

Organizzazione e gestione dell'assistenza diabetologica

A cura di Marco A. Comaschi

Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, Genova

Che cosa rende efficace e di successo un *team*?

Marco A. Comaschi

Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, Genova

Introduzione e premessa

Poco meno di un mese fa il *National Diabetes Education Program* (NDEP), struttura istituzionale del Dipartimento della Sanità statunitense, in collaborazione con il *National Institutes of Health* (NIH) e il *Center of Disease Control and Prevention*, ha pubblicato un manuale destinato agli operatori sanitari (di qualsiasi tipologia e professione) che sono impegnati nella cura delle persone con diabete. Il titolo del manuale è: *Ridisegnare il team della cura della salute – Prevenzione e gestione del diabete per tutta la vita* (1).

Mi è parso molto interessante e forse in qualche misura utile riportare, su questo numero de "il Diabete", uno stralcio di questo manuale, anche se molti dei colleghi che lo leggeranno si troveranno forse a sorridere di alcune ingenuità tipicamente americane. Le motivazioni che mi hanno indotto a tradurlo e a farlo conoscere ai diabetologi italiani sono diverse: in primo luogo un discreto senso di orgoglio, dal momento che la diabetologia italiana è stata la prima a "parlare" di cura del diabetico in *team*. Circa 15 anni fa la Scuola di Formazione di AMD, quando muoveva i primi passi, organizzava già corsi di *team building* cui partecipavano insieme il medico diabetologo e l'infermiere del servizio. Un altro motivo di orgoglio riguarda anche la primogenitura tutta italiana dei database informatici in diabetologia che ci hanno portato molto lontano nella definizione delle

performance di qualità nell'erogazione delle cure. Con il recente studio QUASAR siamo giunti anche a poter affermare che un alto livello di qualità dei servizi di diabetologia si traduce in modo provato in un miglioramento degli esiti (2). Ora, anche gli americani ci copiano, anche se si dimenticano regolarmente di citarci, dal momento che nella bibliografia del manuale non compare nessuna delle esperienze, ormai decennali, della diabetologia italiana. Comunque, mi è piaciuto il taglio molto pragmatico del manuale che individua e suggerisce due "percorsi", uno in sei passi e uno in cinque, per chi voglia cimentarsi con la costruzione e lo sviluppo di un *team* per la cura del diabete, orientato naturalmente ai principi della *chronic care model*. Alcuni di questi spunti possono essere utili anche per noi. Ho volutamente tralasciato di riportare tutta la parte introduttiva del manuale (che riguarda i modelli di cura della cronicità) e tutta la parte finale, che invece descrive con molta dovizia i diversi metodi di finanziamento nella realtà americana e i vari *settings* specialistici e professionali, citando poi in appendice alcune realizzazioni pratiche in differenti stati americani. La parte centrale del manuale, che è invece qui di seguito riportata tradotta in italiano, riguarda proprio i due "percorsi" cui si accennava prima: il primo, in sei passi, dedicato alla "costruzione" del *team* e il secondo, invece, in cinque passi, incentrato sui concetti del mantenimento, rinforzo e miglioramento del *team* stesso. A conclusione del manuale gli

autori scrivono questa frase che, nella nostra esperienza italiana, avremmo potuto scrivere più o meno dieci anni fa: *“Team care is likely to play a major role in future health care systems designed to provide comprehensive lifetime prevention and management of chronic diseases such as diabetes”*.

Il ruolo integrato del paziente e della famiglia

Il *team* di cura integra le abilità degli operatori delle cure primarie e di altri professionisti con quelle dei pazienti e dei membri della famiglia in un vasto e globale programma di gestione del diabete per tutta la vita (3, 4) che deve essere di elevata qualità e neutro (5) o costo-efficace dal punto di vista dei costi (6). Il paziente è il membro centrale del *team*, dal momento che la maggior parte della cura del diabete è condotta proprio dalla persona con diabete o dai suoi familiari. I pazienti hanno necessità di capire i loro ruoli come “curanti di se stessi” e decisori per potere lavorare con efficacia con gli altri componenti del loro *team* di cura. I familiari assumono un ruolo ancora maggiore - o quasi esclusivo - nel caso di bambini o adolescenti con il diabete.

Professionisti delle cure

I *teams* normalmente includono altre figure professionali con competenze e abilità complementari che sono dirette a un obiettivo e a un approccio comune (7). La composizione del *team* varia a seconda delle necessità del paziente, della presa in carico, delle strutture organizzative, delle risorse, degli ambienti clinici, della localizzazione e delle competenze professionali (8). È essenziale che esista una singola figura con compiti di coordinamento dei lavori di tutto il *team*. Ulteriori allargamenti del *team* possono essere sviluppati per mezzo dell'uso di approcci non tradizionali e innovativi, come per esempio la telemedicina.

Come può realizzarsi un *team*?

In letteratura sono riportati numerosi esempi di gestione in *team* delle persone con diabete. Una meta-anali-

si del 2006 ha definito l'impatto sul controllo glicemico di 11 differenti strategie per il miglioramento della qualità delle cure in soggetti adulti con diabete tipo 2 (9). Due, tra queste 11 diverse strategie, erano associate a una significativa riduzione dell'emoglobina glicata (HbA_{1c}) di almeno 0,5 punti: si trattava di modificazioni del *team* e di tecniche di *case management*.

1. Le modificazioni efficaci del *team* erano caratterizzate dalla presenza di multidisciplinarietà, dalla gestione integrata della cura tra specialisti e medici delle cure primarie o dall'aggiunta al *team* di un nuovo membro con uno specifico ruolo professionale.
2. Le tecniche efficaci di *case management* coinvolgevano sempre l'infermiere o il farmacista *case manager* che perseguiva aggiustamenti terapeutici in base ad algoritmi definiti dal medico.

Malgrado queste e altre evidenze, c'è a tutt'oggi una discussione ancora abbastanza scarsa sul contributo del *team* al miglioramento del controllo metabolico del paziente con diabete.

Come costruire e mantenere *teams* efficaci

Un programma in sei *steps* (*six team-building steps*) offre importanti considerazioni per chi vuole creare o espandere il *team* di cura: l'impegno della *leadership*; i membri che contribuiscono al *team*; una popolazione di pazienti ben identificabile; risorse adeguate; un sistema strutturato per il miglioramento continuo della qualità della cura e infine un piano di valutazione dell'efficacia.

Il programma “5 *steps*” per mantenere un *team* di successo (*five steps to maintain a successful team*) fornisce gli elementi che un *team* già operante in modo positivo può e deve promuovere: coordinamento e comunicazione del e nel *team*; soddisfazione dei pazienti, qualità della vita e autogestione; una rete di costante supporto da parte della comunità; il follow-up del paziente e l'uso costante di un sistema informativo computerizzato sicuro.

Six *team-building steps*

Assicurare l'impegno della *leadership*

Il primo *step* richiede agli operatori e ad altri decisori di impegnarsi per la realizzazione di un *team* di cura

multidisciplinare e di reperire le risorse necessarie e le infrastrutture che consentano al *team* stesso di lavorare. Successivamente uno specifico gruppo di progetto potrà proseguire negli ulteriori passaggi.

1. Selezionare clinici riconosciuti e rispettati che servano da catalizzatori per generare interesse e sostegno tra i colleghi.
2. Programmare ed eseguire incontri con gli operatori delle cure primarie e con altri potenziali membri del *team*, decisori politici e specialisti in economia.
3. Coinvolgere i membri "centrali" del *team* molto precocemente in incontri decisionali di tipo sia clinico sia organizzativo.
4. Dimostrare il lavoro del *team* su piccola scala, se necessario, per definirne la fattibilità, l'efficacia e l'impatto.

Identificare i membri del team

1. Invitare i potenziali membri a impegnarsi nella partecipazione.
2. Chiarire subito i ruoli dei membri al fine di risolvere eventuali incomprensioni sulla *leadership* o sulla sovrapposizione di alcune competenze (10).
3. Assicurare rispetto reciproco e *vision* comune.

Identificare la popolazione dei pazienti

1. La definizione iniziale può essere limitata alle caratteristiche demografiche generali e a una stima delle proporzioni di persone con diabete tipo 1 o 2 e gestazionale.
2. Un'ulteriore definizione potrebbe essere quella della presenza di fattori di rischio, del numero dei pazienti con o senza complicanze della malattia, della gravità delle complicanze presenti, del grado di eventuale comorbidità, dell'uso di servizi sanitari e dell'erogazione di cure o pratiche di prevenzione (11).
3. Una volta che la popolazione è nota, il *team* potrebbe decidere di stratificarla in diversi gruppi a seconda dell'intensità dei servizi necessari/richiesti:
 - a. pazienti di nuova diagnosi con limitate complicanze correlate al diabete dovrebbero poter beneficiare di cure o pratiche di prevenzione relativamente di basso costo, focalizzate sulla riduzione dei fattori di rischio e sulla promozione alla salute;
 - b. pazienti con complicanze o altre comorbidità nei due anni precedenti che potrebbero avere necessità di una gestione più intensiva con maggior uso di risorse.

Definire le risorse

1. Identificare i punti di forza e di debolezza tra le risorse presenti. Assicurarsi che spazi, equipaggiamenti e forniture siano a disposizione.
2. Definire i meccanismi di pagamento per i servizi professionali, per l'equipaggiamento e per le forniture.
3. Assemblare protocolli di facile uso per la prevenzione e la gestione del diabete, strumenti e materiale per l'educazione per assicurare l'erogazione di cure culturalmente adeguate e coerenti. Questi protocolli dovranno includere standard di cura, linee guida di trattamento, algoritmi, materiali per l'educazione dei pazienti, *flowcharts*, ordini permanenti, adesivi e altri sistemi di registrazione e rinforzo.

Sviluppare un sistema di controllo e miglioramento continuo della qualità

1. Definire la filosofia, gli obiettivi e le mete del *team*.
2. Sviluppare un sistema informativo sicuro per l'identificazione dei pazienti, la raccolta dei dati, l'andamento nel tempo e il monitoraggio del raggiungimento delle misure di *performances* cliniche specifiche, come l'HbA_{1c}, la pressione arteriosa, i valori *target* dei lipidi e, allo stesso tempo e modo, anche la soddisfazione del paziente e gli indicatori della qualità di vita.
3. Determinare la struttura e lo scopo del programma o del servizio. I *teams* possono erogare cure mediche e cliniche: *counseling* sulla diminuzione del rischio di diabete; gestione del diabete stesso, dell'ipertensione e delle alterazioni lipidiche; educazione all'autogestione e alla terapia nutrizionale; *counseling* psicosociale; indicazioni per la riduzione dei fattori di rischio delle complicanze; screening diagnostico delle complicanze stesse; programma di follow-up; coordinamento per l'avvio a valutazioni specialistiche; accesso, infine, alle risorse di sostegno della comunità.
4. Porre le basi della cura su linee guida EBM (*evidence based medicine*) adattate da standard ampiamente accettati o linee guida che soddisfino le condizioni locali (12). Sviluppare sistemi di continuità di cura per mezzo di regolari incontri del *team*, con documentazioni e informazioni costantemente condivise tra i vari membri, se possibile attraverso sistemi informatici.
5. Strutturare un sistema di remunerazione per i servizi professionali.

Valutare gli esiti e adeguarli quando necessario

Una valutazione periodica degli indicatori di processo ed esito è di grande aiuto nel migliorare la funzione del team e la cura del paziente.

1. I database con report analitici, le registrazioni dei risultati degli *audit*, l'utilizzazione di vari dati (durata delle degenze, accessi ai Pronto Soccorso, denaro speso) possono aiutare nella valutazione degli esiti delle cure del *team*, determinare i progressi successivi e indicare il raggiungimento da parte del *team* delle misure di qualità attese.
2. La soddisfazione dei pazienti e interviste o questionari che esplorino la qualità della vita sono in grado di provvedere *feedback* per il team e di influenzare lo scopo e la maniera dell'erogazione delle cure.
3. Documentare con accuratezza gli esiti raggiunti in termini clinici, comportamentali e finanziari, in modo da poter mostrare al soggetto pagante e agli altri *stakeholders* il valore del servizio e dell'investimento.

Five steps to maintain a successful team

Promuovere la soddisfazione del paziente, la qualità della vita e l'autogestione

1. Porre attenzione alle preoccupazioni del paziente relative a problematiche economiche, alla confidenzialità, ai tempi di attesa, all'accessibilità degli operatori e alla continuità di cura al fine di migliorare la soddisfazione.
2. Provvedere all'educazione all'autogestione, fornendo al paziente le conoscenze e le abilità per partecipare attivamente alla cura, prendere sempre decisioni con ampia informazione, stabilire obiettivi in collaborazione, condurre una gestione quotidiana, valutare insieme i risultati dei trattamenti e conservare sempre una comunicazione all'interno del *team*.
3. Ridefinire continuamente gli obiettivi condivisi per mantenere nel tempo il loro raggiungimento.

Promuovere una rete di sostegno nella comunità

Il sostegno della famiglia, degli amici e dell'intera comunità può aiutare le persone con diabete a mantenere le pratiche di autogestione nel tempo e a fornire una positiva immagine di sé.

1. Stimare il reale sostegno della comunità: eventuali fondi istituzionali, finanziamenti da agenzie, gruppi, servizi, industrie.

2. Aiutare e stimolare le persone con diabete a sviluppare un appoggio dalla rete della comunità che include la famiglia, gli amici, gruppi di sostegno, comunità religiose e servizi necessari, come per esempio un sistema per i trasporti.
3. Incoraggiare le organizzazioni della comunità a sostenere l'attività fisica e i concetti di una sana alimentazione per tutti al fine di creare un ambiente che riesca a contribuire al miglioramento della salute e della qualità della vita.

Mantenere il coordinamento e la comunicazione del team

1. Sviluppare procedure chiare per facilitare il coordinamento di tutti i servizi necessari.
2. Utilizzare algoritmi di trattamento standardizzati.
3. Rivedere tutto con periodicità per assicurare la continuità della cura e la soddisfazione del paziente.
4. Ideare metodi di comunicazione tra i membri del *team* e il paziente, come per esempio incontri del *team*, tavole rotonde con i pazienti, giornalini e notiziari per promuovere coesione e approcci comuni.
5. Stabilire obiettivi clinici individualizzati per ogni paziente per glicemia, lipidi, HbA_{1c}, pressione arteriosa e peso corporeo e obiettivi comportamentali per l'introito alimentare e l'attività fisica. Questi *targets* costituiscono una base per la discussione delle strategie di gestione, degli obiettivi condivisi e della valutazione delle misure di esito.
6. Sviluppare e mantenere una strategia di comunicazione coerente da parte di tutti i membri del *team* per incrementare le possibilità di comprensione del paziente e i suoi comportamenti efficaci di autogestione.
7. Comunicare e documentare le informazioni pertinenti attraverso, se possibile, un sistema informatico.
8. Incoraggiare un rispetto reciproco tra i membri del *team* e il paziente.

Uno strumento di pianificazione e documentazione a disposizione di tutti potrà aiutare i diversi membri a chiarire responsabilità, coordinamento e a comunicare i progressi del paziente nel tempo (10). I referti specialistici potranno essere direttamente riportati nel *file* del paziente attraverso *reports* informatizzati.

Provvedere il follow-up

Un follow-up continuo e visite regolari programmate per l'educazione, il sostegno, la gestione e le cure pre-

ventive sono importantissimi per la riuscita del *team*. Un sistema per monitorare e richiamare le persone per gli appuntamenti, le cure e le visite in agenda e per definire gli obiettivi in modo condiviso facilita l'erogazione dei servizi.

1. I servizi di prevenzione essenziali includono l'esame dei piedi, lo screening per la microalbuminuria, l'acuità visiva e la pressione del globo oculare, la valutazione del fondo dell'occhio e uno screening del cavo orale con eventuale cura preventiva odontoiatrica.
2. Il follow-up può essere inteso sia come visita di persona, sia come contatto con altri membri del *team* e *partners* della comunità, con colloqui telefonici o invio di questionari via fax o e-mail. Mandare messaggi di ricordo ai pazienti è un modo utile per il mantenimento della relazione con il *team*.
3. Fare in modo che il paziente possa inviare dati sull'autocontrollo e ricevere in risposta anche consigli telefonici è molto utile per ridurre l'eccesso di visite dirette ed è in grado di prevenire eventi avversi. Ciò è indispensabile se il paziente vive in aree disagiate (13–15).

Usare la tecnologia informatica sanitaria (health information technology)

Un sistema informatico clinico sicuro è in grado di:

1. identificare le persone con diabete, centralizzare i loro dati e valori di laboratorio, suggerire una modificazione nel dosaggio dei farmaci e attuare invii dei pazienti ad altri operatori o specialisti;
2. ricordare al *team*, in modo automatico, di fare educazione all'autogestione, dare consigli sulla prevenzione e programmare le visite di follow-up;
3. aiutare il monitoraggio della qualità delle cure, mettendo insieme i referti medici, i risultati degli *audits*, confrontandoli con le misure precedenti o iniziali o i risultati ottenuti in altre sedi;
4. raccogliere le misurazioni degli esiti e costruire *reports* su di esse.

Bibliografia

1. NDEP: Redesigning the Health Care Team. NIH Publication no. 11-7739. www.YourDiabetesInfo.org
2. Rossi MC, Lucisano G, Comaschi M, et al. Quality of diabetes care predicts the development of cardiovascular events: Results of the AMD-QUASAR study. *Diabetes Care* 34: 347–352, 2011.
3. Roman SH, Harris MI. Management of diabetes mellitus from a public health perspective. *Endocrinol Metab Clin North Am* 26: 443–474, 1997.
4. Quickel KE Jr. Managed care and diabetes, with special attention to the issue of who should provide care. *Trans Am Clin Climatol Assoc* 108: 184–195, 1996.
5. Scanlon DP, Hollenbeak CS, Beich J, et al. Financial and clinical impact of team-based treatment for Medicaid enrollees with diabetes in a federally qualified health center. *Diabetes Care* 31: 2160–2165, 2008.
6. Huang ES, Zhang Q, Brown SE, et al. The cost-effectiveness of improving diabetes care in U.S. federally qualified community health centers. *Health Serv Res* 42: 2174–2193, 2007.
7. Ray MD. Shared borders: Achieving the goals of interdisciplinary patient care. *Am J Health Syst Pharm* 55: 1369–1374, 1998.
8. Funnell MM, Brown TL, Childs BP, et al. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 30: 1630–1637, 2007.
9. Shojania KG, Ranji SR, McDonald KM, et al. Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: A meta-regression analysis. *JAMA* 296: 427–440, 2006.
10. Hastings C. The changing multidisciplinary team. *Nurs Econ* 15: 106–108, 1997.
11. Englgau MM, Geiss LS, Manninen DL, et al. Use of services by diabetes patients in managed care organizations. Development of a diabetes surveillance system. CDC Diabetes in Managed Care Work Group. *Diabetes Care* 21: 2062–2068, 1998.
12. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes – 2011. *Diabetes Care* 34: S11–61, 2011.
13. Sarkar U, Handley MA, Gupta R, et al. Use of an interactive, telephone-based self-management support program to identify adverse events among ambulatory diabetes patients. *J Gen Intern Med* 23: 459–465, 2008.
14. Fursse J, Clarke M, Jones R, et al. Early experience in using telemonitoring for the management of chronic disease in primary care. *J Telemed Telecare* 14: 122–124, 2008.
15. Piette JD, McPhee SJ, Weinberger M, et al. Use of automated telephone disease management calls in an ethnically diverse sample of low-income patients with diabetes. *Diabetes Care* 22: 1302–1309, 1999.

