

Assistenza integrata alla persona con diabete di tipo 2: pro e contro nell'analisi dell'esperienza piemontese

Andrea Pizzini¹, Luigi Gentile² e Carlo Bruno Giorda³

¹Medico di Medicina Generale ASL Città di Torino; Responsabile della Gestione Integrata del Diabete Mellito della Regione Piemonte;

²Direttore SC Diabetologia ASL AT, Asti; Coordinatore della Rete Endocrino-Diabetologica del Piemonte Orientale;

³Coordinatore della Rete Endocrino-Diabetologica della Regione Piemonte; Direttore S.C. Diabetologia ASL Torino 5

DOI: <https://doi.org/10.30682/ildia2004c>

IL PUNTO DI VISTA DELL'ENDOCRINOLOGO-DIABETOLOGO

Il contesto di riferimento e normativo nazionale

La prevalenza delle patologie croniche si è significativamente incrementata negli ultimi decenni, ponendo sfide importanti ad un Sistema Sanitario Nazionale istituito per risolvere soprattutto le patologie acute.

Nello specifico del diabete, i Piani Nazionali Diabete e Cronicità chiamano in causa, in un'ottica di gestione integrata (GI) la stretta collaborazione tra Medico di Medicina Generale (MMG) e TEAM Specialistico Diabetologico, a seguito del dibattito sviluppatosi negli ultimi anni su quali potessero essere le migliori azioni per contrastare l'impatto della crescente incidenza di malattia diabetica e delle sue complicanze, come è documentato dall'orientamento dei progetti e dai Piani Sanitari Nazionali degli ultimi anni (Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, Piano Nazionale della Prevenzione attiva 2004-2006, Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica 2013 (1-2)). Con i suoi contenuti strategici il Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica viene considerato anche il benchmark del Piano della cronicità che, recepito con l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, è stato siglato in data 15 settembre 2016.

Il contesto di riferimento e normativo regionale piemontese

Una visione corretta della gestione del paziente diabetico prevede la presenza tanto del MMG quanto del TEAM Specialistico Endocrino-Diabetologico che devono lavorare fianco a fianco per l'iniziale inquadramento dei pazienti, per definire il piano di cura individualizzato e programmare il loro monitoraggio, a seconda della complessità dei vari casi. Al fine di garantire efficacia, sicurezza, appropriatezza, accessibilità, sostenibilità gestionale ed economica del sistema, è indispensabile adottare modelli

FAD ECM "il Diabete"

Questa rassegna fa parte di un percorso di **formazione a distanza** accreditato a livello nazionale e disponibile gratuitamente nell'aula virtuale della SID (www.fad.siditalia.it).

Per partecipare al corso occorre:

1. Leggere la rassegna (disponibile on-line)
2. Registrarsi all'aula e iscriversi al corso "il Diabete"
3. Rispondere on-line al quiz di verifica e compilare il questionario di valutazione dell'evento FAD.

Una volta eseguito con successo il test di valutazione e compilato il questionario di valutazione dell'evento, sarà cura della Segreteria ECM della SID far pervenire l'attestato ECM del corso ai diretti interessati nei tempi e nelle modalità stabiliti dalla regolamentazione vigente.

Per ulteriori informazioni: www.fad.siditalia.it

gestionali ed organizzativi adeguati come descritto dalla letteratura internazionale con il nome di “care management programs”, “disease management” e “chronic care model”. Le esperienze disponibili in letteratura hanno ampiamente dimostrato che il modello di GI rappresenta lo strumento efficace ed efficiente per gestire la patologia diabetica e, più in generale, tutte le patologie croniche. Per GI si intende un programma di assistenza che prevede la partecipazione congiunta dello specialista e del MMG nei confronti dei pazienti con diabete di tipo 2, in cui lo scambio di informazioni avviene da entrambe le parti e con una attiva partecipazione dei pazienti.

In tale prospettiva da oltre 10 anni nella Regione Piemonte sono state adottate ed implementate linee di sviluppo che hanno previsto una forte integrazione tra territorio ed ospedale, tra specialistica e medicina generale, una migliore organizzazione dei servizi, una maggiore responsabilizzazione di tutti gli interlocutori compresa la persona con diabete.

Il percorso culturale, organizzativo ed istituzionale che ha positivamente caratterizzato l'esperienza piemontese, è stata scandita da importanti “passaggi” normativi regionali, di cui sono a seguire riportati solo quelli di maggiore rilievo nella declinazione operativa della GI:

- *L'articolazione del PDTA Diabete* è stata individuata dalla D.G.R. n. 61-13646 del 22.3.2010, che ha completato il quadro d'indirizzo regionale sull'assistenza territoriale per la prevenzione, diagnosi e cura del diabete già delineato, per il tipo 2, con la D.G.R. n. 40-9920 del 27.10.2008, relativa al modello sulla GI fra MMG e Servizi specialistici di diabetologia.
- *Il Modello di Rete Regionale* per la gestione, in forma integrata con le cure primarie, di tutte le attività specialistiche per la prevenzione, la diagnosi e la cura del diabete è stata formalizzata con *atto deliberativo n. 25-6992 del 30.12.2013* nell'ambito del Programma 13 “Reti assistenziali per intensità di cura” (Azione 13.2.3 “PDTA-Ambulatoriale Diabete Mellito”).
- Con la D.D. n. 733 del 29.8.2014 sono stati approvati i progetti interaziendali per la *sperimentazione di modelli di rete integrata territorio/ospedale*.
- Con la D.D. n. 129 del 10.3.2015 è stato definito il percorso operativo per l'avvio dei progetti sperimentali e *sono stati individuati il ruolo, le funzioni e le competenze del Centro di Accoglienza, d'indirizzo e supporto (C.A.I.S.) al PDTA-Diabete*.

In questa chiave di lettura il percorso di GI negli oltre 10 anni, riassuntivamente descritti, ha rappresentato per la Rete territoriale Endocrino-Diabetologica del Piemonte (rete ED), secondo gli indirizzi nazionali e regionali ed in costante sinergia di intenti e di azione con i Colleghi MMG e con tutti gli attori del processo assistenziale, l'opportunità per rendere più omogeneo possibile il processo assistenziale regionale, promuovere la qualificazione delle strutture di rete ED, migliorandone la qualità e l'accessibilità, secondo criteri di efficacia, sicurezza, appropriatezza (clinica, organizzativa ed amministrativa) e sostenibilità, valorizzando l'utilizzo di linee guida nazionali ed internazionali e di protocolli condivisi, cosa che ha portato, con la D.D.709 del 13.11.17, alla formalizzazione operativa nella Regione Piemonte del PDTA DM.

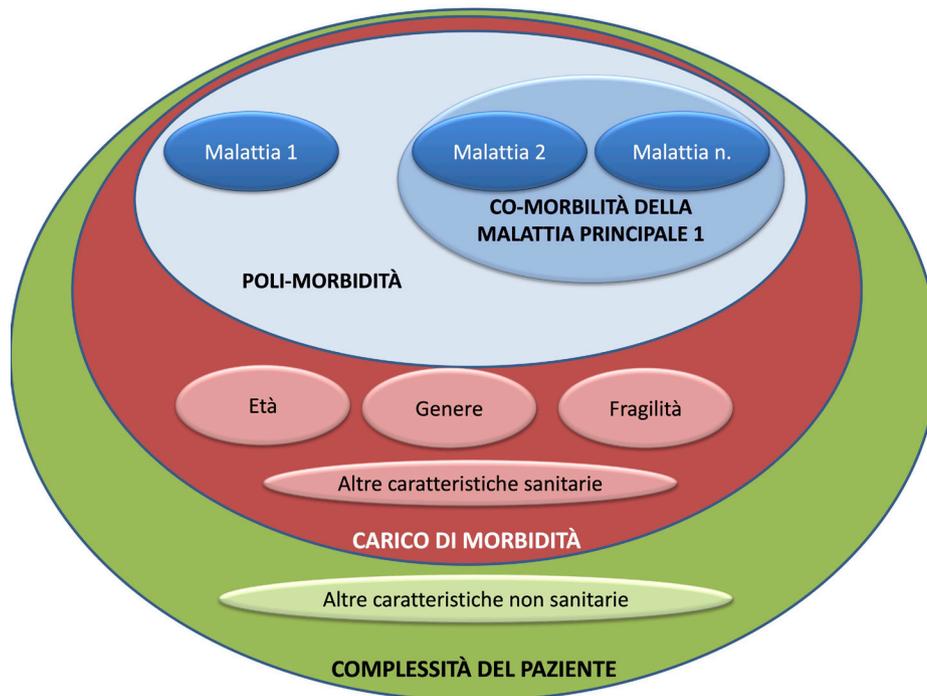
Coerentemente a quanto definito dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Centro per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali con il progetto IGEA (3) la GI ha rappresentato una strategia d'intervento che ha consentito di migliorare la qualità delle cure per le persone con diabete, attraverso l'attivazione di percorsi volti a:

1. Condividere ed applicare percorsi diagnostici omogenei con TEAM di Rete ED, MMG e tutti i soggetti coinvolti nel processo di cura.
2. Valorizzare il coinvolgimento attivo della persona con diabete nel percorso di cura attraverso la programmazione di attività educativo-formative dirette ai pazienti, sotto forma di iniziative periodiche di educazione.
3. Adottare un sistema informativo ed indicatori comuni.
4. Porre in atto la periodica revisione dell'appropriatezza clinica, organizzativa ed amministrativa dell'assistenza erogata.
5. Analizzare e formulare ipotesi di soluzione collegiale dei problemi.
6. Garantire la formazione del TEAM di Rete.

I punti testé citati rappresentano contemporaneamente i “pro” ed i “contro” del percorso GI ad oggi condotto, consapevoli delle molte cose realizzate, ma altrettanto di quanto lavoro debba essere ancora condotto, per dare piena ed omogenea attuazione a quanto descritto.

In spirito proattivo, anziché “contro”, preferiamo considerare “opportunità” di miglioramento.

Figura 1



IL PUNTO DI VISTA DEL MEDICO DI FAMIGLIA

Il medico di famiglia e le patologie croniche

Come indicato dal Progetto Chrodis Plus (Implementing Good Practices for Chronic Diseases) (4) promosso dall'Unione Europea, il problema per la moderna Primary Care è la gestione delle patologie croniche. Infatti, il medico di famiglia (MMG) ha un ruolo rilevante nella gestione di tutte quelle condizioni patologiche che colpiscono un elevato numero di persone, non guariscono e debbono essere seguite e monitorate per tutto l'arco della vita del paziente; inoltre si tratta di condizioni morbose che necessitano di momenti di prevenzione, diagnosi precoce e personalizzazione dell'approccio diagnostico-terapeutico.

Inoltre, oramai sempre più frequentemente, il paziente è affetto da più patologie croniche contemporaneamente: infatti possiamo stimare che oggi le persone con più di 65 anni per i 2/3 hanno più di 2 patologie croniche e per 1/4 hanno 4 o più patologie croniche; vi è inoltre un progressivo incremento del numero di patologie croniche contemporaneamente presenti con l'aumentare dell'età (5). Questa condizione viene oggi definita multimorbilità: questo estende il concetto di multi-patologie a più fattori. Il Nice nel 2016 ha definito la multimorbilità come la presenza

di due o più condizioni cliniche di lunga durata come ad esempio: patologie fisiche e psichiche (es. diabete, schizofrenia), condizioni coesistenti (es. difficoltà di apprendimento), condizioni o sintomi complessi (es. fragilità, dolore cronico), alterazioni della sfera sensoriale (es. perdita della vista o dell'udito), abuso di alcool o droghe.

Se la multimorbilità è oggi molto frequentemente riscontrabile nella popolazione specialmente anziana, un altro aspetto importante che il MMG deve tenere sempre ben presente nel gestire un paziente affetto da una o più patologie croniche, è l'aspetto psicologico del paziente unito alle sue caratteristiche sociali. Infatti, è sempre necessario un approccio olistico (tipico della medicina di famiglia) che possa al contempo tenere presente l'aspetto bio-psico-sociale di ogni paziente (Fig. 1), ovvero sia tutti gli aspetti che costituiscono sia le caratteristiche sanitarie, sia le non sanitarie: questo quadro definisce la reale complessità del paziente (6) ed è solo il MMG che riesce a coniugare correttamente questo approccio, grazie alla posizione ed al ruolo che gli viene assegnato all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (7-8).

Un altro problema che si trova ad affrontare il MMG è quello della polifarmacoterapia, che è la diretta conseguenza della multimorbilità. Se si sommano meramente le indicazioni terapeutiche che derivano dalle più moder-

ne linee guida che regolano il corretto approccio alle singole patologie che il paziente presenta, nel paziente polipatologico il risultato non è quello desiderato: infatti non è raro che questo porti ad avere terapie complesse, con più di 10 farmaci contemporaneamente e quindi interazioni tra i farmaci e tra farmaco e patologia da risolvere.

Numerosi articoli (5, 9) hanno evidenziato diversi problemi legati alle linee guida, ma quello che ad oggi rimane irrisolto è la loro trasferibilità clinica; infatti, l'utilità delle linee guida dipende in ultimo dalla capacità del medico di interpretarle con la flessibilità richiesta dalle variabilità presenti nel singolo paziente (multimorbilità - politerapia - preferenze) (10): si potrebbe provocatoriamente sostenere che il medico in questi casi deve conoscere così bene le linee guida da poterle eventualmente non applicare.

Se le linee guida sono state create per implementare il miglioramento del trattamento dei malati affetti da una patologia cronica, esse non trovano utilità nel dirimere la scelta del miglior trattamento per le ormai sempre più numerose persone con più di una patologia cronica, semplicemente perché non sono create a tale scopo. Questo riflette il fatto che le evidenze cliniche non possono più essere automaticamente traslate nella pratica quotidiana, dove la multimorbilità è la condizione più comune (11).

Il medico di famiglia e la gestione condivisa del paziente con diabete

Il MMG per poter gestire correttamente il paziente complesso deve avere degli strumenti clinico-organizzativi che gli consentano di rapportarsi correttamente ed efficacemente con il paziente e con gli specialisti di riferimento.

Per poter affrontare le patologie croniche è infatti ormai chiaro che gli strumenti clinico-organizzativi che la convenzione stabilisce per il lavoro del MMG non sono più sufficienti. Infatti questi gli consentono di gestire le patologie acute per le quali è necessario un atteggiamento di medicina "on demand" (che aspetta la richiesta di intervento del paziente che presenta un sintomo), medicina del Singolo (che valuta di volta in volta il paziente che si presenta alla sua attenzione), medicina di Attesa (il MMG ha un atteggiamento di vigile attesa per una pronta risposta in caso di richiesta da parte del paziente che presenta un sintomo e che richiede il suo intervento). A tutto ciò è necessario affiancare idonei strumenti clinico-organizza-

tivi che gli consentano al contempo di porre rimedio alla crescente ed ormai indifferibile richiesta di gestione delle patologie croniche per le quali è necessario un atteggiamento speculare a quello visto in precedenza di medicina attiva (in cui è il medico che si deve preoccupare di porsi in un atteggiamento proattivo nei confronti della patologia cronica in oggetto), medicina di popolazione (che valuta anche complessivamente tutta la sua popolazione di pazienti affetti dalla patologia cronica in oggetto per garantire a tutta la sua popolazione adeguati livelli di assistenza), medicina di iniziativa (il MMG deve avere lui l'iniziativa di programmare per ogni paziente il miglior percorso di cura con una presa in carico globale delle esigenze sanitarie complessive del paziente, costruendo così per ognuno il suo piano di cura personalizzato). Le patologie croniche sono caratterizzate dalla necessità di gestire momenti di prevenzione, personalizzazione della cura e allocazione delle risorse tali da poter garantire la gestione di tutti i pazienti affetti da tale condizione patologica.

In tutto questo la condivisione delle decisioni con il paziente in primis e con lo specialista di riferimento diventa essenziale.

La gestione integrata delle persone con diabete è ormai da molti anni il modello ritenuto più idoneo ed efficace; infatti, partendo dal lavoro di Ed Wagner sul Chornic Care Model, e poi dal Progetto IGEA (3) dell'Istituto Superiore di Sanità, si sono identificati gli strumenti, i compiti e gli obiettivi da raggiungere.

Una corretta ed efficace gestione integrata del diabete mellito ha ormai anche in Italia dimostrato efficacia nel ridurre la mortalità e la morbilità dei pazienti (12) oltre che ridurre e meglio gestire le risorse del SSN.

In realtà come il Piemonte dove ormai da molti anni è attivo un efficace sistema di gestione integrata delle persone con diabete e dove al MMG è stato dato un giusto ed appropriato riconoscimento (13-15) tramite uno specifico Accordo Integrativo Regionale (D.G.R. n. 40-9920 del 27.10.2008 è stato approvato l' "Accordo regionale della medicina generale sulla gestione integrata dal diabete", siglato il 21.7.2008 fra la Regione e le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello regionale dei MMG, poi consolidato con D.G.R. 3 ottobre 2011, n. 18-2663) che consente al MMG di organizzarsi adeguatamente (personale di segreteria, personale infermieristico, adeguata strumentazione informatica, ambulatori dedicati alle persone con diabete,

momenti di confronto con la propria équipe territoriale di MMG, ecc.) i risultati sono eclatanti.

Per il MMG i vantaggi sono quindi numerosi, a partire dal potersi organizzare in modo proattivo nei confronti di una delle patologie che, oltre ad essere abitualmente considerata il “modello” di patologia cronica, è alla base della moderna epidemia che sta investendo tutti i SSN nel mondo: la cronicità.

Inoltre, in questo modo, il MMG ha la possibilità di riacquisire un ruolo primario nella gestione dei suoi pazienti con diabete, avendo contemporaneamente un valido e tempestivo supporto specialistico quando questo è necessario, oltre alla certezza di adottare le più moderne procedure diagnostico-terapeutiche per i la sua popolazione di assistiti. L’AIR per la medicina generale del Piemonte infatti si basa su 5 principi fondamentali:

1. La medicina di iniziativa
2. Il pay for performance
3. L’accountability
4. Il raggiungimento della qualità delle cure attraverso l’Audit
5. L’integrazione con il secondo livello mediante un PDTA condiviso

Ciò fa sì che questo modello possa e debba essere mutuato per tutte le altre patologie croniche.

Per contro possiamo considerare la necessità che viene chiesta al MMG di cambiare il suo modo di lavorare per interagire attivamente con i pazienti e con le altre strutture del SSR, oltre che con gli altri MMG: questo sforzo che viene richiesto al MMG è però ormai necessario, perché il mutare delle necessità di assistenza dei pazienti deve vedere specularmente il cambiamento organizzativo e relazionale delle figure deputate all’assistenza sanitaria. Solo un MMG organizzato, proattivo e interconnesso con le altre strutture del SSR potrà affrontare adeguatamente l’emergenza che sta un po’ in tutto il mondo presentandosi: la gestione della cronicità.

L’EVOLUZIONE MODERNA DELLA GI NELLA REGIONE PIEMONTE – LA RETE DEI SERVIZI E IL PERCORSO DIABETE

Undici anni di gestione integrata (GI) in Piemonte, pur con grandi difficoltà, a volte incomprensioni o prese di posizione contrapposte, hanno radicalmente cambiato la visione, la considerazione e di conseguenza l’approccio

di molti operatori e di molti amministratori (i cosiddetti stake-holders) nei confronti del diabete. Da “cenerentola” delle malattie croniche, considerato un problema sanitario banale, quale tipicamente si riteneva alla fine degli anni Novanta, il diabete, grazie al sistema GI, ha cambiato status. Progressivamente, e per certi versi inconsciamente, si è diffusa la consapevolezza di dover far fronte a un problema rilevante, non solo per la sua prevalenza, ma anche per il peso economico e assistenziale correlato.

I medici di medicina generale sono passati dall’indifferenza verso i 200 mg/dl di glicemia, rilevati casualmente negli esami del paziente, all’invio ai servizi di soggetti con forme iniziali di diabete o con casi di minor complessità, consapevoli di affrontare un’importante funzione in termini di prevenzione e salute.

Ad oggi l’attenzione dei direttori generali e sanitari e dell’assessorato rispetto al diabete è ben radicata e questo è certamente frutto dell’opera informativa e formativa che il progetto di GI ha messo in moto, al punto che ora il modello viene proposto per esportazione in altre cronicità.

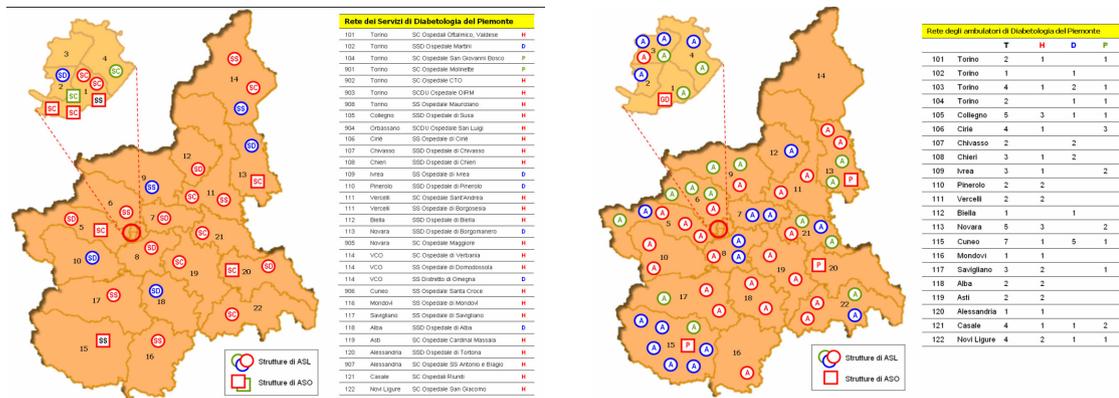
La temutissima riduzione del personale dei servizi di diabetologia, come conseguenza dell’invio di parte dei pazienti di tipo 2 ai medici di medicina generale, data per certa da molti specialisti, non solo non si è verificata nel periodo 2008-2018, ma addirittura vi è stato un aumento del personale infermieristico, medico e dietistico dei servizi regionali. Più in dettaglio dall’analisi del verbale della Commissione diabetologica regionale del 31/7/2003, risultavano destinate alla diabetologia nella città metropolitana di Torino (bacino d’utenza di 2.5 milioni di abitanti), 1876 ore mediche e 2194 ore infermieristiche. Lo stesso censimento ripetuto dalla Rete endocrino-diabetologica e riportato nel verbale del 15/6/2017 riporta 2176 ore mediche e 3421 ore infermieristiche. L’ipotesi che si può fare, basata anche su esperienze di minor dimensioni attuate in altre regioni è che la cogestione capillare sul territorio faccia finalmente emergere il reale peso assistenziale del diabete.

Le critiche che frequentemente vengono mosse all’esperienza di GI piemontese sono di eccessivo investimento economico: non mancano coloro che sottolineano che con la stessa cifra si sarebbero potuti assumere molti nuovi diabetologi per rinforzare le diabetologie. Questa affermazione ha probabilmente del vero, la gestione del dia-

Figura 2

A

L'offerta anno 2008



30 strutture organizzative (SC, SS a valenza dip., SS)
62 ambulatori

B

Strutture ED della Regione Piemonte 2018

ASL BI
ASL VC
ASL NO
ASL VCO
ASL AT
ASL AL
ASL CITTÀ DI TORINO
ASL TO3
ASL TO4
ASL TO5
ASL CN1
ASL CN2

ASO Maggiore della Carità Novara
ASO S. Antonio Biagio Alessandria
ASO Mauriziano Torino
ASO Città della Salute
ASO San Luigi
ASO S Croce e Carle Cuneo

bete dovrebbe essere uno dei capitoli istituzionali della medicina generale. Sta di fatto che il finanziamento proviene da capitoli di spesa di fondi gestiti dalla medicina generale sui quali la rete specialistica non ha avuto voce in capitolo.

Dove certamente l'esperienza, ma anche il vissuto di integrazione tra diabetologia e medicina generale, hanno avuto un ruolo di supporto catalizzatore fondamentale è stata la creazione della Rete territoriale Endocrino-Diabetologica del Piemonte (rete ED).

Istituita con la Delibera di Giunta n. 27-4072 del 17/10/2016 la ED del Piemonte raggruppa in un unico momento gestionale e organizzativo l'attività territoriale di diabetologia ed endocrinologia della Regione. Si tratta di un provvedimento assolutamente innovativo, che non ha precedenti in Italia, in quanto altre soluzioni prevedono attività coordinate, ma nessuna regione ha "unificato" tutto il settore in modo così organizzato. Solo in oncologia esistono esempi sovrapponibili.

Nell'ottobre del 2014 sotto la pressione del piano di rientro imposto dal Ministero alla Regione Piemonte, la diabetologia, pur con le difficoltà e i tagli del momento, è riuscita a strutturarsi in rete con un'unità autonoma di diabetologia per ognuna delle 12 Asl più 7 reparti in ospedali HUB con letti di ricovero. La Commissione diabetologica dell'assessorato (istituzione consultiva prevista per legge regionale con attività di consulenza senza potere legislativo), di fronte al rischio di vedere smantellato un patrimonio assistenziale unico, propose in quella occasione di sperimentare per la prima volta una vera rete, cioè riunire tutte le strutture della regione creando un tavolo unico di coordinamento dell'attività.

L'attività di altri due cardini dell'assistenza di particolare rilevanza e specificità, i centri per la cura del piede diabetico e la diabetologia pediatrica, è gestita da altri due tavoli di lavoro che rimangono tuttavia nella rete regionale.

Si tratta quindi di un'azione di raggruppamento di tipo funzionale per un miglioramento dell'assistenza a 360 gradi.

I punti di forza della rete derivano da due azioni innovative. La prima è che per la prima volta tutte le diabetologie, che nel 2008 erano censite in più di 90 ambulatori di erogazione (Fig. 2A), sono state raggruppate nelle 12 Asl del Piemonte con il mandato di lavorare in rete, interfacciarsi e affrontare in maniera collegiale i problemi. In parti-

colare, proporre in comune percorsi diagnostico-terapeutici, iniziative di revisione dell'appropriatezza clinica, soluzioni condivise di problemi emergenti, formazione (Fig. 2B). L'altra disposizione innovativa è che, anche in questo caso per la prima volta, nonostante la Scuola di specialità sia una sola da oltre 20 anni, l'endocrinologia siede allo stesso tavolo della diabetologia. Questo ha fatto sì che in ogni Asl si sia proceduto a un'analisi delle risorse e dei percorsi per governare anche l'attività endocrinologica.

Tra le prime mosse della rete su mandato dell'assessorato vi è stata la definizione del percorso diabete inteso come macro-articolazione descrittiva di come viene seguita la patologia dalla diagnosi in poi e di come si realizza la gestione della medicina generale. La novità importante è che l'assistenza non viene descritta solo con i codici di prima visita e visita di controllo, bensì con 6 codici che meglio riportano il sistema di presa in carico e di confronto con altri specialisti proprio dell'attività diabetologica. L'attività educativa e di addestramento dei team diabetologici, che da sempre è di difficile rendicontazione, trova descrizione nel codice 94.42.2.

La rete ED, come ogni organizzazione inserita in piani di qualità, ha il mandato di monitorare annualmente alcuni indicatori regionali di assistenza, sia di processo sia di esito, e di mettere in atto processi di miglioramento nel tempo. Nell'ambito del capitolo di GI del tipo 2 il monitoraggio di indicatori avviene con il contributo della medicina generale.

Infine, merita sottolineare che la rete ED del Piemonte risulta in linea con le disposizioni ministeriali, con il Piano Nazionale Diabete, con quello delle cronicità e con tutte le più moderne direttive per l'assistenza alle malattie croniche.

CONCLUSIONI

L'esperienza condotta in Piemonte ha dimostrato concretamente che la GI determina un sensibile miglioramento del quadro assistenziale con riduzione dei ricoveri, dei costi dell'assistenza e con un aumento della sopravvivenza dei pazienti (16-17). Il positivo andamento del modello organizzativo GI, è stato un elemento determinante dell'istituzione della rete ED, come formalizzato dalla D.G.R. n. 27-4072 del 17.10.2016, precedente oggetto di dettagliata descrizione. Nella prospettiva della GI, basti citare che

GESTIONE INTEGRATA	VANTAGGI	CRITICITÀ
MEDICO DI FAMIGLIA	Opportunità di organizzarsi in modo proattivo nei confronti delle patologie croniche	Necessità di cambiare il proprio modo di lavorare ed il proprio modello organizzativo
	Riacquisire ruolo nella gestione dei pazienti diabetici con il supporto specialistico adeguato	Necessità di dare una maggiore disponibilità oraria di lavoro
	Incentivi legati al pay for performance	Necessità di attrezzature informatiche e personale di supporto (Segretaria ed Infermiera di studio)
DIABETOLOGO	Possibilità di riorganizzare l'attività su temi più specialistici complessi (tipo 1, gravidanza, tecnologie, poli-patologie)	Aumento sostanziale delle richieste di collaborazione da parte di MMG e altri specialisti (il lavoro aumenta non diminuisce)
	Aumento di visibilità presso gli stakeholders ed emersione dell'importanza della attività diabetologica sul territorio	Necessità di promuovere contatti, collaborazione e formazione comune con i MMG

la suddetta deliberazione ha individuato quale obiettivo prioritario cui deve essere orientata l'attività della rete ED, la "condivisione e l'omogenea applicazione di percorsi di cura a livello regionale, spostando in particolare quelli riferiti alle patologie croniche ad elevato impatto sociale, verso percorsi integrati tra medicina specialistica, generale e del territorio, finalizzati a garantire la presa in carico globale della persona e la continuità delle cure delle patologie endocrino-diabetologiche. La sfida della cronicità presuppone la necessità di stratificare la popolazione ed attivare percorsi personalizzati e differenziati in rapporto al grado di complessità della malattia del singolo individuo e ai suoi specifici fabbisogni; in tale prospettiva la GI deve essere colta dai clinici come opportunità di consapevolezza della necessità di disporre di regole e di strumenti che accompagnino l'evoluzione del servizio di assistenza da un modello per aree verticali (silos) di erogazione di prestazioni assistenziali a percorsi integrati e trasversali (integrated care pathways) incentrati sulla presa in carico globale della persona.

BIBLIOGRAFIA

1. Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica. Ministero della Salute. Commissione Nazionale Diabete. Gazzetta Ufficiale, 7 febbraio 2013.
2. Piano Nazionale Diabete. Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, Gazzetta Ufficiale, 11 febbraio 2013.
3. Progetto IGEA. Gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto. Documento di indirizzo. Il Pensiero Scientifico Editore, 2012.
4. Chrodis Plus. <http://chrodis.eu/>.
5. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 380: 37-43, 2012.
6. Pizzini A. Prescription of drugs in multimorbidity: when is it too much? *J AMD* 21(1): 14-20, 2018.
7. Mair FS, May CR. Thinking about the burden of treatment. *BMJ* 349: g 6680, 2014.
8. Guthrie B, Payne K, Alderson P, McMurdo MET, Mercer SW. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *BMJ* 345: e6341, 2012.
9. Onder G, Palmer K, Navickas R, Jurevičienė E, Mammarella F, Strandzheva M, Mannucci P, Pecorelli S, Marengoni A. Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). Time to face the challenge of multimorbidity. A European perspective from the joint action on chronic diseases and promoting healthy ageing across the life cycle (JA-CHRODIS). *Eur J Intern Med* 26: 157-159 2015.
10. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 318: 527-30, 1999.
11. Ware JH, Hamel MB. Pragmatic Trials - Guides to Better Patient Care? *N Engl J Med* 364(18): 1685-1687, 2011.

12. Misiano G. Gestione integrata diabete in Medicina Generale: impatto su mortalità e morbilità. *JICGP* 6(24): 39-42, 2017.
13. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev* 9: CD008451, 2011.
14. Glasziou PP, Buchan H, Del Mar C, Doust J, Harris M, Knight R, et al. When financial incentives do more good than harm: a checklist. *BMJ* 345: e5047, 2012.
15. Jha AK, Joynt KE, Orav EJ, Epstein AM. The long-term effect of premier pay for performance on patient outcomes. *N Engl J Med* 366: 1606-15, 2012.
16. Giorda C. The role of the care model in modifying prognosis in diabetes. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 23: 11-6, 2013.
17. Giorda C. L'Evoluzione dell'Assistenza al Diabete dagli storici modelli di integrazione tra specialista e medico di medicina generale alle reti interaziendali. *MEDIA* 15: 191-193, 2015.