

L'Evoluzione dell'Assistenza al Diabete dagli storici modelli di integrazione tra specialista e medico di medicina generale alle reti interaziendali

Carlo Bruno Giorda

*Struttura complessa Malattie,
Metaboliche e Diabetologia, ASL Torino 5*

L'assistenza al diabete, intesa come binomio diabetologia e medicina generale, vive oggi una sfida determinata dal grande cambiamento che è in atto da alcuni anni. Rispetto a una quindicina di anni fa, è infatti mutata la percezione del problema diabete da parte delle istituzioni, del Servizio sanitario nazionale, dell'industria e dell'opinione pubblica: il continuo aumento della prevalenza e dell'incidenza sia della malattia sia delle complicanze è motivo di allerta a tutti i livelli. È mutato il ruolo del paziente il quale, giustamente, diviene sempre di più un attore primario nella gestione della malattia, richiedendo al team la migliore terapia del momento, ma anche la migliore qualità di vita possibile. Il mutamento dell'offerta terapeutica, da tre classi di farmaci per l'iperglicemia della fine anni '90 siamo ora a dieci classi, induce a ricercare una personalizzazione della terapia "paziente per paziente" e a intervenire con una precocità e un tempismo inusitati. Infine, la necessità di gestione tramite percorsi integrati delle malattie croniche fa sì che la diabetologia sia chiamata a interagire non solo con la medicina generale ma anche, e sempre di più, con molte altre specialità.

Qualcuno potrebbe far notare che l'integrazione tra medico di famiglia e diabetologia, la cosiddetta gestione integrata avviata e sperimentata dalla fine degli anni '90, fonte di discussioni a volte esasperate, ancora oggi è lungi dall'essere attuata in vaste aree del Paese. Per molti professionisti rimane una dichiarazione sulla carta, ma non un metodo di lavoro riconosciuto e messo in atto; solo in alcune Regioni la gestione integrata è regolamentata per legge o con atti amministrativi. Tuttavia, dove essa viene sperimentata, anche solo come forma di comunicazione privilegiata tra specialista e medico di famiglia, determina un sensibile miglioramento del quadro assistenziale con riduzione dei ricoveri, dei costi dell'assistenza e con un aumento della sopravvivenza dei pazienti. A questo proposito, scorrendo i vari lavori della letteratura internazionale, vi sono pochi dubbi; in Italia fanno scuola le pubblicazioni epidemiologiche della Regione Piemonte e della Regione Emilia Romagna (Figg. 1, 2).

Ma occorre riflettere e prendere atto che, nel 2015, una gestione integrata locale potrebbe apparire ormai come un modello limitato. La necessità di uniformare i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali va attualmente oltre i limiti territoriali di un solo Distretto, o anche di una sola Azienda sanitaria, e un coordinamento collaborativo su aree maggiori, interaziendali, di quadrante o di intera Regione, è ormai da ritenersi un'esigenza da valutare. Nell'assistenza al diabete emerge con chiarezza, così come nel caso di altri modelli assistenziali per malattie croniche, che l'unica risposta pos-

Indirizzo per la corrispondenza

CARLO BRUNO GIORDA
giorda.carlobruno@aslto5.piemonte.it

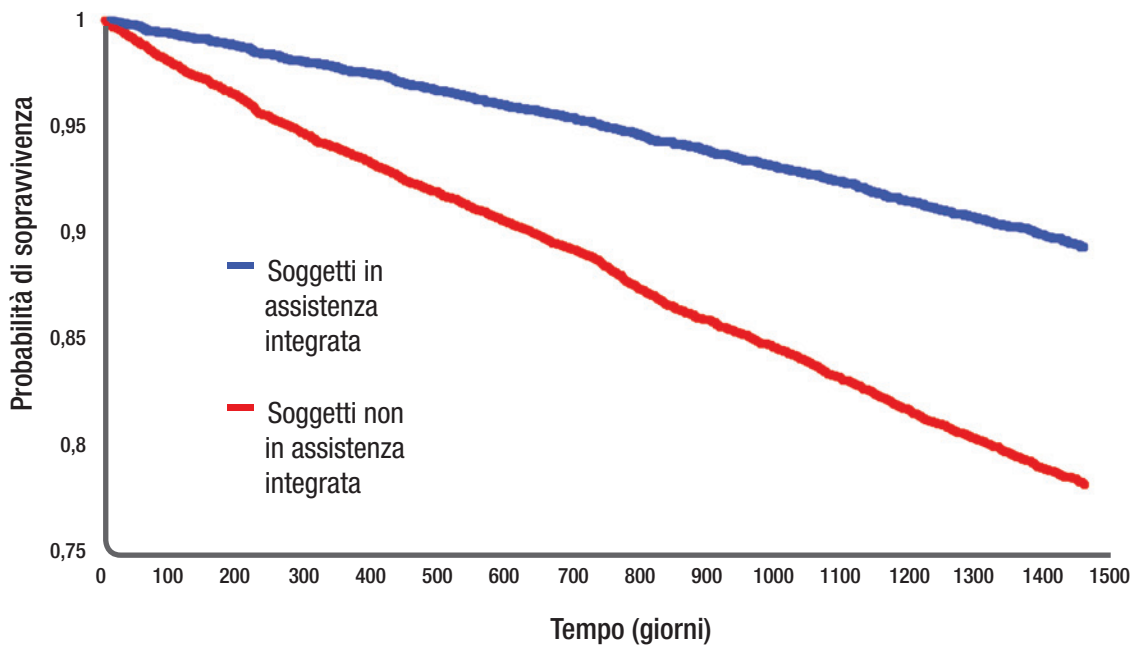


Figura 1. Curve di sopravvivenza di Kaplan Meier. Mortalità per tutte le cause (da Giorda, et al., 2012, mod.).

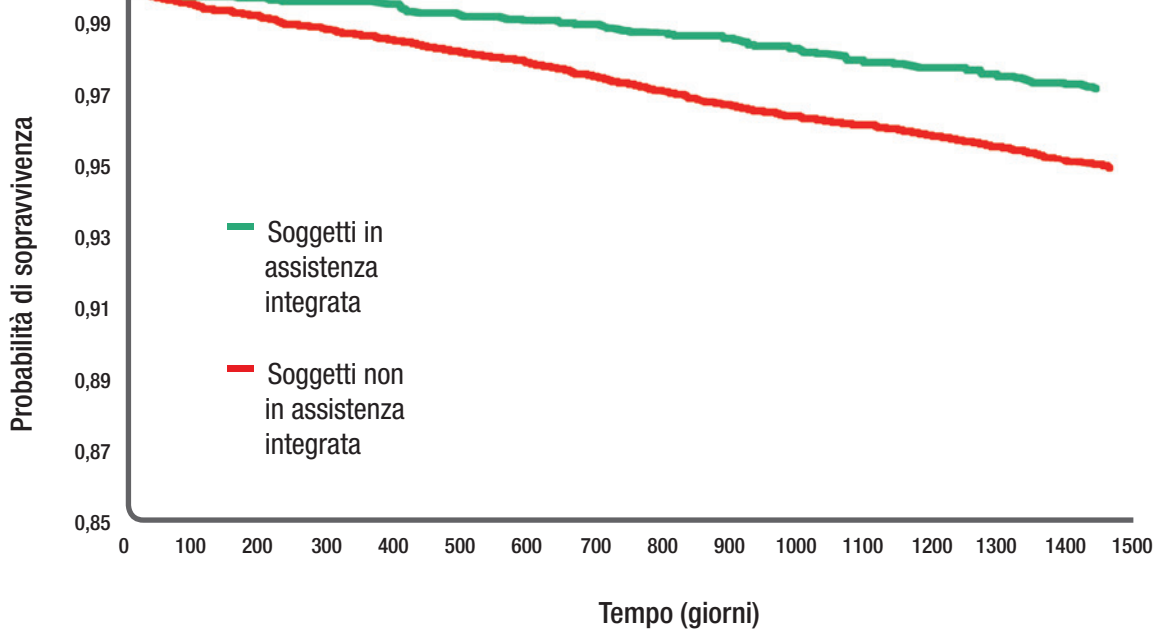


Figura 2. Curve di sopravvivenza di Kaplan Meier. Mortalità per tumore (da Giorda, et al., 2012, mod.).

sibile all'innegabile taglio di risorse in corso nel SSN, sia da ricercare nella suddivisione dei compiti, nel lavoro in equipe allargata con PDTA e audit e nella centralizzazione delle attività specialistiche di secondo e terzo livello o di ricovero. Il tutto in una cooperazione tra la medicina generale, i servizi di diabetologia e gli specialisti delle complicanze. Per fare un esempio concreto, potremmo affermare che non è necessario disporre di numerosi servizi di intervento sul piede, ma di numerosi servizi che eseguano lo screening del piede e centralizzino i casi che devono essere medicati o trattati su poche strutture condivise interaziendali. Sintetizzando, viviamo in un'epoca in cui è necessario iniziare a pensare a modelli di rete interaziendale che integrino su ampi territori le cure primarie, i servizi di diabetologia e gli specialisti delle complicanze.

La scommessa è se le attuali carenze nel trattamento del diabete possano essere migliorate attraverso una riorganizzazione dei servizi e una distribuzione delle risorse verso un modello assistenziale di tipo collaborativo, in modo tale da produrre migliori esiti per la salute e risparmi sui costi. Il motivo per cui si potrebbe pensare che oggi modelli di tale genere siano attuabili va ricercato anche nell'evoluzione straordinaria che ha avuto la comunicazione di gruppo: l'uso sapiente di sistemi di rapida interazione come i social network, ad esempio le chat di gruppo di whatsapp, permette uno scambio immediato delle informazioni, delle opinioni, e quant'altro, contribuendo sensibilmente a rendere efficiente una rete interaziendale e a potenziare il "team building".

Ma se questo è lo scenario del cambiamento che caratterizza la cura del diabete, e di riflesso il ruolo dei professionisti, appare evidente come anche le istituzioni e gli amministratori debbano fare la loro parte. L'organizzazione dell'assistenza è chiamata ad assecondare armonicamente il cambiamento: è necessario quindi che sia agevolata e mantenuta la rete dei servizi di diabetologia, che sono un fiore all'occhiello del modello italiano e

devono finalmente essere avviati i nascenti, nuovi modelli collaborativi delle cure primarie.

Invece di prevedere sempre e solo tagli agli investimenti e ridimensionamento, se non chiusura, di servizi che operano da decenni, si potrebbe puntare, anche senza nuove risorse, a modelli di assistenza più al passo con l'evoluzione della medicina e delle comunicazioni di gruppo.

Qualcosa si muove in tale senso. Iniziative di rete interaziendali di assistenza al diabete iniziano a essere timidamente proposte in alcune regioni (Emilia Romagna, Lazio, Piemonte, Sardegna): la speranza è che rappresentino un'alternativa mirata a migliorare l'organizzazione, in contrasto con le politiche di sola riduzione della spesa cui abbiamo assistito negli ultimi dieci anni.

Bibliografia di riferimento

- Fuchs S, Henschke C, Blümel M, et al. Disease management programs for type 2 diabetes in Germany. A systematic literature review evaluating effectiveness. *Dtsch Arztebl Int* 2014;111:453-63.
- Ciardullo AV, Daghio MM, Brunetti M, et al. Audit of a shared-care program for persons with diabetes: baseline and 3 annual follow-ups. *Acta Diabetol* 2004;41:9-13.
- Ciardullo AV, Daghio MM, Brunetti M, et al. Changes in long-term glycaemic control and performance indicators in a cohort of type 2 diabetic patients cared for by general practitioners: findings from the "Modena Diabetes Project". *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2003;13:372-6.
- Gnavi 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.
- Giorda CB. The role of the care model in modifying prognosis in diabetes. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2013;23:11-6.
- Giorda C, Picariello R, Nada E, et al. The impact of adherence to screening guidelines and of diabetes clinics referral on morbidity and mortality in diabetes. *PLoS One* 2012;7:e33839.