

Allegato alla deliberazione della Giunta regionale n. 4653 del 30/12/2005



**Regione Autonoma Valle d'Aosta**  
**Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali**

# **Piano regionale delle attività di Prevenzione 2006-2008**

(di cui all'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, art. 4 comma 1, lett.e)

## INDICE

|  | Pag. |
|--|------|
| Premessa   |      |
| Le priorità 2006-2008  |      |
| Il monitoraggio e la valutazione degli interventi  |      |
| La commissione di coordinamento del Piano  |      |
| <b>PROGRAMMA PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOCEREBROVASCOLARI</b>                          |      |
| <i>PROGETTO PRATO: LA PREVENZIONE PRIMARIA DEGLI ACCIDENTI CARDIOCEREBROVASCOLARI</i>              |      |
| <i>PROGETTO DI DIFFUSIONE DELL'USO DELLE CARTE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE</i>                     |      |
| <b>PROGRAMMA SCREENING ONCOLOGICI</b>  |      |
| <i>PROGETTO DI ATTIVAZIONE DELLO SCREENING REGIONALE DEL CARCINOMA COLORETTALE</i>                 |      |
| <i>PROGETTO PER L'IMPLEMENTAZIONE DEGLI SCREENING DEI TUMORI FEMMINILI: PAP-TEST E MAMMOGRAFIA</i> |      |
| <b>PROGRAMMA PER LA PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE DEL DIABETE</b>                                  |      |
| <b>PROGRAMMA DI AGGIORNAMENTO DEL PIANO REGIONALE VACCINI</b>                                      |      |
| <i>PROGETTO DI UN SISTEMA DI SEGNALAZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE SU WEB (SIMIWEB)</i>            |      |
| <b>PROGRAMMA PER LA SORVEGLIANZA E LA PREVENZIONE DELL'OBESITÀ INFANTILE</b>                       |      |
| <b>PROGRAMMA PER LA SORVEGLIANZA E LA PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI NEI LUOGHI DI LAVORO</b>         |      |
| <b>PROGRAMMA PER LA SORVEGLIANZA E LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI</b>                    |      |

## PREMESSA

La tematica della salute è sempre stata al centro delle riflessioni dell'uomo, interessando direttamente la vita dell'individuo. Ricercando nelle epoche precedenti le varie definizioni di salute, è impossibile trovare questo concetto separato dal suo alter ego: la malattia. Salute e malattia si sono sviluppati e modificati nel corso del tempo, da un lato seguendo i progressi della medicina, dall'altro variando in funzione dei caratteri sociali, economici e culturali di ciascuna comunità.

Mentre il concetto di malattia si determinava come uno specifico stato di malessere individuale, quello di salute, invece, si configurava più sfuggente, in quanto stato di generale benessere individuale, quasi sempre considerato solo negativamente, quale assenza di malattia.

L'O.M.S. nel 1946 ha evidenziato in pieno la rottura con le vecchie concezioni in cui la salute era concepita come semplice mancanza di malattia, definendola invece come "uno stato di completo benessere psichico, fisico e sociale".

La salute, dunque, è il risultato dell'interazione uomo-ambiente, in cui l'ambiente costituisce l'ambito principale che influenza la qualità della vita. La vita "normale" di un individuo non può essere infatti considerata uno stato, cioè una posizione statica, né un equilibrio dinamico, quanto piuttosto un susseguirsi di cambiamenti incessanti derivanti da condizioni di perenne squilibrio e di continuo adattamento alle mutazioni dell'ambiente fisico e socio-culturale, comprendendo in questo anche l'insieme delle relazioni contestuali in cui il soggetto vive.

La stessa salute mentale non è uno stato di assenza di conflittualità e tensioni, bensì la capacità di gestire i conflitti esterni ed interni.

La salute, collocata in questa prospettiva, si dispiega all'interno di un sistema in cui diverse variabili che si trovano in equilibrio manifestano effetti sulle componenti biologiche, psicologiche e sociali dell'individuo. Le variabili implicate nel definire la salute dell'uomo sono di natura biologica, ecologica, antropologica, sociale, religiosa.

Si devono tuttavia annoverare, tra le altre, anche variabili di ordine diverso, come ad esempio, le abitudini, lo stile di vita, ecc.. ritenute importanti nell'influenzare in modo determinante le cause principali di morbilità e di morte nei paesi industrializzati.

## LA PREVENZIONE

Negli ultimi anni l'interesse verso il tema della prevenzione si è sviluppato a tal punto da rendere quest'argomento "alla portata di tutti". Gli esempi da fare sono molti: basta parlare di

un evento dannoso disturbante per la comunità e sorge spontaneo l'auspicio che si arrivi, al più presto, ad una prevenzione (prevenire il diffondersi della criminalità organizzata, degli incidenti stradali, dell'AIDS, e così via). Tuttavia non si può sempre parlare di prevenzione in termini così semplicistici, anche perché questo concetto è tutt'altro che semplice da definire.

Prevenire significa agire prima, impedire che la patologia si sviluppi; la prevenzione non riguarda solo un'azione incentrata solo su agenti patogeni specifici, ma si allarga fino a coinvolgere gli aspetti comportamentali del singolo individuo (connessi all'azione educativa), ed inoltre aspetti più ampi di tipo sociale, economico e culturale (promozione).

Essa si fonda sul principio dell'evitabilità di ogni malattia e dell'evoluzione dei fattori di rischio, si rivolge a tutti coloro che possono ammalarsi, ponendosi tra l'individuo e il suo ambiente, prima dell'instaurarsi dell'evento patologico, in quanto considerato, uno strumento capace di risolvere il problema a monte, quindi prima che i diversi fenomeni prendano il sopravvento sull'individuo.

Ma non vi può essere prevenzione se non si programmano interventi specifici che mirano ad una azione educativa che modifichi consapevolmente e durevolmente atteggiamenti e comportamenti della popolazione, dove l'individuo giochi un ruolo attivo di attore sociale nel proprio essere all'interno di quel sistema. Quindi l'obiettivo primario che si pone un'attività preventiva sta nell'agire sullo spazio vitale del soggetto, il che non implica solo l'ambiente familiare, ma comprende tutti quei sistemi con i quali la persona entra in contatto quali, ad esempio, la scuola, il lavoro, gli amici, ecc...il contesto di riferimento.

### **LE PRIORITÀ 2006-2008**

In considerazione dello sviluppo che la Prevenzione ha avuto negli ultimi anni, l'attenzione per il triennio 2006-2008 sarà focalizzata prioritariamente su attività preventive quali vaccinazioni, la profilassi delle malattie infettive, gli screening oncologici (citologico, mammografico, coloretale), il controllo dei fattori di rischio ambientali, la modifica degli stili di vita nocivi. Su alcuni di essi sono in corso iniziative regionali di respiro pluriennale da proseguire ed implementare, per altri invece si intende dare avvio nel triennio a nuovi programmi in relazione al documento "Prevenzione attiva" ed al "Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007" del Ministero della Salute.

Nello specifico i seguenti temi saranno affrontati in modo coordinato tra i singoli programmi e progetti:

- la prevenzione della patologia cardiocerebrovascolare;
- il controllo delle complicanze del diabete;

- gli screening oncologici;
- prosecuzione dell'attività vaccinale nel rispetto dei piani vaccinali e delle indicazioni nazionali;
- la prevenzione dell'obesità con particolare riguardo all'obesità infantile;
- la prevenzione degli infortuni, ivi compresi quelli domestici.

I programmi ed i progetti saranno elaborati seguendo le evidenze di efficacia ed i modelli di buona pratica disponibili, secondo le indicazioni della Evidence Based Health Promotion; verranno individuati ed applicati appropriati strumenti di indirizzo, monitoraggio, valutazione e documentazione dell'efficacia pratica della loro realizzazione.

È favorita dalla Regione Valle d'Aosta la progettazione di interventi di Prevenzione a livello locale e con particolare riferimento ai temi relativi ai comportamenti ed agli stili di vita, in modo che siano attivati nei contesti dove i cittadini valdostani possono essere più facilmente raggiunti: dove vivono e svolgono le attività quotidiane, nelle scuole, nei luoghi di lavoro, nei luoghi ove trascorrono il proprio tempo libero o nelle strutture di servizio sanitario ed in genere di aggregazione sociale. Le azioni di Prevenzione saranno diffuse attraverso strumenti/metodi diversi e idonei a raggiungere:

- popolazione in generale;
- target specifici di popolazione identificata per fasce di età e/o bisogni;
- comunità e contesti specifici;
- servizio sanitario;
- scuola;
- luoghi di lavoro;
- volontariato e associazionismo.

#### **IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI**

La valutazione degli interventi di Prevenzione è un'azione complessa ed articolata, condizionata dai fenomeni comportamentali, sociali e politici, che s'intendono misurare e dal tempo necessario per la loro comparsa, modificazione e consolidamento.

Sia a livello nazionale che regionale è in corso un processo volto a sostenere e ad approfondire il tema dell'appropriatezza e dell'efficacia in sanità pubblica. Il concetto di una prevenzione basata su azioni efficaci è evoluto e caratterizza oggi linee guida organizzative nazionali e regionali, direttive, leggi ed offerte formative, ma lo scenario nazionale è ancora molto disomogeneo e trova origini nel più ampio problema delle disparità socio-economiche

regionali che produce, sia rispetto alle differenti offerte assistenziali e di tutela dei soggetti deboli, sia nei confronti di un differente rispetto delle regole di garanzia e di copertura dei livelli minimi di assistenza.

Poiché fortemente segnata dalla posizione sociale, l'attività preventiva, oltre che di dimostrata efficacia, deve essere interpretata in termini d'equità, piattaforma etica del sistema sanitario pubblico, oltre che valido strumento di programmazione. L'equità può essere rappresentata come uguale accesso alle cure a parità di bisogno, uguale utilizzazione dei servizi a parità di bisogno ed uguale qualità del servizio per tutti. La Relazione sanitaria e sociale 2001 ha documentato come anche in Valle d'Aosta le disuguaglianze sociali, individuali e collettive, influiscono sia sullo stato di salute sia sull'accesso ai servizi.

La valutazione dei risultati è quindi fortemente condizionata dai seguenti aspetti:

- valutazione iniziale del contesto sociale in cui si intende intervenire;
- disponibilità al cambiamento dei vari soggetti presenti ed attivi nel contesto;
- priorità percepite dai soggetti e indicate dai dati sanitari e sociali;
- disponibilità di soluzioni basate su prove di efficacia o perlomeno su esempi convincenti di buona pratica;
- qualità della progettazione;
- predisposizione delle competenze professionali e delle infrastrutture organizzative capaci di sostenere la realizzazione degli interventi e dall'esistenza di un piano di valutazione, dotato di strumenti, metodi e competenze, capace di scandagliare e misurare i diversi risultati che compaiono con lo scorrere del tempo (risultati a breve, medio e lungo termine).

L'attività di prevenzione deve inoltre rapportarsi ad un ulteriore elemento che è quello della sostenibilità economica e finanziaria. Il costo medio nazionale per la prevenzione è pari al 4,32 % della spesa complessivamente sostenuta per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, e corrisponde ad una spesa pro-capite di 115.176 euro (2001). In Valle d'Aosta la spesa sostenuta per questo livello di assistenza è pari al 6,03 %, e corrisponde ad un investimento pro-capite di 187.633 euro (2001). Anche se un maggiore investimento economico è un elemento necessario, esso non è peraltro sufficiente a garantire più salute alla popolazione verso la quale è orientato. La conoscenza di quanta "salute aggiuntiva" o di quante "malattie o morti evitate" la Valle d'Aosta può attribuire alle risorse investite è necessaria per scelte trasparenti e responsabili in un contesto a risorse finanziarie limitate, che impone di operare secondo una logica programmatica fondata sui concetti di priorità,

efficacia, efficienza produttiva ed allocativa e in cui ogni conflitto di interesse tra parti deve essere risolto in funzione del beneficio alla persona.

Gli elementi di valutazione contenuti nei diversi progetti del piano regionale sono espressi in termini di indicatori e standard di risultato relativi agli aspetti di output e di impatto, intendendo con il termine output l'esito finale dell'azione in termini di prodotti misurabili e con impatto le modificazioni di atteggiamenti e comportamenti da parte degli individui e delle organizzazioni, e quindi di diminuzione di fattori di rischio e aumento di fattori protettivi.

Questi elementi – in presenza di consistenti evidenze del legame causale – possono essere considerati ragionevoli indicatori dei risultati di salute (cioè sanitari e sociali).

Gli outcome di salute propriamente detti (riduzione di morbosità e/o mortalità generale e specifica, miglioramento della qualità della vita, ecc.), anche quando indicati come obiettivi strategici, non sono in questa sede presi in esame come concreti indicatori di valutazione in quanto le loro variazioni non sarebbero apprezzabili nel breve periodo, e quindi nell'intervallo triennale considerato dal piano.

#### **LA COMMISSIONE DI COORDINAMENTO DEL PIANO**

L'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali, come soggetto istituzionale di garanzia delle iniziative rivolte alla popolazione regionale con promessa di miglioramento dello stato di salute e di riduzione delle cause di morte e degli stadi gravi di malattia, istituisce la Commissione per il coordinamento, la revisione e la valutazione delle attività di prevenzione, di seguito denominata semplicemente Commissione.

Obiettivi della Commissione rispetto al presente piano ed a tutte le iniziative di prevenzione messe in atto sul territorio regionale, sono quelli riferiti a:

- la conoscenza;
- il coordinamento ;
- la valutazione rispetto ai processi e agli esiti della prevenzione.

La Commissione è composta da:

- l'Assessore alla Sanità, Salute e Politiche sociali, nel ruolo di Presidente;
- il Direttore della Direzione Salute dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali;
- il Dirigente del Servizio Dipendenze Patologiche, Salute mentale e Promozione della salute dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali;
- il Direttore Sanitario dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta;
- il Direttore dell'Area territoriale dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta;

- il Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell’Azienda U.S.L. della Valle d’Aosta;
- un rappresentante del Collegio di Direzione dell’Azienda U.S.L. della Valle d’Aosta;
- da un dipendente di categoria C (posizione C2) dell’Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali, nel ruolo di segretario.

In base alle competenze e al valore della proposta, la Commissione può altresì avvalersi del contributo professionale di tecnici o di uno o più esperti della materia, designati dalla Giunta regionale.

**DIRETTORE SCIENTIFICO DEL PROGRAMMA**

Nome e Cognome Giulio DOVERI  
Qualifica Responsabile U.B. Diabetologia ed Endocrinologia  
Sede Ospedale regionale dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta  
V.le Ginevra, 3 11100 AOSTA  
tel. 0165/543822 e-mail [doveri.giulio@uslaosta.com](mailto:doveri.giulio@uslaosta.com) fax: 0165/543626

**REFERENTI AZIENDA U.S.L. DELLA VALLE D'AOSTA DEL PROGRAMMA**

Nome e Cognome Clemente PONZETTI  
Qualifica Direttore Sanitario Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta  
Sede Via Guido Rey, 1 11100 AOSTA  
tel. 0165/544511 e-mail [ponzetti.clemente@uslaosta.com](mailto:ponzetti.clemente@uslaosta.com) fax: 0165/544493

Nome e Cognome Carlo POTI  
Qualifica Direttore Area Territoriale Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta  
Sede Via Guido Rey, 1 11100 AOSTA  
0165/544457 e-mail [poti.carlo@uslaosta.com](mailto:poti.carlo@uslaosta.com) fax: 0165/31303

**INTRODUZIONE**

**Dimensione del problema diabete livello regionale**

Il diabete mellito è una patologia cronica, invalidante, a larghissima diffusione in tutto il mondo. La prevalenza è destinata ad aumentare con il progressivo invecchiamento della popolazione e con abitudini e stili di vita sempre più caratterizzati da sedentarietà ed eccesso alimentare. In Italia si stima che la prevalenza del diabete nella popolazione sia del 3% di cui il 90% rappresentato dal tipo 2 ed il 10% dal tipo 1. Una quota considerevole della popolazione affetta da diabete mellito, stimata in un altro 3% di italiani, non è conteggiata nella prevalenza della malattia perché è costituita da persone asintomatiche che non sanno di esserne affette, perché non vogliono fare conoscere il proprio stato patologico per problemi sociali-lavorativi (v. patente di guida) oppure perché non richiedono l'esenzione ticket specifica in quanto già esenti per altre condizioni cliniche, sociali o anagrafiche.

In Valle d'Aosta gli esenti ticket per diabete sono 3500, quindi la prevalenza dei pazienti noti è del 3%, in linea con quella nazionale. Da quando è stata attivata la struttura di Diabetologia ed Endocrinologia (1998) con la seguente organizzazione specialistica dei servizi offerti alla popolazione affetta da diabete, il numero dei pazienti esenti ticket è passato da 2300 ai 3500 attuali, con un incremento della prevalenza del 51%. Questo incremento corrisponde ad un'incidenza per anno del 7% in riferimento alla popolazione diabetica e dello 0.14% della

popolazione valdostana. Il dato coincide con quanto rilevato nel Casale Monferrato Study dove si rilevava un incremento della popolazione con diabete tra il 1999 ed il 2003 del 33%, corrispondente a circa l'8% annuo. L'incidenza così rilevata è superiore a quella rilevata nella provincia di Torino dove risultano 51 casi di nuova diagnosi (di cui 7 di tipo1) su 100 mila abitanti. Per quanto riguarda la Valle d'Aosta la maggiore incidenza (0.14%) rispetto alla provincia di Torino (0.10%) è da attribuire al fatto che l'organizzazione dei servizi diabetologici attraverso specifica Struttura è più recente rispetto alla realtà torinese e che, probabilmente nella realtà montana, esiste un maggiore rapporto tra i cittadini ed i propri MMG con conseguente emersione di più casi tra la parte di pazienti con diabete asintomatico. Il problema del diabete non riguarda solo l'incremento della prevalenza nella popolazione, ma è determinato anche dalla presenza delle complicanze specifiche e dalla complessità della terapia che aumentano con la durata del diabete. Per quanto riguarda la complessità della terapia, a titolo esemplificativo, si può rilevare che al 31/12/1999 i pazienti in trattamento con insulina erano 379 mentre attualmente sono quasi mille. Per quanto riguarda la presenza di complicanze anche i dati regionali rilevati con lo studio QUADRI ne evidenziano l'incremento in base all'età dei soggetti affetti ed in base alla durata del diabete. I dati valdostani dimostrano nei soggetti di età compresa tra 55 e 64 anni affetti da diabete da più di 15 anni, che la prevalenza delle complicanze raggiunge il 47 %.

Lo studio QUADRI ha rilevato che l'assistenza diabetologica in Valle d'Aosta si colloca complessivamente nella media nazionale ed in qualche specifica attività anche ad un livello superiore. Tuttavia ha evidenziato l'assenza dell'applicazione delle linee guida per tutti i pazienti, come sarebbe auspicabile. In particolare sono riportati alcuni indicatori che forniscono spunti per una riflessione ed una linea di azione (i dati si riferiscono al 2004):

- Visite mediche: i soggetti visitati almeno una volta in maniera approfondita negli ultimi sei mesi dal MMG o dalla Struttura sono il 48% (dati nazionali 49%), tra sei ed undici mesi il 21% e oltre dodici mesi il 31% ; dato atteso secondo linea guida: 100% negli ultimi sei mesi
- Pazienti sottoposti ad un accurato controllo dei piedi negli ultimi 12 mesi dal MMG o dalla Struttura: 52 % % (dati nazionali 37%); dato atteso secondo linea guida: 100% negli ultimi dodici mesi
- Pazienti sottoposti a visita diabetologica specialistica negli ultimi 12 mesi: 76% % (dati nazionali 72%); dato atteso secondo linea guida: 100% negli ultimi dodici mesi (almeno una visita o più secondo il tipo di diabete)

- Pazienti sottoposti ad un controllo del fondo oculare: negli ultimi dodici mesi 66% % (dati nazionali 59%), oltre dodici mesi 22% % (dati nazionali 29%) e mai eseguito 12% (dati nazionali 12%); dato atteso secondo linea guida: 100% negli ultimi dodici mesi
- Pazienti che hanno effettuato una determinazione urinaria della microalbumina: negli ultimi dodici mesi 73% % (dati nazionali 68%), oltre dodici mesi 13% % (dati nazionali 11%) e mai eseguito 14% (dati nazionali 21%); dato atteso secondo linea guida: 100% negli ultimi dodici mesi
- Pazienti che hanno effettuato una determinazione della colesterolemia: negli ultimi dodici mesi 87% % (dati nazionali 83%), oltre dodici mesi 10% % (dati nazionali 11%) e mai eseguito 3% (dati nazionali 6%); dato atteso secondo linea guida: 100% negli ultimi dodici mesi
- Pazienti che hanno avuto un controllo della PA: negli ultimi quattro mesi 63% (dati nazionali 75%), tra quattro e dodici mesi 27 % % (dati nazionali 16%), oltre dodici mesi 10% % (dati nazionali 9%); dato atteso secondo linea guida: 100% negli ultimi quattro mesi
- Pazienti che hanno avuto un controllo della emoglobina glicata: negli ultimi quattro mesi 47% (dati nazionali 66%), tra quattro e dodici mesi 42 % , oltre dodici mesi 11%; dato atteso secondo linea guida: 100% negli ultimi quattro mesi
- Pazienti che hanno avuto un controllo della glicemia a digiuno: negli ultimi quattro mesi 39% (dati nazionali 54%), tra quattro e dodici mesi 36 % , oltre dodici mesi 25%
- Pazienti in trattamento con insulina che controllano la glicemia almeno una volta al giorno: 64% (dati nazionali 62%)
- Pazienti che hanno effettuato la vaccinazione antiinfluenzale negli ultimi dodici mesi: 38% (dati nazionali 42%); dato atteso secondo linea guida: 100% negli ultimi dodici mesi
- Pazienti che assumono l'ASA in prevenzione primaria: 6% (dati nazionali 23%).

La A.U.S.L. della Valle d'Aosta per migliorare l'organizzazione dell'assistenza diabetologica e per ottimizzare l'uso delle risorse ha elaborato un profilo di cura: "l'assistenza al paziente con diabete mellito: gestione integrata tra struttura specialistica e MMG" approvato con delibera n° 1567 del 15/06/2005, in cui si è determinata l'organizzazione dei servizi offerti in base al principio, che ogni paziente deve essere seguito contemporaneamente dal proprio MMG e dalla Struttura dosando le prestazioni in base ai bisogni differenziati per ogni caso che possono variare per ogni situazione particolare. Il documento è stato prodotto, seguendo le linee guida delle società scientifiche AMD SID SIMG, con la collaborazione tra il Direttore

della Struttura Diabetologia Endocrinologia e MMG del 4° distretto ed approvato in seduta plenaria con la maggioranza dei MMG della Valle d'Aosta. Nell'elaborato sono state determinate le linee organizzative di integrazione e le linee guida clinico – scientifiche, tenendo conto anche dei parametri individuati dallo studio QUADRI.

### **Finalità generali ed obiettivi specifici**

Il progetto ha come obiettivo l'implementazione e l'aggiornamento della parte scientifica del profilo di cura: "l'assistenza al paziente con diabete mellito: gestione integrata tra struttura specialistica e MMG". Il profilo di gestione integrata necessita di un aggiornamento costante della parte scientifica e di una spinta continua alla sua applicazione sul territorio. Mantenendo lo stesso impianto organizzativo di responsabilità ed integrazione dei sanitari coinvolti nel progetto, ci si pone l'obiettivo di aggiornare il profilo di cura nei suoi aspetti clinici, di diffonderlo sempre più capillarmente, con il coinvolgimento di tutti i MMG valdostani.

### **PIANO OPERATIVO**

#### Destinatari dell'intervento

Dirigenti Medici della Struttura Diabetologia Endocrinologia, Medici di medicina generale della Valle d'Aosta

#### Ambito territoriale di effettuazione del progetto

Regionale: il progetto è svolto ogni nove mesi in un singolo distretto sino alla copertura dei quattro distretti in cui è suddiviso l'ambito territoriale.

#### Metodologia di intervento

Il progetto si articola in tre incontri teorico pratici con i medici dei relativi 4 distretti al termine dei quali è riaggiornato il profilo di cura per la gestione integrata del diabete . Ogni nove mesi si il progetto sarà svolto con i medici afferenti ad un singolo distretto. Gli incontri saranno costituito da una parte pratica e da una parte teorica interattiva. Il progetto formativo

farà parte del programma di aggiornamento dei MMG. Sarà richiesto l'accreditamento sia per la parte teorica che per la parte pratica. Sarà possibile partecipare solo a quella teorica, con crediti ridotti, in modo da permettere la partecipazione alla discussione dei profili anche ai MMG che per motivi logistici organizzativi non possono lasciare la sede in due mattine feriali.

La parte pratica si svolgerà nei nove mesi precedenti l'incontro teorico. I MMG, a gruppi di 4 divisi in 2 sottogruppi di 2 che si alterneranno nelle varie sedi della UO, svolgeranno attività clinica presso la struttura specialistica di Diabetologia Endocrinologia in due mattine, nelle quali parteciperanno al giro visita dei degenti con discussione dei casi clinici, alla esecuzione dei test endocrini ed alla agoaspirazione di un nodulo tiroideo, alla esecuzione dei test cardiovascolari per la diagnosi della neuropatia autonoma, all'interpretazione dei dati del monitoraggio continuo della glicemia, alla variazione della terapia in un paziente con microinfusore ed alla valutazione di piedi diabetici. La parte pratica avrà durata complessiva di dieci ore. Per quanto riguarda la parte teorica dovrà durare almeno sei ore di cui quattro di aggiornamento e due di discussione interattiva con approvazione finale del protocollo da parte dei partecipanti (specialisti e MMG). I Dirigenti medici della Struttura Diabetologia Endocrinologia prepareranno un corso di aggiornamento con novità in ambito diabetologico metabolico proponendo eventuali modifiche al profilo di cura. La discussione e la relativa approvazione finale riguarderà gli argomenti trattati nel singolo incontro

La parte teorica dovrà contenere alcuni dei seguenti argomenti: nuovi orientamenti nella diagnosi del diabete e nella terapia ipoglicemizzante, le alterazioni del metabolismo lipidico primarie e secondarie al diabete, diagnosi e monitoraggio delle complicazioni del diabete, malattie endocrine associate al diabete, diagnosi e trattamento del diabete in particolari fasi della vita, quindi in corso di gravidanza, adolescenza, malattie infiammatorie acute, farmaci diabetogeni ed altre malattie endocrine, analisi dello studio QUADRI con particolare riferimento agli argomenti citati nell'introduzione. Nel corso dei quattro incontri dovranno comunque essere trattati tutti gli argomenti citati, almeno una volta.

Dopo le relazioni i MMG saranno coinvolti attivamente nella valutazione del profilo di cura, che al termine della riunione, se sarà necessario, sarà aggiornato nei suoi aspetti scientifici. In caso di pareri avversi tra i partecipanti sarà compito del Direttore scientifico del progetto cercare una mediazione che, nel caso non sia possibile, sarà il Direttore stesso a stabilire l'eventuale modifica finale al profilo di cura

Il profilo elaborato sarà consegnato alla Direzione della USL che dopo approvazione lo trasmetterà a tutti i MMG della Valle d'Aosta. In tale modo il profilo di cura sarà aggiornato

ogni nove mesi con il contributo dei MMG di uno dei quattro distretti, e disponibile per tutti i medici della regione. In caso di mancata approvazione da parte della Direzione USL rimarrà valida la revisione del profilo di cura in atto al momento della valutazione (a partire da quello in uso attualmente, approvato con delibera n° 1567 del 15/06/2005).

## **MONITORAGGIO DEL PROGETTO**

### Indicatori di processo e responsabilità del rilievo dei dati

- Percentuale di MMG partecipanti agli incontri formativi per ogni distretto (dato a cura della UB formazione)
- Numero di incontri formativi effettivamente realizzati nel triennio (dato a cura della UB Formazione)
- Numero di accertamenti diagnostici per diabete gestazionale (dato a cura del Sistema Informatico, rilevabile su Med Trak, come numero di OGCT richiesti)
- Il numero e la tipologia di argomenti trattati nel corso di aggiornamento, valutabile con i programmi (dato a cura della UB Formazione)

### Indicatori di esito e responsabilità del rilievo dei dati

- Numero di profili di cura aggiornati alla fine del triennio (dato a cura della Direzione Generale USL e del Direttore scientifico del progetto)
- Numero di pazienti diabetici che si sono sottoposti a vaccinazione anti influenzale ogni anno (dato a cura della struttura Attività Vaccinali)
- Numero di pazienti inviati all'ambulatorio del piede diabetico da parte dei MMG (dato a cura della Struttura Diabetologia Endocrinologia)
- Emoglobina Glicata: numero di persone con esenzione ticket per diabete che ha effettuato l'esame in un determinato periodo di 12 mesi e relativo risultato medio (dato a cura del Sistema informatico rilevato su med trak)
- Colesterolemia totale: numero di persone con esenzione ticket per diabete che ha effettuato l'esame in un determinato periodo di 12 mesi e relativo risultato medio (dato a cura del Sistema informatico rilevato su med trak)

- Colesterolemia HDL: numero di persone con esenzione ticket per diabete che ha effettuato l'esame in un determinato periodo di 12 mesi e relativo risultato medio (dato a cura del Sistema informatico rilevato su med trak)
- Colestolemia LDL: numero di persone con esenzione ticket per diabete che ha effettuato l'esame in un determinato periodo di 12 mesi e relativo risultato medio (dato a cura del Sistema informatico rilevato su med trak)
- Trigliceridi: numero di persone con esenzione ticket per diabete che ha effettuato l'esame in un determinato periodo di 12 mesi e relativo risultato medio (dato a cura del Sistema informatico rilevato su med trak)
- Microalbuminuria: numero di persone con esenzione ticket per diabete che ha effettuato l'esame in un determinato periodo di 12 mesi e relativo risultato medio (dato a cura del Sistema informatico rilevato su med trak)
- esame urine completo: numero di persone con esenzione ticket per diabete che ha effettuato l'esame in un determinato periodo di 12 mesi e relativo risultato medio (dato a cura del Sistema informatico rilevato su med trak)
- Creatinina: numero di persone con esenzione ticket per diabete che ha effettuato l'esame in un determinato periodo di 12 mesi e relativo risultato medio (dato a cura del Sistema informatico rilevato su med trak)

#### **MODALITÀ DI COORDINAMENTO DEL PROGETTO**

- Contenuto scientifico e clinico organizzativo dei progetti di aggiornamento, dei profili di cura e relativo inoltro alla Direzione Generale: Direttore scientifico del progetto
- Approvazione di ogni singolo progetto con relativa diffusione a tutti i medici: Direttore Sanitario A.U.S.L. Valle d'Aosta, Direzione Generale A.U.S.L. Valle d'Aosta e Direzione Area Territoriale A.U.S.L. Valle d'Aosta, Direttore scientifico del progetto
- Coordinamento della raccolta dati dei vari indicatori e comunicazione istituzionale: Referente Istituzionale Regione Autonoma Valle d'Aosta

#### **TEMPI DI REALIZZAZIONE**

- Attivazione e conclusione 1° corso e revisione profilo di cura entro ottobre 2006 (i successivi tre ogni 9 mesi, giugno 2007, marzo 2008, dicembre 2008)

- Consegna 1° revisione documento alla Direzione Generale USL entro novembre 2006 (le successive tre ogni 9 mesi, luglio 2007, aprile 2008, gennaio 2009)
- Delibera di approvazione 1° revisione entro dicembre 2006 (le successive tre ogni 9 mesi, agosto 2007, maggio 2008, febbraio 2009)
- Trasmissione 1° revisione ai MMG dei quattro distretti entro gennaio 2007 (le successive tre ogni 9 mesi, settembre 2007, giugno 2008, marzo 2009)
- Acquisizione degli indicatori di esito entro marzo 2006, 2007, 2008, 2009. Sarà preso come periodo di riferimento comprendente i 12 mesi precedenti al riscontro. Alcuni dati è possibile che al primo riscontro non siano rilevabili, perché non erano stati richiesti alle varie strutture interessate. Per questi dati, la possibilità del loro rilievo nei periodi successivi può diventare un indicatore di esito.