

LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE NELLA REGIONE PIEMONTE: i team diabetologici integrati

PREMESSA

Una delle sfide principali dei Servizi Sanitari moderni è quella di offrire risposte adeguate al bisogno di salute dei cittadini, correlando risposte e bisogni secondo parametri di efficacia, di efficienza, di tempestività, di qualità e di coerenza con lo sviluppo tecnologico. Appare ovvio che se da un lato si pone in termini pressanti la questione della disponibilità delle risorse economiche a sostegno del sistema, dall'altro emerge con sempre maggiore evidenza la necessità di garantire livelli di salute ai cittadini, ed in particolare alla popolazione che invecchia ed è maggiormente esposta agli insulti alla integrità psicofisica dei propri individui.

Ecco emergere dunque, in termini generali, la questione della appropriatezza delle prestazioni sanitarie relativamente alla garanzia dei Livelli di assistenza che costituiscono la base dei diritti sanitari di tutti i cittadini. Lo stesso Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 individua tra gli obiettivi strategici lo sviluppo di un sistema di monitoraggio e comunicazione per tutti gli utenti, effettivi e potenziali, sugli stili di vita sani e la prevenzione sanitaria. Ciò implica la necessità (testualmente) di :

- "... acquisire gli elementi necessari per comprendere le esigenze di informazione dei cittadini in tema di salute e di sanità;
- avviare un processo di valutazione ed interpretazione della domanda di salute;
- individuare i nodi critici della comunicazione tra operatori e utenti;
- mettere a fuoco le lacune in tema di capacità diffuse di prevenzione;
- progettare una banca-dati di informazioni aggiornate sulla rete dei servizi sanitari e sociosanitari e sulle prestazioni offerte, ed un relativo sistema di trasmissione e distribuzione delle informazioni;
- contribuire al consolidamento di una corretta cultura della salute nel Paese;
- coinvolgere soggetti plurimi, pubblici e privati, in comuni imprese ed iniziative di comunicazione ed informazione sulla salute e la sanità;

- portare a regime un piano pluriennale di comunicazione istituzionale sulla salute...”

In particolare nella gestione del Diabete è opportuno attivare:

- “ programmi di prevenzione primaria e secondaria, in particolare per il diabete mellito in età evolutiva, con l’obiettivo di ridurre i tassi di ospedalizzazione ed i tassi di menomazione permanente (cecità, amputazioni degli arti);
- strategie per migliorare la qualità di vita dei pazienti, attraverso programmi di educazione ed informazione sanitaria “.
- Programmi di diagnosi precoce del diabete e delle condizioni predisponenti (in primis: riconoscimento della Sindrome Metabolica).

La Legge Regionale 34/2000 della Regione Piemonte stabilisce inoltre che il trattamento terapeutico della persona affetta da diabete mellito, inteso quale accertamento della patologia e dell’impostazione del piano complessivo di trattamento, debba avvenire con accordo di reciproco impegno tra paziente e struttura diabetologica specialistica erogante la prestazione, in connessione con il medico di famiglia o il medico pediatra di libera scelta (Art. 3 p1 e 4). La stessa legge sancisce che avvengano incontri periodici tra servizi specialistici e medici di famiglia e pediatri, con finalità di aggiornamento e di formazione professionale, nonché di coordinamento per le azioni di prevenzione, la terapia e la riabilitazione del diabete mellito. Lo spirito della norma è chiaramente la realizzazione di interventi integrati (Art. 7 p1c).

Un percorso così impegnativo non può essere visto che in un’ottica di Condivisione delle Cure allargata a tutte le figure preposte alla cura del paziente diabetico, quindi Medico di Famiglia, Medico Diabetologo, Infermiere, etc...

In particolare nella collaborazione tra Medico di Famiglia e Specialista vanno riproposte una serie di riflessioni e scelte, che possiamo oramai considerare come patrimonio comune, che preveda strategie e strumenti innovativi come: l’assistenza integrata, il team diabetologico ed il “Disease Management” della malattia diabetica, in una logica di integrazione tra i professionisti al servizio del cittadino.

L’obiettivo del modello integrato è quello di modificare i percorsi diagnostici e terapeutici mettendo al centro dell’organizzazione assistenziale il paziente affetto da diabete mellito. Passo obbligato è quello di acquisire, attraverso un adeguato percorso formativo, la cultura e la capacità di lavorare in team, superando la tendenza sempre presente in ciascun operatore sanitario ad operare in comparti separati.

I nuovi modelli formativi del personale medico, sia esso medico di famiglia o specialista di qualsivoglia branca medica interessata alla patologia cronica, s’indirizzano proprio sulle metodologie del lavoro in Team, sulla raccolta di dati condivisibili, sull’identificazione degli indicatori e la verifica dei risultati attraverso l’audit.

Il lavoro multidisciplinare è finalizzato a fornire alle persone affette da diabete mellito un **trattamento continuativo** (per tutto l'arco della vita ed in ogni fase del ciclo vitale dell'individuo), **di aiuto** (secondo le condizioni e le esigenze cliniche e psicologiche di ogni persona diabetica), ed **aggressivo** (mirata all'ottenimento del miglior compenso e controllo clinico possibile).

- TRATTAMENTO
- ✓ Continuativo e non episodico
 - ✓ Attivo e non reattivo
 - ✓ Pianificato e non sporadico
 - ✓ Patient Centred più che Provider Centred
 - ✓ Population Based ed insieme Individual Based

Circa il 90% dei pazienti con Diabete sono affetti da Diabete Mellito Tipo 2; molto frequentemente si tratta di adulti con più di 45 anni, obesi e sedentari, e con una storia familiare di malattia: di qui l'evidente necessità di un intervento mirato allo stile di vita del paziente, continuativo e possibilmente rivolto anche alla sua famiglia.

Propriamente implementato il gruppo di lavoro è *cost-effective*, specialmente se ci si propone la promozione della salute e la prevenzione delle malattie in aggiunta all'obiettivo del trattamento intensivo del diabete. Studi Europei e Statunitensi hanno accertato che i pazienti diabetici, che rappresentano in media dal 4 al 6% della popolazione totale, consumano circa il 15% - 20% delle risorse sanitarie totali. Lo studio CODE-2 ha valutato i costi diretti, indiretti ed intangibili in diversi paesi europei fra cui l'Italia. Le conclusioni sono che il costo medio di un paziente diabetico di tipo 2 in Italia è di € 3.156,00 all'anno, con una spesa annua totale per il diabete a carico del SSN di circa € 5.368.000,00, pari al 6.65% del Fondo Sanitario Nazionale. Altrettanto rilevante è il dato relativo al costo stimato delle complicanze: fatto 1 il costo del paziente privo di complicanze, il costo sale a 2.6 per la presenza di sole complicanze macrovascolari, a 3.5 per la presenza di sequele microvascolari, a 4.7 per la presenza di entrambe. E' stato infine stimato l'incremento di costo relativo alla comparsa di un evento acuto correlato alle complicanze del diabetico: da un costo medio per evento di circa € 1.807,00 se non sono presenti complicanze, si passa a € 4.286,00 per un evento correlato a macroangiopatia, a € 6.197,50 per un evento correlato a microangiopatia, a € 6.972,00 se l'evento è correlato a entrambi i tipi di sequele.

I grandi studi di intervento sia sul diabete tipo 1 (DCCT), che sul diabete tipo 2 (UKPDS) hanno dimostrato che il mantenimento di un migliore compenso metabolico, grazie a schemi intensivi di

trattamento, è in grado di ridurre l'incidenza delle complicanze, e che globalmente ciò si traduce in una minore spesa per la comunità.

L'obiettivo è quello di ottimizzare i percorsi diagnostici e terapeutici mettendo il paziente e non il sistema al centro dell'organizzazione assistenziale: tali percorsi si devono adattare a seconda delle esigenze e della situazione clinica del paziente, e non viceversa. Il paziente, soggetto centrale ed integrato nel gruppo di lavoro assieme al suo medico di famiglia, al diabetologo e agli altri operatori sanitari coinvolti nel processo di cura (infermieri, dietisti,...), deve poter vedere modificarsi ed adattarsi attorno a sé la composizione e gli obiettivi del gruppo di lavoro preposto alla sua assistenza: l'obiettivo è di tenere il paziente al centro delle cure.

La costituzione di un gruppo di lavoro è finalizzata ad integrare le peculiarità dei professionisti incaricati per la cura del diabete con le necessità dei pazienti e delle loro famiglie all'interno di un programma condiviso di management della malattia diabetica. Gli obiettivi a breve ed a lungo termine del gruppo di lavoro debbono includere: miglioramento del controllo glicemico, intensificazione del follow-up del paziente secondo le linee guida condivise, riduzione del rischio per le complicazioni, aumento del grado di soddisfazione del paziente, aumento della qualità di vita del paziente, riduzione dei costi per il SSN.

Percorso assistenziale

La D.G.R. n 14-10073 pubblicata sul Bollettino Ufficiale n. 38 del 18/09/2003 "Linee guida per la gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero elettivo e alle prestazioni specialistiche ambulatoriali della Regione Piemonte", definisce:

- A. "prima visita o primo accertamento diagnostico" ogni prestazione specialistica richiesta per un evento di nuova insorgenza nella storia anamnestica del paziente anche quando inerente ad una patologia già nota. La definizione di prima visita o primo accertamento diagnostico deve essere fatta dal medico prescrittore. Nel caso di "pazienti con patologia già nota" sono da considerarsi prima visita solo quelle effettuate nei casi in cui si presenti una fase di riacutizzazione ovvero un nuovo problema tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e/o un riaggiustamento della terapia;
- B. in tutti gli altri casi si parla di visite o di altra prestazioni successive alla prima.

Diabete Mellito Tipo 2 senza complicanze (Visita Diabetologica di Controllo)

Si tratta di pazienti con diabete mellito di tipo 2, in compenso clinico accettabile e senza complicanze: per tali pazienti il modello "integrato" attualmente ritenuto più idoneo al raggiungimento degli obiettivi terapeutici condivisi, è il seguente:

1. Il paziente neo-diagnosticato dal medico di famiglia e' inviato al diabetologo per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia mediante la gestione condivisa con la modalit  del Team, che comprende la chiara indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up a vita.

2. Successivamente il paziente   avviato ad un follow-up a lungo termine, integrato e condiviso tra i membri del Team di cura.

3. Il paziente si sottopone a visita presso la struttura diabetologica:

- con le scadenze concordate con il medico di famiglia, (almeno ogni due anni per i pazienti in compenso accettabile e senza complicanze) per eseguire la valutazione complessiva annuale del paziente con diabete mellito stabile ("Controllo Diabetologico Complessivo Periodico")
- quando si presentino nuovi problemi secondo i criteri di priorit  delle Classi 1-2-3
- con maggiore frequenza da definirsi caso per caso (pur sempre in stretta collaborazione con il medico di famiglia) per i pazienti che presentano complicanze o un controllo metabolico cattivo o instabile.

Urgenza diabetologica

Nelle seguenti situazioni   previsto l'invio al servizio di Diabetologia con Urgenza (con effettuazione della prestazione **entro 48 ore**): (**Classe 1**):

- ✓ sintomatologia suggestiva di scompenso metabolico acuto
- ✓ ripetuti episodi d'ipoglicemia
- ✓ gravidanza in donna diabetica e diabete in gravidanza
- ✓ comparsa d'ulcera del piede o di severe lesioni ischemiche e/o infettive agli arti inferiori

Paziente diabetico ad alto rischio di complicanze

Si tratta di pazienti che prevedono un controllo presso il Servizio di Diabetologia entro:

- **15 giorni (Classe 2):**

- ✓ Nuova diagnosi di complicanza
- ✓ Diagnosi e tipizzazione di diabete all'esordio

- **30 giorni (Classe 3):**

- ✓ Inizio della terapia insulinica
- ✓ HbA1c > 8% in almeno due determinazioni consecutive

Diabete Mellito tipo 1

Questi pazienti necessitano di un costante e continuo controllo e di un intervento “intensivo” da parte del *team diabetologico* al fine di ridurre l’insorgenza di complicanze, come ampiamente dimostrato dal DCCT. Si rendono inoltre talora opportuni interventi diagnostici o terapeutici (microinfusori, holter glicemico, ecc...) che necessitano di competenze e tecnologie specialistiche. In questa logica appare prevalente l’intervento della Struttura specialistica Diabetologica, che dovrà comunque far costante riferimento al medico di famiglia, sia per permettergli di affrontare adeguatamente situazioni cliniche non strettamente diabetologiche, sia per l’indispensabile reciproco intervento sull’ambiente familiare e sul contesto sociale in cui il paziente è inserito.

Pur non essendovi al momento evidenza scientifica certa, lo stesso percorso appare preferibile per il paziente con diabete tipo 2 in terapia insulinica intensiva.

Diabete Mellito Tipo 2 con complicanze in atto o altre comorbidità

Deve essere di volta in volta stabilito, di comune accordo tra medico di famiglia, diabetologo e paziente, il protocollo più idoneo per l’inserimento nel Team di cura di altre figure professionali di specialisti, per un più aggressivo protocollo di management ed eventualmente un più frequente follow-up.

Si allegano le schede per il programma di follow up periodico:

- **Scheda 1** : da compilare da parte del medico di famiglia e inviare alla Struttura specialistica Diabetologica in occasione del “Controllo Diabetologico Complessivo Periodico”.
- **Scheda 2** : da compilare da parte della Struttura specialistica Diabetologica come esito del “Controllo Diabetologico Complessivo Periodico” e rinviare al medico di famiglia.

SCHEDA 1

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Epoca di insorgenza del Diabete:

Terapia in corso (diabetologica e non):

1.....

4.....

2.....

5.....

3.....

6.....

		Scheda annuale di follow-up *(Minimo indispensabile)			
		3-4 mesi Data:	6 mesi* Data:	9 mesi Data:	1 anno* Data:
Ogni 3-4 mesi	Glicemia				
	HbA1c				
	Esame urine				
	Pressione Arteriosa				
	Verifica autocontrollo glicemico (se effettuato)				
	Rinforzo educativo (specificare argomento)				
	BMI / Circonferenza vita	/	/	/	/
Ogni 6 mesi	Ispezione del piede				
	EO Cardiovascolare				
	EO Neurologico				
A 1 anno	Microalbuminuria				
	Creatininemia				
	Uricemia				
	Colesterolo tot.				
	Colesterolo HDL				
	Trigliceridi				
	AST / ALT/ GGT				/ /
	Emocromo+F				
	Calcolo del rischio CV				
	ECG				

Altri esami rilevanti eseguiti:.....
.....

Problemi aperti:.....

TIMBRO e Firma del Medico

– Indirizzo, numero di telefono ed orario di reperibilità del medico

– Indirizzo E-mail del medico

Il sottoscritto _____, assistito dal Dott. _____ e dallo stesso informato sui diritti e sui limiti di cui alla Legge n. 675/96 concernente "la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" **AUTORIZZA** il proprio Medico di Famiglia e, in sua assenza, i sostituti e i medici associati, nonché i medici del Centro Diabetologico a raccogliere, registrare e utilizzare i dati personali ai fini di diagnosi e cura ed ad utilizzare in forma anonima i dati raccolti a scopo di ricerca scientifica ed epidemiologica.

Data

Firma

S C H E D A 2: "Controllo Diabetologico Complessivo Periodico"

Cognome:.....

Nome:.....

Visita del:

Follow up:

Controllo Urgente:

Altro: _____

DIAGNOSI (con particolare riferimento al diabete ed aspetti metabolici)

SCREENING E/O STADIAZIONE COMPLICANZE

OCCHIO, sintesi:

RENE

Rapporto Albuminuria/Creatininuria:

Altri esami funzionalità renale:

Sintesi

CUORE

ECG:

Sintesi

ARTERIE PERIFERICHE ARTI INFERIORI E SOVRAORTICHE

Sintesi

NEUROPATIA sensitivo motoria e autonoma

Sintesi

PIEDE Indice di Winsor: caviglia dx.:..... caviglia sin.:.....

ISPEZIONE: _____

Sintesi _____

CONTROLLO DEI FATTORI DI RISCHIO

Rischio CVD:% FORMULA UTILIZZATA:.....

PAOS:..... PAOD:..... PAO-Orto:.....\

GIUDIZIO COMPLESSIVO SUL CONTROLLO PRESSORIO

GIUDIZIO COMPLESSIVO SUL CONTROLLO DEI LIPIDI

PESO ... ALTEZZA ... CIRCONFERENZA VITA ... BMI:

ATTIVITA' FISICA _____

GIUDIZIO COMPLESSIVO SUL CONTROLLO DEL PESO

Terapia attuale:

1.....	4.....
2.....	5.....
3.....	6.....

Modifiche Terapeutiche Consigliate:

Posologia

Nota AIFA

1.....
2.....
3.....

COMUNICAZIONE MMG - SD

L'obiettivo è rappresentato dalla disponibilità di una base dati informatizzata correlata al Registro Regionale Diabetici, che colleghi e condivida i dati con la cartella clinica informatizzata dei MMG (v.Azione 4 del piano operativo di progetto). In attesa di tale realizzazione si utilizza una lettera ad ogni visita oltre la compilazione delle schede di follow-up periodico.

AREE DA MONITORARE

Rilevazione trimestrale di:

- N° persone con DM assistiti/MMG secondo il Percorso (MMG)
- N° persone con DM tipo 2 non complicato assistiti secondo il Percorso
- N° persone con DM tipo 2 non complicato controllati come da Protocollo e con valore di HbA1c inferiore a 7 %.
- N° ricoveri di persone con DM per anno.
- Tempo di attesa medio in giorni per accedere alla SD per ciascuna Struttura
- N° persone con DM usciti dal Percorso da più di 6 mesi

Monitoraggio dell'evoluzione nel tempo di alcuni indicatori:

Di processo:

- N° persone con DM monitorati / popolazione residente dell'ASL
- N° persone con DM tipo 2 non complicati / diabetici monitorati
- N° persone con DM tipo 2 con Hb1Ac non patologica / diabetici monitorati
- N° persone con DM usciti dal Percorso / diabetici monitorati
- N° ricoveri di persone con DM / popolazione del distretto.

Di risultato :

- riduzione di almeno 0,5 punti percentuali di HbA1c in due anni per le persone con DM inserite nel Protocollo
- numero di ricoveri e tipologia DRG
- gradimento delle persone con DM nei confronti del Protocollo (attraverso un questionario di valutazione)

Creazione Commissione Aziendale per l'Assistenza Diabetologica

L'attuazione di questo percorso prevede necessariamente una stretta collaborazione tra MMG, Specialista ed eventuali altri operatori sanitari che operano su un dato territorio. Pertanto si ritiene utile la creazione di una Commissione Distrettuale/Aziendale per l'Assistenza Diabetologica formata da persone in espressione ed in rappresentanza delle figure professionali coinvolte nel progetto: (Per esempio: un diabetologo, uno specialista ambulatoriale quando presente, due medici di famiglia e un'infermiera del Nurse diabetologico, il Responsabile di Distretto ed il Responsabile dell'Unità Operativa di Diabetologia).

Gli obiettivi da raggiungere saranno quelli di una gestione integrata del paziente diabetico attraverso i metodi e gli strumenti sopra proposti attraverso la programmazione e la progettazione degli interventi costruendo percorsi di diagnosi e cura adattati alle varie realtà locali.

L'operatività e la tempistica degli interventi saranno decise in piena autonomia dai membri della Commissione Distrettuale, che comunque dovrà riunirsi con una certa periodicità per verificare eventuali criticità e porre obiettivi di percorso.

Formazione

Il raggiungimento degli obiettivi, "principali" e "secondari", passa essenzialmente per la "Formazione" intesa come l'esperienza congiunta degli operatori che devono attivare un servizio all'utente. I contenuti della Formazione dovranno essere scientifici, ma prevalentemente di "Disease Management" per assicurare all'operatore-erogatore la conoscenza di tutto il processo di cura della patologia di quel paziente e non solamente la coscienza del suo singolo atto (sia da un punto di vista degli esiti che dei costi) e la sua integrazione nel Team di Cura.

Quindi, uno dei compiti più importanti della Commissione Distrettuale per l'assistenza Diabetologica deve essere quello della formazione degli operatori attraverso incontri per garantire:

- coordinamento
- aggiornamento
- risoluzione di problemi
- verifica degli indicatori
- eventuale correzione dei percorsi