

**PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-08**

Ambiti di riferimento per il triennio 2005 - 2008

Ambito 2.1

**La prevenzione cardiovascolare**

Iniziativa 3

**La prevenzione attiva delle complicanze del diabete di tipo II nell'adulto e nel bambino, aumentando la *compliance* del paziente**

Regione: **Piemonte**

Titolo del progetto: **ATTUAZIONE DELLA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE NELLA REGIONE PIEMONTE**

**Introduzione**

**Dimensioni del problema a livello regionale**

Il diabete mellito è una patologia cronica a larghissima diffusione in tutto il mondo e destinata ad aumentare con il progressivo invecchiamento della popolazione. In Italia si stima che **la prevalenza** del diabete sia di circa il 3% della popolazione, di cui il 90% rappresentato dal tipo 2 ed il 10% dal tipo 1.

Tuttavia, nel caso della popolazione ultra65enne la prevalenza del diabete di tipo 2 arriva al 12%.

La disponibilità, in Piemonte, di fonti informatizzate di rilevazione dati ha consentito di individuare sia i pazienti seguiti esclusivamente dal MMG, sia quelli in carico al servizio diabetologico.

Nella Regione Piemonte è stata definita una stima della prevalenza del diabete mellito secondo i criteri diagnostici suggeriti dall'O.M.S. e adottati dalla Società Italiana di Diabetologia. Secondo il registro Regionale Diabetici (RRD), alla data del 30.4.2003, la popolazione diabetica in possesso della tessera di esenzione per diabete era costituita da 168.918 persone, pari al 3,97% della popolazione regionale riferita al 2001 (diabete tipo 2: 151.289; diabete tipo 1: 14.736; diabete mellito secondario: 1.563; altri tipi: 1.330).

Nonostante la fonte delle esenzioni per diabete garantisca di per sé un'elevata completezza nel reclutamento dei casi, è indubbio che il dato non comprende le persone che non hanno richiesto l'esenzione della spesa sanitaria per diabete, in quanto già in possesso di esenzione per altra patologia o per altre motivazioni. Si può ragionevolmente ritenere, pertanto, che il suddetto dato sia sottostimato, in modo variabile nell'ambito del territorio regionale.

In effetti la disaggregazione del dato regionale per A.S.L. evidenzia un range di variabilità della stima con valori minimi del 2,3% nell'A.S.L. 17 di Savigliano, 2,1% nell'A.S.L. di Mondovì e viceversa un valore massimo di 4,8% nell'A.S.L. 4 di Torino.

Verifiche locali hanno consentito di appurare l'esistenza, nelle aree del cuneese, di un'elevata proporzione di soggetti sprovvisti di tessera per esenzione, prevalentemente per motivi culturali.

La ripartizione dei soggetti iscritti nel registro per tipo di terapia seguita è la seguente:

il 57% è curato con ipoglicemizzanti orali; il 16% con insulina; il 4% con insulina ed ipoglicemizzanti orali; il 23% con dieta specifica.

La distribuzione dei casi per età di insorgenza del diabete evidenzia come il 54,5% dei casi di diabete noto sia diagnosticato in soggetti in età lavorativa (meno di 60 anni), mentre nel 54,5% dei casi l'esordio avviene in età senile (oltre i 60 anni)

La distribuzione dei casi per età attuale invece sottolinea la netta prevalenza dei soggetti in età senile (ultra65enni = 60%).

Il numero di soggetti registrati è aumentato nel tempo: da 127.308 individuati nel 1999 ai citati 168.918 nel 2003, con un incremento numerico del 33% in quattro anni; l'incremento delle nuove registrazioni si è evidenziato soprattutto nel periodo 2001-2002, mentre nel precedente periodo 1995-1998 l'andamento si era mantenuto pressoché stabile.

L'andamento temporale della prevalenza del diabete mellito tipo 2 può essere valutata tramite il Casale Monferrato Study, la cui importanza è rappresentata dalla disponibilità in quest'area di due rilevazioni svolte con modalità analoghe e sulla base dei medesimi criteri diagnostici: la prima nel 1988-1991, la seconda nel 2000-2001.

Nel 2000, la correlazione fra i dati del R.R.D. e i dati del servizio ospedaliero di diabetologia ha consentito una stima di elevata completezza (95%), decisamente maggiore di quella del 1988 (80%). Tenendo conto di tale differenza di completezza, il confronto fra la prevalenza stimata nel 1988 e quella stimata nel 2000 evidenzia che la prevalenza del diabete noto è aumentata dal 2,7% al 3,9%: un incremento pertanto pari al 44,4% in 12 anni.

Tale studio evidenzia quindi come le previsioni di incremento stimate a livello internazionale siano applicabili anche alla realtà regionale piemontese; l'incremento della prevalenza del diabete mellito finora registrato si manterrà nel tempo in assenza di strategie educative volte a modificare abitudini e atteggiamenti nocivi alla salute.

Per quanto attiene all'**incidenza** del diabete mellito tipo 2, nella provincia di Torino è stato effettuato uno studio mirante a fornire una stima riferita all'età 30-49 anni, utilizzando di fonti di rilevamento dei casi incidenti (rif.periodo 1999-2001):

- la segnalazione dei servizi di diabetologia;
- l'archivio delle tessere R.R.D.

L'incidenza del diabete è risultata pari a 51/100.000 persone, nell'ambito della quale l'incidenza del diabete di tipo 1 è pari a 7/100.000 persone.

I risultati dello studio Quadri 2004 (Indagine nazionale sulla qualità dell'assistenza alle persone con diabete) svolto nell'ambito delle Regioni e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, ha dimostrato che, allo stato attuale, lo stato dell'assistenza diabetologica non è ancora in grado di assicurare a tutti i cittadini affetti da patologia diabetica lo standard di assistenza necessario per ridurre le complicanze croniche e conseguentemente il peso sanitario del diabete.

Lo studio, per quanto attiene all'ambito regionale, ha fornito informazioni utili per l'elaborazione di strategie di "disease management" efficienti ed efficaci, quali condizioni fondamentali per tradurre i progressi clinici e farmacologici in una reale prevenzione delle complicanze e in un miglioramento della qualità di vita dei malati di diabete.

#### **Atti e documenti di riferimento:**

"Studio Quadri-I risultati in Piemonte" a cura dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale – giugno 2005. Presentato in occasione del Convegno organizzato dalla Regione in collaborazione con l'Aress Piemonte il 17.6.2005.

"Il diabete mellito in Italia, 2004" pubblicato a cura del Gruppo di Studio Epidemiologia Società Italiana di Diabetologia sulla rivista *Il DIABETE*, dicembre 2004

"Casale Monferrato Study" 2000-2001, *Diabetologia* 48: 427-434, 2005.

#### **Breve descrizione del sistema regionale per l'assistenza ai pazienti diabetici e punti critici.**

Nella Regione Piemonte l'assistenza diabetologica è regolata dalla L.R. 34 del 2000 "Nuove norme per l'attuazione dell'assistenza diabetologica", attuativa della legge nazionale 115 del 1987.

L'assistenza è erogata attraverso una rete di Servizi di Diabetologia, che svolgono attività di valutazione e miglioramento del compenso metabolico, contenimento dei fattori di rischio cardiovascolare, prevenzione e inquadramento delle complicanze croniche del diabete, educazione terapeutica.

Tali attività sono svolte in collaborazione con i Medici di Medicina Generale, le strutture dell'assistenza territoriale e altri specialisti.

L'assistenza diabetologica erogata nell'ambito della Regione Piemonte, pur essendo di buon livello, non sfugge ai problemi evidenziati dallo studio Quadri; in particolare i principali problemi della assistenza diabetologica piemontese attuale possono essere così sintetizzati:

- La rete dei Servizi specialistici è carente rispetto al fabbisogno stimato;
- Una percentuale non trascurabile di soggetti è seguita esclusivamente dal MMG e non è sottoposta ai periodici controlli metabolici e sulle complicanze;
- L'assistenza erogata dai singoli Servizi della rete regionale non è uniforme;
- I collegamenti fra Rete dei Servizi e assistenza territoriale sono scarsi;
- Gli interventi non sono adeguatamente coordinati, con evitabili duplicazioni;
- Non sono definiti livelli minimi di assistenza da garantire a tutti i diabetici;
- Manca una raccolta sistematica e uniforme dei dati, che rende impossibile valutare la qualità dell'assistenza e il suo impatto sugli esiti sanitari.

### **Registro dei pazienti (R.R.D.)**

Il Registro Regionale diabetici (RRD) è stato istituito e attivato nel 1989, in applicazione della L. 115/1987 e del D.M. 7.1.1988, n.23.

Tale registro è correlato all'emissione della tessera per i soggetti diabetici ed è gestito con procedura informatizzata derivante dal collegamento di tutti i servizi di diabetologia del territorio regionale.

E' compito istituzionale di tali servizi effettuare l'immissione dei dati anagrafici e clinici informativi. I pazienti sono motivati alla registrazione, perché la tessera rappresenta attestazione di patologia ufficiale per ottenere l'esenzione dalla contribuzione alla spesa sanitaria ed il documento necessario per ottenere gratuitamente la fornitura dei presidi diagnostici – terapeutici.

Tale Registro ovviamente è parte integrante di un sistema più ampio di banca dati sanitaria comprendente anche l'archivio delle prescrizioni farmaceutiche, dei ricoveri e dimissioni ospedaliere, delle prescrizioni integrative, ecc., la cui esistenza ha indubbiamente agevolato la ricerca epidemiologica e le valutazioni di qualità sull'assistenza diabetologica nella Regione Piemonte.

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

Il progetto ha come obiettivo quello di garantire la centralità del paziente nei processi di prevenzione e di cura, attraverso:

- l'attuazione del modello integrato per la programmazione e gestione degli interventi sull'area diabetologica fra ospedale e territorio, per coordinare le attività della Rete di Diabetologia, dei Medici di Medicina Generale, dei Distretti, le iniziative di prevenzione e promozione della salute;
- Il superamento delle disuguaglianze e il miglioramento della qualità dell'assistenza diabetologica attraverso la definizione di standard regionali di riferimento;
- la promozione ed il miglioramento della professionalità di tutti gli operatori coinvolti;
- la realizzazione di un modello assistenziale che, rispondendo ai requisiti di efficacia, efficienza ed appropriatezza degli interventi:
  1. garantisca interventi efficaci per la totalità dei soggetti diabetici, che permettano di ridurre sia le complicanze croniche del diabete sia gli eventi cardiovascolari con i relativi costi (sociali e personali);
  2. attui gli interventi secondo i principi della Medicina basata sulle Prove;
  3. assicuri la possibilità di misurare sia la qualità delle cure che il miglioramento degli esiti sanitari e di implementare gradualmente un modello di assistenza globale su tutto il territorio regionale, tenendo conto delle diverse realtà territoriali, ma garantendo comunque uniformità negli interventi.

**Documenti di riferimento:**

"Attuazione della gestione integrata del diabete nella Regione Piemonte" documento steso e proposto dalla Commissione Regionale per l'Assistenza Diabetologica - 13.6.2005

**Piano operativo****Individuazione dell'ambito territoriale di effettuazione del progetto.**

Le parti coinvolte nello sviluppo del progetto sono:

- la Regione, Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità
- Commissione Regionale per l'Assistenza Diabetologica
- Rete regionale dei servizi di epidemiologia
- ASL/ASO della Regione Piemonte, attraverso:
  - I Servizi di Diabetologia della rete regionale;
  - i servizi di prevenzione e promozione della salute;
  - i distretti sanitari;
  - i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

**Modalità di adozione e contestualizzazione delle linee guida per l'assistenza al paziente diabetico.**

Il progetto si sviluppa attraverso una serie di azioni coordinate che, nella loro globalità, devono condurre alla realizzazione degli obiettivi previsti.

In particolare tali azioni presuppongono la **definizione dei livelli minimi di assistenza (L.E.A.) diabetologica** consoni con i bisogni della popolazione diabetica della Regione, coerentemente con gli indirizzi di cui al D.P.C.M. 29.11.2001 e con il D.Lgs. 502/1992 - art. 8 sexies e s.m.i.

Per l'attuazione di gran parte delle attività previste nei livelli minimi di assistenza occorrono le seguenti azioni:

**1. Attuazione di un modello integrato per la programmazione e la gestione degli interventi tra ospedale e territorio****1.a Identificazione delle linee guida sanitarie di riferimento**

In base alla L.R. m.34/2000, la raccolta e la diffusione di Linee Guida è una delle attività di competenza della Commissione Regionale per l'Assistenza Diabetologica, la quale opera in materia anche attraverso appositi tavoli tecnici integrati.

Tale azione mira a porre a disposizione di tutti gli operatori:

- la migliore evidenza scientifica per assicurare la qualità delle prestazioni erogate;
- le raccomandazioni derivate dalla medicina basata sulle prove per realizzare gli interventi sanitari che costituiscono i L.E.A.

Sulla base delle Linee Guida di riferimento proposte, la Regione provvede a monitorare i protocolli clinici per la realizzazione delle attività definiti a livello integrato ospedale-territorio.

Dal punto di vista operativo, lo sviluppo dell'azione è il seguente:

- valutazione dei percorsi assistenziali oggi esistenti nella prevenzione, diagnosi e cura del diabete: tale valutazione viene effettuata previo monitoraggio da parte di un apposito gruppo di lavoro integrato, coordinato dalla Regione e costituito da una rappresentanza della diabetologia e della medicina generale individuata dalla Commissione regionale di cui alla L.R. 34/2000, integrato con la rappresentanza dei medici di distretto e dell'epidemiologia regionale;
- identificazione delle Linee Guida disponibili in letteratura e selezione sulla base di criteri

espliciti; in particolare, esplicitazione delle attività cliniche per la quali è richiesta la presenza di Linee Guida e degli standard attesi;

- adattamento delle Linee Guida alla realtà organizzativa regionale, con l'obiettivo di assicurare la massima qualità e l'integrazione fra le attività specialistiche con quelle della medicina generale;
- definizione e realizzazione di attività volte alla diffusione delle Linee Guida selezionate, con lo scopo di assicurare che tutti gli operatori coinvolti nella predisposizione di protocolli locali ne siano a conoscenza e che le recepiscono (redazione di un elenco delle attività e delle modalità di effettuazione);
- definizione delle modalità di aggiornamento periodico della base di dati, allo scopo di assicurare un costante aggiornamento degli elementi scientifici di riferimento.

### **1.b Definizione condivisa del modello di Assistenza Diabetologica Integrata**

La definizione del modello assistenziale integrato fra servizi ospedalieri e territoriali e fra questi e la medicina generale deve essere condivisa con i vertici aziendali, i servizi di Diabetologia, i dipartimenti di prevenzione, i distretti sanitari e i Medici di Medicina Generale.

Il modello è diretto verso l'obiettivo di ottimizzare l'appropriatezza organizzativa e gestionale della risposta complessivamente erogata dal sistema sanitario a favore delle persone affette da diabete.

L'individuazione del modello ottimale attuabile a livello regionale presuppone la definizione:

- delle caratteristiche che la gestione integrata del diabete deve presentare nella realtà territoriale della Regione, anche attraverso l'analogia con esperienze d'integrazione già realizzate in altri settori;
- del ruolo che ciascun livello di erogazione di prestazioni e di tutela deve assumere al fine di garantire al paziente la globalità della presa in carico da parte del sistema sanitario, la continuità assistenziale e l'"accompagnamento" durante tutto il percorso di salute.

L'azione si sviluppa con le finalità e modalità di cui all'Allegato A, parte integrante del progetto.

**Interrelazione con altri progetti:** Progetto IGEA – Ministero della Salute-C.C.M.

### **1.c Definizione di indicatori di processo e di esito.**

Partendo da un'analisi della letteratura esistente e verificando i valori degli standard identificati e pubblicati attraverso attività di benchmarking, l'azione mira a creare le basi per una valutazione uniforme dell'attività diabetologica svolta a livello di ASL/ASO, attraverso la definizione di un set di indicatori con relativi standard, finalizzati a valutare e verificare la riduzione delle complicanze della patologia.

Gli indicatori si articolano in:

- indicatori di processo, con riferimento alla quantità di prestazioni e attività erogate annualmente;
- indicatori intermedi;
- indicatori di esito, con riferimento alla tipologia di risposte erogate a fronte degli eventi connessi alla patologia.

L'azione mira altresì a valutare la qualità dell'assistenza prestata in campo diabetologico attraverso i dati clinici presenti nel sistema informativo (punto 4) e attraverso l'utilizzo dei suddetti indicatori di processo e di esito.

Lo sviluppo prevede l'identificazione di un set di informazioni, adeguate alla realtà regionale, che consenta, a diversi livelli, di valutare la qualità delle prestazioni erogate e l'outcome sanitario.

#### **Documenti correlati e di riferimento per l'identificazione degli indicatori:**

Progetto IGEA – Ministero della Salute-C.C.M.

Edizione 2004 File Dati AMD e lista indicatori, a cura di AMD e Agenzia Qualità

"Diabetes Quality Improvement Project" (DQIP) a cura dell'American Diabetes Association.

## **2. Miglioramento della qualità dell'assistenza e suo monitoraggio**

### **2.a Definizione e realizzazione di un sistema informativo unificato**

L'azione mira allo sviluppo di un sistema informativo coordinato, a supporto dei processi di prevenzione e clinico-assistenziali nell'erogazione dei servizi al cittadino, nonché a supporto del governo dell'attività a livello regionale e territoriale.

Il sistema, orientato al cittadino, vuole essere in grado di interagire efficacemente con il complesso dei flussi informativi sanitari esistenti, allo scopo di fornire servizi in modo omogeneo sull'intero territorio, supportando altresì il processo di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati a fronte della domanda di prestazioni, nonché il controllo della relativa spesa.

Realizzazione e messa a disposizione di tutto il sistema sanitario di una banca dati che, partendo dal monitoraggio della popolazione affetta da patologia diabetica:

- a. sia condivisa e disponibile per tutti i soggetti che erogano assistenza diabetologica;
- b. contenga elementi necessari per costruire gli indicatori di qualità dell'assistenza, con particolare attenzione al diabete di tipo II ed alla sindrome *Diabesity*;
- c. costituisca debito formativo nei confronti dei competenti organi regionali a fini delle attività di verifica e controllo delle attività e della programmazione sanitaria.

Obiettivo del sistema informativo è altresì quello di monitorare costantemente l'andamento delle patologie diabetiche, con particolare riferimento al diabete di tipo II, onde individuare programmi di prevenzione delle complicanze.

Il sistema si coordina con la procedura regionale "Passaporto delle abilità" di cui sono state dotate le A.S.L. con l'obiettivo di migliorare l'accessibilità alle prestazioni sanitarie e di rilascio delle certificazioni di medicina legale a favore delle persone disabili.

L'azione si sviluppa nel triennio attraverso i seguenti ambiti d'intervento:

1. analisi del fabbisogno informativo;
2. individuazione del software più adeguato a tale fabbisogno, alla necessità di interfacciarsi con gli attuali sistemi informativi in essere nella sanità regionale ed all'esigenza di alimentare ed implementare il R.R.D.;
3. implementazione del sw individuato.

#### **Documenti di riferimento:**

"Una politica per la Sanità Elettronica" a cura del Tavolo Permanente Sanità Elettronica delle Regioni e delle Province Autonome presso i Ministeri della Salute e per l'innovazione e le tecnologie – 31.3.2005.

### **2.b Definizione e gestione dei Piani della Qualità**

A seguito dell'avvio e dell'implementazione delle azioni precedenti a livello regionale, ciascuna Azienda sanitaria deve progettare la realizzazione dell'assistenza integrata nella propria realtà territoriale, tenendo conto delle risorse disponibili e delle competenze e ruoli assegnati ai propri servizi di riferimento. I documenti da produrre nello sviluppo dell'azione sono i seguenti:

- il piano della qualità dell'Assistenza Diabetologica di ASL/ASO;
- i protocolli clinici necessari per coordinare le attività cliniche.

Il Piano di Qualità, di cui ogni ASL/ASO deve essere in possesso, contiene :

- gli obiettivi dell'assistenza diabetologica che si intende erogare;
- la descrizione dei processi di erogazione delle prestazioni;
- i requisiti identificativi (relativi ad infrastrutture, processi e personale);
- le risorse messe a disposizione e le responsabilità attribuite;
- i documenti di riferimento;
- le modalità d'informazione degli utenti;
- i sistemi di verifica delle attività (indicatori di attività, di processo, di esito e di miglioramento).
- Per la realizzazione di quest'Azione sono previste le seguenti attività:
- predisposizione e stesura di un modello di documento;
- stesura dei protocolli clinici;

- parere sul documento da parte della Commissione regionale di Diabetologia.
- Ogni servizio di Team Diabetologico opera sulla base di protocolli clinici, relativi alle Linee Guida identificate, specifici delle attività svolte.

**Documenti di riferimento:**

Norma UNI EN ISO 9001: 2000

## **2.c Formazione continua agli operatori**

L'azione mira a fornire a tutti gli operatori coinvolti la formazione e l'addestramento necessari per attuare la transizione verso il nuovo modello di gestione integrata.

La realizzazione del modello assistenziale integrato richiede un'evoluzione notevole nei comportamenti degli operatori. Il cambiamento deve essere supportato da un'adeguata formazione, non solo sugli aspetti professionali, ma anche su aspetti relativi alla nuova struttura organizzativa ed all'esigenza di verifica delle attività svolte, che comprendono:

- analisi di processo e strumenti per la gestione della qualità;
- modalità di organizzazione del Team integrato e strumenti di lavoro per un'efficace gestione del team;
- tecniche e strumenti di comunicazione;
- modalità di analisi dell'assistenza erogata.

Le attività di formazione sono strettamente correlate ai contenuti del modello di gestione integrata, ai L.E.A., agli indicatori di qualità dell'assistenza, alla gestione del nuovo sistema informativo, alla realizzazione dei Piani della Qualità.

Per la realizzazione dell'azione sono previste le seguenti attività:

- identificazione dei bisogni formativi degli operatori coinvolti nella gestione integrata, anche verificando la possibilità d'integrazione con altre iniziative di formazione già pianificate da altri enti;
- progettazione di percorsi formativi in diabetologia per tutti gli operatori coinvolti nella gestione integrata, verificando i progetti AMD, OSDI o di altri enti specialistici;
- progettazione di percorsi formativi specifici per la realizzazione della gestione integrata dei pazienti (v. Progetto Regionale ARESS per la certificazione nel settore EA 37);
- quantificazione delle esigenze di attività formativa e pianificazione della loro realizzazione, compatibilmente con le risorse disponibili;
- erogazione delle attività formative, garantendo la massima professionalità nell'erogazione delle attività di formazione e verificando la possibilità di economie di scala aggregando attività diverse..

## **2.d Piano di attività educativo-formative rivolto ai pazienti.**

Particolare attenzione è dedicata agli aspetti relazionali con i pazienti, con particolare riferimento alla pianificazione, nello sviluppo annuale del progetto di:

- attività di informazione agli utenti e di educazione all'autogestione della malattia, in collaborazione con i MMG e le associazioni dei pazienti. In particolare, il progetto mira alla diffusione del monitoraggio della glicemia, effettuato dal paziente, con relativo appropriato aggiustamento della terapia;
- attività di informazione in merito ai controlli raccomandati ed agli esami periodici previsti nei pazienti diabetici.
- garanzia di massima riservatezza delle persone a seguito di iscrizione al R.R.D. e relativa cartella informatizzata;
- azioni di sostegno mirate alla diffusione di indicazioni preventive per le malattie cardiovascolari, in accordo con quanto previsto dal Progetto Cuore del CCM, cerebrovascolari, retinopatie e nefropatie;
- diffusione sistematica delle raccomandazioni fra i soggetti a rischio per un'alimentazione sana congiunta ad esercizio fisico al fine di ritardare l'esordio del diabete.

Al riguardo, la citata L.R. 34/2000, all'art.5, prevede l'organizzazione in ambito regionale di appositi campi scuola annuali per l'educazione dei giovani pazienti diabetici all'autogestione

della patologia. I campi scuola per pazienti in età pediatrica affetti da diabete mellito hanno finalità prevalentemente educative, mirate a raggiungere adeguati livelli di addestramento all'autocontrollo, all'autonomia nella gestione della malattia ed a stimolare la compliance globale.

I criteri per lo svolgimento dei campi scuola sono stati approvati dalla Commissione Regionale di Diabetologia il 20.11.2001 ed i soggiorni sono stati attivati nel 2002 e nel 2003 con la collaborazione degli operatori dei Presidi Ospedalieri Pediatrici e con il supporto delle Associazioni di Volontariato.

L'iniziativa prosegue anche nel 2005 attraverso campi scuola differenziati per età dei partecipanti, al fine di svolgere il programma di educazione sanitaria per gruppi omogenei di pazienti.

**Documenti di riferimento:**

"Progetto per l'attuazione di soggiorni educativo-terapeutici (campi-scuola) per pazienti in età pediatrica affetti da diabete mellito Tipo 1" a cura del Dipartimento di Scienze Pediatriche e dell'Adolescenza Università di Torino e dell'A.S.L. O.I.R.M. S. Anna di Torino – 4.3.2005, approvato dalla Commissione Regionale di Diabetologia.

### **3. Potenziamento dell'offerta vaccinale ai soggetti diabetici**

In Piemonte si ritiene necessario intraprendere azioni mirate rivolte prioritariamente al raggiungimento degli individui appartenenti a gruppi a rischio di infezione o con condizioni morbose predisponenti alle complicanze di influenza e infezioni da pneumococco, meningococco, rosolia, varicella ecc., al fine di informare, sensibilizzare e ottenere l'adesione alle vaccinazioni.

A tal fine si ritiene di dover coinvolgere nei percorsi di sensibilizzazione e di intervento, oltre agli operatori degli ambulatori vaccinali, gli operatori dei centri di diabetologia, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e di avviare iniziative direttamente rivolte ai pazienti affetti da patologie a maggior rischio di complicanze da malattie prevenibili da vaccino.

#### **3.a Organizzazione della chiamata tramite i centri di assistenza clinica**

- realizzazione di tavoli di concertazione con gli specialisti per l'assistenza e la cura per definire le modalità di sensibilizzazione dei pazienti, di gestione degli inviti alla vaccinazione e di somministrazione del vaccino;
- la revisione della letteratura sulle azioni efficaci per aumentare le coperture vaccinali;
- l'analisi del contesto per introdurre le modalità organizzative risultate efficaci e che risultano riproducibili nel contesto piemontese.
- generazione di elenchi di pazienti da invitare attivamente alle varie vaccinazioni attraverso il nuovo sistema informativo unificato della rete di diabetologia
- gestione delle chiamate e monitoraggio delle coperture

#### **3.b Campagna di informazione per i medici curanti (MMG e PLS)**

- conduzione di campagne di sensibilizzazione scientificamente appropriate, attraverso documentazione informativa, rivolta ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta;
- scambio degli elenchi per l'invito dei pazienti ad alto rischio per verifica incrociata delle informazioni
- sperimentazione di modalità di chiamata tramite medici di famiglia e pediatri di libera scelta

#### **3.c Campagne mirate di informazione per i pazienti a maggior rischio**

- la promozione di campagne regionali informative con messaggio mirato e uniforme rivolto alla popolazione in particolare ai "gruppi vulnerabili", da realizzarsi a livello di stampa e televisioni locali;
- la produzione di materiale informativo da distribuire attraverso i centri clinici di riferimento e attraverso "nuovi canali" da definire (farmacie, centri di incontro, esercizi commerciali, ecc.);

La misurazione degli esiti degli interventi introdotti avverrà attraverso:

- il monitoraggio attraverso il già consolidato sistema informativo regionale delle attività vaccinali
- il monitoraggio delle coperture vaccinali attraverso il registro diabetici
- la conduzione di studi campionari, con campionamento a cluster, per valutare le coperture vaccinali raggiunte e definire il fenomeno del rifiuto.

### **Monitoraggio del progetto.**

Lo sviluppo del progetto presuppone la ridefinizione del sistema di monitoraggio regionale delle prestazioni e delle attività di diabetologia, con riferimento al complesso dell'attività erogativa, di gestione ed organizzazione proprie della prevenzione e dell'assistenza diabetologica in Piemonte.

Il monitoraggio è rivolto inoltre a verificare la consistenza delle risorse impiegate e delle dotazioni tecnologiche a disposizione delle singole ASL/ASO, ai fini della valutazione dei fabbisogni esistenti a livello regionale, di quadrante e di singola Azienda.

Nello specifico il monitoraggio dello sviluppo del progetto, con cadenza annuale, è rivolto a verificare:

1. *Organizzazione*: l'attuazione del modello di assistenza diabetologica integrata nell'ambito delle Aziende: tramite la verifica degli Atti aziendali e delle relazioni ASL e ASO illustrative dell'organizzazione adottata per garantire il coordinamento fra le diverse componenti coinvolte a livello ospedaliero e territoriale;
2. *Attività clinica*: i protocolli clinici adottati sul territorio regionale sulla base dei L.E.A. e delle Linee Guida sanitarie identificate;
3. *Informatizzazione*, in relazione ai servizi di diabetologia, ai MMG e Distretti che progressivamente attiveranno la gestione integrata. Valutazione dopo i primi sei mesi di gestione del sistema a garanzia del coordinamento con il RRD e con gli altri sistemi informativi esistenti (MMG, distretti, ecc.)
4. *Qualità*: il raggiungimento di livelli di qualità dell'assistenza e di outcome sanitari compatibili con gli standard regionali identificati.

Così come il numero degli indicatori di qualità dell'assistenza viene implementato per gradi nel corso del triennio, anche il sistema di monitoraggio procederà per gradi, collateralmente allo sviluppo del sistema informativo previsto.

Il gruppo di lavoro integrato, come descritto nell'Azione 1 del piano operativo, provvede al monitoraggio:

dell'attuale attività dell'assistenza diabetologica, valutandone i punti di criticità rispetto agli standards attesi dalle linee guida;

dell'impatto delle linee guida sui percorsi assistenziali e di prevenzione garantiti dal sistema sanitario a favore delle persone con patologia diabetica o a rischio.

### **Definizione delle modalità di coordinamento del progetto presso la Regione:**

Il progetto è coordinato dal Dr. Roberto Sivieri, Direttore della SC di Diabetologia dell'ASO S.Giovanni Battista di Torino.

**Tempi per la realizzazione**: luglio 2005-luglio 2008

## **Cronoprogramma.**

### **1. Attuazione di un modello integrato per la programmazione e la gestione degli interventi tra ospedale e territorio**

- a. Identificazione delle linee guida di riferimento  
**1.7.2005 – 1.9.2006:** definizione e formalizzazione documento d'indirizzo  
**1.9.2006 – 1.9.2007:** diffusione e prime valutazioni impatto  
**1.9.2007 – 1.7.2008:** valutazione impatto ed eventuale aggiornamento.
- b. Definizione di un modello condiviso di Assistenza diabetologica integrata  
**1.9.2005 – 1.9.2006:** definizione e condivisione del modello attraverso le procedure previste a livello regionale (formalizzazione: documento di linee guida);  
**1.9.2006 – 1.9.2007:** diffusione condivisa del modello nell'ambito delle ASL/ASO, coinvolgendo tutti i servizi interessati alla gestione integrata della patologia (diabetologia, distretti, MMG, ecc.).  
**1.9.2007 – 1.7.2008:** attuazione del modello in ogni ASL/ASO.
- c. Definizione di indicatori di processo e di risultato  
**1.9.2005 – 30.7.2006** (definizione primo gruppo di indicatori con riferimento a quelli identificati nel progetto nazionale IGEA)  
**1.9.2006 – 1.9.2007** (valutazione, integrazione ed implementazione degli indicatori di processo e di esito definiti).  
**1.9.2007 – 1.7.2008** (completamento set di indicatori per la valutazione globale degli interventi).

### **2. Miglioramento della qualità dell'assistenza e suo monitoraggio**

- a. Definizione di un sistema informativo unificato  
Sviluppo lungo tutto l'arco temporale del progetto in relazione ai livelli erogativi, di prevenzione e di tutela che progressivamente aderiranno alla gestione integrata.  
**1.7.2005 – 31.12.2005:** ambito d'intervento indicato al punto 1;  
**1.1.2006 – 31.12.2006:** ambito d'intervento indicato al punto 2;  
**1.1.2007 – 1.7.2008:** ambito d'intervento indicato al punto 3.
- b. Definizione e gestione dei Piani di Qualità  
Sviluppo a livello aziendale a seguito delle azioni precedenti svolte a livello regionale.  
**1.1.2006 – 1.7.2008**
- c. Formazione continua agli operatori  
Sviluppo lungo tutto l'arco temporale del progetto in relazione ai livelli erogativi, di prevenzione e di tutela che progressivamente aderiranno alla gestione integrata.
- d. Piano di educazione e formazione dei pazienti  
Sviluppo lungo tutto l'arco temporale del progetto in relazione ai livelli erogativi, di prevenzione e di tutela che progressivamente aderiranno alla gestione integrata.

### **3. Potenziamento dell'offerta vaccinale ai soggetti diabetici**

- a. Organizzazione della chiamata tramite i centri di assistenza clinica  
**1.7.2005 – 30.6.2006** – revisioni della letteratura, analisi del contesto, definizione delle modalità di organizzazione e predisposizione dei materiali  
**1.7.2006 – 1.7.2008** – gestione delle chiamate e monitoraggio
- b. Campagna di informazione per i medici curanti (MMG e PLS)  
Dall'ottobre 2005 per la vaccinazione antinfluenzale, ripetizione periodica
- c. Campagne mirate di informazione per i pazienti a maggior rischio  
Dall'ottobre 2005 per la vaccinazione antinfluenzale, ripetizione periodica

# LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE NELLA REGIONE PIEMONTE: i team diabetologici integrati

## PREMESSA

Una delle sfide principali dei Servizi Sanitari moderni è quella di offrire risposte adeguate al bisogno di salute dei cittadini, correlando risposte e bisogni secondo parametri di efficacia, di efficienza, di tempestività, di qualità e di coerenza con lo sviluppo tecnologico. Appare ovvio che se da un lato si pone in termini pressanti la questione della disponibilità delle risorse economiche a sostegno del sistema, dall'altro emerge con sempre maggiore evidenza la necessità di garantire livelli di salute ai cittadini, ed in particolare alla popolazione che invecchia ed è maggiormente esposta agli insulti alla integrità psicofisica dei propri individui.

Ecco emergere dunque, in termini generali, la questione della appropriatezza delle prestazioni sanitarie relativamente alla garanzia dei Livelli di assistenza che costituiscono la base dei diritti sanitari di tutti i cittadini. Lo stesso Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 individua tra gli obiettivi strategici lo sviluppo di un sistema di monitoraggio e comunicazione per tutti gli utenti, effettivi e potenziali, sugli stili di vita sani e la prevenzione sanitaria. Ciò implica la necessità ( testualmente ) di :

- "... acquisire gli elementi necessari per comprendere le esigenze di informazione dei cittadini in tema di salute e di sanità;
- avviare un processo di valutazione ed interpretazione della domanda di salute;
- individuare i nodi critici della comunicazione tra operatori e utenti;
- mettere a fuoco le lacune in tema di capacità diffuse di prevenzione;
- progettare una banca-dati di informazioni aggiornate sulla rete dei servizi sanitari e sociosanitari e sulle prestazioni offerte, ed un relativo sistema di trasmissione e distribuzione delle informazioni;
- contribuire al consolidamento di una corretta cultura della salute nel Paese;
- coinvolgere soggetti plurimi, pubblici e privati, in comuni imprese ed iniziative di comunicazione ed informazione sulla salute e la sanità;

- portare a regime un piano pluriennale di comunicazione istituzionale sulla salute...”

In particolare nella gestione del Diabete è opportuno attivare:

- “ programmi di prevenzione primaria e secondaria, in particolare per il diabete mellito in età evolutiva, con l’obiettivo di ridurre i tassi di ospedalizzazione ed i tassi di menomazione permanente (cecità, amputazioni degli arti);
- strategie per migliorare la qualità di vita dei pazienti, attraverso programmi di educazione ed informazione sanitaria “.
- Programmi di diagnosi precoce del diabete e delle condizioni predisponenti (in primis: riconoscimento della Sindrome Metabolica).

La Legge Regionale 34/2000 della Regione Piemonte stabilisce inoltre che il trattamento terapeutico della persona affetta da diabete mellito, inteso quale accertamento della patologia e dell’impostazione del piano complessivo di trattamento, debba avvenire con accordo di reciproco impegno tra paziente e struttura diabetologica specialistica erogante la prestazione, in connessione con il medico di famiglia o il medico pediatra di libera scelta (Art. 3 p1 e 4). La stessa legge sancisce che avvengano incontri periodici tra servizi specialistici e medici di famiglia e pediatri, con finalità di aggiornamento e di formazione professionale, nonché di coordinamento per le azioni di prevenzione, la terapia e la riabilitazione del diabete mellito. Lo spirito della norma è chiaramente la realizzazione di interventi integrati (Art. 7 p1c).

Un percorso così impegnativo non può essere visto che in un ottica di Condivisione delle Cure allargata a tutte le figure preposte alla cura del paziente diabetico, quindi Medico di Famiglia, Medico Diabetologo, Infermiere, etc...

In particolare nella collaborazione tra Medico di Famiglia e Specialista vanno riproposte una serie di riflessioni e scelte, che possiamo oramai considerare come patrimonio comune, che preveda strategie e strumenti innovativi come: l’assistenza integrata, il team diabetologico ed il “Disease Management” della malattia diabetica, in una logica di integrazione tra i professionisti al servizio del cittadino.

L’obiettivo del modello integrato è quello di modificare i percorsi diagnostici e terapeutici mettendo al centro dell’organizzazione assistenziale il paziente affetto da diabete mellito. Passo obbligato è quello di acquisire, attraverso un adeguato percorso formativo, la cultura e la capacità di lavorare in team, superando la tendenza sempre presente in ciascun operatore sanitario ad operare in comparti separati.

I nuovi modelli formativi del personale medico, sia esso medico di famiglia o specialista di qualsivoglia branca medica interessata alla patologia cronica, s’indirizzano proprio sulle metodologie del lavoro in Team, sulla raccolta di dati condivisibili, sull’identificazione degli indicatori e la verifica dei risultati attraverso l’audit.

Il lavoro multidisciplinare è finalizzato a fornire alle persone affette da diabete mellito un **trattamento continuativo** (per tutto l'arco della vita ed in ogni fase del ciclo vitale dell'individuo), **di aiuto** (secondo le condizioni e le esigenze cliniche e psicologiche di ogni persona diabetica), ed **aggressivo** (mirata all'ottenimento del miglior compenso e controllo clinico possibile).

- TRATTAMENTO
- ✓ Continuativo e non episodico
  - ✓ Attivo e non reattivo
  - ✓ Pianificato e non sporadico
  - ✓ Patient Centred più che Provider Centred
  - ✓ Population Based ed insieme Individual Based

Circa il 90% dei pazienti con Diabete sono affetti da Diabete Mellito Tipo 2; molto frequentemente si tratta di adulti con più di 45 anni, obesi e sedentari, e con una storia familiare di malattia: di qui l'evidente necessità di un intervento mirato allo stile di vita del paziente, continuativo e possibilmente rivolto anche alla sua famiglia.

Propriamente implementato il gruppo di lavoro è *cost-effective*, specialmente se ci si propone la promozione della salute e la prevenzione delle malattie in aggiunta all'obiettivo del trattamento intensivo del diabete. Studi Europei e Statunitensi hanno accertato che i pazienti diabetici, che rappresentano in media dal 4 al 6% della popolazione totale, consumano circa il 15% - 20% delle risorse sanitarie totali. Lo studio CODE-2 ha valutato i costi diretti, indiretti ed intangibili in diversi paesi europei fra cui l'Italia. Le conclusioni sono che il costo medio di un paziente diabetico di tipo 2 in Italia è di € 3.156,00 all'anno, con una spesa annua totale per il diabete a carico del SSN di circa € 5.368.000,00, pari al 6.65% del Fondo Sanitario Nazionale. Altrettanto rilevante è il dato relativo al costo stimato delle complicanze: fatto 1 il costo del paziente privo di complicanze, il costo sale a 2.6 per la presenza di sole complicanze macrovascolari, a 3.5 per la presenza di sequele microvascolari, a 4.7 per la presenza di entrambe. E' stato infine stimato l'incremento di costo relativo alla comparsa di un evento acuto correlato alle complicanze del diabetico: da un costo medio per evento di circa € 1.807,00 se non sono presenti complicanze, si passa a € 4.286,00 per un evento correlato a macroangiopatia, a € 6.197,50 per un evento correlato a microangiopatia, a € 6.972,00 se l'evento è correlato a entrambi i tipi di sequele.

I grandi studi di intervento sia sul diabete tipo 1 (DCCT), che sul diabete tipo 2 (UKPDS) hanno dimostrato che il mantenimento di un migliore compenso metabolico, grazie a schemi intensivi di

trattamento, è in grado di ridurre l'incidenza delle complicanze, e che globalmente ciò si traduce in una minore spesa per la comunità.

L'obiettivo è quello di ottimizzare i percorsi diagnostici e terapeutici mettendo il paziente e non il sistema al centro dell'organizzazione assistenziale: tali percorsi si devono adattare a seconda delle esigenze e della situazione clinica del paziente, e non viceversa. Il paziente, soggetto centrale ed integrato nel gruppo di lavoro assieme al suo medico di famiglia, al diabetologo e agli altri operatori sanitari coinvolti nel processo di cura (infermieri, dietisti,...), deve poter vedere modificarsi ed adattarsi attorno a sé la composizione e gli obiettivi del gruppo di lavoro preposto alla sua assistenza: l'obiettivo è di tenere il paziente al centro delle cure.

La costituzione di un gruppo di lavoro è finalizzata ad integrare le peculiarità dei professionisti incaricati per la cura del diabete con le necessità dei pazienti e delle loro famiglie all'interno di un programma condiviso di management della malattia diabetica. Gli obiettivi a breve ed a lungo termine del gruppo di lavoro debbono includere: miglioramento del controllo glicemico, intensificazione del follow-up del paziente secondo le linee guida condivise, riduzione del rischio per le complicazioni, aumento del grado di soddisfazione del paziente, aumento della qualità di vita del paziente, riduzione dei costi per il SSN.

## Percorso assistenziale

La D.G.R. n 14-10073 pubblicata sul Bollettino Ufficiale n. 38 del 18/09/2003 "Linee guida per la gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero elettivo e alle prestazioni specialistiche ambulatoriali della Regione Piemonte", definisce:

- A. "prima visita o primo accertamento diagnostico" ogni prestazione specialistica richiesta per un evento di nuova insorgenza nella storia anamnestica del paziente anche quando inerente ad una patologia già nota. La definizione di prima visita o primo accertamento diagnostico deve essere fatta dal medico prescrittore. Nel caso di "pazienti con patologia già nota" sono da considerarsi prima visita solo quelle effettuate nei casi in cui si presenti una fase di riacutizzazione ovvero un nuovo problema tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e/o un riaggiustamento della terapia;
- B. in tutti gli altri casi si parla di visite o di altra prestazioni successive alla prima.

### **Diabete Mellito Tipo 2 senza complicanze** (Visita Diabetologica di Controllo)

Si tratta di pazienti con diabete mellito di tipo 2, in compenso clinico accettabile e senza complicanze: per tali pazienti il modello "integrato" attualmente ritenuto più idoneo al raggiungimento degli obiettivi terapeutici condivisi, è il seguente:

1. Il paziente neo-diagnosticato dal medico di famiglia e' inviato al diabetologo per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia mediante la gestione condivisa con la modalit  del Team, che comprende la chiara indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up a vita.

2. Successivamente il paziente   avviato ad un follow-up a lungo termine, integrato e condiviso tra i membri del Team di cura.

3. Il paziente si sottopone a visita presso la struttura diabetologica:

- con le scadenze concordate con il medico di famiglia, (almeno ogni due anni per i pazienti in compenso accettabile e senza complicanze) per eseguire la valutazione complessiva annuale del paziente con diabete mellito stabile (“Controllo Diabetologico Complessivo Periodico”)
- quando si presentino nuovi problemi secondo i criteri di priorit  delle Classi 1-2-3
- con maggiore frequenza da definirsi caso per caso (pur sempre in stretta collaborazione con il medico di famiglia) per i pazienti che presentano complicanze o un controllo metabolico cattivo o instabile.

### **Urgenza diabetologica**

Nelle seguenti situazioni   previsto l'invio al servizio di Diabetologia con Urgenza (con effettuazione della prestazione **entro 48 ore**): (**Classe 1**):

- ✓ sintomatologia suggestiva di scompenso metabolico acuto
- ✓ ripetuti episodi d'ipoglicemia
- ✓ gravidanza in donna diabetica e diabete in gravidanza
- ✓ comparsa d'ulcera del piede o di severe lesioni ischemiche e/o infettive agli arti inferiori

### **Paziente diabetico ad alto rischio di complicanze**

Si tratta di pazienti che prevedono un controllo presso il Servizio di Diabetologia entro:

- **15 giorni (Classe 2):**

- ✓ Nuova diagnosi di complicanza
- ✓ Diagnosi e tipizzazione di diabete all'esordio

- **30 giorni (Classe 3):**

- ✓ Inizio della terapia insulinica
- ✓ HbA1c > 8% in almeno due determinazioni consecutive

## **Diabete Mellito tipo 1**

Questi pazienti necessitano di un costante e continuo controllo e di un intervento “intensivo” da parte del *team diabetologico* al fine di ridurre l’insorgenza di complicanze, come ampiamente dimostrato dal DCCT. Si rendono inoltre talora opportuni interventi diagnostici o terapeutici (microinfusori, holter glicemico, ecc...) che necessitano di competenze e tecnologie specialistiche. In questa logica appare prevalente l’intervento della Struttura specialistica Diabetologica, che dovrà comunque far costante riferimento al medico di famiglia, sia per permettergli di affrontare adeguatamente situazioni cliniche non strettamente diabetologiche, sia per l’indispensabile reciproco intervento sull’ambiente familiare e sul contesto sociale in cui il paziente è inserito.

Pur non essendovi al momento evidenza scientifica certa, lo stesso percorso appare preferibile per il paziente con diabete tipo 2 in terapia insulinica intensiva.

## **Diabete Mellito Tipo 2 con complicanze in atto o altre comorbidità**

Deve essere di volta in volta stabilito, di comune accordo tra medico di famiglia, diabetologo e paziente, il protocollo più idoneo per l’inserimento nel Team di cura di altre figure professionali di specialisti, per un più aggressivo protocollo di management ed eventualmente un più frequente follow-up.

Si allegano le schede per il programma di follow up periodico:

- **Scheda 1** : da compilare da parte del medico di famiglia e inviare alla Struttura specialistica Diabetologica in occasione del “Controllo Diabetologico Complessivo Periodico”.
- **Scheda 2** : da compilare da parte della Struttura specialistica Diabetologica come esito del “Controllo Diabetologico Complessivo Periodico” e rinviare al medico di famiglia.

## SCHEDA 1

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Epoca di insorgenza del Diabete:

Terapia in corso (diabetologica e non):

1.....

4.....

2.....

5.....

3.....

6.....

		<b>Scheda annuale di follow-up</b> *(Minimo indispensabile)				
		3-4 mesi	6 mesi*	9 mesi	1 anno*	
		Data:	Data:	Data:	Data:	
<b>Ogni 3-4 mesi</b>	Glicemia					
	HbA1c					
	Esame urine					
	Pressione Arteriosa					
	Verifica autocontrollo glicemico (se effettuato)					
	Rinforzo educativo (specificare argomento)					
	BMI / Circonferenza vita	/	/	/	/	
<b>Ogni 6 mesi</b>	Ispezione del piede					
	EO Cardiovascolare					
	EO Neurologico					
<b>A 1 anno</b>	Microalbuminuria					
	Creatininemia					
	Uricemia					
	Colesterolo tot.					
	Colesterolo HDL					
	Trigliceridi					
	AST / ALT/ GGT				/	/
	Emocromo+F					
	Calcolo del rischio CV					
	ECG					

Altri esami rilevanti eseguiti:.....  
.....

Problemi aperti:.....

TIMBRO e Firma del Medico

– Indirizzo, numero di telefono ed orario di reperibilità del medico

– Indirizzo E-mail del medico

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, assistito dal Dott. \_\_\_\_\_ e dallo stesso informato sui diritti e sui limiti di cui alla Legge n. 675/96 concernente "la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" **AUTORIZZA** il proprio Medico di Famiglia e, in sua assenza, i sostituti e i medici associati, nonché i medici del Centro Diabetologico a raccogliere, registrare e utilizzare i dati personali ai fini di diagnosi e cura ed ad utilizzare in forma anonima i dati raccolti a scopo di ricerca scientifica ed epidemiologica.

Data

Firma

**S C H E D A 2: "Controllo Diabetologico Complessivo Periodico"**

Cognome:.....

Nome:.....

Visita del: .....

Follow up:

Controllo Urgente:

Altro:  \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI (con particolare riferimento al diabete ed aspetti metabolici )**

---

---

---

**SCREENING E/O STADIAZIONE COMPLICANZE**

**OCCHIO, sintesi:**

---

---

---

**RENE**

Rapporto Albuminuria/Creatininuria:

Altri esami funzionalità renale:

Sintesi \_\_\_\_\_

---

---

**CUORE**

**ECG:**

Sintesi \_\_\_\_\_

---

---

**ARTERIE PERIFERICHE ARTI INFERIORI E SOVRAORTICHE**

Sintesi \_\_\_\_\_

---

---

**NEUROPATIA sensitivo motoria e autonoma**

Sintesi \_\_\_\_\_

---

---

---

PIEDE Indice di Winsor: caviglia dx.:..... caviglia sin.:.....

ISPEZIONE: \_\_\_\_\_

Sintesi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**CONTROLLO DEI FATTORI DI RISCHIO**

Rischio CVD: .....% FORMULA UTILIZZATA:.....

PAOS:..... PAOD:..... PAO-Orto:.....\ .....

**GIUDIZIO COMPLESSIVO SUL CONTROLLO PRESSORIO**

\_\_\_\_\_

**GIUDIZIO COMPLESSIVO SUL CONTROLLO DEI LIPIDI**

\_\_\_\_\_

PESO ... ALTEZZA ... CIRCONFERENZA VITA ... BMI: .....

ATTIVITA' FISICA \_\_\_\_\_

**GIUDIZIO COMPLESSIVO SUL CONTROLLO DEL PESO**

\_\_\_\_\_

**Terapia attuale:**

1..... 4.....

2..... 5.....

3..... 6.....

**Modifiche Terapeutiche Consigliate:**

**Posologia**

**Nota AIFA**

1..... .....

2..... .....

3..... .....



## COMUNICAZIONE MMG - SD

L'obiettivo è rappresentato dalla disponibilità di una base dati informatizzata correlata al Registro Regionale Diabetici, che colleghi e condivida i dati con la cartella clinica informatizzata dei MMG (v.Azione 4 del piano operativo di progetto). In attesa di tale realizzazione si utilizza una lettera ad ogni visita oltre la compilazione delle schede di follow-up periodico.

### AREE DA MONITORARE

Rilevazione trimestrale di:

- N° persone con DM assistiti/MMG secondo il Percorso (MMG)
- N° persone con DM tipo 2 non complicato assistiti secondo il Percorso
- N° persone con DM tipo 2 non complicato controllati come da Protocollo e con valore di HbA1c inferiore a 7 %.
- N° ricoveri di persone con DM per anno.
- Tempo di attesa medio in giorni per accedere alla SD per ciascuna Struttura
- N° persone con DM usciti dal Percorso da più di 6 mesi

Monitoraggio dell'evoluzione nel tempo di alcuni indicatori:

Di processo:

- N° persone con DM monitorati / popolazione residente dell'ASL
- N° persone con DM tipo 2 non complicati / diabetici monitorati
- N° persone con DM tipo 2 con Hb1Ac non patologica / diabetici monitorati
- N° persone con DM usciti dal Percorso / diabetici monitorati
- N° ricoveri di persone con DM / popolazione del distretto.

Di risultato :

- riduzione di almeno 0,5 punti percentuali di HbA1c in due anni per le persone con DM inserite nel Protocollo
- numero di ricoveri e tipologia DRG
- gradimento delle persone con DM nei confronti del Protocollo (attraverso un questionario di valutazione)

## Creazione Commissione Aziendale per l'Assistenza Diabetologica

L'attuazione di questo percorso prevede necessariamente una stretta collaborazione tra MMG, Specialista ed eventuali altri operatori sanitari che operano su un dato territorio. Pertanto si ritiene utile la creazione di una Commissione Distrettuale/Aziendale per l'Assistenza Diabetologica formata da persone in espressione ed in rappresentanza delle figure professionali coinvolte nel progetto: (Per esempio: un diabetologo, uno specialista ambulatoriale quando presente, due medici di famiglia e un'infermiera del Nurse diabetologico, il Responsabile di Distretto ed il Responsabile dell'Unità Operativa di Diabetologia).

Gli obiettivi da raggiungere saranno quelli di una gestione integrata del paziente diabetico attraverso i metodi e gli strumenti sopra proposti attraverso la programmazione e la progettazione degli interventi costruendo percorsi di diagnosi e cura adattati alle varie realtà locali.

L'operatività e la tempistica degli interventi saranno decise in piena autonomia dai membri della Commissione Distrettuale, che comunque dovrà riunirsi con una certa periodicità per verificare eventuali criticità e porre obiettivi di percorso.

### Formazione

Il raggiungimento degli obiettivi, "principali" e "secondari", passa essenzialmente per la "Formazione" intesa come l'esperienza congiunta degli operatori che devono attivare un servizio all'utente. I contenuti della Formazione dovranno essere scientifici, ma prevalentemente di "Disease Management" per assicurare all'operatore-erogatore la conoscenza di tutto il processo di cura della patologia di quel paziente e non solamente la coscienza del suo singolo atto (sia da un punto di vista degli esiti che dei costi) e la sua integrazione nel Team di Cura.

Quindi, uno dei compiti più importanti della Commissione Distrettuale per l'assistenza Diabetologica deve essere quello della formazione degli operatori attraverso incontri per garantire:

- coordinamento
- aggiornamento
- risoluzione di problemi
- verifica degli indicatori
- eventuale correzione dei percorsi