

Assistenza diabetologica territoriale: attività preliminare del gruppo di lavoro AMD della diabetologia ambulatoriale



I. Gaeta per il Gruppo di Lavoro AMD DIABETOLOGIA AMBULATORIALE*

iolegaeta@libero.it

Servizio di Diabetologia- Procida, ASL Napoli 2 Nord

Parole chiave: organizzazione dell'assistenza diabetologica territoriale, rete integrata, coordinamento unico

Key words: organization of specialist diabetes care, shared-care network, unified coordination

Il Giornale di AMD, 2011;14:180-182

Riassunto

I dati clinici italiani (Annali AMD) relativi alla prevenzione delle complicanze croniche del diabete impongono la necessità di trovare strategie per migliorare la qualità e l'appropriatezza delle cure nell'assistenza alla persona con diabete. L'assistenza diabetologica sul territorio rappresenta il II Livello di Cura e riveste un ruolo cruciale nella prevenzione delle complicanze croniche del diabete. Partendo da queste considerazioni, in AMD, nell'ambito delle attività dei gruppi a progetto, si è costituito il "Gruppo della Diabetologia Ambulatoriale" al quale il Consiglio Direttivo ha dato il mandato di creare un modello di attività clinica per la diabetologia ambulatoriale e di valorizzare la figura del diabetologo del territorio e del suo ruolo, individuando possibilità di crescita professionale in una logica di équipe, in rete ed in linea con il progetto SUBITO!. Il gruppo di lavoro AMD in occasione del XVIII Congresso Nazionale AMD, che si è tenuto a Rossano Calabro a maggio 2011, ha presentato una proposta sulle strategie operative da realizzare a tal fine e i risultati di un'indagine conoscitiva condotta nell'ambito delle sezioni AMD regionali. La progettualità futura prevede l'elaborazione di un documento che definisce la competenza del diabetologo e della sua organizzazione sul territorio.

Summary

Italian clinical data (AMD Annals) on the prevention of chronic complications of diabetes require the need to find strategies to improve the quality and appropriateness of diabetes care. The diabetes specialist care represents the Second Level of Care and plays a key role in preventing chronic complications of diabetes. Based on these considerations, on behalf of AMD, was formed the "Ambulatory Study Group" for providing a model for diabetes outpatient clinic, and enhance the role of diabetologist of the territory, through a network of shared care, in synergy with the project "SUBITO". The Ambulatory Study Group during the AMD XVIII National Meeting, held in May 2011 in Rossano Calabro, submitted a proposal on operational strategies to achieve this purpose and results of a survey carried out in the Regional Sections of AMD. The future planning involves the development of a document that defines the competence of the diabetologist and his organization on the territory.

Premessa

L'assistenza al diabete è una componente essenziale nel controllo degli alti costi sanitari della malattia, che sono pari a circa il 7 – 10% dei costi sanitari totali nei paesi Europei inclusa l'Italia. I costi, determinati dai ricoveri ospedalieri e dalle complicanze croniche non già dall'assistenza specialistica o dalla spesa farmaceutica, sono in progressivo aumento. In assenza di complicanze i costi diretti sono pari a circa 800€/anno/paziente, mentre in presenza di una complicanza salgono a circa 3000 €/anno⁽¹⁾. Nell'ambito della realtà assistenziale diabetologica in Italia, la presenza degli ambulatori di Medicina Specialistica Ambulatoriale nell'organico dei Distretti Sanitari (DS) locali va assumendo un ruolo fondamentale nel percorso assistenziale alla persona con diabete. Infatti l'organizzazione dell'attività del diabetologo del territorio interessa l'assistenza di II livello di cura e prevede l'organizzazione della prevenzione e riduzione delle complicanze, attraverso la diagnosi precoce e un trattamento tempestivo.

Dati italiani dimostrano che la sinergia tra l'assistenza specialistica dei Servizi di Diabetologia e la Medicina Generale riduce del 65% i ricoveri ospedalieri della persona con diabete⁽²⁾ e triplica la probabilità che il paziente sia seguito secondo le linee guida⁽³⁻⁴⁾.

I risultati clinici in termini di prevenzione delle complicanze, inferiori a quelli attesi (Annali AMD)⁽⁵⁾, potrebbero essere la conseguenza di una diversa aderenza degli operatori sanitari alle raccomandazioni fondate sulle prove di efficacia, ma anche di carenze organizzative, responsabili della presenza sul territorio di CD (Centri Diabetologici) sovraffollati e organizzati in maniera disomogenea nelle varie regioni italiane e che quindi non riescono a garantire un'assistenza appropriata e ottimale. Queste importanti

* Componenti del gruppo di lavoro: Francesco Mario Gentile¹ (Coordinatore), Vincenzo Armentano², Rocco Bulzomì³, Ilaria Ciullo⁴, Iole Gaeta⁵, Maria Franca Mulas⁶, Mauro Ragonese⁷

¹ Asl Bari, Day Service Diabete; ² Centro Diabetologico C4, ASL NAI Centro; ³ Coordinatore Interdistrettuale di Branca Diabetologia A.S.L. RM/B; ⁴ Centro di Attenzione al Diabetico, Azienda Ospedaliera I.C.P., Milano; ⁵ Servizio di Diabetologia- Procida, ASL Napoli 2 Nord; ⁶ U.C. Diabetologia e Malattie Metaboliche, Ospedale San Martino Oristano; ⁷ UOS2 Centri Diabetologici - ACISMOM

carenze organizzative richiedono una profonda rivisitazione dei modelli assistenziali-gestionali e una nuova valorizzazione del ruolo fondamentale degli Specialisti Territoriali come il livello di cura nel percorso assistenziale alla persona con diabete. In questa ottica dati internazionali sottolineano come siano la strutturazione del percorso di cura (Structured Care o PDTA), la qualità dell'assistenza valutata sia come processo che come esito intermedio^(6,7) e il richiamo periodico, a garantire la miglior prognosi del paziente diabetico⁽⁸⁾. Date queste premesse ampio spazio devono trovare le strategie per migliorare la qualità e l'appropriatezza delle cure nell'assistenza alla persona con diabete. Tali strategie non potranno prescindere da un'adeguata integrazione tra i vari livelli assistenziali coinvolti nel percorso di cura della patologia diabetica (Assistenza di Base-Territorio-Ospedale).

Obiettivi

Elaborazione di un documento che prevede l'integrazione del diabetologo territoriale e la valorizzazione del suo ruolo nel miglioramento della qualità dell'assistenza e nella realizzazione del progetto "Subito"

Attivare gradualmente un modello di assistenza in tutti gli ambulatori specialistici su tutto il territorio nazionale, tenendo conto delle diverse realtà territoriali, ma garantendo comunque un'assistenza sanitaria uniforme

Promuovere l'integrazione della diabetologia territoriale attraverso l'attuazione di modelli operativi di lavoro in "rete integrata"

Potenziare al massimo il know-how complessivo dei diabetologi del territorio attraverso un intervento concreto di formazione teorica e sul campo

Dichiarare l'esigenza di un "coordinamento unico" all'interno della ASL determinante per garantire l'uniformità e la continuità degli interventi precoci di prevenzione delle complicanze e per attuare le forme di integrazione con le U.O. di degenza ospedaliera

Assicurare la possibilità di misurare sia la qualità delle cure che il miglioramento degli esiti (informatizzazione)

Progetti realizzati

È stato redatto un documento di proposta di organizzazione della diabetologia ambulatoriale come parte specifica integrata nel documento più ampio interassociativo AMD SID.

In occasione del XVIII Congresso Nazionale AMD che si è tenuto a Rossano Calabro a maggio 2011, nell'ambito della Tavola Rotonda dedicata all'assistenza diabetologica sul territorio, il "Gruppo di lavoro della Diabetologia Ambulatoriale" ha presentato la proposta preliminare sulle strategie da adottare per il miglioramento della qualità assistenziale diabetologica sul territorio e i risultati di un'indagine conoscitiva realizzata nelle sezioni regionali AMD.



Figura 1. Proposta del Gruppo di Lavoro di Diabetologia Ambulatoriale.

L'assistenza al paziente diabetico deve prevedere l'integrazione della medicina generale, di quella specialistica, della medicina del territorio e di quella ospedaliera e la proposta presentata (flow-chart modificata) (Fig 1) rappresenta il PDTA della gestione integrata del paziente con DMT2 secondo l'accordo - AMD, SID, SIMG, FIMMG, SNAMI, SNAMID. (Nuovi standard di cura e team di cura integrati per il diabete. L'assistenza integrata alla persona con diabete mellito tipo 2 -31 luglio 2008).

L'indagine conoscitiva presentata è stata condotta al fine di raccogliere l'opinione e i suggerimenti dei soci AMD sull'opportunità di elaborare un modello di attività clinica per la diabetologia territoriale. È stata perciò inviata ai Presidenti delle sezioni AMD regionali una griglia con quattro domande (tabella 1) volte a raccogliere l'orientamento relativo all'utilità di attivare un documento unitario per l'assistenza territoriale, alle principali barriere, alle possibili soluzioni e proposte. Hanno compilato la griglia 15 presidenti delle Sezioni Regionali AMD (Friuli Venezia Giulia, Veneto, Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Abruzzo, Marche, Molise, Umbria, Lazio, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia, Sardegna). La maggioranza dei presidenti regionali^(13/15) si è espressa positivamente. I principali contributi sono stati raccolti in un sommario (tabelle 2,3).

Progettualità futura

Il documento di proposta dell'organizzazione della diabetologia ambulatoriale realizzato come parte specifica integrata nel documento più ampio interassociativo AMD SID (*Giornale AMD, in press*), prevede l'integrazione del diabetologo territoriale e la valorizzazione del suo ruolo nel miglioramento della qualità dell'assistenza, superando le disuguaglianze dettate dalle diverse organizzazioni. Al fine di tracciare un'"istantanea" dell'assistenza diabetologica che sarà coinvolta nella realizzazione della Rete Territoriale ci si propone di effettuare in maniera preliminare, attraverso un questionario, un'indagine conoscitiva su tutto il territorio italiano. Tale fase, da realizzare in tempi rapidi e attra-

Tabella 1. Griglia inviata ai Presidenti delle Sezioni Regionali AMD.

A livello:	culturale	organizzativo	economico	altro livello
Quanto ritieni sia utile attivare un documento unitario per l'assistenza territoriale (come quello proposto)?				
Quali potrebbero essere le principali barriere nella tua regione per l'implementazione di un modello organizzativo a livello ambulatoriale (come quello proposto)?				
Quali potrebbero essere le possibili soluzioni alle barriere da te identificate al punto precedente, nella tua regione?				
Proposte su come indirizzare e/o valorizzare le risorse tutt'ora presenti sul territorio della tua regione				

Tabella 2. Sommario delle risposte delle griglie compilate dai Presidenti delle Sezioni Regionali AMD

Sommario dei principali contributi delle sezioni regionali AMD
<p>Utilità L'applicazione decentrata a livello regionale dell'assistenza sanitaria ha generato una situazione assistenziale altamente difforme tra le varie regioni e paradossalmente all'interno delle regioni stesse</p> <ul style="list-style-type: none"> La maggioranza dei presidenti ritiene che il modello organizzativo di riferimento dell'assistenza diabetologica in Team e in Rete sia "culturalmente" acquisito ed 'economicamente' utile ai fini della razionalizzazione della spesa anche attraverso una riduzione degli accessi impropri in PS e di ricoveri emerge il consenso a fornire agli organi legislativi regionali un documento unitario sotto l'egida AMD e che restituisce l'immagine di una Diabetologia compatta e capace di progettualità
<p>Principali barriere</p> <ul style="list-style-type: none"> Assenza di presupposti organizzativi nell'ambito dei servizi e degli ambulatori territoriali. Tale carenza è stata attribuita, dalla maggioranza dei colleghi, alla carente comunicazione tra i diversi livelli assistenziali (amministratori a livello distrettuale e/o regionale e medici specialisti) Assenza di RETE INFORMATICA di collegamento e di una Banca Dati In alcune regioni presenza di un modello assistenziale differente operativo dal 1988 (Abruzzo) o in parte già realizzato (Umbria-Marche)

Tabella 3. Sommario dei principali contributi delle Sezioni Regionali AMD

<p>PROPOSTE :</p> <ul style="list-style-type: none"> INTERVENTI FORMATIVI PERIFERICI (a livello culturale) realizzare RETI REGIONALI (a livello organizzativo) CREARE CENTRI DI RIFERIMENTO per le piccole realtà ambulatoriali (peculiarità di alcune regioni) che continuerebbero a rappresentare una preziosa opportunità per raggiungere popolazioni disagiate e che finirebbero in alternativa per non afferrare ad alcuna cura diabetologica (a livello organizzativo) Razionalizzazione delle risorse e/o Utilizzare fondi dedicati ai progetti di prevenzione previsti in alcune regioni (a livello economico)

verso il coinvolgimento delle Sezioni Regionali AMD, consentirà di disegnare una "mappatura" degli ambulatori e dei CD territoriali presenti nelle varie regioni italiane e della loro organizzazione assistenziale. La proposta operativa successiva potrebbe trovare strumenti utilizzabili per raggiungere gli obiettivi organizzativi e di salute programmati grazie a quanto previsto dall'articolo 30 bis dell'Accordo Collettivo Nazionale. Tale articolo prevede la creazione di un team multidisciplinare attraverso l'aggregazione funzionale delle diverse figure

specialistiche, l'integrazione tra strutture poliambulatoriali territoriali e i Servizi di Diabetologia ospedalieri. Contempla inoltre la raccolta delle competenze per l'assistenza alle patologie croniche in un unico punto di riferimento e il coordinamento funzionale dell'attività degli specialisti ambulatoriali, psicologi e MMG.

BIBLIOGRAFIA

- Nicolucci A, Rossi MC, Arcangeli A, Cimino A, de Bigontina G, Fava D, Gentile S, Giorda C, Meloncelli I, Pellegrini F, Valentini U, Vespasiani G; AMD-Annals Study Group. Four-year impact of a continuous quality improvement effort implemented by a network of diabetes outpatient clinics: the AMD-Annals initiative. *Diabet Med* 27:1041-8, 2010
- 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* 23:377-383, 2006
- Gnani R, Picariello R, Karaghiosoff L, Costa G, Giorda C. Determinants of quality in diabetes care process: The population-based Torino Study. *Diabetes Care* 32:1986-92, 2009
- Verlato G, Muggeo M, Bonora E, Corbellini M, Bressan F, De Marco R. Attending the diabetes center is associated with increased 5-year survival probability of diabetic patient: the Verona diabetes study. *Diabetes Care* 19: 211-213, 1996
- Nicolucci A, Rossi MC, Arcangeli A, Cimino A, de Bigontina G, Fava D, Gentile S, Giorda C, Meloncelli I, Pellegrini F, Valentini U, Vespasiani G. *Annali AMD* 2010. Kino Ed. Torino, 2010. www.aemmedi.it
- Belfiglio M, De Berardis G, Franciosi M, Cavaliere D, Di Nardo B, Greenfield S, Kaplan SH, Pellegrini F, Sacco M, Tognoni G, Valentini M, Nicolucci A, Caimi V, Capani F, Corsi A, Della Vedova R, Massi Benedetti M, Nicolucci A, Taboga C, Tombesi M, Vespasiani G, the QuED Study Group. The relationship between physicians' self-reported target fasting blood glucose levels and metabolic control in type 2 diabetes. The QuED Study Group-Quality of care and outcomes in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 24:423-9, 2001
- Rossi MC, Comaschi M, Ceriello A, Coscelli C, Cucinotta D, De Cosmo S et al. Correlation between structure characteristics, process indicators and intermediate outcomes in DM2: the QUASAR (Quality Assessment Score and Cardiovascular Outcomes in Italian Diabetic Patients) study. 68th Scientific Session, American Diabetes Association, June 6-10, San Francisco, CA:1187-P, A338, *Diabetes*, 48:3, 2008
- Griffin SJ, Kinmonth AL. Systems for routine surveillance in people with diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* Jan 21;(1): CD000541, 2009. Review.