



## DOCUMENTO DI INDIRIZZO POLITICO E STRATEGICO PER LA BUONA ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE

Questo documento nasce dalla storica collaborazione tra la diabetologia e la medicina generale iniziata negli anni '90, e orientata a creare le condizioni necessarie per migliorare la qualità dell'assistenza alle persone con diabete integrando i diversi livelli assistenziali.

**L'assistenza diabetologica** su tutto il territorio nazionale non può prescindere dalla presa d'atto che essa è il prodotto dell'integrazione tra assistenza sanitaria di base e specialistica, in cui sono fondamentali il riconoscimento del **ruolo professionale del Medico di Medicina Generale**, cardine dell'assistenza sanitaria di base, e di quello della **rete italiana dei Servizi di Diabetologia, ospedalieri e territoriali**, più volte oggetto di studi internazionali.

Discende da questa premessa la necessità prioritaria di **un'adeguata allocazione di risorse per il potenziamento di questo assetto organizzativo**, che sta alla base del percorso diagnostico terapeutico assistenziale e del modello di gestione integrata e che si è dimostrato efficace nel ridurre morbilità, ricoveri e contenere la spesa complessiva.

### INDICE

- 1- Obiettivi
- 2- Presupposti
- 3- Strumenti per migliorare l'assistenza al paziente diabetico
- 4- Azioni che le Società Scientifiche intendono attuare per raggiungere gli obiettivi dichiarati
- 5- Documenti di riferimento e allegati

### PAROLE CHIAVE

Assistenza specialistica diabetologica, team multi professionale dedicato, cure primarie, presa in carico, stadiazione e triage del paziente diabetico, gestione integrata, misurazione dei risultati, telemedicina.



## 1. OBIETTIVI

- ✓ Descrivere il razionale e le motivazioni che rendono indispensabile l'alleanza strategica tra la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) , l'Associazione Medici Diabetologi (AMD) e la Società Italiana di Diabetologia (SID) per risolvere alcune criticità nell'assistenza alle persone con diabete.
- ✓ Presentare le strategie, i ruoli e le responsabilità, i metodi e gli strumenti, che concordemente le Società Scientifiche intendono condividere e utilizzare per migliorare l'assistenza alle persone con diabete.
- ✓ Dichiarare gli obiettivi e i risultati professionali che le Società Scientifiche intendono concordemente perseguire e raggiungere.
- ✓ Dichiarare le azioni che le Società Scientifiche intendono attuare per raggiungere gli obiettivi medesimi.
- ✓ Condividere e realizzare gli obiettivi descritti nel documento coinvolgendo il più ampio numero di soggetti interessati alla buona assistenza alle persone con diabete.



## 2. PRESUPPOSTI

La cura delle persone con diabete, come stabilito dalla Legge 115/87, garantisce a tutti i diabetici l'assistenza specialistica diabetologica e identifica, in base all'art.2, i Servizi di Diabetologia per l'erogazione delle prestazioni e dei presidi necessari, il P.N.P. 2005-07 e il Progetto IGEA come offerta per le Regioni di un modello per l'integrazione con l'assistenza di base.

La malattia diabetica è caratterizzata da:

- un'elevata **prevalenza**: dati recenti di studi popolazione effettuati a Torino, Firenze, Venezia, così come annuario statistico Istat 2006, indicano che è diabetico il 4,5% degli italiani (4,6% le donne e 4,3% gli uomini). Una recente analisi epidemiologica effettuata sugli archivi di 400 MMG ricercatori facenti parte dell'Istituto di ricerca Health Search, riporta una prevalenza della malattia, nell'anno 2006, pari al 6,68% nella fascia di età maggiore di 14 anni. La previsione è di un **aumento** drammatico della prevalenza e quindi anche dei costi;
- una elevata **incidenza**: nello studio di Brunico l'incidenza di diabete di tipo 2 è del 7,6 per mille nei soggetti di età 40-79 anni;
- un **carico assistenziale** importante: i dati di 120 centri specialistici italiani (Annali AMD) riportano, per quanto riguarda il diabete tipo 1 che i primi accessi nel corso del 2007 sono stati pari all'11,3%, mentre per il diabete tipo 2 sono stati del 16,7%. Ogni anno un numero crescente di persone con diabete si rivolge al medico di famiglia e alle strutture specialistiche, con una frequenza che è funzione della complessità e gravità del quadro clinico;
- alti **costi** sanitari che sono pari a circa il 7 – 10% dei costi sanitari totali nei paesi Europei (13% USA) e in progressivo aumento (attualmente la malattia diabetica è la seconda patologia per i più alti costi diretti). I costi sono determinati dai ricoveri ospedalieri e dalle complicanze croniche: in assenza di complicanze i costi diretti sono pari a circa 800€/anno, mentre in presenza di una complicanza salgono a circa 3000 €/anno (studio CODE -2. Diabetologia, 2002).

L'elevata incidenza e prevalenza del diabete richiedono una profonda rivisitazione dei modelli assistenziali-gestionali, anche in considerazione della non ottimale efficacia dei modelli esistenti per quanto attiene alla prevenzione delle complicanze croniche (Vaccaro O, Boemi M, Cavalot F, De Feo P, Miccoli R, Patti L, Rivellesse AA, Trovati M, Ardigò D, Zavaroni I; MIND-IT Study Group.



The clinical reality of guidelines for primary prevention of cardiovascular disease in type 2 diabetes in Italy. *Atherosclerosis*. 2008 Jun;198(2):396-402.) che hanno un impatto significativo non solo sui costi per la gestione della malattia ma anche sulla qualità di vita e sulla sua durata. Dati italiani dimostrano che la sinergia tra l'assistenza specialistica dei Servizi di Diabetologia e la Medicina generale riduce del 65% i ricoveri ospedalieri del paziente diabetico (Giorda, *Diabetic Medicine*, 2006) triplica la probabilità che il paziente sia seguito secondo le linee guida (Gnavi, *Diabetes Care*, 2009) e riduce significativamente la mortalità cardiovascolare (Zoppini G, Verlato G, Bonora E, Muggeo M. Attending the diabetes center is associated with reduced cardiovascular mortality in type 2 diabetic patients: the Verona Diabetes Study. *Diabetes Metab Res Rev*. 1999 May-Jun; 15(3):170-4).

La variabilità dei diversi quadri clinici (determinati dalla combinazione dei fattori di rischio e delle complicanze in vario stadio evolutivo), determinano la presenza delle persone con diabete in tutti i livelli assistenziali con i più disparati quadri clinici (dalla fase iniziale “assenza di complicanze e loro prevenzione”, fino allo stadio “cura in terapia intensiva”).

Vi sono, quindi, molteplici punti di erogazione delle prestazioni (ospedale, ambulatorio del MMG e del PdF, ambulatori specialistici) e pazienti con diverso grado di complessità, per cui è difficile coordinare ed integrare le diverse figure sanitarie ( Medico di MG/PdF, Diabetologo, Cardiologo, Oculisti) se non si condivide una comune base scientifica ed operativa.

E' certamente dimostrato come le complicanze del diabete (causa degli elevati costi diretti e indiretti) siano prevenibili, o quantomeno sia possibile ridurne l'incidenza e soprattutto la gravità, attraverso un programma di interventi che comprende la diagnosi precoce, il trattamento tempestivo, lo stretto controllo del compenso metabolico e dei parametri di rischio cardiovascolare associati.

Per ottenere tutto ciò è necessario un modello gestionale delle persone con diabete che realizzi i seguenti risultati:

- trattamenti efficaci e tempestivi;
- continuità dell'assistenza;
- terapia educativa per raggiungere la massima autogestione possibile;
- follow-up sistematici a seconda la gravità clinica.



Devono essere perciò pianificate le seguenti attività:

- educare il paziente ad una autogestione consapevole della malattia e del percorso di cura;
- creare un'organizzazione dell'assistenza adeguata, diversa da quella per l'acuto (come nel Chronic Care Model di Wagner);
- stabilire una comunicazione efficace tra i diversi livelli assistenziali per realizzare concretamente la continuità assistenziale;
- monitorare i processi di cura definiti dall'implementazione delle linee guida di riferimento, realizzando banche dati cliniche e amministrative (informatiche) che permettano di seguire nel tempo il paziente.

In pratica una delle esigenze prioritarie di questo cambiamento è il superamento dell'organizzazione attuale "a compartimenti stagni", per realizzare un modello organizzativo trasversale capace di governare l'intero processo di cura integrando al meglio le competenze e le risorse disponibili.

I prevedibili **vantaggi** che derivano da questo sistema di cura riguardano sia i singoli professionisti sia gli Amministratori. In particolare le Strutture specialistiche diabetologiche potranno assumere un nuovo ruolo di coordinamento nella gestione manageriale della malattia diabetica più coerente con i compiti consulenziali e di 2° livello dell'assistenza; i MMG miglioreranno la comunicazione e l'integrazione con lo specialista, acquisendo professionalità e capacità operative; l'Amministratore vedrà ridotta l'inefficienza del sistema e migliorata la qualità delle cure e la soddisfazione del paziente. Ma coloro i quali più ne beneficeranno saranno soprattutto i pazienti diabetici, che acquisiranno un miglioramento della qualità delle cure, una maggiore consapevolezza della malattia e dell'intero processo di cura, un migliore accesso ai servizi e, in definitiva, un miglioramento della qualità di vita.



### 3. STRUMENTI PER MIGLIORARE L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE

Per ottenere i migliori risultati possibili nella cura delle persone con diabete attraverso la forte integrazione tra i diversi punti di erogazione dell'assistenza è necessario dare concreta realizzazione ai seguenti strumenti/processi, **attraverso una definizione organizzativa istituzionalizzata delle attività e dei ruoli dei Servizi di Diabetologia e della Medicina Generale:**

- 3.1 **Rendere autonoma la persona con diabete** nella cura e nella gestione del percorso assistenziale.
- 3.2 **Percorsi Assistenziali** condivisi.
- 3.3 **Rete assistenziale** con forte integrazione professionale e una buona comunicazione con le Associazioni di Volontariato.
- 3.4 **Servizi di diabetologia con team multi professionale dedicato** che prendano in carico, sempre in integrazione con il MMG, i pazienti secondo livelli diversi di intensità di cura e fungano da consulenti per i MMG.
- 3.5 **Organizzazione dell'ambulatorio del MMG** orientata alla gestione delle malattie croniche.
- 3.6 **Sistemi di misura e di monitoraggio della qualità** delle cure erogate volti al miglioramento professionale e organizzativo continuo.
- 3.7 **Sistemi efficaci di comunicazione** e di integrazione multidisciplinare.
- 3.8 **Coinvolgimento del Distretto, e delle Direzioni Sanitarie ospedaliere e presa in carico** della persona con diabete attraverso la valutazione dell'intensità di cura (*triage*).
- 3.9 **Rimozione degli ostacoli amministrativi** che rendono difficile e/o diseguale l'accesso alle cure delle persone con diabete.



### **3.1 RENDERE AUTONOMA LA PERSONA CON DIABETE (EDUCAZIONE TERAPEUTICA, EMPOWERMENT)**

Nella cronicità il medico controlla e cura la malattia attraverso il paziente: la terapia più avanzata e costosa può diventare poco efficace se il paziente non è coinvolto nella gestione della malattia.

La persona con diabete è una risorsa ineludibile per ottenere il miglior risultato possibile. E' quindi indispensabile coinvolgerla nel processo di cura attraverso:

- una corretta informazione,
- la formazione all'autogestione della malattia;
- la condivisione del programma di cura;
- la disponibilità a comunicare, in modo strutturato.

Obiettivo strategico delle Società Scientifiche è, pertanto, stimolare e formare i professionisti sanitari affinché essi coinvolgano, sfruttando ogni momento del processo di cura, tutte le persone con diabete nel processo di empowerment e di acquisizione di autonomia.

### **3.2 PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA)**

I PDTA, che derivano dalle Linee Guida, rappresentano un metodo di lavoro sistemico ed integrato, finalizzato al miglioramento della qualità dell'assistenza, in grado di produrre risultati significativi in termini di efficacia ed efficienza.

L'obiettivo principale è **l'appropriatezza**, considerato che essa è in grado di incidere anche sull'economicità, cioè sull'uso adeguato delle risorse. L'applicazione del PDTA è rappresentata da profili di cura, diversificati a seconda delle caratteristiche e delle esigenze assistenziali dei pazienti, da tradurre in piani di cura personalizzati.

I pazienti vengono assistiti in funzione della complessità della malattia e del livello di autosufficienza: ai gradi più bassi di complessità assistenziale le figure di riferimento più appropriate per la gestione del paziente sono i professionisti non ospedalieri e viceversa.



La diversificazione delle funzioni implica **profili di cura** condivisi tra i differenti attori coinvolti (ospedale, specialistica ambulatoriale, assistenza primaria), ma personalizzati rispetto alle necessità di ogni paziente. Tale diversificazione deve però realizzarsi in una logica di unitarietà del disegno di sistema. Il presupposto è, infatti, che tutti i professionisti che contribuiscono all'assistenza ad ogni specifico livello di complessità dei pazienti condividano una mentalità, una cultura e una strategia comune. Quest'ultima deve essere costruita nel rispetto delle specificità di ognuno, mettendo al centro il paziente ed i suoi bisogni ed articolando le risposte assistenziali più adeguate.

Il PDTA, dunque, deve diventare parte integrante di strategie politiche di comunità (regionali, di ASL/distretto, etc.) per facilitare i processi di interazione tra tutti gli attori coinvolti nella gestione delle persone con diabete al fine di migliorare la qualità dei servizi erogati.

Obiettivo strategico delle Società Scientifiche è, pertanto, promuovere la realizzazione in ogni realtà locale di un PDTA in diabetologia sempre con il coinvolgimento dell'Amministrazione locale (Direzioni Sanitarie Ospedali, Distretti e ASL), prevedendo un sistema di monitoraggio con indicatori di processo ed esito.

I punti di partenza per tutte le realtà devono essere gli Standard Italiani per la cura del Diabete Mellito ([www.aemmedi.it](http://www.aemmedi.it), [www.siditalia.it](http://www.siditalia.it)) e il PDTA condiviso nel documento di cui all'allegato 1.

### **3.3 RETE ASSISTENZIALE**

La strategia terapeutica del diabete mellito necessita di un approccio sistematico che non può essere affidato ad una sola tipologia di operatore della Sanità; un'organizzazione sanitaria non integrata e legata ad un sistema esclusivamente basato sull'erogazione di prestazioni da strutture diverse e scollegate, non è in grado di realizzare un'efficace ed efficiente cura del diabete.

E', quindi, necessario implementare un modello di integrazione plurispecialistico e pluriprofessionale che possa realizzare il piano di cura del singolo paziente (*case management*) e contemporaneamente il processo di cura della popolazione affetta dalla patologia (*disease management*). La verifica e il monitoraggio devono essere attuati mediante indicatori di processo e di esito, ricavabili solo da dati condivisi residenti in archivi accessibili a tutti gli attori coinvolti.



E' quindi necessario passare:

- da un sistema basato sulla singola prestazione a richiesta ad un processo di cura predeterminato e condiviso tra i diversi operatori;
- dai “compartimenti stagni” al “network per patologia” che privilegi la continuità assistenziale ed il rispetto della appropriatezza e cronicità dei trattamenti, per rafforzare l'aderenza e la continuità terapeutica. La persona con diabete si muove nel Percorso Assistenziale in funzione del proprio stato di malattia e soddisfa i bisogni di salute nei diversi livelli di cura in funzione della gravità della stessa;
- da una medicina di attesa, quale oggi è in parte la MG e la specialistica, a un sistema attivo, con registri dei pazienti e appuntamenti di ricontrollo prefissati e richiamo periodico del paziente in caso di abbandono del percorso.

Obiettivo strategico delle Società Scientifiche è, pertanto, promuovere la realizzazione, in ogni realtà locale, di un network della patologia diabetica, utilizzando tutti gli strumenti descritti in questo documento, ma in particolare mirando a un archivio condiviso dei dati clinici sistematicamente raccolti dai diversi attori del processo di cura e a un sistema di richiamo concordato, eventualmente automatizzato, dei pazienti.

### **3.4 SERVIZIO DI DIABETOLOGIA CON TEAM MULTI PROFESSIONALE DEDICATO**

L'assistenza diabetologica specialistica è svolta da un Servizio di diabetologia con team multi professionale dedicato, formato da medici, infermieri e dietisti (integrati anche da psicologi e podologi) e permette di soddisfare le esigenze della persona con diabete.

Le funzioni del team sono:

- assistenziali, in rapporto ai vari livelli di intensità di cura sia in ambito territoriale che ospedaliero;
- di educazione terapeutica strutturata;
- epidemiologiche (raccolta dati clinici);
- di formazione dei MMG e più in generale delle figure sanitarie coinvolte nella cura delle persone con diabete.



Obiettivo strategico delle Società Scientifiche è, pertanto, sostenere nelle sedi opportune sia a livello scientifico sia politico, la nascita e il sostegno economico a modelli organizzativi di Servizi di diabetologia con team multi professionale dedicato, in grado di erogare assistenza specialistica in funzione dei diversi bisogni complessi della persona con diabete, sia in ambito ospedaliero che territoriale.

### **3.5 ORGANIZZAZIONE DELL'AMBULATORIO DEL MMG PER LE MALATTIE CRONICHE**

L'assunzione in carico di un paziente con patologia cronica (e il diabete mellito è una delle più complesse) esige un processo di cambiamento radicale sia dal punto di vista dell'approccio clinico sia organizzativo-gestionale e ciò vale anche per il MMG.

Sia che lavori in gruppo o singolarmente è necessario che il MMG si doti di un'adeguata (sia pur non complessa) strumentazione diagnostica e che il suo modello organizzativo preveda:

- l'utilizzo di sistemi informativi avanzati in grado di monitorare i percorsi diagnostico-terapeutici e di migliorare l'appropriatezza assistenziale,
- l'elaborazione di un piano di cura con il coinvolgimento dei pazienti e con l'utilizzo di strumenti di comunicazione routinari per il richiamo attivo degli stessi rispetto alle scadenze concordate;
- una routinaria attività di *Audit* basata su indicatori di processo ed esito derivanti da linee guida o EBM,
- il potenziamento degli strumenti di comunicazione e scambio informativo con il livello specialistico per realizzare una reale comunicazione bidirezionale;
- la figura del case manager.

Obiettivo strategico delle Società Scientifiche è, pertanto, sostenere nelle sedi opportune sia a livello scientifico sia politico, la nascita e il sostegno economico a modelli organizzativi della MG idonei ad una efficace gestione della malattia diabetica.



### 3.6 SISTEMI DI MISURA E DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ

Un metodo innovativo capace di guidare gli operatori sanitari in un percorso di miglioramento professionale continuo è quello di vedere il loro operato tradotto in indicatori di processo e di esito, offrendo loro l'opportunità di individuare i punti virtuosi, le criticità nel percorso di cura e le aree di ragionevole miglioramento.

L'*Audit* clinico è in grado di innescare il "circolo virtuoso" del miglioramento, stimolando i professionisti verso l'*accountability* e l'aggiornamento continuo delle conoscenze (*education and training*).

L'analisi di report periodici consente a ciascun medico di realizzare un *benchmarking*. Il medico (o il team-gruppo) potrà valutare nel tempo le proprie *performance* in modo da "calibrare" al meglio il comportamento futuro; in secondo luogo, egli potrà confrontare i propri risultati con quelli disponibili in letteratura.

Gli indicatori per la MG e il Servizio di diabetologia con team multi professionale dedicato sono già disponibili e presentati negli allegati 2 e 3.

Obiettivo strategico delle Società Scientifiche è, pertanto, diffondere e far utilizzare gli indicatori elaborati da AMD e SIMG ai fini del monitoraggio della patologia diabetica e sostenere a livello locale i processi di Audit e di Clinical Governance.

### 3.7 SISTEMI EFFICACI DI COMUNICAZIONE

Per favorire un'efficace comunicazione tra team specialistico diabetologico e MMG è fondamentale promuovere al massimo ogni tipo di comunicazione tra gli operatori coinvolti, inclusi contatti telefonici, mail e riunioni periodiche. Deve altresì essere potenziata la diffusione di altri strumenti oggi disponibili, come sistemi di electronic health record, sistemi di comunicazione audiovisiva (sincroni ed asincroni) quale ad esempio il teleconsulto.

***È fondamentale una revisione del Nomenclatore Tariffario che valorizzi tale attività per i Servizi di Diabetologia.***



Il teleconsulto è una innovativa modalità di interazione e comunicazione tra i MMG e il team specialistico diabetologico che consente l'analisi del "caso" attraverso la consultazione via Internet della sua cartella clinica. L'analisi può avvenire on-line oppure in modalità off-line e potrebbe in molti casi sostituire la visita del paziente presso le Strutture Specialistiche, in particolare per pazienti difficili e/o con riduzione del livello di autonomia.

Il teleconsulto può favorire una reale gestione integrata delle persone con diabete attraverso la concreta condivisione degli obiettivi di cura, migliorando l'appropriatezza di accesso presso la Struttura Specialistica e favorendo la risoluzione di alcune criticità nella gestione delle persone con diabete.

Obiettivo strategico delle Società Scientifiche è promuovere nelle realtà locali, in base alle risorse disponibili, l'attivazione di strumenti tradizionali e avanzati di comunicazione tra la MG e i team specialistici diabetologici.

### **3.8 COINVOLGIMENTO DEL DISTRETTO E DELLE DIREZIONI SANITARIE OSPEDALIERE**

Nell'attuale organizzazione delle Aziende Sanitarie, il Distretto sanitario ha un ruolo fondamentale per la realizzazione di un sistema integrato di assistenza diabetologica, ruolo che deve essere svolto in stretta collaborazione con le strutture ospedaliere (Direzioni sanitarie e Servizi di Diabetologia intra-ospedalieri) al fine di ridurre la frequenza e la degenza media dei ricoveri.

L'ambito territoriale del Distretto consente non solo di ospitare le funzioni di *care management* e di supervisione del programma locale ma, soprattutto, di gestire direttamente i servizi di assistenza primaria (di medicina generale, farmaceutica, specialistica ambulatoriale extraospedaliera, residenziale, domiciliare) garantendo la necessaria continuità assistenziale.

Il Supervisore del programma locale o *care manager* ha funzioni di coordinamento per il monitoraggio sia delle attività erogate al singolo paziente sia di quelle volte a favorire una comunicazione efficace e un coordinamento tra i diversi attori ( medici ed altri professionisti sanitari).

Obiettivo strategico delle Società Scientifiche è promuovere nelle realtà locali, in base alle risorse disponibili, il coinvolgimento dei Distretti e delle Direzioni sanitarie ospedaliere nel processo di assistenza diabetologica per favorire l'integrazione sociosanitaria.



### 3.9 PRESA IN CARICO

La presa in carico di una persona diabetica si può definire come: **“l'accettazione e la capacità del MMG e/o del team specialistico multi professionale di farsi carico della assistenza alla persona con diabete in un determinato momento del processo di cura, sulla base delle proprie funzioni, conoscenze e ruolo, in coerenza con i PDTA locali e le raccomandazioni clinico-organizzative delle Società Scientifiche”.**

Essa si concretizza attraverso:

- il coinvolgimento attivo della persona con diabete
- la definizione del programma terapeutico, degli obiettivi e delle strategie della cura
- la programmazione del monitoraggio della malattia e dei controlli: visite ambulatoriali, esami strumentali e biomorali, verifica dei risultati
- la disponibilità ad attivare una comunicazione efficace con gli altri operatori sanitari della rete assistenziale (anche attraverso consulti telefonici, e-mail).

La presa in carico delle persone con diabete da parte di uno degli attori coinvolti presume che sia stata effettuata la stratificazione delle persone con diabete in classi crescenti di intensità di cura (*“trriage”*).

Le **classi di intensità di cura** identificate sono 7, per ognuna delle quali si possono indicare le caratteristiche cliniche, gli interventi prevedibili, la prevalenza, l'attore dell'assistenza **maggiormente coinvolto** (responsabile della presa in carico), le interazioni, gli indicatori e gli standard per il monitoraggio (Tabella 1)

**Classe 1** pazienti critici e/o fragili, con complicanza e/o una situazione clinica per cui vi è un serio e grave pericolo per la vita o l'autosufficienza (es: infarto acuto, coma, intervento di bypass, sepsi, amputazione; comunque ogni situazione che comporti un ricovero ospedaliero urgente .

**Classe 2** pazienti che presentano una complicanza acuta in atto e che necessitano di un intervento specialistico urgente, anche in regime di ricovero, ma che non sono in immediato pericolo di vita e/o di disabilità (es: piede in gangrena, dialisi, angioplastica, grave scompenso metabolico senza coma, recente e grave episodio di ipoglicemia con perdita di coscienza ma successivo recupero, paziente diabetico ricoverato in reparto non di terapia intensiva, ecc);



**Classe 3** pazienti che richiedono un intervento specialistico o multidisciplinare non urgente, ma comunque indifferibile :

- diabetico di nuova diagnosi per il quale è necessaria la definizione diagnostica e/o l'inquadramento terapeutico e/o un intervento di educazione terapeutica strutturata (vedi documento Allegato 1);
- diabete in gravidanza (diabete gestazionale e gravidanza in diabetica nota);
- paziente con complicanza acuta in atto (es: ulcera piede senza infezione, retinopatia proliferante (PDR), controllo metabolico molto instabile);
- pazienti diabetici da sottoporre allo screening annuale delle complicanze micro e macrovascolari.

**Classe 4** pazienti diabetici con compenso metabolico instabile; non a target per i vari fattori di rischio cardiovascolare; ad alto rischio di evoluzione rapida verso una qualsiasi complicanza; pazienti che hanno avuto un evento cardiovascolare recente; piede diabetico senza ulcera.

**Classe 5** Pazienti diabetici stabili, in buon compenso metabolico ( $HbA1c < 7,0\%$ ) ed a target per i vari fattori di rischio cardiovascolare, senza complicanze evolutive in atto.

**Classe 6** Pazienti diabetici caratterizzati dalla coesistenza di cronicità multiple e riduzione dell'autosufficienza (in molti casi allettati in modo permanente o prevalente).

**Classe 7** comprende tutta la popolazione generale sulla quale sono necessari interventi generali o specifici sullo stile di vita per ridurre il rischio di comparsa di un DMT2. Comprende anche i soggetti a rischio per diabete, sui quali il MMG deve attuare interventi di screening opportunistico per la diagnosi precoce di diabete mellito tipo 2.

Le eventuali neodiagnosi rimandano alla Classe 3.

Obiettivo strategico delle Società Scientifiche è stimolare i professionisti sanitari ad una effettiva presa in carico delle persone con diabete in base alle rispettive competenze e al proprio ruolo, dopo una stratificazione per classi di intensità di cura, avendo come punto di riferimento il programma di assistenza concordato per il singolo paziente senza eccessi e carenze non giustificate.



### **3.9 RIMOZIONE DEGLI OSTACOLI AMMINISTRATIVI CHE RENDONO DISEGUALE L'ACCESSO ALLE CURE**

Non ci sono ragioni per cui a causa del federalismo sanitario le prestazioni e i livelli di assistenza erogati nei confronti delle persone con diabete siano diversi nelle varie regioni.

E', pertanto, necessario armonizzare, ove possibile, gli interventi di ciascuna regione e provincia autonoma alle prestazioni minime previste nell'Accordo Stato-Regioni sui livelli essenziali di assistenza, garantendo una omogenea assistenza ai cittadini diabetici su tutto il territorio nazionale.

E' necessario che, in una logica di rigorosa appropriatezza prescrittiva, sia assicurata una armonica distribuzione territoriale dei servizi di diabetologia atta a garantire la disponibilità di visite specialistiche (diabetologiche e legate alla cura delle complicanze) ed esami diagnostici (ad esempio FAG, ecocolordoppler, test da sforzo per cardiopatia ischemica), sufficiente a permettere un accesso rapido e la conclusione tempestiva delle procedure diagnostiche terapeutiche necessarie ai singoli pazienti.

La permanenza di alcuni farmaci nell'attuale regime prescrittivo con piano terapeutico, presenta alcune criticità: i MMG, infatti, sono vincolati a prescrivere farmaci che non conoscono e per i quali manca spesso un'adeguata informazione scientifica; d'altra parte, seppur gestiti inizialmente dallo specialista, tali farmaci devono essere utilizzati anche dal MMG nel rispetto del concetto della "continuità terapeutica", tipica delle patologie croniche.

E' pertanto urgente garantire ai Medici di Famiglia una formazione al corretto uso di quei farmaci soggetti a normativa AIFA, privilegiando l'integrazione culturale e operativa con gli specialisti.

Obiettivo strategico delle Società Scientifiche è, pertanto, sostenere sia a livello scientifico sia politico e nelle sedi opportune la rimozione degli ostacoli organizzativi ed amministrativi per una omogenea assistenza alle persone con diabete su tutto il territorio nazionale ed una formazione comune fra MMG e team specialistici diabetologici.



**SIMG**  
Società  
Italiana  
di Medicina  
Generale



## DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

1. *Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito*, [www.aemmedi.it](http://www.aemmedi.it), [www.siditalia.it](http://www.siditalia.it)
2. *Raccomandazioni nazionali sulla gestione integrata del paziente diabetico AMD-SID-SIMG* (L'Assistenza al Paziente Diabetico. Raccomandazioni Cliniche e Organizzative di AMD-SID-SIMG. Dall'Assistenza Integrata al Team Diabetologico e al Disease Management del Diabete. *Il Diabete* 2001;13:81-99)
3. *Documento di indirizzo sulla Gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto*. IGEA [www.epicentro.iss.it/igea/doc\\_indirizzo.asp](http://www.epicentro.iss.it/igea/doc_indirizzo.asp)
4. Liebl A, Spannheimer A, Reitberger U, Görtz A. *Costs of long-term complications in type 2 diabetes patients in Germany. Results of the CODE-2 Study*. *Med Klin (Munich)*. 2002 Dec 15;97(12):713-9.
5. Mata M, Antoñanzas F, Tafalla M, Sanz P. *The cost of type 2 diabetes in Spain: the CODE-2 study*. *Gac Sanit*. 2002 Nov-Dec;16(6):511-20.
6. Koopmanschap M; CODE-2 Advisory Board. *Coping with Type II diabetes: the patient's perspective*. *Diabetologia*. 2002 Jul; 45(7):S18-22.
7. Williams R, Van Gaal L, Lucioni C; CODE-2 Advisory Board. *Assessing the impact of complications on the costs of Type II diabetes*. *Diabetologia*. 2002 Jul;45(7):S13-7.
8. Jönsson B; CODE-2 Advisory Board. *Revealing the cost of Type II diabetes in Europe*. *Diabetologia*. 2002 Jul;45(7):S5-12.
9. Massi-Benedetti M; CODE-2 Advisory Board. *The cost of diabetes Type II in Europe: the CODE-2 Study*. *Diabetologia*. 2002 Jul;45(7):S1-4. Epub 2002 May 24.
10. Liebl A, Neiss A, Spannheimer A, Reitberger U, Wieseler B, Stammer H, Goertz A. *Complications, co-morbidity, and blood glucose control in type 2 diabetes mellitus patients in Germany--results from the CODE-2 study*. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2002 Jan;110(1):10-6
11. Giorda c, Petrelli A, Gnavi R and the Regional Board for Diabetes Care of Piemonte. *The impact of second-level specialized care on hospitalization in persons with diabetes: a multilevel population-based study*. *Diabetic Medicine* 2006; 23, 377-383.
12. Gnavi R, Picariello R, Karaghisoff L, Costa G, Giorda C. *Determinants of quality in diabetes care process: the population-based Torino Study*. *Diabetes Care* 2009; 32(11), 1986-92.
13. Zoppini G, Verlato G, Bonora E, Muggeo M. Attending the diabetes center is associated with reduced cardiovascular mortality in type 2 diabetic patients: the Verona Diabetes Study. *Diabetes Metab Res Rev*. 1999 May-Jun; 15(3):170-4.
14. Vaccaro O, Boemi M, Cavalot F, De Feo P, Miccoli R, Patti L, Rivellesse AA, Trovati M, Ardigo D, Zavaroni I; MIND-IT Study Group. The clinical reality of guidelines for primary prevention of cardiovascular disease in type 2 diabetes in Italy. *Atherosclerosis*. 2008 Jun; 198(2):396-402. Epub 2008 Feb 21.

## ALLEGATI

1. Documento sulla gestione integrata AMD-SID-SIMG-FIMMG-SNAMID-UMI-SIMEF
2. Documento sugli indicatori AMD
3. Documento sull'indicatrice area metabolica SIMG



<b>CLASSE</b>	<b>PREVALENZA</b>	<b>INTERVENTO</b>	<b>RESPONSABILITÀ E PRESA IN CARICO</b>	<b>INTERAZIONE PRIMARIA</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>FONTE DATI</b>	<b>VARIABILI DA REGISTRARE</b>
1	Dal 10 al 25% di tutti i ricoveri. La stima del 10% significa circa 1.000.000 di ricoveri/anno; in particolare sono diabetici il 25-50% dei ricoverati per sindrome coronarica acuta	Ricovero in unità di cure intensive	Reparto di degenza	Servizio di diabetologia con team multi professionale dedicato	1. tempi di degenza media 2. % di exitus 3. grado di disabilità residuo 4. destino dopo il ricovero (domicilio, RSA, riabilitazione)	SDO SDO SDO SDO	
2	Ulcere diabetiche prevalenza 0,6-0,8% di tutti diabetici (circa 20.000 persone); 25-50% di tutti i casi di SCA; ipoglicemia grave: 1 per diabetico tipo 1/anno; nel tipo 2 circa il 10% di quelle del tipo 1 (da 0,02 a 0,35 episodi/anno/paziente in terapia insulinica; 0,009 episodi/anno/paziente in terapia con sulfoniluree); diabetici ricoverati in ospedale per altre patologie ( 8-10% di tutti i ricoveri	Assistenza diabetologia complessa: Day service, Day hospital, ricovero.	Servizio di diabetologia con team multi professionale dedicato	Altri specialisti	1. tempi di degenza media 2. % exitus, 3. grado residuo di disabilità, 4. incidenza complicanze gravi	SDO SDO SDO SDO	



CLASSE	PREVALENZA	INTERVENTO	RESPONSABILE PRESA IN CARICO	INTERAZIONE PRIMARIA	INDICATORI	FONTE DATI	VARIABILI DA REGISTRARE
3	<p>Ulcere diabetiche 0,6-0,8% di tutti diabetici; PDR: 23% nei pazienti con diabete tipo 1 (35.000 circa in Italia), 14% nei diabetici tipo 2 insulinotrattati e 3% nei diabetici tipo 2 non insulinotrattati (250-300.000 complessivamente); edema maculare rispettivamente nell'11%, 15% e 4% nei gruppi su menzionati; neo-diagnosi: nel tipo 1 è circa 2.000 casi/anno, nel tipo 2 circa 230.000 casi/anno; diabete in gravidanza: circa il 6-7% delle gravidanze</p>	<p>Assistenza diabetologia complessa: Day service, Day hospital, ricovero.</p>	<p>Servizio di diabetologia con team multi professionale dedicato</p>	<p>Altri specialisti</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. incidenza complicanze gravi,</li> <li>2. %guarigioni,</li> <li>3. %recidive,</li> <li>4. %ospedalizzazioni</li> <li>5. grado residuo di disabilità,</li> <li>6. tempi di attesa,</li> <li>7. numero re work</li> </ol>	<p>SDO SDO SDO SDO SDO CUP ASL SDO</p>	



CLASSE	PREVALENZA	INTERVENTO	RESPONSABILE PRESA IN CARICO	INTERAZIONE PRIMARIA	INDICATORI	FONTE DATI	VARIABILI DA REGISTRARE
4	30-50% di tutti i diabetici (1.500.000 – 2.500.000)	Assistenza diabetologia complessa: Day service, Day hospital, educazione terapeutica strutturata	Servizio di diabetologia con team multi professionale dedicato	MMG Altri specialisti	1. incidenza complicanze, 2. numero di re work, 3. % rientro negli obiettivi terapeutici 4. %ospedalizzazioni	Cartella UD	
5	30-50% di tutti i diabetici (1.500.000 – 2.500.000)	monitoraggio <i>adherence e compliance</i> ai trattamenti farmacologici e non farmacologici, follow-up sistematici, farmacovigilanza	MMG con Gestione Integrata con il Servizio di diabetologia (Modello IGEA)	Altri specialisti	Vedi Allegati 2 e 3	Cartella MMG e diabetologica	



<b>CLASSE</b>	<b>PREVALENZA</b>	<b>INTERVENTO</b>	<b>RESPONSABILE PRESA IN CARICO</b>	<b>INTERAZIONE PRIMARIA</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>FONTE DATI</b>	<b>VARIABILI DA REGISTRARE</b>
6	1-2 casi per MMG	Assistenza domiciliare	MMG	Servizio di diabetologia con team multi professionale dedicato Altri Specialisti (A D I )	1. incidenza di ricoveri, 2. incidenza di ulcere da decubito	SDO e cartelle cliniche MMG e UD	
7	tutti i soggetti a rischio in carico al MMG non già diabetici	educazione sanitaria ai corretti stili di vita, screening opportunistico del diabete tipo 2	MMG	Servizio di diabetologia con team multi professionale dedicato	Incidenza del diabete di tipo 2	Registri regionali Cartella MMG	



## AZIONI CHE LE SOCIETÀ SCIENTIFICHE INTENDONO ATTUARE PER RAGGIUNGERE GLI OBIETTIVI E LE STRATEGIE DICHIARATE

- Diffusione ampia del documento con tutti i mezzi disponibili (conferenza stampa, riviste societarie, consegna *brevi manu* agli Amministratori locali, Congressi, ecc).
- Audizione in Commissione Sanità al Parlamento e Conferenza Stato regioni per presentare il documento di indirizzo.
- Presentazione del documento di indirizzo agli Assessorati alla Salute ed alle Direzioni Aziendali da parte di delegazioni locali di Diabetologi e MMG.
- Promuovere in ogni Regione e/o azienda sanitaria locale l'analisi del rapporto tra MMG e personale dei Servizi di diabetologia con adeguamento delle strutture e degli operatori in caso di carenze.
- Art. 5 della L.115/87, parametri risorse popolazione/incidenza diabete.
- Versione *short* degli Standard Italiani per la cura del Diabete Mellito.
- Inserimento di queste proposte operative e degli Standard Short nei piani formativi regionali IGEA laddove esistono, oppure iniziative autogestite dalle Società Scientifiche dirette a diabetologi e MMG.
- Progetto pilota sulle modalità per far confluire in un archivio condiviso i dati clinici sistematicamente raccolti dai diversi attori del processo di cura.
- Progetto pilota su utilizzo teleconsulto in diabetologia.
- Progetto pilota su efficacia\utilità del care\case manager in diabetologia.
- Studio pilota su attività dell'infermiere di studio in MG sulla prevenzione del piede diabetico.
- Workshop tra MMG e diabetologi per discutere delle strategie comuni.
- Studi di monitoraggio su nuovi farmaci per la cura del diabete in ambito di modelli di gestione integrata con prescrizione, vincolata da nota di appropriatezza, paritetica tra MMG.