

1. Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento

Nel corso del 2007 gli eventi maggiormente significativi sono stati i seguenti:

- Il progetto Igea è stato immesso nelle linee di indirizzo della programmazione regionale ed opera oramai in continuo contatto e raccordo con la Commissione regionale diabete, organo istituzionale di programmazione ed indirizzo dell'Assessorato.
- Sono stati coinvolti tutti i 20 distretti regionali; a ciascuno di loro sono stati consegnati, da parte della segreteria di progetto ormai ben attiva, dei report sull'andamento di pratiche di provata efficacia tratti da consultazione delle fonti amministrative (SIE) e riferiti al livello di attività dei singoli MMG, del distretto, dell'Azienda.
- A seguito di quanto avviato nel corso del 2006, il progetto Igea ha continuato a raccordarsi con il progetto di Clinical Governance di SIMG/Ceformed (Centro di Formazione per le Cure Primarie), ha progredito nei collegamenti con AMD e SID Regionale, ha avviato la collaborazione con OSDI Regionale e le associazione dei malati.
- In continuità con l'anno precedente, l'afferenza del Progetto alla ASS 1 Triestina (referente: dott. Paolo Da Col) e la stretta collaborazione con la dott.ssa Coppola della Direzione regionale hanno consentito di mantenere coerente le linee di lavoro; è ormai ben consolidata l'attività di segreteria di Progetto presso la ASS 1, che – tra l'altro – ha tenuto in modo efficace i contatti con tutti gli interlocutori, ha organizzato gli incontri con i responsabili dei distretti ed il comitato tecnico-scientifico, nonché elaborato, attingendo al portale del Sistema Informatico Sanitario Regionale, le tabelle sugli indicatori di performance (es.: tab seguente) da distribuire ai direttori dei distretti regionali.
- Il referente del progetto Igea con il referente di Clinical Governance (dott. F. Samani), nel corso del primo trimestre, hanno compiuto delle visite/sopralluoghi nei distretti sanitari regionali per aggiornarsi sullo stato di comprensione e avanzamento del progetto:
 - Distretto Udine 08.03.2007; Distretto S. Daniele & Codroipo 08.03.2007; Distretto Cervignano 09.03.2007; Distretto Cividale & Tarcento 09.03.2007; Distretto Alto Isontino & Basso Isontino Gorizia 14.03.2007; Distretti nn. 1 2 3 4 di Trieste 14.03.2007. Nei mesi successivi il contatto è stato continuo e nell'ultimo trimestre si sono ripetute le visite.
- Infatti, una delle caratteristiche peculiari del Progetto IGEA in Friuli Venezia Giulia è stata quella di rafforzare ulteriormente la partecipazione/presenza dei 20 Distretti del FVG (ciascuno con un range di popolazione tra 30 e 150.000 abitanti.; 60-100 dipendenti), luoghi elettivi per realizzare l'integrazione propria di IGEA (tra medici generalisti e specialisti, altro personale sanitario, rappresentanze dei malati).

Con riferimento al distretto, nel gruppo di MMG del progetto di Clinical Governance si sono diffusi, dai dati amministrativi disponibili (anagrafe sanitaria, prescrizioni farmaceutiche, ricoveri ospedalieri, prestazioni ambulatoriali) a fini di audit distrettuali, dei report con indicatori di buona pratica clinica (ad es.: Hb glicata, colesterolemia, ecc.), da confrontare con le rilevazioni delle banche dati di ciascun MMG. Utilizzando un sottocampione di 16 medici di medicina generale (21.325 assistiti in carico) che partecipano attivamente alla ricerca è stata realizzata una validazione dei criteri del Sistema Informatico Epidemiologico del S.I.S.R. confrontandone i dati con quelli provenienti dagli studi medici. In questo campione, la popolazione verosimilmente diabetica dal SISR è risultata essere di 1.153 soggetti, mentre la popolazione risultante diabetica dalle cartelle cliniche elettroniche dei 16 MMG è di 1.501 soggetti. Da puntuali verifiche, caso per caso, sono stati definiti diabetici secondo i criteri internazionali 1.527 soggetti diabetici. Di questi ultimi 1.064 (69,7%) sono presenti sia in SISR sia nel data base degli MMG, 437 (28,6%) presenti nel data base degli MMG ma non nel SISR ed infine 89 (1,7%) casi presenti solo nel SISR, di cui 26 riconosciuti effettivamente diabetici ma 63 non riconosciuti diabetici dagli MMG.

Con l'estrazione dai propri archivi di studio, i 77 MMG del Progetto di Clinical Governance hanno raccolto anche informazioni cliniche riguardanti i pazienti diabetici (es. livello di Hb glicata, di pressione arteriosa, fumo, ecc.), per svolgere attività di audit sui dati individuali.

È risultato che su 98.341 assistiti c'è una prevalenza del diabete mellito di tipo 2 del 6,27% (6.167 pazienti diabetici di cui il 54,47% è composto da maschi ed il 45,53% da femmine). Tra questi ultimi, in 3.640 pazienti (59,8%) è presente almeno un dato registrato del BMI, e in 1.549 pazienti (25,5%) almeno un BMI registrato nell'ultimo anno. Per 3.756 pazienti (61,8%) è disponibile almeno un dato sul fumo. Ancora, in 1.969 pazienti (56,94%) HbA1c è ≤ 7 , il 30,32% ha LDL colesterolo < 100 , valori medi (e DS) di PAS/PAD di $143,5 \pm 17,5 / 81,0 \pm 9,4$. Infine, per quanto riguarda le terapie farmacologiche il 75,1% dei pazienti assume antipertensivi (qualsiasi farmaco) ed il 35,5% è in terapia con statine e/o fibrati.

A riconoscimento formale dell'integrazione tra i due progetti, sui fondi Igea sono stati rimborsati i 77 MMG presenti nella giornata di formazione del 30 novembre 2007 (tramite CEFORMED – ex delibera di ASS 1 n. 749 dd 7/12/06).

Anche a seguito delle giornate per i formatori predisposte da Igea a Santa Scolastica, sempre in collaborazione con CEFORMED, è stata pianificata ed organizzata la formazione dei MMG, realizzata attraverso un evento formativo locale per i singoli distretti o gruppi di distretti gemellati avvenuti tra maggio e luglio e uno generale a livello regionale (30 novembre 2007 a Monfalcone).

Ancora, nella seduta del 15/11/07 della Commissione Regionale Diabetologica, dopo la partecipazione al Corso del Progetto Igea tenuto dall'ISS a Subiaco, è stato esposto quanto appreso e condivise le riflessioni sullo stato di avanzamento del Progetto Igea.

2. Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni

Nel corso del 2007 ci sono stati degli impedimenti nell'aggiornare i dati disponibili nel portale del Sistema Informatico Sanitario Regionale sulla classificazione del paziente diabetico, in quanto INSIEL, Società delegata a gestire il sistema informativo, non ha proceduto ad attuare un tanto. Si ricorda che nel corso del 2007 la definizione di diabete poggiava sulla evidenza di assunzione di farmaci ATC (A10) , in attesa di utilizzare una "tripletta" di criteri : 1) almeno un ricovero con diagnosi 250* in qualsiasi posizione nell'anno di riferimento. 2) prescrizioni di antidiabetici (ATC A10) > 3 pezzi (nb: pezzi non prescrizioni) nell'anno di riferimento 3) esenzioni per diabete attive all' 1/1/dell'anno di riferimento e nuove esenzioni nell'anno di riferimento. L'operazione si conclusa proprio in questi giorni (marzo 2008).

Nel 2007 si sono ultimate le procedure formali per l' allestimento del registro regionale di patologia diabetica, che rispetto alla sua autorizzazione (ex LR) si dimostra tuttavia in ritardo rispetto ai tempi attesi nella raccolta effettiva dei dati.

Anche l'attività di formazione, sia integrata sia isolata, ha subito degli aggiornamenti di percorso, a seguito della notizia che solamente l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è autorizzato a formare formatori. Ne deriva, che unicamente i partecipanti ai corsi di ottobre 2007 (per FVG : Da Col, Felace, Prelli, Zanette) potranno condurre i corsi IGEA in sede locale, ma solamente al termine della fase di formazione sul campo (a fine maggio 08). Si è deciso pertanto di far scivolare al 2008 anche la formazione, prevista nel CP, degli altri operatori sanitari.

3. Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni

Non si segnalano variazioni di attività.

4. Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano

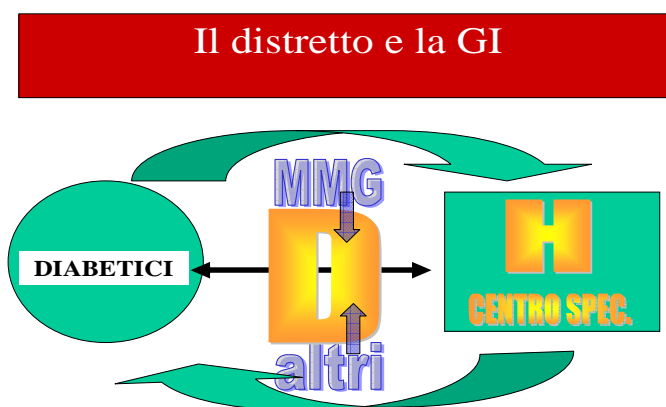
Forza : l'avanzamento del progetto non si è mai arrestato nonostante una certa macchinosità che talvolta lo ha rallentato. Lo rafforzano il contatto con una rete sempre più ampia di professionisti, le

giornate di formazione a S. Scolastica , la migliore comprensione attuale dell'articolazione e sviluppo del progetto, nonché la sua possibile declinazione locale, per ottenere migliori risultati attraverso azioni specifiche da intraprendere per perseguire gli obiettivi principali.

Ad ulteriore sostegno, si dispone oggi di rilevante materiale didattico e letteratura .

Premesso che in alcuni distretti della regione, tra l'altro, pre-esistono delle esperienze attive, che risultano significative e rilevanti nell'assistenza diabetologica, nel progetto si è rafforzata la posizione del distretto, che nella nostra Regione sta sviluppandosi come “struttura forte”, che legge e conosce la domanda della popolazione residente e della singola persona/famiglia; promuove risposte efficaci per la comunità e il singolo (nel campo della: prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione); assicura equità (pari opportunità) di accesso e fruizione dei servizi; promuove le connessioni tra i vari attori e protagonisti con convergenza sull'assistito; assegna priorità ai MMG ed alle Cure Primarie in generale; infine svolge funzione di garante dei diritti per il cittadino e tutela dei professionisti del territorio.

Il distretto è deputato ad essere quindi “motore dell'integrazione e della continuità di cura nel lungo termine” e pertanto ha come mandato prioritario la gestione integrata dei malati “complessi – multiproblematici” attraverso il lavoro integrato, multiprofessionale per la migliore risposta e la personalizzazione della cura. Il diabete può rappresentare quindi il primo terreno di attuazione di un nuovo approccio alle cure di patologie di lungo termine ad alto impatto sociale.



Debolezza : come già accennato, la macchina organizzativa è un po' complessa, composta da molti attori, tutti protagonisti con forti soggettività e protagonismo, cui si aggiunge una fisiologica bassa velocità del percorso formativo, indispensabile per raggiungere l'obiettivo di condividere linguaggi, strumenti, obiettivi tra multiprofessionalità, con conseguente possibilità di agire in rete.

Essendo inoltre un Progetto complesso nella sua architettura di costruzione e sviluppo, sussistono difficoltà anche a chiarire, capire e far comprendere i suoi contenuti e metodi. Ad esempio, rimane

ancora spesso difficile accettare il distretto come nuovo interlocutore e soggetto indispensabile nei percorsi di cura, unico in grado di superare la tendenza al dualismo tra MMG centro diabetologico.

5. Ogni altro elemento utile all'analisi e interpretazione dello stato dell'arte del piano.

Nel corso del 2007 si è fatta maggiore chiarezza sullo sviluppo del progetto nella nostra regione: in merito alla formazione si è capito tipologia e durata del percorso, e si è provveduto a formare una mini-equipe “mista” di professionisti a Santa Scolastica ; infatti, oggi sono formati 2 specialisti, 1 MMG e 1 direttore di distretto, tra cui si sono così potuti già avviare confronti per l'integrazione. Sia riguardo alla formazione che all'operatività, non si è riusciti – per varie ragioni, soprattutto di carattere organizzativo – a coinvolgere quanto ci si era prefissi la parte infermieristica, per altro comunque contattata per dei livelli minimi di scambio di opinioni e informazioni. Andrà sicuramente rafforzata.

Dal punto di vista didattico, abbiamo voluto dare risalto alla pubblicazione degli standard italiani sulle cure diabetologiche, acquistando un certo numero di copie e distribuendone una quota iniziale nei distretti, con la raccomandazione di tenerle in grande considerazione come punto di riferimento non solo dell'organizzazione ma proprio nella pratica professionale.

Dal punto di vista operativo il 2007 ha visto sicuramente rafforzarsi l'azione di raccolta dati standardizzata di un gruppo di MMG, con stesura di interessanti report, molto significativi rispetto alle tematiche cliniche (si ricorda che dalle fonti amministrative regionali non sarà mai possibile ottenere raffigurazioni di questo tipo) . Il merito va attribuito a loro stessi e al Progetto di Clinical Governance, che a nostro parere comunque ha ricevuto delle sollecitazioni positive dal Progetto Igea, il quale racchiude nel suo board alcuni influenti membri della Comunità Scientifica dei locali MMG e il Centro di Formazione Regionale (Ceformed) . Il fatto che 77 MMG su tutto il territorio, in modo del tutto spontaneo e per motivazioni scientifiche, abbiano già individuato una serie di indicatori di pratica clinica, del tutto coerenti e spesso sovrapponibili a quelli di IGEA e con gli standard italiani, sicuramente ci pone in posizione di vantaggio per la prosecuzione della sperimentazione del 2008.

Né si può tacere che questa osmosi e simbiosi/sinergia con il gruppo di MMG ha incontrato qualche criticità, data la stretta e sottile linea di “confine” di questa presenza di MMG rispetto al tema sindacale. Si è infatti più volte dovuti ricorrere, soprattutto nell'ultimo semestre, a chiarire che IGEA non possiede risorse per “incentivazioni” ai MMG né si configura come “modello” di intervento unico, tale da obbligare la Regioni e le Aziende Sanitarie ad intraprendere negoziati sindacali per la sua attuazione.

Si ribadisce che il senso dell'azione globale del 2007 è andato nella direzione di mantenere presenti e coesi i sistemi distrettuali verso IGEA, recuperare “fronde di perplessità” dell'ambiente medico generalista e diabetologico specialistico, senza perdere di vista qualche occasione per tenere desta l'attenzione degli altri partner sanitari.

Infine, si è cercato di agire in coerenza con le previsioni per il 2008, in cui per implementare il modello di GI ci sembrano prioritarie tre linee direttrici di intervento :

L'INTEGRAZIONE : congiungersi e/o raccordarsi in modo “intelligente” con i programmi regionali (in particolare due: di governo clinico, e per il sistema informativo-clinico unico) e con tutte le altre progettualità /attività complementari (IGEA NON esclude altri progetti !)

LA FORMAZIONE : resta il cardine ed il punto di convergenza di tutte le “correnti di pensiero”, da attuare tramite il Cefomed , con richiesta ad ISS di un corso locale di formazione per formatori secondo il “pacchetto IGEA”. Andrà realizzato inoltre, il 1° corso residenziale con gruppo d'aula composto da MMG, diabetologi, infermieri, dietisti, farmacisti, operatori di distretto, cittadini .

LA SPERIMENTAZIONE : In gruppi selezionati di MMG (verosimilmente del progetto di Clinical Governance), sulla scorta del materiale IGEA e delle nuove linee guida italiane, con monitoraggio delle performances cliniche , previa individuazione del target di pazienti inseriti in IGEA.