

*(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)*

<p>Titolo del Progetto:</p> <p><b>Promozione delle misure di prevenzione individuale delle complicanze</b></p>
<p>Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i:</p> <p><b>3.3 Diabete</b></p>
<p>N° identificativo del progetto all'interno del Piano Operativo regionale:</p> <p><b>3.3.1</b></p>
<p><b>Breve descrizione dell'intervento programmato</b></p> <p><b>Analisi di contesto</b></p> <p>Il drammatico aumento delle patologie croniche, e del diabete in particolare, pone l'esigenza di predisporre piani formativi adeguati all'intento di supportare i professionisti incaricati della loro gestione nella necessaria, anzi indispensabile, rimodulazione dei profili assistenziali.</p> <p>Nel Lazio, secondo i dati ISTAT e del sistema di sorveglianza PASSI, la prevalenza del diabete è intorno al 5%, il che corrisponderebbe, in base alla popolazione regionale al 1/1/2010, a circa 300.000 persone, ma tale dato è certamente sottostimato: se si considerano infatti i risultati di alcune indagini basate sull'integrazione dei sistemi informativi correnti la prevalenza raggiunge l'8% nella popolazione ≥18 anni (circa 378.000 persone). Il diabete è ancora oggi nel Lazio un'importante causa di ricovero ospedaliero, nonostante i vincoli imposti dalla normativa regionale al DRG 294 (diabete mellito &gt;35 anni), considerato uno dei DRG ad alto rischio di in appropriatezza; nel 2008 ci sono stati 11.743 ricoveri per diabete, di cui circa il 50% senza menzione di complicanze, mentre più di 500 presentavano come diagnosi principale uno scompenso metabolico acuto, iper- o ipoglicemico. Tra i ricoveri per diabete complicato erano prevalenti quelli per complicazioni oculari, in particolare la retinopatia diabetica, seguiti dalle vasculopatie periferiche. Occorre comunque sottolineare l'alta probabilità che questi dati sottostimino fortemente l'impatto reale del diabete in termini di morbosità e anche di mortalità; in tal senso un'indagine di Laziosanità-ASP, riferita al 2005, evidenziava ad es. come, a fronte di circa 5600 ricoveri ordinari in cui il diabete risultava essere la causa principale di ricovero, era emersa una quota altrettanto significativa di ricoveri per patologie cardiocerebrovascolari rilevanti, in cui il diabete, essendo presente fra le diagnosi secondarie, era ragionevolmente implicato come concausa dell'evento (12.093 ricoveri). Tutti questi dati attestano come la gestione della malattia diabetica a livello</p>

regionale presenti diverse criticità e vi siano ampi margini di miglioramento, sia sul fronte del potenziamento delle cure primarie nel loro insieme, sia su quello dell'integrazione tra servizi di primo e secondo livello.

Nell'ambito del Progetto Igea, che ha caratterizzato le attività di prevenzione della patologia diabetica nel precedente Piano di Prevenzione 2005-2007, il Lazio ha istituito un gruppo di lavoro regionale, che ha predisposto una cospicua documentazione di riferimento e ha posto le basi per la sperimentazione in alcune ASL del modello di gestione integrata; inoltre il Lazio ha partecipato a due edizioni del percorso di formazione promosso dal Gruppo di lavoro del Progetto Igea dell'ISS. Tuttavia la mancata implementazione del modello assistenziale, principalmente dovuta alla precarietà dell'assetto istituzionale regionale e ai vincoli imposti dal Piano di rientro dal deficit, non ha consentito l'attivazione della formazione a cascata degli operatori impegnati nella declinazione locale degli obiettivi di salute.

### **Razionale**

Nel Lazio, i dati dello Studio Quadri mostrano una fotografia dell'assistenza al paziente diabetico decisamente lontana dagli standard di cura, soprattutto per quanto concerne il controllo dei fattori di rischio, la cui prevalenza è risultata per tutti superiore rispetto al dato nazionale, e il monitoraggio clinico della malattia (il 50% degli intervistati non aveva ricevuto, negli ultimi 6 mesi, una visita medica approfondita dell'apparato cardiovascolare e degli arti inferiori da parte del proprio medico di medicina generale o del Centro diabetologico, e il 71% non era stato sottoposto negli ultimi 12 mesi ad un esame accurato dei piedi).

Sul versante dei professionisti non sono disponibili informazioni per stimare nella nostra regione il fabbisogno formativo degli operatori sanitari sulle pratiche assistenziali idonee alla prevenzione delle complicanze del diabete, capaci, come sostengono numerose e consolidate evidenze di letteratura, di modificare sostanzialmente l'evoluzione della malattia. Studi internazionali hanno messo in evidenza che generalmente i medici di medicina generale (MMG) sono più inclini, rispetto agli specialisti, a quel comportamento che va sotto il nome di "inerzia clinica", cioè sono meno portati, ad es. all'intensificazione della terapia in pazienti con scarso controllo metabolico (Ziemer DC et al, 2005; Shah B et al, 2005). Parallelamente anche alcuni studi italiani (De Berardis et al, 2004) hanno evidenziato come i pazienti seguiti dai MMG presentino minori garanzie sul fronte della frequenza dei controlli clinici ed ematochimici rispetto a quelli seguiti dagli specialisti, anche se questa discrepanza non si è poi tradotta in sostanziali differenze nei valori degli esami clinici fra i due gruppi di pazienti. I dati relativi a queste esperienze italiane e i risultati regionali dello Studio Quadri sembrano confermare la stringente necessità di rafforzare gli interventi di promozione delle

misure di prevenzione nella popolazione diabetica assistita dai MMG del Lazio. Parallelamente la costruzione di un percorso formativo su base aziendale, che coinvolga allo stesso tempo sia i MMG che gli altri professionisti sanitari operanti nella cura delle persone diabetiche, persegue l'obiettivo altrettanto importante di favorire l'integrazione fra i medici e i servizi distrettuali, in cui la componente clinica e quella organizzativa sviluppano alleanze indispensabili per l'unitarietà della presa in carico dei pazienti con malattia cronica.

### **Obiettivi dell'intervento formativo**

L'obiettivo generale del progetto rientra nell'ambito più generale del miglioramento della qualità della gestione di alcune patologie croniche, le cui ricadute in termini di vantaggi di lunga durata per i gruppi beneficiari e per la società in generale sono ampiamente confermate da numerose evidenze scientifiche e anche da esperienze sul campo (Coleman et al, 2009; Heath et al, 2009). Risultati duraturi saranno possibili solamente attraverso l'impatto concomitante di altri progetti aventi fini comuni e coinvolgenti le medesime professionalità; sono inclusi tra questi i programmi formativi per la promozione dell'uso di strumenti per la misurazione del rischio cardiovascolare e dei relativi percorsi di sostegno nei confronti dei soggetti ad alto rischio.

Nell'ambito degli obiettivi generali l'intervento formativo proposto intende contribuire anche al passaggio dal rapporto esclusivo medico-paziente a un'assistenza integrata della malattia all'interno di un sistema di cure organizzato, e si pone come intenti la conoscenza del problema e la valutazione dei bisogni della comunità. In particolare, si rende necessario investire in una formazione che stimoli gli operatori alla condivisione delle responsabilità e al lavoro in team, elementi questi fortemente sostenuti dal Chronic Care Model, uno dei modelli di cura delle patologie croniche più accreditati anche in Italia (ad es. Progetto Sanità di Iniziativa della Regione Toscana).

Gli obiettivi specifici del progetto sono rappresentati dai seguenti:

- aumento delle responsabilità cliniche condivise fra i diversi professionisti della cura al paziente diabetico, in particolare medici e infermieri;
- aumento della disponibilità alla collaborazione fra medici di famiglia e medici di distretto, responsabili dell'organizzazione delle cure;
- aumento dell'adesione dei MMG alle indicazioni per il monitoraggio del compenso metabolico, per lo screening delle complicanze e per il controllo dei principali fattori di rischio cardiovascolare.

### **Articolazione dell'intervento formativo**

Il progetto intende realizzare un modello formativo a sviluppo aziendale, che prevede

sessioni frontali, moduli interattivi con lavori di gruppo, a cui potranno eventualmente aggiungersi ulteriori moduli interattivi basati su casi clinici. Le fasi previste per il 2011 comprendono:

1. la costituzione e formalizzazione di un Gruppo di lavoro regionale, formato dal referente regionale del progetto, 1 o 2 specialisti diabetologi, 1 esperto della formazione in medicina generale, 1 rappresentante della Confederazione delle Associazioni regionali di Distretto (CARD), 1 rappresentante delle associazioni di categoria dei MMG, 1 rappresentante della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), eventualmente 1 rappresentante delle associazioni di pazienti;
2. l'individuazione dei referenti aziendali di progetto e dei gruppi incaricati della formazione a livello locale; questi ultimi vedranno la partecipazione di rappresentanti di diverse unità operative aziendali, tra cui la Formazione, la Medicina generale (Cure primarie), anche in forma dipartimentale, e il distretto come macrostruttura di riferimento;
3. la predisposizione dei progetti formativi aziendali da realizzarsi comunque entro l'anno seguente a quello della pianificazione.

Il gruppo di lavoro regionale di progetto provvederà a definire le linee essenziali del percorso, in particolare i contenuti chiave e i criteri generali riguardanti sia i temi trattati che le modalità operative. Successivamente si procederà alla condivisione della proposta formulata con i referenti aziendali, i quali, a loro volta, saranno incaricati di predisporre la versione definitiva del percorso, in linea con le esigenze e peculiarità del contesto locale, e di organizzare e svolgere le azioni utili al coinvolgimento partecipato degli operatori. Il Gruppo regionale provvederà infine a una supervisione dei pacchetti formativi e alla verifica del rispetto dei criteri generali definiti a priori. In linea generale i contenuti della formazione verteranno sul modello di gestione integrata del diabete nell'ambito della prospettiva più ampia di presa in carico del paziente con patologia cronica, secondo gli assunti del Chronic Care Model.

Dal momento che non esistono nella regione Lazio esperienze consolidate ed estese di formazione in tema di prevenzione delle complicanze diabetiche e screening dei soggetti ad alto rischio, il progetto si propone per il primo anno (2011) di completare la fase di definizione centrale dell'intervento formativo e di avviare e completare la predisposizione dei percorsi formativi a livello aziendale, compreso l'espletamento della procedura per l'accreditamento ECM; laddove possibile si potrà procedere in alcune ASL all'espletamento dell'intervento. Nel secondo anno (2012) si prevede la realizzazione dei progetti formativi nella maggior parte delle ASL. Il Gruppo regionale effettuerà il monitoraggio

dell'avanzamento del progetto secondo il Piano di valutazione più avanti descritto.

### **Risultati attesi**

Per il 2011 si prevede di raggiungere 2 obiettivi: 1) che almeno 6 Aziende USL su 12 abbiano predisposto il progetto formativo e che questo sia stato approvato dal Gruppo regionale; 2) che almeno 3 Aziende USL delle 6 che hanno completato la preparazione dell'intervento lo abbiano effettivamente espletato.

Per il 2012 il risultato a cui tendere è che almeno 9 ASL su 12 abbiano sia predisposto che portato a compimento il progetto formativo aziendale. Per tutte le ASL la quota di partecipazione dei destinatari dell'intervento al percorso formativo non deve essere inferiore al 30% della popolazione totale dei medici iscritti.

### **Fattori favorenti e ostacolanti**

Fattori positivamente correlati al successo del progetto sono la presenza di un coordinamento centrale sufficientemente rappresentativo dei vari gruppi di interesse, l'esistenza di una rete dei referenti aziendali, ai quali spetta l'importante funzione di costruire alleanze professionali con i medici e gli altri operatori del territorio, e anche la disponibilità di una buona base documentativa applicata al contesto regionale come risultato dell'attività svolta dal precedente gruppo di lavoro regionale. Possibili fattori ostacolanti sono rappresentati dalla non compliance dei medici di famiglia nei confronti dell'iniziativa e dalle note resistenze al cambiamento della pratica professionale. In tal senso si cercherà di intervenire sul contesto, in particolare sull'organizzazione dei servizi locali, i cui rappresentanti saranno chiamati a partecipare al corso, e saranno stimolati a condividere possibili soluzioni ai problemi logistici emersi durante le fasi interattive del corso stesso. Un altro elemento da considerare nell'equilibrio dell'azione dei vari fattori, e che può delinarsi come rischio o come opportunità, è rappresentato dal rapporto fra medici e infermieri, sulle cui dinamiche relazionali attuali non abbiamo elementi sufficienti per una valutazione a priori. Un importante anello di congiunzione a livello locale può essere svolto dagli specialisti diabetologi, per il loro ruolo di guida alla conoscenza specifica delle problematiche legate all'insorgenza delle complicanze d'organo nel soggetto diabetico derivante dall'esperienza maturata sul campo.

### **Piano di valutazione del progetto e relativi indicatori**

Il Piano di valutazione ha l'obiettivo di definire gli strumenti idonei a misurare gli avanzamenti del progetto maturati in ciascuno degli anni su tutti i gruppi bersaglio. Per quanto riguarda i diretti destinatari dell'intervento, e quindi gli operatori sanitari coinvolti nel percorso formativo, il piano di valutazione sarà rivolto a misurare in termini di processo i risultati delle

attività dei gruppi aziendali multidisciplinari. In questo caso le fonti saranno i dati provenienti dalle unità operative direttamente interessate e la documentazione relativa allo svolgimento dei corsi secondo la procedura ECM.

Non esistono dati sufficienti per descrivere la situazione di partenza, e per poter quindi formulare ipotesi, circa i progressi attesi a livello del secondo gruppo di beneficiari, rappresentato dalla popolazione assistita dai medici formati. Abbiamo a disposizione come unico riferimento i risultati di un Cluster-RCT, condotto nella Regione Lazio su un campione di circa 250 MMG, sottoposti a un intervento formativo per l'adozione delle raccomandazioni formulate da linee guida evidence-based sul monitoraggio intensivo del diabete tipo 2 non complicato (Perria, BMC Health Serv Res, 2004). In tale studio, i valori di baseline relativi alla frequenza delle procedure per il monitoraggio del compenso metabolico e la prevenzione delle complicanze, pur avendo risentito positivamente dell'intervento, non sono riusciti a raggiungere la significatività statistica nel gruppo di medici che avevano ricevuto l'intervento rispetto al gruppo di controllo.

Rimane comunque fattibile l'ipotesi di trarre elementi informativi riguardo l'eventuale modifica di conoscenze e attitudini nei medici che avranno partecipato al percorso di formazione mediante un'indagine ad hoc. Un'ulteriore base conoscitiva riguardo le pratiche assistenziali dirette ai soggetti diabetici nella regione potrà essere strutturata a partire dalle informazioni aggiuntive rilevate dal Sistema di Sorveglianza PASSI e anche dall'integrazione di quest'ultimo con i dati dei sistemi informativi correnti.

### **Beneficiari**

Operatori sanitari coinvolti nella cura del paziente diabetico (medici di medicina generale, infermieri, medici di distretto)

Pazienti diabetici assistiti dai medici di medicina generale formati

### **Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti**

Obiettivo di processo 1: Aumento delle conoscenze e dell'attitudine degli operatori sanitari nei confronti dell'effettuazione dei periodici controlli di prevenzione del danno d'organo nel paziente diabetico non complicato

Obiettivo di processo 2: Facilitazione della collaborazione tra medici di famiglia e medici dell'organizzazione sanitaria a livello locale nella cura delle patologie croniche.



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
<b>Numero di Aziende USL che hanno completato la preparazione del percorso formativo</b>	<b>Unità Operative aziendali coinvolte</b>	<b>0</b>	<b>6</b>		<b>9</b>	
<b>Numero di Aziende USL che hanno realizzato il percorso formativo</b>	<b>Unità Operative aziendali coinvolte</b>	<b>0</b>	<b>3</b>		<b>9</b>	
<b>Percentuale di MMG che hanno partecipato al corso di formazione aziendale nell'anno di riferimento sul numero di medici attivi</b>	<b>Unità Operative aziendali coinvolte</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>		<b>≥30%</b>	