

# LA DIABETES INTELLIGENCE

## MISURA IL VALORE DELLA STRATEGIA SPECIALISTICA

Un progetto dell'Associazione medici diabetologi (Amd), basato su strumenti all'avanguardia di analisi organizzativa e gestione dati, punta a far emergere le best practice dell'assistenza valutando gli outcome delle singole attività. In tempi di spending review, un supporto scientifico per le scelte politiche

▲ **Nicoletta Musacchio**  
Presidente Associazione Medici Diabetologi

I diabete è una pandemia con un trend di insostenibilità economica accertato. Ciò che oggi più preoccupa è, da un lato, l'aumento del costo medio per paziente, associato alla crescita del numero dei pazienti, destinato in breve a minare la sostenibilità del sistema di erogazione delle cure; dall'altro l'aumento dei costi per i ricoveri a fronte della riduzione delle prestazioni ambulatoriali, che si pone in controtendenza rispetto all'unico modello sostenibile di cura cronica, il Chronic Care Model (Ccm) basato sulla medicina integrata, la continuità assistenziale e la territorialità del sistema.

19 outcome della matrice d'impatto – Gli Outcome sono tratti dal Piano Nazionale del Diabete (Pnd) e dal Manifesto dei Diritti del Paziente. Riguardano aspetti a prevalenza clinica (sfondo giallo) e aspetti a prevalenza organizzativa (sfondo azzurro)

1	Ottimizzazione del controllo metabolico in relazione al paziente (personalizzazione degli obiettivi del trattamento)
2	Controllo e trattamento dei fattori di rischio vascolare
3	Riduzione delle ospedalizzazioni/accessi DEA
4	Riduzione delle giornate di degenza del paziente con diabete in qualsiasi reparto
5	Aumento della appropriatezza nell'uso delle tecnologie
6	Aumento della partecipazione attiva/adesione alla cura da parte della persona con diabete
7	Prevenzione e cura delle donne diabetiche in gravidanza e delle donne con diabete gestazionale, al fine di ottenere outcomes materno-fetali come nelle donne non diabetiche
8	Aumento delle competenze e delle strategie per prevenire il diabete di tipo 2
9	Aumento delle competenze e delle strategie per trattare il diabete
10	Riduzione dell'incidenza complicanze croniche
11	Riduzione dell'incidenza complicanze acute
12	Ottimizzazione dell'offerta specialistica per situazioni specifiche con attivazione di ambulatori dedicati (gravidanza, piede, terapia con microinfusori)
13	Ottimizzazione dei processi formativi delle figure professionali coinvolte nella cura della persona con diabete
14	Realizzazione ed implementazione dei percorsi di gestione integrata per la persona con diabete
15	Organizzazione e realizzazione delle attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione/misura ed al miglioramento della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione e l'alimentazione continua di database clinici
16	Aumento dello scambio di informazioni tra operatori della rete assistenziale diabetologica
17	Ottimizzazione dei processi di integrazione tra gli attori coinvolti nell'assistenza diabetologica a livello ambulatoriale e/o ospedaliero, attraverso la realizzazione e l'implementazione di PDTA
18	Ottimizzazione della risposta ai bisogni di certificazioni medico-legali della persona con diabete
19	Riduzione delle disuguaglianze nell'assistenza alle fragilità ed alle condizioni di vulnerabilità socio-sanitaria

Fonte: Standard di Cura, Gruppo Standard Amd



## Le 25 attività della matrice d'impatto



Il Ccm è un modello di assistenza medica dei pazienti cronici che propone una serie di cambiamenti nei sistemi sanitari tali da favorire il miglioramento della condizione dei malati, suggerendo un approccio “proattivo” tra personale sanitario e pazienti, considerati parte integrante del processo assistenziale. L’obiettivo è di passare da un modello di “medicina d’attesa” a una “sanità d’iniziativa”, in cui si creano percorsi per patologie croniche come il diabete.

Le Istituzioni hanno ben compreso la necessità di riferirsi a tale modello per un corretto approccio al diabete, ma esiste tutt’ora un forte gap tra la teoria di approccio alla cronicità e la sua implementazione. Nonostante le diffuse dimostrazioni del “peso” del diabete, attività importanti in quanto specifiche e qualificanti, e ben evidenziate nel Ccm, sono fuori dal sistema riconosciuto, cioè dai Livelli essenziali di assistenza (Lea) e dai Tariffari regionali. Infatti, in questi due documenti vengono declinate le uniche attività o prestazioni erogabili, in quanto riconosciute e rimborsabili, come strumenti che permettono all’operatore di raggiungere gli obiettivi di salute richie-

1	Assicurare l’inquadramento diagnostico specialistico e la valutazione biomedica
2	Valutare la condizione psicosociale e individuale (fattori economici, culturali, contesto familiare (ecc.))
3	Valutare la fragilità (età, etnia, genere...) e altri fattori che possono influenzare la gestione del diabete
4	Garantire la definizione e la condivisione del contratto di cura con la persona con diabete
5	Garantire l’attività di terapia educativa come parte integrante del piano assistenziale
6	Garantire lo screening ed il trattamento appropriato delle complicanze croniche
7	Implementare i protocolli clinici per la prevenzione ed il trattamento delle emergenze diabetologiche (ipo-glicemie, piede)
8	Gestire lo screening ed il trattamento del diabete in gravidanza (GDM, Gravidanza di donna con diabete) – Follow up della donna con pregresso GDM – Contraccezione nelle diabetiche in età fertile
9	Definire e gestire il piano terapeutico personalizzato appropriato (obiettivi metabolici, terapia farmacologica personalizzata, terapia medica nutrizionale)
10	Gestire la transizione dell’adolescente con diabete al servizio di diabetologia dell’adulto
11	Garantire l’assistenza diabetologica nel paziente ospedalizzato (critico e non critico)
12	Garantire un autocontrollo strutturato (prescrizione, erogazione, registrazione, educazione, interpretazione dei risultati, verifica)
13	Implementare programmi di screening e prevenzione del diabete mellito di tipo 2
14	Implementare programmi di miglioramento degli stili di vita
15	Valutare e trattare i fattori di rischio vascolare
16	Favorire l’autonomizzazione alla gestione della terapia (anche con microinfusori per insulina)
17	Favorire l’autonomizzazione alla gestione delle emergenze metaboliche
18	Utilizzare indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell’assistenza
19	Implementare la registrazione dei dati in una cartella clinica informatizzata condivisa
20	Garantire percorsi di addestramento all’uso delle tecnologie
21	Garantire le attività di certificazione medico- legale
22	Favorire l’applicazione della logica del team building nell’attività lavorativa
23	Conoscere e condividere le strategie aziendali
24	Assicurare una corretta comunicazione intra ed extrastrutturale
25	Garantire un’appropriata prescrizione ortesica

Fonte: Standard di Cura, Gruppo Standard Amd

sti. Tutto ciò crea un reale gap tra il modello che viene richiesto di applicare e gli strumenti che vengono riconosciuti per la sua realizzazione. In questo momento

di forte cambiamento è fondamentale fare chiarezza sul ruolo e su come la diabetologia debba essere organizzata per ottimizzare il suo valore terapeutico e

assistenziale. L'Associazione Medici Diabetologi (Amd) intende farsi carico di ciò e ha messo in atto il progetto "Diabetes Intelligence" che ha l'obiettivo di valutare in modo oggettivo le attività del team diabetologico, per poterne misurare concretamente i risultati.

Per fare questo Amd ha scelto di usare strumenti accreditati di analisi organizzativa (Sroi, Social Return Of Investment) e di gestione dati con strumenti all'avanguardia (Business Intelligence). Questa scelta è legata alla volontà di evitare qualsiasi autoreferenzialità e/o opinabilità dei risultati e a garantire un approccio rigoroso e scientifico. Con questo progetto Amd si propone di implementare il Ccm in modo "evidence", attraverso un assoluto e chiaro collegamento tra le attività espletate e i risultati richiesti, in modo da far emergere le attività imprescindibili in una diabetologia moderna: ovvero quelle attraverso cui si ottengono i migliori outcome. In questo modo sarà possibile individuare le azioni che ottimizzano le – scarse – risorse e proporre un valido supporto per le attuali scelte istituzionali di revisione del sistema.

In sostanza, il programma Amd di Diabetes Intelligence vuole far emergere le best practice identificando le attività di maggior valore e il modello Sroi con-

sente di mettere in relazione attività e risultati attesi e quindi di attribuire delle priorità (un valore diverso) alle attività assistenziali.

#### I RISULTATI DELLA PRIMA FASE

Per prima cosa, basandosi sul documento Standard Italiani per la Cura del Diabete, le linee guida di riferimento nazionali, sono state identificate 25 attività riconosciute e validate come essenziali nella pratica clinica. Per quanto riguarda i risultati attesi, 19 outcome di ordine sia clinico sia assistenziale sono stati estrapolati dal Piano nazionale per la malattia diabetica e dal Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete.

La fase iniziale del progetto ha previsto il coinvolgimento di 100 opinion leader della diabetologia che attraverso la loro pesatura hanno consentito di elaborare i primi risultati. Il programma è stato però concepito per coinvolgere tutti i nostri soci e in generale gli attori della diabetologia italiana.

Dal punto di vista operativo la pesatura del modello richiede all'intervistato di esprimere la propria opinione su due aspetti: quanto ognuno dei 19 outcome individuati influenzi la qualità dell'assistenza diabetologica nel suo complesso e quanto ciascuna delle 25 attività identi-

ficat influenzi ogni singolo outcome.

Ne sono emerse due scale di priorità. Gli outcome di maggior peso, come ci si poteva attendere, sono risultati quelli di tipo squisitamente clinico e di autonomizzazione del paziente, ma nelle prime posizioni ce ne sono anche alcuni organizzativi: ad esempio, a fianco di "ottimizzazione del controllo metabolico" e "riduzione dell'incidenza di complicanze croniche" o di "controllo e trattamento dei fattori di rischio cardiovascolare" compare la "ottimizzazione dell'offerta specialistica per situazioni specifiche con attivazione di ambulatori dedicati (gravidanza, piede, terapia con microinfusori)". Ciò significa che è riconosciuta l'importanza dell'abilità manageriale nel Ccm ossia di come venga organizzata la struttura. Di interesse, per quanto riguarda le attività, il fatto che le prime nel ranking di priorità siano quelle di autonomizzazione della persona, di empowerment: "garantire l'attività di terapia educativa come parte integrante del piano assistenziale", "definire e gestire il piano terapeutico personalizzato appropriato" oppure "valutare la fragilità (età, etnia, genere...) e altri fattori che possono influenzare la gestione del diabete".

Ma il risultato che emerge con sorprendente chiarezza, non da un'opinione



## DIABETE 1: IL PASSAGGIO DIFFICILE AL MEDICO DEGLI ADULTI

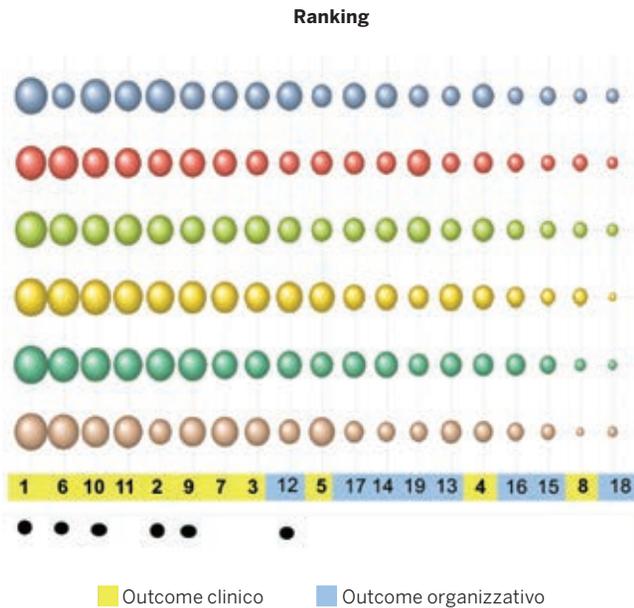
Un'iniziativa di Fnad-Associazione italiana diabetici sostiene i pazienti più giovani nel momento in cui lasciano il centro pediatrico di riferimento per rivolgersi alle strutture dei "grandi"

▲ **Albino Bottazzo**  
Vice Presidente vicario FAND

Incroci prime sei attività / outcome

**PRIME 6 ATTIVITÀ**

- 5 Garantire l'attività di Terapia Educazionale come parte integrante del piano assistenziale
- 9 Definire e gestire il piano terapeutico personalizzato appropriato (ob. metabol., ter. farm. personal., ter. med. nutriz., att. fis.)
- 1 Assicurare l'inquadramento diagnostico specialistico e la valutazione biomedica
- 3 Valutare la fragilità (età, etnia, genere,...) e altri fattori che possono influenzare la gestione del diabete
- 12 Garantire un autocontrollo strutturato (prescriz., erogaz., registraz., educaz., interpretaz. risultati, verifica)
- 2 Valutare la condizione psicosociale individuale (fattori economici, sociali, culturali, contesto familiare, etc)



**PRIMI 6 OUTCOME**

- 1 Ottimizzazione del controllo metabolico in relazione al paziente (personalizzazione degli obiettivi del trattamento)
- 10 Riduzione della incidenza complicanze croniche
- 6 Aumento della partecipazione attiva/adesione alla cura da parte della persona con diabete
- 2 Controllo e trattamento dei fattori di rischio cardiovascolare
- 12 Ottimizzazione dell'offerta specialistica per situazioni specifiche con attivazione di ambulatori dedicati (gravidanza, piede, terapia con microinfusori)
- 9 Aumento delle competenze e delle strategie per trattare il diabete

Mix-x, con la consulenza di Rita Zilich, è il partner scelto da Amd per realizzare il programma DIA&INT

bensi dall'esperienza quotidiana di un campione ben rappresentativo, è che le attività prioritarie, prevalentemente di tipo assistenziale, producono i loro benefici maggiori su outcome di tipo clinico, posizionati quasi tutti fra i primi 10 del loro ranking. A sottolineare proprio come le competenze e le azioni di carattere relazionale, gestionale, organizzati-

ve e comunicative assicurino pari se non maggiore efficacia ed efficienza di quelle professionali biomediche. Il prossimo passo è di tradurre queste attività in prestazioni, associate a precisi indicatori di performance che possano essere proposte ai decisori e auspicabilmente condivise. Il nostro obiettivo, in fondo, è di mettere le nostre competenze

al servizio del cittadino, quello con diabete, ma anche quello che con le proprie tasse finanzia il sistema. ▴

**Parole chiave**

Diabetologia, Diabetes Intelligence, Chronic Care Model (Ccm), Social Return of Investment (Sroi), Business In-telligence  
**Aziende/Istituzioni**  
 Associazione Medici Diabetologi (Amd)

**S**i chiama "FanDiabet&Giovani" il progetto di Fand-Associazione italiana diabetici per sostenere i giovani con diabete mellito di tipo 1 nel delicato momento del cosiddetto "passaggio del testimone", ossia quando si lascia il Centro di diabetologia pediatrica per essere presi in carico da una struttura per l'adulto. Nella vita di questi ragazzi si tratta di una fase critica, anche per la famiglia e per i team diabetologici coinvolti. Il passaggio, con il cambiamento che comporta, suscita spesso paure e ansie legate a svariati fattori: mancata conoscenza della nuova struttura e del

personale medico e infermieristico, diverse modalità di approccio alla persona e al diabete, abbandono di un iter consolidato e distacco da figure rassicuranti. Il mondo degli adulti implica una relazione medico-paziente più formale: è difficile incontrare coetanei e durante i controlli è probabile trovare persone con diabete anziane che mostrano le complicanze. Nel ragazzo può nascere il timore di confrontarsi, la difficoltà a rinunciare alle "premure protettive" cui è abituato, e per la famiglia si paventa la diffidenza nei confronti di una nuova struttura e l'esclusione definitiva dalla gestione della malattia del figlio.

Se gestita male, questa fase può essere causa di peggioramento della prognosi. Infatti, uno dei rischi più comuni è che il ragazzo non si rechi in nessuna delle due strutture, peggiorando di molto il controllo metabolico. A questo proposito, importante è il ruolo ricoperto dalle associazioni delle persone con diabete che operano quale raccordo tra le strutture. Sarebbe tuttavia auspicabile che venissero favorite le esperienze dei centri diabetologici integrati, dove opera sia personale pediatrico sia dell'adulto. Esempi ne esistono: tanto per citarne uno, il Cad di Treviso. Se ne faccia tesoro.