



Il Convegno

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

Il Progetto IGEA



Marina Maggini

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

Progetto IGEA

Integrazione, Gestione E Assistenza per la malattia diabetica

Che cosa è

Un insieme di azioni e interventi che intendono favorire il miglioramento dell'assistenza alle persone con diabete e a prevenire le complicanze attraverso l'adozione di programmi di disease management (gestione integrata della malattia).

Quale obiettivo

Come

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** attraverso la definizione di standard nazionali.

- **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.

Perché un piano nazionale

La realtà attuale dell'assistenza al diabete è caratterizzata da una grande frammentazione, che rischia di far perdere di vista l'obiettivo comune di garantire una risposta equa ai bisogni di salute delle persone a costi sopportabili per le persone e per il sistema

è simile ad un'orchestra di jazz, dove ogni musicista rappresenta un'eccellenza e i concerti sono spesso una sequenza brani da solista



Perché un piano nazionale

La “gestione integrata” nasce quindi dalla necessità di recuperare spazi di integrazione e coordinamento nella gestione delle cure



L'enfasi viene quindi posta sulla continuità assistenziale attraverso una maggiore integrazione e coordinamento tra i livelli di assistenza e attraverso un coinvolgimento attivo del paziente nel percorso di cura.

Le caratteristiche

- ✓ **Linee guida** diagnostico-terapeutiche e organizzative condivise
- ✓ **Modelli cooperativi** che coinvolgano gruppi multidisciplinari e multiprofessionali di operatori sanitari
- ✓ **Supporto formativo** ai pazienti per l'autogestione della patologia (patient empowerment)
- ✓ **Sistemi informativi** idonei per i processi di identificazione della popolazione target, per la valutazione di processo e di esito, per svolgere una funzione proattiva di richiamo dei pazienti all'interno del processo, per condividere, efficacemente e tempestivamente, le informazioni necessarie alla gestione dei pazienti.
- ✓ La **formazione continua** per gli operatori preposti alla gestione del percorso

Un insieme di azioni e interventi che intendono favorire il miglioramento dell'assistenza al paziente diabetico

Definizione dei
requisiti clinico
organizzativi

Definizione dei
requisiti informativi

Analisi dei costi

Piano di formazione



Disuguaglianze
nella prevenzione

Campagna di
informazione e
comunicazione

Rilevazione dei bisogni
formativi e informativi delle
persone

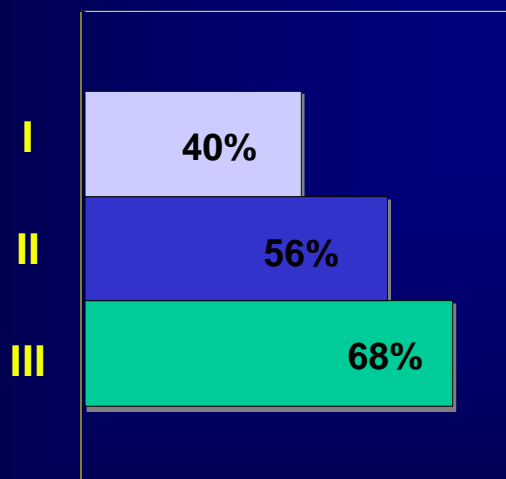
Attività sulle disuguaglianze nella prevenzione

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

Sperimentazione e valutazione di interventi di contrasto delle disuguaglianze.

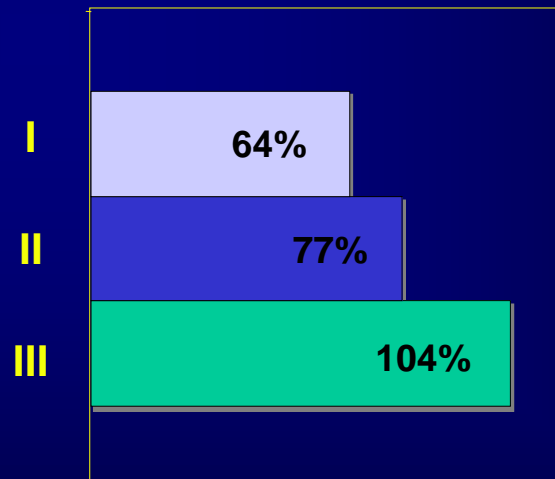
TITANIC

mortalità per
classe d'imbarco



mortalità per classe
socio-professionale

SVIZZERA



da G. Domenighetti: Governare la formazione per la salute

collaborazione con il CREP - Centro di Riferimento del CCM per l'Equità nella
Prevenzione - ASL 5 Piemonte

Rilevazione dei bisogni formativi e informativi delle persone

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.

Piano di formazione per la gestione integrata della patologia diabetica

Obiettivi generali

Favorire la creazione di percorsi/protocolli condivisi e un linguaggio comune, in aderenza alle raccomandazioni clinico-organizzative proposte

Promuovere la collaborazione e l'integrazione di tutti gli attori coinvolti nella gestione del paziente

Promuovere la valutazione dei processi e degli esiti del proprio lavoro

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**

Piano di formazione

**Ottobre 2007 primo stage formativo
Monastero di Santa Scolastica**

**61 professionisti
metodo collaborativo**



manuale per la formazione



Requisiti informativi per un sistema di gestione integrata

Documento di indirizzo

Scopo del documento

- definizione di un modello logico-concettuale del Sistema Informativo
- identificazione di un set minimo di dati sufficiente ai processi di valutazione e di supporto del programma di gestione integrata
- identificazione e definizione di indicatori idonei a misurare il grado di realizzazione del programma e la sua efficacia
- definizione di linee di indirizzo per lo sviluppo di Sistemi Informativi

Obiettivo generale

Promuovere l'attivazione di 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);

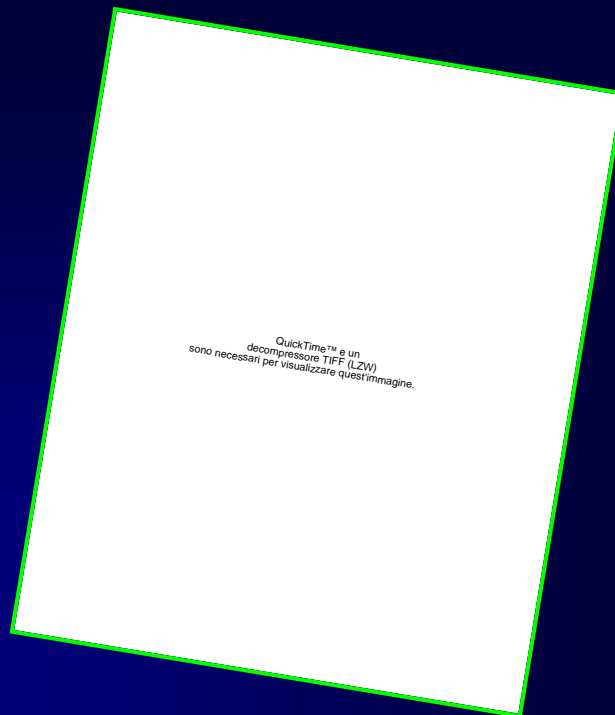
Requisiti clinico organizzativi

Contenuti:

le modalità organizzative per realizzare la gestione integrata del diabete

le raccomandazioni per migliorare la qualità della cura

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



chi fa che cosa

quali controlli con quale frequenza

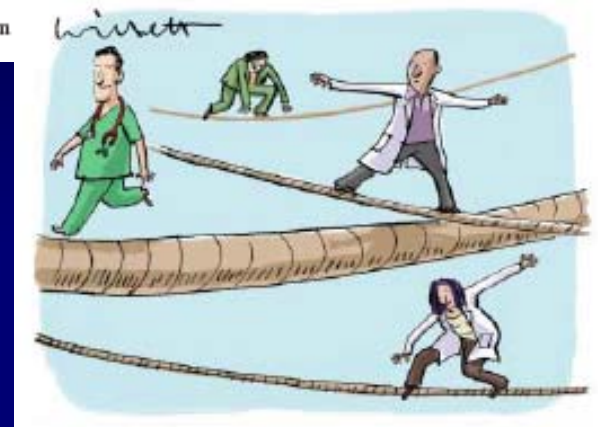
quali indicatori

Grading quality of evidence and strength of recommendations

GRADE Working Group

Clinical guidelines are only as good as the evidence and judgments they are based on. The GRADE approach aims to make it easier for users to assess the judgments behind recommendations

BMJ VOLUME 328 19 JUNE 2004 bmj.com



Metodo GRADE

Ha lo scopo di rendere esplicito il processo di formulazione di raccomandazioni per l'attuazione di interventi sanitari attraverso:

valutazione sistematica della qualità metodologica
delle prove di efficacia

bilancio benefici/rischi di tali interventi

La procedura

GRADE (Grades of Recommendation Assessment, Development and Evaluation)

- ✓ **Selezionare il panel**
- ✓ **Definire i problemi e gli outcome da valutare**
- ✓ **Identificare e analizzare la migliore letteratura disponibile relativa agli outcome (revisioni sistematiche, studi primari, ...)**
- ✓ **Preparare tavole sinottiche che riassumono la qualità degli studi e i risultati**
- ✓ **Valutazione critica della qualità delle prove per graduare la forza delle raccomandazioni attraverso il metodo GRADE (Grades of Recommendation Assessment, Development and Evaluation)**

Componenti del Panel

Istituto Superiore di Sanità

Ministero della Salute - CCM

*CeVEAS - Centro Valutazione Efficacia
Assistenza Sanitaria*

Associazione Medici Diabetologi

Associazione Nazionale Dietisti

Ass. Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Confederazione Associazioni Regionali di Distretto

Fed. Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti

Fed. Associazione Nazionale Diabetici

Fed. Italiana Medici di Medicina Generale

Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani

Società Italiana della Retina

Società Italiana di Diabetologia

Società Italiana di Medicina Generale

Società Italiana di Medicina Interna

Esperto in Management e Organizzazione Sanitaria

**Marina Maggini, Roberto Raschetti,
Flavia Pricci**

Roberto D'Elia

**Nicola Magrini, Francesco Nonino,
Anna Ciardullo, Luca Vignatelli,
Chiara Bassi**

Alberto De Micheli, Luca Monge

Giovanna Cecchetto, Anna Laura Fantuzzi

Gian Francesco Mureddu

Maria Luisa Marcaccio

Claudio Marengo

Vera Buondonno, Antonio Papaleo

Andrea Pizzini, Bruno Dorian Sacchetti

Rosangela Ghidelli, Rosetta Nocciolini

Francesco Bandello

Graziella Bruno, Domenico Fedele

Luigi Galvano, Gerardo Medea

Domenico Cucinotta

Marco Comaschi

Requisiti clinico organizzativi

TABELLA 1 – RACCOMANDAZIONI

NEGLI ADULTI CON: DIABETE MELLITO TIPO 2 E RACCOMANDATO	GRADING		PARAMETRI DI MONITORAGGIO	FREQUENZA DI RILEVAZIONE
	Forza	Qualità complessiva delle prove		
Il trattamento intensivo mirato ad ottimizzare i valori di HbA1c	Raccomandazione forte	Bassa	Misurazione di HbA1c	Ogni 3-4 mesi (semestrale in presenza di un buon controllo)
			Misurazione della microalbuminuria	Annuale
La riduzione della colesterolemia	Raccomandazione forte	Moderata	Misurazione di: <ul style="list-style-type: none"> • colesterolemia totale • colesterolo HDL • colesterolo LDL calcolato • trigliceridemia 	Annuale
La riduzione della pressione arteriosa	Raccomandazione forte	Moderata	Misurazione della pressione arteriosa	Ogni 3-4 mesi
La valutazione del piede e l'educazione del paziente	Raccomandazione forte	Molto bassa	Esame obiettivo del piede e stratificazione del rischio	Annuale
L'esame del fondo oculare	Raccomandazione forte	Molto bassa	Esame del fondo oculare	Alla diagnosi e almeno ogni due anni (più frequentemente in presenza di retinopatia)
La modifica degli stili di vita, adottare una alimentazione corretta, fare un regolare esercizio fisico	Raccomandazione forte	Molto bassa	Misurazione di: <ul style="list-style-type: none"> • circonferenza vita • peso 	Semestrale

Nelle persone con diabete è consigliato, inoltre, un moderato apporto di alcol e la disassuefazione dal fumo

Modalità organizzative per la gestione integrata del diabete mellito tipo 2 nell'adulto

- Il paziente è inviato al Centro Diabetologico (CD) per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia, che comprende la chiara indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up per tutta la vita.
- Il paziente viene seguito in modo attivo, secondo una medicina di iniziativa, da parte del proprio MMG, al fine di garantire il raggiungimento e il mantenimento degli obiettivi stabiliti.
- Il paziente effettua una visita generale almeno ogni sei mesi presso l'MMG.
- Il paziente effettua una valutazione complessiva presso la struttura diabetologica almeno una volta l'anno, se l'obiettivo terapeutico è raggiunto e stabile e non sono presenti gravi complicanze.
- Il paziente accede, inoltre, al CD per visite non programmate e/o urgenti ogni qual volta, a giudizio dell'MMG, se ne presenti la motivata necessità.

- **Adozione di un protocollo diagnostico-terapeutico condiviso.**

La gestione integrata prevede l'adozione di un protocollo diagnostico-terapeutico condiviso da tutti i soggetti interessati (MMG, specialisti del settore, specialisti collaterali delle complicanze, infermieri, dietisti, podologi, psicologi, assistenti domiciliari, direzioni delle aziende sanitarie, farmacisti, persone con diabete o rappresentanti delle associazioni di pazienti), ricavato dalle linee guida internazionali e/o nazionali ed integrato dalla conoscenza delle risorse utilizzabili. Il protocollo di cura concordato dovrebbe essere adattato alle singole realtà attraverso l'individuazione dei compiti e dei ruoli che ciascun operatore sarà chiamato a svolgere nell'ambito del percorso di cura stabilito.

Le funzioni di coordinamento per l'assistenza

Nel progetto IGEA si suggerisce l'attivazione di funzioni di coordinamento per il monitoraggio delle attività sia ad un livello micro (stato clinico del paziente e attività erogate), sia ad un livello meso (attività per favorire il coordinamento tra i diversi attori, Medici ed altri Professionisti sanitari)



Distretto

Case manager

Nella realtà del Sistema Sanitario italiano, questo compito potrebbe essere convenientemente affidato a personale infermieristico o, comunque, sanitario opportunamente addestrato, appartenente al Distretto sanitario di riferimento.

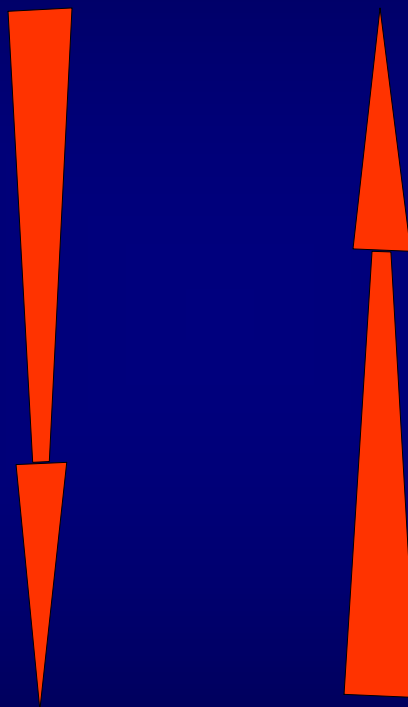
Identificazione delle persone con diabete da avviare ad un percorso di gestione integrata

A questo proposito dovrebbero essere tenute presenti le seguenti considerazioni :

- **Epidemiologiche** - Esistono classi di popolazione che per ragioni di età, sesso, stile di vita, presentano un più alto rischio di complicanze e che pertanto trarrebbero maggiori benefici rispetto ad altri da una gestione integrata della patologia.
- **Gestionali** - Esiste un'interrelazione tra ampiezza/variabilità della casistica trattata e la gestibilità della patologia. Più la casistica è complessa, più è necessario rendere il percorso assistenziale articolato con tutte le difficoltà organizzative che questo comporta.

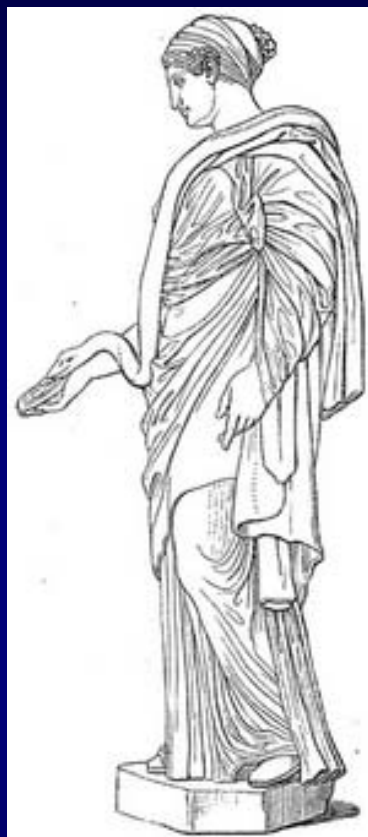
Strategia di sviluppo del progetto

**disegno progettuale
nazionale**



**contestualizzazione
locale**

grazie per l'attenzione



www.epicentro.iss.it/igea