

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-08

Ambiti di riferimento per il triennio 2005 - 2008

Ambito 2.1

La prevenzione cardiovascolare

Iniziativa 3

La prevenzione attiva delle complicanze del diabete di tipo II nell'adulto e nel bambino, aumentando la *compliance* del paziente

Regione: **Piemonte**

Titolo del progetto: **ATTUAZIONE DELLA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE NELLA REGIONE PIEMONTE**

Introduzione

Dimensioni del problema a livello regionale

Il diabete mellito è una patologia cronica a larghissima diffusione in tutto il mondo e destinata ad aumentare con il progressivo invecchiamento della popolazione. In Italia si stima che **la prevalenza** del diabete sia di circa il 3% della popolazione, di cui il 90% rappresentato dal tipo 2 ed il 10% dal tipo 1.

Tuttavia, nel caso della popolazione ultra65enne la prevalenza del diabete di tipo 2 arriva al 12%.

La disponibilità, in Piemonte, di fonti informatizzate di rilevazione dati ha consentito di individuare sia i pazienti seguiti esclusivamente dal MMG, sia quelli in carico al servizio diabetologico.

Nella Regione Piemonte è stata definita una stima della prevalenza del diabete mellito secondo i criteri diagnostici suggeriti dall'O.M.S. e adottati dalla Società Italiana di Diabetologia. Secondo il registro Regionale Diabetici (RRD), alla data del 30.4.2003, la popolazione diabetica in possesso della tessera di esenzione per diabete era costituita da 168.918 persone, pari al 3,97% della popolazione regionale riferita al 2001 (diabete tipo 2: 151.289; diabete tipo 1: 14.736; diabete mellito secondario: 1.563; altri tipi: 1.330).

Nonostante la fonte delle esenzioni per diabete garantisca di per sé un'elevata completezza nel reclutamento dei casi, è indubbio che il dato non comprende le persone che non hanno richiesto l'esenzione della spesa sanitaria per diabete, in quanto già in possesso di esenzione per altra patologia o per altre motivazioni. Si può ragionevolmente ritenere, pertanto, che il suddetto dato sia sottostimato, in modo variabile nell'ambito del territorio regionale.

In effetti la disaggregazione del dato regionale per A.S.L. evidenzia un range di variabilità della stima con valori minimi del 2,3% nell'A.S.L. 17 di Savigliano, 2,1% nell'A.S.L. di Mondovì e viceversa un valore massimo di 4,8% nell'A.S.L. 4 di Torino.

Verifiche locali hanno consentito di appurare l'esistenza, nelle aree del cuneese, di un'elevata proporzione di soggetti sprovvisti di tessera per esenzione, prevalentemente per motivi culturali.

La ripartizione dei soggetti iscritti nel registro per tipo di terapia seguita è la seguente:

il 57% è curato con ipoglicemizzanti orali; il 16% con insulina; il 4% con insulina ed ipoglicemizzanti orali; il 23% con dieta specifica.

La distribuzione dei casi per età di insorgenza del diabete evidenzia come il 54,5% dei casi di diabete noto sia diagnosticato in soggetti in età lavorativa (meno di 60 anni), mentre nel 54,5% dei casi l'esordio avviene in età senile (oltre i 60 anni)

La distribuzione dei casi per età attuale invece sottolinea la netta prevalenza dei soggetti in età senile (ultra65enni = 60%).

Il numero di soggetti registrati è aumentato nel tempo: da 127.308 individuati nel 1999 ai citati 168.918 nel 2003, con un incremento numerico del 33% in quattro anni; l'incremento delle nuove registrazioni si è evidenziato soprattutto nel periodo 2001-2002, mentre nel precedente periodo 1995-1998 l'andamento si era mantenuto pressoché stabile.

L'andamento temporale della prevalenza del diabete mellito tipo 2 può essere valutata tramite il Casale Monferrato Study, la cui importanza è rappresentata dalla disponibilità in quest'area di due rilevazioni svolte con modalità analoghe e sulla base dei medesimi criteri diagnostici: la prima nel 1988-1991, la seconda nel 2000-2001.

Nel 2000, la correlazione fra i dati del R.R.D. e i dati del servizio ospedaliero di diabetologia ha consentito una stima di elevata completezza (95%), decisamente maggiore di quella del 1988 (80%). Tenendo conto di tale differenza di completezza, il confronto fra la prevalenza stimata nel 1988 e quella stimata nel 2000 evidenzia che la prevalenza del diabete noto è aumentata dal 2,7% al 3,9%: un incremento pertanto pari al 44,4% in 12 anni.

Tale studio evidenzia quindi come le previsioni di incremento stimate a livello internazionale siano applicabili anche alla realtà regionale piemontese; l'incremento della prevalenza del diabete mellito finora registrato si manterrà nel tempo in assenza di strategie educative volte a modificare abitudini e atteggiamenti nocivi alla salute.

Per quanto attiene all'**incidenza** del diabete mellito tipo 2, nella provincia di Torino è stato effettuato uno studio mirante a fornire una stima riferita all'età 30-49 anni, utilizzando di fonti di rilevamento dei casi incidenti (rif.periodo 1999-2001):

- la segnalazione dei servizi di diabetologia;
- l'archivio delle tessere R.R.D.

L'incidenza del diabete è risultata pari a 51/100.000 persone, nell'ambito della quale l'incidenza del diabete di tipo 1 è pari a 7/100.000 persone.

I risultati dello studio Quadri 2004 (Indagine nazionale sulla qualità dell'assistenza alle persone con diabete) svolto nell'ambito delle Regioni e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, ha dimostrato che, allo stato attuale, lo stato dell'assistenza diabetologica non è ancora in grado di assicurare a tutti i cittadini affetti da patologia diabetica lo standard di assistenza necessario per ridurre le complicanze croniche e conseguentemente il peso sanitario del diabete.

Lo studio, per quanto attiene all'ambito regionale, ha fornito informazioni utili per l'elaborazione di strategie di "disease management" efficienti ed efficaci, quali condizioni fondamentali per tradurre i progressi clinici e farmacologici in una reale prevenzione delle complicanze e in un miglioramento della qualità di vita dei malati di diabete.

Atti e documenti di riferimento:

"Studio Quadri-I risultati in Piemonte" a cura dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale – giugno 2005. Presentato in occasione del Convegno organizzato dalla Regione in collaborazione con l'Aress Piemonte il 17.6.2005.

"Il diabete mellito in Italia, 2004" pubblicato a cura del Gruppo di Studio Epidemiologia Società Italiana di Diabetologia sulla rivista *Il DIABETE*, dicembre 2004

"Casale Monferrato Study" 2000-2001, *Diabetologia* 48: 427-434, 2005.

Breve descrizione del sistema regionale per l'assistenza ai pazienti diabetici e punti critici.

Nella Regione Piemonte l'assistenza diabetologica è regolata dalla L.R. 34 del 2000 "Nuove norme per l'attuazione dell'assistenza diabetologica", attuativa della legge nazionale 115 del 1987.

L'assistenza è erogata attraverso una rete di Servizi di Diabetologia, che svolgono attività di valutazione e miglioramento del compenso metabolico, contenimento dei fattori di rischio cardiovascolare, prevenzione e inquadramento delle complicanze croniche del diabete, educazione terapeutica.

Tali attività sono svolte in collaborazione con i Medici di Medicina Generale, le strutture dell'assistenza territoriale e altri specialisti.

L'assistenza diabetologica erogata nell'ambito della Regione Piemonte, pur essendo di buon livello, non sfugge ai problemi evidenziati dallo studio Quadri; in particolare i principali problemi della assistenza diabetologica piemontese attuale possono essere così sintetizzati:

- La rete dei Servizi specialistici è carente rispetto al fabbisogno stimato;
- Una percentuale non trascurabile di soggetti è seguita esclusivamente dal MMG e non è sottoposta ai periodici controlli metabolici e sulle complicanze;
- L'assistenza erogata dai singoli Servizi della rete regionale non è uniforme;
- I collegamenti fra Rete dei Servizi e assistenza territoriale sono scarsi;
- Gli interventi non sono adeguatamente coordinati, con evitabili duplicazioni;
- Non sono definiti livelli minimi di assistenza da garantire a tutti i diabetici;
- Manca una raccolta sistematica e uniforme dei dati, che rende impossibile valutare la qualità dell'assistenza e il suo impatto sugli esiti sanitari.

Registro dei pazienti (R.R.D.)

Il Registro Regionale diabetici (RRD) è stato istituito e attivato nel 1989, in applicazione della L. 115/1987 e del D.M. 7.1.1988, n.23.

Tale registro è correlato all'emissione della tessera per i soggetti diabetici ed è gestito con procedura informatizzata derivante dal collegamento di tutti i servizi di diabetologia del territorio regionale.

E' compito istituzionale di tali servizi effettuare l'immissione dei dati anagrafici e clinici informativi. I pazienti sono motivati alla registrazione, perché la tessera rappresenta attestazione di patologia ufficiale per ottenere l'esenzione dalla contribuzione alla spesa sanitaria ed il documento necessario per ottenere gratuitamente la fornitura dei presidi diagnostici – terapeutici.

Tale Registro ovviamente è parte integrante di un sistema più ampio di banca dati sanitaria comprendente anche l'archivio delle prescrizioni farmaceutiche, dei ricoveri e dimissioni ospedaliere, delle prescrizioni integrative, ecc., la cui esistenza ha indubbiamente agevolato la ricerca epidemiologica e le valutazioni di qualità sull'assistenza diabetologica nella Regione Piemonte.

Finalità generali ed obiettivi specifici

Il progetto ha come obiettivo quello di garantire la centralità del paziente nei processi di prevenzione e di cura, attraverso:

- l'attuazione del modello integrato per la programmazione e gestione degli interventi sull'area diabetologica fra ospedale e territorio, per coordinare le attività della Rete di Diabetologia, dei Medici di Medicina Generale, dei Distretti, le iniziative di prevenzione e promozione della salute;
- Il superamento delle disuguaglianze e il miglioramento della qualità dell'assistenza diabetologica attraverso la definizione di standard regionali di riferimento;
- la promozione ed il miglioramento della professionalità di tutti gli operatori coinvolti;
- la realizzazione di un modello assistenziale che, rispondendo ai requisiti di efficacia, efficienza ed appropriatezza degli interventi:
 1. garantisca interventi efficaci per la totalità dei soggetti diabetici, che permettano di ridurre sia le complicanze croniche del diabete sia gli eventi cardiovascolari con i relativi costi (sociali e personali);
 2. attui gli interventi secondo i principi della Medicina basata sulle Prove;
 3. assicuri la possibilità di misurare sia la qualità delle cure che il miglioramento degli esiti sanitari e di implementare gradualmente un modello di assistenza globale su tutto il territorio regionale, tenendo conto delle diverse realtà territoriali, ma garantendo comunque uniformità negli interventi.

Documenti di riferimento:

"Attuazione della gestione integrata del diabete nella Regione Piemonte" documento steso e proposto dalla Commissione Regionale per l'Assistenza Diabetologica - 13.6.2005

Piano operativo**Individuazione dell'ambito territoriale di effettuazione del progetto.**

Le parti coinvolte nello sviluppo del progetto sono:

- la Regione, Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità
- Commissione Regionale per l'Assistenza Diabetologica
- Rete regionale dei servizi di epidemiologia
- ASL/ASO della Regione Piemonte, attraverso:
 - I Servizi di Diabetologia della rete regionale;
 - i servizi di prevenzione e promozione della salute;
 - i distretti sanitari;
 - i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

Modalità di adozione e contestualizzazione delle linee guida per l'assistenza al paziente diabetico.

Il progetto si sviluppa attraverso una serie di azioni coordinate che, nella loro globalità, devono condurre alla realizzazione degli obiettivi previsti.

In particolare tali azioni presuppongono la **definizione dei livelli minimi di assistenza (L.E.A.) diabetologica** consoni con i bisogni della popolazione diabetica della Regione, coerentemente con gli indirizzi di cui al D.P.C.M. 29.11.2001 e con il D.Lgs. 502/1992 - art. 8 sexies e s.m.i.

Per l'attuazione di gran parte delle attività previste nei livelli minimi di assistenza occorrono le seguenti azioni:

1. Attuazione di un modello integrato per la programmazione e la gestione degli interventi tra ospedale e territorio**1.a Identificazione delle linee guida sanitarie di riferimento**

In base alla L.R. m.34/2000, la raccolta e la diffusione di Linee Guida è una delle attività di competenza della Commissione Regionale per l'Assistenza Diabetologica, la quale opera in materia anche attraverso appositi tavoli tecnici integrati.

Tale azione mira a porre a disposizione di tutti gli operatori:

- la migliore evidenza scientifica per assicurare la qualità delle prestazioni erogate;
- le raccomandazioni derivate dalla medicina basata sulle prove per realizzare gli interventi sanitari che costituiscono i L.E.A.

Sulla base delle Linee Guida di riferimento proposte, la Regione provvede a monitorare i protocolli clinici per la realizzazione delle attività definiti a livello integrato ospedale-territorio.

Dal punto di vista operativo, lo sviluppo dell'azione è il seguente:

- valutazione dei percorsi assistenziali oggi esistenti nella prevenzione, diagnosi e cura del diabete: tale valutazione viene effettuata previo monitoraggio da parte di un apposito gruppo di lavoro integrato, coordinato dalla Regione e costituito da una rappresentanza della diabetologia e della medicina generale individuata dalla Commissione regionale di cui alla L.R. 34/2000, integrato con la rappresentanza dei medici di distretto e dell'epidemiologia regionale;
- identificazione delle Linee Guida disponibili in letteratura e selezione sulla base di criteri

espliciti; in particolare, esplicitazione delle attività cliniche per la quali è richiesta la presenza di Linee Guida e degli standard attesi;

- adattamento delle Linee Guida alla realtà organizzativa regionale, con l'obiettivo di assicurare la massima qualità e l'integrazione fra le attività specialistiche con quelle della medicina generale;
- definizione e realizzazione di attività volte alla diffusione delle Linee Guida selezionate, con lo scopo di assicurare che tutti gli operatori coinvolti nella predisposizione di protocolli locali ne siano a conoscenza e che le recepiscano (redazione di un elenco delle attività e delle modalità di effettuazione);
- definizione delle modalità di aggiornamento periodico della base di dati, allo scopo di assicurare un costante aggiornamento degli elementi scientifici di riferimento.

1.b Definizione condivisa del modello di Assistenza Diabetologica Integrata

La definizione del modello assistenziale integrato fra servizi ospedalieri e territoriali e fra questi e la medicina generale deve essere condivisa con i vertici aziendali, i servizi di Diabetologia, i dipartimenti di prevenzione, i distretti sanitari e i Medici di Medicina Generale.

Il modello è diretto verso l'obiettivo di ottimizzare l'appropriatezza organizzativa e gestionale della risposta complessivamente erogata dal sistema sanitario a favore delle persone affette da diabete.

L'individuazione del modello ottimale attuabile a livello regionale presuppone la definizione:

- delle caratteristiche che la gestione integrata del diabete deve presentare nella realtà territoriale della Regione, anche attraverso l'analogia con esperienze d'integrazione già realizzate in altri settori;
- del ruolo che ciascun livello di erogazione di prestazioni e di tutela deve assumere al fine di garantire al paziente la globalità della presa in carico da parte del sistema sanitario, la continuità assistenziale e l'"accompagnamento" durante tutto il percorso di salute.

L'azione si sviluppa con le finalità e modalità di cui all'Allegato A, parte integrante del progetto.

Interrelazione con altri progetti: Progetto IGEA – Ministero della Salute-C.C.M.

1.c Definizione di indicatori di processo e di esito.

Partendo da un'analisi della letteratura esistente e verificando i valori degli standard identificati e pubblicati attraverso attività di benchmarking, l'azione mira a creare le basi per una valutazione uniforme dell'attività diabetologica svolta a livello di ASL/ASO, attraverso la definizione di un set di indicatori con relativi standard, finalizzati a valutare e verificare la riduzione delle complicanze della patologia.

Gli indicatori si articolano in:

- indicatori di processo, con riferimento alla quantità di prestazioni e attività erogate annualmente;
- indicatori intermedi;
- indicatori di esito, con riferimento alla tipologia di risposte erogate a fronte degli eventi connessi alla patologia.

L'azione mira altresì a valutare la qualità dell'assistenza prestata in campo diabetologico attraverso i dati clinici presenti nel sistema informativo (punto 4) e attraverso l'utilizzo dei suddetti indicatori di processo e di esito.

Lo sviluppo prevede l'identificazione di un set di informazioni, adeguate alla realtà regionale, che consenta, a diversi livelli, di valutare la qualità delle prestazioni erogate e l'outcome sanitario.

Documenti correlati e di riferimento per l'identificazione degli indicatori:

Progetto IGEA – Ministero della Salute-C.C.M.

Edizione 2004 File Dati AMD e lista indicatori, a cura di AMD e Agenzia Qualità

"Diabetes Quality Improvement Project" (DQIP) a cura dell'American Diabetes Association.

2. Miglioramento della qualità dell'assistenza e suo monitoraggio

2.a Definizione e realizzazione di un sistema informativo unificato

L'azione mira allo sviluppo di un sistema informativo coordinato, a supporto dei processi di prevenzione e clinico-assistenziali nell'erogazione dei servizi al cittadino, nonché a supporto del governo dell'attività a livello regionale e territoriale.

Il sistema, orientato al cittadino, vuole essere in grado di interagire efficacemente con il complesso dei flussi informativi sanitari esistenti, allo scopo di fornire servizi in modo omogeneo sull'intero territorio, supportando altresì il processo di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati a fronte della domanda di prestazioni, nonché il controllo della relativa spesa.

Realizzazione e messa a disposizione di tutto il sistema sanitario di una banca dati che, partendo dal monitoraggio della popolazione affetta da patologia diabetica:

- a. sia condivisa e disponibile per tutti i soggetti che erogano assistenza diabetologica;
- b. contenga elementi necessari per costruire gli indicatori di qualità dell'assistenza, con particolare attenzione al diabete di tipo II ed alla sindrome *Diabesity*;
- c. costituisca debito formativo nei confronti dei competenti organi regionali a fini delle attività di verifica e controllo delle attività e della programmazione sanitaria.

Obiettivo del sistema informativo è altresì quello di monitorare costantemente l'andamento delle patologie diabetiche, con particolare riferimento al diabete di tipo II, onde individuare programmi di prevenzione delle complicanze.

Il sistema si coordina con la procedura regionale "Passaporto delle abilità" di cui sono state dotate le A.S.L. con l'obiettivo di migliorare l'accessibilità alle prestazioni sanitarie e di rilascio delle certificazioni di medicina legale a favore delle persone disabili.

L'azione si sviluppa nel triennio attraverso i seguenti ambiti d'intervento:

1. analisi del fabbisogno informativo;
2. individuazione del software più adeguato a tale fabbisogno, alla necessità di interfacciarsi con gli attuali sistemi informativi in essere nella sanità regionale ed all'esigenza di alimentare ed implementare il R.R.D.;
3. implementazione del sw individuato.

Documenti di riferimento:

"Una politica per la Sanità Elettronica" a cura del Tavolo Permanente Sanità Elettronica delle Regioni e delle Province Autonome presso i Ministeri della Salute e per l'innovazione e le tecnologie – 31.3.2005.

2.b Definizione e gestione dei Piani della Qualità

A seguito dell'avvio e dell'implementazione delle azioni precedenti a livello regionale, ciascuna Azienda sanitaria deve progettare la realizzazione dell'assistenza integrata nella propria realtà territoriale, tenendo conto delle risorse disponibili e delle competenze e ruoli assegnati ai propri servizi di riferimento. I documenti da produrre nello sviluppo dell'azione sono i seguenti:

- il piano della qualità dell'Assistenza Diabetologica di ASL/ASO;
- i protocolli clinici necessari per coordinare le attività cliniche.

Il Piano di Qualità, di cui ogni ASL/ASO deve essere in possesso, contiene :

- gli obiettivi dell'assistenza diabetologica che si intende erogare;
- la descrizione dei processi di erogazione delle prestazioni;
- i requisiti identificativi (relativi ad infrastrutture, processi e personale);
- le risorse messe a disposizione e le responsabilità attribuite;
- i documenti di riferimento;
- le modalità d'informazione degli utenti;
- i sistemi di verifica delle attività (indicatori di attività, di processo, di esito e di miglioramento).
- Per la realizzazione di quest'Azione sono previste le seguenti attività:
- predisposizione e stesura di un modello di documento;
- stesura dei protocolli clinici;

- parere sul documento da parte della Commissione regionale di Diabetologia.
- Ogni servizio di Team Diabetologico opera sulla base di protocolli clinici, relativi alle Linee Guida identificate, specifici delle attività svolte.

Documenti di riferimento:

Norma UNI EN ISO 9001: 2000

2.c Formazione continua agli operatori

L'azione mira a fornire a tutti gli operatori coinvolti la formazione e l'addestramento necessari per attuare la transizione verso il nuovo modello di gestione integrata.

La realizzazione del modello assistenziale integrato richiede un'evoluzione notevole nei comportamenti degli operatori. Il cambiamento deve essere supportato da un'adeguata formazione, non solo sugli aspetti professionali, ma anche su aspetti relativi alla nuova struttura organizzativa ed all'esigenza di verifica delle attività svolte, che comprendono:

- analisi di processo e strumenti per la gestione della qualità;
- modalità di organizzazione del Team integrato e strumenti di lavoro per un'efficace gestione del team;
- tecniche e strumenti di comunicazione;
- modalità di analisi dell'assistenza erogata.

Le attività di formazione sono strettamente correlate ai contenuti del modello di gestione integrata, ai L.E.A., agli indicatori di qualità dell'assistenza, alla gestione del nuovo sistema informativo, alla realizzazione dei Piani della Qualità.

Per la realizzazione dell'azione sono previste le seguenti attività:

- identificazione dei bisogni formativi degli operatori coinvolti nella gestione integrata, anche verificando la possibilità d'integrazione con altre iniziative di formazione già pianificate da altri enti;
- progettazione di percorsi formativi in diabetologia per tutti gli operatori coinvolti nella gestione integrata, verificando i progetti AMD, OSDI o di altri enti specialistici;
- progettazione di percorsi formativi specifici per la realizzazione della gestione integrata dei pazienti (v. Progetto Regionale ARESS per la certificazione nel settore EA 37);
- quantificazione delle esigenze di attività formativa e pianificazione della loro realizzazione, compatibilmente con le risorse disponibili;
- erogazione delle attività formative, garantendo la massima professionalità nell'erogazione delle attività di formazione e verificando la possibilità di economie di scala aggregando attività diverse..

2.d Piano di attività educativo-formative rivolto ai pazienti.

Particolare attenzione è dedicata agli aspetti relazionali con i pazienti, con particolare riferimento alla pianificazione, nello sviluppo annuale del progetto di:

- attività di informazione agli utenti e di educazione all'autogestione della malattia, in collaborazione con i MMG e le associazioni dei pazienti. In particolare, il progetto mira alla diffusione del monitoraggio della glicemia, effettuato dal paziente, con relativo appropriato aggiustamento della terapia;
- attività di informazione in merito ai controlli raccomandati ed agli esami periodici previsti nei pazienti diabetici.
- garanzia di massima riservatezza delle persone a seguito di iscrizione al R.R.D. e relativa cartella informatizzata;
- azioni di sostegno mirate alla diffusione di indicazioni preventive per le malattie cardiovascolari, in accordo con quanto previsto dal Progetto Cuore del CCM, cerebrovascolari, retinopatie e nefropatie;
- diffusione sistematica delle raccomandazioni fra i soggetti a rischio per un'alimentazione sana congiunta ad esercizio fisico al fine di ritardare l'esordio del diabete.

Al riguardo, la citata L.R. 34/2000, all'art.5, prevede l'organizzazione in ambito regionale di appositi campi scuola annuali per l'educazione dei giovani pazienti diabetici all'autogestione

della patologia. I campi scuola per pazienti in età pediatrica affetti da diabete mellito hanno finalità prevalentemente educative, mirate a raggiungere adeguati livelli di addestramento all'autocontrollo, all'autonomia nella gestione della malattia ed a stimolare la compliance globale.

I criteri per lo svolgimento dei campi scuola sono stati approvati dalla Commissione Regionale di Diabetologia il 20.11.2001 ed i soggiorni sono stati attivati nel 2002 e nel 2003 con la collaborazione degli operatori dei Presidi Ospedalieri Pediatrici e con il supporto delle Associazioni di Volontariato.

L'iniziativa prosegue anche nel 2005 attraverso campi scuola differenziati per età dei partecipanti, al fine di svolgere il programma di educazione sanitaria per gruppi omogenei di pazienti.

Documenti di riferimento:

"Progetto per l'attuazione di soggiorni educativo-terapeutici (campi-scuola) per pazienti in età pediatrica affetti da diabete mellito Tipo 1" a cura del Dipartimento di Scienze Pediatriche e dell'Adolescenza Università di Torino e dell'A.S.L. O.I.R.M. S. Anna di Torino – 4.3.2005, approvato dalla Commissione Regionale di Diabetologia.

3. Potenziamento dell'offerta vaccinale ai soggetti diabetici

In Piemonte si ritiene necessario intraprendere azioni mirate rivolte prioritariamente al raggiungimento degli individui appartenenti a gruppi a rischio di infezione o con condizioni morbose predisponenti alle complicanze di influenza e infezioni da pneumococco, meningococco, rosolia, varicella ecc., al fine di informare, sensibilizzare e ottenere l'adesione alle vaccinazioni.

A tal fine si ritiene di dover coinvolgere nei percorsi di sensibilizzazione e di intervento, oltre agli operatori degli ambulatori vaccinali, gli operatori dei centri di diabetologia, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e di avviare iniziative direttamente rivolte ai pazienti affetti da patologie a maggior rischio di complicanze da malattie prevenibili da vaccino.

3.a Organizzazione della chiamata tramite i centri di assistenza clinica

- realizzazione di tavoli di concertazione con gli specialisti per l'assistenza e la cura per definire le modalità di sensibilizzazione dei pazienti, di gestione degli inviti alla vaccinazione e di somministrazione del vaccino;
- la revisione della letteratura sulle azioni efficaci per aumentare le coperture vaccinali;
- l'analisi del contesto per introdurre le modalità organizzative risultate efficaci e che risultano riproducibili nel contesto piemontese.
- generazione di elenchi di pazienti da invitare attivamente alle varie vaccinazioni attraverso il nuovo sistema informativo unificato della rete di diabetologia
- gestione delle chiamate e monitoraggio delle coperture

3.b Campagna di informazione per i medici curanti (MMG e PLS)

- conduzione di campagne di sensibilizzazione scientificamente appropriate, attraverso documentazione informativa, rivolta ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta;
- scambio degli elenchi per l'invito dei pazienti ad alto rischio per verifica incrociata delle informazioni
- sperimentazione di modalità di chiamata tramite medici di famiglia e pediatri di libera scelta

3.c Campagne mirate di informazione per i pazienti a maggior rischio

- la promozione di campagne regionali informative con messaggio mirato e uniforme rivolto alla popolazione in particolare ai "gruppi vulnerabili", da realizzarsi a livello di stampa e televisioni locali;
- la produzione di materiale informativo da distribuire attraverso i centri clinici di riferimento e attraverso "nuovi canali" da definire (farmacie, centri di incontro, esercizi commerciali, ecc.);

La misurazione degli esiti degli interventi introdotti avverrà attraverso:

- il monitoraggio attraverso il già consolidato sistema informativo regionale delle attività vaccinali
- il monitoraggio delle coperture vaccinali attraverso il registro diabetici
- la conduzione di studi campionari, con campionamento a cluster, per valutare le coperture vaccinali raggiunte e definire il fenomeno del rifiuto.

Monitoraggio del progetto.

Lo sviluppo del progetto presuppone la ridefinizione del sistema di monitoraggio regionale delle prestazioni e delle attività di diabetologia, con riferimento al complesso dell'attività erogativa, di gestione ed organizzazione proprie della prevenzione e dell'assistenza diabetologica in Piemonte. Il monitoraggio è rivolto inoltre a verificare la consistenza delle risorse impiegate e delle dotazioni tecnologiche a disposizione delle singole ASL/ASO, ai fini della valutazione dei fabbisogni esistenti a livello regionale, di quadrante e di singola Azienda.

Nello specifico il monitoraggio dello sviluppo del progetto, con cadenza annuale, è rivolto a verificare:

1. *Organizzazione*: l'attuazione del modello di assistenza diabetologica integrata nell'ambito delle Aziende: tramite la verifica degli Atti aziendali e delle relazioni ASL e ASO illustrative dell'organizzazione adottata per garantire il coordinamento fra le diverse componenti coinvolte a livello ospedaliero e territoriale;
2. *Attività clinica*: i protocolli clinici adottati sul territorio regionale sulla base dei L.E.A. e delle Linee Guida sanitarie identificate;
3. *Informatizzazione*, in relazione ai servizi di diabetologia, ai MMG e Distretti che progressivamente attiveranno la gestione integrata. Valutazione dopo i primi sei mesi di gestione del sistema a garanzia del coordinamento con il RRD e con gli altri sistemi informativi esistenti (MMG, distretti, ecc.)
4. *Qualità*: il raggiungimento di livelli di qualità dell'assistenza e di outcome sanitari compatibili con gli standard regionali identificati.

Così come il numero degli indicatori di qualità dell'assistenza viene implementato per gradi nel corso del triennio, anche il sistema di monitoraggio procederà per gradi, collateralmente allo sviluppo del sistema informativo previsto.

Il gruppo di lavoro integrato, come descritto nell'Azione 1 del piano operativo, provvede al monitoraggio:

dell'attuale attività dell'assistenza diabetologica, valutandone i punti di criticità rispetto agli standard attesi dalle linee guida;

dell'impatto delle linee guida sui percorsi assistenziali e di prevenzione garantiti dal sistema sanitario a favore delle persone con patologia diabetica o a rischio.

Definizione delle modalità di coordinamento del progetto presso la Regione:

Il progetto è coordinato dal Dr. Roberto Sivieri, Direttore della SC di Diabetologia dell'ASO S.Giovanni Battista di Torino.

Tempi per la realizzazione: luglio 2005-luglio 2008

Cronoprogramma.

1. Attuazione di un modello integrato per la programmazione e la gestione degli interventi tra ospedale e territorio

- a. Identificazione delle linee guida di riferimento
1.7.2005 – 1.9.2006: definizione e formalizzazione documento d'indirizzo
1.9.2006 – 1.9.2007: diffusione e prime valutazioni impatto
1.9.2007 – 1.7.2008: valutazione impatto ed eventuale aggiornamento.
- b. Definizione di un modello condiviso di Assistenza diabetologica integrata
1.9.2005 – 1.9.2006: definizione e condivisione del modello attraverso le procedure previste a livello regionale (formalizzazione: documento di linee guida);
1.9.2006 – 1.9.2007: diffusione condivisa del modello nell'ambito delle ASL/ASO, coinvolgendo tutti i servizi interessati alla gestione integrata della patologia (diabetologia, distretti, MMG, ecc.).
1.9.2007 – 1.7.2008: attuazione del modello in ogni ASL/ASO.
- c. Definizione di indicatori di processo e di risultato
1.9.2005 – 30.7.2006 (definizione primo gruppo di indicatori con riferimento a quelli identificati nel progetto nazionale IGEA)
1.9.2006 – 1.9.2007 (valutazione, integrazione ed implementazione degli indicatori di processo e di esito definiti).
1.9.2007 – 1.7.2008 (completamento set di indicatori per la valutazione globale degli interventi).

2. Miglioramento della qualità dell'assistenza e suo monitoraggio

- a. Definizione di un sistema informativo unificato
Sviluppo lungo tutto l'arco temporale del progetto in relazione ai livelli erogativi, di prevenzione e di tutela che progressivamente aderiranno alla gestione integrata.
1.7.2005 – 31.12.2005: ambito d'intervento indicato al punto 1;
1.1.2006 – 31.12.2006: ambito d'intervento indicato al punto 2;
1.1.2007 – 1.7.2008: ambito d'intervento indicato al punto 3.
- b. Definizione e gestione dei Piani di Qualità
Sviluppo a livello aziendale a seguito delle azioni precedenti svolte a livello regionale.
1.1.2006 – 1.7.2008
- c. Formazione continua agli operatori
Sviluppo lungo tutto l'arco temporale del progetto in relazione ai livelli erogativi, di prevenzione e di tutela che progressivamente aderiranno alla gestione integrata.
- d. Piano di educazione e formazione dei pazienti
Sviluppo lungo tutto l'arco temporale del progetto in relazione ai livelli erogativi, di prevenzione e di tutela che progressivamente aderiranno alla gestione integrata.

3. Potenziamento dell'offerta vaccinale ai soggetti diabetici

- a. Organizzazione della chiamata tramite i centri di assistenza clinica
1.7.2005 – 30.6.2006 – revisioni della letteratura, analisi del contesto, definizione delle modalità di organizzazione e predisposizione dei materiali
1.7.2006 – 1.7.2008 – gestione delle chiamate e monitoraggio
- b. Campagna di informazione per i medici curanti (MMG e PLS)
Dall'ottobre 2005 per la vaccinazione antinfluenzale, ripetizione periodica
- c. Campagne mirate di informazione per i pazienti a maggior rischio
Dall'ottobre 2005 per la vaccinazione antinfluenzale, ripetizione periodica