

# GESTIONE INTEGRATA

## DEL DIABETE MELLITO TIPO 2 NELL'ADULTO: IL DOCUMENTO DI INDIRIZZO DEL PROGETTO IGEA

*Un progetto di trasferibilità: trasferire le evidenze scientifiche nella pratica clinica per migliorare la qualità della cura e superare le disuguaglianze attraverso la definizione di linee guida nazionali*

### IL PROGETTO IGEA: UN MODELLO DI ASSISTENZA PER IL DIABETE

In Italia, nel 2006, ha preso il via il progetto IGEA, un'iniziativa nata nell'ambito del Piano Nazionale di Prevenzione. L'obiettivo è migliorare la qualità della cura per le persone con diabete, e prevenirne le complicanze tramite l'adozione di un modello di assistenza di tipo gestione integrata (*disease management*) della malattia. Tra le attività previste dal progetto, è stato messo a punto un documento di indirizzo sui requisiti clinico-organizzativi per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto. Scopo del documento è definire i requisiti minimi per un modello assistenziale di gestione integrata del diabete mellito tipo 2 nell'adulto e, in particolare, definire:

- le modalità organizzative
- le raccomandazioni per migliorare la qualità della cura del diabete mellito e per prevenirne le complicanze
- gli indicatori per il monitoraggio del processo di cura.

Un gruppo di lavoro multidisciplinare ha definito formalmente gli aspetti prioritari dell'assistenza alla persona con diabete mellito e formulato le relative raccomandazioni, sulla base di una revisione sistematica della letteratura.

### LA GESTIONE INTEGRATA

La gestione integrata è un modello basato sull'integrazione e il coordinamento tra i livelli di assistenza e sul coinvolgimento attivo delle persone con diabete nel percorso di cura. Gli elementi essenziali di questo modello di assistenza sono:

#### UN PROTOCOLLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO CONDIVISO

La gestione integrata prevede l'adozione di un protocollo diagnostico-terapeutico condiviso da tutti i soggetti interessati: Medici di Medicina Generale (MMG), specialisti del settore, specialisti collaterali delle complicanze, infermieri, dietisti, podologi, psicologi, assistenti domiciliari, direzioni delle aziende sanitarie, farmacisti, persone con diabete o rappresentanti delle associazioni di pazienti. Il protocollo di cura concordato dovrebbe essere adattato alle singole realtà attraverso l'individuazione dei compiti e dei ruoli che ciascun operatore sarà chiamato a svolgere nell'ambito del percorso di cura stabilito.

#### LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

Tutti gli operatori devono essere informati e formati alla gestione del sistema, secondo un approccio multidisciplinare. È auspicabile un esame dei bisogni formativi del team diabetologico e degli MMG di riferimento e la promozione di corsi sulla gestione della malattia cronica e sulla costruzione del team.

#### IL COINVOLGIMENTO ATTIVO DEL PAZIENTE NEL PERCORSO DI CURA

La persona con diabete è l'elemento centrale di un sistema di gestione integrata. 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.

#### IL SISTEMA INFORMATIVO E GLI INDICATORI

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.

#### L'ADESIONE INFORMATATA

La gestione integrata prevede un cambiamento forte delle modalità di cura e di gestione del paziente e, inoltre, la realizzazione di un sistema informativo. È indispensabile, quindi, che tutte le persone con diabete coinvolte siano adeguatamente informate ed esprimano il loro consenso alla partecipazione e al trattamento dei dati.

### LE RACCOMANDAZIONI PER RIDURRE LE COMPLICANZE

NEGLI ADULTI CON DIABETE MELLITO TIPO 2 È RACCOMANDATO:	PARAMETRI DI MONITORAGGIO	FREQUENZA DI RILEVAZIONE
il trattamento intensivo mirato a ottimizzare i valori di HbA1c	misurazione di HbA1c	ogni 3-4 mesi (semestrale in presenza di un buon controllo)
	misurazione della microalbuminuria	annuale
la riduzione della colesterolemia	misurazione di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• colesterolemia totale</li> <li>• colesterolo HDL</li> <li>• colesterolo LDL calcolato</li> <li>• trigliceridemia</li> </ul>	annuale
la riduzione della pressione arteriosa	misurazione della pressione arteriosa	ogni 3-4 mesi
la valutazione del piede e l'educazione del paziente	esame obiettivo del piede e stratificazione del rischio	annuale
l'esame del fondo oculare	esame del fondo oculare	alla diagnosi e almeno ogni due anni (più spesso in presenza di retinopatia)
la modifica degli stili di vita, adottare una alimentazione corretta, fare un regolare esercizio fisico	misurazione di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• circonferenza vita</li> <li>• peso</li> </ul>	semestrale

nelle persone con diabete è consigliato, inoltre, un moderato apporto di alcol e la disassuefazione dal fumo

## LA REALIZZAZIONE DI UN PERCORSO PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE

Il percorso del paziente definisce la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere sulla base delle conoscenze scientifiche, delle risorse professionali, tecnologiche e finanziarie a disposizione. Grazie a queste attività, infatti, vengono individuate le modalità con cui dovranno essere seguite le persone con una specifica patologia. Il percorso di gestione integrata per il diabete mellito di tipo 2 nell'adulto ritenuto più idoneo al raggiungimento di obiettivi terapeutici ottimali è il seguente:

### MODALITÀ ORGANIZZATIVE

- Il paziente è inviato al Centro Diabetologico (CD) per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia, che comprende l'indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up per tutta la vita
- il paziente viene seguito in modo attivo, secondo una medicina di iniziativa, da parte del proprio MMG, per garantire il raggiungimento e il mantenimento degli obiettivi stabiliti
- il paziente effettua una visita generale almeno ogni sei mesi presso l'MMG
- il paziente effettua una valutazione complessiva presso la struttura diabetologica almeno una volta l'anno, se l'obiettivo terapeutico è raggiunto e stabile e non sono presenti gravi complicanze
- il paziente accede, inoltre, al CD per visite non programmate e/o urgenti ogni qual volta, a giudizio dell'MMG, se ne presenti la motivata necessità.

### COMPITI DEL CENTRO DIABETOLOGICO

- Inquadramento delle 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
- impostazione della terapia nutrizionale
- effettuazione, in collaborazione con gli MMG, di 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'auto-gestione della malattia
- valutazione periodica, secondo il piano di cura adottato, dei pazienti diabetici di tipo 2 seguiti con il protocollo di gestione integrata, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze
- raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con gli MMG di riferimento, mediante cartelle cliniche, preferibilmente in formato elettronico
- attività di aggiornamento rivolta agli MMG in campo diabetologico.

### COMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

- Identificazione della popolazione a rischio più elevato 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 i CD, delle persone con diabete e condivisione del piano di cura personalizzato
- valutazione periodica, mediante l'attuazione di una medicina di iniziativa, dei propri pazienti secondo il piano di cura adottato, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze
- effettuazione, in collaborazione con il CD, di 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'auto-gestione della malattia
- monitoraggio dei comportamenti alimentari, secondo il piano di cura personalizzato
- organizzazione dello studio (accessi, attrezzature, personale) per una gestione ottimale delle persone con diabete
- raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con il CD di riferimento mediante cartelle cliniche, preferibilmente in formato elettronico.

## IL PROGETTO IGEA

Avviato nel 2006 dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), su mandato del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), il progetto IGEA prevede la realizzazione di iniziative e interventi sul territorio orientati alla prevenzione delle complicanze del diabete, tramite l'adozione di un modello di gestione integrata della malattia (*disease management*). Oltre alla predisposizione del documento sui requisiti clinico-organizzativi, sono state definite le linee di indirizzo per lo sviluppo di un sistema informativo, all'interno del quale gli attori coinvolti possano scambiare e condividere le informazioni essenziali alla realizzazione del programma. È stato inoltre definito un piano di formazione per gli operatori, realizzato attraverso la formazione di formatori nelle varie Regioni italiane.



### INTEGRAZIONE GESTIONE E ASSISTENZA PER LA MALATTIA DIABETICA

Per maggiori informazioni, visita il sito web: [www.epicentro.iss.it/igea](http://www.epicentro.iss.it/igea)  
Per scaricare il documento di indirizzo: [www.epicentro.iss.it/igea/doc\\_indirizzo.asp](http://www.epicentro.iss.it/igea/doc_indirizzo.asp)

Alla stesura del Documento di indirizzo sui requisiti clinico-organizzativi per la gestione integrata del diabete hanno collaborato: CeVEAS - Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria • AMD - Associazione Medici Diabetologi • ANDID - Associazione Nazionale Dietisti • ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri • CARD - Confederazione Associazioni Regionali di Distretto • FADOI - Federazione Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti • FAND - Federazione Associazione Nazionale Diabetici • FIMMG - Federazione Italiana Medici di Medicina Generale • OSDI - Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani • SIR - Società Italiana della Retina • SID - Società Italiana di Diabetologia • SIMG - Società Italiana di Medicina Generale • SIMI - Società Italiana di Medicina Interna