

Piano Nazionale della Prevenzione

Regione Molise.

Prevenzione delle Complicanze del Diabete.

Premessa

Il Diabete Mellito è una patologia cronica largamente diffusa, dura tutta la vita, quasi mai va incontro a guarigione, e nel suo decorso induce l'insorgenza di complicanze invalidanti che compromettono lo stato di salute alterando, di conseguenza, la qualità della vita.

Per tali caratteristiche il Diabete Mellito è ad alto impatto sociale con costi sempre più elevati tenuto conto che la sua presenza è destinata ad aumentare negli anni a venire sia per il dilagare di stili di vita errati – sedentarietà, obesità - sia per il progressivo invecchiamento della popolazione. Negli ultimi anni tale patologia ha assunto momenti di preoccupazione maggiore in quanto spesso si trova associata ad altre condizioni quali l'Obesità, l'Ipertensione arteriosa, le Dislipidemie che concorrono a definire il quadro della Sindrome metabolica fortemente correlata alla insorgenza di eventi cardiovascolari.

In Italia si stima che la prevalenza del diabete noto è compresa tra il 3% ed il 4% della popolazione di cui oltre il 90% rappresentato dal Tipo 2 e poco meno del 10% dal Tipo 1.

Nel Molise non esiste un Registro Regionale dei Diabetici, ma tenuto conto che la percentuale della popolazione anziana, che ha superato i 65 anni di età, è tra le più alte d'Italia è facile correlare tale dato ad una prevalenza del Diabete noto che va ben oltre il 4%.

Per cui si stima che nella Regione Molise i diabetici consapevoli o meno di esserlo sono compresi tra 20.000 e 32.000 persone.

Breve descrizione del Sistema Regionale per l'assistenza ai pazienti diabetici

Attualmente nella regione Molise esistono 6 strutture diabetologiche che assistono i pazienti adulti distribuite su tutto il territorio regionale, molto differenziate, però, tra di loro sia per complessità di struttura che per tipologia di intervento assistenziale, nonché per le procedure informatizzate poste in essere. Di queste 3 sono collegate alle UO Ospedaliere di Medicina. Esiste, altresì, un unico centro di riferimento di diabetologia pediatrica.

Tale rete di Servizi è regolata dalla L.R. del 20 dicembre 1989, n. 25 recante le "Norme per l'istituzione e la disciplina dei Servizi regionali di Diabetologia".

Pur essendo di buon livello l'assistenza diabetologica molisana attuale presenta alcune criticità:

- Non esiste il Registro Regionale Diabetici;
- E' ancora poco rappresentata la gestione integrata tra i Servizi di Diabetologia ed i Medici di Medicina Generale;
- L'assistenza erogata dai singoli servizi della Rete Regionale non è uniforme;
- Gli interventi non sono coordinati a causa di difficoltà nella costruzione, condivisione e messa in pratica dei percorsi diagnostico-terapeutici;
- Dei 6 Centri Diabetologici 3 essendo aggregati a reparti per acuti con condivisione delle risorse umane hanno poca possibilità di sviluppare attività e programmi di gestione integrata;
- I Team Diabetologici realmente operativi sono solamente 3 di cui 1 di Diabetologia Pediatrica;

- Manca una raccolta sistematica ed uniforme dei dati, che rende impossibile valutare la qualità dell'assistenza.

Finalità generali ed obiettivi specifici.

Il progetto ha come obiettivo quello di riaffermare e consolidare la centralità della persona affetta da diabete in ogni momento del percorso assistenziale attraverso:

- L'attuazione di un modello di gestione integrata della malattia diabetica con caratteristiche di forte collaborazione tra la rete dei Servizi di Diabetologia ed i Medici del Territorio (MMG e Pediatri) allo scopo di realizzare una cura efficace, in grado di razionalizzare le risorse e di ridurre gli eventuali sprechi;
- Il superamento delle disuguaglianze ed il miglioramento della qualità della assistenza diabetologica attraverso la definizione di Linee Guida Regionali di riferimento, condivise e codificate per i vari stadi di patologia;
- Identificazione di requisiti di qualità definiti e misurabili per le prestazioni erogate, e di indicatori di processo e di risultato;
- Costruzione di banche dati contenenti i dati amministrativi ed i dati clinici per misurare e monitorare l'efficacia, l'efficienza, e la appropriatezza degli interventi, la aderenza alle Linee Guida;
- Realizzazione di un modello assistenziale che garantisca interventi efficaci per la totalità dei diabetici al fine di ridurre sia le complicanze croniche del diabete sia gli eventi cardiovascolari;
- Implementazione del Registro Regionale Diabetici;
- Formazione degli operatori coinvolti (Diabetologi, MMG, Pediatri ecc...);
- Attività educativa e formativa rivolta ai diabetici.

Individuazione dell'ambito territoriale di effettuazione del progetto

Le parti coinvolte nello sviluppo del progetto sono:

1. Regione, Assessorato alla Sanità;
2. Azienda Sanitaria Regionale
3. Rete regionale dei Servizi di Diabetologia;
4. Medici di Medicina Generale e Pediatri (di libera scelta e della diabetologia pediatrica).

Modalità di adozione delle Linee Guida per l'assistenza al paziente diabetico

Il progetto si sviluppa attraverso una serie di azioni coordinate in grado di realizzare gli obiettivi previsti.

In particolare le azioni iniziali presuppongono la definizione dei **livelli minimi di assistenza diabetologica (L.E.A.)** al fine di superare le disuguaglianze attualmente esistenti e porre le basi per la realizzazione di un modello assistenziale uniforme su tutto il territorio regionale. Nell'ambito di tali azioni trova spazio la definizione di **Linee Guida Regionali** (diagnostico – terapeutiche - organizzative) di riferimento condivise e codificate.

A tale scopo resta giustificato il forte riferimento al protocollo di intesa AMD-SIMG-SID, espresso nelle “ Linee Guida per la gestione integrata del paziente diabetico “, con il dovuto adattamento alla realtà organizzativa regionale, fermo restando l'obiettivo di assicurare la massima qualità e l'integrazione fra le attività specialistiche con quelle della Medicina generale.

La diffusione delle Linee Guida allo scopo di assicurare a tutti gli operatori coinvolti nella predisposizione di protocolli locali la giusta conoscenza, sarà oggetto di particolare attenzione attraverso la realizzazione e definizione di specifiche attività.

Definizione condivisa del modello di Assistenza Diabetologica Integrata.

L'obiettivo è quello di individuare un modello assistenziale integrato fra servizi specialistici ospedalieri e territoriali, in particolare con la medicina generale finalizzato ad ottimizzare l'appropriatezza organizzativa e gestionale della risposta complessivamente erogata dal sistema sanitario regionale a favore delle persone affette da diabete.

A tale scopo utile sarà la revisione del "Protocollo operativo per una gestione del processo assistenziale al paziente diabetico: integrazione fra la medicina generale e centro specialistico" (Progetto Diabete), come da deliberazione di Giunta Regionale del Molise, 1° dicembre 2003, n. 1530. Lo scambio di informazioni inizialmente sarà garantito attraverso una cartella personale, (quella del Progetto Diabete, di cui alla delibera di G.R. Molise, n. 1530), in cui saranno riportati i dati clinici fondamentali per la gestione integrata, salvo i casi in cui sarà possibile utilizzare una cartella informatizzata condivisa. I pazienti saranno reclutati in maniera opportunistica dai MMG e dai CD ed inseriti nel progetto dopo avere acquisito il relativo consenso. Saranno esclusi i pazienti con malattie concomitanti gravi che possono limitare la partecipazione. Si prevede un follow up di tre anni. Trenta saranno, inizialmente, i Medici del territorio interessati di cui 3 rappresentati da Pediatri, che saranno individuati in base alla disponibilità ed alla possibilità di attuare concretamente la gestione integrata dei pazienti diabetici coinvolti. Tutti i Servizi Specialistici Diabetologici della regione saranno interessati.

Implementazione del Registri Regionale Diabetici (R.R.D.)

Il registro sarà gestito con procedura informatizzata attraverso la immissione dei dati anagrafici e clinici informativi rilevati dalla scheda rivisitata del Progetto Diabete: integrazione fra la Medicina Generale e Centro Specialistico Diabetologico.

Definizione degli indicatori.

Tale definizione è finalizzata a valutare e verificare la riduzione delle complicanze che il diabete induce nel corso degli anni.

Gli indicatori si articolano in:

1. **Indicatori di processo**, con riferimento alla quantità di prestazioni ed attività erogate annualmente;
2. **Indicatori di esito**, con riferimento alla tipologia delle risposte erogate a fronte degli eventi connessi alla patologia.

Tale definizione è altresì volta a valutare la qualità dell'assistenza erogata in ambito diabetologico attraverso i dati clinici emersi nonché attraverso l'utilizzo dei suddetti indicatori.

Miglioramento della qualità dell'assistenza e suo monitoraggio

Attraverso la compilazione della scheda del Progetto Diabete e successiva immissione, in un sistema informativo, dei dati in essa contenuti si intende implementare non solo il Registro Regionale Diabetici ma porre le basi anche per un sistema informativo coordinato e condiviso finalizzato alla realizzazione di una banca dati diabetologica che partendo dal monitoraggio della popolazione diabetica:

1. sia a disposizione per tutti i soggetti che erogano assistenza diabetologica;

2. contenga gli elementi necessari per costruire gli indicatori di qualità dell'assistenza;
3. possa essere utilizzata per le attività di verifica e controllo delle attività nonché di programmazione sanitaria.

L'obiettivo di tale sistema informativo è altresì quello di monitorare costantemente l'andamento della patologia diabetica al fine di prevenire le complicanze.

Formazione (ECM) degli operatori partecipanti

E' finalizzata a fornire a tutti gli operatori coinvolti la formazione e l'addestramento necessari per la attuazione del nuovo modello di gestione integrata, ed in particolare su:

1. Modalità e contenuti del progetto;
2. Linee Guida per l'assistenza al paziente diabetico (non escludendo il passaggio dal centro pediatrico a quello dell'adulto);
3. Uso del sw individuato.

Attività educativo – formative rivolte ai pazienti

Particolare attenzione sarà rivolta ai seguenti aspetti:

1. Attività di educazione alla autogestione della malattia in collaborazione con i MMG e le associazioni dei pazienti, con particolare riferimento all'automonitoraggio glicemico, premessa indispensabile per un conseguente ed appropriato aggiustamento terapeutico;
2. Attività di informazione sulla necessità ad effettuare periodici controlli;
3. Informativa ai sensi della legge 196/2003;
4. Attività miranti alla prevenzione delle malattie cardiovascolari in accordo con quanto previsto dal Progetto Cuore del CCM;
5. Informazione riguardante la modifica di stili di vita errati con particolare riferimento ad una sana alimentazione e ad una programmata attività fisica.

Tali attività possono essere realizzate anche nell'ambito di appositi campi scuola.

Monitoraggio del progetto

Tale azione è rivolta a verificare annualmente:

1. **Organizzazione:** L'attuazione del modello di assistenza diabetologica integrata nell'ambito della Azienda sanitaria;
2. **Attività clinica:** L'attuazione delle Linee Guida Regionali di riferimento identificate;
3. **Informatizzazione:** In relazione ai Servizi di Diabetologia, ai Medici di Medicina generale, al Registro Regionale Diabetici;
4. **Qualità:** il raggiungimento dei livelli di qualità attesi.

Definizione delle modalità di coordinamento del progetto presso la Regione

Il progetto è coordinato dal **Dr. Marco Tagliaferri**, Direttore della UOC di Diabetologia dell'Ospedale "G.Vietri" di Larino (CB).

Tempi di realizzazione

Si prevede di avviare ed estendere il progetto nel territorio regionale nell'arco di tre anni (2006 - 2008)

Previsione di spesa

La spesa annua stimata per l'attuazione del programma è di circa € 400.000 (quattrocentomila) relativa alle seguenti voci di spesa:

1. Riunioni locali e plenarie dei soggetti interessati;
2. Attrezzature per la realizzazione del sistema informativo e del Registro Regionale Diabetici;
3. Assistenza tecnica ed informatica on line e/o sul posto per tutti i partecipanti al progetto e per l'intera durata del progetto;
4. Personale per la raccolta ed elaborazione dati nonché per la tenuta del Registro;
5. Formazione dei soggetti coinvolti nonché informazione ed educazione rivolta ai diabetici.

Cronoprogramma

Descrizione attività	Data inizio	Data termine
1. Attuazione di un modello integrato per la programmazione e la gestione degli interventi tra Ospedale e Territorio		
1. Identificazione ed adozione delle Linee Guida di Riferimento		
Definizione e formalizzazione del documento	01.02.06	01.12.06
Diffusione e prime valutazioni	01.12.06	01.12.07
Valutazione periodica, eventuale aggiornamento	01.12.07	01.10.08
2. Definizione di un modello condiviso di Assistenza Diabetologica Integrata		
Condivisione delle Linee Guida Regionali	01.04.06	01.02.07
Diffusione condivisa del modello assistenziale	01.02.07	01.02.08
Attuazione del modello in tutti i centri	01.02.08	01.12.08
3.Registro Regionale Diabetici		
Implementazione	01.04.06	01.02.07
Aggiornamento	01.02.07	01.12.08
4.Definizione Indicatori		
Definizione indicatori come da progetto IGEA	01.04.06	01.12.06
Valutazione, integrazione ed implementazione degli indicatori di processo e di esito definiti.	01.02.07	01.02.08
Completamento set indicatori	01.02.08	01.12.08
2. Miglioramento della qualità dell'assistenza e suo monitoraggio (ambiti)		
Linee Guida e Modello assistenziale condiviso	01.02.06	01.02.07
Banca dati, R.R.D.,	01.02.07	01.02.08
Sistema informativo individuato	01.02.08	01.12.08
Formazione ECM degli Operatori partecipanti		
Per tutto il tempo di realizzazione del progetto.		
Attività educativo – formative rivolte ai pazienti		
Per tutto il tempo di realizzazione del progetto.		

Il Coordinatore: **Dr. Marco Tagliaferri**