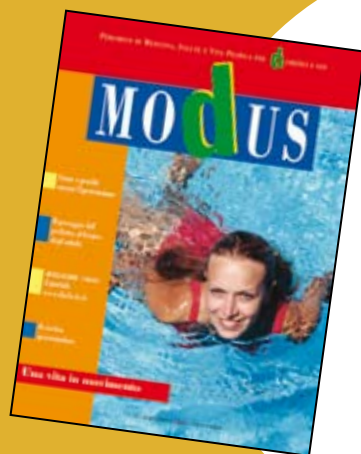


# Percorsi da fare insieme

L'adesione sempre più convinta dei Diabetologi alla filosofia dei Percorsi assistenziali ha trascinato l'interesse dei decisori politici, dei Medici di Medicina Generale e di altre Specialità.

Centri Anti Diabete, l'originale impostazione data in Italia all'assistenza al diabete, contenevano un'intuizione e un limite. L'intuizione consisteva nel fatto che la gestione del diabete doveva avvenire sul territorio, con modalità di accesso anche diretto, a cavallo fra *primary care* e Medicina specialistica. Ma dieci anni fa diveniva chiaro come questo modello, così come del resto il modello ospedaliero della 'corsia di Diabetologia', fosse arrivato al limite della sua efficacia. Il Territorio con la sua articolazione sanitaria, assistenziale, di volontariato e di imprese, pensiamo al ruolo assai importante delle Farmacie, si pone ormai palesemente come 'il' luogo della assistenza alle malattie croniche.



## La realizzazione capillare della Gestione integrata è un obiettivo per i prossimi anni, ma si è ormai superata di slancio la fase pionieristica e volontaristica.

Le ragioni? La necessità di informare e motivare il paziente aiutandolo in compiti sempre più complessi, l'esigenza di seguire, insieme alla glicemia, gli altri fattori di rischio cardiovascolare richiedeva non specialisti singoli ma Team ampi, dotati di figure specializzate e coordinati con altre Specialità. D'altra parte proprio per svolgere questo ruolo la Diabetologia doveva recuperare un rapporto con la Medicina Generale all'insegna dell'appropriatezza delle cure.

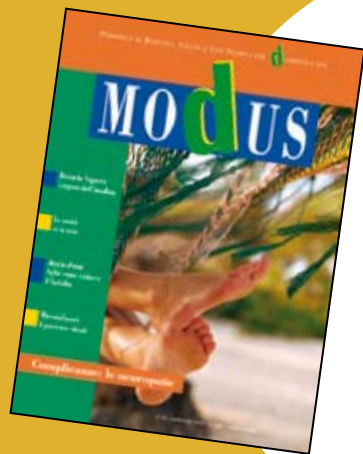
Da quello che si profilava come uno scacco, la Diabetologia italiana è uscita invece con una elaborazione teorica di livello internazionale: i Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e un'ampia serie di esperienze concrete di gestione integrata.

**Gestione integrata: dalle Linee guida al Piano nazionale.** Sono del 2001, vennero presentate al convegno AMD di Torino, le Raccomandazioni cliniche e organizzative AMD-SIMG-SID per il *disease management* del paziente diabetico. Da tempo si parlava di re-

cuperare un rapporto corretto fra il medico specialista e il medico di Medicina generale, superando atteggiamenti di sfiducia o di delega del paziente. Le Linee guida sono il primo documento che, sistematizzando esperienze condotte in varie Asl e distretti negli anni precedenti, propone approcci concreti alla condivisione del paziente, proponendo dei modelli di suddivisione di ruolo fra i pazienti.

L'esistenza di queste Linee guida, riviste e riprese in modo organico negli Standard di cura editi nel 2007, fa del diabete il campo nel quale diviene possibile impostare modelli di assistenza alla cronicità. Non a caso il Piano nazionale di prevenzione delle malattie croniche 2005-2007 sviluppato dall'Istituto Superiore di Sanità (progetto Igea) e fatto proprio dal Ministero della Salute, cita e riprende nelle sue impostazioni la filosofia delle Raccomandazioni AMD-SIMG-SID.

Mettere in pratica su larga scala la Gestione integrata si è rivelato difficile. Come dimostrano i numerosi articoli che sui web delle



sezioni regionali AMD (<http://aemmedi.sezioniregionali.it>), descrivono lo stato di avanzamento del progetto, Regioni diverse hanno incontrato colli di bottiglia nella condivisione informatica dei dati, nella definizione di incentivi, nel reciproco riconoscimento di ruoli. La realizzazione capillare della Gestione integrata è un obiettivo per i prossimi anni, ma si è ormai superata di slancio la fase pionieristica e volontaristica. Siamo ormai tutti d'accordo (e recente è l'adesione dei sindacati della Medicina Generale): questa è la strada da seguire per la gestione del diabete e della cronicità in generale.

**La filosofia dei Percorsi assistenziali.** Ha preso forza in questo decennio un approccio del quale la Gestione integrata è una possibile e parziale messa in opera: la filosofia dei Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali o Pdta. Una filosofia che supera logiche inscritte nel Dna, come si usa dire, dei Sistemi Sanitari e che hanno preso la forma di divisioni fra Specialità, di modalità di calcolo delle prestazioni, di modo di vedere il proprio ruolo da parte di curanti e pazienti. Prima di tutti l'idea di 'percorso' nega l'idea che il curante debba erogare in momenti diversi e staccati singoli 'atti terapeutici' e supera la logica della prestazione. La filosofia del Percorso disinnescava un latente contrasto su chi debba curare il paziente con Sindrome Metabolica.

**Un paziente sempre più anziano.** Il paziente tipo dei Servizi rimane anziano ma è un anziano con una lunga prospettiva di vita. Cresce infatti, di molto, il numero dei grandi anziani. I Diabetologi iniziano a segmentare la popolazione anziana, sollecitare il dialogo con l'assistenza domiciliare, le case di riposo e il volontariato.

Il percorso rappresenta un itinerario ragionato e personalizzato che coordina l'intervento di tutti quelli che possono assistere la persona con diabete: medico di Medicina generale, in primo luogo, Servizio di diabetologia, altri specialisti e così via. Recentemente anche i Farmacisti sono stati coinvolti in questa riflessione.

**Non vi è nulla da inventare.** In questi anni sono stati definiti degli automatismi e provata la loro efficacia. Si tratta di inscrivere questo software, che sono le Linee guida, nell'hardware dei sistemi sanitari. L'approccio dei Percorsi rende evidente all'interno del Sistema Sanitario, una patologia cronica che altrimenti rimarrebbe misconosciuta. In Lombardia, per esempio, il passaggio da una statistica per DRG a una per assistito ha permesso di capire che il diabete era la seconda voce di costo del sistema sanitario regionale.

Si tratta di inscrivere questo software, che sono le Linee guida, nell'hardware dei sistemi sanitari.

