

3.4 Il Disease Management del diabete mellito di tipo 2

Il Disease Management è una modalità organizzativa attraverso la quale vengono gestite le risorse del sistema sanitario utilizzando team clinici interdisciplinari, analisi continua di dati rilevanti e tecnologie con rapporto ottimale costo/efficacia per migliorare l'outcome nel paziente con specifiche patologie. Tende, inoltre, a considerare l'intero decorso clinico del paziente affetto da una determinata patologia piuttosto che prendere in esame i singoli episodi o gli incontri frammentari del paziente stesso con differenti parti del sistema sanitario.

Nella gestione integrata del paziente cronico un ruolo fondamentale è svolto dai Medici di Medicina Generale che devono fare in modo da assicurare la continuità assistenziale dei loro assistiti.

La Regione Siciliana ha cooptato i Medici di Medicina Generale per un'azione sinergica e concordata che applichi i principi del Disease Management nella gestione dei propri cittadini affetti da diabete mellito di tipo 2, comprendente anche interventi educativo-formativi per la gestione della malattia.

Obiettivi specifici del piano sono:

- Implementare un “sistema di governo” del diabete mellito di tipo 2 che consenta la promozione ed il monitoraggio della qualità dell'assistenza, la verifica dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza clinica, (uso appropriato dei presidi diagnostico-terapeutici), ed organizzativa, (uso appropriato dei "percorsi" e dei servizi), il controllo dei costi e la promozione di stili di vita coerenti con una corretta gestione della malattia
- Realizzare concreti processi di integrazione e di continuità assistenziale tra i livelli di assistenza ed i diversi attori assistenziali
- Ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari ed i possibili danni derivanti dalle difficoltà di accessibilità dei servizi.

Il Piano Regionale per il Disease Management del diabete mellito di tipo 2 è stato approvato nel 2005, e per la sua attuazione la Regione aveva identificato un Comitato di Coordinamento integrato comprendente il livello centrale regionale, il livello periferico delle ex Aziende Sanitarie Locali (ora ASP), mediante la nomina di un referente e di due Medici di Medicina Generale per ciascuna di queste, e un panel di esperti.

In una prima fase di attuazione era previsto che il piano fosse rivolto ad un distretto-pilota per ogni Azienda sanitaria territoriale, da cui ricavare informazioni sulle criticità da superare in vista dell'estensione a tutta la Regione.

Alla luce della L.R. 5/2009 di riordino del SSR, che ha previsto la profonda revisione critica di tutto il sistema assistenziale, in particolare quello territoriale, sul quale sono state emanate specifiche Linee Guida (D.A. 723/2010), la nuova strategia adottata è stata quella di “agganciare” il programma di Disease Management del Diabete Mellito di tipo 2 al nuovo Accordo Integrativo Regionale (siglato il 4/05/2010 e pubblicato su GURS il 15/10/2010), in modo che esso si potesse sviluppare su scala regionale e potesse utilizzare proficuamente il lavoro di rivisitazione organizzativa delle attività territoriali, nel quale le Aziende sanitarie sono in atto impegnate.

In particolare, relativamente alla Medicina Generale, sul tema del Diabete Mellito di Tipo 2 con l'Accordo Integrativo Regionale sono stati concordati:

- la creazione di un “Registro” dei pazienti affetti dalle patologie target (Diabete Mellito di tipo 2 e Scompenso Cardiaco), tramite l'invio al Distretto di competenza, da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG), di dati registrati su un'apposita “scheda di start up” regionale; tale strumento permetterà di avere il dato “di partenza” relativamente al numero di pazienti, alla complessità clinica, alla terapia praticata e alla capacità di partecipare alla gestione della propria patologia e consentirà di programmare gli interventi in modo mirato - anche differenziando la priorità di accesso ai percorsi di gestione integrata - e di valutare l'efficacia degli interventi attuati, permettendo di definire precisamente il denominatore per gli indicatori di processo e di esito adottati;
- la trasformazione fino al 5% delle associazioni di gruppo in “gruppi complessi”, che garantiscono, oltre ad un incremento dell'orario giornaliero degli studi, l'organizzazione di attività di ambulatori dedicati alla gestione di specifiche patologie e dei relativi percorsi di cura (diabete mellito, scompenso cardiaco);
- la gestione dei pazienti a “medio-alta” complessità sulla base del metodo del follow-up attivo, consistente nel richiamo attivo del paziente ai controlli periodici previsti dal Piano di Cura concordato con lo Specialista del distretto e la gestione dei contatti con lo Specialista e con l'Infermiere distrettuale anche programmando visite congiunte concordate, presso l'Ambulatorio di Gestione Integrata;
- la partecipazione ai Piani di cura dei pazienti complessi gestiti in day service territoriale;
- l'informazione e motivazione dei pazienti relativamente all'autogestione della patologia (diffusione di strumenti informativo-educativi); la diffusione delle informazioni sulle iniziative di educazione dei pazienti e dei caregiver familiari organizzate dal Distretto e motivazione alla partecipazione; l'uso della scheda di autogestione (self care) per i pazienti cronici e prioritariamente per i pazienti con diabete mellito e con scompenso cardiaco.

Per lo sviluppo del programma in questione, si utilizzerà, come riferimento, il Progetto IGEA (*Integrazione Gestione e Assistenza del Diabete*) dell'Istituto Superiore di Sanità, quale strumento di supporto tecnico-metodologico e formativo al Programma di Prevenzione regionale.

In conclusione, i Medici di Medicina Generale prendono in carico i propri pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2, applicando nella pratica clinica i percorsi di assistenza condivisi con la Azienda e la Regione e garantendo la continuità assistenziale; controllano periodicamente la compliance al trattamento e attivano controlli mirati ad evitare l'insorgenza di complicanze; forniscono inoltre alla Regione i dati relativi alla propria popolazione affetta da diabete mellito tipo 2, secondo un tracciato record definito, al fine della costituzione di una base dati.

Pertanto questa attività prosegue così rimodulata in considerazione della nuova organizzazione dei servizi territoriali.