



Per Gestione Integrata si intende la partecipazione congiunta dello Specialista e del Medico di Medicina Generale (MMG) in un programma stabilito d'assistenza nei confronti dei pazienti con patologie croniche in cui lo scambio di informazioni, che va oltre la normale routine, avviene da entrambe le parti con il consenso informato del paziente.

La gestione integrata del paziente diabetico prevede l'apporto di un ampio numero di figure assistenziali che, oltre agli specialisti dei Servizi di Diabetologia (SD) e ai MMG comprende gli operatori dei Distretti, ed è quindi strategico il lavoro interdisciplinare in team.

Se è forse azzardato sostenere che la componente più importante del team è proprio il paziente (che ha la responsabilità di una gestione consapevole della malattia), è comunque importante affermarne la presenza come soggetto attivo.

La realizzazione del modello di Gestione Integrata implica fra l'altro:

- ⊕ Il consenso informato degli operatori e dei pazienti
- ⊕ La definizione di un protocollo diagnostico-terapeutico condiviso
- ⊕ La formazione degli operatori sia sugli aspetti procedurali di gestione del modello che sui contenuti scientifici del trattamento
- ⊕ La definizione di precisi strumenti di comunicazione
- ⊕ La valutazione periodica delle attività

Il protocollo diagnostico-terapeutico

Per il paziente diabetico tipo 2, il modello "integrato" attualmente ritenuto più idoneo al raggiungimento degli obiettivi terapeutici condivisi, è il seguente:

1. Il paziente neo-diagnosticato è inviato al SD per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia, che comprende la chiara indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up a vita
2. Successivamente il paziente è avviato ad un follow-up a lungo termine, integrato e condiviso tra MMG e Servizio specialistico
3. Il paziente si sottopone a visita presso la struttura diabetologica:
 - con le scadenze concordate con il MMG, (in media una volta l'anno per i pazienti in compenso accettabile e senza gravi complicanze)
 - con maggiore frequenza (pur sempre in stretta collaborazione con il MMG) per i pazienti che presentano complicanze o un controllo metabolico cattivo o instabile.
 - in qualsiasi momento si presentino nuovi problemi.

Il protocollo è sintetizzato nel diagramma di flusso alla Figura 1.

In questo modello, la programmazione delle visite, compreso l'eventuale richiamo telefonico periodico del paziente, sono elementi fondamentali per migliorare la compliance dei pazienti ai suggerimenti comportamentali e terapeutici.

Per assicurare che vengano soddisfatte le esigenze di tutti i soggetti affetti da diabete tipo 2 sono stati identificati codici di priorità ai SD sulla base delle situazioni cliniche riscontrate dai MMG (vedi Tabella 1).

Il corretto funzionamento del modello presuppone una sinergia d'intenti, in cui è auspicabile che i MMG e gli operatori dei Servizi di Diabetologia si incontrino, stabiliscano obiettivi comuni, scambino reciproche esperienze e si impegnino a lavorare insieme.

A tale scopo i Direttori Generali istituiscono a livello di ASL un Comitato Diabetologico costituito da rappresentanti di tutti gli operatori coinvolti (Responsabili dei Servizi di Diabetologia, Medici di Medicina Generale, Responsabili dei Distretti). Il Comitato ha il compito di tradurre a livello locale il protocollo di Gestione Integrata, predisponendo e aggiornando un Piano della Qualità della assistenza diabetologica sulla base di un modello standard. Il Piano della Qualità tiene conto anche de-



gli altri elementi scaturiti dal Piano Nazionale di Prevenzione, fra i quali i livelli minimi di assistenza diabetologica (documento D101), le Linee Guida sanitarie di riferimento (documento D201), gli indicatori per la valutazione delle attività (documento D202).

Formazione degli operatori

Per assicurare a tutti gli operatori coinvolti nel Team diabetologico gli strumenti necessari alla corretta applicazione del modello di Gestione Integrata nella propria realtà territoriale, garantendo una applicazione uniforme del modello su tutto il territorio regionale, viene istituito uno specifico albo di formatori, qualificati a livello regionale, in grado di realizzare una formazione interdisciplinare che comprende:

- ⊕ Analisi di processo e strumenti di gestione per la qualità
- ⊕ Modalità di organizzazione del lavoro in Team
- ⊕ Strumenti di lavoro per una efficace gestione del Team
- ⊕ Tecniche e strumenti di comunicazione
- ⊕ Modalità di analisi della assistenza erogata.

Comunicazione

La realtà attuale della gestione dei dati nelle strutture sanitarie che si prendono cura dei pazienti diabetici non consente di mettere a disposizione di tutti gli operatori una base di dati comune. La realizzazione di questa base di dati è uno degli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione, ma i tempi di realizzazione non saranno brevi.

D'altra parte la comunicazione e l'interscambio dei dati almeno fra MMG e SD è fondamentale per realizzare la Gestione Integrata del diabete. Pertanto, almeno per la fase di avvio, vengono adottati strumenti non informatizzati, costituiti da una scheda di segnalazione per il SD delle attività svolte dal MMG (Scheda 1) e un referto strutturato per il MMG sulle attività svolte dal SD (Scheda 2). L'utilizzo sistematico di tali strumenti permetterà fra l'altro di validare i contenuti del sistema informativo comune che verrà prodotto su supporto informatico.

Valutazione periodica delle attività

La valutazione delle attività verrà effettuata utilizzando un set di indicatori comuni a tutte le ASL della Regione. In considerazione della attuale mancanza di un sistema informativo per la Diabetologia comune a tutte le strutture che erogano prestazioni, per momento è stato identificato un set minimo di indicatori, i cui valori sono ricavabili esclusivamente da attività routinaria di registrazione delle attività cliniche (vedi documento D202). La fornitura dei dati relativi a tali indicatori costituisce per le ASL debito informativo nei confronti della Regione.



FIGURA 1. PROTOCOLLO DI GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE TIPO 2 ADOTTATO NELLA REGIONE PIEMONTE

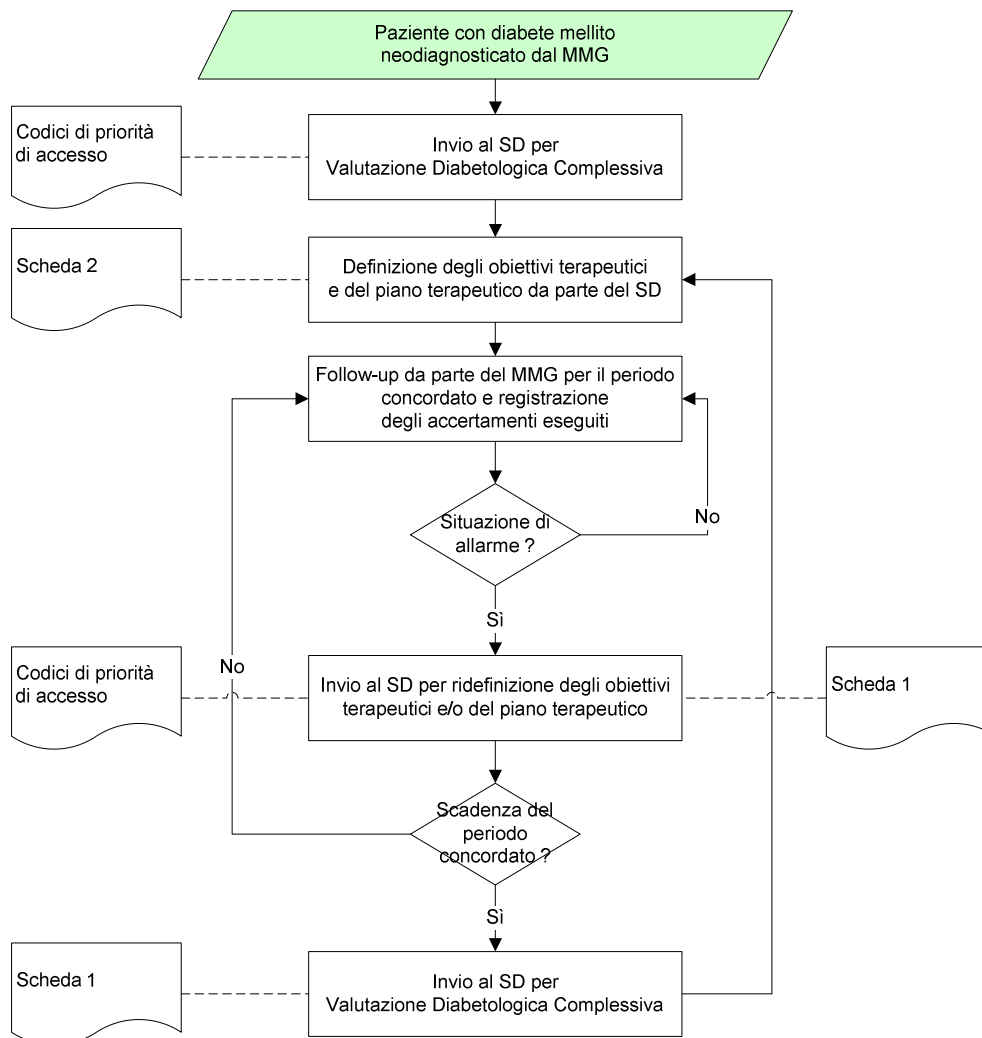


TABELLA 1: CODICI DI PRIORITÀ

	Situazioni cliniche	Classe	Accesso al SD
Urgenza diabetologica	⊕ Sintomatologia suggestiva di scompenso metabolico acuto	1	Entro 48 ore
	⊕ Ripetuti episodi di ipoglicemia		
	⊕ Gravidanza in donna diabetica e diabete gestazionale		
	⊕ Ulcera del piede o severe lesioni ischemiche e/o infettive agli arti inferiori		
Paziente diabetico ad alto rischio di complicanze	⊕ Diagnosi e inquadramento del diabete all'esordio	2	Entro 15 giorni
	⊕ Nuova diagnosi di complicanza	3	Entro 30 giorni
	⊕ Inizio di terapia insulinica		
	⊕ HbA1c > 8% in almeno 2 determinazioni successive		