



L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD

**Gruppo Outpatient
Mauro Ragonese**

Componenti

M.Petrizzo P.Pisanu C.Tortul M. Di Mauro M.Calabrese I.Ciullo E.Forte

Consulenti Esterni

V.Armentano G.Santantonio I.Gaeta

Note: Composizione del Gruppo a Progetto "Diabetologia e OutPatient"

Wikipedia

An **outpatient** (or **out-patient**) is a patient who is not hospitalized for 24 hours or more but who visits a [hospital](#), [clinic](#), or associated facility for diagnosis or treatment. Treatment provided in this fashion is called [ambulatory care](#)

Vedi Gruppo AMD:

http://www.aemmedi.it/pages/informazioni/diabetologia_e_outpatient/

L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD

**“... AMD vuole mettere insieme strumenti
proporre un disegno, dare valore**

**FAR EMERGERE IL VALORE SENZA
SOVERTIRE IL SISTEMA ...”**

Note: Nella presentazione del progetto NICE_AMD viene rimarcato uno dei principi basilari del progetto, ovvero la valorizzazione dell'esistente senza il suo sovvertimento
E' fondamentale valorizzare quanto già esistente e su questo costruire le basi di NICE_AMD e del lavoro di ogni Gruppo.
Vediamo quindi su quale "esistente" lavorerà il Gruppo OutPatient
Così arriveremo a capire, per passi il mandato del Gruppo

L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD

Il sistema: la rete

DATABASE INCRETINE AIFA 2010
1650 ambulatori/servizi/strutture
4850 medici

CENSIMENTI AMD 2003/SID 2007
630 - 830 ambulatori

Nel nostro Paese esiste una rete di strutture specialistiche per l'assistenza al paziente con diabete che ha una diffusione capillare e assiste la maggior parte dei pazienti *facendosi anche carico di alcuni aspetti della gestione della malattia non strettamente specialistici.*

Note: L'Italia è caratterizzata da una rete Ambulatoriale Specialistica davvero "mirabile", diffusa capillarmente, unica nel suo genere e valore in ambito internazionale. Non esistono censimenti davvero aggiornati, ma i dati che abbiamo (Registro AIFA, Censimenti AMD e SID) descrivono più di 800 strutture ambulatoriali diabetologiche, che diventano oltre 1600 se consideriamo le iscrizioni al database prescrittivo incretinico di AIFA.

L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD

- Centri Diabetologici Strutturati
 - Intraospedalieri ed Extraospedalieri
 - Ambulatori nell'ambito di varie unità operative (Medicina Interna, Geriatria, ecc.)
 - Specialisti Ambulatoriali
 - Convenzionati Esterni
- Medici di Medicina Generale
(nelle loro varie articolazioni organizzative)

Note: La capillarità della rete è caratterizzata da una spiccata eterogeneità strutturale ed assistenziale. Dobbiamo, in realtà, spesso parlare di disomogeneità tanto è la differenza tra le diverse realtà ambulatoriali. Tale disomogeneità è poi stressata dalla diversa regolamentazione sanitaria regionale. Resta indubbio, indipendentemente da questo, il valore della "rete" ambulatoriale. Modernamente tale rete non può non considerare il ruolo della medicina generale, indipendentemente dalle sue diverse articolazioni funzionali.

L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD

Il sistema: gli indirizzi

Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio

Gruppo di lavoro

Maria Teresa Branca
Raffaella Buzzetti
Domenico Fedele
Carlo B. Giorda
Valeria Manicardi
Domenico Mannino
Maria Franca Mulas
Leonardo Pinelli
Sebastiano Squarrito
Concetta Suraci



DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E
DELL'ORDINAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Commissione Nazionale Diabete

Piano sulla malattia diabetica



DOCUMENTO PER LA RIORGANIZZAZIONE IN TEAM MULTIPROFESSIONALE DI STRUTTURE AZIENDALI DI DIABETOLOGIA SUL TERRITORIO

Gruppo di lavoro: Diabetologia ambulatoriale e del territorio

Coordinatore: Francesco Mario Gentile
Componenti: Vincenzo Armentano, Laura Baruffaldi, Rocco Bulzoni, Ilaria Ciullo, Iole Gaeta,
Maria Franca Mulas, Mauro Ragonese.

Note: Tale rete ha già a disposizione una solida base documentale e legislativa di indirizzo e guida.

Il Piano Nazionale per la Malattia Diabetica

(http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1885_allegato.pdf)

Il Documento per l'Organizzazione dell'assistenza alla persona con diabete in ospedale e sul territorio

(http://www.aemmedi.it/files/Linee-guida_Raccomandazioni/2012/Attivita_diabetologia.pdf)

Il Documento per la Riorganizzazione in team multiprofessionale di strutture aziendali di diabetologia sul territorio

(http://www.aemmedi.it/files/Linee-guida_Raccomandazioni/2012/Documento_diabetologia_ambulatoriale_e_del_territorio.pdf)

L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD

Piano sulla malattia diabetica

Pertanto, oltre alla condivisione dei contenuti, saranno necessari:

- una comunità di intenti;
- posizioni di accordo dei vari interlocutori;
- l'input del Governo centrale, delle Regioni, degli Esperti e delle Società Scientifiche;
- il coinvolgimento del MMG, del PLS e dei team diabetologici territoriali e ospedalieri, nonché di tutte le altre figure professionali coinvolte, delle persone con diabete, delle loro Associazioni e del volontariato;
- una adeguata informazione e formazione;
- l'integrazione tra iniziative di prevenzione e assistenza;
- un impegno ad attuare le best practice e la Evidence Based Medicine (EBM);
- il miglioramento delle attività di coordinamento;
- il miglioramento e la traslazione nella pratica clinica delle attività di ricerca.

Note: La lettura attenta di questi documenti evidenzia subito l'indirizzo ad una gestione della attività diabetologica ambulatoriale di team, multiprofessionale e multidisciplinare, in rete, in una logica di continuità assistenziale, integrata con il territorio, con il coinvolgimento attivo anche delle persone con diabete, del volontariato e dell'associazionismo di settore.

E' la declinazione dei fondamenti del Chronic Care Model (CCM), applicato alla malattia "paradigma" della patologia cronica, ovvero il diabete.

L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD

Il concetto di LEA diabetologico

Ogni Azienda Sanitaria dovrebbe assicurare a tutti i soggetti affetti da diabete tipo 1 e tipo 2 (direttamente o tramite apposite convenzioni con Strutture diabetologiche presenti in aziende ospedaliere o universitarie) i seguenti livelli minimi di assistenza (1):

Caratteristiche di base di una Struttura di Malattie Metaboliche e Diabetologia e requisiti minimi

La Struttura di Malattie Metaboliche e Diabetologia cura, quindi, il paziente con malattie metaboliche e, trattandosi di malattie croniche, al fine di assicurare un'assistenza efficace/appropriata (riduzione di mortalità, morbilità e ricoveri, razionalizzazione ottimale delle risorse, limitazione della variabilità delle prestazioni) sono necessari i seguenti elementi:

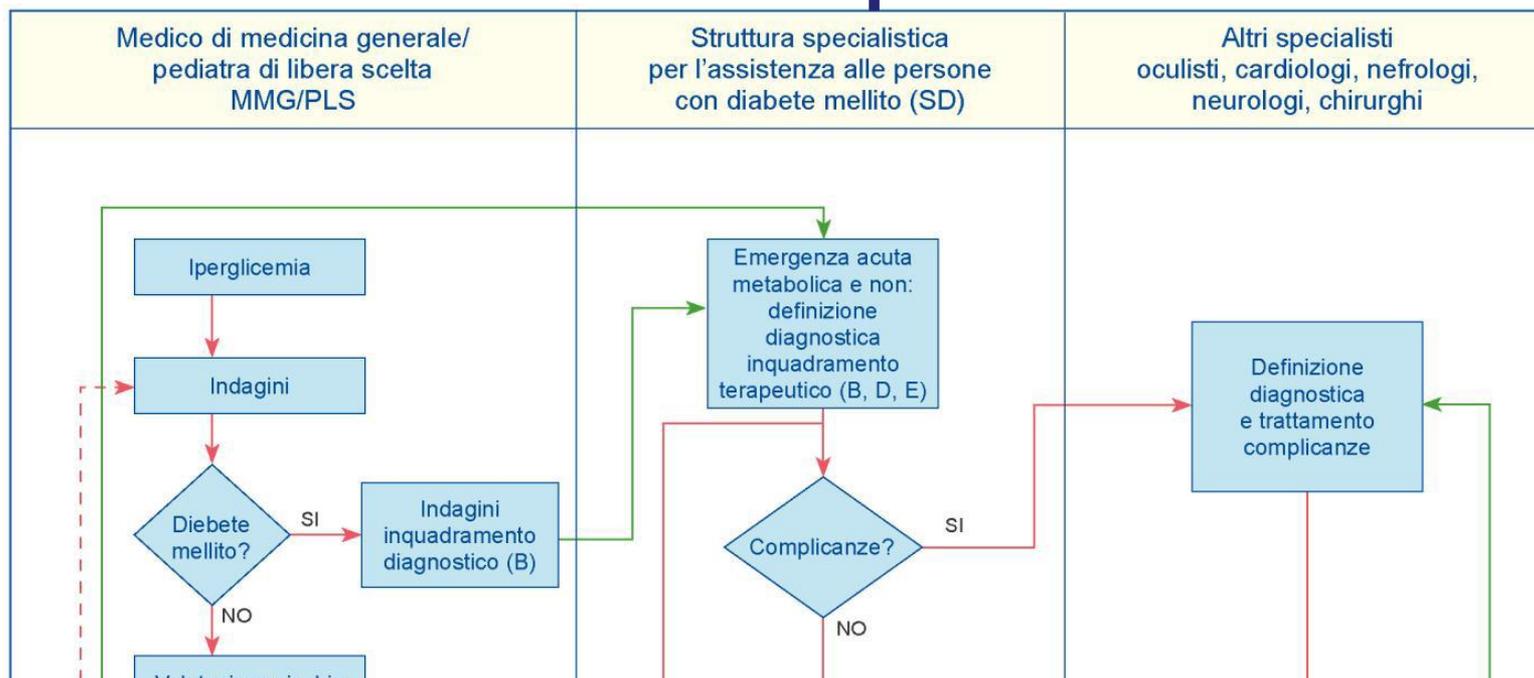
1. Team multiprofessionale dedicato
2. Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA)
3. Integrazione con la Medicina generale e la Medicina del territorio
4. Misurazione dei risultati.

Note: E in questi documenti ci siamo già dati gli elementi per superare la disomogeneità strutturale ed organizzativa.

Introduciamo il concetto di LEA diabetologico e di requisito minimo diabetologico per disegnare come deve lavorare una struttura diabetologica ambulatoriale moderna e modernamente inserita in un CCM.

L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD

Il sistema: i percorsi



Note: Ed è già nel nostro patrimonio culturale (in alcuni casi anche operativo : Emilia Romagna, Marche, Milano, Lazio ...) il concetto di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), dove la logica del continuum assistenziale sposa il concetto di rete e di specificità dei diversi attori nella integrazione (I profili di assistenza per le malattie croniche: il modello Diabete Mellito – N. Musacchio e altri – AMD e Springer-Verlag Italia – 2007) Partendo da questo esistente (rete + indirizzi + percorsi), da tale sistema già molto ricco, quali azioni e in quali campi sarà il cuore del lavoro del Gruppo nella valorizzazione della diabetologia ambulatoriale? Sicuramente nel lavorare sul superamento di tre criticità.

L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD

Il sistema: le criticità

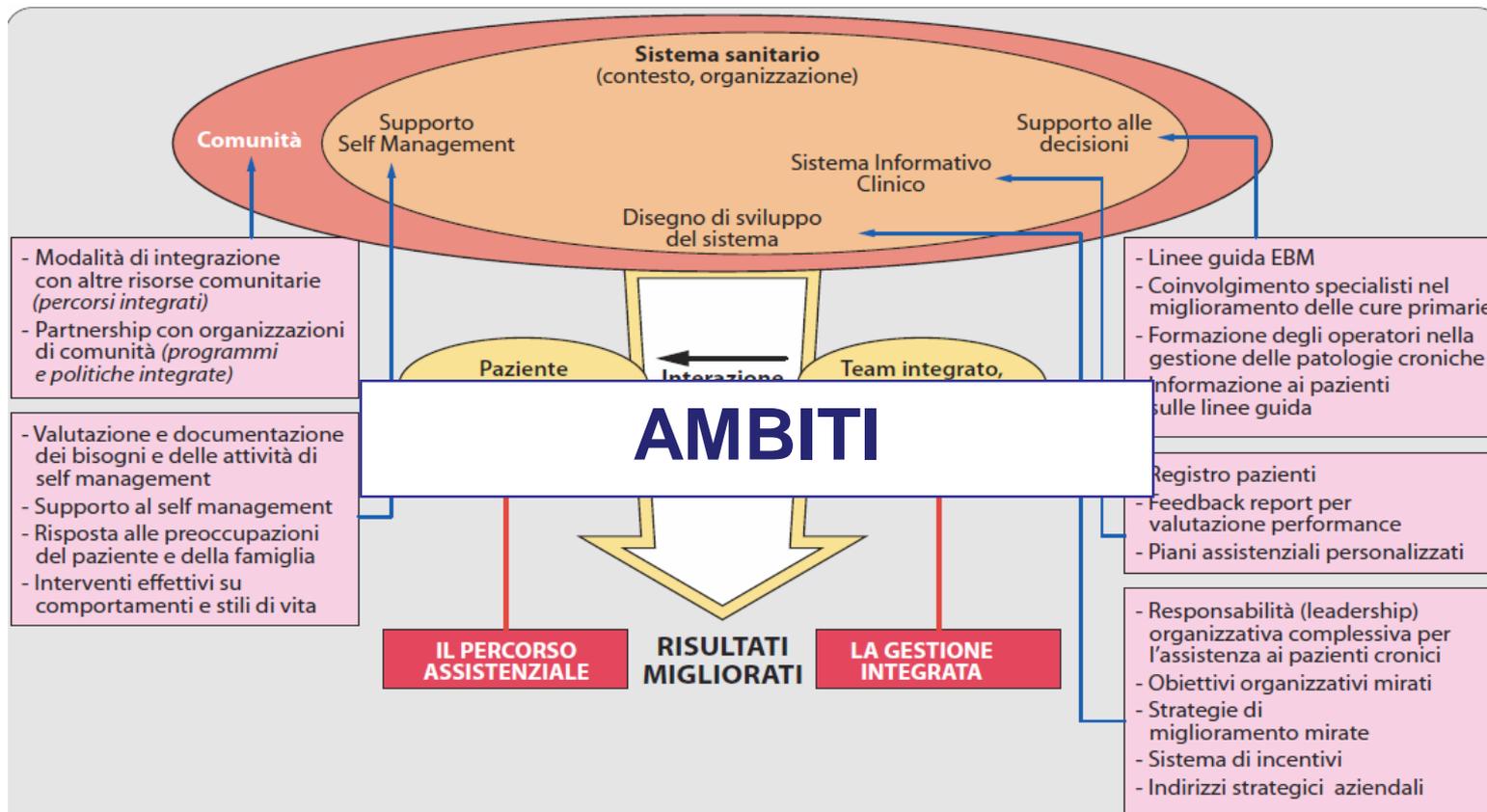


Figura 20. STRUTTURA SISTEMICA DEL CHRONIC CARE MODEL (ADATTATO DA WAGNER 1998).

L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD

- Medievali
- A padiglioni
- Monoblocco verticali
- Futuro?

Nuovo Insegiamento Ospedaliero del Verbano - Cusio - Ossola



vista d'insieme



Note: Nella relazione/presentazione del gruppo InPatient si fa riferimento alla imminente riorganizzazione delle attività sanitarie ospedaliere. E l'attività ospedaliera è stata da sempre al centro di un continuo rimodellamento organizzativo e strutturale. Basti pensare alla evoluzione architettonica dell'ospedale nel corso dei secoli. E forma ha voluto dire funzione e organizzazione. L'ospedale del futuro? Centrato sul bisogno della persona, sulla capacità di rispondere per livelli di intensità, piuttosto che per discipline. E per l'attività ambulatoriale quale futuro?

Il termine **territorio** deriva dal latino **territor** che significa "possessore della terra"

Un territorio, quindi, è un'area definita o delimitata che include porzioni di suolo o di acque, considerata di solito un possesso di un animale, di una persona, di un'organizzazione o di un'istituzione

In biologia, un **organismo che difende un'area dalle intrusioni** (di solito da membri della sua stessa specie) è detto **territoriale**

Note: Siamo abituati al concetto di "Diabetologia Territoriale", ad indicare le caratteristiche di chi la interpreta piuttosto che i bisogni della persona.

Esiste, nel nostro pensare e parlare, lo specialista territoriale e lo specialista ospedaliero.

Senza volerlo introduciamo una discontinuità (vedi l'etimologia di territoriale) nel percorso di cura, una diversità tra i diversi attori, come se ci fossero diverse diabetologie.

Ambulatoriale:

reparto di un ospedale, o locale o insieme di locali adibiti all'esame e alla cura di malati che non necessitano di degenza

Note: Se poniamo al centro del CCM la persona con cronicità e con bisogni di salute ad essa legati sarà l'ospedale a dare risposta ai bisogni di salute che richiedono un ricovero, con diversi livelli di intensità di cura.

Ai bisogni di salute che non necessitano di ricovero (ambulatoriale, outpatient), ovvero ai bisogni di salute che la persona porta con se' "ambulando" deve rispondere l'ambulatorio ed in esso la DIABETOLOGIA AMBULATORIALE.

Ecco la valorizzazione dell'esistente

Così disegniamo effettivamente un continuum assistenziale (IN e OUT) in cui sono i bisogni di salute della persona ad essere centrali

Ed una sola la diabetologia che risponde a tali bisogni, pur se in ambiti e con caratteristiche organizzative e strutturali diverse.

L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD

Il sistema: le criticità

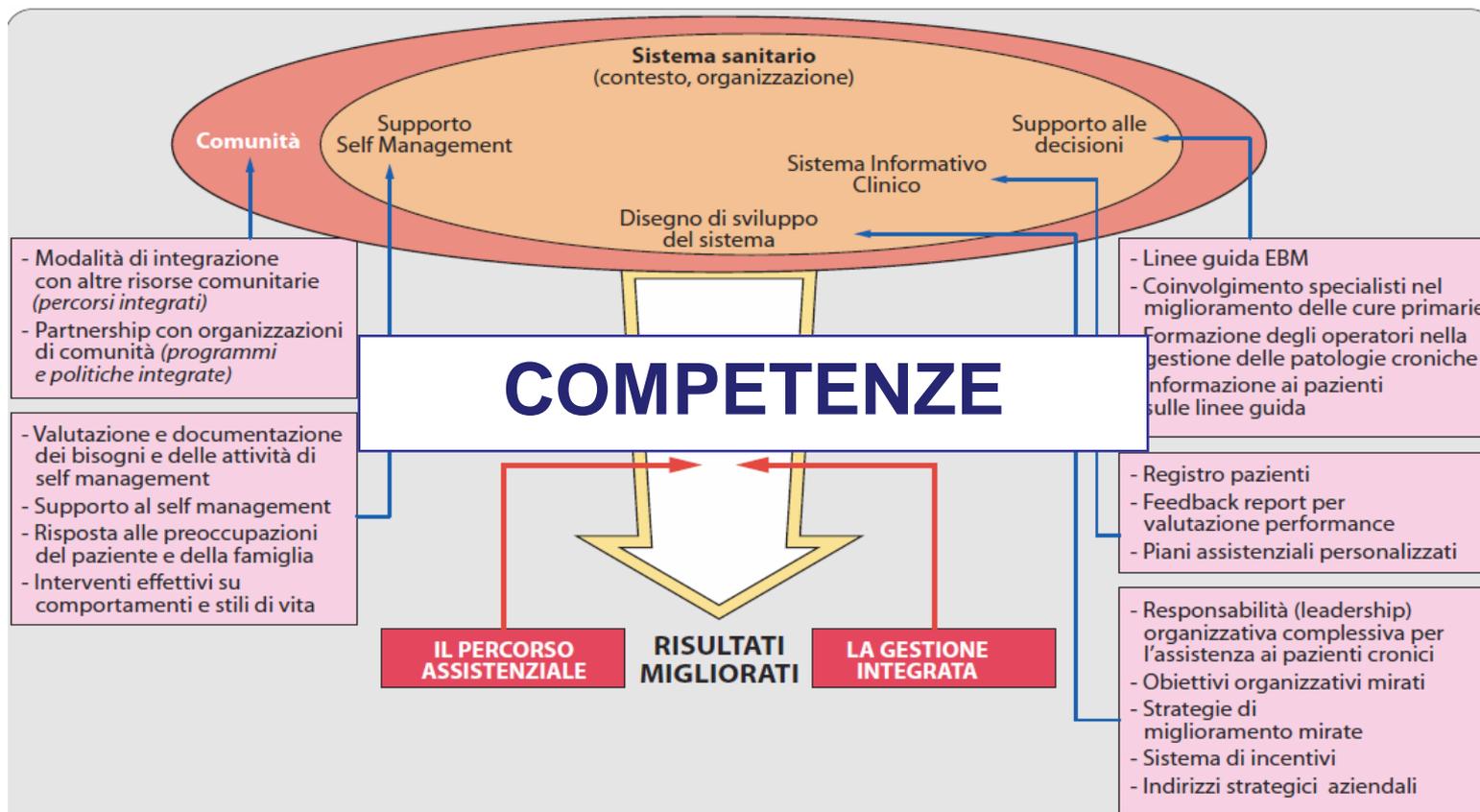


Figura 20. STRUTTURA SISTEMICA DEL CHRONIC CARE MODEL (ADATTATO DA WAGNER 1998).

L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD

Alla Complessità Multidimensionale della malattia diabetica e della sua gestione si deve rispondere con una Moderna Polivalenza:

Tecnica
Educativa
Gestionale
Organizzativa
Relazionale

Comunicativa (es: direction speaking!!)

Note: In un momento storico in cui la diabetologia vive il rischio di una forte involuzione e di un continuo decrescere del riconoscimento del proprio valore tra i decisori è importante la valorizzazione dell'attore principale: il diabetologo ed il team

Il CCM è un sistema complesso, multidimensionale che risponde ai bisogni (anche essi complessi e multidimensionali) del paziente, del Sistema Sanitario e dei Decisori, degli erogatori, dei professionisti.

Siamo culturalmente abituati a centrare il valore del diabetologo (e del team) soprattutto sugli aspetti tecnici, specialistici.

E' solo parzialmente corretto: il moderno attore di un moderno CCM deve essere un diabetologo (ed un team) POLIVALENTE, che arricchisca la valenza tecnica con quelle educative, relazionali, gestionali, organizzative, comunicative.

L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD

La diabetologia moderna prevede uno specialista che sia in grado di operare per la programmazione di processi, risorse, responsabilità e sistemi di valutazione; per l'erogazione di un'offerta di **assistenza qualificata, quantificabile e misurabile.**

Prevede una **grande collaborazione** con tutte le altre figure del mondo sanitario con una particolare attenzione alle **Direzioni Sanitarie e di Distretto**, da intendersi come interlocutori privilegiati con i quali costruire insieme i percorsi per aumentare e rendere evidente il valore dell'operato diabetologico specialistico all'interno del nuovo mondo sanitario.

Note: La modernità della diabetologia e la sua valorizzazione deve prevedere uno specialista (ed un team) che sappia operare per processi e che legga nella quantificabilità e misurabilità delle proprie azioni la piena valorizzazione della propria professionalità.

Saper interagire e "parlare" la lingua degli altri attori del complesso sistema CCM, saper parlare ai decisori, sono competenze indispensabile al moderno diabetologo (ed al team).

L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD

Questa Polivalenza **PUO'** (e deve) **ESSERE**
sola del **diabetologo** e del **team**
diabetologico

E' questo il valore **INSOSTITUIBILE** della
diabetologia in un moderno ed efficace CCM

Note: La valorizzazione della diabetologia in un moderno CCM passa inevitabilmente attraverso la valorizzazione del diabetologo (e del team)
L'unicità e l'insostituibilità, agli occhi dei decisori, è l'obiettivo della valorizzazione della diabetologia

L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD

Il sistema: le criticità

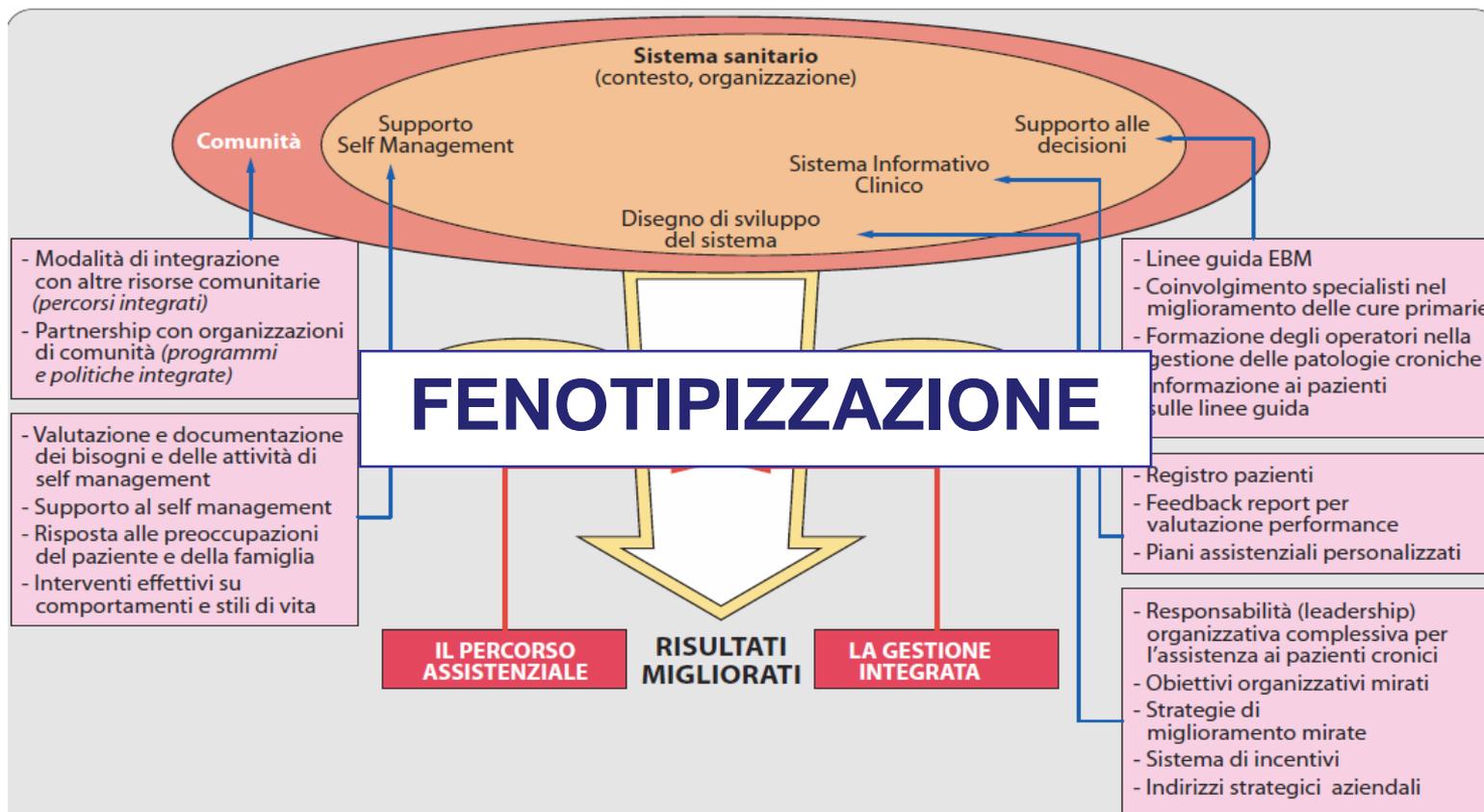
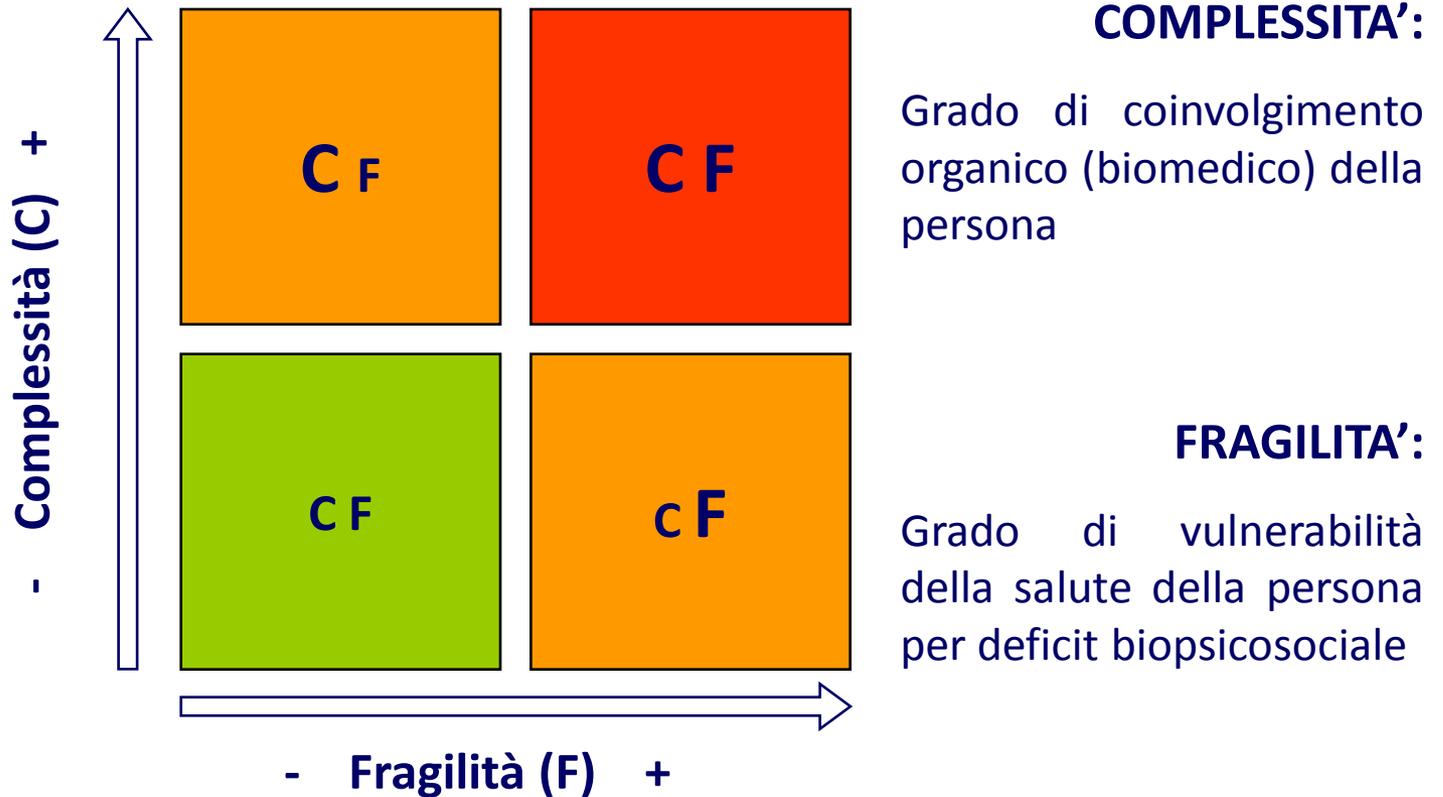


Figura 20. STRUTTURA SISTEMICA DEL CHRONIC CARE MODEL (ADATTATO DA WAGNER 1998).

L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD



Note: Siamo abituati, culturalmente, per percorso di studi e per organizzazione sanitaria, a classificare, a fenotipizzare le persone con diabete per livelli di COMPLESSITA' D'ORGANO. Centrare l'azione della diabetologia ambulatoriale sui bisogni della persona vuol dire ampliare i principi della fenotipizzazione clinica. Dobbiamo passare da una fenotipizzazione monovettoriale (complessità biomedica) ad una su piano cartesiano in cui entra in gioco la FRAGILITA' della persona. Fenotipizzare modernamente la cronicità vuol dire declinare i bisogni di salute della persona simultaneamente sul piano biomedico e biopsicosociale. In un moderno CCM, la diabetologia deve saper rispondere appropriatamente alla persona particolarmente fragile e poco complicata, come a quella poco fragile e molto complicata.

L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD

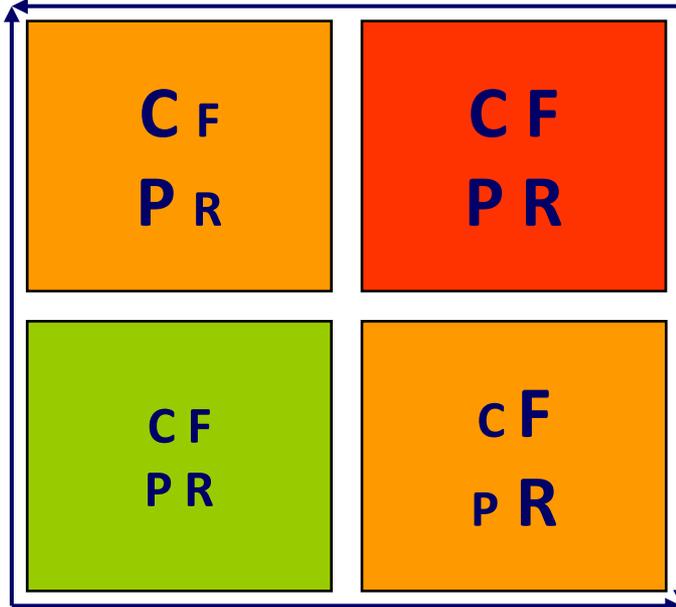
- **Relazione (R)** +

Capacità di definizione ed Intensità di risposta della unità diabetologica al disagio biopsicosociale della persona

Unità Diabetologica

+ **Percorsi (P)** -

Capacità di definizione ed Intensità di risposta della unità diabetologica a specifici bisogni di salute con percorsi assistenziali e profili di cura



- **Complessità (C)** +
Grado di coinvolgimento organico (biomedico) della persona

Persona

- **Fragilità (F)** +

Grado di vulnerabilità della salute della persona per deficit biopsicosociale

Note: Attraverso la corretta fenotipizzazione multidimensionale della persona con diabete è poi possibile declinare i percorsi di cura con cui risponderà "l'unità diabetologica" ai suoi bisogni. Non può esserci piena appropriatezza senza una corretta fenotipizzazione della persona.

L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD

Gruppo OUTPATIENT Obiettivo generale

Valorizzazione, all'interno di un Chronic Care Model, della diabetologia ambulatoriale attraverso la definizione e la promozione della polivalenza del diabetologo e del team

Note: Abbiamo tutti gli elementi ora per sintetizzare i presupposti concettuali nel mandato del gruppo, nel suo obiettivo generale.
Valorizzazione, all'interno di un Chronic Care Model, della diabetologia ambulatoriale attraverso la definizione e la promozione della polivalenza del diabetologo e del team

L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD

Gruppo OUTPATIENT

Obiettivi specifici

1. Declinare ruoli, compiti ed azioni dei diversi attori nelle diverse aree/ambiti della malattia in una logica di “diabetic unit”
2. Declinare la multi competenza del diabetologo
3. Individuare i criteri di fenotipizzazione del paziente per complessità biomedica e fragilità biopsicosociale
4. Individuare i punti da presidiare per assicurare la continuità assistenziale
5. Verificare equità e sostenibilità delle attività (obiettivo trasversale), da promuovere verso i decisori

Note: E questi gli obiettivi specifici, moderni, sfidanti.
Centrarli vuol dire valorizzare il ruolo del diabetologo e del team.
Rispondendo appropriatamente ai bisogni di salute delle persone.
In una logica di continuum assistenziale.
In modo sostenibile ed equo.

L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD

Gruppo OUTPATIENT: proposta operativa

Giugno '15 – Dic '16**Capillarizzazioni per Macroaree regionali
residenziali (2 giorni) con coinvolgimento
Decisori****Gen – Giugno '15****Workshop Multiprofessionale residenziale (4 – 5
giorni) con coinvolgimento Decisori****Ott – Dic '14****FAD propedeutica al workshop Multiprofessionale****Gen – Set '14****Elaborazione criteri e strumenti:**

- 1. Fenotipizzazione multidimensionale della
persona con diabete**
- 2. Valorizzazione polivalenza del diabetologo e del
team diabetologico**

Note: Il Gruppo risponderà al mandato con questa proposta operativa.

Cercando di promuovere l'azione nel modo più diffuso e capillare possibile.

Perché la valorizzazione della diabetologia vuole la valorizzazione ed il coinvolgimento di tutti

Da questo il ruolo attivo anche nella operatività di OSDI, delle Direzioni Generali e Sanitarie, della persona con diabete, delle associazioni.

L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD

FAD + WORKSHOP RESIDENZIALE

4/5 giorni (formazione formatori)

30-40 partecipanti diabetologi

Temi:

- Fenotipizzazione della persona con diabete su piano cartesiano di complessità/fragilità
- Identificazione bisogni della persona con diabete e del diabetologo
- Individuazione delle risposte appropriate al soddisfacimento dei bisogni, in una logica di equità e sostenibilità
- Multicompetenza del diabetologo e della “diabetic unit” e loro valorizzazioni
- Verifica/confronto con decisori amministrativi

Importante la partecipazione al percorso formativo (e nelle capillarizzazioni) dei
Decisori (Direzioni Generali e Sanitarie) per favorire, nella logica della multi
competenza del diabetologo, anche la “direction speaking”

Previste nel biennio successivo (2015-2016)

CAPILLARIZZAZIONI per macroaree con il coinvolgimento dei Presidenti regionali

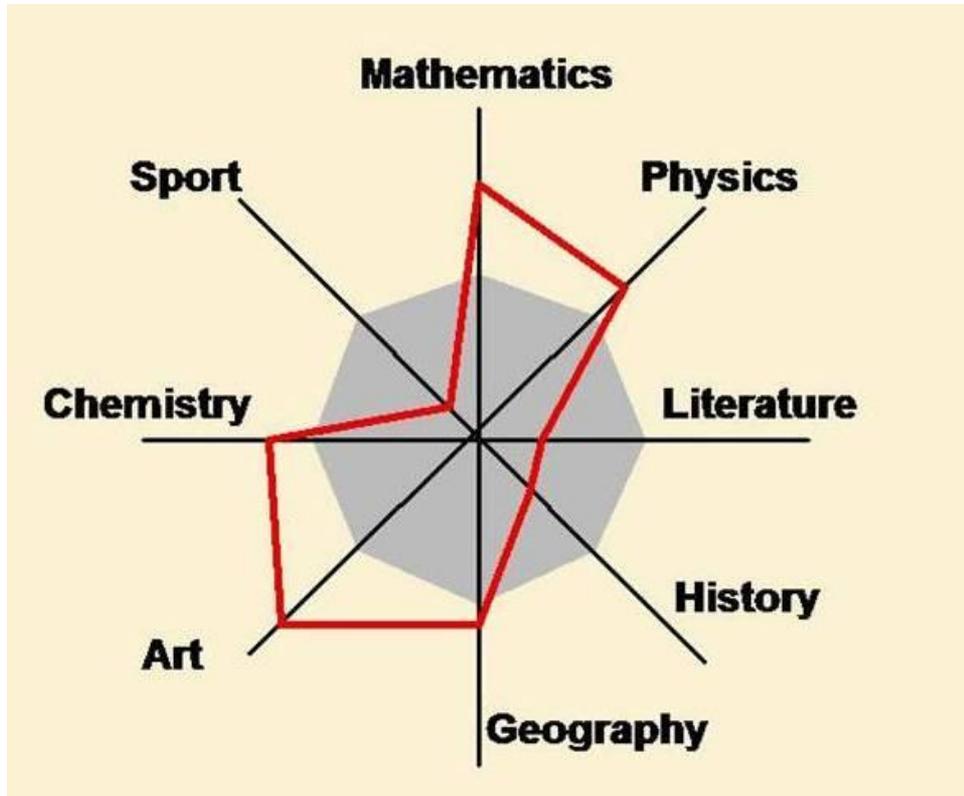
Note: Chiudiamo con lo scheletro formativo del lavoro del Gruppo.

Un workshop, un evento residenziale di più giorni in cui i lavori del gruppo verranno condivisi e rielaborati con 30-40 diabetologi e con tutti gli attori del team

Ci si confronterà direttamente e realmente con le Direzioni, in un gioco di ruolo “reale” ed “istruttivo”.

Poi si procederà alle capillarizzazioni.

L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD



grazie

Note: Chiudiamo con uno strumento che sarà portante nel lavoro del gruppo:

Lo STARPLOT

Il fascino di questo strumento (vedi Annali AMD) è quello di associare una valutazione, in un sistema a molte variabili (multidimensionale), corretta e matematicamente precisa ad una immagine riassuntiva facile ed intuitiva da interpretare.

E sui cui agire correttamente e prontamente.

La multidimensionalità della fenotipizzazione e la polivalenza del diabetologo possono trovare nello starplot uno strumento di misura reale e pratico.