

Piano Regionale della Prevenzione - DIABETE

- 1) REGIONE : **ABRUZZO**
- 2) Titolo del Progetto: **"IGEA" Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per il diabete.**
- 3) Identificativo della Linea di intervento generale : **3.3 - Diabete**
- 4) Numero identificativo del progetto : **3.3.1**
- 5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Il Diabete Mellito è una malattia di grande rilievo sociale ed esercita un notevole impatto sulla salute pubblica per l'entità della sua diffusione e la gravità delle sue complicanze; la frequenza aumenta con l'età e le classi più disagiate, con basso livello d'istruzione, sono le più colpite. Ha una chiara tendenza in tutti i paesi industrializzati ad un aumento sia dell'incidenza sia della prevalenza.

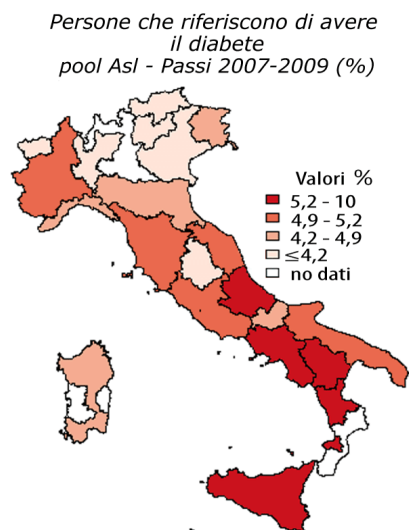
Sulla popolazione mondiale adulta 20-79 anni (stimata intorno ai 3,4 miliardi) la prevalenza del Diabete è stimata intorno al 5,2%: le persone con diabete si aggirerebbero intorno ai 177milioni, e si prevede che aumenteranno fino a 333 milioni nel 2025 (6,3% della popolazione mondiale), con un incremento del 24%. L'accresciuta prevalenza nel mondo del diabete tipo 2, soprattutto legata all'aumento del benessere ed allo stile di vita, ha portato l'OMS a parlare di vera e propria "epidemia".

Le complicanze micro e macrovascolari a carico di numerosi organi ed apparati fanno del diabete la causa principale di amputazioni non traumatiche, infarto, ictus, cecità, disturbi della vista e dialisi.

Gli studi DCCT e UKPDS hanno dimostrato che le complicanze del diabete sono prevenibili, o quantomeno è possibile ridurne l'incidenza e soprattutto la gravità, attraverso un programma d'interventi che comprende la diagnosi precoce (la malattia ha un periodo di evoluzione alla fase clinica di circa 7 anni), il trattamento tempestivo, lo stretto controllo del compenso metabolico e dei parametri di rischio cardiovascolare associati.. Per ottenere tutto questo è necessaria una forte integrazione tra i diversi punti di assistenza (MMG, Centri di diabetologia, ambulatori specialistici, ospedale) raggiungibile soltanto attraverso una definizione organizzativa istituzionalizzata delle attività e dei ruoli dei Servizi di Diabetologia e della Medicina Generale.

La Regione Abruzzo presenta caratteristiche geografiche, demografiche, sociali, economiche che impattano negativamente sulla malattia diabetica. In particolare, si caratterizza per una percentuale relativamente alta di anziani (le persone di età > 64 anni sono circa il 21.2% della popolazione generale), con valori particolarmente alti nel territorio interno, e un percentuale elevata, rispetto alla media nazionale, di famiglie formate da un solo componente di età > 60 anni (prevalentemente donne). Inoltre, le zone collinari e montane si caratterizzano per la presenza di nuclei abitativi isolati e/o a bassa densità abitativa, con spopolamento della popolazione giovane.

Il principale fattore di rischio del diabete è rappresentato dall'obesità. Dallo studio PASSI 2007 si ricava che complessivamente il 48% della popolazione abruzzese presenta un eccesso ponderale (43% in Italia) e di questi almeno



il 35% è sedentario. In Abruzzo pertanto l'eccesso ponderale è molto diffuso e costituisce un problema di salute pubblica rilevante, tanto più che fra le persone in "sovrappeso" emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al peso. I diabetici assistiti nella regione sono attualmente circa 55.600 (esenti ticket), pari al 4,5% circa della popolazione residente al 2009. Questi dati concordano con quanto rilevato dall'ISTAT in indagini eseguite nel 2004, nel 2005 e nel 2008 nelle quali rispettivamente il 4,8%, il 4,7% e il 5% delle persone intervistate in Abruzzo ha dichiarato di essere malato di diabete (vs. il 4,5%, il 4,6% e il 4,8% nazionale).

Nel pool di AUSL partecipanti al sistema di sorveglianza PASSI nella regione, in riferimento al periodo 2007 – 2009, circa 5,6 persone ogni 100 di età compresa tra 18 e 69 anni hanno dichiarato di avere il diabete.

I tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per diabete mellito (diagnosi principale e secondaria) nel 2005 e nel 2006 erano costantemente al di sopra della media nazionale, sia per i ricoveri in regime ordinario (94,26 dimissioni per 10.000 nel 2005 vs. 72,18; 91,08 dimissioni per 10.000 nel 2006 vs. 71,02) sia per quelli in regime di day hospital (26,62 dimissioni per 10.000 vs. 20,03 nel 2005; 24,55 dimissioni per 10.000 vs. 19,61 nel 2006), con valori costantemente superiori per gli uomini rispetto alle donne.

Nel rapporto SDO 2008 del Ministero della Salute, l'indicatore proxy espresso come tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze è pari, per la regione, a 26,53 su 100.000 (ricoveri per diabete con complicanze - ICD 9 CM 250.4 e 250.9 - vs. 41,55 nazionale, che risente però del contributo di Regioni che raggiungono valori fino al 78 x 100.000); il tasso di ospedalizzazione per amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici è pari a 15,48 su 100.000 ab (vs. 13,08x 100.000 nazionale).

I dati si presentano migliori di molte Regioni del Sud ma peggiori nel complesso rispetto alle Regioni del Nord, fatte alcune eccezioni, e confermano la necessità d'intervenire migliorando l'assistenza territoriale del diabete anche nella nostra Regione, attraverso la promozione di azioni che coinvolgano Medici di Medicina Generale, CD (Centri di Diabetologia) e pazienti.

Nel corso del 2004, l'Istituto Superiore di Sanità ha coordinato lo studio epidemiologico QUADRI (Qualità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane), con l'obiettivo di fornire un'immagine della qualità e delle modalità dell'assistenza usando il punto di vista delle persone con diabete. .

Il campione è stato estratto dalla popolazione italiana di età compresa fra i 18 e i 64 anni con esenzione dal ticket per diabete: è proprio in questa età, infatti, che una prevenzione precoce e il trattamento delle complicanze appare particolarmente importante. I risultati dello studio hanno mostrato che soltanto poco più della metà dei malati era inserita in un percorso assistenziale, e, in più della metà, non vi era alcun contenimento dei fattori di rischio: in altri termini, il sistema sanitario non era in grado di offrire una qualificata assistenza.

Il Rapporto ISTISAN 09/35 riporta uno studio sulla gestione integrata del diabete¹ che riconferma quanto già emerso dallo Studio Quadri in merito alla necessità di importanti modifiche nell'assistenza alle persone con diabete nel nostro Paese. I risultati dell'indagine qualitativa con *focus group* delineano le caratteristiche di un modello di assistenza "ideale", che risponda alle aspettative delle persone. Fra gli aspetti più citati ci sono l'efficienza del sistema, la tempestività della diagnosi e delle prestazioni, l'accessibilità economica e geografica, la competenza dei professionisti, la presa in carico della persona in una visione sistemica e con modalità comunicative e relazionali adeguate. I bisogni informativi riguardano sia i diversi aspetti della malattia sia i vantaggi e gli svantaggi attesi dal nuovo modello, consentendo così alle persone di fare una scelta informata.

In Abruzzo operano 15 Centri di diabetologia che, a vario livello, hanno avviato il cambiamento organizzativo dell'assistenza; in alcune realtà si stanno portando avanti con successo iniziative per la gestione integrata del diabete, con rapporti di collaborazione con i MMG, protocolli di cura concordati, registro di patologia, cartella informatica. L'alto numero di visite mediche erogate dai CD (oltre 90.000, come emerge dai report), se da una parte mostra l'impegno e le grandi energie devolute all'assistenza da parte degli operatori, dall'altra motiva la necessità di continuare il percorso già iniziato col precedente piano della prevenzione, regolamentando a pieno i rapporti con i MMG, standardizzando i piani di assistenza e migliorando il sistema informativo, al fine di poter

scindere - integrandole - le attività di primo livello (affidate ai MMG) da quelle di secondo livello (affidate ai CD). Ne deriverebbero una riduzione del carico di lavoro improprio dei CD, una migliore sorveglianza sulle complicanze e una maggiore possibilità di diagnosi precoce di malattia.

Dati italiani dimostrano che la sinergia tra l'assistenza specialistica dei Servizi di Diabetologia e la Medicina Generale riduce del 65% i ricoveri ospedalieri del paziente diabetico², triplica la probabilità che il paziente sia seguito secondo linee guida³ e riduce significativamente la mortalità cardiovascolare⁴.

Nella riorganizzazione dell'assistenza non possono essere perse di vista le caratteristiche socio-demografiche delle aree collinari e montane interne (peraltro pesantemente colpite dal sisma del 6 aprile 2009), di cui è necessario tenere conto nell'elaborazione dei piani diagnostico – terapeutico - assistenziali (PDTA) previsti da linee guida nazionali condivise fra MMG e Centri di Diabetologia, in grado di produrre miglioramento nella qualità dell'assistenza in termini di efficacia ed efficienza. Da questo punto di vista, è indispensabile il ruolo svolto dal care manager nell'assicurare il monitoraggio delle attività erogate al singolo paziente, delle attività volte a favorire una comunicazione efficace ed un coordinamento fra i diversi attori (medici ed altri professionisti). Il care manager, in considerazione dell'attuale organizzazione del Servizio Sanitario Regionale, trova collocazione ideale all'interno del Centro Diabetologico territoriale, pur operando in stretto rapporto con i distretti, al fine di garantire la necessaria continuità assistenziale.

BENEFICIARI

- Popolazione affetta da diabete tipo 2 .

DESTINATARI INTERMEDI: Medici di Medicina Generale, Medici Specialisti Diabetologi ed altri Specialisti, Dietiste, infermieri, Operatori Sociali (care manager).

OBIETTIVI

- Popolazione generale più informata sulla malattia diabetica e sui suoi principali fattori di rischio, che si tradurrà in un aumento di richiesta dei servizi, favorendo la diagnosi precoce della malattia e la prevenzione delle complicanze, causate dal perdurare dei fattori di rischio e da una diagnosi tardiva
- Incremento dell'adesione dei pazienti a percorsi diagnostici, terapeutici, assistenziali codificati da linee guida nazionali (attraverso un intervento attivo dei MMG, Diabetologi, Medici Specialisti, Care Manager, operatori dei Distretti e del Dipartimento di Prevenzione), resi più consapevoli, perché formati, della necessità di un approccio integrato alla gestione del diabete tipo 2 che migliora la qualità dell'assistenza, migliora i tempi della prima diagnosi (diagnosi precoce), rende i pazienti più informati e consapevoli.
- Rafforzamento nel paziente diabetico delle abilità e delle competenze necessarie per l'adozione di stili di vita salutari, unitamente all'acquisizione di conoscenze che favoriscono l'autogestione del gruppo dei beneficiari (pazienti diabetici) (empowerment ed educazione terapeutica)
- Contenimento delle complicanze diabetiche

2 Giorda, Diabetic Medicine, 2006

3 Gnani, Diabetes Care, 2009

4 Zoppini G, Verlato G, Bonora E, Muggeo M. Attending the diabetes center is associated with reduced cardiovascular mortality in type 2 diabetic patients : the Verona Diabetes Study. Diabetes Metb Res Rev, 1999; May-Jun 15(3):170-4

METODI E STRUMENTI

Con il precedente Piano Regionale della Prevenzione 2007-2009 era stato già avviato un percorso in direzione dell'assistenza integrata dei pazienti diabetici, che ha visto realizzati:

- la formazione di circa 300 operatori sanitari sulle linee guida del progetto IGEA (MMG, Diabetologi, Specialisti e altri Operatori coinvolti nel percorso assistenziale, con il supporto dell'ISS, e il coinvolgimento delle Società Scientifiche e dei Sindacati medici),
- l'informatizzazione, a diverso livello, dei 15 Centri di Diabetologia,
- l'implementazione dell'informatizzazione dei MMG,
- l'introduzione di metodi valutativi dell'attività assistenziale,
- alcune esperienze, in aree territoriali limitate, prestazioni per la cura del paziente diabetico rese in forma integrata.

Tuttavia, nonostante la numerosità delle azioni, l'assistenza integrata per il malato diabetico non è decollata in tutta la Regione in modo omogeneo.

Il progetto ha come obiettivo specifico quello di contenere le complicanze dovute al Diabete di tipo 2 nell'ambito dell'obiettivo generale di miglioramento della qualità dell'assistenza diabetica.

Il Progetto attiverà le seguenti fasi:

Costituzione di un gruppo regionale di coordinamento costituito dai vari rappresentanti degli attori coinvolti (Direzione Regionale Politiche della Salute – Servizio Prevenzione Collettiva, diabetologi, MMG, Medici del territorio, figure sanitarie non mediche coinvolte, rappresentanti delle società scientifiche, delle associazioni dei parenti e dei pazienti), col fine di elaborare un documento sui percorsi diagnostico, terapeutici, assistenziali (PDTA) di recepimento delle Linee Guida Igea e del documento AMD, SID e FIMG (che rappresentano un metodo di lavoro sistemico ed integrato, finalizzato al miglioramento della qualità dell'assistenza) e proporre l'adozione.

Proposta d' inserimento di una norma contrattuale con il supporto dei sindacati medici, al fine di facilitare l' adesione dei MMG;

Diffusione d' informazioni sui fattori di rischio della malattia diabetica con ampia partecipazione anche dei gruppi d' interesse (Società scientifiche, Associazioni di volontariato) che comporta aumentata richiesta dei servizi, che favorisce la diagnosi precoce della malattia diabetica e la prevenzione o la minore gravità delle complicanze diabetiche;

Formazione interattiva fra MMG, Diabetologi ed altri operatori non medici sui PDTA diabetici. La formazione dovrebbe essere svolta in ogni realtà locale, i diabetologi del Centro diabetologico di riferimento dovranno coordinare e sostenere l'azione formativa dei MMG. L'obiettivo principale è l'appropriatezza, considerato che essa è in grado d' incidere anche sull'economicità, cioè sull'uso adeguato di risorse. L'applicazione del PDTA è rappresentata da profili di cura diversificati a seconda delle caratteristiche e delle esigenze assistenziali dei pazienti, da tradurre in piani di cura personalizzati. La diversificazione delle funzioni implica profili di cura condivisi tra i diversi attori coinvolti;

Realizzazione in ogni realtà locale di un PDTA in diabetologia con il coinvolgimento delle direzioni Sanitarie ospedaliere e dei distretti.

Educazione Terapeutica , Empowerment del paziente diabetico al fine di acquistare abilità per l' autogestione della malattia.

Implementazione della comunicazione interna tra gli operatori coinvolti, inclusi contatti telefonici, mail e riunioni periodiche.

Formazione di Care manager (operatore sanitario non medico) che si colloca nel Centro Diabetologico, assumendo funzioni sia di coordinamento e monitoraggio delle prestazioni erogate al singolo paziente, sia di facilitazione di una comunicazione efficace e del coordinamento fra gli attori coinvolti.

La presa in carico della persona : l'accettazione e la capacità del MMG e/o del team specialistico dell'assistenza alla persona con diabete.

Si concretizza attraverso:

- il coinvolgimento attivo della persona
- la definizione del programma terapeutico
- la programmazione del monitoraggio della malattia (appuntamento per gli esami e visite).

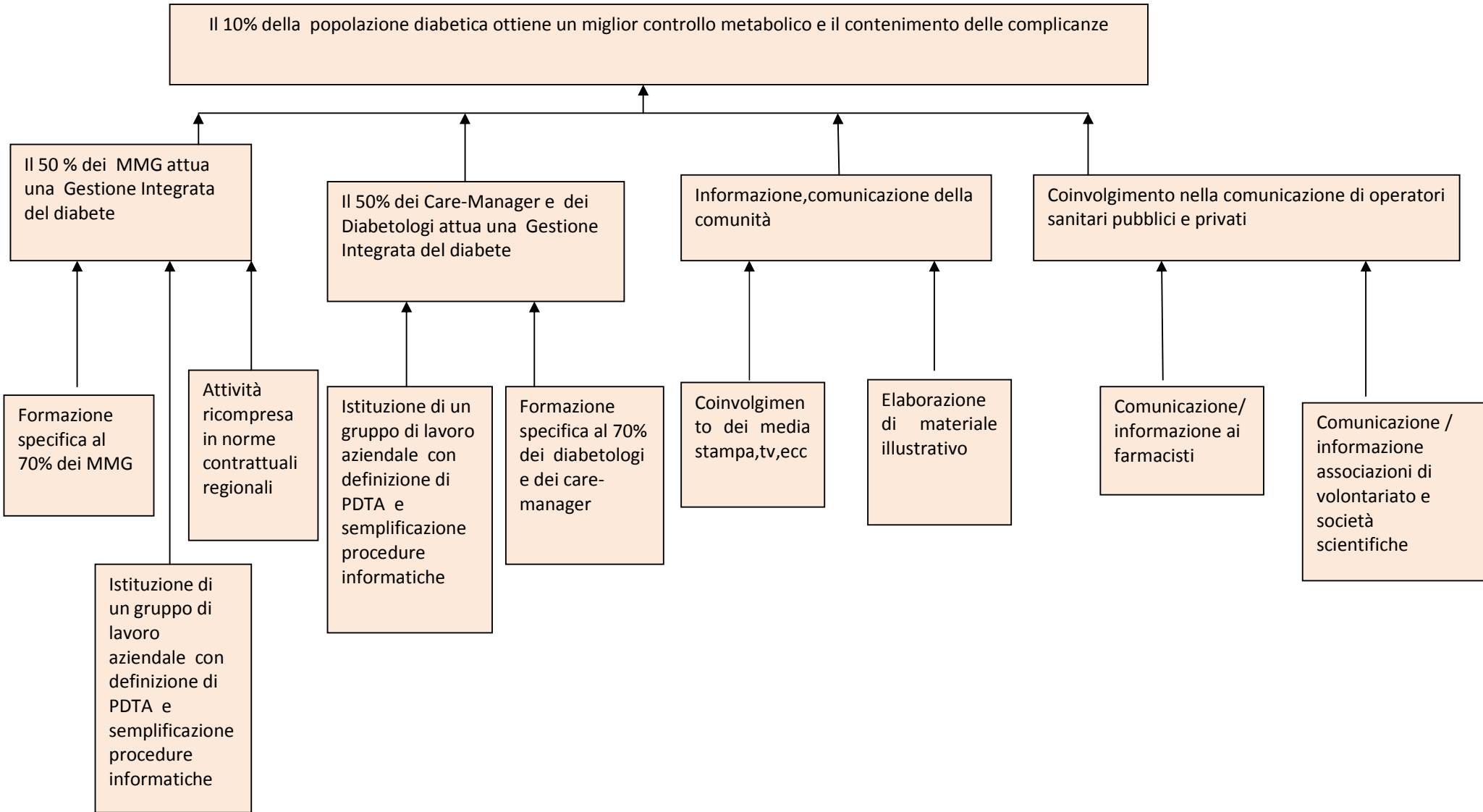
Miglioramento del sistema informativo

Il progetto "IGEA che si pone l'obiettivo di contenere le complicanze diabetiche con un modello di assistenza al malato diabetico caratterizzato da una forte integrazione tra i diversi punti di assistenza (MMG, Centri di diabetologia, ambulatori specialistici, ospedale) è stato predisposto seguendo i dettami del Project Cycle Management (PCM) pertanto il rationale dell'intervento , gli scopi generali che esso si propone, le fasi in cui si articola, le attività di cui si compone, gli attori e gli altri eventuali portatori di interesse coinvolti nonché le eventuali criticità che potrebbero influire sulla sua realizzazione e sui suoi esiti vengono descritti facendo uso degli strumenti previsti dal PCM:

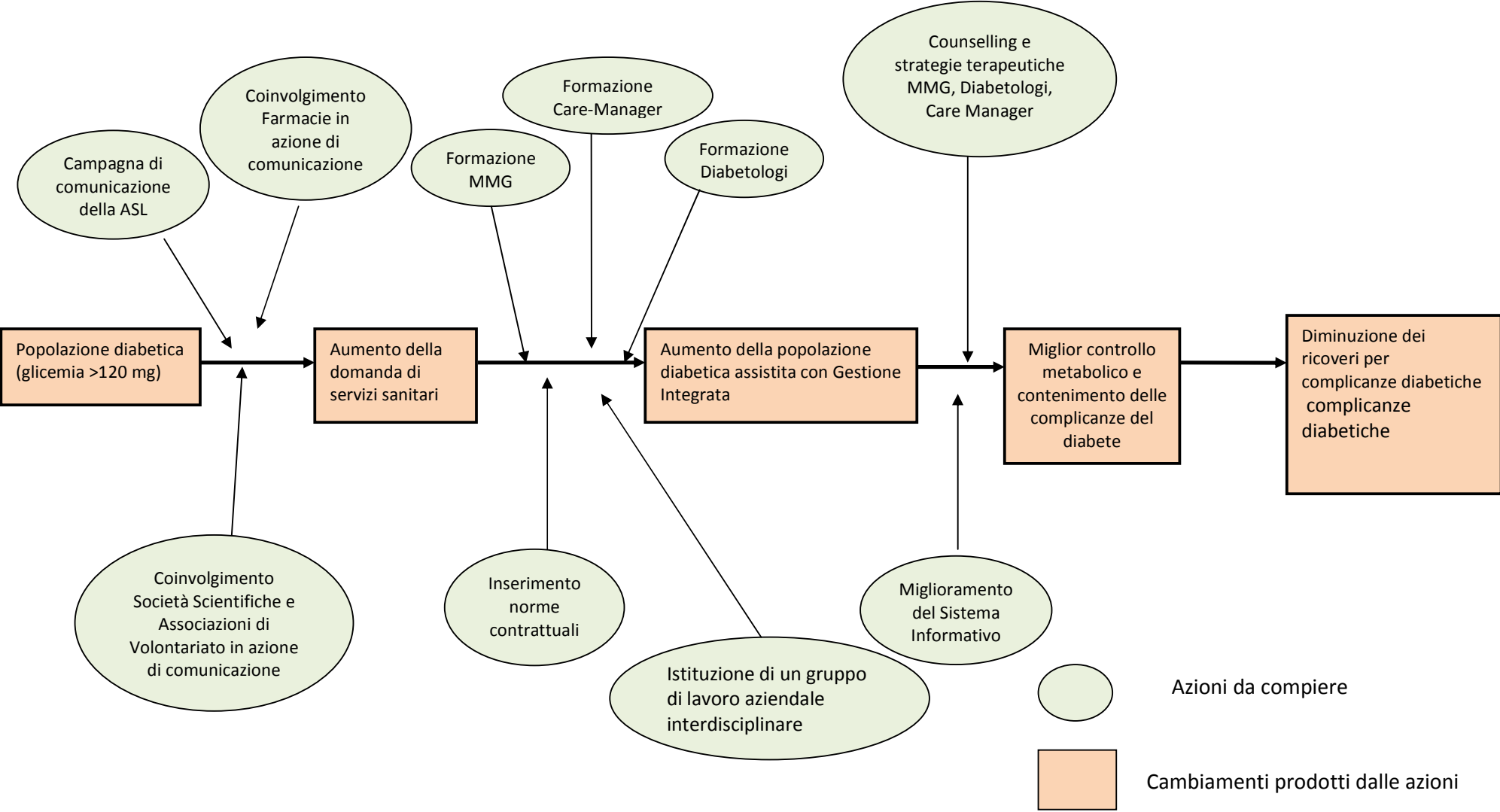
- Albero degli obiettivi,
- Modello Logico,
- Quadro Logico,
- Analisi dei Rischi con Algoritmo

(di seguito riportati):

ALBERO DEGLI OBIETTIVI



MODELLO LOGICO DELLA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE DIABETICO



QUADRO LOGICO

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Contenere le complicanze dovute al diabete attraverso la predisposizione di protocolli per il controllo e la gestione integrata del diabete			
Obiettivo specifico	Il 10 % della popolazione diabetica ottiene un miglior controllo metabolico e il contenimento delle complicanze entro Dicembre 2012	Popolazione diabetica che ottiene miglior controllo metabolico/tot. popolazione diabetica	-Report dei centri diabetologici	
Risultati attesi 1	Il 50 % dei MMG attua una Gestione Integrata del diabete	- N° tot MMG che aderiscono/N° tot. MMG -N° tot MMG attivati/N° MMG formati	-Registro delle attività	
Risultati attesi 2	Il 50% dei Care-Manager e dei Diabetologi attua una Gestione Integrata del diabete	N° tot diabetologi che aderiscono/N° tot. diabetologi -N° tot diabetologi attivati/N° diabetologi formati N° tot care-manager che aderiscono/N° tot. care-manager -N° tot care-manager attivati/N° care-manager formati	-Registro delle attività	
Risultati attesi 3	Informazione, comunicazione della comunità	N° persone che conoscono l'emoglobina glicosilata/ N° totale intervistati	Passi	
Risultati attesi 4	Coinvolgimento nella comunicazione di operatori sanitari pubblici e privati	N° portatori d'interesse coinvolti/N° di portatori d'interesse contattati	Registro delle attività	

		MEZZI	COSTI	
Attività 1.1	Formazione specifica al 70% dei MMG	- aule - docenti - ausili didattici		
Attività 1.2	Istituzione di un gruppo di lavoro aziendale con definizione di PDTA e semplificazione procedure informatiche	Software		
Attività 1.3	Varare una norma contrattuale regionale ad hoc	Delibera regionale		
Attività 2.1	Istituzione di un gruppo di lavoro aziendale con definizione di PDTA e semplificazione procedure informatiche	Software		
Attività 2.2	Formazione specifica al 70% dei diabetologi e dei care-manager	- aule - docenti - ausili didattici		
Attività 3.1	Coinvolgimento dei media stampa,tv,ecc	-Comunicati stampa - Servizi televisivi		
Attività 3.2	Elaborazione di materiale illustrativo	- depliant - locandine		
Attività 4.1	Comunicazione/ informazione ai farmacisti	- aule - docenti - ausili didattici - depliant - locandine		
Attività 4.2	Comunicazione / informazione associazioni di volontariato e società scientifiche	- aule - docenti - ausili didattici - depliant - locandine		

6) Beneficiari: Popolazione affetta da diabete tipo 2 .

7) Obiettivi di Processo:

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
N° tot MMG attivati/ N° MMG formati	Registro delle attività	0				
			20%		50%	
N° tot diabetologi attivati/ N° diabetologi formati	Registro delle attività	0	20%		50%	

8) Budget

Il costo del progetto, come si evince dal quadro logico, prevede queste voci :

Per l'anno 2011

1. Formazione specifica al 70% dei MMG
2. Istituzione di un gruppo di lavoro aziendale con definizione di PDTA e semplificazione procedure informatiche
3. Varare una norma contrattuale regionale ad hoc
4. Formazione specifica al 70% dei diabetologi e dei care- manager
5. Coinvolgimento dei media stampa,tv,ecc
6. Elaborazione di materiale illustrativo
7. Comunicazione/ informazione ai farmacisti
8. Comunicazione / informazione associazioni di volontariato e società scientifiche

