



unite for diabetes

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

Roma, Istituto Superiore di Sanità 18-19 Febbraio 2008

La gestione integrata del Diabete Tipo 2 in Piemonte



Dr. Roberto Sivieri
QUALITY AUDITOR

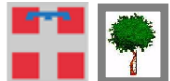
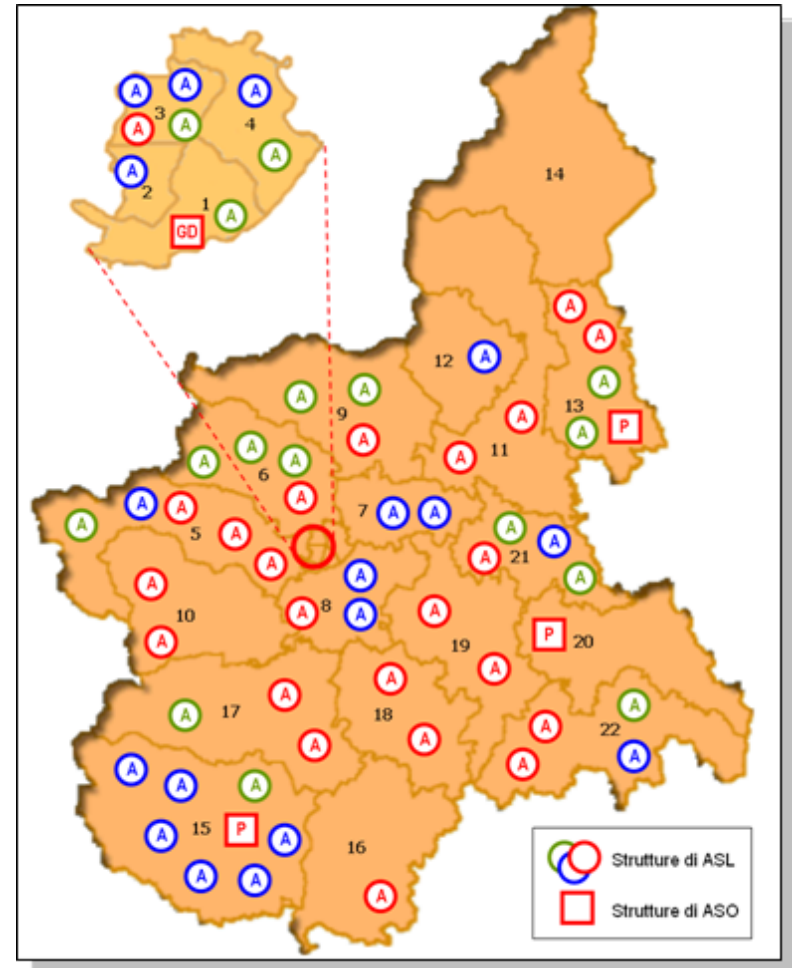
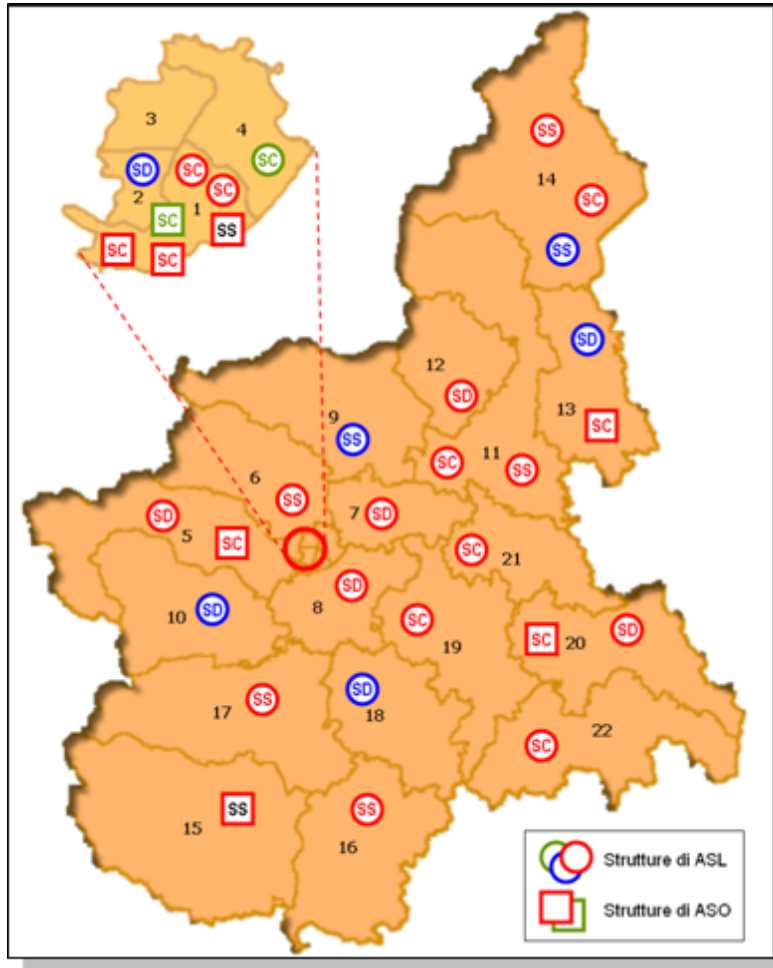


Roberto Sivieri

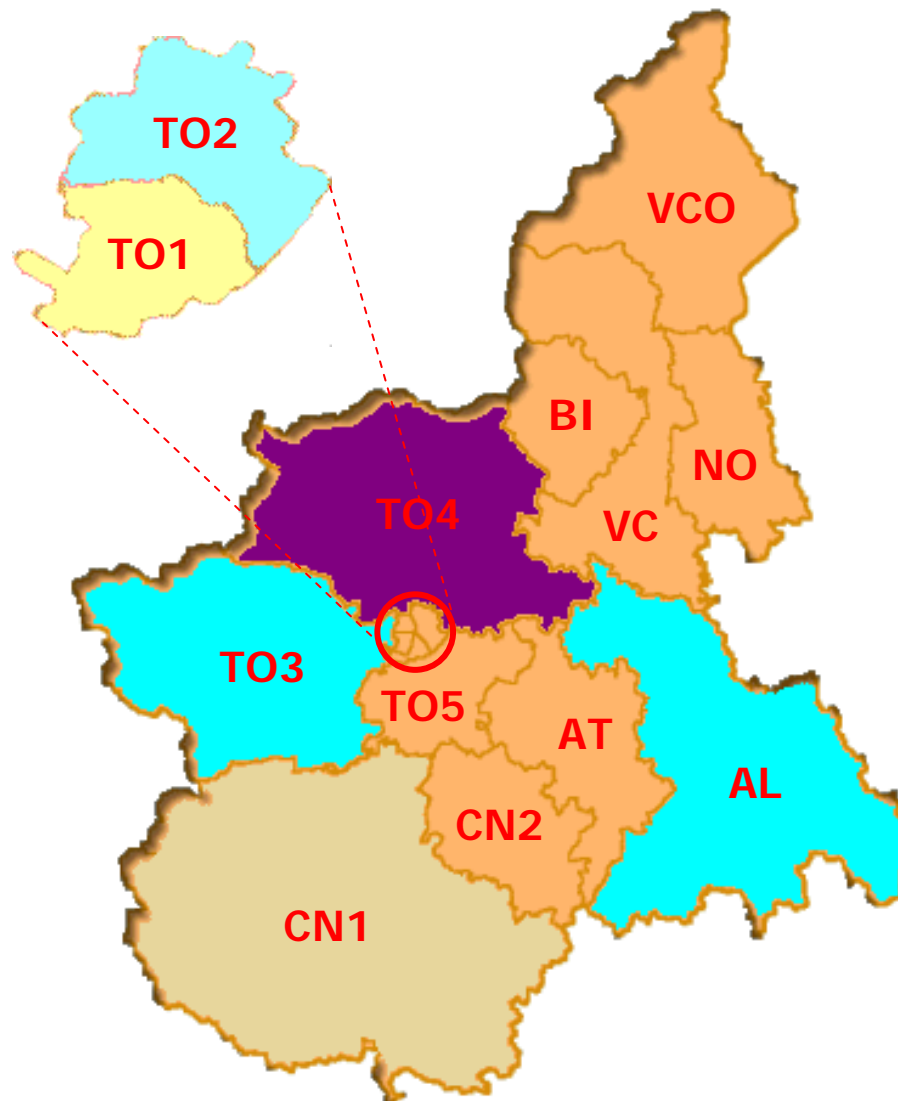
Azienda Ospedaliera CTO/Maria Adelaide
Referente tecnico del progetto



La rete dei Servizi di Diabetologia del Piemonte



Le nuove ASL del Piemonte





Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 - REGIONE PIEMONTE
Rapporto del Gruppo di lavoro del Progetto Prevenzione delle Complicanze del Diabete Tipo 2

Marzo 2007

RETE DEI SERVIZI DI DIABETOLOGIA IN PIEMONTE

Indagine sullo stato dell'assistenza diabetologica



REGIONE
PIEMONTE
Piano Nazionale della Prevenzione
Prevenzione delle Complicanze
del Diabete Tipo 2

Perché questa indagine

La diffusione del diabete comporta costi sanitari sempre crescenti a causa delle complicanze ad esso correlate. La ricerca scientifica ha dimostrato che le complicanze croniche del diabete sono prevenibili. Tuttavia esiste una notevole discrepanza fra quanto andrebbe attuato secondo la medicina basata sulle prove di efficacia e quanto effettivamente realizzato dalle strutture sanitarie.

Per garantire migliori standard di qualità dell'assistenza e perseguire con successo la strategia della prevenzione è necessario identificare modalità di intervento alternative.

La gestione integrata si è da tempo dimostrata un utile strumento per la gestione delle patologie croniche. L'applicazione di questo modello offre alla rete regionale dei Servizi di Diabetologia l'opportunità di svolgere a pieno le funzioni di riferimento specialistico per le quali è stata creata. E' però necessario valutare le reali capacità della rete di assicurare, per quanto di sua competenza, i livelli essenziali di assistenza diabetologica richiesti per ridurre l'impatto della malattia diabetica.

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 mette a disposizione risorse aggiuntive, fra l'altro, per ridurre le complicanze croniche del diabete tipo 2, utilizzando come strumento la gestione integrata. L'identificazione dei punti di forza e dei punti di debolezza permetterà di indirizzare le risorse disponibili verso i nodi più deboli della rete e di stimolare la prevenzione al cambiamento necessaria per attuare con successo il passaggio alla gestione integrata.

Per ulteriori informazioni:
rsberto.sivieri@cto.to.it

Marzo 2007

RETE DEI SERVIZI DI DIABETOLOGIA IN PIEMONTE

Indagine sullo stato dell'assistenza diabetologica

Che cosa ha messo in evidenza questa indagine

Gli elementi chiave che emergono dalla indagine sono i seguenti:

- ✦ Per essere in grado di affrontare in modo efficace la sfida della prevenzione delle complicanze del diabete tipo 2 la rete regionale dei servizi di diabetologia deve migliorare la propria offerta assistenziale
- ✦ Per lo stesso motivo è imprescindibile mettersi nelle condizioni di monitorare costantemente la qualità dell'assistenza erogata mediante un sistema informativo adeguato e condiviso.

In Piemonte è attiva una fitta rete di servizi di assistenza diabetologica, che conta 92 fra Strutture organizzative e Ambulatori, ma accanto a Centri di eccellenza, in grado di assicurare elevati standard di qualità dell'assistenza, sono presenti molte Strutture che, per scarsità di risorse umane, organizzative e strumentali, non sono in grado di garantire tutti i livelli essenziali di assistenza necessari per modificare la storia naturale della malattia diabetica.

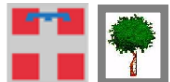
Facilitare l'accesso dei pazienti ai servizi decentrando quanto più possibile le Strutture è importante, ma questo non deve andare a scapito della qualità dei servizi: tutti i cittadini hanno diritto di ricevere una adeguata qualità dell'assistenza senza discriminazioni determinate dal luogo di residenza. Ciò significa che occorre migliorare il collegamento in rete delle diverse Strutture afferenti alle singole ASL in modo che almeno a livello di ASL sia possibile offrire tutti i livelli essenziali di assistenza diabetologica. Per i livelli di assistenza più complessi il riferimento è costituito dalle Strutture delle ASO che insistono sulle ASL.

I diabetologi e le altre professionalità implicate nella cura del diabete devono ampliare il proprio spettro di competenze e sviluppare il modello di lavoro in team, considerato efficace per la gestione delle malattie croniche: dato che operano in un regime di risorse limitate, l'addevo tale modello non sia realizzabile a livello della singola Struttura deve essere realizzato almeno a livello di Distretto, se non a livello di tutta la ASL.

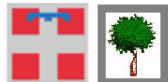
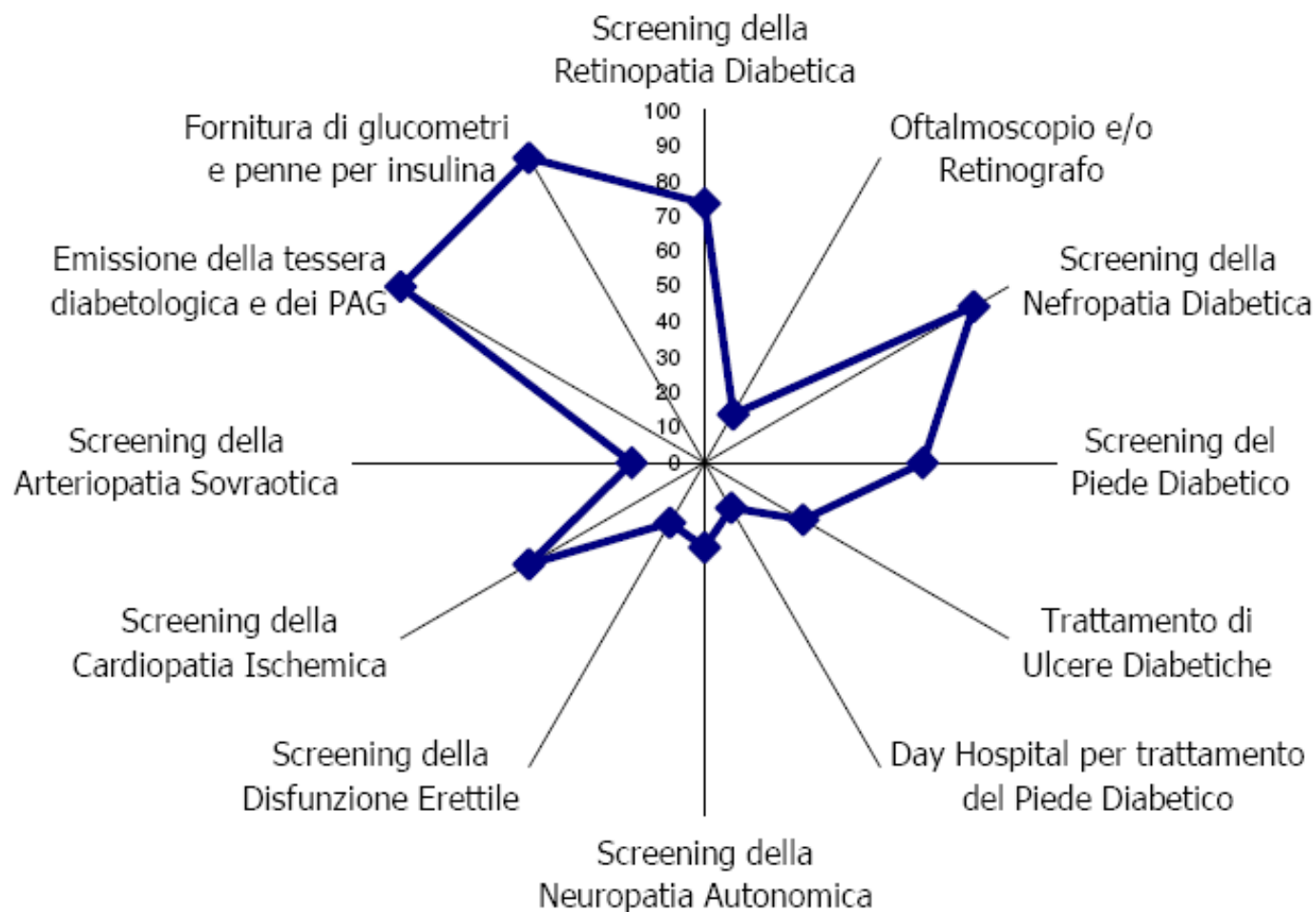
Si configura quindi un modello in cui la presa in carico del paziente non sia effettuata dalla singola Struttura diabetologica, ma dalla ASL nel complesso delle proprie Strutture (comprese le strutture dei Distretti) con la definizione di un preciso percorso diagnostico terapeutico all'interno della ASL, di obiettivi terapeutici individualizzati e di modalità di svolgimento delle attività strutturate e condivise, nel rispetto delle raccomandazioni delle linee guida sanitarie.

L'indagine ha confermato che la disponibilità di infrastrutture tecnologiche per l'informazione e la comunicazione (cablaggio e postazioni di lavoro informatizzate) non costituisce un ostacolo alla implementazione di un sistema informativo elettronico condiviso. Allo stato attuale però poco più della metà delle Strutture ha a disposizione un sistema informatizzato per la gestione dei dati clinici, ma non sempre questo è pienamente implementato. Di fatto il sistema informativo più diffuso fra le Strutture diabetologiche è il Registro Regionale dei Diabetici. Occorre quindi valutare attentamente l'opportunità di prevedere uno sviluppo di questo sistema, con l'obiettivo di farlo diventare il sistema di riferimento non solo a fini epidemiologici, ma anche per la gestione dei processi di cura e la valutazione della qualità dell'assistenza prestata.

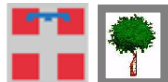
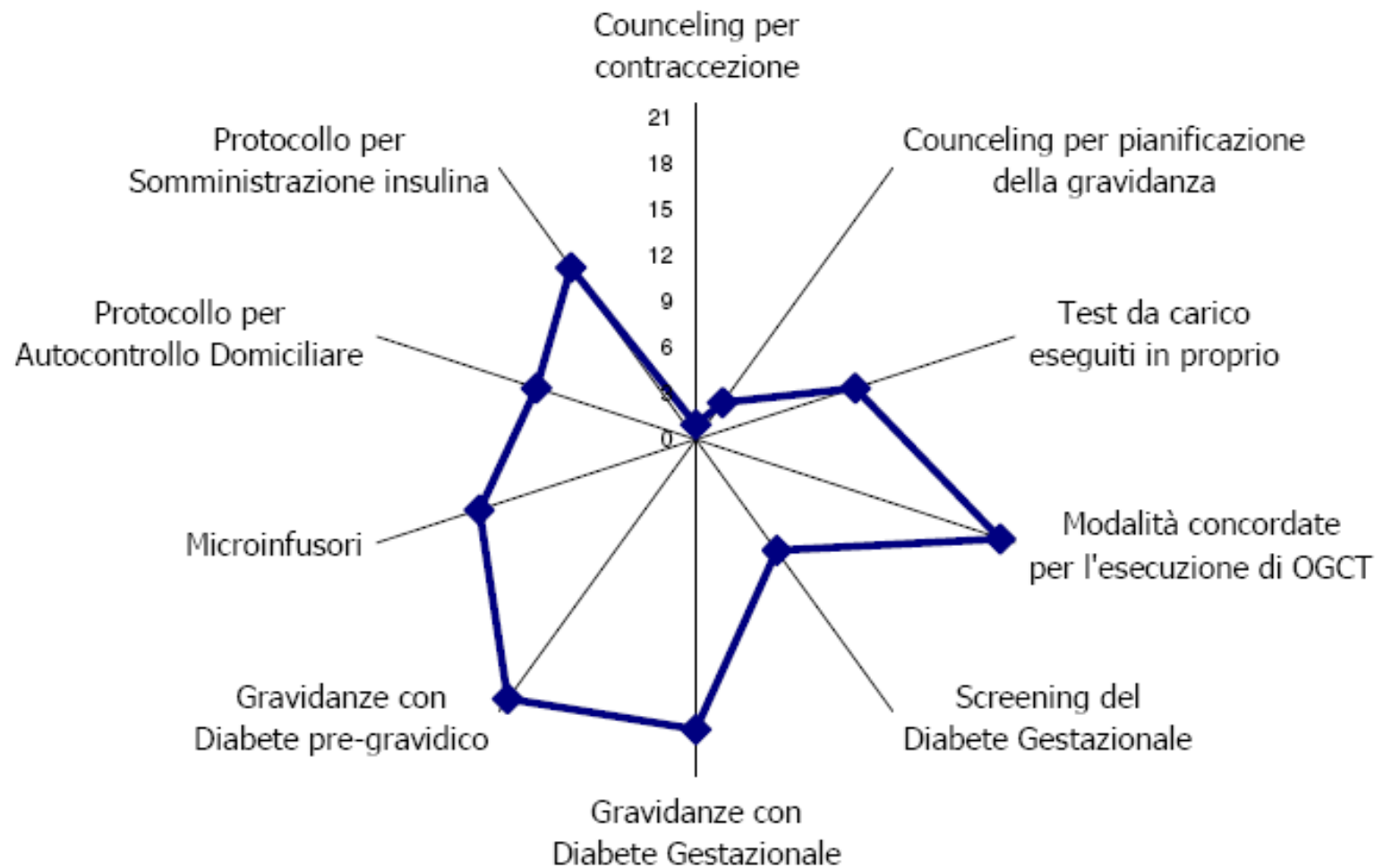
Le iniziative di gestione integrata effettuate o ancora in atto sono caratterizzate, per la maggior parte, dallo scarso coinvolgimento degli organi decisionali delle ASL che, evidentemente, non hanno ancora ravvisato nella Gestione Integrata un modello alternativo di prevenzione e cura, strumento per migliorare l'appropriatezza degli interventi sanitari.



Livelli di assistenza attuali

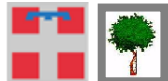


Livelli di assistenza attuali



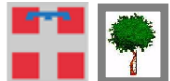
La struttura organizzativa attuale

- Ogni struttura gestisce i propri pazienti
- Non tutte le strutture sono in grado di assicurare tutti i livelli di assistenza diabetologica per scarsità di risorse e/o competenze
- Ciò causa disuguaglianze di trattamento fra i soggetti affetti da diabete

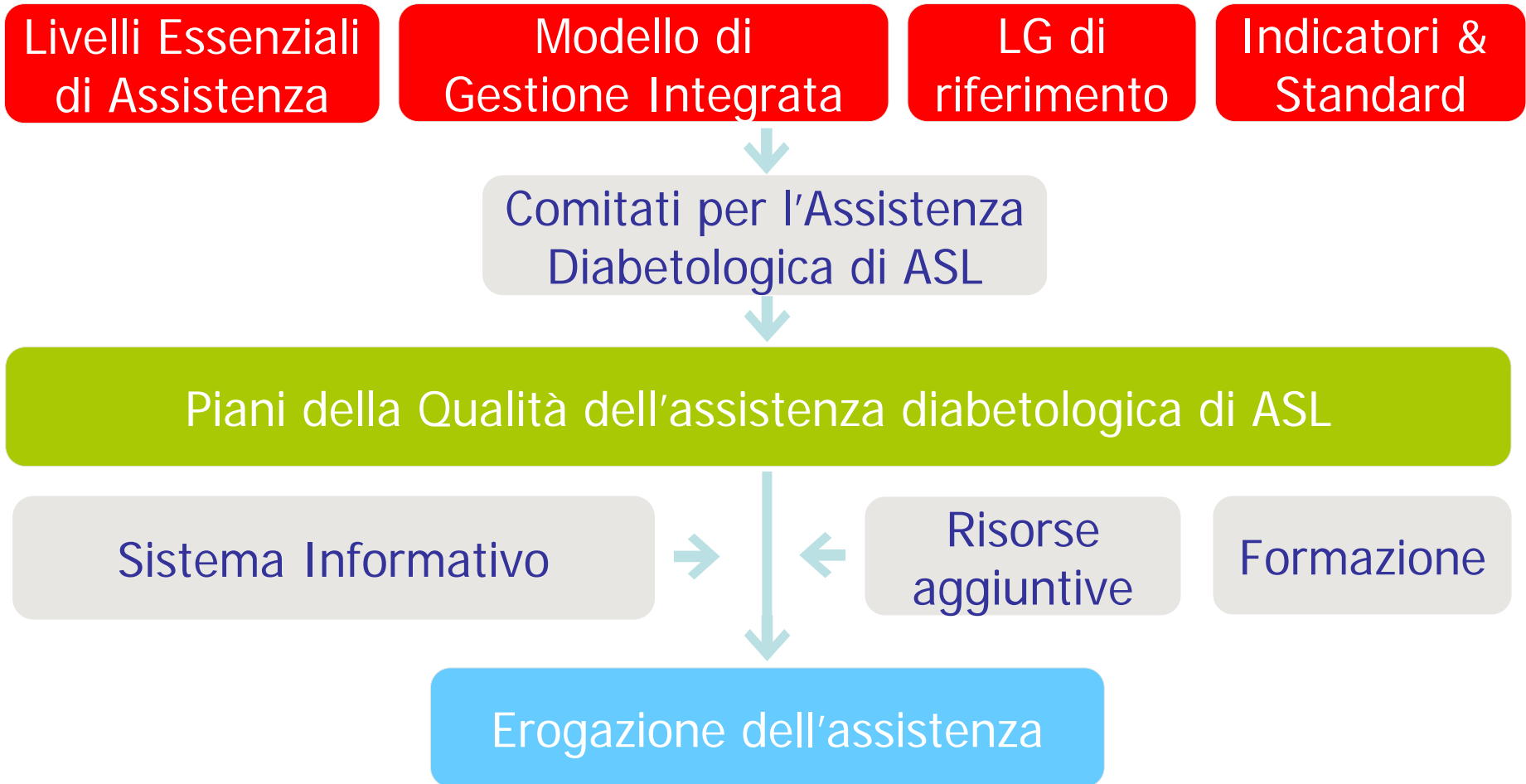


Il Team Diabetologico Allargato

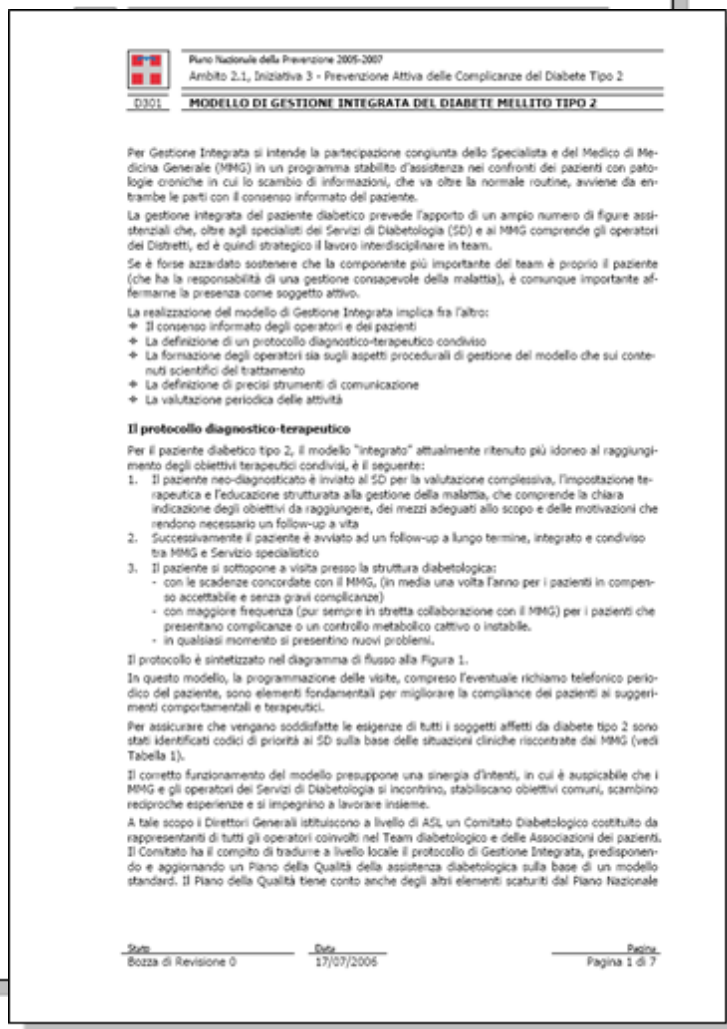
- I pazienti sono presi in carico dalla ASL e gestiti attraverso la rete delle strutture in base alle esigenze individuali
- Il Direttore Generale nomina un Comitato per l'Assistenza Diabetologica che definisce PDTA specifici della singola ASL, ottimizzando le risorse disponibili in una logica di gestione integrata (Servizi, Distretti, MMG)
- Ciascuna struttura concorre alla erogazione dell'assistenza sulla base delle proprie risorse e competenze (Team Diabetologico allargato)





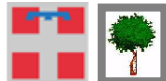


Documenti di pianificazione



- ✓ Livelli Essenziali di Assistenza Diabetologica
- ✓ Linee Guida di riferimento
- ✓ Indicatori di Qualità
- ✓ Modello di Gestione Integrata

Assunti dalla Regione con Determina







Piani della Qualità

- 12 ASL su 13 hanno presentato in Regione il proprio Piano della Qualità approvato con Delibera del Direttore Generale



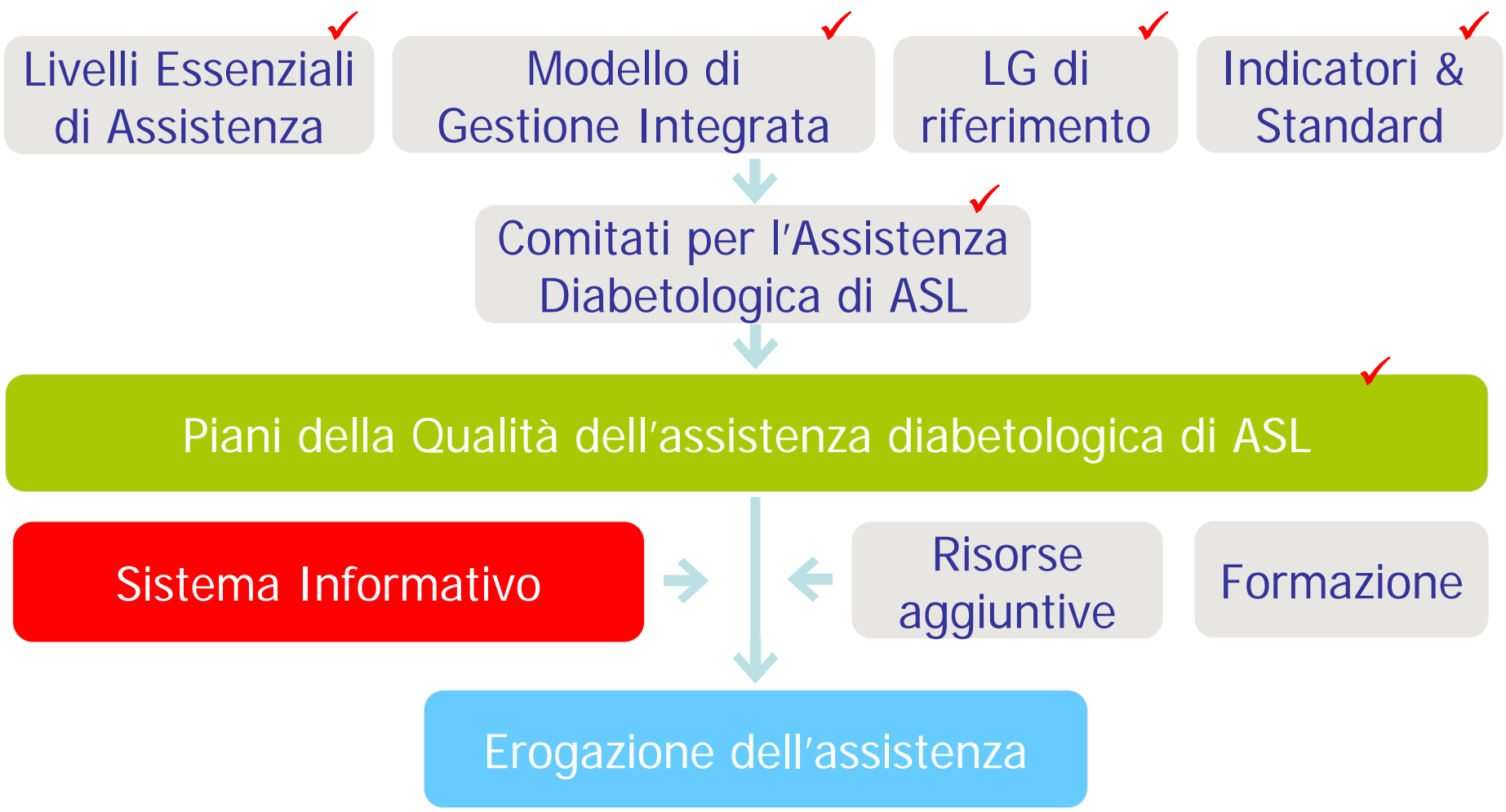
Valutazione dei PDQ (Commissione regionale)

- Valutazione di aderenza alle linee operative
- Valutazione formale dei contenuti
- Valutazione di qualità dei contenuti

Modalità di calcolo dei punteggi e di formulazione del giudizio

Valutazione	Modalità di calcolo dei punteggi	Punteggio massimo
A	Punteggio del criterio x peso	60
B	Punteggio di 12 criteri x peso	40
C	Punteggio di 12 criteri x peso	100

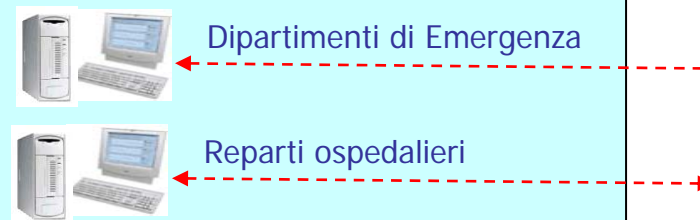
Punti totali	Giudizio
< 100	Non adeguato
100-119	Quasi adeguato
120-139	Sufficiente
140-159	Discreto
160-179	Buono
180-200	Ottimo



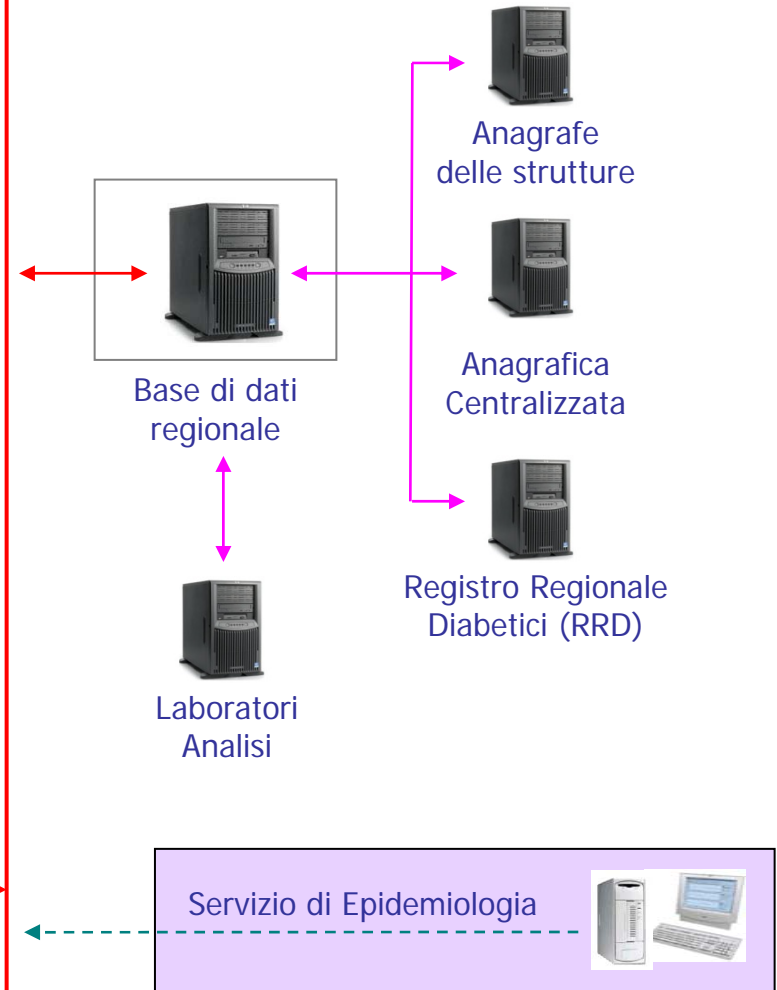
Rete per l'assistenza diabetologica



Medici di Medicina Generale



Sistema Informativo

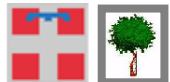


RUPAR



Finanziamento 2005

Fondo vincolato DGR 39-415 del 04/07/2005	857.500,00	
Liquidazione anticipo Determina 47 del 31/03/2006		514.500,00
Liquidazione saldo Determina 124 del 13/08/2007		343.000,00



Risorse aggiuntive (1 medico per ASL)

- **Budget: € 312.000,00**
- Interfaccia fra le diverse Strutture della ASL che erogano l'assistenza diabetologica specialistica
- Implementazione del sistema informativo comune
- Stesura e aggiornamento dei Protocolli Clinici
- Realizzazione di un sistema di *recall* dei pazienti
- Coordinamento fra le Strutture che erogano l'assistenza diabetologica specialistica e i MMG



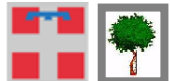
Risorse aggiuntive (1 non medico per ASL)

- **Budget: € 234.000,00**
- Implementazione di programmi di educazione terapeutica
- Produzione di materiale informativo
- Formazione del personale sulle tecniche applicate alla gestione della malattia diabetica
- Attività di screening



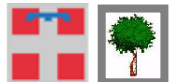
Risorse aggiuntive (hardware)

- **Budget: € 50.000,00**
- Dotare tutti gli studi medici di WS adeguate a gestire sistema informativo via web
- Fornitura delle WS mancanti (solo studi medici)
- Sostituzione delle WS obsolete (solo studi medici)
- 61 PC, 38 stampanti laser b/n



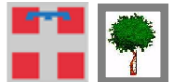
Finanziamento 2006

Fondo vincolato Determina 99 del 14/11/2007	1.093.000,00	
Risorse umane	756.000,00	+ 40%
Risorse hardware	100.000,00	+ 100%
Formazione	20.000,00	
Sistema informativo	40.000,00	
Adeguamento RRD, valutazione qualità assistenza, epidemiologia	150.000,00	



Valutazione Diabetologica Complessiva

- Anamnesi ed esame obiettivo
- Approfondimento diagnostico (laboratorio e strumentale)
- Valutazione dello stato delle complicanze
- Educazione terapeutica (individuale o di gruppo)
- Piano terapeutico



Incentivi per i MMG

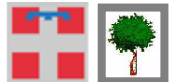
- Trattativa a livello regionale centrata sul ruolo del MMG nella prevenzione e nella gestione delle malattie croniche
- Coinvolgimento graduale iniziando dai Gruppi di Cure Primarie





Formazione dei Formatori

- 21/05/2007 - Definita bozza dei contenuti
- 15/06/2007 - Selezionati i formatori
- 17/08/2007 - Definito il SQ del Corso
- 01/09/2007 - Definite le date (10-12/01/2008)
- 15/10/2007 - Stop da parte di FIMMG
- 03/12/2007 - Nuova apertura da parte di FIMMG
-





Revisione del Registro Regionale Diabetici

- Istituzione di un Gruppo regionale di epidemiologia del diabete
- Monitoraggio della qualità dell'assistenza
- Valutazione dei costi del diabete
- Adeguamento del RRD



Informazione sul web - www.dors.it/diabete

DORS

Documentazione Regionale Salute
Centro di Documentazione per la Promozione della Salute
Via Sabaudia, 164 - 10095 Grugliasco (TO)
Tel. 01140188210-502 - FAX 01140188501 - info@dors.it

Mar 11 Dicembre 2007

Home | Mission | Mappa del sito | Centri di documentazione | Tea

PAGINA PRINCIPALE

IL PROGETTO

STRUMENTI DI PIANIFICAZIONE

- Documenti di riferimento
- Linee Guida di riferimento
- Piani della Qualità

DOSSIER DI DOCUMENTAZIONE

- Normativa
- Documentazione internazionale
- Educazione terapeutica

FORMAZIONE

SITI CONSIGLIATI

PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE D

Con l'Accordo Stato-Regioni del 23/03/2005 è stato approvato ([PNP 2005-2007](#)). Il Piano si prefigge lo scopo di rilanciare le disposizioni delle Regioni risorse economiche aggiuntive. M diversi progetti, fra cui la "Prevenzione delle complicanze del di creare gli strumenti per permettere la diffusione della Gestione guidarne l'implementazione.

I progetti sono affidati alle Regioni, sotto la guida e la super delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute e dell'Istituto S riguarda il diabete, aveva già attivato il [progetto IGEA](#).

Tutte le Regioni hanno presentato al CCM la pianificazione pianificazione è stata oggetto di [certificazione da parte de](#) identificato un Responsabile del Piano e un Responsabile T attivati. Il CCM richiede ogni sei mesi una relazione sullo progetti, comprensiva della documentazione a dimostrazione delle





unite for diabetes

Grazie per l'attenzione

