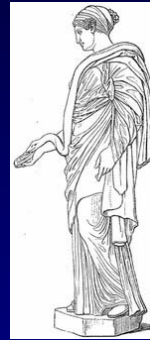


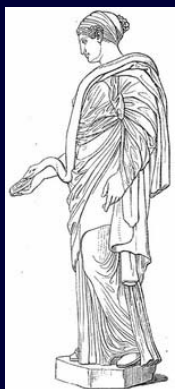
Prevenire le complicanze del diabete: dalla ricerca di base all'assistenza



Aggiornamento e linee di sviluppo del progetto IGEA

Marina Maggini

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
Istituto Superiore di Sanità



Il Progetto IGEA

Integrazione, Gestione E Assistenza per la malattia diabetica

Un insieme di azioni e interventi che intendono favorire il miglioramento dell'assistenza al paziente diabetico e a prevenire le complicanze attraverso l'adozione di programmi di disease management (gestione integrata della malattia)

Tutte le attività concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di trasferire le evidenze scientifiche nella pratica clinica per migliorare la qualità della cura e superare le disuguaglianze

Il supporto legislativo

- **Piano sanitario Nazionale 2003-2005**
- **Intesa Stato-Regioni, Luglio 2003**
- **Accordo di Cernobbio - Piano di prevenzione attiva 2004-2006**

Programmi di disease management: “partecipazione attiva del paziente nella gestione della sua malattia, attraverso programmi di educazione e di supporto del paziente, svolti a livello delle rete primaria di assistenza; attivazione di una schedulazione di sistemi atti a garantire la regolare esecuzione di un set di controlli periodici da parte del paziente; attivazione di un sistema di monitoraggio, su base informatizzata.”

- **Piano Nazionale della prevenzione 2005-2007 - Intesa Stato-Regioni, Marzo 2005**

Le regioni hanno accettato di vincolare una quota del Fondo Sanitario Nazionale all’attivazione del Piano Nazionale della Prevenzione: prevenzione della patologia cardiovascolare; prevenzione delle complicanze del diabete; diagnosi precoce dei tumori; vaccinazioni; prevenzione degli incidenti.

Disease management

Per attuare gli interventi, è fondamentale disporre di **linee guida** basate su prove di efficacia.

Un'**assistenza multidisciplinare** è un mezzo efficace per migliorare le prestazioni sanitarie.

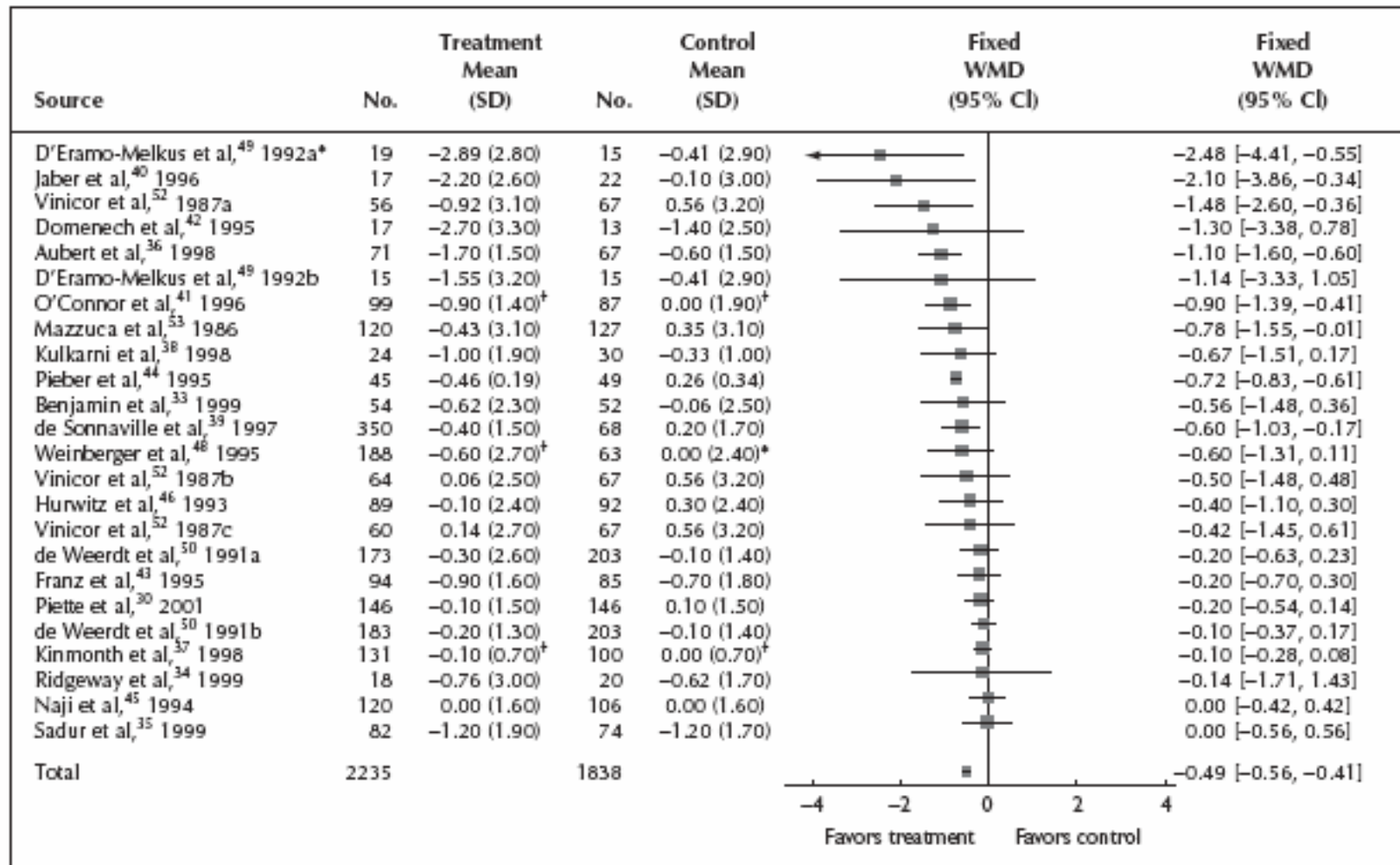
Per ottenere un'assistenza coordinata e a lungo termine è necessario disporre di **sistemi informativi** ben integrati sul territorio e **sostenibili**.

Il sostegno all'**autogestione** dei pazienti rappresenta una componente essenziale dell'assistenza ai malati cronici.

A Systematic Review of Diabetes Disease Management Programs

Kevin Knight, et al AJMC 2005;11:242

Figure. Forest Plot of the Estimated Program Effects on Glycemic Control



*a = comparison 1; b = comparison 2; c = comparison 3.

[†]Baseline values not reported, assumed to equal control group follow-up values.

SD indicates standard deviation; WMD, weighed mean difference; CI, confidence interval.

Obiettivo

Realizzazione di un modello assistenziale che:

- garantisca interventi efficaci per la totalità dei diabetici;
- attui gli interventi secondo i principi della Medicina basata sulle Prove;
- assicuri la possibilità di misurare sia la qualità delle cure che il miglioramento degli esiti;
- assicuri la possibilità di attivare gradualmente un modello di assistenza su tutto il territorio nazionale, tenendo conto delle diverse realtà territoriali, ma garantendo comunque uniformità negli interventi.

Schema di percorso di un intervento di gestione integrata



Strategia di sviluppo del progetto

Definizione di standard (raccomandazioni/linee guida) nazionali relative a tutte le aree di intervento del progetto (l'organizzazione, i requisiti informativi, la formazione degli operatori, la comunicazione ai cittadini, etc)

Condivisione a livello regionale degli standard per consentire alle Regioni di definire/adattare dei percorsi attuativi specifici (road map)

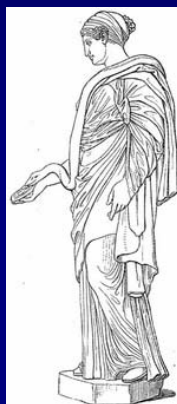
Attuazione del programma di gestione integrata in tutte le Regioni

IGEA

Revisione e
aggiornamento
delle Linee guida

Piano di formazione

Campagna di
informazione e
comunicazione



Definizione dei
requisiti informativi

Analisi dei costi

Valutazione della
qualità della vita

Disuguaglianze
nella prevenzione

www.epicentro.iss.it/igea

Revisione e aggiornamento delle Linee guida

Obiettivo: elaborare un documento d'indirizzo che definisca i requisiti essenziali per la “gestione integrata del diabete mellito” corredato di un sistema di indicatori di struttura, di processo e di esito.

Contenuti:

le raccomandazioni essenziali per migliorare la qualità della cura del diabete tipo 2 nell'adulto;

le modalità organizzative essenziali per realizzare la gestione integrata del diabete mellito;

gli indicatori essenziali per monitorare la gestione integrata in Italia e favorire il confronto tra i sistemi sanitari regionali;

in collaborazione con il **CeVEAS**
Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria



Revisione e aggiornamento delle Linee guida

Panel multidisciplinare: medici specialisti, medici di medicina generale, infermieri, dietisti, rappresentanti dei pazienti, metodologi

24 componenti nominati dalle rispettive società/associazioni

AMD
SID
SIMI
FADOI

SIMG
OSDI
ANDID
CARD

ANMCO
SIR
FIMMG

FAND
ISS
CEVEAS

- ✓ **Analisi degli studi primari, delle revisioni sistematiche e delle linee-guida disponibili in letteratura**
- ✓ **Valutazione critica della qualità delle prove per graduare la forza delle raccomandazioni attraverso il metodo GRADE (Grades of Recommendation Assessment, Development and Evaluation)**

Predisposizione di pacchetti formativi e di un piano di formazione per la gestione integrata della patologia diabetica

Obiettivi:

Creare percorsi/protocolli condivisi e un linguaggio comune, in aderenza alle linee guida cliniche e organizzative proposte

Promuovere il lavoro multidisciplinare e il gioco di squadra

Promuovere la partecipazione delle persone con diabete nella gestione della malattia

Promuovere la valutazione dei processi e degli esiti del proprio lavoro

gruppo di lavoro del CNESPS

Piano di formazione

Processo a cascata:

- prima fase a livello nazionale per la formazione dei formatori
- seconda fase di realizzazione di corsi specifici a livello regionale garantendo coerenza/personalizzazione dei contenuti formativi con i progetti regionali

Struttura in 5 moduli distinti e indipendenti

- A. linee guida organizzative
- B. linee guida cliniche
- C. comunicazione e counselling
- D. educazione all'autogestione
- E. valutazione

Proposta di Piano di formazione

**MODULO FORMATORI
CENTRALE**
Partecipanti: 21 referenti regionali
Formatori: gruppo di lavoro IGEA
Sede: centrale, CNESPS
Durata: 3 giorni
Data: febbraio 2007

**MODULO FORMATORI
AUTOFORMAZIONE + e-Learning**
Partecipanti: tutti i neo-formatori,
individualmente o in 2 gruppi (e-learning)
Sede: decentrata
Durata: 4-6 settimane
Data: marzo 2007

GRUPPO 1

FORMATORI - MODULO A
Linee guida organizzative per la gestione integrata del diabete
Partecipanti: 20-25 operatori delle regioni
Neo-Formatori: 10 referenti regionali
Formatori principali: gruppo di lavoro IGEA
Sede: CNESPS o formazione decentrata
Durata: 2 giorni
Data: marzo-aprile 2007

GRUPPO 2

FORMATORI - MODULO A
Linee guida organizzative per la gestione integrata del diabete
Partecipanti: 20-25 operatori delle regioni
Neo-Formatori: 10 referenti regionali
Formatori principali: gruppo di lavoro IGEA
Sede: CNESPS o formazione decentrata
Durata: 2 giorni
Data: marzo-aprile 2007

Informazione e comunicazione

sulla gestione integrata del diabete e sulla prevenzione delle complicanze

Obiettivi:

descrivere i bisogni di informazione dei pazienti diabetici e delle loro famiglie rispetto alla gestione integrata del diabete (rete dei servizi) e alla prevenzione attiva delle complicanze (cosa fare e quando);

raccogliere le opinioni sull'accettabilità dei modelli proposti di gestione integrata;

identificare le persone, gli strumenti e le modalità di diffusione delle informazioni.

in collaborazione con l'ASP - Lazio
e S.C. Diabetologia, ospedale S. Pertini, Roma



Metodologia

Indagine qualitativa con focus group (sottoposta a consenso informato)

I gruppi di partecipanti identificati sono stati arruolati secondo un campionamento di convenienza

Due ricercatori dell'ISS hanno tenuto i focus group presso la sede del CNESPS

Gli incontri hanno avuto una durata di circa 90 minuti e sono stati registrati su supporto audio e video

I contenuti vengono trascritti e analizzati

Informazione e comunicazione

Popolazione in studio

Uomini e donne adulti seguiti da centri diabetologici o MMG

Adulti uomini seguiti da centri diabetologici o MMG

Uomini e donne con durata di malattia < 5 anni (CD o MMG)

Rappresentanti e/o membri attivi di associazioni di pazienti

Operatori medici e psicologi

Operatori non medici

Familiari di persone con diabete

Attività sulle disuguaglianze nella prevenzione

Implementazione di strumenti di rilevazione di informazioni socioeconomiche idonee alla misura delle disuguaglianze sociali.

Sperimentazione e valutazione di interventi di contrasto delle disuguaglianze.

collaborazione con il CREP

**Centro di Riferimento del CCM per l'Equità nella Prevenzione
e con il Servizio Regionale di Epidemiologia della ASL 5 Piemonte**

Analisi dei costi

Obiettivo

definire uno schema di rilevazione dei costi delle prestazioni per la cura del diabete e per la prevenzione delle complicanze

- ✓ stabilire i criteri in base ai quali individuare le risorse e i costi da rilevare
- ✓ specificare la serie di informazioni di cui si dovrà disporre per ciascuna unità di risorsa rilevata (cioè la singola prescrizione di farmaco il singolo ricovero, il singolo esame diagnostico) e per ciascun paziente fruitore di tali risorse, insieme ad altre indicazioni complementari

in collaborazione con Health economics - ADIS international



Valutazione della qualità della vita

Obiettivi

Valutazione della qualità della vita delle persone con diabete utilizzando questionari definiti dal WHO e validati su popolazioni italiane

- ✓ WHO-Well-Being Questionnaire (WHO-WBQ)
- ✓ WHO-Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (WHO-DTSQ)

**in collaborazione con il Dip. Farmacologia clinica ed epidemiologia
Consorzio Mario Negri Sud**



Sistema informativo

Obiettivi

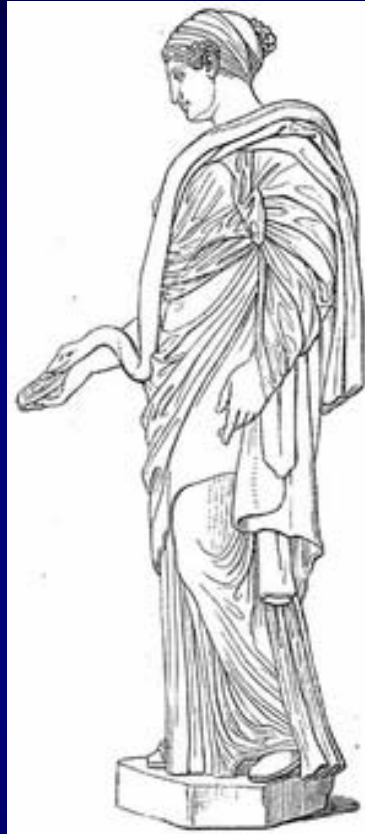
attivare un Sistema Informativo, all'interno del quale tutti gli attori coinvolti possano scambiare e condividere le informazioni essenziali alla realizzazione del programma (la gestione clinica, le funzioni attive di follow-up, la valutazione dell'efficacia-efficienza, etc);

identificare i requisiti informativi minimi necessari allo sviluppo del Sistema Informativo

in collaborazione con
Unità Sanità Elettronica, Istituto Tecnologie Biomediche, CNR



IGEA



www.epicentro.iss.it/igea