

# La Costruzione della Rete di Cura intorno al Paziente Diabetico e le nuove forme organizzative della Medicina Generale

## Riassunto

L'emergenza epidemiologica del diabete che investe anche il nostro sistema necessita di un sempre migliore coordinamento delle azioni, dei percorsi e delle competenze esistenti intorno al diabete, ed esige sempre più una razionalizzazione degli interventi, privilegiando qualità ed etica, garantendo il miglior rapporto possibile tra efficacia e sicurezza, tra efficienza e appropriatezza. I riferimenti culturali sono indispensabili ma non esauriscono le necessità. Sono richiesti integrazione e coordinamento tra i vari livelli assistenziali per poter organizzare percorsi efficaci ed efficienti. In altri termini, è necessaria la condivisione.

Con questo articolo cercherò di mettere insieme le varie parti di un puzzle indispensabile per ricomporre il quadro per la gestione integrata (rete di cura) di un paziente portatore della patologia diabete mellito tipo 2 (DMT2), alla luce anche della nuova organizzazione della Medicina Generale.

Per la costruzione di una rete efficiente ed efficace è indispensabile individuare i nodi (medici di medicina generale, MMG, specialisti diabetologi, servizi diabetologici, infermieri del Centro Diabetologico (CD), e del Territorio, Distretto Sanitario, pazienti), ma anche connetterli in maniera efficace e condivisa, considerando gli aspetti culturali, tecnici, formativi e organizzativi, in particolare costruire strumenti di comunicazione adeguati ai tempi, definire i PDTA (Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali) condivisi tra i professionisti e amministratori, definire i percorsi formativi integrati e organizzare l'audit con i relativi indicatori, tutto questo considerando che la Medicina Generale si trova in una fase di trasformazione (Aggregazioni Funzionali Territoriali/Unità Complesse di Cure Primarie, AFT/UCCP), dove ancora la parola definitiva è ancora da scrivere.

## Introduzione

Se è vero che il 50% (Annali dell'Associazione Medici Diabetologi, AMD, 2012) dei pazienti con DMT2 non raggiungono il target, in termini di valori di emoglobina glicosilata < 7%, con le dovute variabili individuali, non è solo un problema di appropriatezza, ma soprattutto un problema gestionale-organizzativo. Alcuni studi, tra cui lo studio CODE-2 (*Cost of Diabetes in Europe-Type II*), hanno stimato i costi associati alla malattia, che risultano incrementali per numero di complicanze, sino a raggiungere un massimo nei soggetti con complicanze micro- e macrovascolari. Al contrario, i grandi studi di intervento sia sul diabe-

Piero Grilli

*Medico di Medicina Generale  
Presidente sezione SIMG di Perugia*

---

## Parole chiave

Rete Assistenziale

PDTA

(Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale)

CCM

(Chronic Care Model)

Audit

AFT/UCCP

(Aggregazioni Funzionali Territoriali/  
Unità Complesse di Cure Primarie)

---

## Indirizzo per la corrispondenza

PIERO GRILLI  
grilli.piero@simg.it

te mellito tipo 1 (DMT1) (*Diabetes Control and Complications Trial*, DCCT), sia sul DMT2 (*United Kingdom Prospective Diabetes Study*, UKPDS) hanno dimostrato che il mantenimento di un adeguato compenso metabolico, grazie a schemi intensivi di trattamento, è in grado di ridurre l'incidenza delle complicanze. Una strategia di intervento, oramai ineludibile, è quella della Gestione Integrata del paziente diabetico.

Le persone affette da diabete devono ricevere le cure da parte del MMG e del team diabetologico, coordinato da un medico diabetologo, comprendente medici, infermieri, dietisti, podologi, professionisti della salute mentale, in grado di mettere in atto un approccio integrato di gestione della malattia, idoneo al trattamento di una patologia cronica (*Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B*)<sup>1</sup>.

Il trattamento ottimale del diabete richiede un approccio organizzato e sistematico a livello nazionale e locale con l'utilizzo nella clinica di un team coordinato di professionisti dedicati che lavorino in un ambiente il cui obiettivo principale sia una cura di alta qualità che pone al centro il paziente. In questa prospettiva nel dicembre 2012 è stato varato dal Ministero della Salute il Piano sulla malattia diabetica<sup>2</sup>, preparato dalla Commissione Nazionale Diabete, nell'ambito della Direzione generale per la programmazione sanitaria del Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Sistema Sanitario Nazionale<sup>1</sup>.

Quel documento è stato recepito da ogni Regione con l'adozione di un PDTA.

La sensazione è che la Gestione Integrata, elemento cardine dei documenti sopra citati, per quanto se ne parli e scriva rimanga un oggetto sconosciuto e scarsamente praticato dai più.

In questo articolo vorrei puntualizzare alcuni passaggi chiave che rendano più facilmente praticabile un approccio integrato a una patologia cronica, come il DMT2, che da sempre viene presa a modello della gestione delle cronicità in generale.

## La rete di cura intorno al paziente con DMT2

La costruzione di una rete intorno al paziente con diabete mellito è l'elemento essenziale su cui poggiare tutto il sistema di cura integrata, gli elementi essenziali di una rete sono:

- i nodi;
- le connessioni;
- l'organizzazione;

### Chi sono i nodi della rete?

- I MMG.
- I medici diabetologi.
- Il Servizio Diabetologico (con le professionalità necessarie: infermieri, podologi, dietisti, professionisti della salute mentale, ecc.).

- Gli infermieri del territorio.
- Il Distretto Sanitario.
- Le persone affette da diabete mellito.

## I MMG

Il MMG è e deve essere, al di fuori di ogni retorica, la figura cardine della gestione integrata dei pazienti cronici, anche di quelli a maggiore grado di complessità, malgrado questi, per le loro caratteristiche, necessitano di follow-up specialistici più frequenti.

La funzione del MMG nel disegno di gestione integrata dei pazienti cronici non va vista soltanto per il suo contributo clinico-assistenziale, ma anche per il "rapporto di fiducia" con il paziente, che sta alla base del "patto di cura" che rappresenta lo strumento-cardine per la "co-costruzione" del percorso assistenziale e per la responsabilizzazione e l'empowerment del paziente. Inoltre, egli è l'operatore che ha maggiore conoscenza del paziente, delle sue caratteristiche personali e socio-familiari.

I compiti del MMG:

- identificazione della popolazione a rischio aumentato di malattia diabetica tra i propri assistiti;
- diagnosi precoce di malattia diabetica tra i propri assistiti;
- identificazione, tra i propri assistiti, delle donne con diabete gestazionale;
- presa in carico, in collaborazione con le Strutture Diabetologiche (SD) per l'assistenza alle persone con diabete mellito, dei pazienti e condivisione del Piano di Cura personalizzato, monitorando eventuali difficoltà di gestione del paziente e dei familiari;
- valutazione periodica dei propri pazienti secondo il Piano di Cura adottato, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze;
- effettuazione, in collaborazione con la SD per l'assistenza alle persone con diabete mellito, di interventi di educazione sanitaria e counseling delle persone con diabete rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia;
- monitoraggio dei comportamenti alimentari anche a domicilio;
- favorire una raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea interagente con quelle delle Strutture per l'assistenza alle persone con diabete mellito di riferimento, mediante cartelle cliniche in formato elettronico;
- reingegnerizzazione dell'organizzazione dello studio (accessi, attrezzature, personale)<sup>3</sup>.

## Gli infermieri del territorio

Nella nuova riorganizzazione delle cure primarie va ricordato il ruolo dell'infermiere territoriale nella gestione proattiva anche dei pazienti diabetici in carico ai MMG, prevedendo una attri-

buzione di coordinamento degli interventi proattivi sui singoli pazienti con cronicità.

L'infermiere territoriale si assume la responsabilità della pianificazione e del coordinamento dell'assistenza a una popolazione di malati cronici (*care manager*) intervenendo poi anche sui singoli pazienti (*case manager*).

Il *case management* è una tipologia di gestione del percorso assistenziale che consiste nella presa in carico del paziente da parte di una figura professionale (*case manager*) che abbia il compito di supervisionare e coordinare l'intero iter terapeutico-assistenziale. L'esigenza di identificare un *case manager* è, in generale, direttamente proporzionale alla complessità del percorso da gestire (scarsa compliance, presenza di complicanze, molte figure professionali coinvolte, ecc.). Il *case manager* ha il controllo della fase operativa dell'assistenza, è il garante del piano assistenziale individualizzato e rappresenta il primo riferimento organizzativo per l'assistito, la sua famiglia e per tutti gli operatori coinvolti nel piano di cura individuale. Solitamente il ruolo di *case manager* viene svolto da una figura che, pur non dovendo necessariamente possedere competenze specialistiche, è in grado di interagire con specialisti diversi. Nella realtà del sistema sanitario italiano, questo compito potrebbe essere convenientemente affidato a personale infermieristico, opportunamente addestrato, appartenente al Distretto Sanitario di riferimento.

I compiti del *case manager* sono (Tab. I):

- gestire l'insorgere di "eventi" per un gruppo di pazienti;
- favorire la collaborazione e il coordinamento sul singolo caso;
- svolgere una funzione di richiamo attivo dei pazienti;
- coordinare i diversi interventi tra i diversi attori del piano di cura individuale;
- monitorare attivamente lo stato di salute del paziente al fine di un intervento tempestivo;

**Tabella I.** Check list azioni *case manager* (visita).

1.	Valutare autocontrollo domiciliare, pressione arteriosa e glicemia (eventuale verifica correttezza modalità misurazione e uso apparecchiature)
2.	Misurare: peso, altezza, BMI, circonferenza addominale, pressione arteriosa
3.	Controllare i piedi: ispezione, palpazione polsi, sensibilità (monofilamento)
4.	Valutare esami di laboratorio e visite
5.	Valutare adesione alla terapia farmacologica
6.	Valutare adesione ai consigli alimentazione e attività fisica
7.	Fornire stampati con istruzioni alimentazione, attività fisica, ipoglicemia, esame piede
8.	Prescrivere accertamenti secondo PDT
9.	Programmare visita di controllo successiva e/o invio al medico curante

- monitorare e verificare in maniera sistematica i risultati ottenuti al fine di apportare eventuali correzioni sul piano di cura individuale<sup>3</sup>.

## I medici diabetologi (dei Servizi Diabetologici)

Hanno il compito di:

- inquadrare le persone con diabete neodiagnosticato con formulazione del Piano di Cura personalizzato e condiviso con gli MMG;
- presa in carico, in collaborazione con gli MMG, delle persone con diabete;
- gestione clinica diretta, in collaborazione con gli MMG e gli altri specialisti, delle persone con: grave instabilità metabolica; complicanze croniche in fase evolutiva; trattamento mediante infusori sottocutanei continui d'insulina; diabete in gravidanza e diabete gestazionale;
- impostare la terapia nutrizionale;
- effettuare, in collaborazione con gli MMG, gli interventi di educazione sanitaria e counselling delle persone a rischio e delle persone con diabete, rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia;
- valutare periodicamente, secondo il Piano di Cura adottato, i pazienti diabetici tipo 2 seguiti con il protocollo di gestione integrata, finalizzata al buon controllo metabolico, alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle complicanze;
- raccogliere i dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con gli MMG di riferimento, mediante cartelle cliniche in formato elettronico;
- promuovere attività di aggiornamento rivolte agli MMG in campo diabetologico.

## II Distretto Sanitario

Il distretto può avere nella gestione delle malattie croniche un ruolo molto importante, sia come elemento facilitatore dei processi di integrazione multidisciplinare che in queste patologie sono predominanti, sia come utile

supporto all'orientamento ai servizi storicamente divisi, nel nostro paese, tra quelli ad accesso diretto (MMG/PS) e quelli a intermediazione (specialistica). L'organizzazione distrettuale non è uniforme, ma risente in maniera, pesantissima, della modifica del titolo V della Costituzione, subendo, a seconda di quanto accade nelle singole Regioni, una diversa strutturazione causata da una notevole differenza normativa.

Se il nodo fondamentale è mettere in pratica una comunicazione efficace e un coordinamento tra MMG e specialisti diabetologi, occorrerà riferirsi a delle figure terze, appartenenti ad esempio a Direzioni Sanitarie di ASL o di Distretto, che svolgano una funzione di supervisione a livello meso.

Il supervisore dovrebbe:

- favorire l'incontro e gli accordi tra rappresentanti di MMG e diabetologi;
- monitorare l'andamento della casistica di una zona;
- individuare gli interventi strutturali da mettere in atto sul sistema.

Le attività del supervisore per favorire il coordinamento potrebbero essere quelle di:

- facilitare l'adattamento locale e la diffusione dei protocolli diagnostico-terapeutici per la gestione del diabete;
- favorire processi di audit clinico.

Nell'attuale organizzazione delle aziende sanitarie, il luogo ottimale per la realizzazione di un sistema integrato di assistenza sembra essere il Distretto Sanitario. L'ambito territoriale del Distretto consentirebbe non solo di ospitare le funzioni di case management e di supervisione del programma locale ma, soprattutto, di gestire direttamente i servizi di assistenza primaria (di medicina generale, farmaceutica, specialistica ambulatoriale extraospedaliera, residenziale, domiciliare) garantendo la necessaria continuità assistenziale <sup>4</sup>.

## Le persone affette da diabete mellito

### Il ruolo del paziente

Vi è un altro aspetto del nostro attuale modello assistenziale su cui occorrerebbe, tuttavia, riflettere ed è legato al ruolo del paziente nel percorso di cura.

La pratica medica moderna è strutturata secondo una gerarchia che vede il medico al vertice della scala, al di sopra degli altri professionisti della salute, con il paziente al livello più basso: l'atteggiamento che ci si attende dal paziente nel nostro modello assistenziale, una volta segnalato al proprio medico lo stato di malessere, è quello di "affidarsi" a lui e di seguire attentamente le sue indicazioni. Queste forme di passività sono proprie della cura di malati acuti, come i traumatizzati, la cui partecipazione al processo di cura è necessariamente limitata, ma nell'assistenza alle persone con diabete può indurre una sorta di elusione delle proprie responsabilità, e può causare il fallimento di programmi di prevenzione e di promozione della salute.

È pertanto opportuno introdurre nuove forme di responsabilizzazione e di coinvolgimento attivo nel processo di cura perché l'assistito e i suoi familiari possano acquisire gli strumenti per autogestirsi e collaborare in forma proattiva con il proprio medico (*patient empowerment*). La necessità di recuperare spazi di integrazione e coordinamento nella gestione delle cure e di introdurre sistemi di partecipazione attiva del paziente al processo di cura, preservando al tempo stesso la specializzazione delle risorse professionali e la sostenibilità economica, ha visto nascere nuovi modelli assistenziali che, con un termine molto generale, possiamo definire di gestione integrata <sup>7</sup>.

La finalità del "patient empowerment" è quella di fornire al paziente gli "strumenti" per poter assumere un ruolo più attivo nella gestione del proprio stato di salute. Un paziente "empowered" è "una persona che comprende e sceglie, controlla l'ambiente con cui interagisce e si rapporta produttivamente con tutti gli altri soggetti, pianifica per il futuro, è il proprio case manager, è un *self caregiver*, un manager dei propri stili di vita, protagonista attivo della propria vita e del proprio benessere che interagisce in forma proattiva".

La persona con diabete è l'elemento centrale di un sistema di gestione integrata e ha la responsabilità di una gestione consapevole della propria malattia. Nel caso del diabete più del 95% delle cure necessarie per il controllo della patologia è gestito direttamente dal paziente; ne consegue che i pazienti devono essere messi in condizione di prendere decisioni informate su come vivranno con la loro malattia.

Si rende necessaria, quindi, la programmazione di attività educativo-formative dirette ai pazienti, sotto forma di iniziative periodiche di educazione, e di un'assistenza *ad personam* da parte delle diverse figure assistenziali. Gli argomenti di maggiore importanza per i pazienti (e anche per i familiari) saranno la gestione dei supporti tecnologici domestici (glucometri, penne-siringhe, ecc.), suggerimenti alimentari, elementi di cultura generale sulla malattia diabetica e sulle complicanze. L'educazione terapeutica è, dunque, uno strumento essenziale del processo di cura da somministrare fin dall'inizio con verifiche periodiche sulla conoscenza, sulle modifiche comportamentali e sul raggiungimento degli obiettivi terapeutici <sup>3</sup>.

### Ruolo delle associazioni di pazienti

Le associazioni delle persone con diabete contribuiscono alla diffusione delle corrette informazioni sugli stili di vita, l'autocontrollo e l'autogestione della patologia;

- rappresentano un'ulteriore fonte informativa per il paziente diabetico;
- contribuiscono a informare i pazienti sul nuovo percorso assistenziale;
- collaborano con i servizi a individuare in modo più appropriato i bisogni dei pazienti diabetici;
- contribuiscono a fornire informazioni corrette su esenzioni e fornitura presidi.

Consapevoli del valore strategico di una alleanza tra la medicina generale e le associazioni delle persone con diabete, in regione Umbria, si è avviata da alcuni anni un confronto e collaborazione tra la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie della Regione Umbria (SIMG) e le Associazioni delle Persone con Diabete della Regione Umbria che ha portato alla stipula di un protocollo di intesa, che di seguito riporto, con la definizione di specifici e reciproci impegni.

La SIMG e il Coordinamento delle Associazioni delle Persone con Diabete della Regione Umbria decidono di stipulare e sottoscri-

vere un protocollo di intesa per attivare, tra di loro, una permanente e organica collaborazione.

In questo senso le parti convengono quanto segue:

la SIMG, nel ruolo definito dalla normativa nazionale e regionale di riferimento, si impegna a:

1. dare massimo rilievo in tutte le sedi regionali del presente protocollo;
2. promuovere iniziative di prevenzione e gestione del diabete diffuse nel territorio regionale grazie al supporto dei propri iscritti in collaborazione con le associazioni aderenti al Coordinamento;
3. promuovere il contatto tra i propri assistiti con le associazioni di volontariato aderenti al Coordinamento presenti nei territori così da rinforzare l'adesione e la socializzazione, per promuovere un'educazione diffusa così da insegnare a pazienti e *caregivers* a "prenderci cura" di sé;
4. condividere e sostenere campagne promozionali e di sensibilizzazione promosse dal coordinamento e dalle associazioni aderenti soprattutto verso le fasce deboli più esposte al rischio di contrarre la patologia diabetica (fra cui anziani, disabili e immigrati), ricercando un rapporto privilegiato con la rete dell'associazionismo territoriale rappresentato anche dai Cesvol (che raggruppa associazioni di migranti, anziani, disabili e l'associazionismo sanitario) e con le istituzioni educative e scolastiche del territorio;
5. promuovere presso i propri iscritti MMG l'adozione di strumentazioni atte a eseguire nei loro studi esami diagnostici, specie quelli correlati con la prevenzione e il controllo della evoluzione delle patologie croniche come il diabete così da completare in prima persona i percorsi diagnostici e di controllo dei cittadini, evitando loro le code e le lunghe liste di attesa.
6. Sensibilizzare nei propri iscritti l'organizzazione del loro lavoro proprio della "Medicina on demand" e della "Medicina di prossimità" ma al contempo adottare l'atteggiamento "proattivo" della "Medicina di iniziativa", richiamando periodicamente a visita i propri pazienti, prima per la prevenzione e poi per la cura delle patologie croniche per prevenire la comparsa o ritardare l'evoluzione delle patologie croniche come il diabete.

Il Coordinamento attraverso le proprie associazioni disseminate nel territorio si impegna a:

1. garantire una piena visibilità del presente protocollo in tutte le sedi istituzionali
2. garantire la presenza, concordata con i singoli MMG presenti nei vari territori, di soci qualificati per attività di informazione ed educazione;
3. collaborare con i MMG per iniziative di promozione e sensibilizzazione;
4. avvalersi degli aderenti SIMG per iniziative congressuali e di formazione organizzate a livello territoriale e regionale.

## Quali sono le connessioni?

- Comunicazione.
- Informatizzazione.
- PDTA.
- formazione (formazione integrata, MMG con particolare interesse).

### **Comunicazione, Informatizzazione**

Per favorire un'efficace comunicazione tra team specialistico diabetologico e MMG è fondamentale promuovere al massimo ogni tipo di comunicazione tra gli operatori coinvolti, inclusi contatti telefonici, mail e riunioni periodiche. Deve altresì essere potenziata la diffusione di altri strumenti oggi disponibili, come sistemi di *electronic health record*, sistemi di comunicazione audiovisiva (sincroni e asincroni) quale ad esempio il teleconsulto. Il teleconsulto è una innovativa modalità di interazione e comunicazione tra i MMG e il team specialistico diabetologico che consente l'analisi del "caso" attraverso la consultazione via Internet della sua cartella clinica. L'analisi può avvenire on-line oppure in modalità off-line e potrebbe in molti casi sostituire la visita del paziente presso le Strutture Specialistiche, in particolare per pazienti difficili e/o con riduzione del livello di autonomia. Il teleconsulto può favorire una reale gestione integrata delle persone con diabete attraverso la concreta condivisione degli obiettivi di cura, migliorando l'appropriatezza di accesso presso la Struttura Specialistica e favorendo la risoluzione di alcune criticità nella gestione delle persone con diabete. È fondamentale definire un Sistema Informativo all'interno del quale tutti gli attori coinvolti possano scambiare e condividere le informazioni essenziali alla realizzazione del programma (la gestione clinica, le funzioni attive di follow-up, la valutazione dell'efficacia-efficienza, ecc.). Uno dei fondamenti su cui poggia un sistema di gestione integrata è la realizzazione di un sistema informativo idoneo per i processi di identificazione della popolazione target, per la valutazione di processo e di esito, per svolgere una funzione proattiva di richiamo dei pazienti all'interno del processo, per aiutare gli operatori sanitari a condividere, efficacemente e tempestivamente, le informazioni necessarie alla gestione dei pazienti. In particolare i sistemi informativi dovranno fornire un opportuno supporto alla condivisione-circolazione dei dati clinici dei pazienti per ottimizzare il percorso di cura, evitare la inutile ripetizione di esami, far capire alle persone con diabete che sono realmente inserite all'interno di un network assistenziale con un monitoraggio continuo da parte dei vari attori assistenziali utile a una maggiore attenzione nella cura e migliori risultati.

L'analisi delle informazioni e delle funzionalità necessarie al sistema informativo è una fase che precede ed è indipendente da quella della realizzazione del sistema informatico e della scelta di una specifica piattaforma tecnologica. In questa logica il Progetto IGEA ha avviato una linea di attività mirata all'identificazione dei requisiti informativi minimi necessari allo sviluppo

del sistema informativo per il programma di gestione integrata idonei per i processi di identificazione della popolazione target. Il modello organizzativo proposto deve essere sistematicamente valutato attraverso indicatori clinici: di processo, di esito intermedio e di esito finale. Questi indicatori sono dei cosiddetti “indicatori di performance” utili al monitoraggio e alla valutazione dell’attività sanitaria e costituiscono uno strumento potente attraverso il quale, ad esempio, i decisori possono cogliere le condizioni iniziali del sistema, identificare i problemi e quantificare gli obiettivi ragionevolmente perseguibili in un definito ambito temporale, verificare la corrispondenza tra i risultati ottenuti e quelli attesi, individuare i settori che necessitano di azioni correttive e misurare l’impatto delle attività realizzate.

Il programma, inoltre, deve essere valutato non solo sugli aspetti più propriamente clinici, ma anche in riferimento alle attività del progetto stesso, alle persone coinvolte e ai diversi gradi di attivazione a livello regionale, con indicatori atti a far emergere l’efficienza dell’intervento tra coloro che hanno aderito alle linee guida. È stata, quindi, definita una serie di indicatori di sistema divisi in indicatori di: attuazione, equità, qualità percepita, economici.

La proposta di un set di indicatori di riferimento, che integri quelli già definiti dalle società scientifiche e già condivisi su base nazionale, è finalizzata a:

- rendere disponibile un set di indicatori alle Regioni che attualmente non dispongono di un set proprio;
- superare le diversità tra Regione e Regione: grazie all’impiego di un unico set minimo di indicatori, infatti, i risultati conseguiti nelle diverse Regioni saranno comparabili (sempre con tutte le cautele legate alla potenziale diversità di contesto);
- permettere la valutazione dei risultati su base nazionale, in una logica di congruenza e omogeneità rispetto alle singole realtà regionali;
- integrare gli indicatori già in uso e già suggeriti in una logica di maggior efficacia ed efficienza del monitoraggio.

I requisiti informativi per la gestione integrata del diabete e la definizione degli indicatori clinici e di sistema sono oggetto di un apposito documento di indirizzo<sup>3</sup>.

### **PDTA**

I PDTA, che derivano dalle linee guida, rappresentano un metodo di lavoro sistemico e integrato, finalizzato al miglioramento della qualità dell’assistenza, in grado di produrre risultati significativi in termini di efficacia ed efficienza.

L’obiettivo principale è l’*appropriatezza*, considerato che essa è in grado di incidere anche sull’economicità, cioè sull’uso adeguato delle risorse. L’applicazione del PDTA è rappresentata da profili di cura, diversificati a seconda delle caratteristiche e delle esigenze assistenziali dei pazienti, da tradurre in piani di cura personalizzati.

I pazienti vengono assistiti in funzione della complessità della malattia e del livello di autosufficienza: ai gradi più bassi di

complessità assistenziale le figure di riferimento più appropriate per la gestione del paziente sono i professionisti non ospedalieri e viceversa.

La diversificazione delle funzioni implica *profili di cura* condivisi tra i differenti attori coinvolti (ospedale, specialistica ambulatoriale, assistenza primaria), ma personalizzati rispetto alle necessità di ogni paziente. Tale diversificazione deve però realizzarsi in una logica di unitarietà del disegno di sistema. Il presupposto è, infatti, che tutti i professionisti che contribuiscono all’assistenza a ogni specifico livello di complessità dei pazienti condividano una mentalità, una cultura e una strategia comune. Quest’ultima deve essere costruita nel rispetto delle specificità di ognuno, mettendo al centro il paziente e i suoi bisogni e articolando le risposte assistenziali più adeguate.

Il PDTA, dunque, deve diventare parte integrante di strategie politiche di comunità (regionali, di ASL/distretto, ecc.) per facilitare i processi di interazione tra tutti gli attori coinvolti nella gestione delle persone con diabete al fine di migliorare la qualità dei servizi erogati, pertanto è necessario, promuovere la realizzazione in ogni realtà locale di un PDTA in diabetologia sempre con il coinvolgimento dell’Amministrazione locale (Direzioni Sanitarie Ospedali, Distretti e ASL), prevedendo un sistema di monitoraggio con indicatori di processo ed esito.

Esempio che voglio ripresentarvi in questo articolo, perché non ha avuto la meritata attenzione e utilizzo, è il documento del 2010 condiviso tra le società scientifiche AMD-SIMG-SID, “Documento di indirizzo politico e strategico per la buona assistenza alle persone con diabete”<sup>5</sup> che aveva come obiettivi dichiarati di:

- descrivere il rationale e le motivazioni che rendono indispensabile l’alleanza strategica tra la SIMG, l’AMD e la SID per risolvere alcune criticità nell’assistenza alle persone con diabete;
- presentare le strategie, i ruoli e le responsabilità, i metodi e gli strumenti, che concordemente le Società Scientifiche intendono condividere e utilizzare per migliorare l’assistenza alle persone con diabete;
- dichiarare gli obiettivi e i risultati professionali che le Società Scientifiche intendono concordemente perseguire e raggiungere;
- dichiarare le azioni che le Società Scientifiche intendono attuare per raggiungere gli obiettivi medesimi;
- condividere e realizzare gli obiettivi descritti nel documento coinvolgendo il più ampio numero di soggetti interessati alla buona assistenza alle persone con diabete.

La presa in carico della persona con diabete è l’elemento centrale del documento e si può definire come: “l’accettazione e la capacità del MMG e/o del team specialistico multi professionale di farsi carico della assistenza alla persona con diabete in un determinato momento del processo di cura, sulla base delle proprie funzioni, conoscenze e ruolo, in coerenza con i PDTA locali e le raccomandazioni clinico-organizzative delle Società Scientifiche”.

Essa si concretizza attraverso:

- il coinvolgimento attivo della persona con diabete la definizione del programma terapeutico, degli obiettivi e delle strategie della cura;
- la programmazione del monitoraggio della malattia e dei controlli: visite ambulatoriali, esami strumentali e bioumorali, verifica dei risultati;
- la disponibilità ad attivare una comunicazione efficace con gli altri operatori sanitari della rete assistenziale (anche attraverso consultazioni telefonici, e-mail).

La presa in carico delle persone con diabete da parte di uno degli attori coinvolti presume che sia stata effettuata la stratificazione delle persone con diabete in classi crescenti di intensità di cura ("trriage").

Le classi di intensità di cura identificate sono 7, per ognuna delle quali si possono indicare le caratteristiche cliniche, gli interventi prevedibili, la prevalenza, l'attore dell'assistenza maggiormente coinvolto (responsabile della presa in carico), le interazioni, gli indicatori e gli standard per il monitoraggio (Tab. IIa-d).

- **Classe 1:** pazienti critici e/o fragili, con complicanza e/o una situazione clinica per cui vi è un serio e grave pericolo per la vita o l'autosufficienza (ad es. infarto acuto, coma, intervento di bypass, sepsi, amputazione; comunque ogni situazione che comporti un ricovero ospedaliero urgente).
- **Classe 2:** pazienti che presentano una complicanza acuta in atto e che necessitano di un intervento specialistico urgente, anche in regime di ricovero, ma che non sono in immediato pericolo di vita e/o di disabilità (ad es. piede in gangrena, dialisi, angioplastica, grave scompenso metabolico senza coma, recente e grave episodio di ipoglicemia con perdita di coscienza ma successivo recupero, paziente diabetico ricoverato in reparto non di terapia intensiva, ecc.).
- **Classe 3:** pazienti che richiedono un intervento specialistico o multidisciplinare non urgente, ma comunque indifferibile:
  - diabetico di nuova diagnosi per il quale è necessaria la definizione diagnostica e/o l'inquadramento terapeutico e/o un intervento di educazione terapeutica strutturata;
  - diabete in gravidanza (diabete gestazionale e gravidanza in diabetica nota);
  - paziente con complicanza acuta in atto (ad es. ulcera piede senza infezione, retinopatia proliferante (PDR), controllo metabolico molto instabile);
  - pazienti diabetici da sottoporre allo screening delle complicanze micro- e macrovascolari in base al percorso di cura individuale
- **Classe 4:** pazienti diabetici con compenso metabolico instabile; non a target per i vari fattori di rischio cardiovascolare (CV); ad alto rischio di evoluzione rapida verso una qualsiasi complicanza; pazienti che hanno avuto un evento CV recente; piede diabetico senza ulcera.
- **Classe 5:** pazienti diabetici stabili, in buon compenso meta-

bolico ( $HbA_{1c} < 7,0\%$ ) e a target per i vari fattori di rischio CV, senza complicanze evolutive in atto.

- **Classe 6:** pazienti diabetici caratterizzati dalla coesistenza di cronicità multiple e riduzione dell'autosufficienza (in molti casi allestiti in modo permanente o prevalente).
- **Classe 7:** comprende tutta la popolazione generale sulla quale sono necessari interventi generali o specifici sullo stile di vita per ridurre il rischio di comparsa di un DMT2. Comprende anche i soggetti a rischio per diabete, sui quali il MMG deve attuare interventi di screening opportunistico per la diagnosi precoce di DMT2. Le eventuali neodiagnosi rimandano alla Classe 3.

Nella Tabella IIa-d sono descritte le prevalenze secondo le classi, gli interventi, il responsabile della presa in carico, le interazioni, gli indicatori e la fonte dati.

Il PDTA che vi presento in questo articolo è frutto del lavoro dell'area metabolica della SIMG, coordinata dal dott. Gerardo Medea, non è ancora condiviso dalle società scientifiche diabetologiche, ma fa riferimento al documento di indirizzo politico e strategico per la buona assistenza alle persone con diabete, precedentemente presentato, potrà comunque essere utile per avviare una necessaria discussione e confronto.

#### **Percorso diagnostico terapeutico del paziente con DMT2**

La gestione del paziente con DMT2 è affidata al MMG e al CD di riferimento, con responsabilità diverse in base alla fase della malattia, al grado di compenso metabolico e allo stato delle complicanze croniche.

Il MMG, dopo aver ottenuto il consenso informato, in genere in forma orale, per il PDTA, prende in carico il paziente secondo le seguenti modalità:

#### **1° fase: presa in carico da parte del MMG e del CD**

- Per le persone con diabete neo-diagnosticato:
  - se a giudizio del medico curante il paziente si trova in una condizione clinica (ad es. dubbi sulla diagnosi, sospetto diabete secondario, grave scompenso metabolico e/o scompenso metabolico acuto, complicanze gravi già in atto, necessità di terapie di esclusiva competenza specialistica, necessità di terapie complesse, complessità clinica ecc.) per la quale si giudica necessario un precoce intervento specialistico, invia il paziente in 1ª visita diabetologia non differibile (urgente se con scompenso metabolico);
  - negli altri casi (in genere per i pazienti del gruppo 5) il MMG:
    - rilascia la certificazione di esenzione per patologia (se previsto dalla Regione di residenza);
    - richiede gli esami (come da protocollo diagnostico concordato) per lo screening di base delle complicanze e la stadiazione della malattia;

**Tabella IIa.** Descrizione delle prevalenze secondo le classi, gli interventi, il responsabile della presa in carico, le interazioni, gli indicatori e la fonte dati.

Classe	Prevalenza	Intervento	Responsabile presa in carico	Interazione primaria	Indicatori	Fonte dati	Variabili da registrare
1	Dal 10 al 25% di tutti i ricoveri. La stima del 10% significa circa 1.000.000 di ricoveri/anno; in particolare sono diabetici il 25-50% dei ricoverati per sindrome coronarica acuta	Ricovero in unità di cure intensive	Reparto di degenza	Servizio di Diabetologia con team multi professionale dedicato	1. Tempi di degenza media 2. % di exitus 3. Grado di disabilità residuo 4. Destino dopo il ricovero (domicilio, RSA, riabilitazione)	SDO SDO SDO SDO	
2	Ulcere diabetiche prevalenza 0,6-0,8% di tutti diabetici (circa 20.000 persone); 25-50% di tutti i casi di SCA; ipoglicemia grave: 1 per diabetico tipo 1/anno; nel tipo 2 circa il 10% di quelle del tipo 1 (da 0,02 a 0,35 episodi/anno/paziente in terapia insulinica; 0,009 episodi/anno/paziente in terapia con sulfoniluree); diabetici ricoverati in ospedale per altre patologie (8-10% di tutti i ricoveri)	Assistenza diabetologia complessa: day service, day hospital, ricovero	Servizio di diabetologia con team multi professionale dedicato	Altri specialisti	1. Tempi di degenza media 2. % exitus 3. Grado residuo di disabilità 4. Incidenza complicanze gravi	SDO SDO SDO SDO	

- prescrive se necessario la terapia antidiabetica del caso;
  - compila il piano terapeutico per i presidi ritenuti necessari per l'automonitoraggio della glicemia e sulla base di un protocollo condiviso se necessario, se previsto dalla regione di residenza e se disponibile un'organizzazione di studio con personale esperto per il 1° addestramento del paziente all'utilizzo del glucometro e delle strisce;
  - compila la proposta di piano di cura individuale;
  - invia, quindi, il paziente al CD per la 1ª presa in carico con richiesta di "1ª visita diabetologia non differibile".
  - Per le persone con DMT2 noto non già seguite da un CD, il MMG:
    - compila l'assenza per patologia (in sua eventuale assenza) e se previsto dalla Regione di residenza;
    - compila il piano di cura individuale (solo per i pazienti del gruppo 5);
    - le invia al CD per la presa in carico con richiesta di "1ª visita diabetologia non differibile";
    - se il paziente non avesse ancora iniziato l'automonitoraggio della glicemia, la compilazione del relativo piano di trattamento può essere demandata alla successiva visita presso il CD trattandosi, presumibilmente di casi più complessi e/o in una fase avanzata della malattia.
- Nell'uno e nell'altro caso il CD procede con:
- gli eventuali ulteriori interventi diagnostico e/o terapeutici ritenuti necessari;
  - il rilascio della certificazione ai fini dell'assenza per patologia (e di eventuali altre certificazioni), se non già effettuata;
  - la compilazione e/o la condivisione del piano di cura proposto dal MMG;
  - la compilazione del piano terapeutico per i presidi ritenuti necessari per l'automonitoraggio, se non già precedentemente prescritti, con il relativo addestramento all'utilizzo;
  - un intervento educativo strutturato, preceduto dalla valutazione delle conoscenze e dalla individuazione dei bisogni formativo-educazionali del paziente, sulla base di quanto già eventualmente effettuato dal medico curante;
  - Ove possibile il CD effettua tutte queste attività in regime di day service avvalendosi anche, se necessario, di strutture collegate.
- Alla fine di questo iniziale percorso il paziente viene inserito nel *Protocollo di follow-up* in base alle condizioni cliniche.
- 2° fase: follow-up**
- Le persone con DMT2 non complicato, o con complica-



**Tabella IIb.** Descrizione delle prevalenze secondo le classi, gli interventi, il responsabile della presa in carico, le interazioni, gli indicatori e la fonte dati.

Classe	Prevalenza	Intervento	Responsabile presa in carico	Interazione primaria	Indicatori	Fonte dati	Variabili da registrare
3	Ulcere diabetiche 0,6-0,8% di tutti diabetici; PDR: 23% nei pazienti con DMT1 (35.000 circa in Italia), 14% nei diabetici tipo 2 insulino-trattati e 3% nei diabetici tipo 2 non insulino-trattati (250-300.000 complessivamente); edema maculare rispettivamente nell'11, 15 e 4% nei gruppi su menzionati; neo-diagnosi: nel DMT1 è circa 2.000 casi/anno, nel DMT2 circa 230.000 casi/anno; diabete in gravidanza: circa il 6-7% delle gravidanze	Assistenza diabetologia complessa: day service, day hospital, ricovero	Servizio di diabetologia con team multi professionale dedicato	Altri specialisti	1. Incidenza complicanze gravi, 2. % guarigioni 3. % recidive 4. % ospedalizzazioni 5. Grado residuo di disabilità 6. Tempi di attesa 7. Numero re work	SDO SDO SDO SDO CUP/ ASL SDO	

ze stabili che abbiano raggiunto un compenso adeguato e stabile della glicemia (classe 5 documento AMD-SID-SIMG, Tab. II), e degli altri fattori di rischio CV o un soddisfacente miglioramento di questi ultimi vengono assegnati al Protocollo A.

#### Protocollo A (presa in carico prevalente da parte del MMG)

- Protocollo di follow-up presso il MMG
  - Ogni 6 mesi
    - Controllo valori pressori e dell'automitoraggiamento della glicemia.
    - Controllo degli indici antropometrici (peso, BMI, CA).
    - Prescrizione e controllo dell'Emoglobina glicata, urine, glicemia.
    - Rinforzo stili di vita.
  - Ogni 12 mesi
    - Visita medica generale (incluso esame piedi) + Tutto quanto già previsto nella visita a 6 mesi (secondo protocollo).
    - Prescrizione e controllo di: Assetto lipidico, funzione renale ed epatica, elettroliti, microalbuminuria.
    - Prescrizione degli accertamenti, per lo screening/valutazione delle complicanze (obbligatoriamente Fundus oculi ogni 2 anni, ECG annuale + altri accertamenti sulla base di specifiche necessità). Per lo screening delle complicanze CV si procede secondo protocollo.
    - Rinnovo del piano terapeutico per i presidi ritenuti

necessari per l'automonitoraggio secondo protocollo se previsto dalla regione di residenza.

Gli esami strumentali per lo screening annuale delle complicanze possono essere erogati attraverso "pacchetti" anche presso il centro diabetologico di riferimento o presso l'UCCP (in telemedicina o da parte di MMG con speciali interessi).

La visita diabetologica di controllo, permanendo la situazione di stabilità clinica, può essere richiesta o sulla base del piano di cura individuale o secondo parere del MMG, anche con intervalli superiori all'anno.

Il MMG richiede la consulenza diabetologica anche anticipata rispetto alle scadenze previste dal piano di cura individuale sulla base dei mutati bisogni diagnostico terapeutici del paziente (ad es.: 1. ripetute glicemie a digiuno >180 mg/dl); 2. emoglobina glicata > 7,5% in due determinazioni consecutive fatte salve alcune popolazioni particolari in cui gli obiettivi terapeutici per il controllo della glicemia sono meno stringenti<sup>1</sup>; 4. comparsa di segni clinici riferibili a complicanze in fase attiva; 5. procedure invasive e/o prima d'interventi di chirurgia maggiore).

Per i pazienti che necessitano del rinnovo del piano terapeutico (farmaci in monitoraggio AIFA) la visita diabetologica viene effettuata secondo le scadenze previste dallo stesso.

#### Protocollo B (presa in carico prevalente da parte del CD)

I pazienti con DMT2 con complicanze non stabilizzate o scompensati dal punto di vista glicemico o che non abbiano rag-

**Tabella IIc.** Descrizione delle prevalenze secondo le classi, gli interventi, il responsabile della presa in carico, le interazioni, gli indicatori e la fonte dati.

Classe	Prevalenza	Intervento	Responsabile presa in carico	Interazione primaria	Indicatori	Fonte dati	Variabili da registrare
4	30-50% di tutti i diabetici (1.500.000-2.500.000)	Assistenza diabetologia complessa: day service, day hospital, educazione terapeutica strutturata	Servizio di diabetologia con team multi professionale dedicato	MMG Altri specialisti	1. Incidenza complicanze 2. Numero di re work 3. % rientro negli obiettivi terapeutici 4. % ospedalizzazioni	Cartella UD	
5	30-50% di tutti i diabetici (1.500.000-2.500.000)	Monitoraggio <i>adherence e compliance</i> ai trattamenti farmacologici e non farmacologici, follow-up sistematici, farmacovigilanza	MMG con gestione Integrata con il Servizio di Diabetologia (Modello IGEA)	Altri specialisti	Vedi documento indicatori Area Metabolica SIMG	Cartella MMG e diabetologica	

giunto un soddisfacente miglioramento dei fattori di rischio CV (classi 4, 3, 2) <sup>5</sup> vengono assegnati al Protocollo B (con presa in carico prevalente dal CD alla quale accedono con modalità di urgenza (presa in carico entro 72 ore dalla richiesta del MMG) o non differibile (presa in carico entro 10 giorni max dalla richiesta del MMG).

Il protocollo B prevede la gestione dei pazienti da parte del CD, con il supporto del MMG. A seconda del grado di scompenso e del tipo e dell'entità delle complicanze croniche, il paziente diabetico viene gestito in regime ambulatoriale, di day service nei centri ospedalieri e, ove necessario, in regime di ricovero. A tale riguardo è fondamentale al fine di assicurare appropriati interventi per livelli di intensità di cura crescente, che i CD realizzino PDTA e sinergie condivise con le Unità Operative intraospedaliere (DEU, UTIC, chirurgia ecc.) e con centri di riferimento clinico per problematiche specifiche di alta complessità. L'iter del paziente complicato prevede una più approfondita valutazione diagnostica e stadiazione della complicanza in atto, attraverso indagini specifiche, e l'applicazione di appropriati protocolli terapeutici.

Una volta ottenuta una stabilizzazione delle complicanze croniche e/o del controllo glicemico e un soddisfacente miglioramento degli altri fattori di rischio CV il paziente può tornare al Protocollo A secondo un rinnovato piano di cura individuale proposto dal CD.

Esempio di presa in carico da parte del MMG di un paziente con DMT2, in buon compenso metabolico (classe 5) <sup>5</sup>.

## Progetto Diabete nell'accordo Aziendale dell'AUSL Umbria 1 e la Medicina Generale 2014/2015

### Medicina di iniziativa nella gestione dei pazienti con diabete tipo 2 in compenso

#### Premessa

La letteratura e le sperimentazioni in atto stanno dimostrando che nella gestione di patologie croniche, perché i pazienti vadano incontro a una migliore qualità della vita utilizzando meglio i servizi sanitari, è essenziale realizzare:

- un'assistenza integrata tra tutti i vari attori/professionisti che intervengono a vario titolo nel percorso;
- un supporto educativo all'autocura e al follow-up.

Questi obiettivi possono essere raggiunti attraverso una gestione attiva delle patologie croniche.

Il diabete è una patologia cronica frequente ed è paradigmatica, in quanto un corretto stile di vita permette di migliorare, in maniera evidente, l'andamento della malattia stessa.

Un approccio di tipo attivo verso tale patologia vuole dire in particolare agire su due livelli:

- 1) relativo ai soggetti a cui è stata già fatta diagnosi di DMT2 e sono stabilizzati;
- 2) rivolto a quei soggetti a maggior rischio di sviluppare tale patologia e che se correttamente informati e supportati possono diminuire o annullare del tutto tale rischio.

**Tabella IId.** Descrizione delle prevalenze secondo le classi, gli interventi, il responsabile della presa in carico, le interazioni, gli indicatori e la fonte dati.

Classe	Prevalenza	Intervento	Responsabile presa in carico	Interazione primaria	Indicatori	Fonte dati	Variabili da registrare
6	1-2 casi per MMG	Assistenza domiciliare	MMG	Servizio di Diabetologia con team multi professionale dedicato Altri Specialisti (ADI)	1. Incidenza di ricoveri 2. Incidenza di ulcere da decubito	SDO e cartelle cliniche MMG e UD	
7	Tutti i soggetti a rischio in carico al MMG non già diabetici	Educazione sanitaria ai corretti stili di vita, screening opportunistico del DMT2	MMG	Servizio di Diabetologia con team multi professionale dedicato	Incidenza del DMT2	Registri regionali Cartella MMG	

Si concorda di avviare, a partire dal 2014, una sperimentazione di medicina di iniziativa per la gestione di pazienti affetti da DMT2 stabilizzato.

#### **Definizione di caso**

Pazienti affetti da DMT2 in controllo metabolico soddisfacente e stabile per età e situazione clinica generale senza o con complicanze iniziali e stabili nel tempo.

Gli attori della gestione condivisa del percorso sono rappresentati dalle seguenti figure:

- MMG;
- infermiere del Centro di salute (o, se presente, della medicina di gruppo dei MMG che partecipano);
- specialista diabetologo;
- medico del CdS;
- ecc.

Ogni figura avrà dei compiti ben definiti in particolare:

- il MMG: individua tra i propri assistiti i pazienti eleggibili e li segue nel percorso in quanto responsabile clinico;
- l'infermiere del CdS: accede agli ambulatori dei MMG ed effettua i rilievi dei parametri vitali individuati; fornisce informazioni corrette sugli stili di vita e sulla patologia; partecipa alla formazione integrata;
- lo specialista del Centro Diabetologico: valuta tra i propri casi in carico quelli con le caratteristiche rientranti tra quelli eleggibili e concorda con il MMG il passaggio graduale della sua gestione dal CD all'ambulatorio del MMG; nel caso di nuovi casi effettua la prima diagnosi e indica gli obiettivi, successivamente rinvia il paziente dal proprio medico per la presa in carico (qualora il paziente non presenti complicanze e il controllo glico-metabolico sia soddisfacente); fornisce consulenza al MMG nella ridefinizione degli indirizzi terapeutici, dietetici, comportamentali e nel follow-up delle complicanze;

prende in carico il paziente non stabilizzato e lo rinvia al MMG, una volta stabilizzato; partecipa alla formazione integrata;

- il medico del CdS: è il responsabile organizzativo del percorso; garantisce l'accesso del personale infermieristico nella sede della medicina di gruppo; partecipa alla programmazione delle sedute; effettua il monitoraggio, valuta le criticità e propone le azioni di miglioramento della medicina di gruppo che effettua la sperimentazione; partecipa alla formazione integrata.

La partecipazione dei MMG alla sperimentazione avverrà su base volontaria.

La sperimentazione è aperta a tutte le medicine di gruppo presenti nel territorio dell'Azienda USL Umbria 1. L'Azienda in considerazione delle risorse economiche e di personale infermieristico disponibili per il progetto, sentiti i Direttori dei Distretti, stabilirà modalità che, anche se gradualmente, permetteranno a tutti i medici di partecipare alla sperimentazione. Per tale motivo sarà data priorità a quei gruppi di medici che:

- condividano i propri archivi di pazienti;
- sia prevista la presenza di una sede principale dove tutti i medici hanno il proprio ambulatorio principale e abbia disponibilità di spazi e orari per accogliere il personale infermieristico ed effettuare le visite dei pazienti che entreranno nel percorso;
- tutti i componenti della medicina di gruppo prendano parte alla sperimentazione;
- garantisca al personale infermieristico l'accessibilità, anche limitata ai soli pazienti eleggibili, ai dati presenti negli archivi dei software gestionali dei MMG;
- sia dotata di un collaboratore di studio.

Se le richieste sono in numero superiore rispetto alla possibilità di soddisfarle la medicina di gruppo verrà individuato sulla base delle seguenti priorità:

- maggior numero di assistiti;
- criterio geografico.

Ogni “gruppo di medici” che verrà individuato dovrà nominare un referente che avrà il compito di interfaccia con il medico del CdS di riferimento e dovrà verificare che tutti i membri del “gruppo” effettuino quanto concordato.

Per questi motivi potrebbe essere utile attivare il percorso partendo da un nucleo forte di medici in medicina di gruppo, perché questa forma prevede la condivisione degli archivi.

Inoltre la gestione dei pazienti individuati dovrà avvenire in maniera condivisa tra tutti gli operatori dei servizi che intervengono attraverso l’adesione al percorso aziendale.

Quindi, nell’ambito della sperimentazione oggetto dell’Accordo Aziendale, il MMG dovrà:

- partecipare alla formazione specifica;
- individuare tra i propri assistiti quelli eleggibili (con DMT2 stabilizzato);
- chiedere il consenso ai pazienti individuati fornendo loro le informazioni sul nuovo percorso (in relazione a questo aspetto se a livello regionale saranno definite le modalità di acquisizione del consenso per il Fascicolo Sanitario Elettronico, così come previsto dall’Accordo Integrativo regionale, tale modalità potrà essere utilizzata per l’acquisizione del consenso al percorso di medicina di iniziativa. È necessario comunque che il MMG informi il proprio assistito sulle modalità previste dal nuovo approccio condiviso);
- stilare l’elenco dei propri assistiti che hanno espresso il consenso alla partecipazione;
- inviare l’elenco con le informazioni necessarie dei pazienti eleggibili al responsabile del CdS di riferimento nei tempi prestabiliti;
- concordare con il responsabile del CdS le sedute dedicate da effettuare insieme all’infermiere del CdS (o se disponibile al personale infermieristico di provenienza della medicina di gruppo);
- chiamare a visita, attraverso il proprio personale di segreteria, i pazienti individuati in orari dedicati;
- garantire, al momento della prima visita, la presenza congiunta insieme al personale infermieristico e fornire tutte le informazioni relative a stili di vita, comportamenti alimentari, terapia ecc.;
- sulla base dei dati di laboratorio (Hb glicata e fenotipo) programmare la visita e gli esami successivi che il paziente dovrà effettuare;
- a 6 mesi dall’avvio della sperimentazione e al termine del primo anno di sperimentazione dovrà rinviare l’elenco dei propri assistiti con indicate le azioni effettuate, sulla base degli indicatori individuati, al responsabile del CdS di riferimento;
- l’elenco finale inviato servirà a verificare il raggiungimento degli obiettivi individuati.

Si evidenzia che gli obiettivi sono del singolo medico che appartiene alla medicina di gruppo.

### **Indicatori previsti nella sperimentazione**

- Prevalenza attesa dei casi presenti con DMT2 (5,5-6%).
- Almeno il 50% dei pazienti con DMT2 stabilizzato seguiti con il nuovo percorso/ totale dei pazienti con DMT2 stabilizzato.
- Effettuazione di Hb glicata in almeno 70% dei pazienti entrati nel percorso (almeno 2 esami/anno) nel primo anno di sperimentazione. Nel secondo anno di sperimentazione tale percentuale viene elevato al 90%.
- Registrazione di una microalbuminuria in almeno il 70% dei pazienti in carico negli ultimi 12 mesi.
- Registrazione di una clereance stimata in almeno il 70% dei pazienti in carico negli ultimi 12 mesi.

### **Formazione**

È prevista una formazione specifica integrata rivolta agli operatori che parteciperanno alla sperimentazione (MMG, infermieri, medici CdS, specialisti, ecc.) che si realizzerà su due livelli:

- un percorso formativo rivolto a fornire contenuti specifici sul nuovo modello organizzativo (CCM);
- un percorso formativo rivolto a fornire contenuti specifici sulla gestione del paziente diabetico (questo percorso dovrà essere realizzato in collaborazione con il personale dei Centri Diabetologici).

Nella realizzazione dei corsi formativi saranno coinvolte tutte le figure professionali previste per la sperimentazione.

### **Formazione**

Un elemento fondamentale nel processo di connessione dei nodi della rete è la formazione. La formazione continua è fondamentale poiché la presa in carico dei malati cronici presuppone sempre e comunque lo sviluppo di nuovi compiti e quindi la necessità di nuove conoscenze e l’acquisizione di specifiche abilità. La metodologia migliore in tal senso è la formazione sul campo.

Relativamente alla formazione sulla sanità di iniziativa, una delle criticità maggiori nella realizzazione di un percorso risiede in primis nella ridefinizione dei ruoli degli attori che vi intervengono; tale aspetto obbliga quindi a una formazione integrata tra le varie figure, con l’obiettivo di uniformare linguaggi e approcci, sia dal punto di vista della sanità di iniziativa che della patologia, per gestire, con un approccio multiprofessionale integrato, il percorso diagnostico terapeutico del diabete fornire le competenze e le abilità tecniche di base per condurre la relazione con il paziente nelle diverse fasi del percorso.

### **Formazione di un MMG con particolare interesse in diabetologia**

Con la nuova riorganizzazione prevista dalla Legge Balduzzi e Il Patto per la Salute 2014/2016, si vuole, in pratica, rimodellare le cure primarie favorendo forme organizzative sempre più integrate e multi-professionali e realizzare la presa in carico globale del paziente, soprattutto se affetto da patologia croni-

ca, al fine di spostare sul territorio l'assistenza socio-sanitaria e lasciare al polo ospedaliero la gestione delle acuzie. Al Territorio spetta anche il compito di promuovere la salute della popolazione di riferimento attraverso il passaggio dalla medicina di "attesa" a quella di "iniziativa", adottando un sistema di controllo informatizzato che permetta di verificare l'appropriatezza, la qualità e la sostenibilità dei percorsi di cura (altrimenti chiamato "Governo Clinico").

Il Patto della Salute, attraverso questo nuovo profilo organizzativo della medicina generale italiana, automaticamente sancisce, la nascita di tre "nuove" figure professionali:

- il coordinatore di AFT/UCCP assimilabile a un vero e proprio manager delle cure primarie;
- il medico con speciali interessi (*general practitioners with special interests*, GPwSIs) <sup>6</sup>;
- il medico delle cure primarie in grado di gestire la diagnostica di 1° livello all'interno delle UCCP.

Il Patto della Salute, in vero, norma in modo esplicito solamente le prime due figure professionali, anche se relativamente ai GPwSIs menziona solo "il medico esperto sulle tematiche legate alla terapia del dolore".

Non è del tutto chiara, inoltre, la posizione economica e giuridica di queste innovative figure professionali e nessuna indicazione è posta circa le modalità del loro accreditamento e di ri-accreditamento.

Anche sulla base di queste premesse, è stata fondata dalla SIMG l'Alta Scuola di Formazione delle Cure Primarie, che si propone di:

- fornire conoscenze, competenze e abilità ai MMG per erogare cure personalizzate costo-efficaci;
- scrivere la nuova *Job Description* delle cure primarie e organizzare una Scuola permanente su funzioni e compiti (ad es. come mi prendo cura della persona con diabete);
- migliorare le competenze e creare gli strumenti per fornire cure complesse sul territorio.

Tenuto conto dei possibili sviluppi organizzativi e tecnologici della professione, la Scuola ha quattro principali settori di intervento:

- la formazione clinica centrata sulla *Job Description* delle Cure Primarie;
- la formazione dei GPwSIs;
- il management professionale (destinato soprattutto, ma non solo, ai coordinatori di AFT/UCCP);
- la formazione/addestramento nell'uso delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche (in particolare l'ecografia di 1° livello, le tecniche infiltrative, l'Holter, ecc.).

Per quanto riguarda i GPwSIs, le aree di possibile attivazione sono potenzialmente molteplici, l'area diabetologia ha più urgenza di essere implementata, anche a prescindere dal buon esito degli sviluppi delle nuove forme organizzative nelle Cure Primarie, poiché c'è da considerare l'alto numero di diabetici che ancora sfuggono a una gestione ottimale della malattia, e la cui intercettazione e gestione da parte del MMG è determinante. Il nu-

mero complessivo di questi pazienti, inoltre, è talmente elevato che è impensabile delegarli totalmente ai CD per soddisfare tutti i loro bisogni.

C'è da considerare poi che, essendo in costante aumento l'incidenza e la prevalenza della patologia, anche grazie a una migliorata sopravvivenza, si sta incrementando il numero di pazienti con DMT2 in terapia insulinica ... che anche il MMG deve saper gestire.

Ad aggravare la situazione si è aggiunta in questi ultimi anni la scellerata pratica dei Piani Terapeutici, molti dei quali hanno coinvolto i farmaci per il trattamento del DMT2. In conseguenza, i MMG sono stati esclusi dalle conoscenze e dalle capacità gestionali di questi farmaci (e tra essi ci sono state anche per molti anni le insuline basali).

Questo ragionamento fa concludere che un GPwSI in diabetologia, è soprattutto in terapia insulinica, può contribuire a determinare quel salto di qualità nell'assistenza ai diabetici, che la situazione epidemiologica e clinica richiede.

Un GPwSI in diabetologia deve avere competenze:

- di tipo organizzativo relativamente alla gestione della popolazione diabetica (dati, audit, outcome, output, assorbimento di risorse, organizzazione dello studio, ecc.);
- cliniche avanzate nella gestione della terapia anti-diabetica orale e insulinica;
- nella valutazione e gestione di primo livello per lo screening delle complicanze del DMT2.

La sua consulenza, rivolta non ai pazienti, ma ai medici (di una medicina di gruppo o di un'aggregazione funzionale come le AFT o le UCCP, è informale e occasionale e non è sostitutiva a quella dello Specialista di settore.

Nel mese di giugno 2017 è stato organizzato e svolto, presso l'Alta Scuola di Formazione della SIMG a Firenze il primo corso per MMG con particolare interesse in diabetologia, in particolare nella gestione della terapia insulinica, con l'obiettivo principale di formare un MMG con speciale interesse nel saper gestire la terapia insulinica nel DMT2, nei casi di competenza della *primary care* e fornire (quando richiesto e interpellato) consulenza e supporto informativo e formativo ai colleghi della medicina di gruppo AFT/UCCP.

## Quali sono gli elementi dell'organizzazione?

- AFT-UCCP.
- CCM (medicina di iniziativa).
- AUDIT.

### AFT-UCCP

La legge n. 189/2012 (Legge Balduzzi) e il rinnovato Patto per la Salute 2014-2016 emanato con l'atto di intesa della Conferenza Stato Regioni il 10/07/2014, attribuiscono alle Regioni

autonomia esclusiva nella definizione dell'organizzazione territoriale delle cure primarie, attraverso l'implementazione dei modelli organizzativi quali in particolare le AFT che permettano una gestione coordinata più efficace di quella attuale nella presa in carico e cura dei pazienti, in particolare quelli affetti da patologie croniche. In alcune regioni attraverso gli Accordi Integrativi Regionali, è stato disegnato e si è data concretezza a un modello organizzativo che, privilegiando forme associative allargate funzionali (Equipes Territoriali), potesse portare a una integrazione con i nuclei di Continuità Assistenziale, anche attraverso strumenti informatici, e che prefigurava in forma propeudeutica le future AFT.

La AFT è una forma organizzativa monoprofessionale che persegue l'obiettivo di salute e di attività definiti dall'azienda. I MMG (AP e CA) operano obbligatoriamente all'interno delle nuove forme organizzative. La AFT garantisce l'assistenza per l'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana a una popolazione variabile tra i 15 e i 30 mila abitanti ed è costituita da medici di assistenza primaria e da medici a rapporto orario. Le ASL nella definizione delle AFT dovranno tenere conto delle condizioni oro-geografiche e di accesso ai presidi che erogano l'assistenza.

I compiti essenziali della AFT sono:

1. assicurare l'erogazione a tutti i cittadini che a essa afferiscono di livelli essenziali e uniformi di assistenza, inclusa l'assistenza ai turisti;
2. realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata e per 7 giorni alla settimana;
3. sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione;
4. garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del fascicolo sanitario elettronico (FSE);
5. promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari;
6. promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse. A questo scopo vanno definiti dei PDTA, coinvolgendo le figure professionali necessarie, per la gestione delle principali cronicità (diabete mellito, scompenso cardiaco, BPCO, Ipertensione arteriosa, rischio CV globale), tenendo conto della gestione della complessità, tipica della medicina territoriale. Questi PDTA definiscono: chi fa, che cosa, dove e quando, individuando degli indicatori su cui costruire un percorso di audit e su cui strutturare il riconoscimento economico. La definizione dei compiti e competenze dovrà tener conto del livello organizzativo in cui ciascun operatore si trova a operare;
7. la AFT realizza i compiti di cui al precedente comma secondo il modello organizzativo regionale nel rispetto degli

obiettivi del distretto di riferimento, attraverso il processo di valutazione congiunta dei risultati raggiunti. I medici di cure primarie sono funzionalmente connessi tra loro mediante un struttura informatico-telematica di collegamento tra le cartelle cliniche degli assistiti che consenta, nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza nella gestione dei dati:

- l'accesso, a ogni medico della AFT, alle informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici operanti nella medesima AFT per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure;
- la valutazione, a ogni medico, del proprio operato e il confronto con gli altri medici della performance individuali in un'ottica peer- review;
- al coordinatore di AFT l'estrazione dei dati di attività, in forma aggregata e anonima, per la valutazione complessiva e la programmazione dei percorsi assistenziali da garantire alla popolazione di riferimento della AFT.

Le UCCP, sono reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere e che erogano prestazioni assistenziali tramite l'integrazione tra la medicina specialistica, la MG e i Servizi Sociali. Le UCCP sono aperte al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione. Le UCCP possono essere declinate anche come Case della Salute.

#### *Case della salute*

All'interno di una AFT è ipotizzabile l'individuazione di un luogo fisico dove le varie professionalità possano interagire per attuare gli obiettivi assistenziali dell'AFT stessa. Tali luoghi possono essere definiti case della salute. Possono essere individuate varie tipologie in funzione della complessità realizzabile, tendo conto delle esigenze assistenziali territoriali specifiche.

Lo standard minimo è rappresentato dalla presenza degli ambulatori dei medici di assistenza primaria, ambulatorio infermieristico h12, personale amministrativo, cup, ambulatori specialistici fondamentali. La casa della salute diventerebbe il luogo privilegiato dove poter attuare la prevenzione e la medicina d'iniziativa nella gestione della cronicità e della complessità.

I medici a rapporto orario potrebbero essere coinvolti nella funzione di supporto per gli ambulatori periferici, che rimarrebbero per garantire la prossimità delle cure, per attuare anche in queste sedi il nuovo modello gestionale della Medicina Generale.

All'interno delle AFT è prevista tra i medici di cure primarie la figura del "medico esperto o con specifici interessi" che possa essere di riferimento per i medici della AFT e di collegamento con la medicina specialistica.

ATF e UCCP, oggi sulla carta sono solo scatole vuote di contenuti e proposte professionali, sono un'opportunità per sperimentare iniziative di integrazione ospedale-territorio sulla scorta di modelli già sperimentati dalle Agenzie Sanitarie Americane come il Kaiser Permanente.

### CCM (*Chronic Care Model* o medicina di iniziativa)

Il disegno strategico nell'attuazione di tutto il processo che dovrà portare alla riorganizzazione delle nuove cure primarie, anche grazie alla variegata e fantasiosa capacità interpretativa delle Regioni, nelle more del Cap. V della Costituzione, è ancora molto nebuloso circa le possibili modalità di attivazione e finanziamento, ma ancor più nebulose sono le attività che dovranno essere svolte al loro interno, si parla genericamente di una presa in carico, da parte del MMG, dei pazienti portatori di una o più patologie croniche, ma con quali strumenti e modalità di gestione non ci sono ancora indicazioni definite e univoche.

Le evidenze depongono da molti anni per l'assunzione nella sua interezza del modello assistenziale noto come "Chronic Care Model" (Tab. III, Fig. 1) <sup>7</sup> un macro modello assistenziale, che dispone di valutazioni positive rispetto al rapporto costo efficacia e che rappresenta la base applicativa per interventi sulle principali patologie cronico degenerative (diabete, malattie cardio- e cerebrovascolari, malattie pneumologiche, neurodegenerative, ecc) e/o se si preferisce su modelli di presa in carico per fasce di popolazione, offrendo inoltre numerosi punti di contatto per le attività territoriali di promozione della salute e di prevenzione primaria e secondaria.

L'efficacia del CCM è fornita dall'interazione costante fra operatori sanitari formati alla sanità di iniziativa che "si prendono cura del paziente" con richiami periodici

secondo le necessità del paziente in un contesto di linee di indirizzo condivise. L'altro attore fondamentale è il paziente informato, attivo esecutore della propria cura; con lo scopo di ottenere un'assistenza di alta qualità, un'utenza soddisfatta e un miglioramento dello stato di salute della popolazione.

### Esperienza Toscana

*Accordo Regionale ai sensi degli artt. 4, 14 e 13 bis dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, 27.09.09*

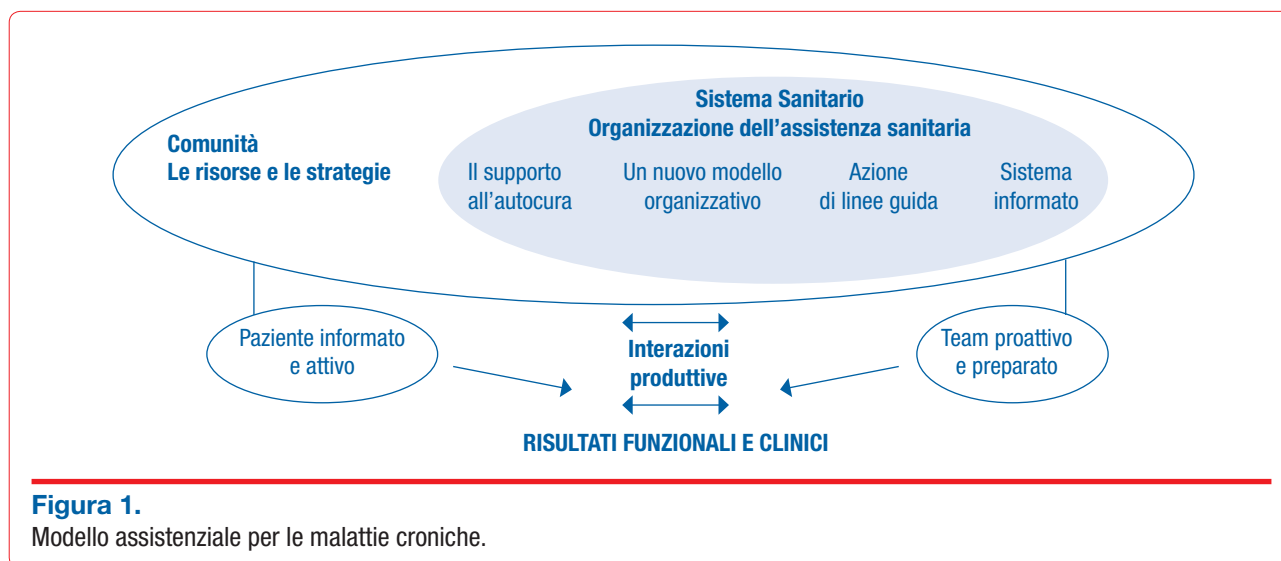
*Accordo Integrativo Regionale, 2012*

#### 5. La Sanità di Iniziativa

È intenzione delle parti, visti i buoni risultati degli indicatori di processo e di esito del sistema in toto, nel rispetto integrale anche della parte economica di quanto previsto dall'accordo fra la RT e le OOSS sul ruolo della medicina generale nell'attuazione del PSR 2008-10, portare a compimento le azioni della Sanità di iniziativa garantendo la copertura di tutta la popolazione toscana andando in progress fino a raggiungere tale obiettivo nel 2015 (20% annuo). Il passaggio a sistema avverrà compiutamente nelle AFT/UCCP, che sono la dimensione associativa idonea a supportare questo passaggio.

Inoltre è necessario individuare il modello di transizione dalla medicina di iniziativa orientata per patologie a quella orientata alla gestione del paziente cronico con bisogni assistenziali complessi, con l'obiettivo di un maggior impatto in termini di tutela della salute di coloro che, per qualche motivazione, non usufruiscono a pieno delle prestazioni del SSR. Il percorso di passaggio sarà individuato attraverso un accordo professionale fra la Medicina Generale e tutte le altre professionalità presenti in CSR e ratificato da un ulteriore accordo. Si confermano le finalità previste dalla DGRT 467/09 e successive, ma tenendo presenti le difficoltà economiche che sta attraversando il SST, si ritiene opportuno prendere in considerazione una rivisitazione del CCM nel senso dell'arruolamento di pazienti fragili e ad alta complessità.

Le nuove metodologie di lavoro saranno implementate a partire dal 2013, coinvolgendo in prima istanza i moduli della sanità



**Tabella III.** I ruoli professionali nel modello attuativo della sanità di iniziativa (*Expanded Chronic Care Model*).

Elementi costitutivi del CCM	Ruoli professionali
<b>Valutazione dei bisogni della comunità</b> Elaborazione profili di salute; identificazione di gruppi di popolazione/aree a rischio; analisi delle disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria	Medici di comunità (ruolo di coordinamento), medici di famiglia, epidemiologi, ricercatori sociali, rappresentanti delle comunità locali
<b>Risorse della comunità</b> Valorizzazione e sviluppo di gruppi di volontariato, gruppi di auto-aiuto, centri per anziani autogestiti, attività fisica adattata, ecc.	Medici di comunità (ruolo di coordinamento), medici di famiglia, infermieri, operatori sociali, rappresentanti delle istituzioni e delle comunità locali
<b>Supporto all'auto-cura</b> Aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire conoscenze, abilità e motivazioni nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi	Prevalente ruolo degli infermieri, dietisti, fisioterapisti, con il supporto di medici di famiglia e specialisti
<b>Proattività degli interventi</b> Le consuete attività cliniche e assistenziali sono integrate e rafforzate da interventi programmati di follow-up con sistemi automatici di allerta e di richiamo	Ricade sul medico di famiglia la responsabilità complessiva nei confronti del paziente in ordine alla diagnosi, la terapia, la prevenzione e la riabilitazione Il MMG assume il ruolo di coordinatore degli interventi sanitari del team. Nell'ambito delle attività programmate, nel contesto del lavoro di team e sulla base delle linee-guida condivise l'infermiere, componente del team, gestisce i sistemi di allerta e di richiamo e svolge le attività di follow-up, ne assume la responsabilità professionale inerente agli atti messi in essere e si relaziona con il MMG
<b>Supporto alle decisioni</b> L'adozione di linee-guida basate sull'evidenza forniscono al team gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici. Le linee guida sono rinforzate da un'attività di sessioni di aggiornamento e di audit per tutti i componenti del team	Le linee guida sulla patologie oggetto del CCM vengono elaborate dal Consiglio Sanitario Regionale con il coinvolgimento di tutte le professioni e saranno successivamente adattate al contesto locale dalle aziende sanitarie
<b>Sistemi informativi</b> I sistemi informativi computerizzati devono funzionare come: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. sistema di allerta che aiuta i team delle cure primarie ad attenersi alle linee-guida</li> <li>2. feedback per i medici, mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche</li> <li>3. registri di patologia per pianificare la cura individuale dei pazienti e per amministrare un'assistenza "population-based"</li> <li>4. strumenti per il monitoraggio e la valutazione dei progetti e degli interventi</li> </ol>	Medici di famiglia, infermieri, epidemiologi, medici di comunità, statistici, economisti sanitari

d'iniziativa già attivati e progressivamente tutta la popolazione toscana.

Le risorse necessarie saranno anche reperite attraverso una azione di maggior appropriatezza di tutte le categorie professionali.

Le parti concordano di rispettare i contenuti della DGRT 467 del 3.06.09 e 716 del 3.8.09.

In particolare in riferimento alla nota 4.3.f della DGRT 467/09, la quota prevista per l'adesione al progetto sarà assorbita dalla remunerazione di risultato. *"Tutti gli indicatori saranno annualmente sottoposti a verifica e aggiornamento, in coerenza con l'evoluzione del sistema regionale di valutazione della performance delle Aziende Sanitarie"*. (punto 1.4.1 DGRT 716/09).

Con la delibera n. 650 del 5 luglio 2016, la Giunta regionale toscana ha approvato il progetto sulla nuova sanità d'iniziativa (Tab. IV). Il nuovo modello prevede il superamento dell'approccio "a canone d'organo", che ha caratterizzato il progetto fin dall'inizio, nel 2010, e dà indicazioni per interventi di sanità d'iniziativa rivolti a tre target di pazienti da sviluppare all'interno delle AFT dei MMG. Si prevede innanzitutto la presa in carico degli assistiti complessi (target A), ovvero a più alto rischio di ricoveri ripetuti per condizioni croniche effettivamente ancora suscettibili di cure territoriali, con interventi di care management che vedono coinvolti, oltre ai MMG, anche infermieri e specialisti di riferimento. Si tratterà, essenzialmente, di condividere e implementare Piani assistenziali personalizzati per garantire un maggior coordina-



mento dell'assistenza complessivamente erogata, usufruendo anche di nuove "modalità di raccordo tra medicina generale e livello specialistico, che prevedano l'utilizzo di agende dedicate". L'attuale modello di presa in carico degli assistiti con diabete secondo il CCM (basato sul supporto all'autocura dei pazienti e sulla garanzia di un percorso diagnosticoterapeutico) sarà poi esteso anche agli assistiti ipertesi ad alto rischio CV secondo il rischio individuale del progetto ISS-cuore (target B1).

Nel contempo, agli assistiti affetti da altre condizioni croniche già presi in carico con il modello attuale (scompenso cardiaco, BPCO, pregresso ictus), che non si "qualificheranno" né come pazienti complessi né come pazienti a rischio CV, si garantiranno almeno interventi di counseling di gruppo (target B2).

Si prevede infine un contributo delle AFT agli interventi di promozione della salute organizzativa nelle Zone-Distretto/Società della Salute e indirizzati a tutta la popolazione (target C).

### Risultati

L'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS) <sup>8</sup> ha svolto recentemente l'analisi per valutare l'impatto, misurato in termini di processi, ospedalizzazione e mortalità, della Sanità d'Iniziativa (SI) tra i pazienti con DMT2, essendo disponibili oramai quattro anni di attività sui pazienti arruolati durante il biennio 2009-2010 (Fig. 2). In sintesi i risultati di maggiore significato sono i seguenti:

1. aumenta l'adesione alle raccomandazioni delle linee guida. Durante il periodo di follow-up, i pazienti in carico ai MMG aderenti alla sanità di iniziativa registrano mediamente valori significativamente migliori rispetto al *Guideline Composite Index*, sottoponendosi a una valutazione annuale dell'emoglobina glicata e ad almeno due tra visita oculistica, colesterolo totale e microalbuminuria nel 46,2% dei casi contro il 28,8% dei pazienti NoSI;
2. diminuisce leggermente il ricorso alle visite diabetologiche, aumentano invece i consumi relativi alle prestazioni diagnostiche di laboratorio e per immagini, specifiche per il follow-up del paziente diabetico;
3. aumenta la spesa per farmaci ipoglicemizzanti. Mediamente i pazienti SI hanno speso ogni anno 233€ pro capite per farmaci ipoglicemizzanti e 62€ per farmaci agenti sui lipidi contro rispettivamente 218€ e 60€ spesi dai pazienti NoSI;
4. non cambia il tasso di ospedalizzazione generale, ma tende ad aumentare il tasso di ricoveri per complicanze a lungo termine del diabete a causa di un aumento del tasso di ricoveri programmati.

Il tasso medio di ricoveri in regime ordinario in reparti per acuti è stato di 273 ricoveri per 1.000 anni persona in entrambi i gruppi. Il tasso medio di ricoveri per complicanze a lungo termine del diabete è stato di 109 ricoveri per 1.000 anni persona tra i pazienti SI contro 102 ricoveri per 1.000 tra i pazienti NoSI. L'aumento è quasi totalmente imputabile all'aumento del tasso medio di ricoveri programmati che è stato di 36 ricoveri per 1.000 anni persona tra i pazienti SI contro 30 ricoveri per 1.000 tra i

pazienti NoSI (+13% in termini relativi; differenza significativa). Diminuisce in maniera significativa il tasso di ricovero per ictus e infarto. Il tasso medio di ricoveri per eventi cerebro-cardiovascolari acuti è stato di 14 ricoveri per 1.000 anni persona tra i pazienti SI contro 16 ricoveri per 1.000 tra i pazienti NoSI.

Diminuisce la mortalità. Il tasso medio mortalità è stato di 42 decessi per 1.000 anni persona tra i pazienti SI contro 46 decessi per 1.000 tra i pazienti NoSI.

Ho ritenuto utile portare a conoscenza, in questo articolo, molto sinteticamente, l'esperienza Toscana sulla medicina di iniziativa, perché a mio parere, potrebbe essere una buona base di discussione per poter adottare un modello unico a livello nazionale sulle modalità di gestione delle patologie croniche, o più precisamente, dei pazienti complessi nell'ambito delle cure primarie, e poter riempire di contenuti le scatole vuote che sono ancora le AFT/UCCP.

### AUDIT

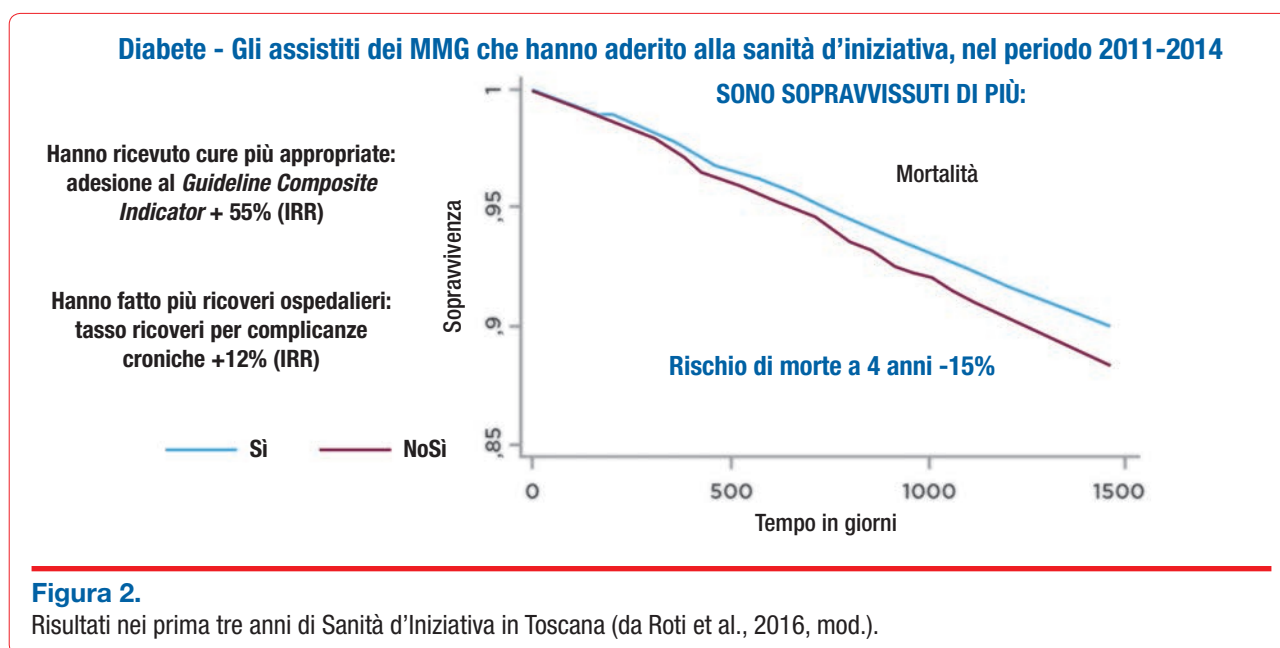
L'audit clinico(9) è lo strumento privilegiato per lo sviluppo professionale permettendo la formazione sul campo, partendo da casi concreti, è un processo di revisione continua che parte dall'analisi di un problema e prosegue con la definizione degli obiettivi di miglioramento, l'individuazione degli interventi correttivi e con una rivalutazione per verificare e misurare i risultati raggiunti. Perché l'audit abbia successo, è necessario che i medici siano disposti al confronto e al cambiamento e che abbiano a disposizione adeguati sistemi informativi; i MMG possano essere coinvolti in prima persona con una procedura di tipo botton-up. L'audit può essere praticato dal singolo professionista (self-audit), ma la sua naturale espressione è all'interno di un gruppo più o meno ampio (confronto tra pari). Per le valutazioni nell'ambito dell'esperienza di audit è necessario individuare un set di indicatori che permettano di fare analisi e confronti. Sono di vario tipo:

- indicatori epidemiologici, che valutano la prevalenza e l'incidenza della patologia;
- indicatori di processo, che valutano cosa viene fatto e con quale livello di intensità;
- indicatori di terapia, che valutano i trattamenti messi in atto;

**Tabella IV.** Nuovo modello di sanità di iniziativa secondo la regione Toscana.

Il nuovo modello prevede che l'intervento d'iniziativa sia rivolto:

- agli assistiti complessi, ovvero a più alto rischio di ricoveri ripetuti per condizioni croniche
- effettivamente ancora suscettibili di cure territoriali (target A)
- a un target di pazienti (target B) comprendente sia i pazienti ad alto rischio cardiovascolare
- (target B1, nel quale sono ricompresi per definizione i pazienti diabetici, ivi compresi quelli già arruolati), sia tutti gli altri pazienti cronici, non ad alto rischio cardiovascolare, già arruolati (target B2), al fine di garantire la totale continuità rispetto alla prima fase di attuazione
- agli assistiti con basso rischio cardiovascolare (target C)



– indicatori di risultato, che valutano gli esiti del percorso assistenziale e le condizioni di salute.

Questi indicatori sono distinti in “esito intermedio” (ad es. i valori della pressione arteriosa) ed “esito finale” (ad es. ricoveri o gli accidenti cardio-cerebrovascolari).

Se questo è lo scenario complessivo nel quale si muovono le cure primarie rispetto alla cronicità, bisogna tenere conto di alcune nuove condizioni politiche recentemente determinatesi.

Da un lato infatti alcune regioni (Lombardia, Toscana, Veneto, Emilia Romagna) stanno elaborando propri originali modelli di gestione della cronicità sul territorio da parte delle cure primarie. Gli obiettivi e le strategie complessive sono identiche (spostamento dell'asse assistenza verso il territorio e sua valorizzazione, presa in carico dei cronici), ma diverse per strumenti e coinvolgimento della professione.

D'altra parte, nel novembre 2012 l'ex ministro Balduzzi ha riformato l'articolo 8 della del D.Lgs 502/92 per il riordino delle cure primarie. La novità più grossa è l'obbligatoria partecipazione a gruppi organizzati di MMG (AFT o UCCP) che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi. I MMG delle forme organizzative della Medicina Generale avranno un referente o coordinatore e agiranno sulla base di obiettivi di cura fissati a livello regionale e/o aziendale e tenuto conto dei livelli di spesa programmati. Le convenzioni nazionali definiranno gli standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, demandando agli accordi integrativi regionali la definizione di indicatori e di percorsi applicativi.

Le ASL potranno impiegare personale dipendente presso le nuo-

ve strutture multiprofessionali e stipulare accordi per l'erogazione di specifiche attività assistenziali per i pazienti cronici oltre che prevedere il finanziamento a budget.

Pertanto i MMG:

- dovranno condividere e applicare i medesimi PDTA per l'assistenza ai malati cronici (e acuti) sulla base di linee guida nazionali o locali;
- dovranno attuare l'audit per valutare la qualità dell'assistenza erogata, condividendone le valutazioni e i risultati nel gruppo di appartenenza e con il distretto\ASL;
- nel caso in cui al gruppo fosse assegnato un budget, avranno bisogno di strumenti per valutare la quantità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate e possibilmente metterle in relazione coi risultati clinici ottenuti;
- dovranno singolarmente valutare il livello di scostamento dei propri indicatori di performance rispetto agli standard definiti a livello regionale e implementati a livello locale.

Anche il coordinatore della forma organizzativa avrà bisogno di uno strumento che possa verificare il livello di adesione del gruppo ai percorsi diagnostici e alle linee guida definite, l'appropriatezza diagnostica-terapeutica, il raggiungimento degli obiettivi definiti con l'azienda\regione e magari con un'occhiata ai costi di gestione prodotti dal gruppo stesso.

Tutto ciò presuppone che i singoli MMG (e il gruppo di cui essi fanno parte) dispongano non solo di una cartella adeguata per registrare i dati secondo una logica di governante, ma anche di strumenti che siano in grado di:

- elaborare indicatori di performance (e relativi report) su tutte le patologie croniche;

- evidenziare l'appropriata gestione dei pazienti (specie cronici) nel rispetto del PDTA e l'eventuale scostamento rispetto agli standard;
- controllare in modo continuo e sistematico se gli obiettivi strategici posti dall'ASL/Regione si stanno raggiungendo (ad es. sui farmaci generici, sull'appropriato utilizzo della diagnostica in certe patologie, ecc.);
- fare audit singolo e all'interno del gruppo di appartenenza;
- confrontare i propri dati con quelli di un'altra forma organizzativa della stessa ASL o regione ("le forme organizzative condividono");
- fare analisi di spesa per case mix (singola e di gruppo);
- fornire in modo aggregato a un eventuale coordinatore tutti i risultati precedenti in modo aggregato e anonimo per le opportune analisi e la definizione delle strategie operative;
- verificare il raggiungimento dei risultati di cura per singolo paziente e per singolo processo di cura;
- far circolare e condividere nel gruppo organizzativo materiali didattici/informativi per l'attuazione di quanto sopra specificato.

Conseguentemente anche l'AUDIT, come strumento organizzativo e formativo, entra a far parte di tutto il nuovo modello organizzativo delle cure primarie nella gestione delle cronicità e complessità.

## Conclusioni

Nonostante le conoscenze e le cure oggi disponibili per il diabete i risultati dell'assistenza sono ancora lontani da uno standard ottimale. I risultati di salute non realizzati sono un costo che grava sui bilanci economici di ogni nazione. Non esiste una soluzione unidimensionale:

la qualità della vita e la salute non possono essere migliorati solo con le innovazioni farmacologiche e tecnologiche e gli interventi per migliorare l'aderenza delle persone al trattamento hanno un impatto maggiore del solo miglioramento della terapia biomedica. La Gestione Integrata è lo strumento operativo identificato nella nostra realtà per la presa in carico globale dei bisogni del paziente; il primo risultato atteso è migliorare la qualità e l'accessibilità delle cure e con questa l'efficienza di distribuzione di interventi, efficaci, a categorie di persone con problemi di salute definiti per prevenirne le complicanze.

Per permettere questo risultato sono stati creati strumenti, istituzionali, scientifici, professionali e contrattuali, che esprimono la visione multidimensionale del problema e possono essere attivati in ogni regione dove è necessario che l'integrazione si esprima, in primo luogo, tra i diversi referenti, gestori e professionisti, ognuno consapevole della propria responsabilità.

La GI è un lavoro da medici, locale, basato sulle conoscenze e progettato per realizzare *step by step* una serie di obiettivi, misurabili, coerenti e correlati al risultato atteso, migliorare la salute delle persone curando anche la salute del sistema.

Nel caso specifico del diabete mellito poi è strategico che anche i Centri Diabetologici di 2° livello (ovunque essi siano fisicamente allocati) facciano parte della rete territoriale di governo della malattia e quindi della rete orizzontale dei MMG (all'interno della rete informatica regionale), da questo punto di vista è in corso da molti anni un produttivo dibattito tra le Società Scientifiche (SIMG, AMD, SID); ci sono vari punti di vista e sensibilità diverse, ma col passare del tempo le posizioni stanno sempre più convergendo.

Certo un principio deve essere tenuto da tutti presente: il miglioramento dei risultati di cura in ambito diabetologico (o più in generale delle patologie croniche) può essere ottenuto non solo grazie alla puntuale conoscenza e applicazione delle conoscenze scientifiche, ma anche grazie all'organizzazione e alle politiche professionali, che non sono meno determinanti rispetto alle prime per raggiungere gli obiettivi di salute soprattutto a livello di popolazione.

È sempre necessario, comunque, tener conto della sostenibilità del SSN e per questo il ruolo delle Cure Primarie è, e sarà, sempre più determinante. Spostare l'asse dell'assistenza verso il territorio, soprattutto circa la gestione dei cronici, richiede di ridisegnare il profilo professionale e organizzativo dell'attuale medicina generale italiana.

In ambito diabetologico questo salto di qualità è urgente e ineludibile e a esso possono contribuire i GpWSIs a supporto dei gruppi e delle forme organizzate di Cure Primarie sul territorio. Ma è impensabile chiedere alla MG italiana questa trasformazione, pretendendo un passaggio da un sistema a bassa intensità di cura a uno a medio-alta intensità, ampliandone le funzioni e garantendo qualità e appropriatezza, in carenza di risorse e investimenti.

La razionalizzazione nella organizzazione delle strutture e dei servizi territoriali, nello specifico delle cure primarie, stimolerà la creazione di un equilibrio tra la "sanità d'attesa" e "sanità d'iniziativa". La prima, in cui il ruolo è demandato all'ospedale, per operare nell'ambito delle acuzie e delle emergenze; la seconda, che si esprime attraverso i servizi del territorio, riguarda sia gli aspetti di prevenzione/counselling/informazione della popolazione sana sia le attività utili per migliorare la gestione dello stato di salute dei pazienti, nelle diverse connotazioni.

In conclusione quindi è necessario indirizzare le cure mediche verso gli individui e le popolazioni, e non verso le malattie, in modo da garantire un'assistenza più efficace, più equa e anche economicamente conveniente.

## Bibliografia

AMD-SID. *Standard italiani per la cura del diabete mellito 2016*.

*Piano Nazionale sulla malattia diabete*. Ministero della Salute 2012.

Progetto IGEA. *Gestione Integrata del diabete mellito tipo 2 nell'adulto*. Il Pensiero Scientifico Editore 2008.

Gentili G. *Il diabete come modello di ccM e ruolo del distretto in un programma di governo clinico*. Rivista MEDIA 2013;13:83-5.

AMD, SIMG, SID. *Documento di indirizzo politico e strategico per la buona assistenza alle persone con diabete*.

Medea G. Cricelli C. *Nuove forme organizzative della Medicina Generale e "medici con speciali interessi"*. Media 2014;14: 201-4.

Wagner EH. *Chronic disease management: what will it take to improve Care for chronic illness?* Eff Clin Pract 1998;1:2-4.

Roti L, Giustini S, Francesconi P. *Superare la medicina d'attesa ovvero*

*la sanità d'iniziativa e l'aggregazione funzionale territoriale nei riguardi del paziente affetto da diabete mellito tipo 2*. Italian Health Policy Brief Speciale 2016;VI:1-6.

Medea G. *L'emergenza "cronicità": strumenti e metodi di governo nelle cure primarie*. Rivista MEDIA 2013;13:86-8.

Ozzello A. *I fondamentali della gestione integrata. La gestione integrata del diabete mellito tipo 2*. Media 2009;9:107-14.

#### Link

<http://www.standarditaliani.it>

## SEZIONE DI AUTOVALUTAZIONE

### Il CCM è:

- un modello organizzativo gestito dai medici di distretto
- un modello organizzativo ad alta media tecnologia
- un'interfaccia abituale tra ospedale e territorio
- un'organizzazione di lavoro multidisciplinare basata sulla sanità di iniziativa

### Quali sono le classi di intensità di cura, secondo il "Documento di indirizzo politico e strategico per la buona assistenza alle persone con diabete" (AMD SIMG SID), di pertinenza del MMG?

- 1, 3, 5
- 5, 6, 7
- 4, 5, 6
- 2, 3, 5

### L'obiettivo principale di un PDTA è:

- organizzare il CCM
- gestire le patologie croniche
- l'appropriatezza
- organizzare l'AUDIT

### A quale professionista della sanità può essere attribuito il compito di "Case Manager"?

- MMG
- Diabetologo
- Infermiere
- Assistente sanitario



Verifica subito le risposte on line [www.diabete-rivistamedia.it](http://www.diabete-rivistamedia.it)



PACINI  
EDITORE  
MEDICINA