

SMART CARE PROJECT: INTEGRAZIONE TRA SPECIALISTI, MMG E DISTRETTO NELLA CRONICITÀ

Giagulli Vito Angelo (a), D'Auria Giuseppe (b), Ramunni Angelo (c), Ramunni Maria Isabella (a), Gigantelli Vincenzo (d)

(a) *Struttura Territoriale di Endocrinologia e Malattie Metaboliche del Presidio Territoriale di Conversano, Bari*

(b) *Ospedale Territoriale F. Jaia, Conversano, Bari*

(c) *Ufficio Distrettuale Medicina Generale, Conversano, Bari*

(d) *Distretto Socio Sanitario n. 12 Conversano, ASL, Bari*

Introduzione. L'esplosione delle cronicità a causa dell'invecchiamento della popolazione mina la sostenibilità dell'assistenza sanitaria, imponendo il trasferimento della stessa in *setting* extra-ospedalieri (Distretto) e il governo di percorsi assistenziali (PDTA) condivisi. Il progetto, nato dalla riconversione dell'Ospedale di Conversano in Presidio Territoriale con Ambulatori di III Livello (bacino d'utenza di 450mila persone), si propone di armonizzare procedure e linguaggi tra i Medici di Medicina Generale (MMG), specialisti (exospedalieri) (S) e professioni del Distretto al fine di ridurre i ricoveri inappropriati e di allungare i tempi di reospedalizzazione. Tale scelta avrebbe l'effetto di assicurare l'assistenza delle cronicità in *setting* territoriali senza ridurre l'accuratezza dell'assistenza e senza incrementare le liste d'attesa. È evidente che così i costi sarebbero ridotti migliorando l'efficienza del sistema. La realizzazione del progetto dovrà rispettare i vincoli imposti dalle normative nazionali (es. rilascio delle esenzioni ticket), garantire la continuità assistenziale e l'integrazione tra il lavoro delle differenti figure professionali. Quale primo step per la realizzazione del progetto si considera la malattia diabetica sulla base delle seguenti caratteristiche: 1) elevata frequenza /accesso agli ambulatori del MMG e/o dello S; 2) necessità frequente di monitorare ed eventualmente rivedere il trattamento; 3) alto carico delle liste d'attesa; 4) necessità di assicurare una diagnosi precoce e di una appropriata terapia altrettanto rapida; 5) instabilità della malattia a seguito delle ipoglicemie.

Metodi e Risultati. Sono stati implementati il metodo della "Lean Six Sigma" e le linee guida nazionali ed internazionali. Si sono rilevate le seguenti criticità: 1) stabilire con chiarezza il professionista che ha in carico il paziente; 2) individuare e condividere gli strumenti di comunicazione tra i professionisti; 3) stabilire i criteri condivisi per la diagnosi del paziente con "pre-diabete" e quello con diabete conclamato; 4) stabilire con chiarezza quali sono i criteri per considerare un paziente con "instabilità metabolica"; 5) stabilizzare le priorità per modulare le liste d'attesa creando liste apposite (percorsi preferenziali, agende specifiche, criptate, ecc.) per pazienti non differibili (es: gestanti con diabete, diabetici con numerosi episodi ipoglicemici, proseguo piano terapeutico, ecc.) o per pazienti che richiedono una assistenza ospedaliera (es. ipoglicemia severa). Il protocollo prevede un *follow-up* a 5 mesi per la valutazione (audit interno) ed eventuale miglioramento.

Conclusioni. Il metodo "Lean Six Sigma" con l'implementazione delle linee guida risulta essere efficace per la definizione del PDTA per il diabetico nel *setting* assistenziale territoriale della ASL Bari.