

## Editoriale

# Le prospettive dell'assistenza alla persona con diabete in Italia. L'esempio del progetto DOTE della Regione Lombardia

### U. Valentini

Unità Operativa di Diabetologia, AO Spedali Civili di Brescia, Brescia

Corrispondenza: dott. Umberto Valentini, Unità Operativa di Diabetologia, Azienda Spedali Civili, piazzale Spedali Civili 1, 20123 Brescia  
e-mail: [umberto.valentini@spedalicivili.brescia.it](mailto:umberto.valentini@spedalicivili.brescia.it)

G It Diabetol Metab 2010;30:1-3

In queste pagine si riportano e analizzano le modalità con cui la Regione Lombardia intende affrontare la gestione del diabete di tipo 2, in particolare per quanto riguarda il coinvolgimento attivo ed efficace dei medici di medicina generale (MMG).

La dimensione sempre più grave del problema diabete, la consapevolezza che un attento follow-up e un trattamento efficace possono migliorare lo stato di salute delle persone con diabete, hanno indotto il Ministero della Salute a inserire il diabete tra le priorità sanitarie su cui concentrare gli sforzi, promuovendo l'attuazione di progetti regionali per la gestione integrata della malattia diabetica (*disease management*), coordinati attraverso il progetto IGEA (integrazione gestione e assistenza).

Il progetto IGEA nasce nel 2005 per creare una nuova modalità di cura del paziente diabetico, omogenea a livello nazionale, che si basa sull'integrazione tra medicina generale e medicina specialistica. Il *disease management* (di fatto sinonimo di *percorso assistenziale*) è la metodologia proposta dal progetto IGEA, in quanto permette di misurare l'intero processo di cura, di abbattere i compartimenti stagni, di identificare gli ambiti di miglioramento.

L'obiettivo del progetto IGEA è quello di ottimizzare i percorsi diagnostici e terapeutici mettendo il paziente, e non il sistema, al centro dell'organizzazione assistenziale, realizzando un modello che garantisca interventi efficaci per tutti i diabetici, attui gli interventi secondo i principi della medicina basata sulle prove di efficacia, assicuri la possibilità di misurare sia la qualità delle cure sia il miglioramento degli esiti e assicuri la possibilità di attivare gradualmente un modello di assistenza su tutto il territorio nazionale, tenendo conto delle diverse realtà, ma garantendo comunque l'uniformità degli interventi.

In sintonia con il progetto IGEA le ASL della Lombardia hanno definito localmente il *percorso diagnostico terapeutico assistenziale del diabete* e la Regione ha elaborato nel

2009 un progetto (legato al contratto del MMG) finalizzato al coinvolgimento attivo del MMG: il progetto DOTE.

Questo progetto rientra nella realizzazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) del diabete; l'obiettivo è quello di migliorare l'assistenza coinvolgendo i MMG come figura di accompagnamento e di supporto ai pazienti al fine di ottenere la migliore adesione al PDTA.

Il termine *dote* è da intendersi non come acronimo, ma nel vero senso del termine: è l'insieme delle risorse sanitarie (esami strumentali, prestazioni, farmaci, presidi...) previste dal percorso diagnostico terapeutico assistenziale attribuite a ogni paziente.

Obiettivi specifici del progetto sono:

- *migliorare la presa in carico* degli assistiti da parte del MMG;
- *definire e monitorare indicatori* di misurazione dello stato di salute degli assistiti;
- *misurare l'impatto dell'adozione dei PDTA* sui consumi sanitari complessivi e specifici degli assistiti. La presa in carico dei diabetici, secondo quanto previsto dal PDTA, permette di valutare a livello di sistema l'impatto sui consumi, specialistica ambulatoriale, assistenza farmaceutica e ricoveri ospedalieri e, soprattutto, permette di valutare nel medio termine i vantaggi di salute derivanti da un'aderenza ottimale rispetto ai percorsi di cura stabiliti.

L'ASL fornisce a ogni MMG partecipante l'*elenco degli assistiti* diabetici (banca dati assistito), il *report per ogni singolo diabetico* ogni trimestre (accesso alla specialistica, accesso al pronto soccorso, ricoveri, terapie, esami, presidi, costo lordo pro assistito...), il *confronto dei risultati ottenuti* con quelli della popolazione generale e degli altri MMG partecipanti al progetto. Il MMG sottoscrive con il paziente un "patto di cura" finalizzato all'adesione al PDTA, all'uso corretto dei farmaci e dei presidi, all'adozione di corretti stili di vita. Il progetto DOTE quindi ha per finalità il miglioramento della *primary care* nell'assistenza alle persone con diabete attraverso:

- il coinvolgimento attivo del paziente;
- la definizione e la raccolta di indicatori clinici di processo e di esito intermedio per valutare l'aderenza al PDTA;
- l'analisi dell'aderenza al trattamento farmacologico;
- la raccolta e l'analisi dei dati gestionali (banca dati assistito) e clinici per valutare l'impatto economico.

Questa iniziativa della Regione Lombardia è in sintonia con il progetto nazionale IGEA, di cui si può considerare una parte "applicativa", e simile ad alcune esperienze che stanno realizzandosi in altri Paesi europei.

*Inghilterra:* nel 2001 è stato pubblicato il *Diabetes National Service Framework* (DNSF) e nel 2003 il *DNSF Delivery Strategy* ha definito le modalità di attuazione del DNSF ([www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics](http://www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics)). Questo modello prevede un ruolo centrale del MMG nell'assistenza alle persone con diabete, con il supporto delle strutture specialistiche che svolgono attività e funzioni diverse; il MMG viene "monitorato" attraverso opportuni indicatori di adesione agli standard identificati (di efficacia e di efficienza). L'adesione al PDTA e il raggiungimento di risultati sono riconosciuti da un sistema premiante. Il DNSF prevede il coinvolgimento attivo della persona con diabete che diventa il primo attore dell'ap-

plicazione del PDTA. Il piano assistenziale viene annualmente definito dalla persona diabetica e dal MMG: i bisogni di salute individuali diventano la base del piano assistenziale che verrà realizzato dalla rete (MMG, specialisti...).

*Francia:* anche in Francia è in via di attuazione un progetto che ha molte analogie con quello della Regione Lombardia e dell'UK. Il MMG visita la persona con diabete e in funzione dei bisogni evidenziati la invia all'infermiere esperto in ambito educativo per una valutazione dei bisogni assistenziali; quindi MMG e infermiere definiscono e pianificano il piano terapeutico (terapia, esami periodici, controlli...). Il piano attraverso indicatori *ad hoc* viene periodicamente rivisto; anche questo progetto prevede il coinvolgimento attivo del paziente e la sottoscrizione di un contratto di accettazione e condivisione del piano assistenziale ([www.sante.gouv.fr/html/actu/diabete/prog.htm](http://www.sante.gouv.fr/html/actu/diabete/prog.htm)).

*Germania:* nel 2002 è iniziato il primo programma di *disease management* (DMP) per il diabete di tipo 2. Questi programmi hanno ormai corso legale e regolano i diversi livelli di cura al diabete. Tra le altre cose, vengono fornite le indicazioni per il trasferimento della presa in carico dalle cure primarie agli specialisti diabetologi negli ambulatori specializzati e agli ospedali dedicati. I medici sono rimborsati per le loro prestazioni all'interno del DMP, il che rende conveniente arruolare pazienti. Un aspetto rilevante è costituito dall'enorme sforzo di documentazione per ogni paziente; un set completo di tutti i dati di ogni paziente arruolato nel programma, come i risultati di laboratorio e le prestazioni assistenziali, deve essere documentato e inviato alle assicurazioni di malattia, prima che il rimborso venga riconosciuto<sup>1</sup>.

L'interesse principale dei sistemi sanitari è senza dubbio l'appropriatezza<sup>2</sup> considerato che essa è in grado di incidere sull'efficacia clinica e anche sulla economicità, cioè sull'uso adeguato delle risorse riducendo i costi superflui. È quindi prioritario in un'epoca di risorse definite, evitare che i servizi ospedalieri e specialistici strutturati per affrontare l'acuzie e i casi complessi, vengano impropriamente (e talora inefficacemente) utilizzati nella gestione delle patologie croniche a bassa complessità e che possono essere seguite con successo dal MMG in integrazione con gli specialisti<sup>2-5</sup>.

La diversificazione delle funzioni non può e non deve essere a compartimenti stagni, ma implica *follow-up* diversificati e condivisi tra i differenti attori assistenziali (ospedale, specialistica ambulatoriale, assistenza primaria): in sintesi il paziente diabetico, e più in generale il paziente cronico più complesso, verrà prevalentemente seguito dagli specialisti che comunicheranno con il MMG, mentre i casi meno complessi verranno seguiti prevalentemente dal MMG che si avvarrà di periodiche consulenze specialistiche<sup>6,7</sup>.

La piramide dei professionisti non va letta in termini valoriali, cioè secondo una scala "superiore-inferiore": la prospettiva di questa diversificazione di funzioni è, infatti, quella di valorizzare le differenze tra le professionalità.

Si può affermare che in Italia e nei Paesi europei la direzione verso cui si va è quella del *chronic care model*, caratterizzato dal coinvolgimento attivo della persona con diabete alla gestione della malattia e dall'integrazione tra i diversi livelli assistenziali<sup>8-11</sup>, dal *disease management*, inteso come modello di erogazione

zione di prestazioni *evidence based* e di monitoraggio dell'efficacia clinica e dell'efficienza economica attraverso opportuni indicatori elaborati dai *database* clinici e amministrativi<sup>12-17</sup>.

Dal progetto DOTE emergono tuttavia alcune criticità di cui tener conto:

- il patto sottoscritto dal paziente potrebbe non essere etico: la maggior parte dei pazienti, indipendentemente dal grado di cultura, non sempre riesce a comprendere in poco tempo il progetto di cura;
- l'educazione all'autogestione: in progetti di *disease management* la formazione dei pazienti all'autogestione è considerata indispensabile per ottenere sia migliori risultati clinici sia un migliore uso delle risorse; tuttavia, ottenere un'aderenza al trattamento nel tempo, è difficile e complesso. In una recente metanalisi<sup>18</sup> finalizzata a valutare l'aderenza alla terapia dopo interventi educativi, solo in 36 studi clinici randomizzati su 70 si otteneva un miglioramento dell'autogestione e solo in 25 di questi si otteneva il miglioramento di almeno uno degli outcome considerati;
- l'aspetto economico: il progetto non nasce come *budget* per singolo paziente, tuttavia contiene aspetti economici vincolanti l'assegnazione degli incentivi contrattuali ai MMG. Questo aspetto potrebbe comportare delle distorsioni nei comportamenti assistenziali;
- non vengono definite le funzioni e le risorse del diabetologo: l'attività specialistica dovrebbe crescere parallelamente a quella del MMG se deve essere in grado di garantire prestazioni diverse da quelle del MMG e più complesse.

Il progetto DOTE e più in generale il progetto IGEA dimostrano, in Italia, una sempre maggiore sensibilità e interesse delle Istituzioni al problema diabete con particolare attenzione alla integrazione tra *primary* e *secondary care*. Senza interventi legislativi e gestionali delle Regioni, la *gestione integrata* del diabete è destinata al fallimento: il superamento delle barriere tra diabetologo e MMG (che hanno contratti e ambiti di lavoro diversi) è possibile solo se esiste una politica sanitaria chiara e sostenuta dai fatti che permetta al diabetologo e al MMG di avere le risorse e l'organizzazione necessarie per un'adeguata assistenza alle persone con diabete.

## Bibliografia

1. Busse R. *Disease management programs in Germany's statutory health insurance system*. Health Affairs 2004;23:56-67.
2. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM*. London: Churchill Livingstone 1997.
3. Noto G, Deales A, Di Stanislao F. *Dalla gestione clinica della malattia al governo del processo assistenziale. L'esperienza della Regione Marche sulla Clinical Governance*. Mecosan, Management ed Economia Sanitaria 2003;47:135-48.
4. Panella M, Marchisio S, Di Stanislao F. *Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work?* Int J Qual Health Care 2003;15:509-21.
5. Pearson SD, Goulatt-Fisher D, Lee TH. *Critical pathways as a strategy for improving care: problems and potential*. Ann Intern Med 1995;123:941-8.
6. Musacchio N, Arcangeli A, Cavallo MR, Giancaterini A, Noto G, Orlandini D et al. *I profili di assistenza per le malattie croniche: il modello Diabete Mellito*. AMD, edizioni Springer 2007.
7. Noto G. *Alcune riflessioni metodologiche sugli aspetti critici e sulle potenzialità di sviluppo dei Percorsi Assistenziali*. I Quaderni del CeBePS – Centro Benchmarking dei Processi In Sanità 2005;3:35-41.
8. AMD-SID-SIMG. *L'assistenza al paziente diabetico. Raccomandazioni cliniche e organizzative*. Milano: Utet Periodici 2001.
9. Cavallo MC, Del Vecchio M. *Disease Management: un approccio sistemico alla gestione delle patologie croniche*. Mecosan 1997;20:8-16.
10. Wagner EH. *The role of patient care teams in chronic disease management*. BMJ 2000;320:569-72.
11. Gillibrand W, Holdich P, Covill C. *Managing type 2 diabetes: new policy and interventions*. Br J Community Nurs 2009;14:285, 288-91.
12. Costa BM, Fitzgerald KJ, Jones KM, Dunning Am T. *Effectiveness of IT-based diabetes management interventions: a review of the literature*. BMC Fam Pract 2009;17,10:72.
13. Stewart AG, Furler JS. *Development and validation of the Diabetes Management Orientation Scale (DMOS): assessing culturally related approaches to diabetes self-management*. Diabetes Res Clin Pract 2009;86:24-30.
14. Valentini U, Cimino, A, Girelli A. *Manuale del disease management applicato alla diabetologia*. Produzione AMD 1999.
15. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano AJr et al. *Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness – Which ones work? Meta-analysis of published reports*. BMJ 2002;325:925.
16. Hunter DJ, Fairfield G. *Managed care: disease management*. BMJ 1997;315:50.
17. McDonald PS, Whittle CL, Dun L, de Luc K. *Shortfalls in integrated care pathways. Part 1: what don't they contain?* Journal of Integrated Care Pathways 2006;10:17-22.
18. Duke SAS, Colagiuri S, Colagiuri R. *Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD005268. DOI: 10.1002/14651858.CD005268.pub2.