

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE .

Regione proponente: BASILICATA

Programma regionale finalizzato alla razionalizzazione dell'assistenza diabetologica secondo modelli omogenei sul territorio regionale.

Referente: dr.ssa Maria Giovanna TROTTA, dirigente ufficio prestazioni assistenza territoriale, ospedaliera e politiche del farmaco.

Via Anzio, 75 POTENZA

Tel 0971 668837 fax 0971 668900

Mail giovanna.trotta@regione.basilicata.it

Contenuto del progetto

La malattia diabetica è una condizione clinica ad evoluzione cronica che interessa contemporaneamente più organi ed apparati, con un elevato impatto sociale e con alti costi sanitari.

In base ad alcune esperienze pilota italiane, si può affermare che un sistema di gestione integrata, basato per sua natura sulla costante valutazione degli indicatori, possa ottenere risultati clinici migliori del sistema tradizionale basato sulle singole prestazioni da parte di operatori non integrati tra loro. Tale gestione integrata prevede, come strumenti indispensabili: la formulazione di "Linee Guida" condivise e codificate per i vari stadi di patologia, da cui far scaturire un protocollo organizzativo e diagnostico-terapeutico che coinvolga tutti gli operatori interessati, comprese le direzioni aziendali.

L'assistenza diabetologica deve prevedere la centralità del paziente stesso, attorno al quale deve svilupparsi una rete di competenze multidisciplinari finalizzata all'assistenza integrata medico di M.G. – diabetologo, secondo modelli clinici omogenei sul territorio regionale. Scopo del progetto è la creazione di una rete integrata di strutture territoriali e di centri di riferimento aziendali per attuare un programma di gestione della malattia diabetica al fine di prevenire le principali complicanze della malattia (disease management).

Contesto

Dai dati dell'osservatorio epidemiologico regionale si rileva che in regione i pazienti con diabete mellito, giunti almeno una volta all'osservazione ambulatoriale, oscillano tra

20.000 e 25.000, con una prevalenza pari al 3,9% della popolazione regionale. Una quota di pazienti diabetici è soggetta a complicanze o co-morbilità di natura cardiovascolare, con percentuali che vanno dal 4% per lo scompenso cardiaco al 34% per l'ipertensione arteriosa.

Per affrontare le problematiche relative alla malattia diabetica è stato nominato un gruppo di lavoro regionale costituito dai responsabili dei centri diabetologici presenti sul territorio, dai rappresentanti di categoria dei MMG e dal rappresentante dell'Associazione Diabetici Italiana.

Obiettivo generale

L'obiettivo del programma è la creazione di un percorso diagnostico-terapeutico omogeneo su tutto il territorio regionale per i pazienti diabetici, garantendo l'avvio delle attività in rete integrata Ospedale - Territorio, secondo il modello hub and spoke, finalizzato ad assicurare la diagnosi precoce della malattia e ad evitare le principali complicanze, accrescendo l'appropriatezza degli interventi degli operatori coinvolti attraverso la condivisione dei dati e dei protocolli e prevedendo una organizzazione articolata su vari livelli che comprenda sia l'attività territoriale che quella ospedaliera.

Coerenza

La Giunta Regionale ha adottato, su indicazione della commissione regionale per il diabete, la delibera n. 524/08 di approvazione del protocollo attuativo per la gestione in rete integrata ospedale-territorio della malattia diabetica.

Il Protocollo attuativo si propone di definire un modello assistenziale fondato su una rete integrata "Ospedale – Territorio" che consenta la realizzazione di soluzioni assistenziali condivise fra cure primarie, strutture diabetologiche e centri di eccellenza per la diagnosi ed il trattamento della malattia e delle sue complicanze

Definisce inoltre i PDT, le modalità per la presa in carico del paziente, sotto il coordinamento del MMG, da parte delle strutture territoriali, dei centri diabetologici per l'inquadramento diagnostico e l'avvio della terapia, da parte delle strutture ospedaliere di degenza, quando questa è necessaria.

Il Progetto si articola in tre fasi: Fase Organizzativa in cui sarà definito, entro il 30 giugno 2008, la costituzione dei Comitati Tecnici Aziendali per la gestione della Malattia Diabetica; il consolidamento, presso gli ospedali di Potenza e Matera di due Centri con il compito di coordinare le indagini diagnostiche e gli interventi di maggiore complessità per

la Malattia Diabetica e per le sue complicanze; la individuazione di due Centri, a valenza provinciale o di area vasta, per la diagnosi e la terapia del diabete infantile; l'adozione della cartella clinica informatizzata, l'attivazione di corsi di formazione per il personale coinvolto; Fase di sperimentazione del modello gestionale con il coordinamento della Commissione Regionale per il diabete, viene avviata una fase di sperimentazione delle attività in Rete; Fase assistenziale dal mese di settembre 2008 l'attività della Rete Integrata per l'assistenza al paziente diabetico deve progressivamente andare a regime e tale fase dovrà essere completata entro il mese di dicembre 2008.

Obiettivi specifici

- 1) La implementazione a livello regionale delle Linee Guida per la malattia diabetica;
- 2) La definizione di protocolli di cura e di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi;
- 3) Diffusione dell'utilizzo della telemedicina quale strumento di integrazione clinica e condivisione delle informazioni;
- 4) L'adozione di meccanismi coordinamento e gestione di ogni singolo caso (disease management);
- 5) Il coinvolgimento attivo del paziente e dei suoi familiari nel percorso di cura;

Soggetti coinvolti

- Commissione Regionale per il Diabete istituita, con DGR n° 1558 del 5 Novembre 2007 che ha, tra l'altro, compiti consultivi per ogni problematica relativa alla patologia.
- Comitati Tecnici Aziendali, istituiti presso ogni Azienda Sanitaria Locale e presso l'Ospedale S. Carlo di Potenza, devono, secondo le indicazioni della Commissione Regionale, orientare tutti gli interventi secondo il Modello in Rete Integrata.
- Unità operative di Diabetologia devono effettuare l'inquadramento diagnostico e definire il PDT del singolo paziente, da gestire in maniera condivisa con il medico di famiglia ed i medici specialisti pediatri di libera scelta, in riferimento ad un PDT atteso e definito a livello regionale.
- Medici di Medicina Generale con il compito, tra l'altro, di effettuare la presa in carico dei pazienti con diabete non complicato secondo il percorso individuato, collaborare alla gestione ed aggiornamento della cartella clinica informatizzata condivisa, monitorare effetti collaterali delle terapie.