



## TERESA PETRANGOLINI

• **Diabete: pazienti al centro con nuovi modelli professionali**

**29 settembre 2014**



Sabato mattina ho partecipato ad un dibattito sull'attualità della diabetologia nel Lazio nel corso del Congresso congiunto di AMD, l'associazione dei medici diabetologici, e SID, la Società italiana di diabetologia). Si è discusso del Piano Nazionale del Diabete e delle prospettive che si aprono dai Centri di Diabetologia alle case della salute.

Mi pare che i punti di forza del Piano nazionale del diabete siano il ruolo delle associazioni e la centralità dei pazienti. Basti pensare, a questo proposito, al tavolo regionale aperto con Federfarma per quanto riguarda la contrattazione sul prezzo delle "striscette": questo tavolo, al quale partecipano i farmacisti e le 14 associazioni riunite nella Cladiab (il Coordinamento Lazio Associazioni Persone con Diabete), rappresenta un modo concreto per favorire l'autocontrollo della glicemia. A breve, inoltre, sarà siglato l'accordo: il che significa che la Regione avrà un risparmio ma garantendo uno standard adeguato di qualità.

Come consigliere regionale mi impegno a vigilare per garantire la partecipazione delle associazioni alla consultazioni e al monitoraggio delle politiche del diabete e della cronicità. E' fondamentale che le associazioni siano supportate per svolgere sempre di più il loro ruolo di *advocacy*.

Intanto oggi, lunedì 29, si insedia la Commissione competente per la patologia. E' il secondo step dopo la prima adozione del piano nazionale delle malattie diabetiche. Il terzo step sarà il censimento di vari centri di diabetologia.

Insomma, la Regione Lazio è impegnata a fare la sua parte. Non è un caso, dunque, se, nel corso del dibattito, tutti i partecipanti hanno espresso apprezzamento per i piani operativi della Regione Lazio.

Intanto, perché grazie a questi piani c'è la possibilità di fare delle deroghe (nella misura del 15%) al blocco delle assunzioni del personale richiesto dal piano di rientro. Una piccola fessura nelle maglie del piano di rientro che certo non risolve il problema, ma rappresenta un piccolo contributo al miglioramento del servizio.

E, soprattutto, perché tali piani indicano un sistema integrato di approccio alla salute della persona che mette al centro una definizione operativa delle reti dei servizi sociosanitari. In questo contesto si gioca la sfida delle Case della salute che si pone come un nodo di potenziamento della rete dei servizi territoriali dedicato, in particolare, a rispondere ai bisogni di salute delle persone con patologie croniche.

Come ha spiegato bene Giuseppe Quintavalle, Direttore generale Asl Roma F nel corso del suo intervento, “la Casa della salute rappresenta quel naturale rafforzamento del distretto che ha come punto di forza la sinergia e le reti tra professionisti”. In questo modo, ha aggiunto Quintavalle, “il Lazio attraverso questo potenziamento territoriale può anche recuperare tanta mobilità sanitaria, anche perché dispone di risorse di eccellenza come i policlinici universitari”. “E’ necessario però reingegnerizzare i sistemi – ha concluso – ossia informatizzare i flussi dei sistemi informativi”.

Insomma, il punto di forza è la scelta del modello integrato. In più, accanto ai servizi di diabetologia negli ospedali, la Regione cerca di investire sulla innovazione (e la promozione della telemedicina). Le Case della salute sono dedicate in maniera particolare alla cronicità e, in particolar modo, saranno un contributo alla ‘medicina di iniziativa’, che dovrà sostituire la ‘medicina di attesa’. Se si pensa, infatti, che il Lazio ha la percentuale più alta di obesità per il diabete di tipo 2, si comprende bene che un intervento sui corretti stili di vita diventa un fattore protettivo al fine di evitare lo sviluppo della patologia.

Per raggiungere risultati importanti, serve tuttavia cambiare i modelli professionali. I professionisti, infatti, sono ancora formati in modo settoriale, mentre dovrebbero sviluppare la capacità di lavorare insieme per rendere efficace l’operatività del cd. *Chronic Care Model*.

Di seguito, indico le sei direttive lungo le quali si muove questo modello:

### **1. Le risorse della comunità.**

Per migliorare l’assistenza ai pazienti cronici le organizzazioni sanitarie devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti.

### **2. Le organizzazioni sanitarie.**

Una nuova gestione delle malattie croniche dovrebbe entrare a far parte delle priorità degli erogatori e dei finanziatori dell’assistenza sanitaria. Se ciò non avviene difficilmente saranno introdotte innovazioni nei processi assistenziali e ancora più difficilmente sarà premiata la qualità dell’assistenza.

### **3. Il supporto all’auto-cura.**

Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali. La gestione di queste malattie può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti.

### **4. L’organizzazione del team.**

La struttura del team assistenziale deve essere modificata, separando l’assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata ai pazienti cronici.

### **5. Il supporto alle decisioni.**

L’adozione di linee guida basate sull’evidenza forniscono gli standard per fornire un’assistenza ottimale ai pazienti cronici.

### **6. I sistemi informativi.**

I sistemi informativi computerizzati svolgono tre importanti funzioni:

- 1) come sistema di allerta che aiuta i team delle cure primarie ad attenersi alle linee-guida;
- 2) come feedback per i medici, mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche, come i livelli di emoglobina A1c e di lipidi;
- 3) come registri di patologia per pianificare la cura individuale dei pazienti.