

La gestione integrata del diabete mellito in Piemonte

un progetto in sviluppo

Il Progetto realizzato nella Regione Piemonte rappresenta un modello innovativo di management sanitario iniziato nel 2008. L'accordo tra i professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza dei pazienti diabetici ha introdotto una modalità di lavoro basata su indicatori di processo e di esito intermedio, che regolano gli incentivi economici per il MMG, introducendo quindi i concetti di *accountability* e di *pay for performance*. Il 60% dei MMG ha aderito al progetto ed il numero dei pazienti in gestione integrata è aumentato in modo esponenziale. Questo modello presenta elementi innovativi e coraggiosi ma anche alcuni limiti che dovrebbero essere presi in considerazione.

The project implemented by the Piemonte Region is an innovative management model launched in 2008. An agreement among health professionals involved in the care of diabetic patients has introduced a working method based on process and interim outcome indicators, which also governs economic incentives for GPs, while introducing the principles of accountability and pay-for-performance. Sixty per cent of GPs participate in the project and the number of patients undergoing integrated management has grown exponentially. The model includes innovative and courageous strategies but still has some constraints which are not to be disregarded.

L RANZANI'

Premessa

L'accordo integrativo tra la Regione Piemonte ed i Medici di Medicina Generale (MMG) sulla gestione integrata del Diabete Mellito, firmato il 21 luglio 2008, dà il via ad un percorso iniziato con la Delibera Regionale 39-415 del 2005, e può essere visto come **un possibile modello per la gestione delle patologie croniche**, di cui il diabete mellito è un esempio paradigmatico.

È noto, infatti, che il progressivo aumento della vita media con prolungata esposizione ai fattori di rischio, porta a un incremento della frequenza e della durata delle patologie, con le loro complicanze, e a un conseguente maggiore assorbimento di risorse, che può portare all'insostenibilità del Servizio Sanitario così come oggi lo conosciamo.

Il modello di gestione delle patologie croniche, quindi, non può essere lo stesso di quello delle patologie acute; da qui la necessità di passare da una medicina "on demand" ad una di "ricerca attiva", da una medicina "del singolo" ad una "di popolazione", da una medicina "di attesa" ad una "di iniziativa".

Da queste premesse, quindi, **l'esigenza del passaggio da una offerta passiva e non coordinata ad un sistema integrato**, multiprofessionale e multidisciplinare, che veda il coinvolgimento attivo del paziente in prima persona, oltre a prevedere come elemento fondamentale lo scambio di informazioni fra tutti i professionisti coinvolti.

Oltre alla collaborazione ed allo scambio di informazioni fra i

professionisti che di volta in volta si prendono carico del paziente, al coinvolgimento del paziente come parte attiva del processo di cura, ed al passaggio ad una medicina di iniziativa, questo accordo, che potrebbe essere in futuro mutuato per altre forme di patologie croniche, presenta altri coraggiosi elementi di innovazione. Infatti, prevede l'inserimento di **indicatori di processo e di esito intermedio**, che regolano gli incentivi economici per il MMG, introducendo quindi i concetti di *accountability* (che trovano la base sulla qualità misurata attraverso l'audit), e di *pay for performance*.

Il progetto

1. Fase preparatoria

Nella fase preparatoria sono stati definiti i protocolli operativo, diagnostico, terapeutico ed organizzativo della gestione integrata del diabete mellito, sulla base delle conoscenze scientifiche più autorevoli ed aggiornate, ed ha visto la sua realizzazione nel documento di indirizzo "**Gestione Integrata del Diabete Mellito**" del Progetto IGEA¹ e nella definizione del modello della "Gestione Integrata del Diabete Mellito di Tipo 2" in Piemonte².

2. Fase pre-operativa

La fase pre-operativa all'avvio della gestione integrata, prevedeva due momenti:

1. l'istituzione, da parte del Direttore Generale dell'ASL, di un **Comitato Diabetologico**, qualora non già esistente, composto da rappresentanti di tutti gli operatori coinvolti (responsabili dei Servizi di Diabetologia, dei MMG, responsabili distrettuali), con il compito di tradurre a livello locale il protocollo di gestione integrata, predisponendo e aggiornando un Piano di Qualità dell'assistenza diabetologica;

1. MMG, La Loggia (TO).

2. la formazione degli operatori, con l'istituzione di un albo dei formatori, qualificati a livello regionale e formati mediante un percorso che prevedeva un corso residenziale della durata di 3 giorni, a cui hanno partecipato un Medico Diabetologo, un MMG, un Direttore di Distretto ed un operatore dei servizi di diabetologia (Infermiere o Dietista) di ogni ASL. A questo corso di formazione è seguita una fase di formazione sul campo, della durata di 6 mesi, con il compito di diffondere capillarmente il modello della Gestione Integrata e di preparare un evento formativo per tutti i Direttori di Distretto, i Medici Diabetologi, i rappresentanti degli operatori dei Centri Diabetologici (Infermieri, Dietisti, Podologi, Oculisti, Neurologi), ed i referenti delle equipe territoriali dei MMG.

3. Fase operativa

La fase operativa ha visto l'avvio nel mese di settembre 2008, anche se si può parlare di messa a regime dal mese di gennaio 2009 dopo la pubblicazione della Determinazione regionale di dicembre 2008³.

Sono eleggibili all'arruolamento, previa sottoscrizione del consenso informato, i pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2, con l'esclusione dei casi di diabete secondario e di diabete gravidico, e dei pazienti di età inferiore ai 18 anni.

L'adesione è volontaria, da parte di tutti gli attori: il paziente, il MMG ed il Centro Diabetologico, e quindi è necessario il consenso da parte di tutti e 3 i vertici di questo "triangolo". Una volta arruolato, il paziente viene inviato al Centro Diabetologico (CAD), per una valutazione complessiva del caso, per l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della terapia, e con la stesura di un piano di follow-up condiviso con il MMG, che prevede controlli clinici e laboratoristici presso lo studio del MMG (in genere trimestrali), e visite di controllo (in genere annuali od ogni 18 mesi) presso il CAD, in un'armonica suddivisione dei compiti fra gli attori coinvolti.

In caso di necessità (malattie intercorrenti, peggioramento dei parametri laboratoristici) o comunque se il MMG lo ritenesse necessario, può richiedere una consulenza al CAD, usando dei codici di priorità concordati in una sorta di "cor-

sia preferenziale" per i pazienti seguiti in Gestione Integrata. La modalità con cui si è gestito il flusso informativo fra Diabetologi e MMG è stato per un lungo periodo un modulo cartaceo su cui venivano riportati i valori antropometrici e laboratoristici concordati; dal mese di aprile 2010, è attivo anche un sito Internet⁴, nel quale i MMG possono caricare i dati dei pazienti, manualmente o con l'ausilio di uno specifico *add-on* della cartella clinica informatizzata in uso. Al momento non esiste ancora un *add-on* per le cartelle cliniche informatizzate in uso dai CAD.

Questo sito svolge un ruolo centrale nella "Gestione Integrata del Diabete Mellito", in quanto, tramite una password che determina e delimita "cosa" si può vedere, vi possono accedere i MMG, i Medici Diabetologi ed i responsabili del Distretto per le informazioni epidemiologiche e per la determinazione degli incentivi economici da corrispondere ai MMG.

Gli indicatori

Si è già accennato come uno degli aspetti più innovativi e coraggiosi di questo accordo sia l'introduzione del *pay for performance*, ossia il pagamento di incentivi legati al raggiungimento di standard qualitativi misurabili (**tabella 1**). Per ognuno degli standard raggiunti, viene assegnato un punteggio **LAP** (Livello Accettabile di Performance) per un massimo, al raggiungimento dello standard per tutti gli indicatori, di 1.000 LAP (**tabella 2**).

Riguardo agli indicatori, si impongono due precisazioni.

- In primo luogo, si è cercato di ottenere un set di indicatori comuni a tutte le ASL della Regione; mancando un sistema informatico unico per la diabetologia, è stato identificato un set minimo di indicatori. La fornitura dei dati relativi a tali indicatori costituisce per le ASL un debito informativo nei confronti della Regione.
- In secondo luogo, ha suscitato polemica il valore basso degli standard; va ricordato che non sono assolutamente da considerare standard "di qualità" dell'assistenza al paziente diabetico. Sono degli standard contrattuali, concordati fra le parti firmatarie con valenza amministrativa per la deter-

tabella 1

Gli indicatori previsti dall'accordo, con i relativi obiettivi e standard

Obiettivo: migliorare la prevalenza, ridurre i casi di diabete misconosciuti
1. Almeno il 3% degli assistiti in gestione integrata
Obiettivo: conseguire un efficace follow up dei pazienti
1. Registrazione di almeno un valore di emoglobina glicosilata negli ultimi 12 mesi nel 70% dei pazienti in Gestione Integrata
2. Registrazione di almeno un valore del profilo lipidico negli ultimi 12 mesi nel 60% dei pazienti in Gestione Integrata
3. Registrazione di almeno un valore di pressione arteriosa negli ultimi 12 mesi nel 90% dei pazienti in Gestione Integrata
4. Registrazione di un valore del BMI negli ultimi 12 mesi nel 70% dei pazienti in Gestione Integrata
5. Registrazione del valore della circonferenza addominale negli ultimi 12 mesi nel 50% dei pazienti in Gestione Integrata
6. Registrazione di almeno un valore di microalbuminuria negli ultimi 12 mesi nel 50% dei pazienti in Gestione Integrata
7. Registrazione di almeno un valore di creatininemia negli ultimi 12 mesi nel 60% dei pazienti in Gestione Integrata
Obiettivo: migliorare la performance
1. Ultimo valore di emoglobina glicosilata $\leq 7,5\%$ nel 25% dei pazienti in Gestione Integrata
2. Ultimo valore registrato di colesterolo LDL ≤ 130 mg/dl nel 20% dei pazienti in Gestione Integrata
3. Ultimo valore registrato di pressione arteriosa $\leq 130/80$ mmHg nel 20% dei pazienti in Gestione Integrata

tabella 2

Punteggio LAP massimo assegnato per gli indicatori di processo

Indicatore (%)	LAP	Se uguale o superiore al LAP
Pazienti diabetici di tipo 2	3%	150
Pazienti diabetici con EG negli ultimi 12 mesi	70%	100
Pazienti diabetici con profilo lipidico	60%	100
Pazienti diabetici con almeno 1 PAOS* nell'anno	90%	100
Registrazione BMI	70%	50
Registrazione circonferenza vita	50%	50
Pazienti con valore di microalbuminuria negli ultimi 12 mesi	50%	100
Pazienti con valore di creatinina negli ultimi 12 mesi	60%	50
Pazienti con HbA _{1c} ≤ 7,5%	25%	100
Pazienti con LDL ≤ 130 mg/dl	20%	100
Pazienti con PAOS ≤ 130/80 mmHg	20%	100

* PAOS: Pressione Arteriosa Omerale Sinistra

minazione degli incentivi. Si è tenuto conto, infatti, del fatto che vi è una scarsa familiarità da parte dei medici a misurare la propria attività mediante questa metodica, e si è cercato di adottare standard "benevoli", nella prima fase di "addestramento", con l'intento poi di renderli più vicini agli standard di qualità man mano che la metodica diviene abituale.

La verifica dell'attività e della qualità

L'accordo firmato il 21 luglio 2008, prevede che annualmente il MMG invii i dati relativi agli indicatori sopra descritti, per dimostrare l'attività svolta, valutare la qualità dell'intervento, e monitorare il progetto e l'auspicato miglioramento dell'assistenza al paziente arruolato in Gestione Integrata.

In un primo momento era previsto l'invio alla Segreteria del proprio Distretto entro il 30 settembre di ogni anno da parte del MMG dei propri dati relativi agli indicatori, ed entro il 15 ottobre dei dati relativi all'Equipe Territoriale da parte del Referente dell'Equipe Territoriale.

Questi dati servono a determinare gli incentivi economici a cui ha diritto il MMG, e più precisamente:

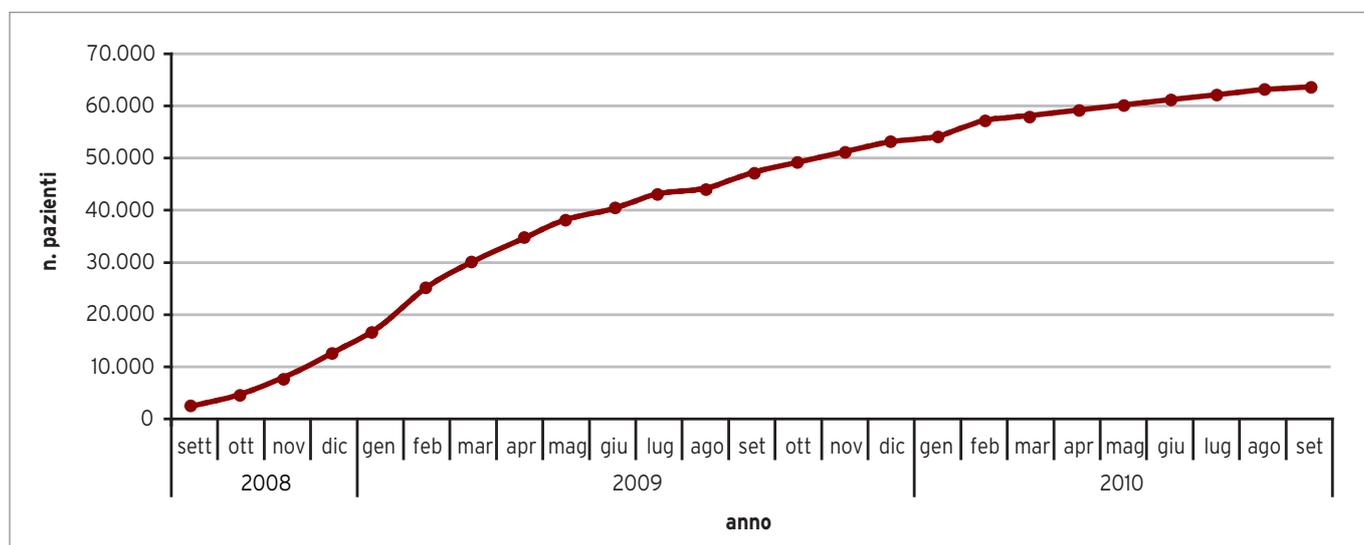
- una prima quota per ogni paziente arruolato in Gestione Integrata, che si somma alla quota capitolaria già percepita; in questo modo viene ad essere incentivata la presa in carico in Gestione Integrata del paziente diabetico;
- una seconda quota al raggiungimento individuale dei LAP, divisi in 3 livelli: da 300 a 599; da 600 a 799; da 800 a 1.000;
- una terza quota al raggiungimento del LAP, sempre con i medesimi scaglioni, da parte dell'Equipe Territoriale, inteso come media derivante dalla somma algebrica dei punteggi ottenuti dai singoli medici dell'Equipe, incentivando in questo modo la qualità e l'omogeneità dell'assistenza al paziente diabetico.

Risultati

Nel periodo settembre 2008 – settembre 2010, 2.111 MMG piemontesi su 3.192 (66%) hanno aderito alla sperimentazio-

grafico 1

Andamento del numero dei pazienti in gestione integrata



ne, arruolando 63.558 pazienti diabetici, con una progressione che è rappresentata dal **grafico 1**.

Una rilevazione del 2003 stimava in 179.396 il numero dei pazienti diabetici nella Regione Piemonte, il 73% dei quali iscritto al Registro Regionale Diabetici⁵.

Nell'anno 2007-2008, prima dell'inizio della sperimentazione, si erano avuti circa 25.000 nuovi iscritti nel Registro, con una differenza rispetto all'anno precedente di circa 1.300 nuovi casi. Nell'anno 2008-2009, dopo l'inizio della sperimentazione, le nuove iscrizioni sono state circa 33.000, con un incremento rispetto all'anno precedente di più di 8.000 nuovi casi. La sperimentazione, quindi, sembra aver posto le basi per una progressiva riduzione del gap fra numero totale di pazienti diabetici e quelli iscritti al Registro Regionale.

Venendo, invece, al ritorno informativo al MMG, bisogna dire che vi sono notevoli lacune.

Di fatto, il singolo medico può controllare i suoi risultati, ma solo attivamente, nel senso che non è previsto un ritorno informativo automatico, ma deve essere il medico stesso, accedendo al sito internet, a verificare i propri dati, non avendo però modo di confrontarsi per i singoli indicatori con la media regionale, o di ASL o di Distretto.

Considerazioni finali

Il modello di Gestione Integrata del paziente affetto da Diabete Mellito in Piemonte presenta diversi aspetti innovativi e, per certi versi, coraggiosi.

- Rappresenta un modello "esportabile" alla gestione di altre patologie croniche, in rapido aumento sia come prevalenza sia come costi determinati tanto dalla patologia in sé quanto, soprattutto, dalle sue complicanze. Questo modello richiede un passaggio da una medicina di attesa (o al massimo di opportunità), basata su singoli interventi gestiti da singoli professionisti, e rivolta al singolo paziente, ad una medicina proattiva, multidisciplinare, multiprofessionale, con l'attenzione rivolta "anche" alla popolazione, ed in cui il paziente riveste un ruolo centrale ed irrinunciabile.
- È un modello che permette ai professionisti di misurare la qualità dei propri interventi attraverso l'audit, con la misurazione e la verifica di indicatori di processo e di esito intermedio, e ponendo le basi per una vera *accountability*.
- Introduce il meccanismo di riconoscimento economico legato alla prestazione erogata, con un riscontro iniziale, all'arruolamento del paziente, ed un secondo riscontro, modulato sulla base della qualità delle prestazioni erogate, sia individualmente che nell'insieme dell'Equipe Territoriale dei MMG. In questo modo si genera una sorta di circolo virtuoso che spinge il singolo ad una sempre più alta qualità ed al coinvolgimento, nell'ambito dell'Equipe, dei colleghi più "riottosi".

Il limite maggiore riscontrato in fase di realizzazione del progetto, a parere dello scrivente, è stata la mancanza di ritorno informativo automatico ai MMG, e l'impossibilità di confrontare i propri risultati con quelli della Regione, dell'ASL e/o del Distretto di appartenenza.

Non sono mancate anche le polemiche, da parte dei MMG (abituati forse meno di altre categorie ad essere "valutati e giudicati" e quindi diffidenti di fronte alla prospettiva di "mettere in piazza" il proprio operato); come da parte dei Diabetologi, per il fatto di non essere stati maggiormente coinvolti nella stesura dell'accordo (ma va ricordato che l'accordo è il risultato di un momento di contrattazione tra la Regione Piemonte e le organizzazioni sindacali dei MMG, ed è solo una sfaccettatura, per quanto importante, del più ampio edificio della Gestione Integrata).

Non sono mancate le incomprensioni, soprattutto sugli standard degli indicatori, finché non si è sottolineato come questi sono stati scelti su base normativa ed amministrativa, ed in alcun modo andavano interpretati come standard di qualità delle cure.

Forse, alla base di tutto, vi è stato uno scollamento fra inizio della Gestione Integrata ed attività formativa, in quanto la gestione integrata è iniziata prima che i corsi di formazione (per MMG, Medici Specialisti, Personale Sanitario addetto ai CAD e ai Direttori di Distretto) fossero stati estesi capillarmente in tutto il territorio regionale.

Ma, in fondo, possiamo considerarli "errori di gioventù" di un modello che, certamente, saprà trarne profitto e perfezionarsi proponendosi per altre patologie.

Si ringrazia per la pazienza dimostrata e per l'insostituibile aiuto il Dr. Andrea Pizzini di Torino.

Bibliografia

1. Gestione Integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto. Documento d'indirizzo. Progetto IGEA. www.epicentro.iss.it/igea/pdf/Igea_doc-indirizzo.pdf (accesso del 13.04.2011).
2. Centro Regionale di Documentazione per la promozione della salute. Regione Piemonte. www.dors.it/diabete/docum/D301_0_2007-07-17.pdf (accesso del 13.04.2011).
3. Determinazione regionale n. 979 del 23.12.2008
4. Azienda Sanitaria Locale Verbano Cusio Ossola. www.aslvco.it/ (accesso del 13.04.2011).
5. R. Gnani, L. Karaghiosoff, M. Dalmasso, G. Bruno. Validazione dell'archivio di esenzione per diabete della Regione Piemonte: vantaggi e limiti per un uso epidemiologico. *Epidemiol Prev* 2006; 30: 59-64.