

**PROGETTO PER INTEGRAZIONE, GESTIONE ED ASSISTENZA
AL DIABETE**





1. Introduzione e Contesto applicativo di riferimento

La patologia diabetica è in rapida evoluzione, infatti, oggi colpisce circa 171 milioni di individui nel mondo ed è stato stimato che, vista la rapida crescita della patologia, nel 2030 questo numero sarà raddoppiato.

La patologia diabetica è particolarmente rilevante per le complicanze a carico di numerosi organi ed apparati (complicanze micro e macrovascolari), nonché per l'impatto sulla qualità di vita dei pazienti: in generale l'impatto sulla salute pubblica, con le conseguenti e negative ripercussioni sull'economia sanitaria, è enorme.

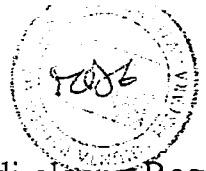
Queste considerazioni sono ormai note agli addetti ai lavori e a dalle evidenze e dai risultati preliminari dello Studio QUADRI (Istituto Superiore di Sanità 2004) emergono alcune criticità relative agli outcome assistenziali studiati nella popolazione diabetica italiana:

L'aderenza alle linee guida sull'assistenza

Si ritiene appropriato, sulla base di Linee Guida Nazionali e Internazionali, che ogni paziente effettui almeno ogni 6 mesi una visita medica con esame dell'apparato cardiovascolare e degli arti inferiori, faccia ogni anno un esame del fondo oculare e la vaccinazione antinfluenzale, e ogni 4 mesi la determinazione dell'emoglobina glicosilata. Per i soggetti trattati con insulina è previsto l'autocontrollo glicemico pluri-quotidiano. Inoltre, le linee guida suggeriscono che tutti i pazienti, oltre i 40 anni o con almeno un fattore di rischio cardiovascolare, assumano regolarmente l'acido acetilsalicilico (ASA). I risultati dello Studio Quadri dimostrano che meno della metà (49%) dei pazienti ha fatto almeno una visita approfondita dal medico di medicina generale o dal centro diabetologo nell'ultimo semestre. Nell'ultimo anno solo il 58% ha effettuato un esame del fondo oculare ed il 42% ha ricevuto la vaccinazione anti-influenzale. Negli ultimi quattro mesi l'emoglobina glicosilata (calcolata sul 67% del conosce l'esame) è stata eseguita nel 66% dei diabetici. Il 56% dei soggetti trattati con insulina il 62% dei diabetici in trattamento insulinico pratica l'autocontrollo glicemico domiciliare almeno una volta al giorno.

Qualità percepita dei servizi

La grande maggioranza dei cittadini (circa il 90%) ritiene che i servizi abbiano orari adeguati, i locali facilmente accessibili e puliti, non si apprezzano differenze significative fra i locali dei Medici di Medicina Generale e i Centri Diabetologici. Circa il 90% della popolazione diabetica è soddisfatta dell'atteggiamento degli operatori sanitari che sono cortesi e disponibili, pronti all'ascolto e chiari nelle spiegazioni. Anche in questo caso il giudizio è sovrapponibile sia per i Medici di Medicina Generale che per i Centri Diabetologici. Per quanto riguarda l'organizzazione complessiva dei Servizi, oltre l'80% dei pazienti con diabete ne è



soddisfatto. Si evidenzia comunque che nei Centri Diabetologici di alcune Regioni un terzo dei diabetici deve aspettare più di un'ora prima per ottenere una prestazione, nonostante oltre l'80% dei Centri lavori "su prenotazione".

Pertanto, verificata l'incompleta aderenza alle raccomandazioni della buona pratica clinica, bisognerebbe introdurre **interventi per l'implementazione delle linee guida con metodi di provata efficacia** (audit e feedback, reminder, ecc.), **approcci innovativi per la gestione integrata della malattia (disease-management, case-management)** ed **il monitoraggio dei più rilevanti indicatori di aderenza alle linee guida**.

Univoca pertanto è la raccomandazione della integrazione tra primary e secondary care con implementazione del disease-management della malattia diabetica.

La risposta a questi problemi è stata postulata nella attivazione del protocollo di intesa AMD-SIMG (Associazione Medici Diabetologi-Società Italiana Medicina Generale), espresso nelle "Linee guida per la gestione integrata del paziente diabetico".

Le esperienze attuali sulla concreta attuazione di tale protocollo hanno purtroppo mostrato alcuni punti di debolezza che sono collegati a:

- organizzazione
- sistemi di comunicazione

Tali criticità, infatti, hanno portato al "fallimento" secondario dei programmi di integrazione tra primary e secondary care. Fallimento individuato nella complessità della comunicazione tra i vari attori del sistema con conseguente perdita di aderenza nei tempi lunghi dei dati condivisi. Le attuali realtà, basate sul cartaceo o su cartelle anche informatizzate, ma residenti, non hanno ancora identificato una soluzione efficace che mettesse il paziente al centro dei vari interventi, senza sovrapposizioni ed inutili duplicazioni di interventi e, soprattutto, senza "volatilità" dei risultati.

Per altro, la esperienza già esistente, e positivamente consolidata, dell'utilizzo della cartella clinica informatizzata (Eurotouch) con archivio centrale unico (nella Regione Marche), con condivisione di dati e pazienti nell'ambito specialistico regionale e linee guida di intervento condivise ed omogenee (benchmarking), ha permesso un evidente miglioramento della pratica clinica e produzione di indicatori per la programmazione, nell'ambito esclusivo dei servizi specialistici.

Attualmente nella Regione Abruzzo esistono 15 centri di diabetologia che gestiscono le informazioni riguardanti pazienti diabetici del territorio regionale: essi se collegati in rete con i MMG del loro territorio potrebbero avere la piena condivisione delle notizie cliniche, senza alcuno sforzo di raccolta/ricerca, e consentirebbe ai pazienti di potersi recare in qualsiasi centro senza essere costretto a sottoporsi ad inutili ripetizioni di esami.

Qualora vi fosse il collegamento in rete tra i vari centri ed i MMG o, in alternativa, tra il centro di riferimento ed i MMG del proprio territorio si potrebbe estrarre una prima fotografia della situazione diabetologica in Abruzzo ed una lista di indicatori di qualità del servizio prestato, procedura che potrebbe essere ripetuta annualmente con estrema semplicità ed offrire utili indicazioni sui possibili miglioramenti assistenziali e gestionali.

Si può pertanto concretamente ipotizzare dell'estensione del sistema già esistente e validato in altre Regioni (Marche), con conseguente condivisione degli archivi e degli interventi con i MMG, che potrebbe essere la soluzione semplice ed efficace del problema nodale di comunicazione che ha inficiato fino ad ora il risultato.



Obiettivi dell'intervento

- Creare fra i MMG, i pediatri di base e i centri specialistici di diabetologia pediatrica e dell'adulto un collegamento bidirezionale con la cartella clinica informatizzata (Eurotouch) già esistente e validata, che renda possibile la comunicazione permanente tra i vari attori del sistema: MMG, pediatri di base, Servizi specialistici, Amministratori, Paziente attraverso uno strumento di facile e sicuro utilizzo identificato nel Web;
- Accrescere l'appropriatezza degli interventi del diabetologo e del MMG e del pediatra, attraverso un incremento della motivazione e della riqualificazione dei MMG e dei pediatri di base sul diabete, una forte opera di sensibilizzazione e aggiornamento rivolta ai MMG, in funzione della condivisione dei dati e dei protocolli con lo specialista e il miglioramento della diagnosi precoce del diabete e della sua prevenzione primaria.

3. Risultati attesi

- 1) Aggiornamento continuo dei dati assistenziali nella cartella clinica;
- 2) Riduzione ricoveri inappropriati per DRG "diabete mellito";
- 3) Riduzione della duplicazione di esami clinici: "budget etico";
- 4) Aderenza alle raccomandazioni della buona pratica clinica (verifica compliance prescrizione farmaceutica etc);
- 5) Motivazione e riqualificazione sull'argomento specialistico del MMG e dei pediatri di base;
- 6) Attuazione della pratica di gestione integrata del diabete Ospedale-Territorio, modulata in funzione di un protocollo nazionale condiviso e della disponibilità/capacità del singolo medico coinvolto;
- 7) Prevenzione primaria del diabete tipo 2 legata alla motivazione e riqualificazione del MMG e del pediatra di base.

4. Descrizione dell'intervento



ATTIVITA'

1° FASE

Estensione dell'archivio unico centralizzato della cartella Eurotouch all'utilizzo via Web.

Realizzazione di un data base contenente solo i dati dei pazienti che accettano la condivisione via WEB dei dati tra Diabetologo e MMG. Questo secondo data base minore, aggiornato in tempo reale con quello maggiore regionale, verrebbe dislocato in sede "sicura" ma fuori della regione e serve per non aprire l'accesso informatico al data base della Regione Abruzzo. Il data base regionale attualmente viene utilizzato dai diabetologi perché all'interno della rete privata della regione. La regione non accetterebbe l'apertura della loro rete privata all'accesso WEB se pur protetto, se non tramite questa duplicazione e decentramento di sicurezza.

Identificazione di:

- amministratori del sistema;
- garante sicurezza: privacy, firma digitale, protocolli d'accesso (ID PW);
- dati sensibili ed indicatori di processo e di risultato.

Per permettere l'accesso e la condivisione esclusivamente dei singoli dati proprietari (utente MMG e/o paziente e/o amministratore potranno accedere ai soli dati proprietari ed a quelli condivisi a seconda del livello di autorizzazione).

Identificazione degli:

- indicatori intermedi
- indicatori di risultato

per permettere la validazione degli outcomes finali.

2° FASE

Coinvolgimento e verifica del sistema nei centri specialistici che saranno di riferimento al sistema

3° FASE

- Individuazione (reclutamento) su base volontaria di 10 MMG e di 10 pediatri di base per ciascuna area dei Servizi di Diabetologia coinvolti
- Formazione all'utilizzo della cartella Eurotouch-Web

- Adattamento e condivisione locale del protocollo di Gestione Integrata AMD-SIMMG tra il singolo Centro ed i MMG collegati con questo tramite 3 riunioni locali
- Condivisione complessiva tra tutti i partecipanti allo studio dei vari adattamenti effettuati localmente sul protocollo di Gestione Integrata AMD-SIMMG tramite 1 riunione generale
- Adattamento e condivisione locale del protocollo di Gestione Integrata tra il Centro di Diabetologia Pediatrica ed i pediatri di base collegati con questo tramite 3 riunioni locali
- Condivisione complessiva tra tutti i partecipanti allo studio dei vari adattamenti effettuati localmente sul protocollo di Gestione Integrata Diabetologia Pediatrica- Pediatri di base tramite 1 riunione generale
-



4° FASE

Attuazione sperimentale protocollo SIMMG-AMD e delle linee guida SFEDP-
Pedatria di base

5° FASE

Validazione degli outcomes dagli indicatori scelti con elaborazione statistica dei
risultati

6° FASE

Ampliamento del progetto ai tutti i centri di diabetologia, ai MMG ed ai pediatri di
base che parteciperanno in funzione di una volontà diretta o di un accordo regionale
basato sulla trattativa locale della nuova convenzione tra Regione e MMG e pediatri
di base.

Cronogramma

- 1° e 2° Fase: tre mesi
- 3° Fase: 2 mesi
- 4° Fase: 1 anno
- 5° Fase: 2 mesi

6° Fase: nel corso della seconda metà del 2006

RISORSE: Materiale Fornitura di rete ADSL ai MMG ed ai pediatri di base
partecipanti;

Realizzazione di un secondo DATA BASE in sede sicura dove
archiviare i dati del paziente da condividere via WEB;

Adattamento a richieste del gruppo del programma WEB attualmente esistente;

Elaborazione statistica dei dati e calcolo degli indicatori;

3 Riunioni locali di un pomeriggio per ogni centro di diabetologia coinvolto nel primo semestre e riunioni semestrali negli anni successivi;

1 Riunione plenaria di tutti i componenti di una giornata.

Umane Un medico (borsista) per ogni centro che segua e verifichi la corretta aderenza alle procedure di implementazione della cartella condivisa;

10 MMG per ogni area territoriale e 10 pediatri di base, individuabili su base volontaria, che partecipino alle varie fasi di formazione e di esecuzione del progetto per la durata dei 12 mesi;

Assistenza tecnica ed informatica on line e/o sul posto per tutti i partecipanti al progetto durante tutto lo studio.



Coinvolgimento di altre regioni

Il modello gestionale descritto è già stato realizzato dalla Regione Marche e potrebbe venire facilmente condiviso anche da altre regioni.

In particolare, poiché nella Regione Abruzzo non è presente un cablaggio di tutti gli ospedali, il modello di riferimento auspicabile consisterebbe nel far risiedere il data base clinico all'interno delle singole Asl e nel permettere il collegamento dei MMG e dei pediatri di base delle singole ASL ai rispettivi data-base (accesso che dovrebbe essere fornito in accordo con le regioni) tramite collegamento internet ADSL. Ciò in favore di una infrastruttura d'interconnessione più semplice, facilmente replicabile ed a vantaggio di una "perdita" solamente parziale dell'unitarietà delle informazioni a livello regionale.

In linea con l'obiettivo generale di riqualificazione dei MMG e dei pediatri di base, il progetto ha come obiettivo l'implementazione, la diffusione ed il miglioramento di corsi di aggiornamento diabetologico (ECM) on line ed "in presenza", già da noi avviati in Abruzzo. In particolare i corsi on line potrebbero avvantaggiarsi dell'alta tecnologia e delle particolari metodologie didattiche già acquisite nella Regione Abruzzo grazie alla presenza dell'Università Telematica "Leonardo da Vinci", a

fronte degli innegabili ed importanti vantaggi economici che gli stessi corsi on line presentano rispetto ai corsi "in presenza".

Costo previsionale di spesa per anno Euro 500.000,00

Articolazione in dettaglio da definirsi rispetto al numero di assistiti su indicazione aggiornata delle singole Ausl.

