

## Premesse

**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.**

## Premesse

**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.**

## Premesse

**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 morbidità, 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 rationale 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.**

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 **le persone con diabete**, 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

- Rendere autonoma la persona con diabete nella cura e nella gestione del percorso assistenziale.
- Percorsi Assistenziali condivisi.
- Rete assistenziale con forte integrazione professionale e una buona comunicazione con le Associazioni di Volontariato.
- 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.
- Organizzazione dell'ambulatorio del MMG orientata alle gestione delle malattie croniche.

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

- Sistemi di misura e di monitoraggio della qualità delle cure erogate volti al miglioramento professionale e organizzativo continuo.
- Sistemi efficaci di comunicazione e di integrazione multidisciplinare.
- Coinvolgimento del Distretto, e delle Direzioni Sanitarie ospedaliere e presa in carico della persona con diabete attraverso la valutazione dell'intensità di cura (*triage*).
- 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)

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.

**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))**

## 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.**

## 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.





## Certificato di Conformità

Rilasciato a

**AUSL 4 PRATO - U.O. DIABETOLOGIA**

SEDE LEGALE:  
Piazza Ospedale, 5 - 59100 PRATO (PO) - ITALIA  
SEDE OPERATIVA:  
Via Cavour, 87/89 - 59100 PRATO (PO) - ITALIA

Bureau Veritas Italia S.p.A. certifica che il Sistema Gestione di questa organizzazione è stato valutato e giudicato conforme ai requisiti della norma

**ISO 9001:2008**

in relazione al seguente scopo

Realizzazione di percorsi diagnostico-terapeutici ed interventi strutturati di prevenzione ed educazione terapeutica nelle persone con diabete.

Settore/i EA di attività: **38C**  
Data inizio validità: **07/05/2010**  
Scadenza: **06/05/2013**

Certificazione rilasciata in conformità al Regolamento Tecnico SINCERT RT-04

La validità del presente certificato è subordinata a sorveglianza periodica ed è consultabile sul sito [www.bureauveritas.it](http://www.bureauveritas.it)

Ulteriori chiarimenti riguardanti lo scopo di questo certificato e l'applicabilità del sistema di gestione possono essere acquisiti contattando l'organizzazione.

Certificato N°: **IT235553**

**SINCERT**  
ACCREDITAMENTO ORGANISMI DI CERTIFICAZIONE E ISPEZIONE

SGQ N° 009A  
SGA N° 008D  
PRD N° 009B  
SCR N° 008F  
FSMS N° 003I

## 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.**

## 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*).

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

*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.

## 3.9 PRESA IN CARICO

La presa in carico di una persona con diabete 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”.

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** (“*triage*”).

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

**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);**

	<b>INTERVENTO</b>	<b>RESPONSABILE PRESA IN CARICO</b>	<b>INTERAZIONE PRIMARIA</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>FONTI DATI</b>
<b>1</b>	<b>Ricovero in unità di Cure intensive</b>	<b>Reparto di degenza</b>	<b>Servizio di Diabetologia con team multi professionale dedicato</b>	<b>1.tempi di degenza media 2.% di exitus 3.grado di disabilità residuo 4.destino dopo il ricovero (domicilio, RSA, riabilitazione)</b>	<b>SDO SDO SDO SDO</b>
<b>2</b>	<b>Assistenza Diabetologica complessa: Day service, Day hospital, Ricovero.</b>	<b>Servizio di Diabetologia con team multi professionale dedicato</b>	<b>Altri specialisti</b>	<b>1.tempi di degenza media 2.% exitus, 3.grado residuo di disabilità, 4.incidenza complicanze gravi</b>	<b>SDO SDO SDO SDO</b>

**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 ;
- **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.**



ASSOCIAZIONE  
MEDICI  
DIABETOLOGI

1974  
ANNO DI FONDAZIONE

51

	<b>INTERVENTO</b>	<b>RESPONSABILE PRESA IN CARICO</b>	<b>INTERAZIONE PRIMARIA</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>FONTE DATI</b>
<b>3</b>	<b>Assistenza diabetologica complessa: Day service, Day hospital, Ricovero.</b>	<b>Servizio di Diabetologia con team multi professionale dedicato</b>	<b>Altri specialisti</b>	<b>1.incidenza complicanze gravi, 2.%guarigioni, 3.%recidive, 4.%ospedalizzazioni 5.grado residuo di disabilità, 6.tempi di attesa, 7.numero re work</b>	<b>SDO SDO SDO SDO SDO CUP ASL SDO</b>



The logo for the Associazione Medici Diabetologi (AMD) features the letters 'AMD' in a large, bold, blue, sans-serif font.

ASSOCIAZIONE  
MEDICI  
DIABETOLOGI

1974

ANNO DI FONDAZIONE

**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 ( $HbA_{1c} < 7,0\%$ ) ed a target per i vari fattori di rischio cardiovascolare, senza complicanze evolutive in atto.**



INTERVENTO	RESPONSABILE PRESA IN CARICO	INTERAZIONE PRIMARIA	INDICATORI	FONTE DATI
<p><b>4</b></p> <p><b>Assistenza diabetologica complessa: Day service, Day hospital, Educazione terapeutica strutturata</b></p>	<p><b>Servizio di Diabetologia con team multi professionale dedicato</b></p>	<p><b>MMG Altri specialisti</b></p>	<p><b>1.incidenza complicanze, 2.numero di rework, 3.% rientro negli obiettivi terapeutici 4.%ospedalizzazioni</b></p>	<p><b>Cartella Diabetologia</b></p>
<p><b>5</b></p> <p><b>Monitoraggio adherence e compliance ai trattamenti; follow-up sistematici; Farmacovigilanza</b></p>	<p><b>MMG con Gestione Integrata con il Servizio di diabetologia (Modello IGEA)</b></p>	<p><b>Altri specialisti</b></p>	<p><b>Vedi Allegati</b></p>	<p><b>Cartella MMG e Diabetologia</b></p>

**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.**

	<b>INTERVENTO</b>	<b>RESPONSABILE PRESA IN CARICO</b>	<b>INTERAZIONE PRIMARIA</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>FONTE DATI</b>
<b>6</b>	<b>Assistenza domiciliare</b>	<b>MMG</b>	<b>Servizio di Diabetologia con team multi- professionale Dedicato. Altri Specialisti (A D I )</b>	<b>1.incidenza di ricoveri, 2.incidenza di ulcere da decubito</b>	<b>SDO e cartelle cliniche MMG e Diabetolo- gia</b>
<b>7</b>	<b>Educazione sanitaria ai corretti stili di vita, screening opportunistico del diabete tipo 2</b>	<b>MMG</b>	<b>Servizio di Diabetologia con team multi- professionale dedicato</b>	<b>Incidenza del diabete di tipo 2</b>	<b>Registri regionali Cartella MMG</b>

## Considerazioni conclusive

- **E' un documento politico veramente condiviso, frutto di un confronto serio, meditato, consapevole, partecipato;**
- **Viene sancita la centralità del paziente, con i suoi bisogni e il diritto ad una assistenza complessa ed uniforme su tutto il territorio nazionale (Legge 115/87; Manifesto dei diritti delle persone con diabete);**
- **Vengono enfatizzati maggiormente gli obiettivi professionali piuttosto che quelli meramente burocratico-organizzativi;**
- **Si valorizzano le competenze e non i compiti;**

## Considerazioni conclusive

- **Viene sancita l'indispensabilità della condivisione dei dati, della analisi e della misura dei risultati, del confronto, del miglioramento "programmato e progettato";**
- **Educazione terapeutica, PDTA, empowerment, formazione, audit clinico, benchmarking, team multiprofessionale, assistenza diabetologica complessa, rete assistenziale, appropriatezza,..... sono termini "familiari" in AMD;**
- **A noi tutti spetta l'impegno a far sì che le persone con diabete siano meglio assistite.**

**L'intelligenza è il più alto grado di  
adattamento mentale  
dell'individuo all'ambiente.**

**J. Piaget**