



## **II DIABETE**

**Giornata di lavoro sul  
PERCORSO INTEGRATO  
TERRITORIO-OSPEDALE**

**8 giugno 2011**

---

*Sala Convegni – Castello Branaccio  
Roviano – Roma*

## **IL TEAM DIABETOLOGICO INTEGRATO CON LE CURE PRIMARIE**

**ASL ROMA G  
UOC MEDICINA INTERNA  
OSPEDALE DI SUBIACO  
Francesco Malci**

# Diabete



# **IL DIABETE E' UNA MALATTIA CRONICA**

**La cronicità richiede.....**

- **Un diverso approccio**
- **Un diverso processo di cura**
- **Un diverso percorso di terapia**
- **.....Una diversa gestione**

# La cronicità

- ➡ Alta competenza (multidisciplinarietà)
- ➡ Scarsa aderenza alla terapia
- ➡ Complessità del sistema
- ➡ Trattamenti efficaci
- ➡ Continuità di assistenza
- ➡ Follow-up sistematici diversificati
- ➡ Informazione e sostegno per ottenere la massima autogestione possibile

# I nostri riferimenti culturali



2007

# Cosa ci dicono gli Standard italiani di cura . . .



# CURA DEL DIABETE: Sviluppare il ruolo del team



- Le persone affette da diabete devono ricevere le cure da parte **del MMG e del team diabetologico**, coordinato da un medico diabetologo, comprendente medici, infermieri, dietisti, podologi, professionisti di salute mentale, in grado di mettere in atto **un approccio integrato di gestione della malattia, idoneo al trattamento di una patologia cronica.**

*(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)*

# Team

- ***Gruppo di lavoro finalizzato al raggiungimento di un risultato***
- Soggetto organizzativo che si esprime attraverso l'insieme dei comportamenti delle persone che lo compongono
- Si concretizza nella gestione delle diverse attività rivolte ad ottenere ***l'integrazione delle competenze individuali*** necessarie per il raggiungimento di un risultato operativo in coerenza con il ***mandato***



# Team

- **Insieme di persone interdipendenti**
  - consapevoli della loro unità
  - interagenti in un certo periodo e in un certo ambito
  - legate da un senso di appartenenza con valori, regole, ruoli dichiarati, negoziati, condivisi
  - impegnate a raggiungere un obiettivo scelto



# Due modelli a confronto

## MALATTIA ACUTA

- Il medico è abituato a risolvere il problema, meglio se da solo e in poco tempo



## MALATTIA CRONICA

- Parte del lavoro del medico consiste nel collegarsi con altri operatori all'interno e all'esterno della sua struttura e soprattutto nel dialogo con il paziente.
- Deve accompagnare il paziente., non risolvere il problema al suo posto



## Due modelli a confronto



*...come in un'orchestra: ognuno con il suo strumento,  
ma per suonare la stessa musica.*

# DCCT

Diabetes Control and Complications Trial , 1993

*"la terapia insulinica intensiva può essere implementata solo in centri con i requisiti di esperienza e disponibilità di personale infermieristico, dietistico, di supporto comportamentale e clinico adeguati alla gestione di problemi così complessi"*

# DCCT

## Diabetes Control and Complications Trial , 1993

- Il ruolo del medico diabetologo si è modificato da "*fornitore di cure*" a "*leader e costruttore del team diabetologico*"
- Nasce un nuovo modo di operare nell'ambito di una malattia cronica come il diabete
- **Il lavoro di gruppo** assume un ruolo fondamentale dove *la professionalità di ogni componente contribuisce alla cura del paziente, visto come persona nella sua globalità e non più solo come "diabetico"*



Lavorare in team:  
*una rivoluzione culturale prima  
che organizzativa*



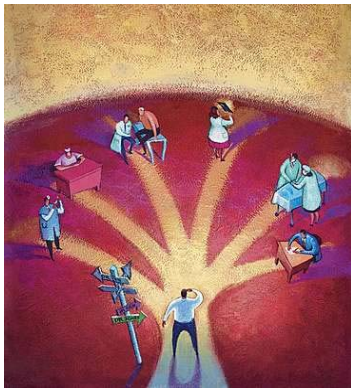
Il raggiungimento degli obiettivi di cura della malattia diabetica richiede la **partecipazione attiva**, con il consenso informato, del **paziente** all'offerta di programmi di diagnosi e cura, realizzati sulla base di attività di dimostrata efficacia nell'ambito di **percorsi assistenziali**, in una **rete integrata**, pluridisciplinare e pluriprofessionale, organizzata e con l'adesione congiunta e responsabile del **team diabetologico**, del **medico di medicina generale e più in generale della medicina territoriale**.

*(Livello della prova III, Forza della raccomandazione B)*

# Percorso assistenziale

- Piano interdisciplinare di intervento creato per rispondere a bisogni complessi di salute del cittadino

AMD. Manuale PDTA. 2007



## **Necessità di nuove formule organizzative**

Assistenza basata sul concreto affermarsi di una gestione integrata, costruita su percorsi assistenziali condivisi che mettano in luce *e valorizzino i contributi delle varie componenti* lungo il continuum di cura del paziente.



**Caratteristica essenziale per la buona riuscita  
di un progetto di definizione di percorsi o  
profili assistenziali del lavoro di gruppo è la**

**MULTIDISCIPLINARITÀ**

## II PDTA

### **Modello Assistenziale Complesso, un Sistema di cura integrato**

- È centrato sul paziente
- Permette una visione economica e clinica della malattia
- È un processo di miglioramento continuo

# METODOLOGIA PROPOSTA



La metodologia proposta è il **confronto tra percorso effettivamente praticato e percorso di riferimento** al fine di attivare il miglioramento e l'individuazione dei punti critici.

# PERCORSO DI RIFERIMENTO

Per **percorso di riferimento** si intende la *migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere per risolvere i problemi di salute di una “tipologia” di paziente*, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse organizzative, professionali e tecnologiche a disposizione (entrano in gioco standard, linee guida, EBM)

Il confronto tra percorso effettivo e percorso di riferimento deve poter basarsi su **“MISURE”** per oggettivare il più possibile i principali scostamenti ed attivare e valutare il miglioramento





## Compiti delle strutture specialistiche Diabetologiche

- Definizione diagnostica del diabete neodiagnosticato e inquadramento terapeutico con formulazione del Piano di Cura personalizzato e condiviso con i Medici di Medicina Generale (MMG).

Il Piano di Cura deve comprendere la chiara formulazione degli obiettivi terapeutici da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e ai risultati attesi, e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up per tutta la vita

- Presca in carico, in collaborazione con i MMG, delle persone con diabete
- Gestione clinica diretta, in collaborazione con i MMG e gli altri specialisti, delle persone con:  
*grave instabilità metabolica; complicanze croniche in fase evolutiva; trattamento mediante microinfusori sottocutanei continui d'insulina; diabete in gravidanza e diabete gestazionale*
- Impostazione della terapia medica nutrizionale



- Effettuazione dell'Educazione Terapeutica e, in collaborazione con i MMG, di interventi di educazione sanitaria e counselling delle persone con diabete, rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia

## (“*triage*”)

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

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**





*(“trriage”)*

I pazienti vengono assistiti in funzione della complessità della malattia e del livello di autosufficienza: ai gradi più bassi di complessità assistenziale le figure di riferimento più appropriate per la gestione del paziente sono i professionisti non ospedalieri e viceversa.





- Valutazione periodica, secondo il Piano di Cura personalizzato adottato, dei pazienti diabetici di tipo 2 seguiti con il protocollo di gestione integrata, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze
- Raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con il MMG di riferimento, mediante cartelle cliniche preferibilmente in formato elettronico
- Attività di aggiornamento rivolta ai MMG in campo diabetologico

# Ma . . .

- **La conoscenza** degli standards non si traduce *automaticamente* in azioni migliori
- **La competenza** individuale è resa operativa da un *sistema capace*

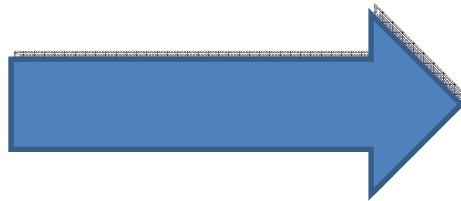


# gli indicatori

*Tra il dire e il fare . . .*



Efficacia teorica

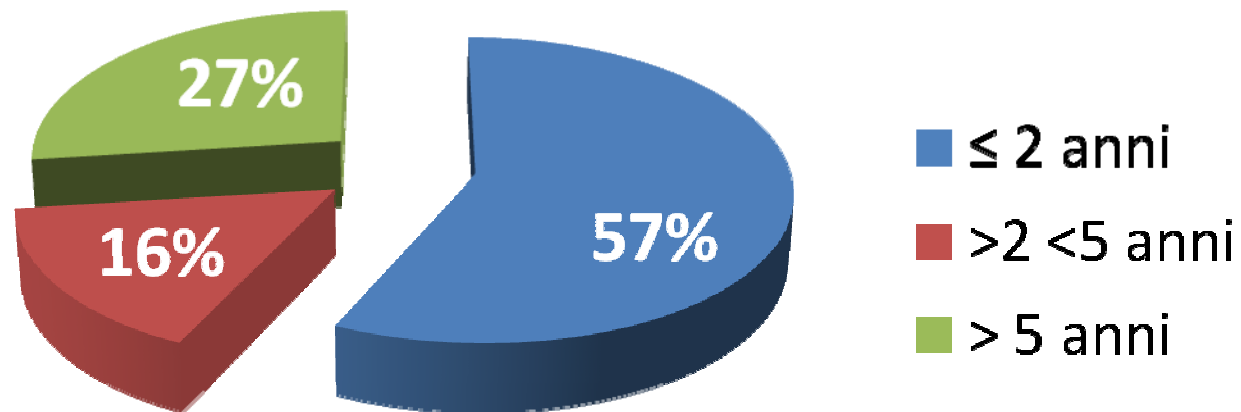


Efficacia pratica

## Primi accessi

### *Caratteristiche dei pazienti con DM2 con primo accesso al SdD nell'anno 2009*

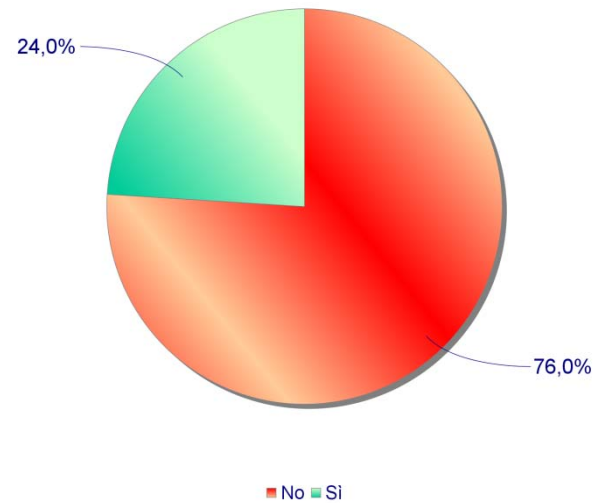
Durata del diabete (anni) al primo accesso al SdD



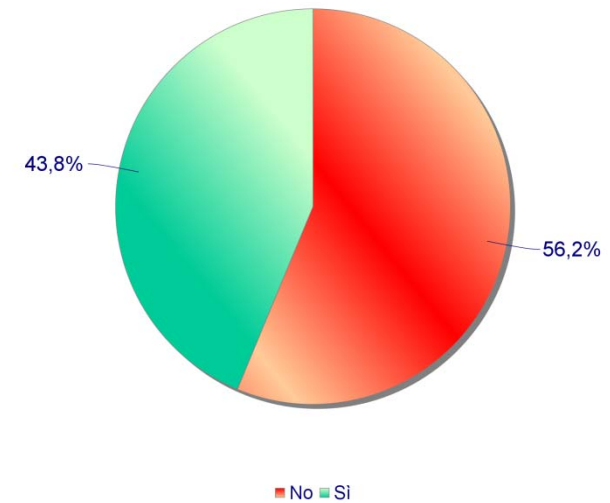
# Indicatori di esito intermedio

***Soggetti con HbA1c (norm. a 6)  $\leq 7.0\%$***

**DM1**



**DM2**



# Il Percorso Diagnostico Terapeutico: un processo di cura integrata fondata sul team



l'ospedale è divenuto il riferimento principale dei pazienti affetti da patologia cronica, indipendentemente dal grado di complessità assistenziale, espandendo la funzione specialistica ambulatoriale in modo sganciato dal territorio che è stata la causa di un progressivo e improprio affollamento dell'ospedale anche per problemi gestibili efficacemente a livello territoriale.



## *Superamento del contrasto tra ospedale e territorio*

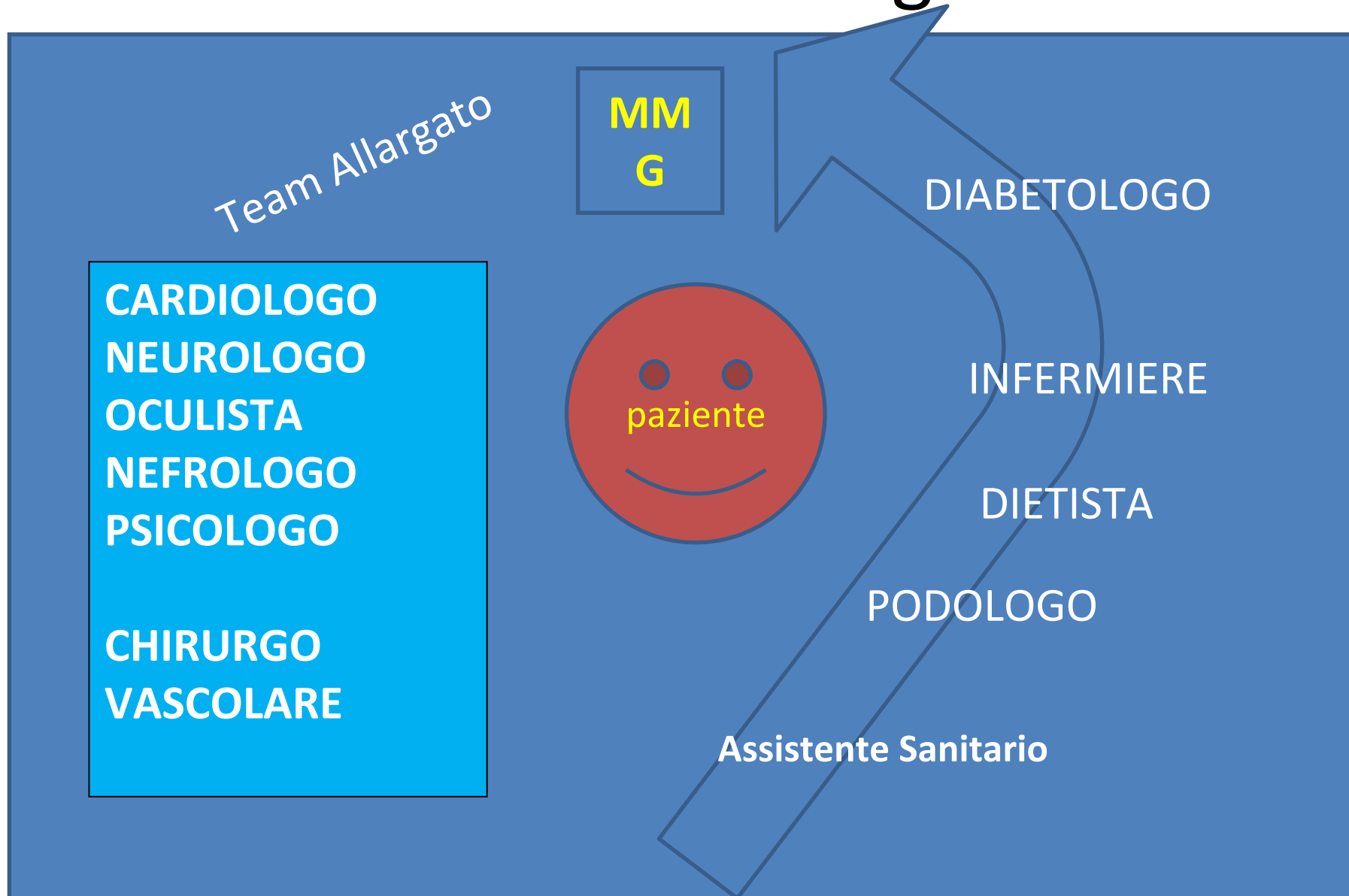
di una nuova visione e di una nuova cultura sistemica che veda **il distretto** — e **l'ospedale** come componenti complesse di un unicum e di un continuum indissolubile ...



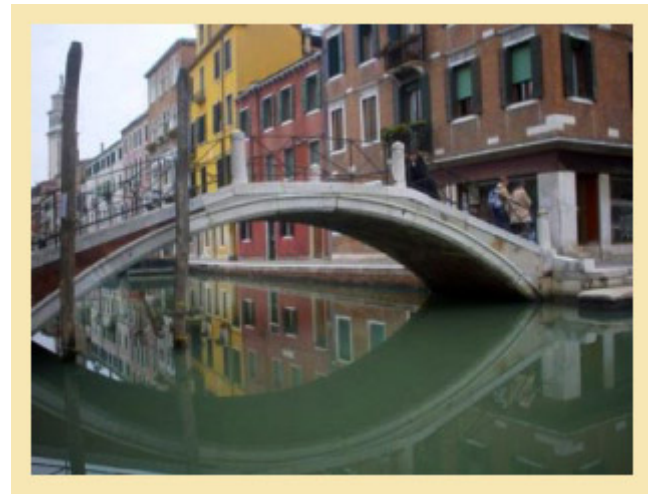
Spostamento del confronto sul tema dell'**appropriatezza** in applicato non soltanto alle *attività clinico-assistenziali* ma anche e primariamente al “**dove**” (*setting*).

L'appropriatezza del luogo di cura e del professionista più pertinente (non solo in termini di competenze ma anche di tecnologie e di tempi disponibili)

# Team Diabetologico



*Sono necessari ponti...diversi!!*





## GESTIONE INTEGRATA E PERCORSI ASSISTENZIALI

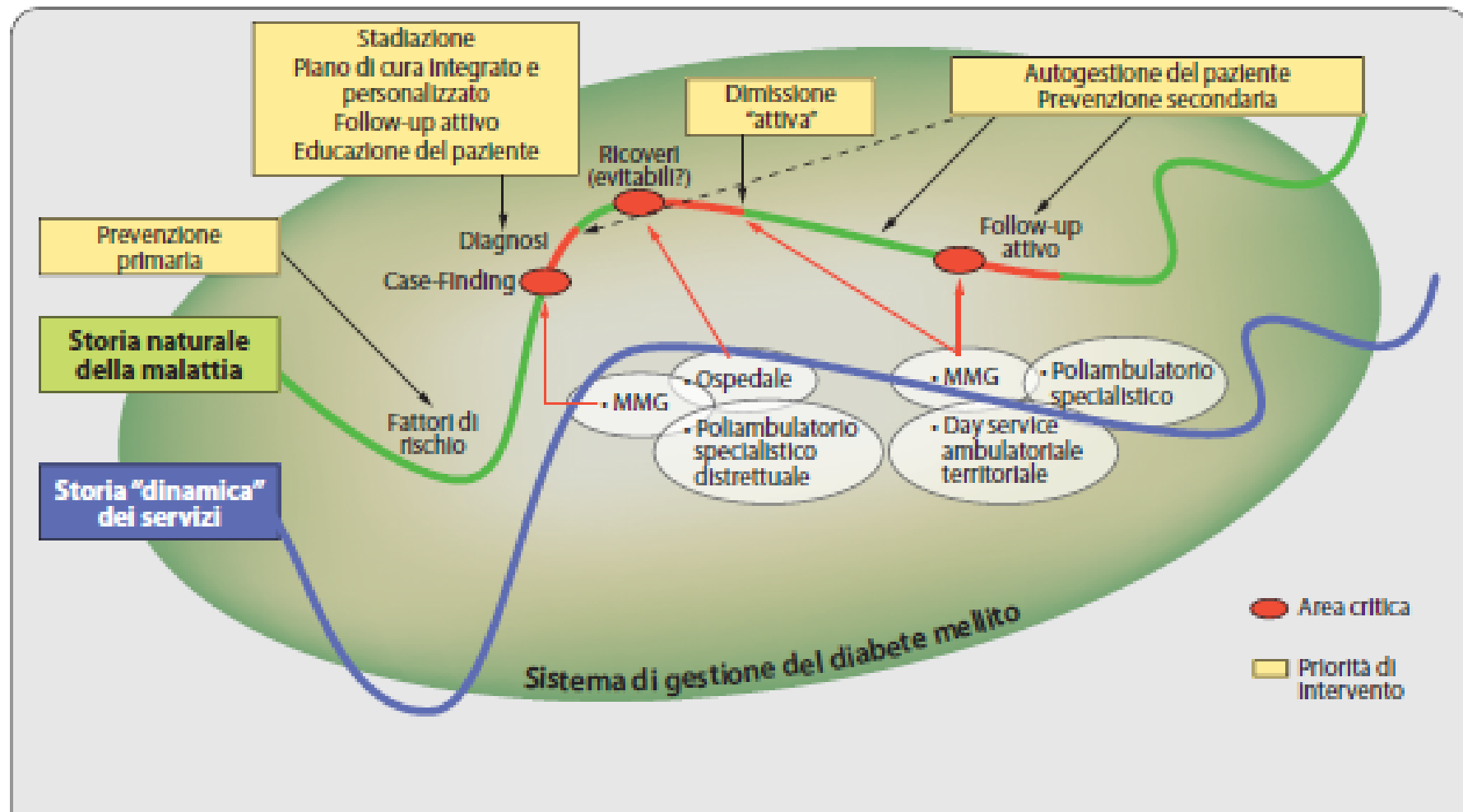


Figura 1. L'APPROCCIO "DISEASE MANAGEMENT": DA UN SISTEMA DI PROGETTI AD UN PROGETTO DI SISTEMA, CON L'IMPEGNO DI TUTTA LA RETE ASSISTENZIALE.

## Nuovi campi di intervento del Team diabetologico nell'integrazione ospedale- territorio

*A livello ospedaliero è molto importante favorire la costruzione di **percorsi assistenziali integrati intra- ospedalieri** rivolti a pazienti cronici ricoverati e dimessi anche dal PS al fine di favorire:*

- **l'educazione del paziente** (il momento di crisi determinato dal ricovero è sempre un momento nel quale il paziente è potenzialmente più ricettivo)
- La **pianificazione e gestione della dimissione** - “dimissione attiva” del paziente all'interno della rete territoriale.
- La **riduzione della perdita di pazienti** (drop out) dopo un episodio di crisi che ha generato il ricovero o ricorso al P.S.

*Non v'è niente di più difficile e pericoloso  
che introdurre un nuovo ordine delle cose,  
poiché il cambiamento ha per fieri nemici  
tutti coloro che si trovano bene nelle vecchie  
condizioni e solo tiepidi difensori  
tra quelli che si troveranno meglio nelle nuove*



Niccolò Machiavelli, *Il Principe*, 1513

**Grazie per l'attenzione**



## GESTIONE INTEGRATA E PERCORSI ASSISTENZIALI

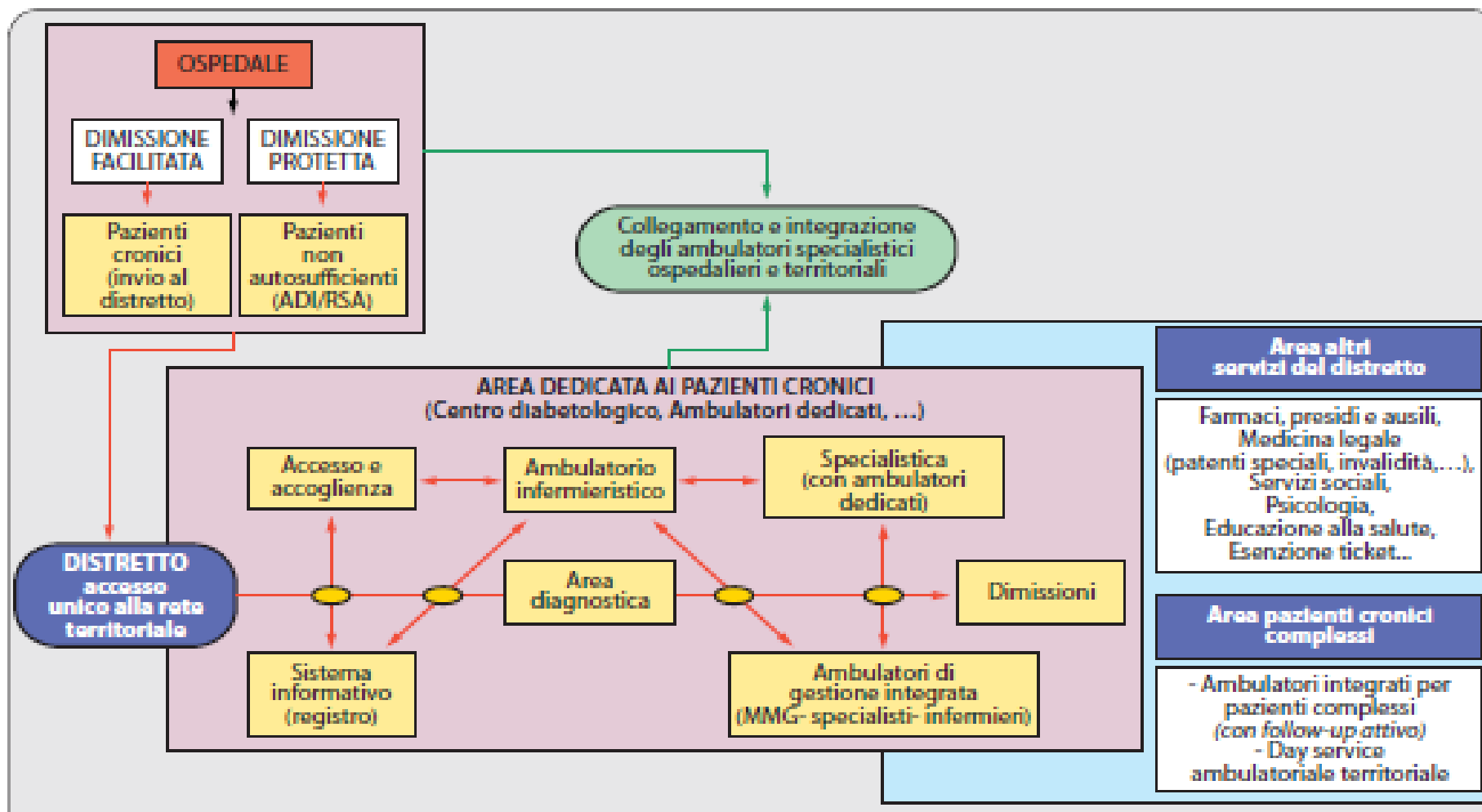


Figura 2. IL DISTRETTO COME SISTEMA POLIFUNZIONALE E MULTIDIMENSIONALE CON I SUOI POTENZIALI PUNTI DI INTEGRAZIONE CON IL SISTEMA OSPEDALIERO.

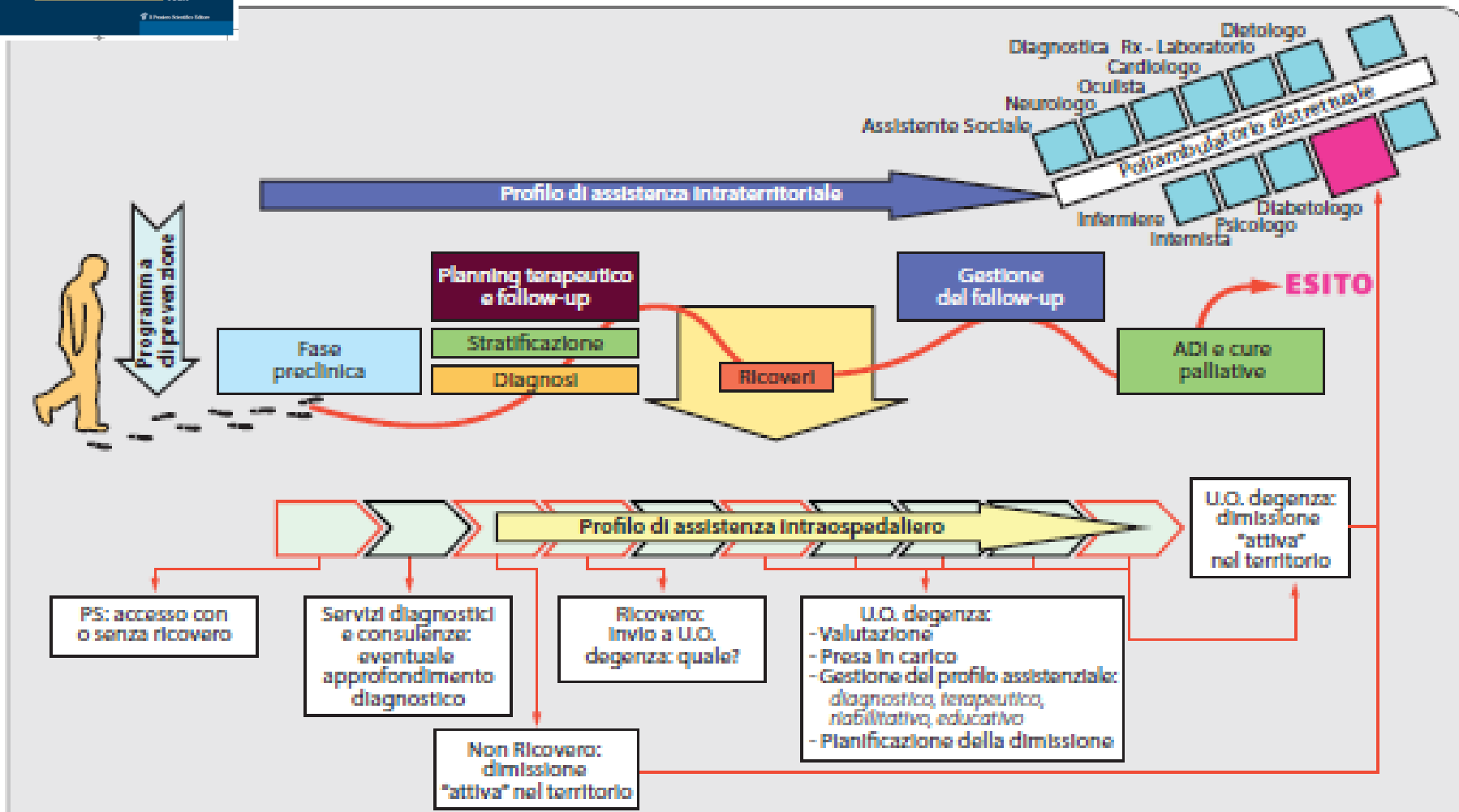


Figura 3. I PERCORSI ASSISTENZIALI INTRAOSPEDALIERI INTEGRATI CON IL TERRITORIO.



