

Organizzazione e gestione dell'assistenza diabetologica

A cura di Marco A. Comaschi

Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, Genova

In questo numero de "il Diabete", nella rubrica dedicata alle problematiche assistenziali, ho il piacere di presentare un articolo del collega Saffi Giustini, esponente della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), da sempre impegnato nello studio e nell'applicazione dei nuovi modelli organizzativi della primary care e della medicina generale. L'articolo riferisce degli indirizzi utilizzati dalla Regione Toscana per l'adozione dei modelli di chronic care nella pratica clinica della medicina territoriale e, pur finalizzato (ovviamente in questa sede) all'assistenza per il diabete, riguarda anche alcune altre patologie di enorme interesse socio-sanitario, come la COPD (chronic obstructive pulmonary disease) e lo scompenso cardiaco cronico. Le linee di base sono quelle che da tempo le Società Scientifiche dei settori (AMD, SID, SIMG) hanno tracciato e che si sono evolute dai primi "timidi" tentativi di protocolli integrati, fino ad arrivare all'ambizione della creazione di un "network" plurispecialistico e pluriprofessionale in cui la figura centrale diventa sempre di più il paziente, "consapevole" e "co-gestore" della sua condizione. Da questo punto di vista la diabetologia è sempre stata all'avanguardia con il progressivo crescere e affinarsi delle tecniche di empowerment. La constatazione che finalmente le politiche sanitarie di alcune regioni hanno imboccato questi indirizzi non può che essere motivo di orgoglio. Sotto questo punto di vista l'Italia continua a essere molto eterogenea e lo stesso problema viene affrontato da diverse Regioni in modo molto difforme: a fronte di un sistema come quello descritto da Saffi Giustini, che fondamentalmente supera i concetti della prestazione tariffata per approdare al P-4-P (pay for performance) sui modelli dei clinical pathways britannici, la Lombardia lancia invece i CREGS (chronic related groups), sorta di DRG della cronicità sviluppabili autonomamente da strutture pubbliche o private accreditate. Di fatto, comunque, è una forse tardiva presa di coscienza che il problema delle cronicità nel nostro Paese è di gran lunga il più "pesante", sia dal versante assistenziale, sia da quello economico.

Chronic care model in Toscana

Saffi Giustini

Medico di medicina generale – consulente Regione Toscana

Premessa

Da qualche anno al sistema delle cure primarie viene richiesto molto. È una pressione esercitata su diversi piani:

- la programmazione e la valutazione dei bisogni dei cittadini, anche ai fini della definizione delle priorità;
- l'appropriatezza, l'uso razionale delle risorse e il filtro (e anche la committenza) verso le cure secondarie e terziarie;

- il coordinamento, la continuità delle cure e la gestione complessiva dei percorsi assistenziali, a partire dal primo contatto con il paziente.

Se da una parte l'insieme di queste richieste evidenzia il ruolo sempre più strategico delle cure primarie all'interno del sistema sanitario, dall'altra ha avuto effetti pesanti sul carico di lavoro e di responsabilità che si è abbattuto sugli operatori di prima linea, in particolare i medici di famiglia.

Le malattie croniche:

- hanno sostituito quelle acute come problema domi-

nante per la salute, essendo la causa principale di uso dei servizi, consumando il 78% dell'intera spesa sanitaria;

- hanno cambiato il ruolo del medico (di MG) che, da "unico" gestore della cura, diventa membro di un team multiprofessionale in grado di elaborare il piano di cura e di assistenza, che tenga conto della molteplicità dei bisogni, così come di garantire la continuità dell'assistenza;
- hanno cambiato il ruolo del paziente che, da soggetto passivo, diventa protagonista attivo della gestione del proprio stato di salute, assumendo comportamenti e stili di vita adeguati.

Da dove possiamo partire?

- Dai bisogni dei pazienti, letti dai medici di MG
- Dal case *mix* delle comorbidità
- Dalla definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, condivisi, praticabili e misurabili
- Dal singolo medico di MG che condivide in rete informatica il progetto di assistenza al cronico

- Dalle sperimentazioni di forme aggregative complesse
- Dalla valutazione non episodica di processi e di esiti.

Chronic care model in Toscana

Il diabete mellito tipo 2 (DMT2) è una delle patologie croniche a più larga diffusione. La prevalenza in costante e progressivo aumento, gli esiti clinici e sociali e i costi assistenziali fanno sì che la malattia rappresenti un problema sempre più rilevante per la sanità pubblica (Figura 1).

In Toscana la prevalenza del DMT2 è intorno al 4,5% (Figura 2) e, come per altre malattie croniche, anche per il diabete è ormai definito che i migliori risultati, in termini di controllo della malattia e delle sue conseguenze cliniche e sociali, si ottengono attraverso l'adozione del modello di gestione "integrata". Questo prevede l'utilizzo di linee guida diagnostico-terapeutiche condivise dai soggetti coinvolti nel percorso assistenziale (medici di medicina generale, specialisti, infermieri e altri professionisti socio-sanitari, medici delle aziende sanitarie, persone affette da malattia e rappre-

Figura 1 *Disease management* delle malattie croniche e continuità delle cure

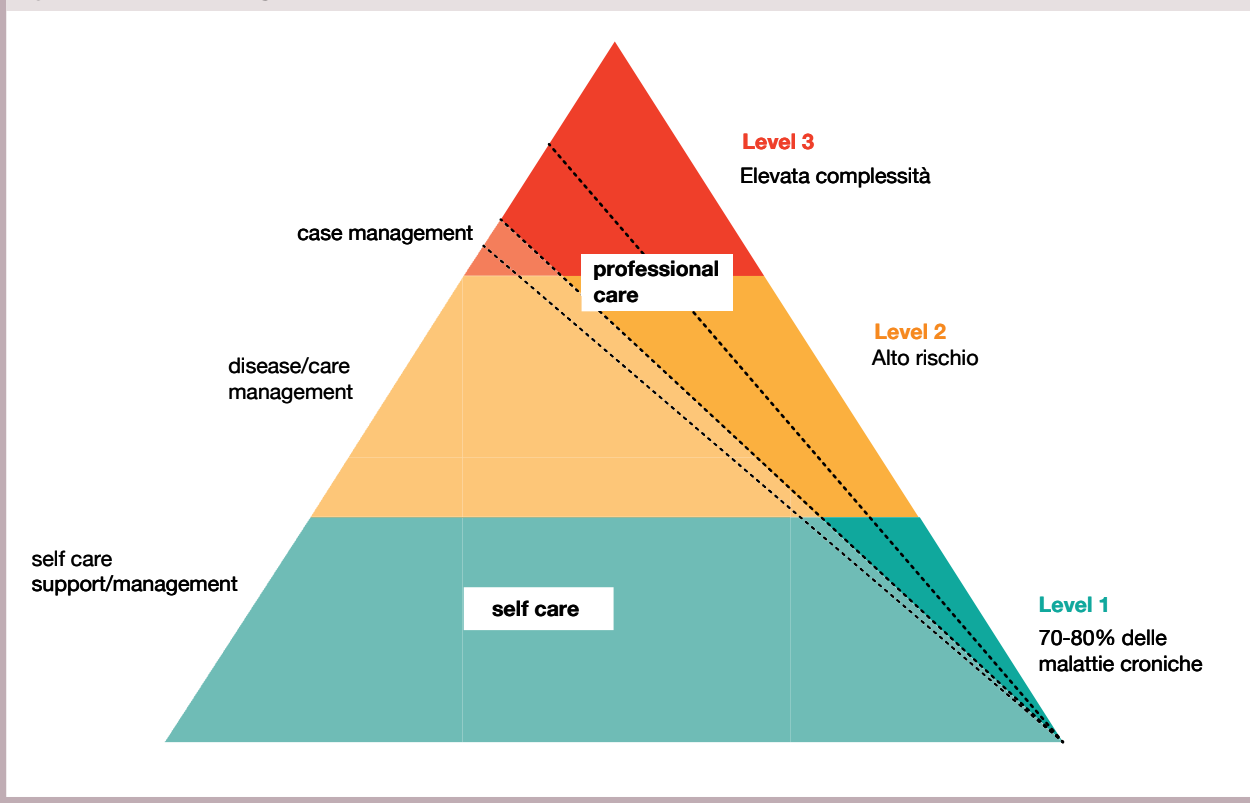
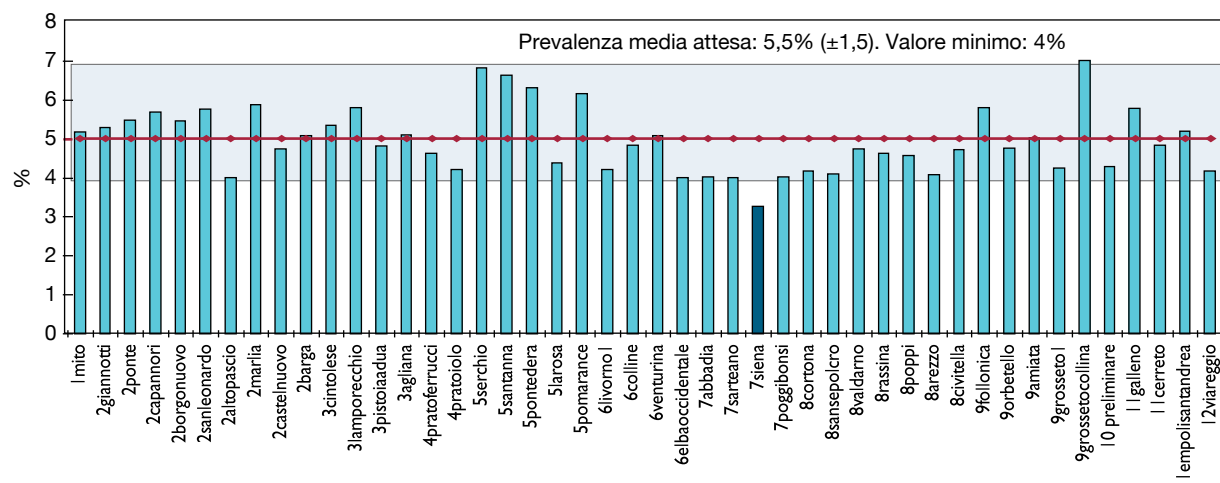


Figura 2 Prevalenza raggiunta per scompenso cardiaco, per modulo e media regionale



sentanti delle associazioni dei pazienti). Nel modello viene definito “chi fa che cosa”, con compiti e ruoli affidati ai singoli operatori e viene sottolineato il ruolo fondamentale del paziente, reso esperto della sua malattia, nella attuazione degli interventi assistenziali.

Il *chronic care model* è un sistema, inserito nel contesto delle cure primarie, finalizzato alla ricerca di problemi e patologie croniche e alla programmazione di interventi atti a prevenire l’insorgenza e la progressione di malattia, attraverso il coinvolgimento degli assistiti, informati e consenzienti.

Le aree di intervento attualmente individuate dal Piano Sanitario della Regione Toscana riguardano principalmente quelle del rischio cardiovascolare. È necessario pensare al rischio cardiovascolare come a un rischio complessivo generato da più componenti e che la suddivisione nelle aree “di malattia” diabete, ipertensione, ictus e scompenso cardiaco è uno schema utile ai fini organizzativi, ma da integrare con le caratteristiche assistenziali tipiche della medicina delle cure primarie.

Molti pazienti, infatti, rientrano in più di una delle aree di rischio identificate e alcuni soggetti non affetti dalle quattro patologie considerate possono essere sottoposti a un rischio comunque molto elevato.

L’individuazione dei pazienti avviene con differenti modalità:

- il medico di MG cerca tra i propri assistiti quelli con le caratteristiche per la gestione del team nei diversi livelli erogabili, propone il percorso, ne acquisisce il consenso e li inserisce nel registro/lista di patologia DMT2;

- lo specialista diabetologo identifica, tra i soggetti che accedono al Centro Diabetologico (CD), i pazienti diabetici tipo 2 stabilizzati da avviare al medico di MG (gestione del team *chronic care model*, CCM) e, in occasione dell’accesso del soggetto, gli propone il percorso e lo invita a recarsi dal medico di MG (modulo CCM) per la presa in carico;
- il medico di comunità che opera nel Servizio per le Dimissioni Ospedaliere Programmate, allorché riceve alla dimissione dalle U.O. ospedaliere la segnalazione dei soggetti affetti da DMT2, indica direttamente il paziente al medico di MG (modulo CCM) (Tabella 1).

Per la gestione dell’ambulatorio proattivo (Figura 3) va definito il percorso di follow-up della patologia, ovvero i singoli atti (visite, esami, ecc.) necessari, la loro cadenza temporale e di chi sono di pertinenza, cioè “chi fa cosa” (Tabelle 2 e 3).

Va specificato che nella definizione di “chi fa cosa” gli atti vanno chiaramente identificati e anche “pesati”, almeno come tempo medio di assistenza, per individuare i carichi di lavoro e il numero di componenti del team per 1000/10.000 pazienti.

Il terzo livello di patologia con complicanze o in scarso controllo metabolico passa alla gestione condivisa col secondo livello specialistico e quindi “esce” dall’ambulatorio proattivo, potendosi configurare anche, in alcuni casi, un temporaneo “passaggio in cura”, almeno fino a quando non viene nuovamente stabilizzato e può essere quindi reintrodotta nei controlli programmati (Toscana Medica 9/09. Protocollo di

Tabella 1 **Caratteristiche delle persone arruolate (destinatari) e livello di gestione/intervento**

Tipologia paziente	Livello di gestione/intervento
Pazienti a rischio Persone con riscontro occasionale di livelli alti di glicemia (110–125) e/o persone con familiarità per diabete o con presenza di altri fattori di rischio (vedi linee guida)	Livello base (+++ Infermieri) Sono prese in carico in gestione integrata dal team <i>chronic care model</i> (CCM), previa espressione del consenso
Pazienti diabetici già inquadrati e stabili Pazienti affetti da diabete mellito tipo 2, ambulabili, in compenso glicometabolico stabile ($HbA_{1c} \leq 7\%$) e senza complicanze croniche in aggravamento	Livello intermedio (infermiere/MMG) Sono presi in carico in gestione integrata dal team CCM, previa espressione del consenso
Pazienti con diabete tipo 2 con scompenso glicometabolico e/o presenza di complicanze	Livello avanzato (+++ MMG) Sono presi in carico dal team CCM; i centri specialistici svolgono il ruolo di consulenti
Pazienti affetti da diabete mellito tipo 2 non ambulabili in ADI/ADP	Sono presi in carico dal team CCM; i centri specialistici svolgono il ruolo di consulenti

Figura 3 **Criticità: definire gli interventi proattivi**

- Di fronte al fattore di rischio... cosa dobbiamo fare per ridurlo
- Di fronte all'evento patologico... cosa dobbiamo fare per evitare l'aggravamento o la recidiva

1. Chi ha fattori di rischio legati allo stile di vita, con un *grading* alto o basso se variamente associati:

- familiarità
- obesità
- fumo
- sedentarietà, ecc.

2. Chi ha fattori di rischio/malattia, con un *grading* alto o basso se variamente associati far loro e con lo stile di vita:

- ipertensione arteriosa
- diabete mellito
- ipercolesterolemia, ecc.

3. Chi ha già avuto un evento e quindi a rischio aumentato di ulteriore evento, con un *grading* alto o basso per presenza di fattori di rischio/malattia o legati allo stile di vita:

- cardiopatia ischemica
- vasculopatia cerebrale
- scompenso, ecc.

gestione dei pazienti diabetici a cura della Direzione Generale del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà Regione Toscana).

Come monitorare e quali indicatori

Il progetto è strettamente connesso con lo sviluppo della rete informatizzata, dalla quale si possono estrarre indicatori per la qualità della cura, in conformità con gli indicatori proposti.

Questi ultimi devono essere coerenti con il processo di monitoraggio e valutazione delle performance delle Aziende Sanitarie già realizzato dalla Regione Toscana attraverso il Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Nella fase di attuazione del progetto gli indicatori potranno essere numericamente limitati. In una fase più evoluta la valutazione dei risultati rispetto agli obiettivi regionali potrà essere effettuata sulla base di un set di indicatori più ampio.

Gli indicatori sanitari saranno definiti in coerenza con quelli indicati dal Consiglio Sanitario Regionale nell'ambito delle linee di indirizzo per la definizione dei percorsi assistenziali.

A titolo indicativo sono stati individuati alcuni indicatori di processo e di esito.

Indicatori di processo. Dati già disponibili dal sistema informativo:

- percentuale residenti con diabete che hanno effettuato almeno una misurazione della creatininemia
- percentuale residenti con diabete che hanno effettuato almeno una misurazione dell'emoglobina glicata (HbA_{1c})
- percentuale residenti con diabete che hanno effettuato almeno una misurazione della microalbuminuria

Tabella 2 **Ambulatorio proattivo: chi fa cosa**

Il paziente	Chi svolge funzioni di segreteria	Chi svolge funzioni infermieristiche	Chi svolge funzioni mediche MG	
Risponde alle chiamate avute	Prepara elenchi pazienti Aggiorna il sistema informativo Prepara i report	Prepara cartelle pazienti in visita Anamnesi di pertinenza	Rivalutazione dei dati riportati in cartella alla luce della patologia diabete e degli altri eventuali problemi presentati dal paziente	
Aderisce al “contratto” sottoscritto all’atto di ingresso all’ambulatorio proattivo	Annota e aggiorna esami nuovi e portati in visita in cartella		Esame clinico generale	
Esegue quanto concordato	Chiama per appuntamenti i pazienti	Annota e aggiorna esami nuovi e portati in visita in cartella	Valutazione del rischio cardiovascolare globale (quando eseguiti gli esami periodici)	
Riporta quanto autonomamente eseguito	Stampa richieste previste dal protocollo e loro prenotazione	Esegue BMI, glicemia, pressione, indice Winsor, calcolo rischio da tabelle Favorisce processi di audit clinico	Conferma o aggiustamento terapeutico	
Collabora all’ <i>oriented primary care</i> ed esegue autogestione	Inserimento dati in cartella prima della visita infermieristica e MMG (se non sono attivi meccanismi automatici di inserimento referti in cartella)	Verifica attuazione piano dietetico e promuove l’autogestione Verifica che siano stati eseguiti gli esami previsti dal protocollo	Favorire processi di audit clinico	
Esegue l’autocontrollo e l’autogestione appresi dal team	Promuove l’autogestione e l’autocontrollo	Verifica attuazione istruzioni per autocontrollo	Promuovere l’autogestione	
		Verifica e valutazione dei comportamenti (stili di vita: fumo, attività fisica, alimentazione)	Promuovere esercizio fisico e dimagrimento Modificazione stile di vita	
Dietista	Fisioterapista riabilitatore	Psicologo	Podologo	Counselor
Terapia medica nutrizionale individualizzata Modificazione stile vita Favorire processi di audit clinico	Modificazione stile vita e suggerimento dell’entità di attività fisica correlata alla situazione clinica Favorire processi di audit clinico	Fattori psicologici concomitanti Modificazione stile di vita Favorire processi di audit clinico	Prevenzione piede diabetico Modificazione stile di vita Favorire processi di audit clinico	Disassuefazione fumo Modificazione stile di vita Favorire processi di audit clinico
Diabetologo		Altri medici		Animatore di formazione
Concorrere alla ottimizzazione prendendo in carico i casi di competenza Favorire processi di audit clinico		Concorrere alla ottimizzazione prendendo in carico i casi di competenza Favorire processi di audit clinico		Pianificare gli audit e i corsi di formazione continua

- percentuale residenti con diabete che hanno effettuato almeno una misurazione del profilo lipidico
- percentuale residenti con diabete che hanno effettuato almeno un esame della retina
- percentuale residenti con diabete in terapia con

aspirina - DDD >50% giorni di osservazione

- percentuale residenti con diabete in terapia con statine - DDD >50% giorni di osservazione.

Indicatori di esito:

- emoglobina glicata: aumento 10% di HbA_{1c} con valo-

Tabella 3 Schema di follow-up - riepilogo indagini da eseguire

Indagini da eseguire	3 volte anno (ogni 3-4 mesi)	2 volte anno (ogni 6 mesi)	1 volta l'anno
Glicemia a digiuno e/o monitoraggio mediante stick	*		
Glicemia post-prandiale e/o monitoraggio mediante stick	*		
HbA _{1c}	*		
Esame urine	*		
Peso corporeo (BMI) ^c	*		
Pressione arteriosa	*		
Valutazione neurologica e cardiovascolare		* (pregresso evento sì)	* (pregresso evento no)
Visita piede ^d		*	*
Esami ematici (creatininemia, uricemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, Na, K, Cl, emocromo con formula, fibrinogeno)			*
Microalbuminuria o rapporto A/C ^b		*	
ECG a riposo			*
Fundus oculi ^a			biennale
Visita annuale presso U.O. Diabetologia ^e			*

^a Fundus oculi: biennale solo in assenza di retinopatia. Se è presente retinopatia, secondo indicazione dell'oculista. Per i pazienti in ADI/ADP/Struttura Protetta una volta l'anno se possibile; ^b Rapporto albuminurialcreatininuria sullo spot urine del mattino: non serve raccolta urine 24h; servono due campioni urine del mattino. Normale se <20; ^c BMI: rapporto tra peso (in kg) e altezza (in cm) al quadrato; ^d Visita piede: ispezione dei piedi del paziente per verifica zone di ipercheratosi, micosi, deformità, escoriazioni o ferite, valutazione polsi periferici in base alle classi di rischio (presenza di complicanze neurologiche e/o vascolari, pregressa ulcera, condizioni predisponenti allo sviluppo di piede diabetico); ^e Visita diabetologica annuale: da eseguirsi con prenotazione CUP (con richiesta e invio da parte del MMG-team del CCM)

ri ≤7 rispetto all'anno precedente (solo per fase pilota)

- aumento del 10% dell'inserimento in cartella clinica del valore del colesterolo LDL, rispetto al dato di partenza di inserimento dei pazienti
- soddisfazione del cliente: questionario.

Postfazione

Mi preme ringraziare tutto il personale dipendente e convenzionato che con grande sacrificio e in molti casi "spirito di avventura" ha dedicato e sta dando tanto del suo tempo a questo nuovo modello di presa in carico dei pazienti cronici sul territorio, con l'augurio che non si esaurisca la spinta innovativa del processo e che questa sia accompagnata dai necessari "solidi" finanziamenti.

Riferimenti

- Piano Sanitario Regionale Regione Toscana 2008/2010
- Parere Consiglio Sanitario Regionale n. 37/2008 n.45/2008 n.01/2009
- Proposta protocollo di Gestione dei pazienti diabetici CSR 2009
- Deliberazione Regione Toscana n. 662/2000 e succ. integrazioni
- Documento di indirizzo Progetto IGEA /2008
- Il sole 24 Ore sanità Toscana 21-27 settembre 2010. Relazione sui risultati conseguiti I anno di A. Leto, Responsabile Area Coordinamento Sistema Socio-sanitario regionale, E. Scopetani, funzionario settore medicina predittiva preventiva, Dg Diritti di cittadinanza e coesione sociale, C. Simonti funzionario settore medicina predittiva preventiva; Regione Toscana.
- Percorso Assistenziale per la gestione del Diabete Mellito tipo 2 nella AUSL3, condiviso tra Associazione Pazienti Diabetici, Medici di Medicina Generale, Specialisti Diabetologi, Infermieri Ospedalieri e dell'Assistenza Territoriale, Medici di Comunità 2009/2010.