

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007

PROGETTO: *“Prevenzione delle complicanze del diabete mellito attraverso l’attuazione del disease management”*

INDICE

CONTESTUALIZZAZIONE DEL PROGETTO.....	2
Dimensioni del problema nel Friuli Venezia Giulia.....	2
Sistema regionale di assistenza ai pazienti diabetici.....	4
DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI DI PROGETTO.....	5
Finalità generali ed obiettivi specifici.....	5
AMBITO TERRITORIALE DI INTERVENTO.....	7
MODALITA’ DI ADOZIONE DELLE LINEE GUIDA DIAGNOSTICO–TERAPEUTICHE– ORGANIZZATIVE.....	8
DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI.....	9
MODALITA’ DI ACQUISIZIONE DEI DATI PER LA VALUTAZION ED IL MONITORAGGIO.....	9
PIANO DI FORMAZIONE DEGLI OPERATORI PARTECIPANTI.....	12
PIANO DI ATTIVITA’ EDUCATIVO-FORMATIVE PER I PAZIENTI.....	13
REFERENTI DI PROGETTO.....	13
PIANO DEI COSTI.....	13
CRONOPROGRAMMA.....	13

DOCUMENTO DI PROGETTO

Il presente progetto descrive le attività programmate che si ritengono adeguate a promuovere l’adozione nella pratica clinica corrente della gestione integrata (*‘disease management’*) della malattia diabetica, condotta anche a livello non specialistico.

In generale, **l’obiettivo ed il risultato atteso** consistono nel miglioramento dell’assistenza volta a prevenire l’insorgenza od il ritardo di comparsa delle complicanze maggiori del diabete (micro e macro-vascolari, renali, oculari, neurologiche, cutanee) ottimizzando l’uso delle risorse esistenti, coinvolgendo in una massima partecipazione il malato e le associazioni dei malati, integrando le diverse figure professionali attualmente sul campo .

Il programma si articolerà in **tre fasi**: 1) progettazione, di cui qui si dà conto; b) realizzazione a livello regionale delle linee operative progettuali; c) attuazione a regime delle attività integrate. Delle ultime due la tempistica è indicata nel cronogramma (v. pag. 13). A ciascuna fase corrisponderà una valutazione adeguata.

PROTOCOLLO OPERATIVO

CONTESTUALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Dimensioni del problema nel Friuli Venezia Giulia

La **situazione epidemiologica** nella regione Friuli Venezia Giulia risulta sovrapponibile a quella nazionale.

La prevalenza, calcolata al 28.2.2005 sulla base dei dati di esenzione ticket per patologia diabetica è del 3,3% così distribuita per età ed ambito territoriale, e risulta molto simile a quella rilevata mediante l'indagine ISTAT multiscopo del 2001.

	CLASSE 00-14	CLASSE 15-24	CLASSE 25-34	CLASSE 35-44	CLASSE 45-54	CLASSE 55-64	CLASSE 65-99	TOTALE COMPLESSIVO
ASS N. 1	27	41	120	271	676	2.046	5.563	8.744
ASS N. 2	16	29	73	184	425	1.177	3.193	5.097
ASS N. 3	12	21	36	107	314	723	1.405	2.618
ASS N. 4	41	87	182	423	1.011	2.766	5.951	10.461
ASS N. 5	14	15	66	136	357	927	2.064	3.579
ASS N. 6	27	62	151	384	1.043	2.555	5.737	9.959
TOTALE REGIONE	137	255	628	1.505	3.826	10.194	23.913	40.458

Soggetti esenti per diabete anni 2001 -2005			
età	<=35	>35	Totale
esenti 2001	1144	35261	36405
esenti 2005	1020	39438	40458

Per quanto attiene ai **ricoveri ospedalieri**, il dato rilevato mediante l'analisi delle SDO dimostra che sono stati ricoverati, nell'anno 2002 in totale 5071 soggetti, di cui 709 hanno subito più di un ricovero.

Pazienti ricoverati per diabete e n° di ricoveri				
età	<=35	36-60	>=61	totale
paz. con 1 ricovero	126	835	3401	4362
paz. con >=2 ricoveri	12	153	544	709
totale pazienti ricoverati	138	988	3945	5071

Un dato di particolare interesse può risultare quello rilevato nel 2001: su 5998 ricoveri totali per diagnosi correlabili al diabete e alle sue complicanze solamente in 466 il diabete ricorreva come prima diagnosi (codice ICD9 250.00 o 250.01).

Il ricovero per diabete come unica diagnosi è considerato inappropriato, pertanto la bassa percentuale di questo tipo di ricoveri è indice di efficacia del filtro territoriale.

Nella tabella successiva sono riportate le DDD ed i dati di spesa lorda regionale, per farmaci e prodotti AFIR.

TIPOLOGIA FARMACO	SPESA LORDA 2004	DDD 2004
Insulina e analoghi	3.252.779,08	3.476.443,75
Associazioni antidiabetici orali	1.175.714,89	5.505.557,00
Sulfonamidi	869.222,87	3.134.527,89
Biguanidi	696.665,46	2.426.162,75
Altri ipoglicemizzanti orali (repaglinide)	388.719,81	579.120,00
Totale complessivo	6.383.102,11	15.121.811,39

Assistenza integrativa	9.512.136
-------------------------------	------------------

Sistema regionale di assistenza ai pazienti diabetici

In regione, nonostante l'esistenza di un quadro normativo di riferimento valido ed esaustivo, di strutture adeguate e di modelli organizzativi efficienti per l'assistenza al paziente diabetico, l'implementazione pratica dei controlli è ancora insufficiente, come dimostrato dal recente studio QUADRI, coordinato dall' Istituto Superiore di Sanità.

a) Quadro normativo

La Legge n. 115/1987 è stata recepita dalla L.R. 27.6.1990, n. 28 "Disposizioni per la cura e la prevenzione del diabete mellito nella Regione Friuli Venezia Giulia" che ha previsto interventi di prevenzione, educazione sanitaria, diagnosi precoce, miglioramento delle cure ed agevolazioni di carattere sociale nei confronti dei diabetici, oltre che di formazione del personale sanitario.

b) Interventi regionali

Secondo le previsioni della citata L.R. n. 28/1990 è stata istituita la "Commissione regionale di coordinamento per le attività diabetologiche" con il compito di supportare l'Amministrazione Regionale formulando proposte per le attività di prevenzione, diagnosi e terapia, esprimendo pareri e programmando interventi specifici.

La Commissione ha una composizione multidisciplinare (diabetologo, pediatra, farmacista, medico legale, responsabile di Distretto, medico di medicina generale, medico sportivo, assistente sociale, I.P., ecc.), al fine di assicurare la massima operatività su campi di intervento diversificati e garantisce la rappresentatività delle Associazioni del Volontariato.

La suddetta Commissione, che ha già emanato numerose indicazioni e pareri (ad esempio sulla modalità di erogazione degli ausili per l'autocontrollo della glicemia, sulla prescrizione dell'insulina glargine) ed ha fornito spunti per riformulare un sistema integrato di cure, avrà compiti rilevanti nell'ambito del presente piano.

Annualmente vengono organizzati dalle Associazioni di Volontariato, finanziati dalla Regione, corsi residenziali estivi di educazione sanitaria per soggetti diabetici e le loro famiglie con la partecipazione di un team diabetologico (medico diabetologo, pediatra, infermiere professionale, dietista, istruttore di attività fisica, ecc.) finalizzati al miglioramento dell'autogestione della malattia e all'autonomia del paziente.

La L.R. n. 8/2003 in materia di attività sportiva ha previsto interventi finalizzati alla promozione dell'attività fisica nei confronti di soggetti con patologie croniche, con particolare riferimento ai diabetici, e azioni informative rivolte agli insegnanti di educazione fisica.

c) Situazione dei servizi

Nelle quattro province esistono servizi specialistici territoriali dislocati a livello distrettuale dove spesso operano team integrati diabetologico (medico diabetologo, medico di medicina generale, dietista, infermiere professionale, psicologo, ecc.).

Attività diabetologiche vengono svolte anche negli ospedali di rete, a livello ambulatoriale e/o all'interno delle Unità Operative di Medicina.

Nei tre ospedali di riferimento regionale (Trieste, Udine e Pordenone) esistono servizi specialistici tra cui una Struttura Operativa Complessa di Diabetologia presso l'Azienda Ospedaliera "S. Maria della Misericordia" di Udine.

A livello universitario (Azienda Ospedaliero–Universitaria di Trieste e Azienda Policlinico Universitario a Gestione Diretta di Udine) vengono effettuate attività di alta specializzazione in materia diabetologica.

L'I.R.C.C.S. "Burlo Garofolo" di Trieste è riferimento per la diabetologia infantile e per la gestione di gravidanze a rischio in donne diabetiche.

DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI DI PROGETTO

Finalità generali ed obiettivi specifici

La strategia generale a cui si ispira il presente piano è quella di un approccio alla gestione integrata della malattia diabetica, basata sui principi del 'disease management', qui inteso come approccio integrato all'assistenza sanitaria sul territorio, rivolto a tutti i diabetici e non solo a quelli che accedono ai servizi specialistici.

Disease management: il progetto seguirà questo approccio metodologico, che verrà utilizzato primariamente per quanto attiene all'identificazione di **percorsi condivisi ottimizzati**, ovvero esplicitando quanto più possibile quali siano ritenuti adeguati i 'setting' assistenziali specifici per gli specifici problemi ("fare le cose adeguate nei luoghi adeguati"). Viene totalmente superata la visione di "medicina di I, II o III Livello", oppure di "attività di base o funzioni filtro" di accesso verso servizi a maggiore specializzazione, mirando invece ad accreditare in un sistema unitario (circolarità della rete assistenziale) tutti i professionisti, che validano reciprocamente quanto eseguito nelle varie fasi del percorso diagnostico–terapeutico (ambulatoriale generalista o specialistico o in regime degenziale), così da evitare ridondanze, dispersione di risorse e perdite di tempo. Gli altri pilastri portanti del sistema saranno: a) costante ed intensiva formazione degli operatori (con diffusione, ove appropriato, della funzione di case manager); b) costante ed intensiva formazione-educazione dei pazienti (logica dell'educazione al 'self care' e dell'empowerment' della persona assistita); c) valorizzazione della funzione del distretto per costruire reti di assistenza e usare le sue capacità di connessione conseguenti; d) maggiore inserimento del personale infermieristico, con opportuna attenzione alla formazione ad hoc, in una serie di attività rilevanti ('nurse led care'), in integrazione con il personale medico, sia per le valutazioni del paziente (ad es. esame del piede), sia per la sua istruzione-educazione, con attenzione particolare al rinforzo della comunicazione finalizzata ad innalzare l'adesione ai programmi terapeutici individualizzati; e) alleanza con i farmacisti; f) accordo con i medici dello sport per l'aspetto dell'attività fisica nel diabetico.

L'enfasi del progetto è sul **ruolo del medico di medicina generale** e, contestualmente, quello del **distretto**, al fine di individuare i soggetti con diabete, indipendentemente dal loro accesso alle strutture o ambulatori specialistici, su cui attuare gli interventi preventivi, con ricerca attiva dei problemi prima che si manifestino clinicamente o si aggravino. Da questo ne consegue l'adozione di misure personalizzate efficaci (controlli, trattamenti, informazione, ecc.), volte a prevenire l'insorgenza delle complicanze o la loro progressione.

Anche in questo progetto, è previsto che gli elementi costitutivi del 'disease management' consistano nell'elaborazione di linee guida con la definizione di specifici percorsi assistenziali condivisi tra i vari attori del sistema, la loro implementazione mediante il coinvolgimento dei professionisti, il monitoraggio delle attività, la formazione degli operatori, l'educazione dei pazienti e l'accrescimento delle loro conoscenze e dell'autonomia decisionale ('empowerment').

Nell'ambito della gestione integrata un ruolo importante è svolto dal 'case management' che prevede l'elaborazione di un piano di cura individualizzato per il singolo paziente da parte di un **gruppo multidisciplinare**.

La realizzazione del piano è affidata alla responsabilità di un professionista non direttamente coinvolto nelle cure che coordina i servizi e monitora l'implementazione dei controlli e dei trattamenti.

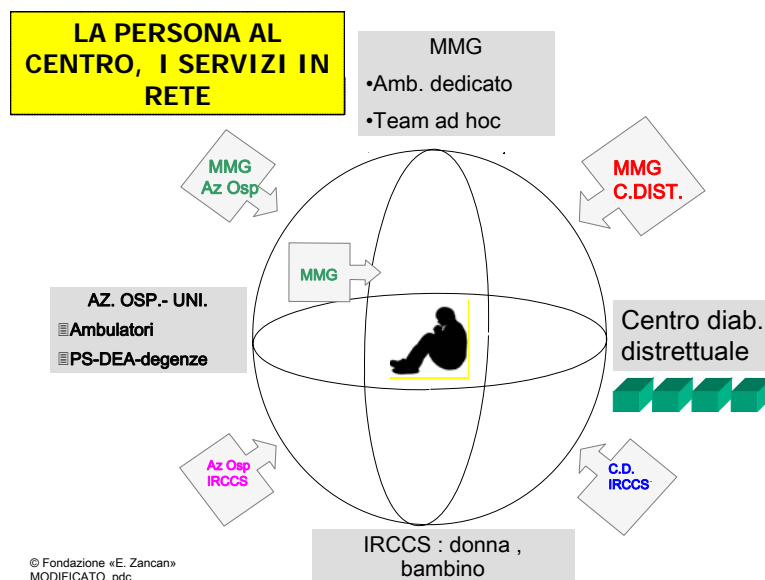
Tale figura può configurarsi in un infermiere professionale del Distretto, idealmente ricompreso nel concetto di 'nurse led care', per cui viene molto valorizzato il ruolo e la competenza infermieristica nella gestione delle malattie croniche.

OBIETTIVO GENERALE: al termine di tre anni, è migliorato il controllo della malattia diabetica e gli stili di vita in un gruppo di cittadini diabetici residenti in vari distretti della Regione FVG (in prima stima target di popolazione generale di ca. 600.000 ab. - in aree distrettuali urbane, suburbane, rurali e montane). Il primo rapporto valutativo è previsto per l'1.8.2007 (v. cronogramma pag. 12 e segg.)

POPOLAZIONE TARGET: soggetti con diabete mellito di tipo 2, di ambo i sessi, nel range di età 45 -75 anni

ATTORI: gli assistiti trovano primo riferimento nel proprio MMG (che volontariamente aderirà al progetto, accompagnato da adeguata formazione), che potrà avvalersi del supporto-consulenza del team specialistico dei centri diabetologici distrettuali o di azienda ospedaliera, come appropriato a seconda delle esigenze del paziente. L'obiettivo è di ottenere l'adesione di un significativo numero di MMG (ad es. il 10-20% dei MMG presenti nei territori distrettuali inclusi nello studio), che nel corso del progetto si incontreranno periodicamente, sia in audit tra pari a livello di distretto, che in sedute "plenarie" (interdistrettuali) con tutti gli attori (quattro volte/anno). Per tutte le attività, sarà loro corrisposto un rimborso spese (v. oltre). Inoltre, al fine di includere MMG fortemente motivati e capaci, si sono già avviati i primi contatti per stendere un accordo con alcuni MMG ricercatori di Health Search, già formati ed abili nella ricerca in medicina generale, che condurranno prossimamente un progetto complementare a questo per contenuto ed organizzazione, con i quali si ricercheranno le doverose sinergie. Infine, il progetto si gioverà del patrocinio e guida attiva del Centro di Formazione Regionale di Medicina Generale (Ceformed).

La figura successiva riassume schematicamente la logica dell'intervento: al centro di una rete di collegamenti (lungo i paralleli ed i meridiani) sta la persona, che si rivolge – a seconda delle esigenze – ai diversi punti di assistenza.



OBIETTIVO PRIMARIO:

- È obiettivo di **PROCESSO**: innalzare il grado di attuazione di pratiche di provata efficacia in ciascun diabetico (ad es. avvenuta esecuzione di determinati parametri metabolici o di controlli sugli organi bersaglio delle complicanze in ciascun assistito diabetico di MMG).

Nelle fasi finali del progetto, inizierà ad essere sperimentata, in un campione e in via del tutto preliminare, l'applicazione di indicatori di **ESITO**, che potrebbero rappresentare l'evoluzione di una fase successiva. A mero titolo di esempio si cita: raggiunta una copertura di Hb glicata del 70%, si tratterà di quotare la percentuale di diabetici in cui viene conseguito un risultato efficace di controllo metabolico (es. Hb glicata inf. a 7,5% , LDL colesterolo inf. a 100 mg/dl) e l'adozione di stili di vita appropriati (ad es. astensione/riduzione/sospensione del fumo di sigaretta, dieta congrua, attività fisica, e così via).

OBIETTIVO SECONDARIO

- monitorare nel campione l'andamento degli eventi specifici di complicanze (info. e dati tratti da Sistema informativo regionale - SISR: ricoveri, visite ambulatoriali, consumo farmaci, ecc.)
- perfezionare il sistema regionale di rilevazione dati, allineandolo con quelli reperibili negli archivi dei MMG e dei centri diabetologici.

AMBITO TERRITORIALE DI INTERVENTO

Nella regione Friuli Venezia Giulia esistono già diverse esperienze di gestione integrata della malattia diabetica che hanno utilizzato modalità organizzative differenti a seconda dell'ambito territoriale, dell'accessibilità ai servizi e della storia precedente (es. adozione della cartella informatizzata, distrettualizzazione delle attività specialistiche, istituzione del "numero verde diabetologico", creazione dell' "ambulatorio dedicato" del medico di medicina generale, ecc.).

Il presente piano ha pertanto valenza regionale e tende a valorizzare le peculiarità già esistenti; in tale ottica le Aziende Sanitarie potranno proporre altre iniziative progettuali, in coerenza con le finalità e gli obiettivi sopra indicati, con il coordinamento dell'Azienda di riferimento.

Il presente progetto è da intendersi come insieme di azioni ed interventi sperimentali che intendono accelerare in un campione significativo un miglioramento dell'assistenza al diabetico, esportabile successivamente al progetto, se di successo, all'intero sistema e a tutte le realtà distrettuali. Vuole pertanto riunire diverse esperienze, per molti versi simili, e riportarle ad una visione esplicitamente condivisa e comune, valorizzando le esperienze in atto e proiettandosi verso un programma che riesca ad individuare preminentemente la possibilità di valutare con metodologie prontamente fruibili gli esiti dei percorsi di cura, al fine di una misurabile migliore capacità di prevenzione delle complicanze del diabete, attraverso il miglioramento del controllo metabolico e degli stili di vita.

Il progetto nasce pertanto da una serie di **realità esistenti** nei servizi pubblici e di attività integrate già oggi in essere a favore di cittadini diabetici, consolidate in particolare modo in alcuni territori della Regione FVG, tra cui si citano a titolo di esempio :

- **nella provincia di Trieste** da tre anni si sta cercando di integrare l'attività del centro specialistico (Centro Diabetologico di ASS 1) con quella dei MMG. Un risultato si è ottenuto con l'adesione di ca. 150 / 230 MMG ad un progetto (incentivato, su accordo ad hoc) che intende monitorare l'andamento di indicatori di salute in questo campo, misurati con

l'accesso alle banche dati regionali (programma già disponibile e in uso – v. all.). Sostanzialmente, trattasi di verificare quanto siano diffuse pratiche di provata efficacia nei diabetici: ad es., dosaggio della Hb glicata, es. urine, creatinina, della colesterolemia associata a contestuale terapia ipocolesterolemizzante, ed altro ancora. Il data base è costituito dagli archivi del sistema informativo regionale (SISR), confrontato con quello degli studi di MMG (per lo più Millewin). Il progetto aziendale in corso prevede che i MMG associati ad hoc in team di progetto (ca. 5-10/cad) ricevano periodicamente report sull'andamento delle loro performance e, attraverso audit, cerchino di migliorare tali performances. L'accordo già sottoscritto tra Aziende e MMG prevede che in una prima fase (prossimi 1-2 anni) il miglioramento riguardi indicatori di processo (ad es. innalzare il grado di copertura percentuale della Hb glicata nei diabetici da ca. 50% a 70%), con la previsione/intenzione di passare poi a considerare la modificazione degli indicatori nel senso dell'esito (ad es., Hb glicata sotto 7-7,5% in quote sempre più significative di casi). L'accordo con i MMG per questo progetto prevede compensi in caso di raggiungimento degli obiettivi prefissati, di entità doppia per MMG in team. Il tutto, è guidato da protocolli e procedure standardizzate, ispirate a EBM, condivise con gli specialisti del servizio della locale Azienda Ospedaliera. Infine, grande attenzione è data alla cura del piede, al 'counselling' antitabagico, alimentare e sull'attività fisica.

Inoltre, nel processo di revisione dell'assistenza diabetologica, è in atto una "distrettualizzazione" delle attività del centro diabetologico per portare i servizi più vicini alla popolazione ed ai MMG, cercando di tararne le attività più su funzioni di consulenza al MMG, che di erogazione di prestazioni standard, rese dal team specialistico. Ad es., buon successo sta avendo l'iniziativa di eseguire visite congiunte da parte di specialista+MMG nella sede distrettuale di medicina generale di gruppo.

- **nella provincia di Pordenone**, analogamente, è molto attiva l'integrazione MMG-centro specialistico dell'azienda Ospedaliera. In ogni distretto è disponibile un'offerta diabetologica (a breve sarà coperto anche il quinto distretto), integrata con quella resa dai MMG
- **nella provincia di Udine** (ad es. S. Daniele, Cividale, Udine, Gemona, Tolmezzo), da tempo esiste un progetto integrato MMG-specialisti che consente percorsi scorrevoli e mira ad un innalzamento dell'appropriatezza della domanda e delle risposte, con monitoraggio di alcuni indicatori.

SEDI DI INTERVENTO PROGETTUALE:

- distretti delle Aziende sanitarie della Regione FVG (adesioni in corso di formalizzazione)

MODALITA' DI ADOZIONE DELLE LINEE GUIDA DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE-ORGANIZZATIVE

La scelta delle specifiche raccomandazioni cliniche e organizzative per l'assistenza al paziente diabetico viene demandata alla Commissione regionale di coordinamento per le attività diabetologiche.

Le linee guida dovranno rispettare i seguenti principi generali:

- rilevanza clinica e preventiva;
- evidenze scientifiche forti (EBM);
- condivisione tra diversi portatori di interessi;
- ottimizzazione delle risorse.

Il Ceformed negli anni scorsi ha già elaborato una serie di linee guida DT, condivise tra un vasto gruppo di MMG e gli specialisti.

Questo progetto prevede di aggiornare questi documenti e di curarne la diffusione e implementazione (punto 5. del cronogramma).

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Uno dei primi obiettivi del progetto è la costituzione del registro degli assistiti affetti da diabete iscritti a ciascun MMG partecipante allo studio, rispetto ai quali verranno raccolti i dati.

Viene demandata alla Commissione di coordinamento per le attività diabetologiche, allargata ai referenti che verranno indicati dalle Aziende partecipanti al progetto, la definizione degli indicatori da monitorare e livello regionale.

Oltre al set uniforme degli indicatori regionali (numericamente limitati e di agevole misurabilità) ogni Azienda partecipante potrà aggiungerne altri, specifici per la propria area territoriale, eventualmente mantenendo quelli già attivi come elementi di monitoraggio. Nel corso del progetto, si cercherà di arricchire la base dati con indicatori oggi mancanti, inerenti allo stato del piede, del FO, anche avvalendosi delle cartelle informatizzate dei centri diabetologici, già predisposte per questo (programma cartella Eurotouch) e dei programmi informatizzati dei MMG (ad es. Millewin). L'allineamento di queste tre fonti può costituire uno dei sub-obiettivi di progetto, all'interno di un programma di realizzazione di una cartella clinica condivisa.

Per quanto attiene ai medici di medicina generale sarà applicata gradualmente una logica per la misurazione degli indicatori che, superando l'attuale sistema basato sul numero delle prestazioni, sia incentrato sulla misurazione dei risultati.

Va comunque tenuto presente che le linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2005 hanno introdotto specifici indicatori di performance territoriale per quanto attiene al diabete. Gli indicatori concorrono a costruire il programma aziendale annuale; le aziende hanno individuato gli strumenti ed i modelli di intervento più idonei per il miglioramento degli indicatori.

Tali interventi sono compresi tra gli obiettivi incentivanti aziendali.

MODALITA' DI ACQUISIZIONE DEI DATI PER LA VALUTAZIONE ED IL MONITORAGGIO

Fonte dati: archivi SISR, con consultazione da web-intranet (programma SIE). In una seconda fase i dati verranno confrontati, validati e resi concordi rispetto alle banche dati dei singoli MMG e centri diabetologici. In ogni caso, ciascun MMG istituirà e terrà aggiornato on line un proprio archivio-registro dei soggetti diabetici e di quelli arruolati

Raccolta dei dati: da SISR e da archivi informatizzati di MMG.

Indicatori di processo ed esito: ottenibili dalle banche dati del sistema informativo regionale: risultati di analisi di laboratorio, prescrizioni farmaceutiche, ricoveri ospedalieri, prestazioni spec. ambulatoriali.

Le figure successive illustrano le possibilità che attualmente già offre il sistema informativo regionale per il monitoraggio degli indicatori, con analisi a vari livelli di dettaglio, ottenibili con consultazione di programmi su web.

Nella figura sottostante sono riassunti i dati per livello **aziendale**.

	Aziende						FVG
	ASS1	ASS2	ASS3	ASS4	ASS5	ASS6	
% residenti che assumono farmaci per il diabete e che hanno effettuato almeno un'emoglobina glicata (anno)	44,6	63,8	66,7	53,2	50,5	62,7	55,4
% residenti che assumono farmaci per il diabete e che hanno effettuato un esame urine (anno)	43,2	65,2	63,9	63,0	64,4	45,4	54,5
% residenti che assumono farmaci per il diabete e che hanno effettuato almeno un controllo della creatinina (anno)	51,2	62,9	66,6	51,7	55,7	64,8	57,4
% residenti che assumono farmaci per il diabete e che hanno effettuato almeno un controllo del colesterolo (anno)	48,6	60,7	60,6	47,9	49,9	50,8	51,3
% residenti dimessi con diagnosi di IMA e con prescrizione di un beta bloccante	64,0	70,7	71,1	73,6	72,0	74,8	71,1
% residenti dimessi con diagnosi di IMA e con prescrizione di aspirina	78,5	66,7	76,3	73,1	82,1	72,3	74,7
% residenti dimessi con scompenso cardiaco che hanno assunto ace-inibitori	78,1	81,8	84,1	84,3	84,4	73,1	81,0
% residenti dimesse con scompenso cardiaco che hanno assunto ace-inibitori e diuretici	68,3	74,7	73,8	76,5	76,8	67,7	72,2

Nella figura successiva è riportato un esempio di output di SIE: il livello di dettaglio è fornito per **distretto** (nell'es., il distretto 1 della ASS 1 di Trieste) e per MMG, singolarmente, o per team di MMG ad hoc.

Nella colonna di sin. si legge il codice reg.le medico (CRM); nelle successive è riportata la percentuale di copertura (indice) della procedura "target", indi la numerosità dei casi con patologia (casi). Ad es., nel primo caso, quel singolo MMG ha 63 casi di diabete (denominatore), con una percentuale di rilevazione di casi con Hb glicata nel 46% di questi casi, del 33,3% di esame urine e così via. E' considerato diabetico chi ha avuto almeno 2 prescrizioni/anno di farmaci specifici.

Codice Regionale Medico [C.R.M.]		[1]Distretto 1 - INDICATORI - 2005								
		DIABETE & EMOGLOBINA GLICATA		DIABETE & ESAME URINE		DIABETE & CREATININA		DIABETE & COLESTEROLO		
		Indice	Casi	Indice	Casi	Indice	Casi	Indice	Casi	
1	3343	46	63	33,3	63	54	63	52,4	63	
	[Team.01]	54,5	345	46,7	345	58,8	345	58,3	345	
2	16386	71,2	66	71,2	66	74,2	66	72,7	66	
	3988	53,3	45	57,8	45	57,8	45	51,1	45	
	[Team.25]	61,3	734	52,3	734	62,5	734	61,4	734	
{	16394	50	52	44,2	52	48,1	52	53,8	52	
	16865	44,2	77	26	77	49,4	77	48,1	77	
	3400	52,2	92	40,2	92	57,6	92	54,3	92	
	40709	53,3	90	40	90	65,6	90	51,1	90	
	41012	50	12	33,3	12	33,3	12	50	12	
	46763	65,6	93	45,2	93	55,9	93	34,4	93	
	48637	42,9	35	40	35	60	35	40	35	
	4879	62,6	91	52,7	91	63,7	91	57,1	91	
	52142	66,7	6	66,7	6	83,3	6	100	6	
	55673	47,5	59	42,4	59	54,2	59	61	59	
	56093	66,7	33	63,6	33	78,8	33	57,6	33	
	59238	66,7	45	64,4	45	68,9	45	64,4	45	
	61523	72,7	66	78,8	66	78,8	66	68,2	66	
	62802	50	4	50	4	50	4	50	4	
	63552	50	2	50	2	50	2	0	2	
	8193	68,3	104	55,8	104	65,4	104	75	104	
	8490	55,8	52	57,7	52	63,5	52	57,7	52	
	9910	40	90	40	90	56,7	90	55,6	90	
	{0101}	Distretto	60,8	2.717	54,1	2.717	63,2	2.717	60,4	2.717
	{01}	Azienda	60,2	12.074	51,3	12.074	63,2	12.074	60,9	12.074
{Regione FVG}		61,2	51.923	56,9	51.923	63,4	51.923	56,8	51.923	

Nella figura successiva il livello di dettaglio è esploso all'elenco assistiti dei **singoli MMG**. Si ottiene cliccando sul CRM: l'output riporta nella colonna di sin. il CF dell'assistito; nelle colonne accanto, il simbolo verde indica presenza della malattia e esecuzione del test target; quello rosso presenza della malattia e NON esecuzione del test.

The screenshot shows a web browser window displaying a table of medical indicators. The table is titled 'INDICATORI' and has columns for various medical conditions and test results. The rows represent individual patients, each with a unique identifier (CF) and a status for each indicator.

CF	DIABETE & EMOGLOBINA GLICATA	DIABETE & ESAME URINE	DIABETE & CREATININA	DIABETE & COLESTEROLO	IPOLIPEMIZZANTI & COLESTEROLO	SCOMPENSO CARDIACO & ACE: INIBITORI	SCOMPENSO CARDIACO & ACE: INIBITORI E DIURETICI	SCOMPENSO CARDIACO & DIURETICI E NON ACE: INIBITORI	SCOMPENSO & ANTI- INFLUENZALI
BBLMRA27R49B260F	Green	Green	Green	Green	Green	Green			
BCCFLV40B27L424S					Red				
BDLLLN44M43H906Q					Red				
BDLLRA24E69L424Y	Green	Red	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Red
BLCMNL66C45L424D									
BLDLCN32B16B578I	Green	Red	Green	Green	Green				
BLLGPP32E20B665R					Red				
BNDGPP40R14B665C					Red				

PIANO DI FORMAZIONE DEGLI OPERATORI PARTECIPANTI

Nell'ambito degli obiettivi regionali annuali collegati al programma ECM verranno ricompresi i temi oggetto del presente piano (la regionalizzazione del sistema ECM prevede che gli operatori sanitari debbano acquisire almeno il 30% dei crediti formativi in relazione agli obiettivi regionali).

Le Aziende partecipanti dovranno pertanto formulare i propri piani formativi in coerenza con quanto sopra esposto, a favore di tutte le figure professionali coinvolte e prevedendo specifiche attività formative che consentano di valorizzarne funzioni e ruoli.

La formazione dei medici di medicina generali verrà attuata dal CEFORMED che, nella programmazione delle attività formative di competenza, terrà in considerazione le previsioni del presente piano.

PIANO DI ATTIVITA' EDUCATIVO-FORMATIVE PER I PAZIENTI

Tali attività devono essere svolte, secondo la prassi già instaurata, da personale sanitario opportunamente addestrato, tenendo conto dei diversi sistemi organizzativi aziendali.

In linea generale le azioni di educazione sanitaria sono considerate di competenza distrettuale.

Il Distretto può condurle direttamente o tramite accordi con altre strutture aziendali, (es. Dipartimento di Prevenzione), ospedaliere e con Enti ed Istituzioni interessate.

E' necessario che tali attività prevedano la collaborazione delle Associazioni di Volontariato e siano comprese nell'ambito dei programmi delle attività territoriali (PAT) e dei piani di zona (PDZ) in quanto, attraverso il coinvolgimento di più "attori" (es. Scuola, Enti Locali), si rinforza il messaggio ed aumenta l'efficacia informativo – educativa.

Le modalità di realizzazione (corsi, gruppi, lezioni interattive, 'counselling' personalizzato ecc.) devono garantire la partecipazione dei soggetti che abitualmente non frequentano i Centri specialistici, ma sono seguiti direttamente dal medico di medicina generale e devono mirare a rendere ogni paziente, secondo le proprie possibilità, capace di autogestire la malattia (self-care).

ALLEANZE PER LA FORMAZIONE – EDUCAZIONE: Cefomed (per MMG), Aziende (operatori dei distretti e dei centri diab.), Ordine Farmacisti-Federfarma, Commissione Reg.le ECM, Associazioni diabetici (anche eventi aggregativi). I processi formativi si svilupperanno in grande prevalenza come formazione sul campo.

Si sottolinea la necessità di mantenere costante il contatto ed il coinvolgimento delle associazioni dei malati diabetici, con i quali condividere i percorsi e l'intensificazione dei programmi educativi.

REFERENTI DI PROGETTO

MONITORAGGIO E COORDINAMENTO DEL PROGETTO :

Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina" (da confermare)

Referente: dott. Paolo Da Col (responsabile distretto n. 1 ASS 1 e responsabile Centro Diabetologico ASS 1).

PIANO DEI COSTI

In prima ipotesi, non disponendo ora di tutte gli elementi necessari, i costi del progetto possono essere così suddivisi (parte nell'anno 2006, parte nel 2007) :

- a) rimborso spese per MMG partecipanti; 150 €/cad. (spese per sostituto+viaggio per partecipazione a audit e riunioni di progetto, +spese varie), per quattro volte/anno = 600 €/cad/anno; per 120 MMG , tot = € 72.000,00
- b) rimborso spese per collaboratore di segreteria (c/o ASS 1): 12.000 €/anno
- c) rimborso spese (utenze, viaggi, ecc.) per Azienda referente: 6.000 €/anno

TOTALE GEN.: 90.000,00 € per 12 mesi

CRONOPROGRAMMA

Vedi schemi successivi

Piano regionale prevenzione: cronoprogramma del progetto di disease management del diabete

1. Definizione del progetto esecutivo e predisposizione delle attività necessarie per la sua attuazione

N° fase	Fase (Descrizione attività)	Quota -Parte (%)	Data inizio prevista	Data termine prevista	Indicatore/ Pietra miliare	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data termine effettiva	Valore rilevato indicatore (%)
1	Individuazione e nomina del referente regionale		15/2/06	15/3/06	Attestazione formale				
2	Identificazione delle realtà territoriali per l'attuazione del progetto e nomina dei referenti locali		1/3/06	1/4/06	Attestazioni formali	Accordo con Aziende e Distretti			
3	Definizione dell'organizzazione territoriale del disease management		1/3/06	1/6/06	Documento di progetto	Accordo con MMG e diabetologi			
4	Identificazione degli stake-holders per la realizzazione del disease management		1/4/06	1/6/06	Attestazione formale con specificazione di attori, ruoli ecc.				
5	Adozione, adattamento e condivisione delle linee guida clinico - organizzative per l'assistenza al paziente diabetico		1/6/06	1/9/06	Documento contenente le LLGG	Accordo con MMG e diabetologi			
6	Definizione degli indicatori di processo e di esito e dei criteri di selezione della popolazione obiettivo		1/6/06	1/9/06	Documento di progetto				
7	Ricognizione dei requisiti strutturali e funzionali per la costruzione del registro dei pazienti		1/6/06	1/10/06	Allegato tecnico al documento di prog.	Accordi con l'INSIEL			
8	Ricognizione dei requisiti strutturali e funzionali per la raccolta dati (cartella clinica condivisa, registrazione degli indicatori di processo e di esito)		1/6/06	1/10/06	Allegato tecnico al documento di prog.	Accordo con MMG, Aziende e INSIEL			
9	Pianificazione della formazione per gli operatori partecipanti		1/7/06	1/10/06	Piano di formazione degli operatori				
10	Pianificazione delle attività educativo - formative per i pazienti		1/7/06	1/10/06	Piano di attività educative				

2. Realizzazione del progetto

N° fase	Fase (Descrizione attività)	Quota-Parte (%)	Data inizio prevista	Data termine prevista	Indicatore/ Pietra miliare	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data termine effettiva	Valore rilevato indicatore/ pietra miliare (%)
1	Formazione degli operatori		1/10/06	1/1/07	Attestazioni formali				
2	Implementazione del registro dei pazienti		1/1/07		Presenza e funzionalità del registro	Risorse Accordi con MMG, Aziende e INSIEL			
3	Avviamento della raccolta dati		1/1/07		Presenza e funzionalità del sistema di raccolta dati	Risorse Accordi con MMG, Aziende e INSIEL			
4	Avviamento delle attività educative per i pazienti		1/1/07		Registro delle attività				
5	Avviamento delle attività di case management (recall, reminder, ecc.)		1/4/07		Registro delle attività				
6	Primo rapporto di sintesi sulle attività preventive nella gestione integrata del diabete		1/7/07		Rapporto				

3. Valutazione del progetto

N° fase	Fase (Descrizione attività)	Quota-Parte (%)	Data inizio prevista	Data termine prevista	Indicatore/ Pietra miliare	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data termine effettiva	Valore rilevato indicatore/ pietra miliare (%)
1	Definizione operativa degli indicatori di realizzazione del progetto		1/6/06	1/10/06	Documento di progetto	Risorse			
2	Definizione delle modalità per la raccolta dei dati		1/6/06	1/10/06	Documento tecnico	Risorse Accordi con MMG, Aziende e INSIEL			
3	Ricognizione ed attivazione dei requisiti strutturali e funzionali necessari per la raccolta dati		1/6/06	1/10/06	Documento tecnico	Risorse Accordi con MMG, Aziende e INSIEL			
4	Avviamento della raccolta dati		1/10/06		Registro delle attività				
5	Incontri a scadenze prefissate con gli operatori per la condivisione dei risultati del monitoraggio		1/2/07		Attestazioni formali				
6	Rapporto di valutazione del progetto		1/8/07		Rapporto				