

FOCUS ON

DIABETOLOGIA e METABOLISMO

Progetto promosso da **AMD**: la gestione collaborativa
tra il medico di Medicina Generale e il diabetologo

Medicina di
Famiglia &
Specialistica



FOCUS ON DIABETOLOGIA E METABOLISMO

Il nuovo progetto editoriale per la gestione integrata del diabete

FOCUS ON

DIABETOLOGIA e METABOLISMO

UN PROGETTO PROMOSSO DA:



La collaborazione tra **AMD** e **Pacini Editore Medicina** si articolerà in un servizio di newsletter dedicate alla gestione del paziente diabetico, con un piano editoriale calibrato sulle esigenze formative e di approfondimento utili alla gestione della patologia.

Un sito web dedicato raccoglierà gli articoli pubblicati e le newsletter verranno inviate ai **soci AMD** e ad oltre 42.000 MMG.

Il progetto supporterà i MMG nelle loro nuove esigenze formative, al fine di favorire una più efficace collaborazione con i diabetologi e di garantire ai pazienti una migliore gestione della patologia.

In questa prima uscita il Presidente AMD dott. Graziano di Cianni presenta il progetto e il Coordinatore Scientifico dott. Carlo Bruno Giorda fa il bilancio dei primi venti anni di gestione integrata del diabete.

GUARDA IL VIDEO del Presidente AMD dott. Graziano Di Cianni



GUARDA IL VIDEO del Coordinatore Scientifico dott. Carlo Bruno Giorda



Un nuovo focus editoriale sulla collaborazione tra medico di famiglia e diabetologo nella gestione del diabete

Un bilancio a vent'anni dai primi tentativi di modello collaborativo

Carlo Bruno Giorda

Coordinatore scientifico Focus on Diabete e Metabolismo; coordinatore della Rete endocrino-diabetologica della Regione Piemonte

La prevalenza delle patologie croniche è significativamente aumentata negli ultimi decenni, ponendo delle sfide importanti ad un Sistema Sanitario Nazionale istituito per affrontare soprattutto le patologie

acute. In questo periodo si è fatta strada una visione, all'inizio considerata temeraria ma oggi sempre più affermata, che vede come indispensabile nel diabete di tipo 2 (DM2) la collaborazione tra il medico di medicina generale (MMG) e lo specialista diabetologo. Il consolidamento di un percorso collaborativo tra i due professionisti, come si poteva prevedere, è stato lungo e travagliato, ed è tuttora in divenire, ma nel tempo ha prodotto risultati importanti, quali la creazione di PDTA aziendali e regionali, che vedono nella cogestione una modalità ormai irrinunciabile del percorso di cura. D'altronde, se ci riflettiamo, il notevole ampliamento dell'armamentario terapeutico impone al MMG un aggiornamento sulle nuove acquisizioni di fisiopatologia e farmacologia, fondamentale per poter assicurare ai propri pazienti un attento follow-up, in sintonia e sinergia con l'orientamento prescrittivo dello specialista. Il MMG non può fare a meno di interfacciarsi con lo specialista e, allo stesso modo, la capillarità sul territorio dell'assistenza al diabete può essere attuata soltanto dal MMG.

Si sono così strutturate esperienze e realtà di gestione integrata che hanno portato all'introduzione di nuovi modelli di governance. Da "cenerentola" delle malattie croniche, considerato un problema sanitario banale, quale tipicamente si riteneva alla fine degli anni '90, il diabete, grazie al sistema GI, ha cambiato status. Progressivamente, e per certi versi inconsciamente, si è diffusa la consapevolezza di dover far fronte a un problema rilevante, non solo per la sua prevalenza, ma anche per il peso economico e assistenziale correlato.

Gli stessi MMG hanno maturato esperienza e sensibilità nei riguardi di potenziali indizi di sospetto diagnostico, gestione di eventi acuti e monitoraggio glico-metabolico, affinando la propria sensibilità nell'ambito della prevenzione delle complicanze, delle implicazioni della malattia sulla sfera sociale, psicologica e professionale nonché della pianificazione ragionata del follow-up.

Ad oggi l'attenzione dei Direttori Generali e Sanitari rispetto al diabete è sufficientemente radicata e questo è certamente frutto dell'opera informativa e formativa che i progetti di collaborazione hanno messo in moto, al punto che ora il modello viene proposto per esportazione in altre cronicità.

La temuta riduzione del personale dei servizi di diabetologia, come conseguenza dell'invio di parte dei pazienti di tipo 2 ai medici di medicina generale, data per certa da molti specialisti, non pare essersi concretizzata. Per contro, in alcune regioni come il Piemonte, fino alla pandemia COVID-19 vi è stato un aumento del personale infermieristico, medico e dietistico dei servizi regionali. L'ipotesi che si può fare, basata anche su esperienze di minori dimensioni attuate in altre regioni, è che la cogestione capillare sul territorio induca finalmente l'emersione del reale peso assistenziale del diabete.

Le critiche che frequentemente vengono mosse all'esperienza di GI sono di eccessivo investimento economico: pubblicazioni internazionali, molte provenienti da esperienze italiane, sono a favore del modello integrato, sia in termini di costi diretti e indiretti, sia in termini di riduzione dell'ospedalizzazione.

Nello specifico del diabete, i Piani Nazionali Diabete e Cronicità prevedono, in un'ottica di integrazione, la stretta collaborazione tra MG e servizio specialistico, a seguito del dibattito sviluppatosi negli ultimi anni su quali possano essere le migliori azioni per contrastare l'impatto della crescente incidenza della malattia diabetica e delle sue complicanze.

Una visione corretta della gestione del paziente diabetico prevede la presenza tanto del MMG quanto del Servizio specialistico, entrambi coinvolti fianco a fianco per l'iniziale inquadramento dei pazienti, per la definizione del piano di cura individualizzato e per la programmazione del monitoraggio, a seconda della complessità dei vari casi. Assolutamente da evitare è la suddivisione della presa in carico, ovvero i pazienti più complicati al diabetologo e quelli all'esordio o meno complicati al MMG. Al fine di garantire l'efficacia, la sicurezza, l'appropriatezza, l'accessibilità e la sostenibilità gestionale ed economica del sistema, è indispensabile adottare dei modelli gestionali ed organizzativi adeguati, come descritto dalla letteratura internazionale con il nome di "disease management" e "chronic care model". Le esperienze disponibili in letteratura hanno ampiamente dimostrato che il modello rappresenta lo strumento efficace ed efficiente per gestire la patologia diabetica e, più in generale, tutte le patologie croniche. Nella Tabella I riportiamo una sintesi dei vantaggi e delle criticità propri

dei modelli di integrazione, visti dalle diverse prospettive della medicina generale e della diabetologia. Possiamo ipotizzare quali saranno i futuri sviluppi di questi modelli. Certamente saranno coinvolti e avranno un ruolo altri specialisti – soprattutto cardiologi, nefrologi e neurologi – anche per la condivisione delle nuove terapie. Sempre di più si ricorrerà a forme di telemedicina: in questo settore il teleconsulto, anche con chat differita, potrebbe diventare uno strumento agevole per lo scambio di informazioni tra gli specialisti, senza necessità di far muovere il paziente.

Conclusioni

La sfida della cronicità presuppone la necessità di stratificare la popolazione ed attivare dei percorsi personalizzati e differenziati in rapporto al grado di complessità della malattia del singolo individuo e ai suoi specifici fabbisogni; in tale prospettiva, la GI deve essere colta dai Clinici come un’opportunità per disporre di regole e di strumenti che accompagnino l’evoluzione del Servizio di Assistenza da un modello per aree verticali (silos) di erogazione di prestazioni assistenziali a percorsi integrati e trasversali (integrated care pathways), incentrati sulla presa in carico globale della persona. Comunque sia, sarà sempre necessario uno spirito di collaborazione aperto tra MMG e specialisti, quale quello che ha permesso le iniziative di collaborazione virtuose nel nostro Paese.

GESTIONE INTEGRATA	VANTAGGI	CRITICITÀ
MEDICO DI FAMIGLIA	Opportunità di organizzarsi in modo proattivo nei confronti delle patologie croniche	Necessità di cambiare il proprio modo di lavorare ed il proprio modello organizzativo
	Riacquisire ruolo nella gestione dei pazienti diabetici con il supporto specialistico adeguato	Necessità di dare una maggiore disponibilità oraria di lavoro
	Incentivi legati al Pay for Performance	Necessità di attrezzature informatiche e personale di supporto (segretaria ed infermiera di studio)
DIABETOLOGO	Possibilità di riorganizzare l’attività su temi più specialistici complessi (tipo 1, gravidanza, tecnologie, poli-patologie)	Aumento sostanziale delle richieste di collaborazione da parte di MMG e altri specialisti (il lavoro aumenta non diminuisce)
	Aumento di visibilità presso gli stakeholders ed emersione dell’importanza della attività diabetologica sul territorio	Necessità di promuovere contatti, collaborazione e formazione comune con i MMG

Tabella I. Vantaggi e criticità dei modelli di integrazione tra MG e diabetologia (da Pizzini A et al., 2020, mod.⁹)

Bibliografia

1. Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica. Ministero della Salute. Commissione Nazionale Diabete. Gazzetta Ufficiale, 7 febbraio 2013.
2. Piano Nazionale Diabete. Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano. Gazzetta Ufficiale, 11 febbraio 2013.
3. Progetto IGEA. Gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto. Documento di indirizzo. Il Pensiero Scientifico Editore; 2012.
4. Giorda C. The role of the care model in modifying prognosis in diabetes. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2013;23:11-16. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2012.07.001>
5. Giorda C. L'Evoluzione dell'Assistenza al Diabete dagli storici modelli di integrazione tra specialista e medico di medicina generale alle reti interaziendali. *MEDIA* 2015;15:191-193.
6. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380:37-43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
7. Pizzini A. Prescription of drugs in multimorbidity: when is it too much? *J AMD* 2018;21:14-20.
8. Misiano G. Gestione integrata diabete in Medicina Generale: impatto su mortalità e morbilità. *JICGP* 2017;6:39-42.
9. Pizzini A, Gentile L, Giorda C. Assistenza integrata alla persona con diabete di tipo 2: pro e contro nell'analisi dell'esperienza piemontese. *Il Diabete Online* 2020;32:274-282. <https://doi.org/10.30682/ildia2004c>

Publicato nel mese di giugno 2023

© Copyright by Pacini Editore Srl

L'articolo è OPEN ACCESS e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>