



Struttura Operativa
Analisi e Monitoraggio

Regione Campania
L.R. 18.11.1996 n. 25
D.P.G.R.C. 697/2005

Piano Nazionale di Prevenzione Attiva 2005-2007. Relazione sullo stato di avanzamento al 31 dicembre 2008

Regione Campania

Titolo del progetto: Linee operative per la pianificazione regionale sulla prevenzione delle complicanze del diabete

Referente Scientifico: Prof. Gabriele Riccardi- Università Federico II-Napoli

Referenti organizzativi-valutativi: Dott. Tiziana Spinosa, Dott. Sergio Lodato – S. O. Analisi e Monitoraggio- ARSAN Campania

Referente istituzionale: Dott. Antonio Gambacorta- Area Generale di Coordinamento Assistenza Sanitaria – AGC 20- Assessorato alla Sanità

Relazione

1) Principali risultati raggiunti in relazione agli obiettivi specifici della programmazione 2008:

Il Progetto “Linee operative per la pianificazione regionale sulla prevenzione delle complicanze del diabete” ha allo stato attuale completato le fasi di carattere organizzativo, comprendenti tutti gli adempimenti formali, la costituzione del gruppo tecnico, la organizzazione dei gruppi di lavoro aziendali, il reclutamento delle realtà territoriali, la formazione dei formatori presso l’ISS e l’organizzazione e l’attuazione del piano formativo per tutti gli operatori.

Nell’anno 2008 sono stati raggiunti obiettivi di completamento e rimodulazione del progetto, con azioni non svolte nel 2007, come il completamento delle attività di formazione, la informatizzazione, la pianificazione e progettazione della messa in rete degli operatori coinvolti, mentre tutta la fase di reportistica sarà svolta nel triennio successivo.

Per quanto attiene la partecipazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) è stata richiesta la loro adesione volontaria al progetto, che in questa fase rappresenta la sperimentazione di un modello organizzativo assistenziale : La Gestione Integrata (Disease Management).

Il reclutamento dei MMG è stato effettuato a livello distrettuale di ogni ASL.

I risultati dell’applicazione di tale modello rappresenteranno una base scientifica per esportare tale tipologia assistenziale su tutto il territorio regionale, ampliando l’adesione ad altre AASSLL regionali, in quanto, come già ampiamente documentato in studi nazionali ed internazionali, il Disease Management rappresenta una risposta assistenziale efficace ed efficiente, ponendo il paziente al centro delle cure, ottimizzando le risorse in un ambito assistenziale relativo a patologie ad alta prevalenza come il Diabete.

Nel corso del 2008 è stata effettuata la ricognizione di tutti i sistemi informativi dei MMG e dei CD operanti nelle AASSLL interessate, sono stati valutati i software utilizzati in altre regioni

partecipanti al progetto IGEA, e sono state individuate le possibili soluzioni per l'applicazione locale. Nelle more che venga completata la fase di informatizzazione, è stato utilizzato come strumento informativo il "Libretto del Paziente Diabetico" già presente in DGR 1168/2005 (Linee di indirizzo per l'assistenza diabetologica al paziente adulto). L'utilizzo di tale libretto rappresenta un momento del processo di empowerment, che mira al coinvolgimento del paziente al percorso assistenziale attraverso l'aumento della consapevolezza del suo ruolo. Per il reclutamento dei pazienti al progetto sono stati elaborati dei modelli di consenso informato, condivisi nel gruppo tecnico con la FAND Campania (Associazione di Pazienti Diabetici).

Il secondo semestre del 2008 è stato fortemente dedicato alla realizzazione del programma formativo che di seguito si illustra:

- **Formazione specifica per i diversi livelli di assistenza**
- **Disease Management:**
- **Corsi IGEA Eremo dei Camaldoli(250 operatori formati)**
- **Destinatari:**
 - Medici di distretto
 - Medici di medicina generale
 - Diabetologi
 - Infermieri, dietisti, psicologi
- **Formazione del team allargato:**
- **Destinatari:**
 - Medici specialisti in oculistica, chirurgia vascolare, ortopedia, cardiologia, ginecologia, neurologia, infermieri.
- **Programmi di Educazione/informazione strutturata:**
- Destinatari: soggetti con diabete partecipanti al progetto

Propedeutica a tutta la formazione è stata la partecipazione di 20 professionisti ai Corsi Nazionali IGEA per formatori tenuti dall'ISS. I formatori, oltre che per il loro profilo professionale, sono stati selezionati rispettando il principio della multidisciplinarietà, pertanto hanno partecipato: 5 medici di sanità pubblica, 7 MMG, 5 Diabetologi, 3 Infermieri OSDI delle AASSL reclutate.

La fase organizzativa ha previsto:

- **Attività Centrale:** ARSAN: S.O. Analisi e Monitoraggio- S.O. Formazione. S.O. Supporto amministrativo- Gruppo formatori- FAND Campania
- Progettazione del Corso
- Delibera ARSAN
- Organizzazione logistica ed attuazione
- **Fase organizzativa AASSL**
- attività dei gruppi multidisciplinari aziendali
- Distretti: Adesione (multidisciplinare) dei partecipanti

La fase di formazione sulla Gestione Integrata è stata svolta in 10 moduli residenziali, preceduti dai moduli di autoformazione, con una media di 25-30 partecipanti, svolti presso l'Eremo dei Camaldoli (Napoli), mentre è previsto un modulo unico alla fine dei sei mesi di formazione sul campo. Tutti i partecipanti hanno ricevuto un book di materiale didattico formativo ed i due manuali IGEA dell'ISS: Documento di indirizzo per la Gestione Integrata e Requisiti informativi.

Sono stati valutati attraverso i questionari di gradimento ed i pre-test e post-test i livelli di conoscenza alla problematica Gestione Integrata ed il livello di coinvolgimento agli obiettivi del progetto.

Un ulteriore momento formativo è stato svolto con l'evento ECM: "Il team diabetologico: modello di integrazione multidisciplinare per il percorso assistenziale nel paziente diabetico", realizzato all'Università Federico II con l'obiettivo di realizzare l'integrazione anche all'interno del team diabetologico, con una formazione altamente specialistica sulle complicanze del diabete. Come materiale didattico sono stati realizzati tre DVD contenenti le lezioni sulle sessioni parallele: Retinopatia, Nefropatia, Vasculopatia Pluridistrettuale.

La terza fase di formazione riguarda la strutturazione di programmi di formazione/educazione, destinatari: soggetti con diabete partecipanti al progetto. Sono state svolte riunioni relative ai contenuti scientifici ed alla organizzazione. Sono state coinvolte le società scientifiche SID-AMD-GISED, che hanno dato il loro contributo al tavolo tecnico-scientifico.

Durante tutto il 2008 sono state messe a confronto le azioni in progress nelle sei AASSLL attraverso un'attività di benchmarking, volta a mettere in evidenza le diversità dei diversi territori, e valorizzare le peculiarità di realtà più avanzate nell'organizzazione della gestione integrata.

Si sono svolte, periodicamente, pertanto, riunioni ristrette con i referenti aziendali e con i gruppi multidisciplinari, e riunioni allargate a tutti i distretti partecipanti, costituendo una rete di scambi di esperienze e di contatti tra i vari attori del sistema, sia nell'ambito delle singole categorie professionali, che tra una categoria e l'altra (MMG, Diabetologi, Specialisti, Direttori di Distretto, Infermieri, Associazione Pazienti FAND.) Tutto ciò nella logica della condivisione e maturazione di un percorso comune mirante al miglioramento dei processi e degli esiti .

Inoltre sono stati definiti gli ambiti territoriali di partecipazione delle realtà reclutate, anche attraverso l'analisi delle strutture, con questionari specifici, per ampliare la conoscenza sulle risorse strutturali, di personale e tecnologiche e le modalità di selezione della popolazione obiettivo, a cui ha dato un grande contributo la FAND.

2) Descrizione degli obiettivi parzialmente raggiunti

Non risulta completata la fase di informatizzazione, consistente nella realizzazione della rete informatizzata tra MMG, Centri diabetologici, ASL, ARSAN, attraverso cui potranno essere misurati gli indicatori di processo e di esito del progetto.

Relativamente a tale fase sono state svolte tutte le parti propedeutiche illustrate al punto 1) per cui manca solo l'installazione del software che consentirà la condivisione informatica delle informazioni. Sicuramente le motivazioni da addurre a tale ritardo sono da ricercarsi nella difficile realtà che la Regione Campania sta vivendo con gli adempimenti del Piano di Rientro, che spesso hanno rallentato e rallentano lo svilupparsi di tutte quelle attività che prevedono investimenti di nuove risorse, tra cui l'informatizzazione del sistema informativo per la gestione integrata.

3) punti di forza e criticità

Sono state sviluppate analisi SWOT sia a livello regionale, che aziendale da cui sono emersi

PUNTI DI FORZA

- **Linee di indirizzo regionali DGR1168/03**
- **PNP 2005-2007 DGR1133/05**
- **Risorse Regionali dedicate**
- **Costituzione del Comitato tecnico scientifico**
- **Costituzione dei Gruppi di coordinamento aziendali**
- **Individuazione di un Gruppo formatori (25) motivati**
- **Forte Motivazione di tutti i partecipanti**
- **Coordinamento e monitoraggio dell'ARSAN**
- **Realtà partecipanti con requisiti specifici**
- **Partecipazione della FAND**
- **Forte azione di coinvolgimento del Progetto IGEA Nazionale e di indirizzo dell'ISS**
- **Presenza attiva del Ministero**
- **Piano di formazione IGEA**
- **Piano di formazione regionale**
- **Piani di formazione aziendali**

OSTACOLI e CRITICITA'

- **Piano Regionale di rientro**
- **DGR.1843/06**
- **mancata ottimizzazione delle risorse**
- **assenza di obiettivi aziendali per assistenza diabetologica**
- **mancato rinnovo degli accordi della MMG e spec. ambulatoriale**
- **disomogeneità territoriale: diffenza applicazione accordi MMG**
- **Presenza di CD temporaneamente accreditati**
- **Difficoltà di Comunicazione**
- **Contrasto tra scelte politiche e scelte tecniche**
- **Scarsa condivisione della Dirigenza Aziendale degli obiettivi del progetto**

4) Elementi per l'analisi dello stato dell'arte e dei risultati del Piano

Alla luce degli obiettivi raggiunti, le valutazioni relative all'attuazione del Piano non possono che essere positive, in quanto tali azioni hanno contribuito ad innescare un processo di cambiamento relativo, non solo all'approccio alla patologia diabetica, ma alle patologie croniche in generale. Pertanto, considerando il peso delle criticità, che si presentavano e che sono attualmente presenti, e che hanno fortemente influito sulla realizzazione complessiva del progetto, il raggiungimento degli obiettivi finali del progetto è da intendersi più come raggiungimento di obiettivi a lungo termine, mirante al superamento della fase "progettuale" ed alla messa a regime del modello assistenziale Disease Management del Diabete su tutto il territorio regionale. Tali azioni positive avranno una ricaduta anche su un approccio più ampio alla realizzazione di accordi contrattuali con la Medicina Generale e la Specialistica Ambulatoriale, in quanto sicuramente questa esperienza dimostra la fattibilità di nuovi modelli assistenziali basati sul chronic health model e sul disease management, che si dimostrano essere le strategie vincenti rispetto a patologie croniche ad alta prevalenza e di forte impatto sociale come il Diabete.

Dott. Tiziana Spinosa – Referente organizzativo- valutativo del progetto
Dott. Sergio Lodato- Referente organizzativo- valutativo del progetto