

L'ASSISTENZA INTEGRATA ALLA PERSONA CON DIABETE MELLITO TIPO 2

La patologia diabetica mostra una chiara tendenza, in tutti i paesi industrializzati, ad un aumento sia dell'incidenza sia della prevalenza.

L'accresciuta prevalenza nel mondo del **diabete tipo 2**, soprattutto legata all'aumento del benessere ed alla qualità dello stile di vita, ha portato l'OMS a parlare di vera e propria "epidemia".

Anche per il **diabete tipo 1** dati epidemiologici a livello mondiale, inclusi dati dei registri italiani, evidenziano un aumento dell'incidenza, le cui cause non sono ancora state determinate.

Per quanto riguarda il diabete, i dati riportati nell'[annuario statistico Istat 2006](#) indicano che è diabetico il 4,5% degli italiani (4,6% le donne e 4,3% gli uomini). Numeri che segnano un aumento rispetto all'indagine multiscopo del 1999-2000, secondo cui era diabetico il 3,7% degli italiani (4% le donne e 3,5% gli uomini).

Le logiche ed immediate conseguenze che derivano da questi dati sono:

- 1) l'aumentato carico socio-sanitario dovuto alla malattia diabetica e alle sue complicanze (patologia cardio-vascolare, cecità, insufficienza renale, amputazioni degli arti inferiori)
- 2) la necessità d'interventi capaci di prevenire e/o ritardare la comparsa delle complicanze croniche del diabete mellito.

Alcuni studi, tra cui lo studio CODE-2, hanno stimato i costi associati alla malattia, che risultano incrementali per numero di complicanze, sino a raggiungere un massimo nei soggetti con complicanze micro e macrovascolari. Al contrario, i grandi studi di intervento sia sul diabete tipo 1 (DCCT), sia sul diabete tipo 2 (UKPDS) hanno dimostrato che il mantenimento di un adeguato compenso metabolico, grazie a schemi intensivi di trattamento, è in grado di ridurre l'incidenza delle complicanze. Una strategia di intervento, oramai ineludibile, è quella della Gestione Integrata del paziente diabetico (individuabile nel "care management program" della letteratura internazionale).

Il nostro paese in risposta alle logiche di cui sopra ha emanato uno specifico Piano nazionale di Prevenzione 2005-2007 (PNP) che ha focalizzato tra gli obiettivi prioritari: la prevenzione delle malattie cardiovascolari e la riduzione delle complicanze del diabete mellito.

Il piano rappresenta un disegno strategico di interventi articolati, fondati sulla partecipazione attiva della persona-utente, alla cura della sua salute, ritenuta elemento essenziale per "continuare a erogare servizi sanitari in modo efficiente e soddisfacente per i cittadini". Per il diabete mellito il PNP ha identificato il progetto IGEA (<http://www.epicentro.iss.it/igea/diabete.asp>), come strumento di realizzazione capillare, in ogni Regione e per ogni ASL, delle modalità di assistenza da erogare alle persone con malattia per raggiungere il risultato atteso. Nell'ambito di tale progetto è stato prodotto un documento di indirizzo dal titolo "Gestione Integrata del diabete mellito di tipo 2".

Tale documento contiene informazioni sulle modalità organizzative essenziali per la gestione integrata del diabete tipo 2 identifica gli outcomes di intervento e gli indicatori di processo/attività ed esito suggeriti per fornire ai decisori, regionali e locali, e agli operatori elementi di valutazione delle performances e realizzare uno strumento di misurazione per il miglioramento del sistema assistenziale alla persona con diabete.

La strategia complessiva, presente anche nel progetto ministeriale "Guadagnare Salute" e nel Piano Nazionale Prevenzione, mira ad un orientamento dei servizi sanitari, grazie a modelli assistenziali adatti a prevenire la disabilità, a favorire la deospedalizzazione e lo sviluppo delle cure primarie, nonché all'aumento delle competenze delle persone per l'autogestione della propria malattia.

TEAM MULTIDISCIPLINARE

L'obiettivo del team multidisciplinare è quello di fornire alle persone affette da diabete mellito la miglior assistenza possibile in termini di efficacia clinica, efficienza e qualità della vita.

La necessità di razionalizzare le risorse è trasversale a tutti gli ambiti sanitari, ma certamente sta divenendo un'emergenza per il Diabete: i costi infatti sono elevati e la prevalenza della malattia in rapido aumento.

La costituzione di un Team di cura, fra tutti gli operatori sanitari, in particolare della Medicina Generale (MMG) e delle Strutture Specialistiche per l'assistenza alle persone con Diabete Mellito (SD) è finalizzata ad integrare le peculiarità dei professionisti incaricati per la cura del diabete con le necessità delle persone e delle loro famiglie all'interno di un programma condiviso di gestione della malattia diabetica.

Gli obiettivi a breve ed a lungo termine del Team debbono includere, secondo le linee guida condivise e definite nel documento STANDARD ITALIANI PER LA CURA DEL DIABETE MELLITO: miglioramento del controllo glicemico e degli altri fattori di rischio, pianificazione e attuazione programmata del follow-up del paziente, riduzione del rischio e dell'incidenza delle complicanze, aumento del grado di soddisfazione e miglioramento della qualità di vita della persona, ottimizzazione dei costi per il SSN.

COMPITI DELLE STRUTTURE SPECIALISTICHE PER L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE MELLITO (di seguito SD)

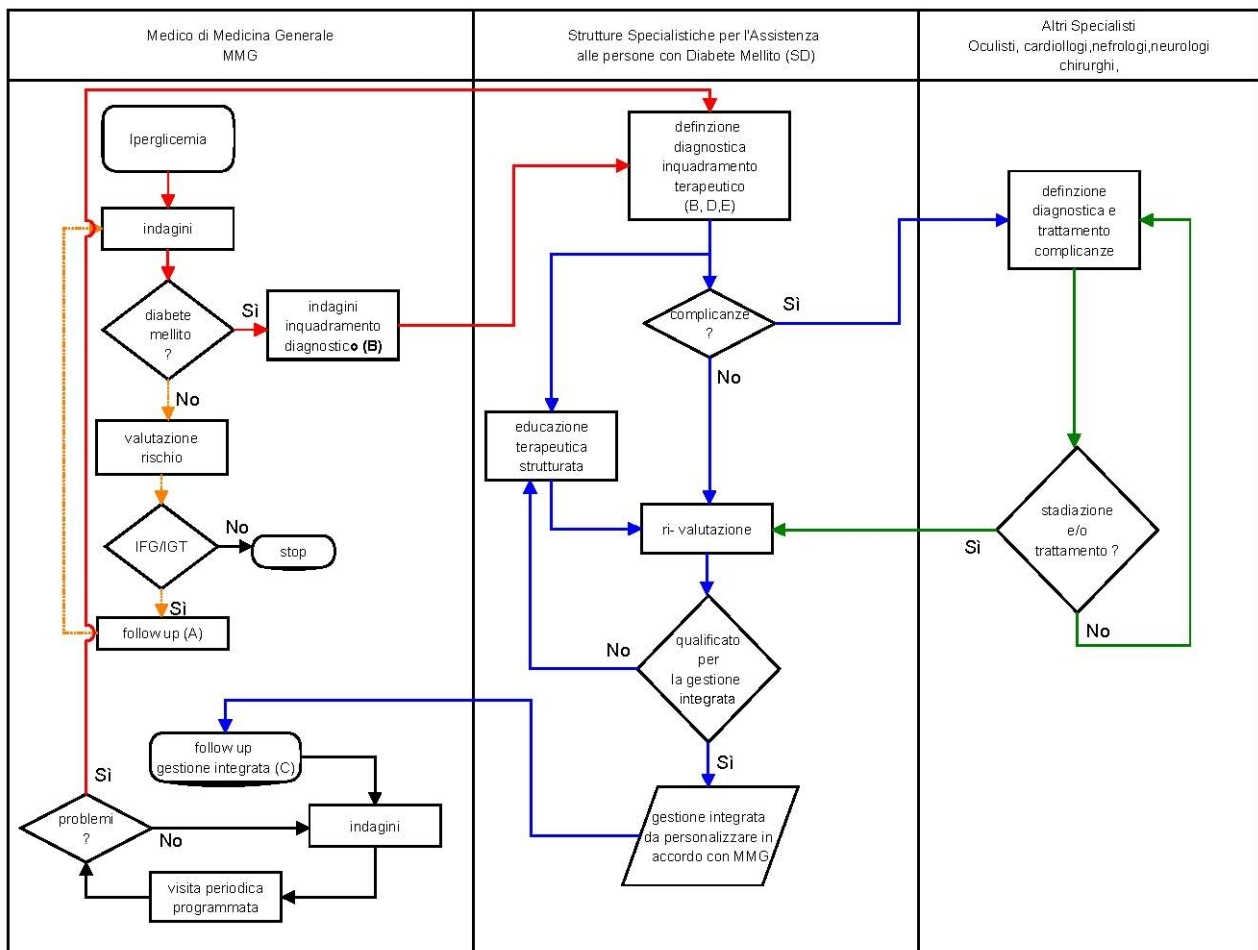
- Definizione diagnostica del diabete neodiagnosticato e inquadramento terapeutico con formulazione del Piano di Cura personalizzato e condiviso con i MMG. Il Piano di Cura deve comprendere la chiara formulazione degli obiettivi terapeutici da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e ai risultati attesi, e delle motivazioni che rendono necessario un follow up per tutta la vita.
- Presa in carico, in collaborazione con i MMG, delle persone con diabete.
- Gestione clinica diretta, in collaborazione con i MMG e gli altri specialisti, delle persone con: grave instabilità metabolica; complicanze croniche in fase evolutiva; trattamento mediante infusori sottocutanei continui d'insulina; diabete in gravidanza e diabete gestazionale.
- Impostazione della terapia medica nutrizionale.
- Effettuazione dell'Educazione Terapeutica e, in collaborazione con i MMG, di interventi di Educazione Sanitaria e Counselling delle persone con diabete, rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia.
- Valutazione periodica, secondo il Piano di Cura personalizzato adottato, dei pazienti diabetici di tipo 2 seguiti con il protocollo di gestione integrata, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze.
- Raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con il MMG di riferimento, mediante cartelle cliniche preferibilmente in formato elettronico.
- Attività di aggiornamento rivolta ai MMG in campo diabetologico.

COMPITI DEL MMG

- Identificazione della popolazione a rischio aumentato di malattia diabetica tra i propri assistiti.
- Diagnosi precoce di malattia diabetica tra i propri assistiti.
- Identificazione, tra i propri assistiti, delle donne con diabete gestazionale.
- Presa in carico, in collaborazione con le SD per l'assistenza alle persone con Diabete Mellito, dei pazienti e condivisione del Piano di Cura personalizzato.

- Valutazione periodica, mediante l'attuazione di una medicina di iniziativa, dei propri pazienti secondo il Piano di Cura adottato, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze.
- Effettuazione, in collaborazione con il SD per l'assistenza alle persone con Diabete Mellito, di interventi di Educazione Sanitaria e Counselling delle persone con diabete rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia.
- Monitoraggio dei comportamenti alimentari secondo il Piano di Cura personalizzato.
- Organizzazione dello studio (accessi, attrezzature, personale) per una gestione ottimale delle persone con diabete.
- Raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con il Strutture per l'assistenza alle persone con Diabete Mellito di riferimento mediante cartelle cliniche preferibilmente in formato elettronico.

**PROPOSTA DI PERCORSO
FLOW-CHART**



LE TAPPE

Interpretazione delle azioni da svolgere in base agli snodi riportati nella Flow-Chart ed individuati dalle apposite lettere

<p>A) FOLLOW UP DEL SOGGETTO CON RIDOTTA TOLLERANZA AGLI ZUCCHERI (IGT) O ALTERATA GLICEMIA A DIGIUNO (IFG)</p> <p>(la frequenza e/o l'intensità dei controlli andrà modificata in funzione del quadro clinico)</p>	<p>Il MMG:</p> <p>Ogni 6 mesi</p> <ul style="list-style-type: none">• glicemia a digiuno• es.urine completo• peso corporeo• circonferenza vita• pressione arteriosa• accertamento di adesione alla prescrizione dietetica e rinforzo del messaggio di educazione alimentare <p>Ogni anno</p> <ul style="list-style-type: none">• Colesterolo tot., HDL, LDL - calcolato -, trigliceridi <p>Ogni 2 anni</p> <ul style="list-style-type: none">• Eventuale curva da carico di glucosio
<p>B) PRIMA VALUTAZIONE DI BASE PER SOSPETTO DI DIABETE</p>	<p>Il MMG in caso di diagnosi di diabete mellito: Prescrive le indagini per il 1° inquadramento diagnostico:</p> <ul style="list-style-type: none">• HbA1c,• Colesterolo totale, HDL, LDL - calcolato -, Trigliceridi• Creatininemia,• ECG,• Fundus oculi <p>Invia il paziente alla SD La Struttura Specialistica per l'Assistenza alle persone con Diabete (SD)</p> <p>1. effettua la prima valutazione di 2° livello:</p> <ul style="list-style-type: none">• Inquadramento diagnostico-terapeutico• Stadiazione clinica e delle eventuali complicanze• Terapia Medica Nutrizionale• Educazione terapeutica strutturata (ETS) <p>2. a seconda delle condizioni cliniche:</p> <ul style="list-style-type: none">• Avvia al Follow-up del diabete tipo 2 non complicato• Appronta, in accordo con il MMG o PLS, il Piano di Cura personalizzato per i diabetici tipo 1 e/o in trattamento insulinico e/o con complicanze e/o con controllo inadeguato

<p>C) FOLLOW UP DELLA PERSONA CON DIABETE TIPO 2 NON COMPLICATO</p> <p>(la frequenza e/o l'intensità dei controlli andrà modificata in funzione del quadro clinico)</p>	<p>Il MMG prescrive ed effettua la valutazione, in base al Piano di Cura personalizzato definito al momento dell'inquadramento clinico. In ogni caso esegue:</p> <p>Ogni 3 mesi</p> <ul style="list-style-type: none"> • glicemia a digiuno • HBA1c • Esame completo delle urine • pressione arteriosa • peso corporeo • circonferenza vita • verifica autocontrollo glicemico (se effettuato) <p>Ogni 6 mesi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita medica generale con: ispezione dei piedi, EO cardiovascolare, EO neurologico <p>Ogni anno</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creatininemia • Uricemia • Microalbuminuria • Colesterolo totale, HDL, LDL - calcolato -, Trigliceridi • Fundus oculi (anche ogni due anni se normale) • Calcolo del Rischio CV (Progetto CUORE) • ECG • se indicati: parametri epatici (AST, ALT, GGT), elettroliti sierici (Na, K) <p>Invia alla SD, se ritenuto opportuno e comunque in base al Piano di Cura definito al momento dell'inquadramento clinico.</p>
<p>D) ACCESSO PROGRAMMATO ALLE STRUTTURE SPECIALISTICHE PER L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE MELLITO (SD)</p>	<p>Avviene nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • al momento della diagnosi • alla cadenza prevista dal Piano di Cura personalizzato (Follow-up) • Secondo gli intervalli programmati e concordati tra SD e MMG per i diabetici tipo 1 e/o in trattamento insulinico e/o con complicanze e/o con controllo inadeguato
<p>E) ACCESSO NON PROGRAMMATO ALLE STRUTTURE SPECIALISTICHE PER L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE MELLITO (SD)</p>	<p>Il MMG invia alla SD in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mancato raggiungimento dell'obiettivo di compenso condiviso nella Gestione Integrata • Severe ipoglicemie ripetute • Procedure invasive e/o prima di interventi di chirurgia maggiore • Complicanze neurologiche, renali, oculari in rapida evoluzione • Complicanze micro e macrovascolari in fase evolutiva • Piede diabetico • Gravidanza in diabetica, diabete gestazionale, pianificazione della gravidanza

COMUNICAZIONE MMG - SD

Saranno identificate le modalità migliori per comunicare: libretto della persona con DM, lettera ad ogni visita oltre la compilazione delle schede di follow-up periodico, condivisione dei dati per via elettronica.

Nel sistema di comunicazione dovranno essere identificati Sistemi Informativi idonei per assicurare:

- ✓ la comunicazione con i pazienti e tra gli operatori sanitari, per condividere, efficacemente e tempestivamente, le informazioni necessarie alla gestione dei pazienti,
- ✓ la misura, il monitoraggio e il controllo dei processi e degli esiti.

REGISTRAZIONE DEI DATI E LA SCELTA DEGLI INDICATORI

Uno dei fondamenti su cui poggia un sistema di Gestione Integrata è la realizzazione di un sistema informativo in grado di consentire processi di identificazione della popolazione target, la valutazione degli indicatori di processo e di esito, l'attivazione di una funzione proattiva di richiamo dei pazienti e la tempestiva condivisione delle informazioni cliniche tra tutti gli operatori sanitari coinvolti nella gestione della malattia diabetica.

Il percorso di gestione cura proposto deve essere sistematicamente valutato attraverso indicatori clinici di processo e di esito intermedio e finale.

L'esistenza di sistemi informativi in grado di consentire l'estrazione dai dati di routine nell'ambito del percorso assistenziale favorisce la valutazione degli indicatori di interesse, dei quali il documento fornisce un elenco puntuale. Gli indicatori costituiscono, infatti, uno strumento indispensabile al fine di migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza; consentono, infatti, ai decisori della sanità di valutare le condizioni iniziali del sistema, identificare i problemi, quantificare gli obiettivi ragionevolmente perseguibili in un definito ambito temporale, verificare la corrispondenza tra i risultati ottenuti e quelli attesi, individuare i settori che necessitano di azioni correttive e misurare l'impatto delle attività realizzate.

Il programma di gestione integrata, tuttavia, deve essere valutato non solo negli aspetti più propriamente clinici, ma anche con finalità di remunerazione delle attività connesse all'attuazione del progetto stesso, alle persone coinvolte e ai diversi gradi di attivazione a livello regionale, con indicatori atti a far emergere l'efficienza dell'intervento tra coloro che hanno aderito alle linee guida.

Il Documento di indirizzo Gestione Integrata del diabete di tipo 2 nell'adulto (pag. XVI) propone una tabella che descrive le raccomandazioni per ridurre l'incidenza delle complicanze negli adulti con diabete, in un modello di gestione integrata e propone come parametri di monitoraggio i seguenti:

- ✓ Hba1c
- ✓ Microalbuminuria
- ✓ Colesterolo totale, HDL, trigliceridi, colesterolo LDL calcolato
- ✓ Esame del piede
- ✓ Fondo oculare
- ✓ Peso e crrconferenza vita.

Per ciascun parametro è stabilita la frequenza di rilevazione.

Questi parametri possono essere identificati come quelli essenziali per realizzare un set minimo di indicatori di attività (aderenza al protocollo di Gestione Integrata con la frequenza minima riferita nel documento nell'arco temporale di un anno).

Gli stessi parametri possono essere utilizzati per elaborare anche indicatori di esito intermedio e/o finale ed esprimere una valutazione dell'intervento.

La proposta del seguente set di indicatori è finalizzata a:

- rendere disponibile un set di indicatori alle Regioni che attualmente non ne dispongono di uno proprio
- superare la diversità tra le Regioni: grazie all'uso di un unico set minimo di indicatori, infatti, i risultati conseguiti nelle diverse Regioni saranno comparabili.;
- permettere la valutazione dei risultati su base nazionale, in una logica di congruenza ed omogeneità rispetto alle singole realtà regionali;
- integrare gli indicatori già in uso e già suggeriti in una logica di maggior efficacia ed efficienza del monitoraggio.

<u>indicatori di attività</u>	frequenza raccomandata per il paziente a “target”, con registrazione dell’esecuzione e dell’eventuale valore
Hba1c	trimestrale
Fondo oculare	biennale
PA	trimestrale
Peso e circonferenza vita.	trimestrale
Esame del piede	annuale
Microalbuminuria	annuale
Colesterolo totale	annuale
HDL	annuale
Trigliceridi	annuale
Colesterolo LDL (calcolato)	annuale

STRUMENTI APPLICATIVI

Contratti - Coordinamento

Poiché il luogo ottimale per la realizzazione di un sistema integrato di assistenza sembra essere il Distretto sanitario, è qui che si deve collocare una “cabina di concertazione” tra la MG e gli Specialisti Diabetologi con la partecipazione del Distretto, questo rappresentato da figure a forte presenza e competenza del Territorio.

La concertazione dovrebbe:

- Favorire l’incontro e gli accordi tra rappresentanti di MMG e Diabetologi;
- Monitorare l’andamento sulla casistica di una zona;
- Individuare gli interventi strutturali sul sistema.
- Facilitare l’adattamento locale e la diffusione dei protocolli diagnostici terapeutici per la gestione del diabete;
- Favorire processi di audit clinico