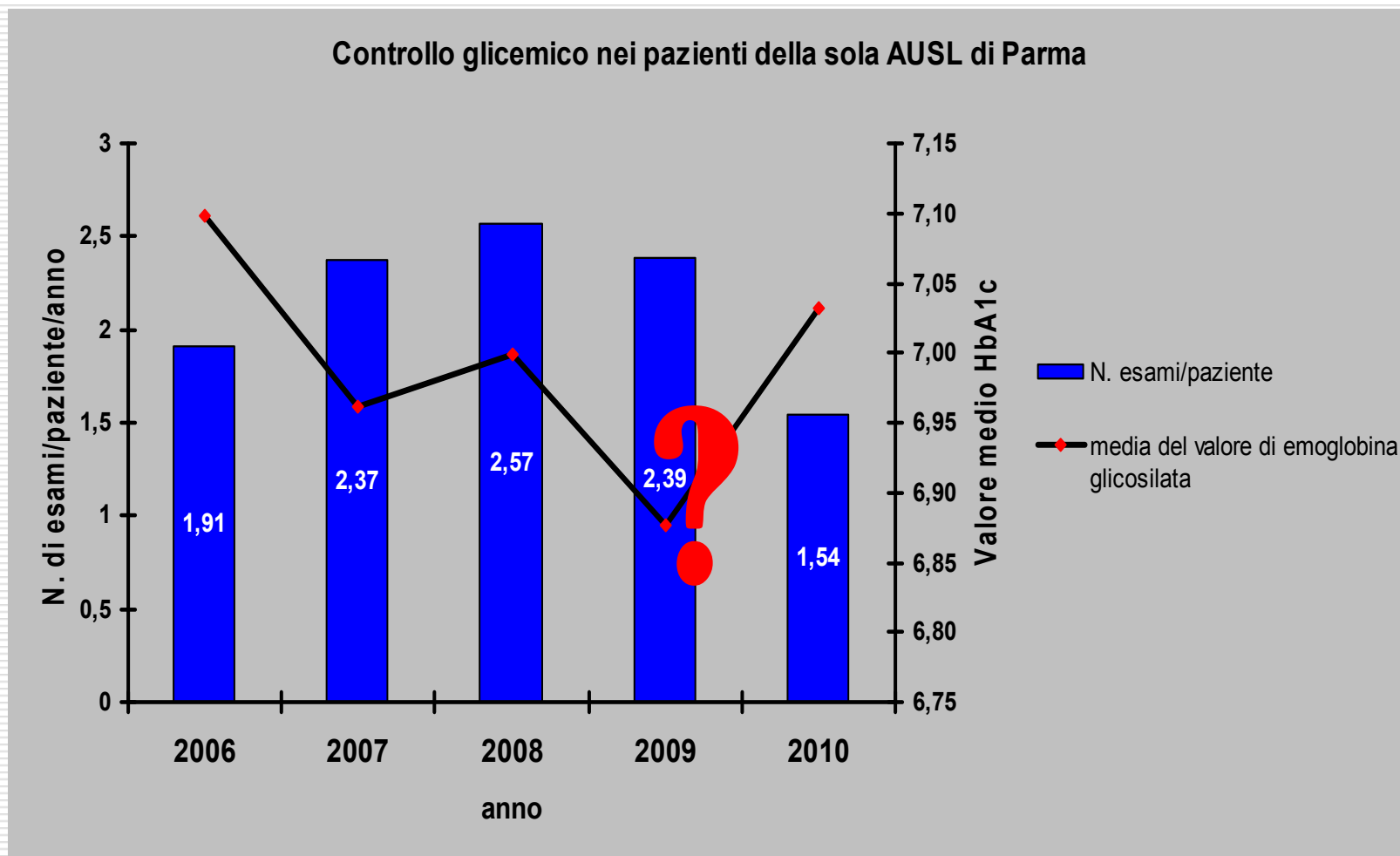
N determinazioni HbA1c (solo lab AUSL)



Valore medio Glicata / anno



N medio controlli effettuati / paziente





R.	ANNA	23/06/08	6.2
R.	ANNA	21/07/08	6.2
R.	ANNA	18/08/08	6.3
R.	ANNA	15/09/08	6.4
R.	ANNA	17/11/08	6.7
R.	ANNA	23/12/08	6.2

A volte la necessità di raggiungere il “numero” di esami sembra prevalere sull’utilità clinica della loro esecuzione (in vari casi frequenza mensile dei controlli)



LUCI e OMBRE

I punti di forza

Punti di forza

- Protocolli di lavoro condivisi
 - Vantaggi per i pazienti
 - Vantaggi per i professionisti
 - Vantaggi per l'organizzazione
- Elevata adesione al progetto
 - Ha aderito l' 83% dei MMG
- Identificazione dei soggetti a rischio e diagnosi precoce del diabete
- Presa in carico specialistica dei pazienti complicati
- In prospettiva possibile "mappatura" di tutta la popolazione diabetica



LUCI e OMBRE

I punti di debolezza

Punti di debolezza organizzativi

- Attendibilità dei dati
 - Non corretta registrazione anagrafica del paziente
 - nome/cognome CF
- Consenso informato
 - Mancata compilazione
 - Ritardo nella consegna
 - ai Distretti
 - ai MMG
- Ruolo attivo del paziente
 - Corretta informazione del paziente
 - Implicazioni della GI
- Incremento del lavoro
 - **stimate circa 1000 nuove diagnosi di diabete/anno**

Punti di debolezza clinici

- Applicazione del protocollo
 - elevato numero di pazienti che
 - non esegue gli esami previsti
 - non torna ai controlli
- “Inerzia” clinica
 - ritardato invio dei pazienti compensati ai MMG
 - Ritardato reinvio all’Ambulatorio specialistico dei pz non più compensati
 - Se il compenso tende a peggiorare il pz deve tornare alla SD per una ripresa in carico almeno **temporanea**
- Attendibilità dei dati
 - Pz “missing” al controllo
 - Pz presenti in più strutture
 - Controlli effettuati in Amb differente da quello di presa in carico

Opportunità di miglioramento organizzativo

- Attendibilità dei dati
 - Anagrafe provinciale
- Interoperabilità
 - Condivisione dei dati
 - fra strutture cliniche e strutture amministrative
 - fra Ambulatori AUSL e AOSP
 - condivisione delle cartelle diabetologiche
 - fra MMG e struttura diabetologica
 - Progetto SoLE
- Incremento
 - dei MMG aderenti
 - della % dei pazienti in GI rispetto al N dei diabetici assistiti

Opportunità di miglioramento clinico

- Completa applicazione del protocollo
 - Recupero del paziente diabetico che “sfugge” ai controlli clinici
 - Richiamo telefonico ?
 - Educazione terapeutica?
 - Altro?
- “Attività” clinica bidirezionale
 - Tempestiva valutazione dei dati e azioni conseguenti

Prospettive future

Linee guida regionali per la gestione integrata
del diabete mellito tipo 2
- aggiornamento dell'implementazione -

*Documento elaborato in seguito alla formazione
regionale sul campo attivata per l'applicazione
di un modello comune e condiviso in Emilia-Romagna*

Possibile passaggio a gestione integrata di pazienti in:

- Terapia combinata con antidiabetici orali ed insulina bed-time
- ADI e/o in RSA anche se in terapia insulinica multi iniettiva

Necessaria la condivisione di un protocollo a livello locale

Grazie per l'attenzione e per i dati !

- Ambulatori diabetologici AUSL
 - Marisa Bellei, Antonella Guberti, Diletta Ugolotti

- Ambulatori diabetologici AO
 - Leone Arsenio, Michele Tardio, Ivana Zavaroni