

INTERVISTA AL DR. SANDRO INCHIOSTRO

Intervistiamo il Dr Sandro Inchiostro, Direttore del Percorso Aziendale di Cura del Diabete presso l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento. Il Dr Inchiostro, ex Direttore della Medicina e Pronto Soccorso di Borgo Valsugana, da anni riferimento provinciale per la cura del diabete ci illustrerà quali sono le novità riguardo alla gestione della rete diabetologica provinciale trentina che gli è stata affidata.

Dr. Inchiostro quali sono i principali ambiti su cui verterà la sua attività di direttore di percorso di cura del diabete in Trentino?

La mia funzione è quella di monitorare e coordinare l'attività, che riguarda tutta la gestione del diabete in Provincia, nell'ambito ambulatoriale specialistico, territoriale e ospedaliero, oltre che interfacciarmi con i diabetologi pediatri.

Quali sono i suoi progetti nello specifico?

La cosa su cui sto lavorando in collaborazione con tutta la rete e la medicina generale è la definizione del nuovo PDTA con particolare attenzione ai nuovi strumenti che cercheremo di utilizzare per implementarlo.

Quali saranno le principali novità rispetto al precedente PDTA?

La novità risiederà sostanzialmente nel dare particolare autonomia gestionale al personale infermieristico ambulatoriale e di comunità (figura di recente acquisizione in azienda), nell'utilizzo di strumenti innovativi e tecnologici, e nel dare priorità alla sorveglianza attiva e integrata dei pazienti diabetici giovani e neo diagnosticati tipo 1 e tipo 2, finalizzata alla prevenzione delle complicanze croniche di malattia.

Un progetto ambizioso viste le difficoltà che negli anni i PDTA hanno avuto nella pratica clinica: come pensa di riuscirci?

L'obiettivo è quello di ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane attraverso una ulteriore maggior responsabilizzazione dell'attività infermieristica per mirare all'appropriatezza della visita diabetologica senza penalizzare il monitoraggio della malattia diabetica: il paziente verrà visto in presenza con una periodicità di due anni per il follow-up clinico e poi solo nelle fasi di criticità clinica (esordio per tutti i pazienti diabetici, seguito da un periodo di percorso educativo-terapeutico intensivo personalizzato, deviazione dagli obiettivi terapeutici, che riguardano tutti gli aspetti metabolici e cardiovascolari personalizzati e concordati con il paziente, insorgenza di complicanze che richiedano uno specifico intervento del team diabetologico). Il monitoraggio nei periodi intermedi sarà effettuato in modo standardizzato dall'infermiere, utilizzando la telemedicina, che significa il telefono, la mail, e soprattutto, l'uso di una app dedicata alla gestione del paziente con diabete di tipo 2. Se gli obiettivi terapeutici sono rispettati e non emergono segnali d'allarme il paziente verrà rinviato al successivo controllo, con intervallo di sei mesi. I pazienti con età fino ai 70 anni seguiranno tale percorso presso gli ambulatori diabetologici, i pazienti con età superiore ai 70 anni seguiranno lo stesso tipo di percorso ma gestito dai medici di medicina generale. Anche in questo caso la deviazione dagli obiettivi terapeutici identificati o la comparsa di complicanze intercorrenti vedranno intervenire il team diabetologico in supporto al medico di medicina generale attraverso lo strumento del teleconsulto o della visita in presenza del paziente.

Quali saranno gli strumenti innovativi per la sorveglianza attiva del percorso?

Eseguiamo la sorveglianza attiva sulla popolazione diabetica, attraverso un archivio informatico "Progetto Data Platform" contenente le informazioni sanitarie di tutti i cittadini, da cui attingere le informazioni sui pazienti diabetici per monitorare

sistematicamente gli indicatori di esito intermedio sia a livello provinciale che delle singole realtà territoriali.

Già da anni i nostri diabetologi utilizzano la app *Trec Diabete* costruita appositamente in collaborazione con la Fondazione Bruno Kessler per la gestione in telemedicina della paziente con diabete gestazionale e a breve del diabete tipo 2, parteciperemo inoltre ad un progetto ministeriale "Progetto Telemechron" insieme a Toscana e Lombardia finalizzato a identificare l'utilità della App nella gestione delle malattie croniche.

[Come ha pensato di strutturare il rapporto tra diabetologia e medicina generale e tra i diabetologi nella sua realtà?](#)

La comunicazione con la Medicina Generale, nelle realtà soprattutto periferiche si fonda sulla conoscenza tra professionisti, stiamo iniziando a promuovere il teleconsulto e l'aggiornamento sul campo con i MMG e tra diabetologi attraverso incontri in web periodici su temi clinici, burocratici e organizzativi e attraverso lo stimolo alla costruzione di percorsi comuni e condivisi su tematiche diagnostico-terapeutiche essenziali nella gestione del paziente sia sul territorio che in ambito ospedaliero.

[L'infermiere di comunità e di famiglia: quali saranno i suoi compiti?](#)

La figura dell'infermiere di comunità recentemente inserita in una serie di progetti di gestione integrata delle cronicità e nel percorso ospedale territorio ha iniziato in alcuni distretti, in via sperimentale, progetti di educazione terapeutica strutturata a supporto degli ambulatori e del medico di medicina di famiglia. Contiamo di ampliare le mansioni e le competenze di questa figura soprattutto per la prevenzione e il follow-up delle complicanze croniche di malattia.