

# UN MODELLO DI CURA INTEGRATA PER IL DIABETE E LE COMPLICANZE CRONICHE A ESSO CORRELATE: IL "DISEASE MANAGEMENT"

M. COMASCHI

Dipartimento MRRF ASL 3 Genovese, Arenzano, Genova

## Introduzione

Le considerazioni che saranno descritte di seguito si fondano su un modo diverso di intendere l'organizzazione sanitaria, rispetto a quello attualmente utilizzato. Oggi, nel nostro Paese, come peraltro in numerosi altri Paesi del mondo sviluppato, la sanità è basata sul concetto di "erogazione di prestazioni". Ciò comporta la presenza e/o la costituzione di numerose strutture diversificate per livelli e per competenze che, in ordine alle loro specificità, erogano al cittadino delle "prestazioni" in rapporto a presunti bisogni e in base alle richieste del cittadino stesso. Il medico di medicina generale e le strutture del Territorio (Distretto) coprono il fabbisogno delle cosiddette "cure primarie", gli ospedali e le istituzioni a essi assimilabili coprono il fabbisogno dei successivi livelli di cura. La "prestazione" viene identificata come il "prodotto" dell'Azienda Sanitaria sottoposta alle leggi di un mercato virtuale, o, come è stato più correttamente definito, di un "quasi mercato": il prodotto viene quindi monetizzato, al fine di identificare la capacità produttiva degli operatori e, soprattutto, sul prodotto si applicano le leggi economiche dell'efficienza. Questo tipo di sistema, in modo naturale, ha dato vita al proliferare di strutture sanitarie, che giustificano la loro presenza sulla base della competenza specialistica o addirittura dell'eccellenza nei vari campi della medicina e della sanità in generale. Ciò ha altrettanto naturalmente comportato una conseguente proliferazione di carriere di molteplici figure specialistiche la cui attività è strettamente settoriale e correlata al campo della competenza.

Per dirla con termini tecnici, il "driver" dell'organizzazione è il Servizio erogante e la base organizzativa è la competenza dell'operatore. La "rivoluzione" culturale che appare sempre più necessaria consiste nel rovesciare completamente i termini: il driver dell'organizzazione deve diventare la "persona", e la base organizzativa non può più essere la prestazione, ma deve

diventare il "processo di cura", la cui qualità, efficienza ed efficacia può agevolmente essere monitorizzata da opportuni indicatori.

Le problematiche poste dalla malattia diabetica non possono essere solo confinate al campo della conoscenza scientifica, dell'aggiornamento e della formazione del Personale Sanitario. Avere bravi specialisti, bravi infermieri, brave dietiste, preparati medici generalisti è importantissimo, ma non sufficiente di fronte alle dimensioni crescenti di un problema che interessa la Sanità Pubblica e che sconfinava in modo abbondante anche nel sociale.

È pertanto indispensabile anche ragionare su quali modelli di assistenza e cura sia necessario progettare, per poter applicare al massimo livello le conoscenze scientifiche, e per poter rispondere a un bisogno che, oltre che dal singolo cittadino affetto dalla malattia, viene dall'intera comunità. Non ultimo, l'aspetto dell'economia sanitaria assume un ruolo fondamentale anche nella preparazione, nel disegno e nell'attuazione di modelli di assistenza, che consentano un vero "governo clinico" del problema.

Il Sistema Sanitario Italiano, oggi, soffre di alcuni gravi difetti strutturali, pur essendo, tra quelli esistenti nel mondo sviluppato, uno dei più efficaci. L'elencazione delle problematiche intrinseche all'organizzazione e al sistema di finanziamento del SSN può aiutare a focalizzare meglio i punti critici e a individuare possibili soluzioni.

1. Il primo e più grave dei problemi del SSN Italiano nasce dal diverso "timing" che regola il governo "economico-strategico" rispetto a quello "clinico". Le Aziende Sanitarie, Ospedaliere o Territoriali, nate dalle leggi di riforma del 1992 e poi riconfermate dal Decreto di riforma del 1999, più noto come "Riforma Bindi", sono dirette sostanzialmente da

soggetti il cui obiettivo imposto dai decisori istituzionali della Sanità (Ministero, ma soprattutto Regioni), è quello del pareggio di bilancio annuale o, nella migliore delle ipotesi, triennale. Di fronte a risorse per definizione scarse, i Direttori Aziendali tendono a privilegiare la riduzione della spesa di parte corrente, rappresentata soprattutto dal costo del Personale e, se devono fare investimenti, tendenzialmente preferiscono investimenti in strutture o attrezzature che, a fronte di una spesa iniziale, hanno poi costi di ammortamento e manutentivi più tollerabili. Ciò finisce per privilegiare in modo evidente la diagnostica strumentale più moderna, le strutture ospedaliere ad alta specialità, l'edilizia sanitaria in genere. Questo tipo di politica, pur, ripeto, generatrice di efficienza ed eccellenza in alcuni campi dell'attività ospedaliera, di fatto privilegia la cura della malattia acuta, o meglio degli episodi acuti che si possono verificare nel corso delle malattie anche croniche. Il "governo clinico" della salute pubblica ha obiettivi e scopi diversi, anche se convergenti: deve individuare metodologie di efficienza ed efficacia, che consentano un'ottimizzazione delle risorse per ottenere "outcome" positivi sul cittadino e sulla comunità. È anche questo un modello economico, ma i tempi sono decisamente diversi. In un'ottica di epidemiologia caratterizzata prevalentemente da patologie cronicodegenerative, ad andamento progressivo, l'investimento del clinico tenderà a privilegiare il modello della diagnosi precoce e della prevenzione, primaria, secondaria e terziaria. Gli investimenti economici in tali campi sono prevalentemente rappresentati da risorse umane. Quale Direttore Aziendale accetterà il concetto di un forte investimento iniziale di risorse umane per la prevenzione dei fattori di rischio metabolici e cardiovascolari, con la previsione di un recupero economico dopo almeno 10 anni, dovendo presentare dei conti a pareggio annualmente? È un problema di "efficienza allocativa" come ben sanno gli economisti: si tratterebbe di spostare risorse da un settore a un altro all'interno della "frontiera della produzione", ma senza un rapido rientro degli investimenti effettuati, e con la necessità contemporanea di mantenere in piedi il sistema delle acuzie. Infine, ma non di minore importanza, c'è il problema del "consenso" democratico: quella situazione per cui, in tutte le democrazie elettive, il soggetto che ha responsabilità pubbliche deve tener conto dell'opinione degli elettori. E, come si sa, in Italia c'è un'elezione all'incirca ogni anno. Da qui l'orizzonte temporale dei decisori della sanità, mai superiore al triennio.

2. L'Italia ha adottato, ormai da più di 10 anni, anche se in modo gradualmente progressivo, il sistema di finanziamento ospedaliero a tariffa, secondo il modello statunitense dei DRGs, Raggruppamenti Omogenei per Diagnosi. Con l'introduzione dei DRGs, il sistema di pagamento della Sanità Italiana è diventato un vero e proprio guazzabuglio misto di sistemi tra loro spesso contraddittori. Infatti, nell'ambito delle cure primarie (primary care), i soggetti preminenti rappresentati dai Medici di Medicina Generale (MMG) hanno un rapporto non di dipendenza, ma convenzionale, che mantiene la figura giuridica del libero professionista, che tuttavia viene retribuito a "quota capitaria" ovvero per numero di "assistibili". È una sorta di pagamento per caso trattato che, tuttavia, di fatto comporta un'organizzazione del MMG secondo il cosiddetto modello dell'"opportunità", ossia l'attesa del cittadino che, al momento dell'emergenza di un problema, si presenti al MMG per la sua soluzione: l'esatto contrario della programmazione delle cure per le patologie croniche. Sempre nel campo della primary care, le Strutture Territoriali di un'Azienda Sanitaria hanno una sorta di mansionario di attività, e gli operatori sono retribuiti con un rapporto di dipendenza a orario, regolata da un contratto, che non tiene conto né del volume né della qualità delle prestazioni rese. Ancora, nell'anello intermedio tra cure primarie e secondarie, la Specialistica Ambulatoriale ha nuovamente un terzo tipo di retribuzione: un contratto di convenzionamento "a ore", che impegna lo specialista a eseguire solo un certo numero di prestazioni all'ora (non più di 4, qualsiasi sia la tipologia delle prestazioni). Nel vasto campo, in Italia, del secondo livello (secondary care) rappresentato dalle attività ospedaliere, siamo invece totalmente nel sistema del pagamento a prestazione. Sia per la degenza, dove il DRG rappresenta il "prodotto" del ricovero ospedaliero, sia per le attività ambulatoriali umane o strumentali, in cui viene riconosciuta una specifica tariffa per prestazione, senza limitazioni di quantità né indicazione di tempo. Anche in questo caso il sistema economico è premiante verso la cura della malattia, mentre non prevede alcuna incentivazione all'attività di prevenzione. Per di più, la tendenza ormai dilagante, partita soprattutto da modelli specificamente adottati in alcune Regioni Italiane, a separare nettamente il soggetto pagante (l'Azienda Territoriale, vista come un Ente Assicurativo per il cittadino), dal soggetto erogante (l'azienda ospedaliera, pubblica o privata accreditata, vista come puro erogatore di prestazioni), ha creato un'ulterio-

re frattura tra primary e secondary care, con quest'ultima che ha tutto l'interesse a erogare il massimo numero possibile di prestazioni all'interno di quelle definite come "appropriate", trascurando e lasciando quasi esclusivamente alla primary care quelle ad alto rischio di inappropriata ospedalizzazione, tra le quali spicca la cura del diabete. Ne deriva, pur in una semplificazione eccessiva e per fortuna non sempre vera, che una Unità Operativa Ospedaliera ha molto più interesse a curare un diabetico con una grave complicanza, piuttosto che cercare di prevenirla. L'Azienda Territoriale avrebbe in realtà molto più interesse a prevenirla, ma i mezzi tecnologici e le risorse umane sul territorio sono o mancanti o disperse in diversi rivoli. Esiste, è vero, un'anomalia positiva tutta italiana, nel campo della Diabetologia: sul territorio nazionale operano più di 600 strutture specialistiche, per l'80% intraospedaliere, che svolgono il duplice ruolo di primary e secondary care, occupandosi in modo molto competente della patologia diabetica e soprattutto della persona affetta da diabete. Tuttavia, essendo immesse in un sistema di pagamento a prestazione in cui le tariffe sono decisamente sottovalutate, e non avendo in genere, nella quasi totalità, la possibilità di produrre DRGs degenziali, sono strutture a forte rischio, con bilanci economici quasi sempre deficitari, non ben viste dalle Aziende Ospedaliere che le trasferirebbero volentieri nei Distretti Territoriali.

Questo quadro, apparentemente molto pessimistico, sta in realtà muovendosi verso forme di collaborazione e integrazione che partono proprio dagli operatori sanitari, una sorta di "bottom-up", che comincia a far sentire bene la sua voce a livello dei decisori istituzionali. Proprio nel campo delle malattie croniche, e in particolare del diabete, si comincia in più parti d'Italia a registrare sperimentazioni di ottimo successo di "shared care" tra diabetologi ospedalieri e MMG. Associazioni e Società Scientifiche, sia a livello nazionale, sia nei contesti locali, hanno messo a punto "linee guida" e percorsi diagnostico-terapeutici che prevedono azioni integrate dei diversi attori, con l'utilizzo della medicina generale di gruppo, spesso "nurse based", che realizza quell'organizzazione degli ambulatori "per problemi" invece che su richiesta, idonea alla cura della patologia cronica progressiva.

Il modello è vicino a quello utilizzato dalle Health Maintenance Organizations americane, una sorta di Mutue Assicuratrici Statali o in qualche caso anche federali, sia a carattere profit che non profit, che hanno messo a punto un sistema denominato "managed

care", o cura gestita. Tale modello prevede la programmazione di un piano di cura ("Health Care Plan") che viene sottoscritto dal cittadino e dal datore di lavoro, che paga una parte dei contributi assicurativi, che comprende un certo tipo e un certo numero di prestazioni sanitarie annuali in sedi predefinite. Ovviamente il Piano di Cura è variabile in base alla patologia prevalente da cui il cittadino può essere affetto, o addirittura dal rischio di contrarre particolari malattie. Nel caso del diabete, come per la depressione, l'ipertensione, lo scompenso cardiaco, l'artrite reumatoide, le HMOs producono piani di cura che prevedono le prestazioni diagnostiche e terapeutiche definite dall'EBM, e concordate con le principali società scientifiche e con le Associazioni dei Pazienti. Si realizza così il "disease management". Il concetto non può che essere condiviso: è finalmente il superamento delle inappropriatozze, la prevalenza della prevenzione sulla cura, la certezza delle prestazioni adeguate e riconosciute dalle prove scientifiche. In più, tale sistema, che prevede la raccolta in "database" comuni da parte di tutti gli operatori dei dati relativi alla patologia del paziente, consente anche la realizzazione di un sistema di controllo della qualità, con la definizione di adeguati indicatori di processo e di esito, e, non ultimo, anche la valutazione esatta dei costi del sistema stesso.

Le applicazioni di tali modelli negli USA non sono riuscite bene. In parte perché le HMOs, soprattutto quelle profit, hanno incentrato tutto il sistema sul controllo dei costi, e quindi sulla progressiva riduzione delle prestazioni rese, oppure sull'erogazione delle stesse su chi faceva il miglior prezzo, con il risultato di ridurre la competenza specialistica. In parte perché molto spesso le HMOs hanno subappaltato tali sistemi a specifiche agenzie spesso legate ad Aziende produttrici di farmaci, per cui talvolta si è venuto a creare un sistema di quasi monopolio. I cittadini americani sono molto insoddisfatti dei sistemi delle HMOs, e sempre di più si rivolgono a strutture diverse, con il risultato di pagare due volte per le stesse prestazioni. Nel caso del diabete, le HMOs tendono ad affidare quasi tutto il peso della prevenzione e della cura della malattia ai General Practitioners e, in un secondo livello, a Ospedali con Unità Endocrinologiche. Il risultato pratico è stata la nascita e il rigoglioso sviluppo di vere e proprie "diabetes clinics" ambulatoriali o, più raramente, anche degenziali, governate da GPs specializzati e soprattutto da nurses, che effettuano però tutte le prestazioni in regime privatistico. I costi per il singolo cittadino sono molto alti, e la copertura assicurativa privata diventa quasi un obbligo.

Al di là delle distorte applicazioni americane dei modelli di disease management, l'idea di fondo è sicuramen-

te positiva: laddove si è messo in atto un sistema simile, senza le distorsioni del denaro, identificando invece l'obiettivo più correttamente su una adeguata e appropriata spesa sanitaria e soprattutto sulla riduzione dei costi per le complicanze acute e croniche della malattia, il modello funziona, e funziona bene. In alcuni Länder tedeschi è in atto da alcuni anni; in Gran Bretagna i GPs Trusts hanno costruito modelli simili, anche se con inadeguatezze abbastanza evidenti, legate alla scarsità cronica del Fondo Sanitario dell'NHS britannico, in Irlanda esistono numerose sperimentazioni positive. In Italia alcune Aziende Sanitarie hanno stretto contratti locali con le Unità Specialistiche Diabetologiche e un adeguato numero di MMG, che ricevono incentivazioni alla trasformazione della loro attività, sulla base dell'osservanza di alcuni fondamentali indicatori di processo. A Brescia, Reggio Emilia, Bologna, Torino, Asti, Genova, Salerno sperimentazioni di managed care sul diabete sono in diverso ma avanzato stato di attuazione. La stessa legge DPR 229/99 prevedeva, tra i sistemi di pagamento delle prestazioni sanitarie, oltre ai già citati DRGs e PRGs, anche la definizione di particolari piani di cura per patologie specifiche.

È chiaro che l'integrazione tra diabetologi e generalisti è il primo e forse più importante passo verso una forma di prevenzione e cura delle malattie del metabolismo sulla base della EBM: indispensabili sono i passi successivi, e cioè la partecipazione sempre più ampia degli altri specialisti impegnati nella diagnosi e nella cura delle complicanze croniche. Il primo è il cardiologo, che tra l'altro si trova, nel sistema italiano, in una posizione abbastanza simile al diabetologo: è uno specialista di secondo livello, anzi spesso anche di terzo, ma contemporaneamente, attraverso la specialistica territoriale dei distretti e gli ambulatori divisionali, si trova a svolgere compiti di primary care. L'ingresso convinto dei Cardiologi in un sistema integrato è indispensabile, laddove si tenga conto dell'elevatissima incidenza di patologie cardiovascolari nel diabetico e, per converso, dell'elevatissima prevalenza di diabetici nelle strutture cardiologiche. I sistemi di managed care o di disease management hanno necessità di alcune figure obbligatorie: ci deve essere un board scientifico permanente che aggiorni costantemente secondo l'implementazione delle linee guida i percorsi; ci deve essere un board "politico" di contrattazione, in cui tutte le parti siano rappresentate; ci deve essere un Gestore unico del Sistema dal punto di vista scientifico e clinico; ci deve essere un Gestore Amministrativo del Sistema. Infine, è necessario un programma di formazione continua del personale interessato.

Il primo "board" non può che essere costituito da tutti gli operatori sanitari attivi (MMG, diabetologo, infermiere, personale professionale, cardiologo e/o altri specialisti); il secondo board sarà invece un tavolo costituito dall'azienda territoriale e ospedaliera, dalle associazioni dei pazienti e dai rappresentanti degli operatori. Il Gestore dei dati amministrativi sarà l'Azienda pagante, cioè l'ASL; il Gestore scientifico il diabetologo, soggetto coordinante.

La definizione di protocolli per lo screening, la diagnosi precoce, la cura della malattia, il follow-up, i percorsi relativi alla cura delle complicanze, e la loro applicazione deve poter permettere di raggiungere il cittadino affetto da diabete con la più moderna ed efficace organizzazione. L'investimento di risorse, soprattutto umane, si deve poter tradurre in un progressivo risparmio in prestazioni sanitarie e in carichi sociali oggi pesantissimi.

## Nuovi modelli assistenziali per il paziente diabetico

### *Analisi del sistema attuale*

La realtà italiana attuale del sistema sanitario è definibile come un'organizzazione "settoriale specialistica", in cui il cittadino utente è un fruitore di prestazioni sanitarie di varia tipologia, siano esse di base (primary care) o di livelli superiori (secondary care). La fruizione di tali prestazioni (ambulatoriali, degenze diurne, degenze ordinarie, prestazioni strumentali, prestazioni individuali d'igiene pubblica) avviene secondo un sistema di "fee for service", in cui l'utente è il pagatore virtuale della prestazione resa.

Ciò avviene indipendentemente dalla motivazione che ha indotto la richiesta di prestazione. Per la prestazione "di base", infatti, è il cittadino stesso che individua una sua motivazione, mentre per i livelli "superiori" è il MMG che motiva la richiesta di prestazione, in modo *relativamente* indipendente e autonomo, e non obbligatoriamente dipendente da protocolli diagnostico-terapeutici e/o linee guida.

Il cittadino utente, in possesso della richiesta di prestazione, può a questo punto rivolgersi a un qualsiasi erogatore di 2° livello, che offra la prestazione stessa. In genere ogni struttura di 2° livello, che eroghi prestazioni sanitarie, si limita a rilasciare, e nel migliore dei casi a registrare per uso solo interno, un report della prestazione resa, che l'utente poi consegnerà al medico richiedente, perché ne faccia uso ai fini diagnostici e terapeutici.

Punti di forza di questo sistema organizzativo sono:

1. la possibilità per il cittadino di ricevere qualunque prestazione sanitaria;
2. la possibilità per il MMG di decidere i percorsi assistenziali dei pazienti;
3. la pluralità dei punti d'erogazione delle prestazioni;
4. la capillarità sul territorio delle strutture di 1° e 2° livello d'erogazione.

Punti di debolezza sono:

1. probabile inappropriata delle richieste di prestazione, con conseguente aumento dei tempi d'attesa e sostanziale scarsa fruibilità;
2. la scarsa comunicazione tra le diverse strutture eroganti le prestazioni, sia di 1° sia di 2° livello;
3. la mancanza di correlazioni a protocolli e/o linee guida relativi alle patologie;
4. la mancanza di disponibilità dei dati a tutti gli operatori.

In questo modello, nel quale comunque il cittadino ha accesso diretto al MMG e alle strutture dell'emergenza-urgenza e, in alcuni casi selezionati, anche al Servizio di Diabetologia, esiste uno scarso livello d'integrazione e di coordinamento tra i vari compartimenti. Spetta alle differenti figure professionali dialogare tra loro, per evitare interventi scoordinati. Questo dialogo necessita di essere "normato" per accrescere ancor più gli importanti risultati terapeutici che la diabetologia italiana, con la sua rete capillare di servizi insieme a quella dei MMG, ha raggiunto negli anni.

### *Il disease management*

La necessità di migliorare l'efficacia clinica coniugandola con quella di ottimizzare le risorse e i costi, in una logica di miglioramento continuo e d'integrazione tra i diversi "saperi" professionali, ha fatto nascere il modello assistenziale denominato "Disease Management" (DM).

Il DM è una metodologia basata su un approccio integrato alla malattia, teso al miglioramento dei risultati clinici e della qualità dei servizi offerti al cittadino, nell'ottica di una razionalizzazione della spesa. Esso rappresenta una risposta organica alla frammentazione della cura, al trattamento inappropriato e alla deviazione dalle linee guida.

Il DM prevede che sia prodotto un "pacchetto di programma sanitario" appropriato alla malattia in oggetto, che ovviamente deve avere le caratteristiche di patologia cronica evolutiva, ad alto tasso di complicanze e impatto socio-sanitario. Tale programma sanitario consiste fondamentalmente di un protocollo diagnostico-terapeutico condiviso da tutti gli operatori sanitari interessati (MMG, specialisti del settore, specialisti collaterali delle complicanze, nurses, assistenti

domiciliari, direzioni delle aziende sanitarie, farmacisti, pazienti), ricavato dalle linee guida internazionali e/o nazionali e integrato dalla conoscenza delle risorse utilizzabili. Tutti gli operatori debbono essere informati e "formati" alla gestione del sistema, e debbono essere in grado di registrare ogni dato clinico relativo al paziente su un archivio cartaceo o meglio informatico comune, posto in rete (che può essere di tipo "reale", ossia su base informatica, oppure "virtuale", ossia basata sulla trasmissione dati non informatizzata).

In sommario il sistema necessita di:

- 1) formulazione del protocollo diagnostico-terapeutico condiviso;
- 2) formazione degli operatori;
- 3) consenso informato degli operatori e dei pazienti;
- 4) adozione di un database comune;
- 5) raccolta centralizzata dei dati clinici ed economici;
- 6) valutazione periodica, attraverso l'utilizzo d'indicatori di struttura, processo ed esito, secondo le metodologie di verifica e revisione della qualità.

I punti di forza di questo sistema sono:

- 1) l'integrazione totale tra primary e secondary care;
- 2) il controllo dei costi;
- 3) la possibilità reale della valutazione degli outcome;
- 4) l'elevato livello di qualità delle prestazioni rese;
- 5) l'elevatissimo livello d'appropriatezza delle stesse prestazioni, con netta riduzione dei tempi d'attesa e aumento della fruibilità;
- 6) l'elevato grado di coinvolgimento del paziente;
- 7) la concreta possibilità di attuare la prevenzione secondaria della patologia in oggetto.

I punti di debolezza sono:

- 1) la possibile e frequente sovrapposizione d'eventi acuti non correlati alla patologia di base che accedono a servizi non integrati nel sistema;
- 2) la possibilità che il sistema sia governato più dal controllo dei costi che dalla reale necessità d'assistenza del paziente;
- 3) i maggiori costi legati alla necessità d'investimento in formazione professionale, in organizzazione e in sistemi di comunicazione informatizzati.

In questo tipo di sistema si rovescia il rapporto cittadino-strutture: *è il cittadino a essere al centro di un ipotetico cerchio di strutture tra loro comunicanti e integrate, cui accede sempre con le stesse modalità, a qualunque degli operatori egli decida di rivolgersi.*

Il diabete mellito è una patologia in cui l'applicazione del disease management può essere di grande utilità: è, infatti, una malattia a elevata prevalenza, di lunga durata, costosa per morbilità e mortalità, complessa perché alla cura del diabetico concorrono diverse figure sanitarie, spesso integrate tra loro.

## Ruolo e vantaggi per il diabetologo \_\_\_\_\_

I compiti dei CD nell'assistenza al paziente diabetico possono essere così riassunti:

- 1) gestione clinica diretta, in collaborazione con i MMG, dei pazienti diabetici con:
  - diabete di tipo 1;
  - grave instabilità metabolica;
  - complicanze croniche in fase evolutiva;
  - trattamento mediante infusori sottocutanei continui d'insulina;
- 2) inquadramento dei pazienti diabetici neodiagnosticati, con formulazione del piano di cura personalizzato e condiviso;
- 3) valutazione periodica, secondo il piano di cura formulato, dei pazienti diabetici di tipo 2 seguiti con il protocollo di gestione integrata, dai MMG;
- 4) presa in carico, in collaborazione con i MMG, dei pazienti:
  - con diabete di tipo 2 che presentano, per un qualunque motivo, un serio squilibrio metabolico;
  - in previsione di una futura gravidanza;
  - con gravidanza in atto;
  - con diabete gestazionale;
  - in previsione e preparazione d'interventi di chirurgia maggiore;
- 5) aggiornamento ai MMG per complicanze della malattia diabetica (per es.: disfunzione erettile, neuropatia autonoma, retinopatia grave ecc.) che necessitano di un approccio multispecialistico integrato;
- 6) impostazione della terapia nutrizionale;
- 7) terapia educativa;
- 8) coordinamento dell'attività clinica, formativa, epidemiologica e gestionale nell'assistenza diabetologica.

L'attuazione di programmi di gestione integrata e/o di DM della patologia diabetica (con i compiti sopra descritti) comporta i seguenti *vantaggi per i CD*:

- 1) riduzione del carico di lavoro improprio;
- 2) razionalizzazione del percorso assistenziale;
- 3) riconoscimento dell'attività specialistica;
- 4) assunzione, accanto alle usuali funzioni cliniche, anche di quelle epidemiologiche e organizzative, indispensabili per riqualificare e rendere unica la loro attività.

## Ruolo e vantaggi per il MMG \_\_\_\_\_

I compiti del MMG nell'assistenza al paziente diabetico possono essere così definiti:

- 1) effettuare lo screening della popolazione a rischio per individuare:
  - casi di diabete non diagnosticati;
  - casi di diabete gestazionale;
  - casi con ridotta tolleranza glicidica (IGT) e alterata glicemia a digiuno (AFG);
- 2) diagnosticare la malattia diabetica;
- 3) effettuare l'educazione sanitaria e il counselling dei soggetti a rischio e del paziente diabetico;
- 4) correggere i comportamenti alimentari errati dei pazienti diabetici e gestire la dieta prescritta dal CD;
- 5) gestire la terapia farmacologica dei diabetici sia di tipo 1 che 2 NID in stretta collaborazione col CD;
- 6) sorvegliare su effetti collaterali e interferenze della terapia ipoglicemizzante;
- 7) gestire in modo integrato con il CD il follow-up del paziente diabetico, finalizzato al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze;
- 8) attivare il CD per l'inquadramento dei diabetici neodiagnosticati e le visite periodiche, secondo il programma di cura concordato;
- 9) organizzare il proprio studio (accessi, attrezzature, personale) per una gestione ottimale dei pazienti diabetici;
- 10) raccogliere i dati clinici dei pazienti diabetici in maniera omogenea con il CD di riferimento, mediante cartelle cliniche cartacee o computerizzate;
- 11) collaborare con i centri specialistici per la ricerca in campo diabetologico.

*I vantaggi che possono derivare al MMG nell'assumere questi importanti compiti nell'assistenza al paziente diabetico (specie nell'ambito di un processo di DM) sono:*

- 1) miglioramento della qualità del lavoro (anche dal punto di vista organizzativo), più soddisfazione professionale, crescita culturale;
- 2) approccio alle cure condivise, con riduzione dei conflitti con le strutture di 2° livello;
- 3) Acquisizione della capacità di lavorare per obiettivi;
- 4) miglioramento degli outcome clinici;
- 5) possibili benefici economici, commisurati ai risultati raggiunti in termini di indicatori di processo e di esito, in relazione a contrattazioni aziendali e/o regionali a cui partecipino tutte le parti (MMG, specialisti diabetologi, amministrazione aziendale).

## Bibliografia \_\_\_\_\_

1. American Diabetes Association: Standard of medical care for patients with diabetes mellitus. (Position Statement) *Diabetes Care* **23** (suppl 1), S32-S42, 2000

2. Keen H, Hall M: Saint Vincent: a new responsibility for general practitioners? Br J Gen Pract **46**, 447, 1996
3. Waine C: Diabetes in General Practice RCGP. Clinical Series 1992, p. 1-72
4. A cura delle Società Scientifiche: AMD, SID, SIMG, SIMI, SIF, SIGG. Con la collaborazione di: FAND, CeRGAS Progetto per l'Organizzazione dell'assistenza al diabete dell'adulto. Pubblicazioni Health srl, 1998
5. Bonomo M, Valentini U, Brignoli O: Il paziente diabetico fra specialista e medico di medicina generale - verso una gestione integrata. Proposta di un protocollo di collaborazione gestionale. Il Diabete **8**, 194, 1996
6. Camerotto A, Medea G: Il progetto per la gestione integrata del paziente diabetico. SIMG Rivista di Politica Professionale della Medicina Generale. The Journal of the Italian College of General Practitioners **8**, 16, 1996
7. Passamonti M, Costato D: L'Integrazione (Shared Care) nella "Gestione" del diabete mellito tipo 2. SIMG Rivista di Politica Professionale della Medicina Generale. The Journal of the Italian College of General Practitioners **7**, 27-31, 1998
8. Garancini MP: L'epidemiologia del diabete non insulino-dipendente e la ridotta tolleranza glucidica. In: Vaccaro O, Bonora E, Bruno G, Garancini MP, Muntoni S (Eds): Il diabete in Italia. Società Italiana di Diabetologia Gruppo di Studio di "Epidemiologia e Statistica". Editrice Kurtis, Milano, 1996, p. 17-30
9. Hampson JP, Roberts RI, Morgan DA: Shared care: a review of the literature. Family Practice **13**, 264, 1996
10. Pringle M, Stewart-Evans C, Coupland C, Williams I, Allison S, Sterland J: Influences on control in diabetes mellitus: patient, doctor, practice, or delivery of care? BMJ **306**, 630, 1993
11. Koperski M: Systematic care of diabetic patients in one general practice: how much does it cost? Br J Gen Pract **42**, 508, 1992
12. AAVV: Disease Management Primer: a review of the principle of disease management. ADIS International, 1999
13. Accordo AMD-SIMG per l'assistenza al paziente diabetico. SIMG **9**, 16-18, 1995. Isis Medical Media 1996
14. Epstein RS, Sherwood LM: From outcomes research to disease management: a guide for the perplexed. Ann Intern Med **124**, 832-837, 1996
15. Valentini U, Cimino A, Girelli A: Manuale del disease management applicato alla diabetologia. AMD 1999
16. Verona Diabetes Study. Diabetes Care 1998
17. Gatling W, Hill R, Kirby M: Shared care for diabetes. Isis Medical Media 1996
18. Sidorov J, Shull R, Tomcavage J, Girolami S, Harris R, Lawton N: Diabetes Care **25**(4), 684-689, 2002
19. Aimee L: Stern Healthplan **42**(5), 14-18, 2001
20. Ibrahim Awad I, Beich J, Sidorov J, Gabbay R, Yu L: South Med J **95**(1), 78-87, 2002
21. Gregory P: Gilmet Drug Benefit Trends **11**(11sb), 35-42, 1999
23. Snyder JW, Malaskovitz J, Griego J, Persson J, Flatt K: Quality improvement and cost reduction realized by a purchaser through diabetes disease management. Dis Manag **6**(4), 233-241, 2003

---

*Pervenuto in Redazione il 19/2/2004 – Accettato per la pubblicazione il 26/2/2004*