



Modelli organizzativi e competenze avanzate per l'assistenza infermieristica in ambito diabetologico: tendenze internazionali e nazionali

Revisione della letteratura

Gruppo di progetto

Maria Teresa Branca
Roberta Chiandetti
Giovanni Lo Grasso

Consulente
Alvisa Palese

Consiglio Direttivo Nazionale OSDI

Presidente

Roberta Chiandetti

Past President

Maria Teresa Branca

Vice Presidente

Giovanni Lo Grasso

Segreteria

Giuseppe Frigau

Consiglieri

Gemma Annicelli,
Lia Cucco,
Raffaella Fiorentino,
Elisa Levis,
Alberto Panbianco,
Clara Rebora,
Anna Satta Hai,
Anna Maria Tesei,
Claudio Vitello

© Tutti i diritti riservati

E' vietata la riproduzione, anche parziale, con qualsiasi mezzo effettuata, compresa la fotocopia, anche ad uso interno o didattico, non autorizzata

PREFAZIONE

La presente revisione della letteratura nasce dall'esigenza di approfondire il dibattito sui modelli organizzativi di assistenza infermieristica, in ambito diabetologico, a livello internazionale e nazionale ed analizzare in che modo le competenze dell'infermiere possono condizionare positivamente i risultati di salute. Si tratta di tematiche di rilevante attualità determinate dal crescente carico assistenziale conseguente al progressivo aumento dell'incidenza di malattie cronico-degenerative, tra cui il diabete, e dalla necessità di fornire ai pazienti con problematiche croniche una risposta assistenziale complessa e prolungata nel tempo. Ciò impone una riflessione circa la necessità di identificare, disegnare e costruire modelli organizzativi che riescano a coniugare la più elevata qualità dell'assistenza perseguibile con una adeguata razionalizzazione delle risorse.

Puntare sulla *responsabilizzazione* e il coinvolgimento diretto di tutti gli "attori" dell'assistenza risulta una strategia vincente per ottimizzare la presa in carico del paziente con malattie croniche e arginarne l'aspetto economico.

Responsabilizzare significa, però, investire sulle competenze dei professionisti, i quali devono potersi avvalere di una formazione avanzata, non solo clinica (nelle sue componenti tecniche, relazionali ed educative) ma anche strettamente organizzativa.

Vi sono evidenze scientifiche recenti, dalle quali emerge che il modello organizzativo che meglio rie-

sce a raggiungere obiettivi di efficacia e di efficienza è quello basato su:

- *approccio alla malattia diabetica e dei sistemi sanitari di tipo multiprofessionale e multidisciplinare;*
- *coinvolgimento attivo e consapevole, nel percorso di cura, della persona con diabete.*

Si tratta di abbandonare l'idea di costruire percorsi/contenitori, all'interno dei quali il paziente si deve adeguare. Piuttosto è necessario pensare ad un percorso che vada verso il paziente e nel quale i bisogni di salute dello stesso e il suo attivo coinvolgimento siano l'elemento cardine.

Non è, infatti, pensabile che nella presa in carico di un paziente con una malattia cronica la persona interessata non sia fortemente coinvolta, impegnata e motivata alla cura di sé.

Un paziente coinvolto, autonomo e quindi consapevole, è in grado di prendere attivamente decisioni quotidiane nella gestione della propria malattia, si parla in questo caso di autogestione della malattia. Egli si trova al centro di un percorso di cura che si fonda sulla cultura dell' integrazione e che si articola nelle diverse realtà sanitarie (ospedale, territorio, residenze protette e domiciliari).

Per fare ciò è indispensabile che i sistemi sanitari siano in grado di comunicare e confrontarsi; solo in questa condivisione ciascun paziente trova, in ogni fase della propria malattia, la risposta assistenziale

più appropriata, più efficace ed efficiente ai propri bisogni di salute.

È nello sforzo di assicurare tali standard di qualità nell'assistenza, che il modello organizzativo integrato persegue l'utilizzo e l'ottimizzazione di tutte le risorse disponibili nel territorio, particolarmente quelle professionali.

Inoltre, i modelli assistenziali di approccio alla persona con diabete o con malattia cronica in generale, non possono più prescindere dal cercare di raggiungere anche altri obiettivi indispensabili tra cui: la maggiore equità di accesso alle cure, la maggiore uniformità di cura su tutto il territorio nazionale con la conseguente riduzione della diseguaglianza sociale, la riduzione del peso della malattia sul contesto sociale e, in generale, una maggiore efficacia ed efficienza dei servizi sanitari.

Dovendo discutere dell'organizzazione dei servizi *socio-sanitari* per il paziente cronico, è inderogabile affermare che, in primo luogo, non esistono modelli organizzativi in assoluto validi ed adeguati, ma esi-

stono organizzazioni centrate o meno sulla popolazione a cui si rivolgono. Attualmente i nostri servizi socio-sanitari sono più centrati sulle necessità interne piuttosto che sui bisogni della popolazione, per questo si rende necessario intervenire, affinché il paziente possa trovare nell'assistenza infermieristica e in quella di base una effettiva risposta alle sue esigenze.

In questa revisione della letteratura, che si differenzia dalle precedenti, si è cercato di fornire gli elementi utili ad una riflessione e ad una comparazione delle varie realtà organizzative internazionali.

Il lavoro per la produzione di questo elaborato è stato notevole, ma non sarebbe stato possibile senza la preziosa collaborazione della Prof.ssa A. Palese e dalla dott.ssa Irene Mansutti, che ringraziamo infinitamente.

Un ringraziamento va anche a tutti soci che hanno dato il proprio contributo nell'individuazione di elementi utili per elaborare questo documento.

Il Direttivo Nazionale OSDI

INDICE

1. INTRODUZIONE	7
2. MATERIALI E METODI	8
3. RISULTATI	11
3.1 I modelli concettuali in campo diabetologico	11
3.2 I percorsi di avanzamento delle competenze	12
3.3 I modelli organizzativi e il ruolo degli infermieri	14
3.4 I modelli organizzativi instabili	19
3.5 Uno sguardo alla realtà italiana	20
4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	30
BIBLIOGRAFIA	32

L'infermieristica, come peraltro la medicina, è una scienza in costante evoluzione. Il continuo ampliamento delle conoscenze e la sempre maggiore esperienza clinica, nonché i feedback preziosi dei pazienti espressi in forma individuale e associativa, porta alla conseguente necessità di continue modifiche nell'offerta assistenziale e degli interventi infermieristici. Questa esigenza di continua modifica e revisione rende il nostro lavoro altamente sfidante. Gli autori e l'editore di questa opera hanno posto ogni attenzione per garantire l'accuratezza delle raccomandazioni e il loro accordo con la letteratura disponibile al momento della pubblicazione. Tenendo tuttavia conto dell'errore umano e dei continui sviluppi della letteratura, gli autori, l'editore ed ogni altra persona coinvolta nel progetto, non possono garantire che le informazioni contenute siano accurate o complete ed aggiornate in ogni parte. Non possono inoltre essere ritenuti responsabili di eventuali errori, omissioni o dei risultati ottenuti dall'applicazione delle informazioni contenute.

Nell'applicare le informazioni qui riportate si raccomanda pertanto di valutare le condizioni del paziente, le sue preferenze e valori, le condizioni cliniche, le risorse disponibili nonché le indicazioni che emergono dalla propria esperienza e giudizio clinico.

INTRODUZIONE

Il diabete è una malattia basata sull'autogestione. Il paziente può affrontare la sua malattia, gestirla, prevenire le complicanze e mantenere un'elevata qualità della vita, se è in grado di sviluppare delle abilità. Sulla base di questo principio, universalmente riconosciuto, il punto cruciale della presa in carico della persona con diabete è la competenza degli operatori sanitari, nel promuovere strategie e fornire strumenti per sviluppare l'autogestione. Tuttavia, non sempre gli operatori che la persona con diabete incontra nel suo percorso di malattia hanno ricevuto una adeguata preparazione, tale da renderli abili o in grado di influenzare positivamente gli outcome clinici, personali, familiari e sociali delle persone assistite (Moshang et al. 2007). Inoltre, anche quando adeguatamente preparati, non sempre gli operatori sono messi nella condizione organizzativa di poter esprimere al massimo le competenze apprese.

Per queste ragioni, l'attenzione della comunità scientifica si è ultimamente focalizzata su tre questioni cardine:

- riflettere sul modello concettuale, ovvero sulla prospettiva che deve guidare l'organizzazione delle cure;
- definire le competenze avanzate (o specialistiche) che deve possedere un infermiere e quali percorsi formativi iniziali e di mantenimento sono necessari;
- identificare e sperimentare modelli organizzativi in grado di facilitare la massima espressione delle competenze e, di conseguenza, i più elevati risultati sui pazienti.

Non c'è dubbio, infatti, che l'aumentato numero delle persone con diabete e delle correlate comorbidità, necessitano non solo di rivedere costantemente le linee guida di trattamento, ma anche di sviluppare modelli organizzativi basati su competenze infermieristiche diversificate, che siano in grado di supportare la più elevata implementazione delle evidenze di letteratura (Diabetes UK 2010).

La finalità del presente documento è, pertanto, quella di riflettere sui modelli concettuali che dovrebbero guidare le scelte organizzative in campo diabetologico, analizzare le competenze richieste agli infermieri che lavorano con persone affette da diabete e, infine, identificare i modelli organizzativi più efficaci.

MATERIALI E METODI

Con l'obiettivo di identificare i modelli concettuali, che dovrebbero guidare le scelte organizzative, lo sviluppo delle competenze specialistiche attese ed i modelli organizzativi, è stata realizzata una revisione della letteratura.

I quesiti che hanno guidato la revisione sono riportati nella tabella 1.

Per la natura della tematica, sono state preliminarmente identificate le seguenti parole chiave:

- Diabetes;
- Advanced nurse;
- Advanced nursing care;
- Specialist nursing;
- Chronic Care Model;
- Disease Management;
- Case Manager;
- Discharge Nurse;
- Nursing Minimum Data Set.

Sono state utilizzate le banche dati MedLine e Cinahl. E' stata, inoltre, ricercata la letteratura grigia consultando linee guida e documenti di policy di associazioni professionali e/o governative internazionali e nazionali che si sono impegnate ad individuare linee di indirizzo su queste tematiche.

La valutazione critica degli articoli/documenti emersi è stata condotta senza, tuttavia, utilizzare il sistema di *grading* delle evidenze scientifiche. Proprio per la natura della tematica, in cui difficilmente si possono disegnare studi sperimentali clinici randomizzati e rispetto alla quale è, comunque, importante anche la specificità del contesto, sono state sintetizzate le tendenze/linee guida documentate in letteratura riportando, laddove ritenuto più opportuno, gli studi di riferimento.

Tabella 1. Quesiti a valenza che hanno guidato la revisione della letteratura

- Quali sono i modelli concettuali che dovrebbero guidare la progettazione dei modelli organizzativi in campo diabetologico? Dovrebbero essere più vicini al Chronic Care Model o al Disease Management?
- Quali sono le competenze che dovrebbero avere gli infermieri che lavorano con persone affette da diabete, ai diversi livelli di esperienza, per assicurare i migliori risultati? Quali sono i livelli della competenza infermieristica raggiungibili in campo diabetologico?
- Quali sono i modelli organizzativi che assicurano i migliori risultati per le persone affette da diabete? Quando i modelli organizzativi sono gestiti da infermieri, sono più efficaci i risultati prodotti? Qual è l'efficacia di modelli organizzativi integrati?
- Quali sono i diversi ruoli che possono essere occupati dagli infermieri con efficacia? Ad esempio: è efficace il ruolo di Case Manager, di consulente, o di Discharge Nurse?

RISULTATI

3.1 I modelli concettuali in campo diabetologico

Poiché il diabete è una malattia cronica, la sua gestione (anche organizzativa) è riportata nell'ambito del *Chronic Care Model* (CCM) il quale è basato su un approccio organizzativo in cui sono combinate multiple strategie.

Il modello è stato testato in molti paesi (USA; UK; Svezia) e si basa sulla prevenzione e sulla gestione della malattia, attraverso l'attivazione di un set di strategie, che prevedono la valorizzazione delle risorse della comunità.

Il CCM esita in risultati positivi perché assicura interazioni efficaci, attiva i pazienti, garantisce la loro educazione ed autonomia e si avvale dell'operato di un team multidisciplinare e multiprofessionale. Secondo Wagner et al. (1999) i principi che guidano il Chronic Care Model sono:

- **sistema organizzativo sanitario**, che deve essere organizzato per rispondere ai bisogni dei pazienti, definendo programmi che includano esiti misurabili nel campo delle malattie croniche (come ad esempio il diabete);
- **supporto al self-management**, che enfatizza l'importanza centrale del ruolo del paziente nel gestire le proprie cure;
- **appropriata progettazione dei sistemi di erogazione**, che deve essere focalizzata sul teamwork e sull'espansione degli obiettivi della pra-

tica dei membri del team, che intervengono nelle cure (superando, quindi, approcci settoriali);

- **supporto decisionale**, che integra le migliori evidenze nella pratica clinica quotidiana;
- **sistemi di informazione clinica** basati su gruppi di pazienti per produrre dati rilevanti;
- **policies e risorse della comunità**, che attraverso una partnership con il team multiprofessionale assicurano la gestione integrata e la soddisfazione dei bisogni dei pazienti.

Il team lavora in modo proattivo e in continua interazione con la persona assistita. Le componenti sopra descritte non sono associate specificamente ad un esito particolare (ad esempio, la maggiore capacità di raggiungere un obiettivo glicemico), ma è l'intero modello che facilita un maggiore coordinamento delle cure diabetologiche, modificando i ruoli tradizionali e le responsabilità dei membri dello staff.

La filosofia su cui si basa il CCM è assicurare la capacità delle persone di controllare e migliorare la propria salute. Gli obiettivi non sono solo la modifica dei comportamenti (ad esempio, una adeguata gestione della dieta) o il cambiamento dello stile di vita (ad esempio, l'attività fisica), ma soprattutto l'*empowerment* individuale e di comunità. La strategia chiave, infatti, è l'attivazione delle risorse della comunità ritenute rilevanti per la cura delle cronicità (Barr et al. 2003).

Nel tempo il CCM è stato considerato uno standard di cura nelle persone con problemi cronici, in cui gli

infermieri ricoprono un ruolo rilevante. Essi possono, infatti, pianificare interventi a gruppi di persone e assicurare un'educazione strutturata. Come riportato in numerosi studi, quando i pazienti sono gestiti da un *Diabetes Nurse Educator*, all'interno di un CCM, riportano livelli di emoglobina glicata inferiore e ricorrono meno alle cure ospedaliere rispetto a quando sono gestiti con modelli tradizionali (Bodenheimer, 2005). Simili risultati sono stati documentati da una revisione della letteratura della Cochrane (Renders et al. 2001). Secondo la revisione sistematica elaborata dal Center of Disease Control, malgrado il CCM non sia da tutti condiviso, come modello in grado di gestire con più efficacia la popolazione con diabete, ha dimostrato effetti positivi anche su questa popolazione (Stellefson et al. 2013).

Recentemente, il CCM, è stato presentato in una nuova versione: l'*Expanded Chronic Care Model*, che prevede la promozione della salute nella popolazione, con attività integrate nella prevenzione e gestione delle malattie croniche. La finalità è potenziare l'importante ruolo del CCM nella riduzione del carico della malattia cronica supportando le persone e le comunità a mantenere la propria salute. Nel modello "espanso", la riflessione è sulle componenti sociali, che possono avere un ruolo nell'influenzare la salute individuale, della comunità e della popolazione (Barr et al. 2003).

Anche nel contesto italiano (Italian Health Policy Brief 2012) si è assunto il CCM quale principio di riferimento nella gestione della persona con diabete. Tuttavia, lavorare sulla base del CCM, richiede, da parte degli infermieri, competenze di tipo avanzato e modelli operativi articolati.

Un altro approccio di gestione delle persone con diabete descritto in letteratura è il *Disease Management* (DM). Esso ha giocato un ruolo importante da quando

è stato individuato nel 1980. Malgrado vi siano multiple definizioni di DM, quella più matura indica un approccio organizzato, proattivo e multicomponente di erogazione delle cure, che coinvolge tutti i membri di una popolazione i quali hanno uno specifico problema (come ad esempio il diabete). Secondo il modello del DM, le cure sono focalizzate su tutti gli aspetti della malattia e delle sue complicanze, sulla prevenzione delle comorbidità e sugli aspetti rilevanti della priorità delle cure. La priorità è assicurare *outcomes* economici e sanitari a medio-lungo termine, attraverso i suoi elementi principali:

- l'identificazione della popolazione con diabete;
- la gestione delle persone identificate e del sistema informativo per tracciare e monitorare gli esiti.
- le linee guida e gli standard di cure;

In questo modello, tuttavia, non rientra l'importante componente del rapporto con la comunità, che invece è centrale nel CCM (Norris et al. 2002).

3.2 I percorsi di avanzamento delle competenze

L'evoluzione dei modelli organizzativi rende necessaria anche una modifica del ruolo dei professionisti e la definizione delle loro competenze. In molti Paesi, infatti, prima di ipotizzare i sistemi organizzativi, hanno considerato i modelli di competenza, al fine di definire e valorizzare le competenze nella gestione delle persone con diabete (Courtenay et al. 2008). In questo ambito si colloca l'importante dibattito sulle competenze specialistiche, o avanzate, in campo diabetologico. Secondo la letteratura, la presenza di un infermiere con competenze specialistiche riduce il numero dei ricoveri dei pazienti diabetici con età > 75 anni, proprio per le sue capacità di sviluppare, nel paziente, le necessarie abilità e l'autonomia (Samson et al. 2006).

Nel campo diabetologico è sempre stata riconosciuta una debolezza nello sviluppo delle opportunità di carriera e una sorta di vuoto nello sviluppo professionale, ciò non accade in altri ambiti (ad esempio, nell'area critica). Questo, ha determinato un'ampia variabilità dei percorsi educativi offerti, che si sono riflettuti sui modelli organizzativi e, di conseguenza, sulle cure erogate. Dal punto di vista concettuale, gli infermieri di diabetologia hanno sempre ritenuto di dover decidere il livello di competenza, anziché subire quanto definito dagli altri (Davis et al. 2008).

Numerosi sono i Paesi in cui si sono disegnati percorsi formativi avanzati. Tuttavia, quando si disegnano percorsi di formazione post-base, è necessario interrogarsi sulle competenze infermieristiche di arrivo, ma anche su quelle iniziali e generaliste. Gli infermieri, che lavorano in contesti non specialistici (ad esempio, in medicina generale), applicano numerose competenze generaliste. Proprio in questi reparti, gli infermieri assistono numerosi pazienti con problemi diversificati, e sono spesso nella condizione di migliorare la qualità della vita e gli outcomes clinici delle persone con diabete (Chan et al. 2007). Gli infermieri hanno la responsabilità di mantenere le proprie competenze generaliste, attraverso un processo di auto-valutazione dei punti di forza e di debolezza. Tuttavia, è anche essenziale che l'organizzazione offra agli infermieri strategie e strumenti per accertare e migliorare continuamente le proprie competenze (Chan et al. 2007) e individuare opportunità di avanzamento.

Diverso, invece, è il profilo degli infermieri con competenze avanzate o specialistiche certificate o non certificate, che lavorano con elevata casistica e su pazienti molto selezionati. Le competenze possedute da questi ultimi sono diverse e richiedono percorsi formativi altamente personalizzati (Chan et al. 2007).

Oggi, infatti, si parla di programmi formativi *taylor-made*, in cui si considerano i bisogni formativi di ciascun sottogruppo professionale, valorizzandone la precedente formazione e l'expertise (Chan et al. 2007). Poiché il lavoro degli infermieri è divenuto complesso e tecnologico, è necessaria anche un'evoluzione costante dei modelli formativi adottati, superando modalità standardizzate.

Entrando nel dettaglio dei modelli di competenza infermieristica avanzata sperimentati nei diversi Paesi, in Inghilterra, il *Royal College of Nursing* ha identificato il *Diabetes Nursing Strategy Group*, con la finalità di creare un percorso di sviluppo di carriera integrato all'interno di un *framework* di competenza dedicato agli infermieri di diabetologia (Davis et al. 2008). Il concetto di competenza che ha assunto è stato quello di "stato in cui una persona possiede conoscenze, giudizio, abilità, energia, esperienza e motivazione per rispondere adeguatamente alle responsabilità professionali" (Davis et al. 2008). Sulla base di questo concetto sono stati individuati 4 livelli:

- 1) *l'infermiere competente*, ovvero un infermiere neolaureato che sta acquisendo esperienza in un campo clinico o un infermiere che si muove da un campo all'altro, in cui sono richieste abilità diverse;
- 2) *l'infermiere esperto*, ovvero un infermiere che ha esperienza di presa in carico di un gruppo specifico di pazienti, che è in grado di lavorare sulla base di protocolli, di prendere decisioni e di insegnare agli altri;
- 3) *l'infermiere senior*, ovvero colui che gestisce un gruppo e/o che assume un ruolo specialistico;
- 4) *il consultant nurse*, ovvero un infermiere esperto che ha elevate competenze cliniche, formative, di ricerca e di consulenza pratica.

È stato inoltre riconosciuto anche il *Unregistered Practitioner*, come colui che ricopre un ruolo di assistenza ma non è infermiere (Davis et al. 2008). In alcuni contesti di *Primary Care* inglesi, dove è assicurato il check-up annuale del paziente è stato creato anche il Tecnico di Diabetologia (*Diabetes Care Technician Role*) (James et al. 2007).

La stratificazione molto precisa delle competenze, aiuta gli infermieri a crescere progressivamente, a valorizzare il contributo di ciascuno, a progredire per

tappe nelle responsabilità, a comprendere i diversi ruoli chiarendone anche i limiti. Nelle tabelle riportate di seguito (2, 3 e 4) sono elencate tre competenze nel loro sviluppo verticale. Per la rilevanza che assumono nella gestione delle persone affette da diabete, sono state selezionate le competenze di *self-care*, quelle di gestione del paziente in ospedale e quelle di gestione nei centri residenziali/case di riposo (Davis et al. 2008).

Tabella 1. Competenze degli infermieri in campo diabetologico: promuovere il self-care

PROMUOVERE IL SELF-CARE	
UNREGISTERED PRACTITIONER	<ul style="list-style-type: none"> - supportare la persona nello sviluppo di abilità di self-care; - osservare e riportare ogni preoccupazione che può influenzare le abilità della persona nell'autogestione; - incoraggiare le persone con diabete a seguire il loro programma di cura personalizzato;
INFERMIERE COMPETENTE	<p>Oltre alle competenze sopra riportate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ricercare attivamente e partecipare a processi di revisione tra pari; - accertare e ottimizzare le abilità di self-care delle persone con diabete; - garantire informazioni e supporto alle persone con diabete e incoraggiarle a prendere decisioni relative ai vari aspetti della vita quali: alimentazione, lavoro, vacanze e gestione delle malattie;
INFERMIERE ESPERTO	<p>Oltre alle competenze sopra riportate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - accertare i bisogni della persona con diabete, provvedere all'educazione personalizzata e al supporto, per ottimizzare il self-care e promuovere l'autogestione; - provvedere all'informazione e supporto per incoraggiare le persone con diabete ad assumere decisioni rispetto al controllo e al monito-

PROMUOVERE IL SELF-CARE

INFERMIERE SENIOR

raggio del diabete riguardo: decisioni di trattamento e follow-up, monitoraggio e controllo delle complicanze;
- organizzare le cure psicosociali per supportare il self-care;

Oltre alle competenze sopra riportate:

- dimostrare la conoscenza e i fondamenti teorici che spiegano i cambiamenti nel comportamento dei pazienti;
- dimostrare conoscenza e comprensione di fattori fisici e psicosociali che influenzano il self-care;
- dimostrare conoscenza e abilità per facilitare la modifica dei comportamenti;
- assicurare materiale educativo, network di supporto e modelli di cure che facilitino l'empowerment;
- lavorare con le persone con diabete per facilitare i cambiamenti comportamentali in risposta alle necessità della malattia;

CONSULTANT NURSE

Oltre alle competenze sopra riportate:

- identificare punti di caduta di efficacia nel self-care di una persona con diabete e sviluppare strategie di miglioramento con le commissioni preposte;
- lavorare con gli *stakeholder* per sviluppare e implementare le linee guida locali promuovendo una pratica basata sulle evidenze e sostenibile dal punto di vista economico;
- collaborare con gli *stakeholder* per sviluppare una cultura della centralità del paziente;
- influenzare le *policy* nazionali sulla promozione del self-care delle persone con diabete;
- lavorare in collaborazione con le istituzioni di educazione di alto livello e gli altri *providers* per definire programmi in grado di affrontare i bisogni degli operatori sanitari in ambito educativo;
- identificare il bisogno di cambiamento, generando proattivamente pratiche innovative e servizi che ridisegnino soluzioni per meglio incontrare i bisogni dei pazienti diabetici;
- contribuire a migliorare i sistemi di cura dimostrando l'impatto positivo di livelli avanzati di competenza infermieristica all'interno del team di assistenza sanitaria e, più in generale, nel settore socio-sanitario.

Tabella 2. Competenze degli infermieri in campo diabetologico: l'ammissione della persona in ospedale

GESTIONE DELLA PERSONA DIABETICA IN OSPEDALE: AMMISSIONE OSPEDALIERA	
UNREGISTERED PRACTITIONER	<ul style="list-style-type: none">- Attuare i compiti attribuiti dagli infermieri per le persone con diabete;- realizzare il monitoraggio della glicemia e della glicosuria nell'ambito dei protocolli ospedalieri;- informare l'infermiere rispetto qualsiasi cambiamento osservato nelle condizioni della persona con diabete;
INFERMIERE COMPETENTE	<p>Oltre alle competenze sopra riportate:</p> <ul style="list-style-type: none">- ricercare attivamente e partecipare a processi di revisione tra pari della pratica quotidiana;- assicurare cure generali (comfort, appropriata nutrizione e assunzione di liquidi, monitoraggio del controllo glicemico, somministrazione delle terapie);- gestire linee guida e protocolli ospedalieri dedicati al paziente diabetico ricoverato;- conoscere il sistema interno di consulenza del team specialistico di diabetologia e attivarlo quando appropriato;- sviluppare confidenza nella gestione dei regimi farmacologici per pazienti diabetici, dei device e dei sistemi di somministrazione dei farmaci;- attivare, mantenere e gestire i regimi di infusione di insulina a dosi variabili, in accordo ai protocolli ospedalieri ed ai bisogni individuali dei pazienti;- riconoscere le condizioni di emergenza/urgenza correlate al diabete (ad esempio: ipoglicemia, chetoacidosi diabetica) e trattarle in accordo alle linee guida;- sorvegliare la chetoacidosi diabetica, conoscere le professionalità di riferimento che potrebbero essere chiamate a consulenza ed i trattamenti appropriati da attivare;- gestire una sicura ed efficace dimissione attraverso un piano specifico per la persona con diabete, attuando le indicazioni locali;
INFERMIERE ESPERTO	<p>Oltre alle competenze sopra riportate:</p> <ul style="list-style-type: none">- spiegare e dare consulenza riguardo alle cure ospedaliere;- accertare e, quando appropriato, assicurare l'autogestione del paziente con diabete durante la sua ospedalizzazione in accordo alle linee guida;- dimostrare conoscenza di tutti i trattamenti correnti, farmacologici e non;- assicurare un training regolare dedicato allo staff del reparto;- sviluppare le proprie conoscenze attraverso la formazione continua e diffonderle ad altri operatori sanitari;- dimostrare conoscenze sulle linee guida nazionali riguardo alle persone con diabete ricoverate in ospedale;

GESTIONE DELLA PERSONA DIABETICA IN OSPEDALE: AMMISSIONE OSPEDALIERA

INFERMIERE SENIOR

- partecipare allo sviluppo ed al mantenimento dei protocolli locali per le persone con diabete in ospedale;

Oltre alle competenze sopra riportate:

- assicurare una consulenza esperta alle persone con diabete complicato o con trattamenti non routinari;
- supportare le persone con diabete, aiutandole a mantenere e ristabilire le loro competenze di autogestione;
- partecipare alla ricerca infermieristica correlata a questo gruppo di pazienti;
- qualora in possesso del certificato autorizzante la prescrizione, prescrivere i farmaci;
- partecipare a iniziative nazionali che migliorano la qualità delle cure nelle persone con diabete.

CONSULTANT NURSE

Oltre alle competenze sopra riportate:

- lavorare con gli *stakeholder*, per sviluppare e implementare le linee guida locali nella gestione del diabete, durante l'ammissione in ospedale, promuovendo una pratica basata sulle evidenze e sostenibile dal punto di vista economico;
- gestire processi di raccolta dati sulle esperienze e sugli outcome dei pazienti, al fine di produrre informazioni sugli esiti delle cure durante le ospedalizzazioni, contribuendo anche alla raccolta dati a livello nazionale;
- intraprendere e gestire processi di ricerca dedicata ai pazienti diabetici ammessi in ospedale attraverso la propria leadership e consulenza;
- identificare punti di caduta di efficacia nel management di una persona con diabete durante l'ospedalizzazione e sviluppare strategie di miglioramento con le commissioni preposte;
- identificare il bisogno di cambiamento, generando proattivamente pratiche innovative e servizi, che ridisegnino soluzioni per meglio incontrare i bisogni dei pazienti ospedalizzati, ma anche i bisogni dell'intera popolazione che affrisce al servizio diabetologico;
- lavorare con *networks* locali e nazionali, per sviluppare percorsi clinici integrati (a valenza clinica e non) integrando anche l'*information technology*, al fine di supportare i pazienti nella relazione con i diversi servizi;
- influenzare le *policy* nazionali sull'aspetto di costo-efficacia della gestione della persona con diabete durante l'ospedalizzazione;
- lavorare in collaborazione con le istituzioni preposte e gli altri *providers* per definire programmi in grado di affrontare i bisogni degli operatori sanitari.

Tabella 3. Competenze degli infermieri in campo diabetologico: contesti residenziali e di casa di riposo

GESTIONE DELLE CURE DIABETOLOGICHE NEI CENTRI RESIDENZIALI E NELLE CASE DI RIPOSO

UNREGISTERED PRACTITIONER

- Dimostrare la comprensione dei problemi specifici correlati alle cure delle persone con diabete accolte nei centri residenziali e/o nelle case di riposo, come ad esempio:

- l'accessibilità e gli orari dei pasti in relazione alla terapia;
- comprendere che cosa fare nel caso in cui un pasto non sia stato assunto o sia stato rifiutato;
- riconoscere il rischio, i segni, i sintomi e il trattamento dell'ipoglicemia;
- realizzare il monitoraggio del glucosio e della glicosuria seguendo le indicazioni delle ditte produttrici dei device utilizzati, conoscere il range glicemico normale e riportare le letture anomale;
- dimostrare conoscenza rispetto a come eseguire una valutazione di base del piede e riportare i risultati ritenuti preoccupanti;

INFERMIERE COMPETENTE

Oltre alle competenze sopra riportate:

- ricercare attivamente e partecipare a processi di revisione tra pari;
- individuare e rivedere i bisogni specifici dei pazienti nei piani di cura individualizzati;
- dimostrare consapevolezza rispetto a come lo stile di vita può impattare sulla prevenzione e sulla progressione del diabete;
- dimostrare di possedere una generale conoscenza dei farmaci e del loro timing di somministrazione in relazione ai pasti e agli effetti attesi;
- dimostrare una buona conoscenza delle linee guida e procedure sulla gestione del diabete nelle persone anziane;
- attivare il medico referente o lo specialista relativamente alle condizioni del paziente nel rispetto delle linee guida condivise;
- comprendere l'importanza della vaccinazione anti-influenzale;
- organizzare l'accesso allo screening della retinopatia;
- organizzare l'accesso al podologo;
- conoscere in quali circostanze attivare consulenze esterne (dietetica, podologica, infermieristica di comunità, servizi sociali, volontariato ecc.);
- seguire le policy locali riguardanti la cura delle persone con diabete che vivono in strutture residenziali o case di riposo;

INFERMIERE ESPERTO

Oltre alle competenze sopra riportate:

- identificare le persone con diabete che sono ad alto rischio di scarso controllo glicemico e lipidico o di alterazioni della pressione arteriosa;

Segue Tabella 3.

GESTIONE DELLE CURE DIABETOLOGICHE NEI CENTRI RESIDENZIALI E NELLE CASE DI RIPOSO

INFERMIERE SENIOR

- assicurare che i residenti comprendano come assumere i loro farmaci, come monitorarne gli effetti e come riportarli;
- gestire e coordinare le cure individuali ai pazienti e sviluppare programmi educativi;
- dimostrare conoscenza rispetto a come monitorare le malattie intercorrenti che possono condizionare il controllo glicemico e quando attivare cure specialistiche;
- riportare regolarmente episodi di ipoglicemia e iperglicemia al medico referente per gestire la revisione del piano di cura;

Oltre alle competenze sopra descritte:

- dimostrare una conoscenza esperta delle prescrizioni farmacologiche ed, eventualmente, prescrivere quando in possesso del certificato di 'prescrittore indipendente';
- assicurare una consulenza esperta sulle cure delle persone con diabete che vivono in questi *setting*;
- coordinare i servizi offerti da più organizzazioni e da diverse professionalità;
- partecipare allo sviluppo di linee guida o protocolli;
- iniziare o partecipare ad *audit* o protocolli di ricerca;
- sviluppare programmi educativi appropriati in collaborazione con lo staff di cura;

CONSULTANT NURSE

Oltre alle competenze sopra descritte:

- lavorare con gli *stakeholder* per sviluppare e implementare le linee guida locali nella gestione del diabete all'interno dei centri residenziali e delle case di riposo, promuovendo una pratica basata sulle evidenze e sostenibile dal punto di vista economico;
- gestire processi di raccolta dati sulle esperienze e sugli outcome dei pazienti al fine di produrre informazioni sugli esiti delle cure in centri residenziali o case di riposo, contribuendo anche alla raccolta dati a livello nazionale;
- intraprendere e gestire processi di ricerca dedicata ai pazienti diabetici residenti in tali strutture attraverso la propria leadership e la consulenza;
- identificare la criticità nell'efficacia del management di una persona con diabete assistita in questi *setting* e sviluppare strategie con le commissioni dedicate per gestirli;
- identificare il bisogno di cambiamento, generando proattivamente pra-

Segue Tabella 3.

GESTIONE DELLE CURE DIABETOLOGICHE NEI CENTRI RESIDENZIALI E NELLE CASE DI RIPOSO

tiche innovative e servizi che ridisegnino soluzioni per meglio incontrare i bisogni dei pazienti che vivono in strutture residenziali o case di riposo, ma anche i bisogni dell'intera popolazione che si riferisce al servizio diabetologico;

- lavorare con *networks* locali e nazionali per sviluppare percorsi clinici-integrati (a valenza clinica e non) integrando anche *l'information technology*, al fine di supportare i pazienti nella relazione con i diversi servizi;
- influenzare le *policy* nazionali sull'aspetto di costo-efficacia della gestione della persona con diabete in strutture residenziali o case di riposo;
- lavorare in collaborazione con le istituzioni preposte e gli altri *providers* per definire programmi in grado di affrontare i bisogni degli operatori sanitari.

In Olanda il ruolo dell'infermiere specialista in diabetologia si esplica nella gestione delle cure dirette al paziente (raccolta della storia clinica, esame fisico, interpretazione degli esami di laboratorio, registrazione dei risultati, prevenzione delle complicanze), nel coordinamento e organizzazione delle cure e nell'avanzamento della propria expertise, nell'educazione dei pazienti o di altri operatori (van den Berg et al. 2008).

Rispetto agli infermieri generalisti, la loro qualifica è riconosciuta e accettata come campo infermieristico specialistico in analogia a quanto accade negli Stati Uniti, nel Regno Unito e in Nuova Zelanda (van den Berg et al. 2008).

Nello specifico del contesto olandese, dai dati a disposizione emerge che gli infermieri operano in un contesto di tipo integrato, e pur accrescendo le proprie competenze, tanto da assumere ruolo di *leader*, essi continuano ad operare in team multidisciplinari,

poiché è la natura stessa del diabete ad essere multidimensionale (van den Berg et al. 2008).

Nel modello giapponese, esiste la certificazione dell'infermiere educatore nel diabete (Japanese Certification Board for Diabetes Educator), *l'infermiere certificato esperto nel diabete* (Certified Diabetes Educator) e *l'infermiere specializzato nelle cure diabetologiche* (Certified Expert Nurse in diabetic nursing). A quest'ultimo è richiesta una preparazione minima a livello di Master (Kawaguchi et al. 2007). Il Diabetes Educator può anche non essere infermiere (ad esempio dietista, farmacista), deve aver lavorato almeno per 2 anni continuativamente in istituzioni ed avere un'esperienza educativa con almeno 1000 pazienti prima di superare l'esame che lo certifica. Il candidato al ruolo deve inviare un report di almeno 10 casi di pazienti diabetici gestiti in prima persona e, quindi, ottenere il certificato di *Diabetes Educator* (Kawaguchi et al. 2007). Il percorso è stato attivato nel 2000 e ad

oggi vi sono 12000 Educators, di cui almeno 5000 sono infermieri. La certificazione deve essere ripetuta ogni 5 anni. Dagli infermieri che hanno queste competenze ci si aspetta un ruolo chiave nell'educazione del paziente diabetico (Kawaguchi et al. 2007).

3.3 I modelli organizzativi e il ruolo degli infermieri

In letteratura è possibile rintracciare tre modelli organizzativi

- a) modelli organizzativi affidati alla *leadership* degli infermieri;
- b) modelli organizzativi che affidano agli infermieri la gestione autonoma di specifici processi assistenziali;
- c) modelli organizzativi basati sulla consulenza infermieristica.

a) Modelli organizzativi gestiti da infermieri

Secondo la letteratura, laddove i modelli organizzativi sono basati sulla gestione infermieristica, con la finalità di incoraggiare i pazienti con diabete ad essere attivi e partecipanti nelle cure, si ottengono migliori risultati. Non c'è dubbio, ormai, che l'approccio preferito dai pazienti è quello incentrato sulla loro persona. Pertanto, ogni modello organizzativo dovrebbe considerare questa attenzione (Stenner et al. 2011). Gli infermieri, proprio per le loro basi concettuali e per la specifica prospettiva/sguardo che sanno assicurare sul paziente, sono molto vicini alle esigenze delle persone con diabete.

I livelli di autonomia richiesti dal paziente (autogestione, autodeterminazione, *share decision-making*, sorveglianza pianificata e relazione responsiva) coincidono con i modelli concettuali più attuali dell'infermieristica. Per questa ragione, quando i setting

assistenziali sono affidati a infermieri specialisti che condividono quest'approccio professionale, sono migliori anche i risultati clinici (Moser et al. 2008). Questi modelli organizzativi contrastano quelli tradizionali, basati sulla gestione del paziente e delle cure, in cui spesso sono trascurate le questioni psicosociali e sono eccessive le attenzioni sulla dimensione clinica. Le dimensioni psicosociali hanno un ruolo cruciale nel potenziamento della compliance del paziente (vedi ad esempio: Down Study; Diabetes Attitudes, Wishes and Needs). I pazienti gestiti da un infermiere con competenze avanzate, in grado di gestire le preoccupazioni e non solo i problemi clinici, riportano risultati migliori (Moshang et al. 2007; Mamhidir et al. 2004).

b) Modelli organizzativi che affidano agli infermieri la gestione autonoma di specifici processi

Se da una parte, di fronte ad una elevata competenza infermieristica, sono stati attivati modelli organizzativi a completa gestione infermieristica, dall'altra esistono esperienze in cui una parte dei processi assistenziali sono stati affidati agli infermieri, alcuni esempi sono:

- attribuzione della responsabilità dei regolari check-up ad infermieri con competenze specialistiche per i pazienti diabetici di tipo 2. E' un esempio il caso della Svezia, in cui la gestione delle strutture ambulatoriali o dei centri di cura per i pazienti diabetici è stata affidata agli infermieri dal 1980. Da quanto riportato da Edwall e colleghi (2008), un sistema in cui gli infermieri assumono regolarmente il controllo dei pazienti, facilita la comprensione di questi ultimi e la loro capacità di gestire la vita quotidiana, aumentano le abilità di autogestione e quindi la possibilità di vivere più liberamente le proprie difficoltà. In questo sistema,

l'intervento coordinato da infermieri aiuta anche un migliore contatto tra pazienti e servizi sanitari, con effetti positivi sulla soddisfazione percepita (Edwall et al. 2008). In questi centri gli infermieri lavorano sulla base di linee guida nazionali (Edwall et al. 2008).

– attribuzione della responsabilità della prescrizione.

In alcuni Paesi il sistema di stratificazione delle competenze prevede, all'ultimo livello, anche la possibilità di prescrivere le cure ai pazienti con diabete, gestiti nelle cure primarie. Poiché la questione posta in questi Paesi (es. UK) non è tanto quella di interrogarsi sui ruoli, ma di facilitare l'accessibilità dei pazienti ai servizi sanitari, è stata concessa la possibilità agli infermieri di poter prescrivere farmaci. I risultati attesi sono: il miglioramento della tempistica, il miglioramento della continuità delle cure e sviluppo del self-care e della sicurezza dei pazienti (Courtenay et al. 2010). Laddove questa modalità è stata sperimentata, i pazienti hanno riportato risultati positivi. Essi percepiscono che gli infermieri hanno più tempo a disposizione e i tempi di attesa si riducono (Courtenay et al. 2010). I pazienti ritengono di poter riporre fiducia nelle abilità degli infermieri, anche perché riconoscono che la loro formazione è costante (Courtenay et al. 2010).

Esistono due tipi di prescrizione: indipendente o dipendente. Ovvero, infermieri che accertano, diagnosticano e prescrivono (all'interno di un formulario predefinito) farmaci controllati, oppure infermieri che ricevono la prescrizione da parte del medico e aggiustano, ad esempio, i dosaggi di insulina all'interno di un protocollo (Courtenay et al. 2008). Esiste pertanto il *Nurse Independent Prescriber* (NIP) e il *Nurse Supplementary Prescriber* (NSP). La competenza è integrata e gli infermieri

che la raggiungono devono registrarsi a livello nazionale. Possono intraprendere questo percorso coloro che lavorano da almeno 3 anni in un campo specifico e sono in possesso di laurea. I percorsi formativi devono avere un proprio ordinamento didattico, validato dal *Nurse Midwifery Council*, che si basa su abilità di: consulenza, decision-making, aspetti legali ed etici relativi alla prescrizione e farmacologia applicata (Courtenay et al. 2008). Nel 2007, in UK, erano stati censiti almeno 13000 infermieri, che potevano svolgere questo ruolo perché avevano completato il percorso. Simili percorsi sono stati realizzati in Svezia e in Australia, mentre in Nuova Zelanda e negli Usa, questa competenza è affidata ad infermieri con competenze avanzate.

Nella pratica quotidiana, così come riportato da Courtenay and Carey (2008), almeno un terzo degli infermieri preparati per questi ruoli ha avuto esperienza di prescrizione di farmaci a persone con diabete. Proprio nei Paesi in cui la questione dei confini sulla prescrizione è stata messa in discussione, l'ambito per primo considerato, non è stato quello dell'emergenza/urgenza, ma il diabete (Carey et al. 2008, 2) in cui gli infermieri possono assumere un ruolo rilevante (Carey et al. 2008, 2).

c) Consulenza infermieristica. Uno dei ruoli su cui soprattutto i paesi scandinavi stanno lavorando nello sviluppo dell'infermieristica, è la consulenza verso il paziente (Edwall et al. 2010).

Questa dimensione è pratica e concettuale. Essa costituisce l'unica vera evoluzione dal modello paternalistico e autoritario, verso una modalità olistica e centrata sul paziente. Tale modalità rientra in tutte le linee guida e si riconosce quale base della pratica assistenziale.

Il ruolo del consulente è sempre stato ritenuto importante e basato su abilità di comunicazione e di *counselling* centrato sul paziente. La letteratura dimostra che i pazienti stessi preferiscono una comunicazione basata sull'ascolto dei loro problemi, dei loro bisogni, e sul coinvolgimento attivo e partecipato.

Poiché l'obiettivo delle cure diabetologiche è mantenere il controllo della malattia, il focus della gestione è aiutare il paziente ad avere i "problemi sotto controllo". La tensione che si crea (anche positiva) attraverso i *check-up*, l'accertamento periodico, la valutazione dei sintomi, può facilitare la gestione dello stress, ma anche un efficace autocontrollo. Per questo, negli altri paesi, quando si considera e si dibatte sullo sviluppo delle competenze, grande spazio è attribuito alle strategie per implementare un'efficace consulenza affidata alla responsabilità degli infermieri (Edwall et al. 2010).

3.4 I modelli organizzativi instabili

Malgrado i sofisticati avanzamenti nelle competenze e nei modelli organizzativi, anche in Inghilterra, come documentato da Gosden et al. (2007), almeno un terzo degli infermieri specialisti in diabetologia, ospedalieri e di comunità, lavora con contratti a breve termine e pagati da risorse esterne. L'elevata insicurezza lavorativa che ne deriva, può minacciare la futura capacità del sistema di sviluppare e trattenere infermieri con competenze specialistiche nell'ambito diabetologico.

Per assicurare migliori risultati è necessario che gli infermieri con competenze specialistiche possano continuare ad accrescere le competenze professionali, partecipare ad attività di ricerca, lavorare all'interno delle *job description* ad essi affidate, ed essere supportati da un'adeguata sicurezza lavorativa (James et al. 2007).

Poiché in molti Paesi esistono testimonianze di un'elevata frammentazione dei servizi e di pochi infermieri, la percezione dei pazienti è di un'alta discontinuità delle cure. Inoltre, laddove esistano rapporti di lavoro discontinui tra gli infermieri (contratti limitati nel tempo e a breve durata), la possibilità di mantenere le abilità acquisite diventa molto più sfidante (James et al. 2007). Per questo nell'ambito della cronicità, in cui si collocano i servizi diabetologici, sono suggeriti modelli organizzativi ad elevata stabilità.

3.5 Uno sguardo alla realtà italiana

Nella prospettiva italiana, sulla base dei dati epidemiologici e della letteratura, le Strutture di Diabetologia sono ritenute essenziali per la gestione dei pazienti con diabete.

Tali strutture, con l'attribuzione di un'adeguata quantità di risorse, devono assicurare ai pazienti, un adeguato percorso diagnostico-terapeutico, che sia in grado di sviluppare abilità di self management e prevenzione delle complicanze.

Si stima che, in Italia, siano disponibili da 630 a 830 strutture che erogano assistenza diabetologica (AMD-SID-SIEDP-OSDI 2012). Esse si distinguono in: Strutture complesse di diabetologia, Strutture semplici, Strutture ambulatoriali (ospedaliere e territoriali).

Tali strutture dovrebbero sviluppare un'elevata sinergia con il territorio e l'ospedale di riferimento così da garantire ai pazienti una continuità assistenziale articolata e prolungata nel tempo. La concentrazione di competenze specialistiche, anche di natura infermieristica, in questi centri, ha evidenziato effetti positivi sui pazienti.

Tuttavia, questo non è sempre possibile, poiché l'assetto organizzativo e la dotazione organica di questi luoghi di cura sono subordinati alla tipologia di strut-

tura. Questo significa che, non tutte possiedono risorse autonome e spesso, le figure professionali non mediche presenti, hanno un'assegnazione che dipende da esigenze aziendali, piuttosto che da un reale riconoscimento delle competenze richieste.

In queste strutture, infatti, lavorano infermieri che, in certi casi sono totalmente dedicati ai pazienti diabetici, in altri lo sono solo parzialmente. Il loro percorso formativo non è ancora strutturato come avviene in altri paesi. Le competenze degli infermieri, in questi contesti, sono notevoli ma la loro chiara identificazione e valorizzazione è limitata.

Inoltre, i modelli organizzativi attivati possono variare, richiedendo agli infermieri, un ruolo preminentemente di gestione del percorso (Nurse Case Manager) o di cura personalizzata (Primary Nurse) (AMD-SID-SIEDP-OSDI 2012).

Ancora più complessa è la situazione dei pazienti ricoverati, a cui gli infermieri possono offrire le loro competenze (medicina, chirurgia, nei contesti di criticità vitale), ma nei quali non è riconosciuta l'esigenza di un avanzamento di competenze specifico. Gli infermieri, in questi contesti, hanno molte capacità ma sono di natura generalista e si trovano a dover affrontare e gestire una molteplicità di problemi assistenziali che sono, allo stesso modo, sfidanti tanto quanto il diabete. Pertanto, è difficile per un infermiere di contesto generalista, che lavora in medicina o chirurgia, assicurare un'elevata competenza in tutte le dimensioni ritenute essenziali, così come avviene negli altri paesi stranieri.

Infine, non è omogeneamente diffusa la consulenza infermieristica che assicura la possibilità di affrontare e risolvere i problemi più complessi. Questa strategia manca, infatti, di una struttura organizzativa, che potrebbe essere resa possibile solo nel momento in cui verranno riconosciute agli infermieri le competenze

specialistiche, la visibilità dal punto di vista aziendale e il riconoscimento formale del proprio ruolo.

Nel contesto Italiano, dai dati a disposizione, (AMD-SID-SIEDP-OSDI 2012) il quadro organizzativo è molto frammentato per l'assenza di un piano di programma nazionale. La frammentazione può avere effetti negativi sui pazienti (AMD-SID-SIEDP-OSDI 2012), per questo è auspicata una revisione organizzativa in grado di:

- considerare le cure primarie, di comunità, ospedaliere e sociali;
- sviluppare network tra i diversi livelli ritenuti essenziali nella pianificazione, sviluppo, monitoraggio delle persone con diabete attraverso il sistema;
- attivare processi di cura integrati in cui, anche grazie alla tecnologia, si possano supportare le migliori decisioni.

L'avanzamento dei modelli organizzativi è cruciale, progetti avanzati a valenza organizzativa dimostrano effetti positivi (Progetto IGEA, tabella 4), tuttavia, tali progetti, non hanno avuto una distribuzione omogenea su tutto il territorio nazionale.

Tabella 4. Progetto IGEA

Nel contesto italiano è stato intrapreso, nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione 2005/07, un progetto con la finalità di assicurare la più elevata applicazione di strategie assistenziali, in grado di prevenire le complicanze diabetologiche, migliorando l'adesione dei pazienti alle cure. Tale progetto è stato condotto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), su mandato del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. Il modello concettuale, a cui i requisiti clinico-organizzativi per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto si sono ispirati, per favorire il miglioramento della qualità delle cure, è quello del *Disease Management*.

I requisiti minimi definiti per la gestione integrata del diabete si basano su un lavoro durato anni, elaborato nell'ambito di un team multidisciplinare, che ha adottato una revisione sistematica della letteratura, graduando le raccomandazioni emerse. I principi su cui si basa sono i seguenti:

- deve essere adottato un protocollo diagnostico-terapeutico, condiviso tra tutti i componenti del team multidisciplinare, che sarà adattato alle specificità delle singole realtà;
- deve essere assicurata la formazione degli operatori per avere un approccio di sistema, sviluppare competenze sulla gestione della malattia cronica e costruire il team;
- devono essere identificate le persone con diabete da avviare al percorso di gestione integrata (la numerosità delle persone da coinvolgere sarà inizialmente limitata);
- i pazienti devono essere adeguatamente coinvolti e informati, esprimendo il loro consenso alla gestione integrata, poiché la modalità di cura e gestione del paziente è diversa da quella tradizionale;
- è necessario il massimo coinvolgimento dei pazienti;
- le persone con diabete devono essere considerate al centro dell'attenzione di un sistema di gestione integrato.

Pertanto, l'approccio è basato sull'educazione personalizzata (*Patient Empowerment*), deve essere sviluppato un sistema informativo e indicatori appropriati per identificare la popolazione target, valutare il processo e l'esito, attivare una funzione proattiva di richiamo dei pazienti all'interno del processo e aiutare gli operatori sanitari a condividere efficacemente le informazioni sugli assistiti.

Il modello organizzativo della gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto prevede le seguenti modalità operative:

- la persona con diabete è inviata al centro diabetologico per una valutazione complessiva, per l'impostazione terapeutica e l'educazione sulla gestione della malattia;
- la persona è seguita in modo attivo (sulla base del modello di medicina di iniziativa) da parte del proprio medico di medicina generale, al fine di garantire il raggiungimento e mantenimento degli obiettivi stabiliti;
- la persona effettua una visita generale, almeno ogni 6 mesi, presso il proprio medico di medicina generale e accede, almeno una volta all'anno (se l'obiettivo terapeutico è raggiunto), al centro diabetologico.

La finalità del modello è assicurare alla persona un ruolo attivo e centrale nella gestione della propria malattia, offrire interventi educativi strutturati, condividere il piano di cura, acquisire competenze e accedere al proprio database elettronico.

Il progetto di gestione integrata suggerisce l'attivazione di funzioni di coordinamento garantendo l'attuazione delle funzioni di -Case Management- e la necessaria presa in carico della persona con diabete (Istituto Superiore di Sanità, Progetto IGEA 2012).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Diversamente da quanto accade nella ricerca clinica, in cui le raccomandazioni si basano su disegni di studi sperimentali (acquisendo pertanto alta validità esterna e quindi generalizzabilità), nella ricerca organizzativa le operazioni di trasferimento delle conoscenze devono considerare approcci più prudenti. Va sottolineato che, mentre le revisioni della letteratura condotte sin ora da OSDI si sono interfacciate con una elevata quantità di studi quali-quantitativi, in questa che riguarda il contesto organizzativo (pur con alcune diversificazioni) tutti i sistemi sembrano soffrire di scarse esperienze di ricerca di valutazione di impatto.

Sono tre le dimensioni emerse: quella concettuale, quella legata alle competenze e quella organizzativa. All'interno della dimensione concettuale, il CCM, è riconosciuto anche in Italia, come principio guida di riferimento nella presa in carico delle persone affette da malattie croniche, tra cui anche il diabete. La sua applicazione pratica raggiunge livelli diversificati nelle varie regioni. Maggiori sforzi in questa direzione andranno intrapresi, al fine di raggiungere un' applicazione più diffusa. L'elevata rilevanza delle dimensioni psico-sociali e delle risorse del paziente nell'autogestione, suggeriscono ancora una volta l'esigenza di de-medicalizzare gli approcci. In questa prospettiva, vanno maggiormente valorizzate tutte le figure professionali, necessarie a rispondere adeguatamente alla multidimensionalità della patologia diabetica, e che assumono nei loro modelli concettuali i principi della responsabilizzazione del paziente, del-

l'empowerment, dell'autocura. Tra queste figure, a livello internazionale, particolare rilevanza è attribuita a quella infermieristica.

Dal punto di vista delle competenze, invece, la situazione italiana appare molto frammentata e ha bisogno di un disegno generale, in cui le competenze infermieristiche dovrebbero essere riconosciute nei progressivi avanzamenti e collocate adeguatamente nei diversi livelli organizzativi.

Gli stimoli che provengono da altri Paesi ci permettono di considerare le possibili strade da intraprendere. Negli altri Paesi, infatti, esiste una gradualità di competenze riconosciute e certificate, in cui sono considerate anche quelle attribuite agli operatori di supporto, i cui risultati afferiscono sempre alla responsabilità della professione infermieristica. In Italia, sono presenti altrettante competenze contestualizzate a livello locale, riconosciute (o non) sulla base di politiche aziendali.

Sarebbe auspicabile intraprendere percorsi di identificazione delle competenze ai diversi livelli, costruendo un *framework* di riferimento, affinché anche le agenzie formative possano ispirarsi nella progettazione delle proprie offerte. Tale *framework* potrebbe costituire la base di un sistema di certificazione (infermiere competente, infermiere esperto o consulente), potrebbe chiarire il grande contributo offerto da ciascuno, in base al proprio livello di sviluppo raggiunto, e infine sviluppare modelli organizzativi di riferimento delle cure diabetologiche.

Per quanto riguarda l'aspetto organizzativo, sono emersi diversi spunti di riflessione.

Non vi è dubbio, infatti, che l'instabilità del personale dedicato all'assistenza dei pazienti diabetici, rischia di minacciare gli esiti clinici attesi. I dati inglesi e le segnalazioni riportate in letteratura devono essere considerate con attenzione. Tuttavia, mentre in Inghilterra l'instabilità è determinata prevalentemente dall'attribuzione di incarichi temporanei ad infermieri di agenzia o a scadenza, che pertanto possono offrire cure generaliste. In Italia, l'instabilità è generata dall'impossibilità, per gli infermieri di diabetologia, di dedicarsi solo al gruppo di pazienti diabetici. Questo utilizzo forzato delle competenze (infermieri part-time o dedicati a diverse strutture ambulatoriali) rischia di perseguire soltanto risultati di efficienza, minacciando quelli di efficacia. Pertanto, modelli che estremizzano la flessibilità e che non riconoscono le competenze acquisite dagli infermieri, anche tramite esperienza, vanno evitati perché rischiano di minacciare risultati importanti sulla salute dei cittadini.

L'esperienza italiana degli ultimi 20 anni, sviluppata attraverso la creazione di una rete di centri specialistici a prevalente attività ambulatoriale, ha indubbiamente realizzato importanti miglioramenti sul piano del controllo della malattia diabetica e delle sue complicanze. Nonostante ciò, l'aumento della prevalenza della malattia, richiede un migliore processo di integrazione dei professionisti, che partecipano alla gestione di questo gruppo di pazienti. L'eterogeneità della patologia e i cambiamenti dettati dalla sua storia naturale comportano diverse esigenze assistenziali. Vi sono, quindi, pazienti con diverso grado di complessità e diversi punti di erogazione delle prestazioni (reparti di degenza per acuti, team diabetologici, ambulatori dei MMG/PLS) dei quali, è necessario coordinare e integrare le diverse attività. Su questi

presupposti è nato il Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica (PNMD, 2013). In esso sono individuati diversi obiettivi tra cui:

- *rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza, assicurando equità di accesso e riducendo le disuguaglianze sociali;*
- *affermare la necessità di una progressiva transizione verso un nuovo modello di sistema integrato, proiettato verso un disegno reticolare "multicentrico", mirato a valorizzare sia la rete specialistica diabetologica, sia tutti gli attori della assistenza primaria.*

È noto come la maggior parte dei costi del diabete sia determinata dai ricoveri per le complicanze. Lo sforzo, quindi, deve mirare soprattutto a prevenirli, ricorrendo alla "medicina d'iniziativa" e al "follow up proattivo", i quali permettono di garantire un monitoraggio più attento dei pazienti, in particolare negli stadi più avanzati di malattia. Come accade, peraltro, in altri Paesi, infermieri con competenze avanzate possono avere un ruolo importante nella gestione di follow-up autonomi, in seno a piani di cura concordati con il coinvolgimento attivo della persona con diabete. Un'adeguata classificazione dei pazienti, a cui consegue l'attivazione di PDTA personalizzati, differenziati in rapporto al grado di complessità della malattia e agli specifici bisogni del singolo paziente, può facilitare l'individuazione del contributo autonomo, che gli infermieri potrebbero offrire.

È importante, pertanto, ridisegnare i modelli organizzativi al fine di possedere, anche nel nostro Paese, una quota parte di infermieri di altissima competenza, che possano continuare ad alimentare la loro competenza clinica, lavorando direttamente con i pazienti.

Dalla revisione emerge, inoltre, che nel contesto ita-

liano, vi è una diffusa difficoltà a valutare sistematicamente gli esiti delle scelte organizzative. L'elevata disomogeneità dei modelli organizzativi, infatti, impedisce una valutazione sistematica degli effetti delle cure erogate e dei percorsi implementati. E' pertanto necessario individuare indicatori di processo e di esito, per valutare la performance di qualsiasi progetto di miglioramento. La valutazione sistematica si

sviluppa dai dati, che devono essere raccolti in modo omogeneo e accurato. Esistono in letteratura numerosi esempi di minimum data set, a partire da questi esempi, sarebbe interessante individuare un set di dati comune e omogeneo da monitorare.

Anche su questo aspetto, gli infermieri potrebbero offrire un importante contributo (www.hscic.gov.uk; www.oag.govt.nz; Sinclair 2007).

BIBLIOGRAFIA

- AMD-SID-SIEDP-OSDI. Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio. Italian Health Policy Brief. Speciale maggio 2012.
- Arts EE, Landewe-Cleuren SA, Schaper NC, Vrijhoef HJ. The cost-effectiveness of substituting physicians with diabetes nurse specialists: a randomized controlled trial with 2-year follow-up. *J Adv Nurs*. 2012 Jun;68(6):1224-34.
- Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q*. 2003;7(1):73-82.
- Bodenheimer T, MacGregor K, Stothart N. Nurses as leaders in chronic care. *BMJ*. 2005 Mar 19;330(7492):612-3.
- Carey N, Courtenay M, James J, Hills M, Roland J. An evaluation of a Diabetes Specialist Nurse prescriber on the system of delivering medicines to patients with diabetes. *J Clin Nurs*. 2008 Jun;17(12):1635-44.
- Carey N, Courtenay M. Nurse supplementary prescribing for patients with diabetes: a national questionnaire survey. *J Clin Nurs*. 2008 Aug;17(16):2185-93.
- Chan MF, Zang YL. Nurses' perceived and actual level of diabetes mellitus knowledge: results of a cluster analysis. *J Clin Nurs*. 2007 Jul;16(7B):234-42.
- Courtenay M, Carey N. Preparing nurses to prescribe medicines for patients with diabetes: a national questionnaire survey. *J Adv Nurs*. 2008 Feb; 61 (4) : 403-12.
- Courtenay M, Stenner K, Carey N. The views of patients with diabetes about nurse prescribing. *Diabet Med*. 2010 Sep;27(9):1049-54.
- Davis R, Turner E, Hicks D, Tipson M. Developing an integrated career and competency framework for diabetes nursing. *J Clin Nurs*. 2008 Jan;17(2):168-74.
- Diabetes UK. Commissioning Specialist Diabetes Services for Adults with Diabetes: a Diabetes UK Task and Finish Group Report. October 2010. Available from: www.diabetes.org.uk.
- Edwall LL, Danielson E, Ohrn I. The meaning of a consultation with the diabetes nurse specialist. *Scand J Caring Sci*. 2010 Jun;24(2):341-8.
- Edwall LL, Hellström AL, Ohrn I, Danielson E. The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes. *J Clin Nurs*. 2008 Mar;17(6):772-81.

Istituto Superiore di Sanità, Progetto IGEA. Gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2012.

Italian Health Policy Brief. La comunicazione nel Chronic Care Model per indurre la modificazione degli stili di vita del paziente diabetico. Roma: ALTIS Editore; 2012.

James J, Gosden C, Winocour P, Walton C, Nagi D, Turner B, Williams R, Holt RI. Diabetes specialist nurses and role evolution: a survey by Diabetes UK and ABCD of specialist diabetes services 2007. *Diabet Med*. 2009 May;26(5):560-5.

Kawaguchi T. Certified diabetes expert nurse and nurse educators in Japan. *Diabetes Res Clin Pract*. 2007 Sep;77 Suppl 1:S205-7.

Mamhidir A, Lundman B. Having control over type 2 diabetes means daring to be free. *Journal of Diabetes Nursing*. 2004.

Ministero della Salute – Direzione Generale per la Programmazione Sanitaria – Commissione Nazionale Diabete. Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica. 2013. Available from: <http://www.salute.gov.it>. Data accesso: ottobre 2013.

Moser A, van der Bruggen H, Widdershoven G, Spreeuwenberg C. Self-management of type 2 diabetes mellitus: a qualitative investigation from the perspective of participants in a nurse-led, shared-care programme in the Netherlands. *BMC Public Health*. 2008 Mar 18;8:91.

Moshang J. Getting the job done: the diabetes nurse specialist. *Int J Clin Pract*. 2007 Sep;61(9):1429-31.

Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jack L, Isham G, Snyder SR, Carande-Kulis VG, Garfield S, Briss P, McCulloch D. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. A systematic review. *Am J Prev Med*. 2002 May;22(4 Suppl):15-38.

Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica 2013

Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(1):CD001481.

Sampson MJ, Crowle T, Dhatariya K, Dozio N, Greenwood RH, Heyburn PJ, Jones C, Temple RC, Walden E. Trends in bed occupancy for inpatients with diabetes before and after the introduction of a diabetes inpatient specialist nurse service. *Diabet Med*. 2006 Sep;23(9):1008-15.

Sinclair AJ. Towards a minimum data set for intervention studies in type 2 diabetes in older people. *J Nutr Health Aging*. 2007 May-Jun;11(3):289-93; discussion 292-3.

Stellefson M, Dipnarine K, Stopka C. The chronic care model and diabetes management in US primary care settings: a systematic review. *Prev Chronic Dis*. 2013 Feb;10:E26.

Stenner KL, Courtenay M, Carey N. Consultations between nurse prescribers and patients with diabetes in

primary care: A qualitative study of patient views. *Int J Nurs Stud.* 2011 Jan;48(1):37-46.

van den Berg TI, Vrijhoef HJ, Tummers G, Landeweerd JA, van Merode GG. The work setting of diabetes nursing specialists in the Netherlands: a

questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2008 Oct;45(10):1422-32.

www.hscic.gov.uk (data accesso: ottobre 2013).

www.oag.govt.nz (data accesso: ottobre 2013).

Finito di stampare
presso lo stabilimento grafico
della Carra Editrice - Casarano
nel mese di dicembre 2013