

La specialistica territoriale: il valore dell'integrazione

Mauro Ragonese¹
Nicoletta Musacchio²

¹ ACISMOM

² Responsabile UOS Cure Croniche e Diabetologia Territoriale, Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento, Milano

Premessa

Il *Chronic Care Model* (CCM) ¹, attualmente rappresenta il modello assistenziale attraverso il quale si può realizzare, nella cronicità e nel diabete in particolare, una "cura personalizzata ed efficace" attraverso programmi di trattamento integrati e centrati sulla partecipazione attiva della persona.

La moderna sostenibilità di questo modello è fondata su:

- a) appropriatezza terapeutica;
- b) team specialistico;
- c) rete integrata di assistenza;
- d) attivazione della persona attraverso percorsi di educazione terapeutica strutturata;
- e) autonomizzazione della persona attraverso specifici processi di empowerment.

Il Piano sulla malattia diabetica ² declina di fatto, con particolare dettaglio, l'essenza del CCM nel primo dei dieci obiettivi generali (Tab. I).

Dati italiani dimostrano che:

- 1) la sinergia tra l'assistenza specialistica delle strutture di diabetologia e la medicina generale riduce sino al 65% i ricoveri ospedalieri del paziente diabetico e sino al 25% la degenza ospedaliera ³ e triplica la probabilità che il paziente sia seguito secondo le linee guida ⁴;

Tabella I. Piano sulla malattia diabetica.

OBIETTIVO 1
Migliorare le capacità del SSN nell'erogare e monitorare i servizi, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e che utilizzino metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza della prestazioni erogate
ALCUNI OBIETTIVI SPECIFICI
<ul style="list-style-type: none"> • Realizzare un censimento dell'offerta specialistica verificata dal punto di vista strutturale, organizzativo e delle risorse • Creare un coordinamento laddove, nella stessa area geografica, coesistono più strutture specialistiche • Creare una rete tra le strutture specialistiche valorizzando le diverse e specifiche competenze • Adottare e mettere in pratica raccomandazioni nazionali con il contributo delle società scientifiche per la definizione di PDTA (percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali) condivisi con le Associazioni di persone con diabete, nel rispetto di un uso appropriato delle risorse • Utilizzare indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza • Garantire un'adeguata formazione con percorsi di accreditamento del personale medico e non destinato alla gestione della persona con diabete

CORRISPONDENZA

CLAUDIA ARNALDI, Referente ASL Viterbo
 c.arnaldi@inwind.it

CLAUDIO GRANDE, Referente ASL Viterbo
 cld.grande@gmail.com

MAURO RAGONESE, Referente ACISMOM
 m.ragonese@acismom.it

LINA DELLE MONACHE, Presidente
 Coordinamento Lazio Associazioni Persone con Diabete
 linadellemonache@hotmail.com

2) i diabetici in carico alle strutture di diabetologia, e con buona aderenza alle linee guida, presentano una riduzione sino a due volte della mortalità totale, cardiovascolare e per cancro rispetto ai pazienti non in carico alle strutture e nei cui confronti non siano state applicate le linee guida ⁵.

Il Progetto della ASL VITERBO “Diabetologia integrata 2.0”

La provincia di Viterbo (Lazio) ha una popolazione residente di 312.195 persone (fonte ISTAT 2012) con una popolazione di persone con diabete pari a 16.846 unità (WebCare Lazio 2015), con prevalenza del 5,4%.

A dicembre 2013 una delibera aziendale istituisce la Rete Diabetologica Aziendale (RDA) che individua e coinvolge nella rete tutti gli erogatori di assistenza in diabetologia del territorio, indipendentemente dalla natura giuridica e dai rapporti con il Sistema Sanitario (Tab. II).

Viene così a realizzarsi (gennaio 2015) un unico database diabetologico della ASL di VT: complessivamente, in attesa del completamento della informatizzazione di alcune strutture (loading), il 68,9% (11.684/16.846) della popolazione provinciale con diabete è nel database aziendale.

Chiusa la fase della costruzione della RDA, sono stati coinvolti 40 medici di medicina generale (fase pilota), individualmente o nelle diverse articolazioni funzionali delle cure primarie, nella gestione integrata della persona con diabete, attraverso la fornitura aziendale dell'utilizzo del software di interfacciamento Quick Diabete. Ciascun medico di medicina generale ha individuato degli spazi ambulatoriali settimanali, congrui al numero di persone con diabete in carico; a tali spazi accede, regolarmente, in una logica di esportazione territoriale capillare del team working diabetologico, personale infermieristico dedicato in diabetologia di tutte le strutture specialistiche coinvolte nella rete.

Contestualmente allo sviluppo tecnico-informatico e logistico della rete diabetologica è stato avviato il processo di formazione clinico-gestionale e informatica al lavoro integrato e in rete, che ha coinvolto e coinvolge tutti gli operatori (8 riunioni progettazione, 3 eventi ECM, 8 riunioni formative svolte nel 2014-2015).

Riduzione dei ricoveri e della loro durata nella popolazione con diabete, riduzione della mobilità diabetologica extra aziendale, riduzione della duplicazione di prestazioni, precocità nella diagnosi di diabete, aumento delle percentuali di pazienti a target multifattoriale sono alcuni degli indicatori che misureranno i risultati della Rete Diabetologica Aziendale, intorno ai quali si svolgeranno (2015-2016) periodici incontri di condivisione e confronto tra tutti gli attori della rete.

Considerazioni

È in questo modello di integrazione specialistica che la diabetologia e il team diabetologico scelgono, anche ma non solo attraverso la condivisione del dato, di trovare la piena valorizzazione e l'universale riconoscimento della loro unicità e insostituibilità assistenziale.

Realmente la persona con diabete viene posta al centro di un sistema assistenziale che sceglie di rispondere ai suoi bisogni declinandoli, modernamente, sia sul piano della complessità biomedica che su quello della fragilità.

È l'utilizzo di tutte le risorse e competenze a disposizione che, nella scelta dell'integrazione specialistica, disegna la capacità di rispondere con competenza e appropriatezza sia sul piano squisitamente tecnico (anche negli aspetti più complessi) che sul piano educativo, relazionale, gestionale, organizzativo e comunicativo. Quanto più l'integrazione è forte, diffusa e capillare tanto più riesce a essere equa e sostenibile: consente a tutti di avere la risposta più appropriata e tempestiva ai propri bisogni in una logica di continuum assistenziale che disegna modernamente lo “spazio” ambulatoriale come non più solo e semplice luogo/contenitore fisico. Da questo ne deriva direttamente una maggiore efficacia nel processo di autonomizzazione consapevole e di empowerment della persona con diabete, con tutti i riflessi positivi sul piano della aderenza alla cura e sugli esiti della malattia.

Nella scelta di integrazione anche il processo di empowerment del team è fortemente favorito, specie nella visione moderna del team inteso come unità diabetologica multiprofessionale e multidisciplinare non necessariamente legata alla condivisione dello stesso luogo fisico di lavoro.

Tabella II. Rete Diabetologica Aziendale ASL Viterbo.

ASL VITERBO	CARTELLE CLINICHE INFORMATIZZATE
ASL VT Ambulatorio Acquapendente	1.026
ASL VT Ambulatorio Civitacastellana	80 (loading)
ASL VT Ambulatorio Tarquinia	1.615
ASL VT Ambulatorio Viterbo “Cittadella della Salute”	4.166
ACISMOM Ambulatorio Viterbo	4.628
ASL VT Ospedale Civitacastellana	26 (loading)
ASL VT Ospedale Tarquinia	23 (loading)
ASL VT Ospedale Belcolle	40 (loading)
Totale	11.604

È questa la logica della razionalizzazione delle risorse attraverso l'appropriatezza delle risposte.

La facilità di raccogliere, misurare e confrontare, estraendoli da un unico completo contenitore, gli indicatori della attività diabetologica favorisce la consuetudine al "ciclo della qualità" e al tempo stesso di valorizzare e "dare valore" alla azione diabetologica, proiettandola nel futuro di sistemi sanitari in profondo e continuo cambiamento.

In tale modello di diabetologia integrata si inserisce con efficacia anche l'associazionismo dei pazienti che, con preziose risorse, contribuisce a una piena risposta alla multidimensionalità dei bisogni della persona.

Modernamente è impossibile pensare a un modello assistenziale che ponga al centro la persona con diabete senza che al tempo stesso si realizzi un modello che affermi la centralità della diabetologia.

Bibliografia

- ¹ Thomas Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. *Improving primary care for patients with chronic illness the chronic care model - Part 2*. JAMA 2002;288:1909-14.
- ² *Piano sulla malattia diabetica*. Gazzetta Ufficiale 7 febbraio 2013.
- ³ Giorda C, Petrelli A, Gnani R, 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*. Diabet Med 2006;23:377-83.
- ⁴ Gnani R, Picariello R, Karaghiosoff L, et al. *Determinants of quality in diabetes care process: the population-based Torino Study*. Diabetes Care 2009;32:1986-92.
- ⁵ Giorda C, Marafetti L, Nada E, et al. *Impatto sulla mortalità e morbilità di modelli assistenziali con e senza l'integrazione di un Servizio di diabetologia*. Abstract del XVIII Congresso Nazionale AMD, Rossano Calabro 25-28 maggio 2011.