

Accordi sulla gestione integrata del diabete

Giuseppe Belleri
Medico di medicina generale
Flero (BS)

Quasi contestualmente all'avvio delle trattative per il rinnovo della convenzione sono arrivati in porto due importanti accordi, uno a livello regionale e l'altro nazionale, sull'assistenza ai pazienti affetti da diabete mellito. Il primo riguarda la normativa di riferimento per i Mmg piemontesi, il secondo è il frutto di un'intesa tra società di diabetologia e associazioni della medicina generale

La regione Piemonte ha varato il primo accordo regionale per la gestione integrata del diabete in MG che fa seguito al varo (formalizzato nel D.D. n. 176 del 4.4.2008) del percorso di gestione integrata dei pazienti diabetici in sinergia con gli specialisti, attraverso la formulazione di piani di gestione (GI) tra Centri di Diabetologia e la medicina generale. L'accordo, sottoscritto dai sindacati piemontesi, rientra in un vasta strategia di gestione della malattia cronica per eccellenza che vede la Regione in un ruolo di coordinamento e di armonica suddivisione dei compiti tra I e II livello, superando quindi quella sotterranea scaramuccia sulla titolarità dell'assistenza e sulla presa in carico di questi pazienti, fonte di irrazionali sovrapposizioni e diseconomie.

I cardini dell'intesa piemontese

Sono inseribili nel percorso della GI, a partire da settembre 2008, tutti i diabetici eccetto quelli di affetti dal tipo 1, diabete gestazionale, diabete in gravidanza, diabete in età giovanile (sotto i 18 anni) e i pazienti con diabete secondario.

Il Mmg invia mensilmente l'elenco nominale dei pazienti inseriti nel Registro Regionale Diabetici che hanno espresso il consenso informato per la GI e dei pazienti che, per varie cause, non sono più inseriti. Per ogni paziente arruolato verrà corrisposta una quota forfettaria annua aggiuntiva suddivisa in dodicesimi ed è prevista la compilazione di scheda che attesta la partecipazione del Mmg alla gestio-

ne integrata del paziente diabetico, quale strumento di comunicazione e collegamento con i centri specialistici. Entro il 30 settembre di ogni anno, il Mmg invierà al proprio distretto:

- una dichiarazione attestante il punteggio LAP (Livelli Appropriati di Performance) raggiunto;

- i dati clinici, possibilmente in formato elettronico, di ciascuno dei suoi pazienti previsti dal protocollo di monitoraggio e verifica del percorso: numero di pazienti diabetici seguiti al 30 luglio di quell'anno, e quindi la percentuale sul totale degli assistiti; i valori di emoglobina glicata, colesterolo LDL, pressione arteriosa, BMI, circonferenza addominale, microalbuminuria, creatininemia. L'accordo piemontese sulla gestione integrata del diabete si ispira a tre principi cardine: *pay for performances*, *accountability*, qualità (il primo enunciato esplicitamente nell'intesa e gli altri invece impliciti) che se fossero recepiti anche a livello nazionale aprirebbero una nuova fase nelle relazioni sindacali e nello sviluppo professionale.

Pay for performances. Introdotto nel contratto dei GP britannici all'inizio del millennio è forse la prima volta che in Italia la remunerazione del

Mmg è commisurata ai risultati clinici raggiunti sul campo. Infatti il Mmg riceverà in un'unica soluzione la cifra di incentivazione corrispondente al punteggio LAP, individuale e di équipe raggiunta, moltiplicata per i pazienti diabetici in carico al 30 settembre di quell'anno (tabella 1).

Accountability. Altro principio della legislazione anglosassone che ha avuto poca risonanza nel nostro Paese. Il termine, mutuato dalla contabilità aziendale, è traducibile con "rendicontazione sociale" e si riferisce al fatto che l'uso di risorse pubbliche deve essere sottoposto a verifica e controllo che documentino i risultati raggiunti in relazione agli obiettivi stabiliti e ai compiti affidati dal committente pubblico.

Qualità. Infine il sistema di monitoraggio dell'accordo fa riferimento alla sfera della qualità e in particolare alla valutazione *in itinere* delle *performances* conseguite dai professionisti, in termini di indicatori di processo ed esito. Infatti l'accordo ha natura sperimentale per tre anni alla fine dei quali, valutata l'efficacia del progetto, lo stesso potrà essere considerato a regime.

Tabella 1

La remunerazione

| Punteggio LAP | Individuali | Équipe |
|----------------|-------------------------|-------------------------|
| da 300 a 599 | 13,55 euro per paziente | 18,78 euro per paziente |
| da 600 a 799 | 23,55 euro per paziente | 28,78 euro per paziente |
| da 800 a 1.000 | 33,55 euro per paziente | 38,78 euro per paziente |

Le società scientifiche

Il secondo accordo è stato sottoscritto dalle due associazioni nazionali dei diabetologi (Amd e Sid) e dalla rappresentanza sindacale e professionale della MG per assicurare una maggiore omogeneità a livello territoriale dei cosiddetti team multidisciplinari, ai quali è demandato l'impegnativo compito di diagnosticare e gestire la multiforme e crescente patologia diabetica. L'accordo nazionale formalizza e raccoglie i frutti di diverse esperienze pilota locali, per esempio quelle avviate da un decennio a Brescia e Modena, nate dall'esigenza di superare la separazione tra I e II livello che aveva contraddistinto i rapporti tra diabetologi e generalisti nel secolo scorso. Esso disegna un modello di riferimento omogeneo per le diverse realtà locali, proponendo una suddivisione dei compiti tra I e II livello, un percorso assistenziale di massima, un sistema informativo e un insieme di indicatori che dovranno poi trovare concreta applicazione in progetti regionali analoghi a quello piemontese. L'accordo inaugura una fase nuova, dopo anni di vuota retorica sul ruolo centrale del Mmg, nei rapporti tra cure primarie e specialistiche, nel segno della pari dignità e dell'autentica integrazione.

L'intesa parte dalla precisa definizione e suddivisione dei compiti professionali tra specialista diabetologo (SD) e Mmg, per un razionale processo di integrazione dell'assistenza. Al Mmg, per esempio, sono demandati:

- l'identificazione della popolazione a rischio, diagnosi precoce di malattia diabetica e del diabete gestazionale;
- la presa in carico, in collaborazione con gli SD, dei pazienti e condivisione del Piano di cura personalizzato;
- la valutazione periodica secondo il piano di cura adottato, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze;
- l'effettuazione di interventi di educazione sanitaria e counselling

rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia;

- il monitoraggio dei comportamenti alimentari secondo il Piano di Cura personalizzato;

- l'organizzazione dello studio (accessi, attrezzature, personale) per una gestione ottimale dei processi;

- raccolta dei dati clinici in maniera omogenea mediante cartelle cliniche preferibilmente in formato elettronico.

L'accordo propone una flowchart che formalizza le tappe del percorso assistenziale integrato, identificando ad esempio la tipologia e la periodicità degli accertamenti clinici di pertinenza della MG in base al piano di cura personalizzato definito al momento dell'inquadramento clinico.

► **Ogni 3 mesi:** glicemia a digiuno, HbA1c, esame completo delle urine, pressione arteriosa, peso corporeo, circonferenza vita, verifica autocontrollo glicemico (se effettuato).

► **Ogni 6 mesi:** visita medica generale con: ispezione dei piedi, esame obiettivo cardiovascolare e neurologico.

► **Ogni anno:** creatinemia, 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)

Altro cardine dell'intesa è l'individuazione delle modalità di interazione tra SD e Mmg, tramite l'utilizzo di sistemi informativi idonei per assicurare la migliore comunicazione con i pazienti, tra gli operatori sanitari e la verifica della qualità del processo di integrazione (monitoraggio e controllo dei processi e degli esiti).

Infine viene proposto un set di indicatori di processo e di esito da adottare sul territorio nazionale in modo da rendere omogenei e confrontabili la registrazioni e l'elaborazione dei dati per il monitoraggio della patologia e la verifica dei risultati.

La proposta del set di indicatori è rivolta ai decisori pubblici, in particolare delle Regioni che attualmente

non ne dispongono di uno proprio, al fine di:

- superare la diversità tra le Regioni per consentire la comparazione dei dati;

- permettere la valutazione dei risultati su base nazionale;

- integrare gli indicatori già in uso per una maggiore efficacia ed efficienza del monitoraggio.

Infine l'accordo individua nel distretto sanitario di base la sede della "cabina di concertazione" tra diabetologi e Mmg al fine di favorire il confronto per:

- monitorare l'andamento sulla casistica di una zona;

- individuare gli interventi strutturali sul sistema;

- facilitare la diffusione dei protocolli diagnostici terapeutici e i processi di audit clinico.

C'è da augurarsi che lo spirito e i contenuti professionali di queste iniziative possano trovare spazio nell'agenda delle trattative per l'ACN, fino a ora deludenti e povere di contenuti innovativi. Da più parti inoltre si paventa il rischio che accordi locali svolgano una funzione di supplenza rispetto alle carenze e all'annosa vacanza contrattuale nazionale, anticamera per la differenziazione di venti diversi servizi sanitari regionali. Quale migliore risposta a tale rischio che l'estensione a tutto il territorio nazionale dei principi contenuti nell'accordo piemontese e delle proposte pratiche scaturite dalla cooperazione tra diabetologi e medici di medicina generale?

Indicatori di attività con frequenza raccomandata

- 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