

1. Provincia Autonoma di Trento
2. Titolo del progetto “Migliorare la gestione ambulatoriale e territoriale dei pazienti diabetici in Valsugana”
3. Numero identificativo della linea di intervento “3.3 Diabete”
4. Numero identificativo del progetto “3.3.1 Migliorare la gestione ambulatoriale e territoriale dei pazienti diabetici in Valsugana”
5. Breve descrizione dell'intervento programmato <u>Razionale</u> Il diabete mellito è la più diffusa malattia metabolica cronica e rappresenta, con sue complicanze, un rilevante problema di salute pubblica. La mortalità nei pazienti diabetici è due volte quella di pazienti non diabetici; nel diabetico l'incidenza delle malattie cardiovascolari è tre volte maggiore; il diabete è la principale causa di cecità, di malattia renale che porta a dialisi e di amputazione degli arti inferiori. La prevalenza del diabete noto in Italia è del 4.8%; essa sale al 12% per le età > di 65 anni (ISTAT), nel 90% dei casi si tratta di diabete mellito di tipo 2 (AMD). Il diabete è una malattia che deve essere gestita con capacità professionali multidisciplinari e con un'organizzazione di tipo interdisciplinare. I professionisti coinvolti nel processo di cura sono il medico di medicina generale, il medico specialista nella malattia (Centri Anti Diabetici, CAD), altri specialisti, gli infermieri. Esiste ampia letteratura scientifica in merito; sono state sviluppate linee guida e proposti profili teorici di gestione integrata del diabete tra professionisti specialisti della malattia e professionisti dell'assistenza primaria (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, PDTA). Tuttavia da anni è evidente e persistente un significativo scollamento nell'organizzazione dell'assistenza di questa patologia tra le linee teoriche gestionali e la loro realizzazione pratica. Essendo il diabete una patologia ad alta prevalenza è l'aspetto organizzativo gestionale complessivo, l'applicazione di un PDTA condiviso tra le diverse realtà operative, che è in grado di determinare un miglioramento continuo e sostenibile della qualità della assistenza. Da circa vent'anni sono i Centri Anti Diabetici (CAD) il riferimento dell'assistenza ai pazienti diabetici. Questi servizi avrebbero dovuto, e dovrebbero, essere operativi in collaborazione con i medici di medicina generale. Tuttavia questa azione è stata poco sviluppata ed è rimasta in parte teorica. E' evidente, ad oggi, la necessità di un suo recupero in forma estensiva e compiuta. L'analisi delle attività svolte nei vari CAD sul territorio nazionale rileva un'ampia variabilità circa la tipologia di gestione assistenziale del paziente diabetico. In diversi contesti clinici si rileva che l'attuazione sistematica degli standard di cura del diabete erogata nei CAD (AMD 2010) è risultata essere inadeguata. I dati pubblicati sugli <i>Annali AMD</i> 2008 dimostrano, ad esempio, che una valutazione del profilo lipidico è eseguita solo in circa il 71% dei soggetti, che la pressione arteriosa è valutata solo nel 75%, che la nefropatia è monitorata solo in circa il 50% e che il piede viene valutato solo nel 30% dei soggetti a rischio. Ancora nel diabete di tipo 2 l'obiettivo per la HbA1c è raggiunto nel 48,2%, quello per il colesterolo LDL nel 39,7%, quello per la pressione arteriosa nel 38,7%. È verosimile che la causa principale dei livelli di cura inadeguati rilevati sia da ricercarsi nel sistema di erogazione dei servizi, troppo spesso frammentario, che difetta nelle capacità di informazione clinica, spesso duplica i servizi e non ha banche dati comuni. In considerazione di questa persistente disomogeneità di intervento nei diversi CAD e della necessità di un maggior coinvolgimento dei medici di medicina generale, a fronte di molteplici progetti teorici di integrazione nel trattamento del diabete, si propone un progetto pilota di miglioramento gestionale della malattia diabetica “sul campo” in una macroarea montana del Trentino di 85.000 abitanti, la Valsugana, con la presenza sul territorio di tre diversi CAD, di n. 67 medici di medicina generale e di una struttura ospedaliera. <u>Scopi generali:</u> rendere omogenea la gestione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali della malattia diabetica alla luce delle linee guida nei tre CAD, avvalendosi anche dell'informatizzazione dei dati clinici e coinvolgendo i medici di medicina generale come parte attiva nella valutazione dei loro pazienti diabetici. Passi questi propedeutici ed indispensabili per una reale possibilità di gestione integrata del diabetico tra CAD e territorio.

Fase 1: omogeneizzare l'attività dei CAD, informatizzare la cartella clinica diabetologica e mettere in rete i dati tra i CAD (2011); Fase 2: coinvolgere e motivare i medici di medicina generale nella gestione della malattia diabetica (2012). <u>Attività prima fase (2011):</u> a. rendere omogenea l'applicazione del PDTA per il diabete, concordato nei tre diversi CAD che operano sul territorio: inquadramento diagnostico, identificazione dei danni d'organo, delle complicanze e delle comorbidità (schedulazione set controllo ed interventi), intervento educativo sul paziente (partecipazione attiva del paziente); cura; b. informatizzare la cartella clinica diabetologica e mettere in rete dei dati tra i CAD. <u>Attività seconda fase (2012):</u> a. coinvolgere professionalmente e motivare i medici di medicina generale nella gestione della malattia diabetica con incontri di approfondimento scientifico-organizzativo; b. invitare i medici di medicina generale a partecipare ad un progetto di identificazione del profilo assistenziale di tutti i propri pazienti affetti da diabete mellito. Ciò allo scopo di rilevare l'anagrafe epidemiologica reale; l'esecuzione degli accertamenti atti ad identificare i danni a carico degli organi bersaglio; la percentuale di pazienti seguiti solo dai medici di medicina generale e quindi non afferenti al CAD; la percentuale di pazienti con diabete mellito di tipo 2 dell'adulto con un "profilo diabetico stabile", pazienti che potrebbe essere gestiti dai medici di medicina generale secondo un PDTA concordato, avvalendosi del CAD per consulenza (eventuale visita annuale). E' definito "profilo diabetico stabile" la presenza di un adeguato controllo glicemico, una adeguata compliance e la presenza di comorbidità lieve. <u>Attori:</u> prima fase: medici ed infermieri dei CAD, pazienti; seconda fase: medici, ed infermieri dei CAD, medici di medicina generale, pazienti. <u>Criticità:</u> la necessità di formazione continua specifica per i medici di medicina generale; modalità di coinvolgimento dei medici di medicina generale nel programma di identificazione dei profili assistenziale dei pazienti diabetici; prevedere la possibilità che i medici di medicina generale possano effettuare l'esenzione ticket per la patologia diabetica (motivazione e responsabilizzazione, riduzione degli accessi al CAD per sola esenzione).						
6. Beneficiari: pazienti diabetici, medici dei CAD, MMG, infermieri						
7. Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti: ridurre l'insorgenza di complicanze nei pazienti diabetici attraverso il miglioramento della gestione della malattia nei CAD e sul territorio (medici di medicina generale). Obiettivi specifici: - applicazione omogenea del PDTA nei tre CAD ed informatizzazione condivisa dei dati clinici: valutazione con indicatori di processo (% casi valutazione assetto lipidico), indicatori di esito intermedio (Hb glicata < 8%) e di organizzazione (informatizzazione cartella clinica); - coinvolgimento dei medici di medicina generale nel progetto di identificazione del profilo assistenziale dei propri pazienti affetti da diabete mellito: valutazione con la % di adesione dei medici di medicina generale al progetto (% MMG) e la % di pazienti diabetici con "profilo diabetico stabile".						

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			atteso	osservato	atteso	osservato
% casi assetto lipidico	APSS, CAD	-	> 70%		>90%	
% casi Hb< 8		-	> 40%		>60%	
CAD informatizzati	APSS, CAD	-	100%		-	
% adesione MMG	Azienda	-	>50%		-	
% casi profilo diab. stabile		-	-		> 20%	