

SCHEMA PROGETTO AREA DI COORDINAMENTO SANITA' - ANNO 2015

SCHEMA-TIPO

1. Titolo del progetto: NUOVA ORGANIZZAZIONE DEI PERCORSI DI PREVENZIONE, DIAGNOSI E CURA DEL PIEDE DIABETICO IN REGIONE TOSCANA

2. Azienda USL capofila: AREA VASTA o Gruppo Coordinamento Regionale Piede Diabetico

2.1.Responsabile del progetto: Dr.ssa Lucia Ricci

3. Altre Aziende USL partecipanti: Tutte le Aree Vaste della Regione Toscana.

3.1.Referenti Gruppo di lavoro regionale: Giancarlo Landini, Alberto Piaggese, Roberto Anichini, Stefano Michelagnoli, Sarah Nannelli, Francesco Liistro, M. Laura De Feo, Antonio De Luca, Mario Cecchi, Nicola Troisi.

4. Il progetto riguarda:

Ù tutto il territorio della Regione Toscana

- solo alcune Aziende USL (indicare quali)

.....

5. Tempi di realizzazione (indicare inizio e durata del progetto):

Inizio previsto per Luglio 2015 con durata semestrale della fase organizzativa.

6. Premessa e motivazione del progetto

CONTESTO DI RIFERIMENTO E BISOGNO DAL QUALE NASCE IL PROGETTO

La crescita esponenziale della malattia diabetica e delle sue complicanze croniche, tra cui il piede diabetico, necessita da parte dei sistemi sanitari di un aggiornamento in termini di prevenzione, diagnosi e cura della malattia.

Nonostante la Regione Toscana abbia negli ultimi anni ridotto il numero delle amputazioni maggiori e sia tra i migliori in Italia ed in Europa e lo abbia fatto attraverso l'implementazione di tragitti multidisciplinari e multi professionali gestiti storicamente dai servizi di

Allegato B

Diabetologia, esistono, come mostrano i dati MeS aree non omogenee dove gli indicatori di processo e di esito risultano ancora carenti.

Le varie realtà assistenziali diabetologiche della Regione Toscana producono infatti risultati differenti non solo nei confronti del numero di amputazione maggiori d'arto per diabete, ma anche anche per tassi di rivascularizzazione. Pertanto la variabilità dei risultati nel corso degli anni non è significativamente diminuita.

Il Piano Nazionale Diabete, recentemente recepito con delibera dalla Regione Toscana colloca il Piede Diabetico tra gli ambiti che necessitano di miglioramento e indica l'amputazione maggiore quale unico indicatore di esito nel monitoraggio.

Di fatto questo indicatore è espressione della qualità dell'organizzazione dell'intero percorso assistenziale del PIEDE DIABETICO e ne esprime il fallimento.

Il percorso assistenziale ha lo scopo di migliorare l'esito di questa complicanza, ma dovrà essere concepito alla luce della nuova organizzazione in aree vaste descritta nella LR n° 28 (16.3.2015)

FONTI NORMATIVE GENERALI

NORMATIVA NAZIONALE

- **Il DPCM 23 aprile 2008:** *“Revisione straordinaria dei Livelli essenziali di assistenza”*
- **Piano Nazionale Sulla malattia diabetica Dicembre 2012**
-

NORMATIVA REGIONALE

- **Piani Sanitari Regionali 2002/2004 - 2005-2007 - 2008/2010**
- **Delibera RT 9 dicembre 2003 n°1304** - Linee organizzative per la gestione del piede diabetico.
- **Parere RT n° 22/2014, allegato B PERCORSO PIEDE DIABETICO**
- **Delibera RT n 799 del 29.9 2014.** recepimento accordo Stato Regioni”Piano della Malattia Diabetica” destinazione risorse sanitarie a favore Aziende Sanitarie Toscane, al fine realizzare la progettualità di cura per la malattia Diabetica.
- **Legge regionale numero 28 del 16 marzo 2015** “Disposizioni Urgenti per il riordino dell’ assetto istituzionale e organizzativo del servizio Sanitario regionale.

FONTI ED INDIRIZZI TECNICO-SCIENTIFICI (Linee guida ufficiali di società scientifiche)

1. International Consensus on the Diabeti Foot and Practical Guidelines on the menagement and prevention of diabetic foot. (3 Ediction)
2. ACCF/AHA: Management of patients with peripheral artery disease (Practice Guidelines) [2013]
3. Infectious Diseases Society of America - LG Diabetic Foot Infections [2013]
4. AMD-SID-SICVE-SIRM Consenso trattamento arteriopatia periferica nel diabetico [2012]

5. Standard Italiani per la cura del diabete mellito SID-AMD (ed 2014)
6. Treatment of peripheral arterial disease in diabetes: a consensus of the Italian Societies of Diabetes (SID, AMD), Radiology (SIRM) and Vascular Endovascular Surgery (SICVE). Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2014 Apr;24(4):355-69.

7. Descrizione del progetto:

SCOPO DEL PROGETTO:

- proporre modalità organizzative ed operative attraverso le quali migliorare tutto il percorso e diminuire le amputazioni maggiori, migliorando in particolare i risultati delle ex Aziende USL con tasso più elevato di amputazioni (dati MeS).

- creare una rete di area vasta che garantisca la prevenzione della complicanza attraverso lo **screening precoce**, l'educazione terapeutica, l'**accesso rapido al percorso di cura specialistica**, la presa in **carico da parte del team multidisciplinare** che effettui la precisa diagnosi ed l'adeguato trattamento secondo linee guida condivise dalle società scientifiche.

- **individuazione dei componenti del Team multidisciplinare** (MMG, Diabetologo, Chirurgo Vascolare, Cardiologo, Nefrologo, Radiologo, Infettivologo, Internista, ortopedico...) e multi professionale (medici, infermieri, OSS, Podologi) coordinato dal Diabetologo, con ruoli assegnati e chiarezza degli stessi.

Il Diabetologo ne è il leader ed il responsabile del caso clinico durante il percorso, ed ha il compito di coinvolgere gli altri Professionisti e di informarli sullo stesso.

- Per ogni Area Vasta delineare la **mappa dei centri in cui si tratta il piede diabetico**, stabilendone le caratteristiche in un **PDTA** che preveda almeno un centro leader autonomo (rivascolarizzazione e chirurgia conservativa).

- **PDTA PER CLI NEL PAZIENTE DIABETICO**: creare in ogni Area Vasta il Centro per il trattamento dell'ischemia critica (CLI) per via **endovascolare, chirurgica o ibrida** tale da garantire il miglior esito possibile. La CLI deve essere collocata in un percorso dedicato che valuti anche l'aspetto cardiologico del paziente. A farsi carico di questa fase del percorso assieme al Diabetologo, che comunque è il referente del caso e colui che accompagnerà il paziente dall'inizio alla fine del percorso, dovranno essere il Chirurgo Vascolare, il Cardiologo Interventista ed il Radiologo Interventista che hanno la responsabilità diretta per quanto di competenza.

All'interno del PDTA i Chirurghi Vascolari, i Cardiologi e i Radiologi Interventisti (a seconda delle realtà locali) dovranno disegnare questo percorso.

- **PDTA REGIONALE PER IL PD** che riunisca i due aspetti sopra riportati (percorso piede e percorso CLI).

9. Azioni

OBIETTIVI MISURABILI

1-Numero delle amputazioni maggiori in totale ed in particolare a carico delle ex aziende con numeri maggiori(dati MeS 2007-2014). Si auspica:

dopo 1 anno diminuzione del	5%
dopo 2 anni del	7,5%
dopo 3 anni del	10 % .

2- Aumento PRIME VISITE PER PIEDE DIABETICO con richiesta MMG, espressione dell'invio precoce al Centro.

3- Mappatura PROCEDURE DI RIVASCOLARIZZAZIONE,soprattutto nei vasi sottopoplitei.

4.riduzione numero di ulcere nella popolazione diabetica tramite strumento informatizzato di telemedicina per mappatura ulcere.

5. Numeri Corsi di formazione da attivare sul percorso territorio – ospedale- territorio multidisciplinare e multiprofessionale

6. numero dei PDTA attivati

VINCOLI

1-La Medicina Generale,organizzata o no nel Chronic Care Model, DEVE RIFERIRE SUBITO all'Ambulatorio del Piede il paziente diabetico CON LESIONE DEL PIEDE O STATO PRELESIONALE.

2- Per raggiungere i risultati avvalersi della CONTINUITA' ASSISTENZIALE OSPEDALE /TERRITORIO con prescrizioni scritte adeguate e chiare e revisione continua del caso.

3- Il Diabetologo si impegna a colloquiare con il Territorio come Referente del caso clinico nei confronti del Medico di Medicina Generale e degli Infermieri, inviando relazione e prescrizioni ad ogni visita di controllo.

4- I Responsabili delle Diabetologie si impegnano a mantenere la prima visita per piede diabetico:

- urgente : entro due giorni lavorativi
- ordinaria : entro 15 giorni.

DESCRIZIONE SOMMARIA DEL PROGETTO

La Medicina Generale deve inviare a visita specialistica tutti i pazienti diabetici con lesioni dei piedi o stati prelesionali. Infatti nessuna lesione deve essere considerata semplice o di poca importanza: porre una diagnosi corretta in tempi rapidi ed attivare il team multidisciplinare migliora gli outcomes (il tempo è tessuto, come per il cuore).

Il Diabetologo all'atto della visita assume subito il ruolo di Team Leader con la responsabilità del percorso per quel paziente.

Tutti i Diabetologi che si impegnano nell'assistenza al PD **devono avere organizzato una equipe multidisciplinare e multi professionale** già costituita con referenti per ogni specialità necessaria (Cardiologo Interventista, Chirurgo Vascolare, Radiologo Interventista, Radiologo, Ortopedico, Infettivologo, Internista..), non necessariamente presenti nel proprio ospedale e percorsi preferenziali rapidi e costituiti.

Tutti i Diabetologi responsabili dei servizi invieranno al Referente del Progetto il PDTA della propria realtà assistenziale.

Il Referente ed i Componenti il Gruppo di Coordinamento PD si impegnano a creare un PDTA regionale.

Il percorso potrà essere realizzato e completarsi anche in ospedali diversi, a seconda delle varie realtà e dell'esperienza degli operatori.

Non si esclude ovviamente un passaggio tra Aree Vaste dove indicato per casi complessi, individuando Centri di provata e solida esperienza in particolare per l'interventistica distale e la chirurgia conservativa.

Infermieri e Podologi (dove presenti e si auspica sempre di più) si occuperanno particolarmente :

- della **EDUCAZIONE TERAPEUTICA** alla prevenzione delle lesioni e delle recidive;
- dello screening nella popolazione afferente dagli ambulatori diabetologici e MMG;
- del trattamento locale per le rispettive competenze;
- del follow-up attraverso programmi comuni condivisi a livello regionale.

Per realizzare quanto sopra è indicata la verifica continua della situazione al momento dello start e nei vari step successivi.

La situazione attuale è nota grazie al lavoro congiunto della Commissione per le attività Diabetologiche ed il MeS (2012-15) che ha iniziato fotografando tramite un questionario conoscitivo le realtà organizzative per il piede diabetico, esaminando i punti critici e proseguendo con incontri con diabetologi e chirurghi vascolari.

Partendo da tale lavoro e allo scopo di migliorare gli outcomes e diminuire le amputazioni, si propone l'attuazione di una **FORMAZIONE E VERIFICA ON THE JOB**

Allegato B

Diabetologi esperti del piede, Chirurghi Vascolari , Cardiologi Interventisti si sposteranno bidirezionalmente da Centri a basso volume a quelli ad alto volume e viceversa. Ciò consentirà di migliorare:

- la prevenzione e diagnosi precoce
- l'expertise sul piede(manovre chirurgiche di base ed avanzate, modalità di trattamento, scarico..)
- le rivascolarizzazioni, sia per qualità che per quantità

prevenzione ed indagine precoce

FAST TRACK STRATEGY : è assolutamente indispensabile la **presa in carico immediata multidisciplinare** dei casi urgenti, sia di primo accesso sia in caso di peggioramento clinico in corso di trattamento. Un Centro che non sa garantire tale strategia non deve occuparsi di piede diabetico.

COMMUNITY OF PRACTICE:

Ogni candidatura all'amputazione maggiore deve essere discussa e condivisa con i colleghi che hanno finora ottenuto i risultati migliori quanto a numero di amputazioni maggiori, sia Diabetologi che Chirurghi Vascolari o Cardiologi Interventisti.

Ogni momento critico del percorso deve essere ragionato con i centri di solida esperienza .

10. Indicatori di realizzazione

DESCRIZIONE DEI PRINCIPALI RISULTATI DEL PROGETTO

A- INCLUSI NEL PROGETTO:

- ORGANIZZAZIONE AMBULATORIO ATTREZZATO DI BASE PER PIEDE DIABETICO IN TUTTE LE DIABETOLOGIE(descrivi attrezzature di default)
- ORGANIZZAZIONE AMBULATORIO COMPLESSO ALMENO IN OGNI SEDE DI AREA VASTA, COMPRENSIVO DI TECNOLOGIE , ACCESSO ALLA SALA OPERATORIA, ALLA SALA DI EMODINAMICA CON OPERATORI ABILI NELLA RIVASCOLARIZZAZIONE DISTALE FINO AL PIEDE
- INFORMATIZZAZIONE
- PER I DIABETOLOGI: CORSO DI CHIRURGIA DI BASE

Allegato B

- PER I RIVASCOLARIZZATORI : FREQUENZA PRESSO SALE DI EMODINAMICA CON COMPROVATA ESPERIENZA SULLA RIVASCOLARIZZAZIONE SOTTOPOPLITEA FINO AL PIEDE E SUI VARI DEVICES
- FORMAZIONE ON THE JOB
- STESURA DI PDTA DI AREA VASTA, PARTENDO DOVE ESISTENTI DA PDTA EX USL.

B- NON INCLUSI NEL PROGETTO

- ATTREZZATURE PER TELEMEDICINA(necessità di trasmettere immagini per consulenza)che in molti casi serviranno per la Community of Practice
- STRUMENTO INFORMATICO OMOGENEO
- Sito web con possibilità di interattività tra operatori
- E-Learning su corsi attivati sul territorio.

MILESTONES PRINCIPALI

a 3 mesi : ambulatori attrezzati ed equipe organizzata

definizione ed avvio dei corsi di chirurgia di base e formazione rivascolarizzatori on the job

a 1 anno 5% amputazioni in meno rispetto all'anno precedente

a 2 anni 7%

a 3 anni 10 %.

Risorse: da valutare

SCHEMA RIASSUNTIVO:

Analisi del contesto di riferimento

Fonti normative generali

SCOPO DEL PROGETTO:

-diminuire le amputazioni d'arto nelle realtà con maggiori numeri, attraverso una verifica delle modalità organizzative , la stesura di un PDTA singoli che convergano in PDTA di area vasta e di regione.

Allegato B

- Obiettivi misurabili:

1-numero amputazioni maggiori a 1-2-3 anni(-5%,-7,5%, -10%);

2-aumento prime visite con richiesta MMG;

3- aumento procedure di rivascolarizzazione, soprattutto distali.

VINCOLI:

1- invio precoce pazienti(MMG);

2- collaborazione con Continuità assistenziale Ospedale/Territorio

3- prima visita per piede diabetico: urgente <due giorni; ordinaria< 15 giorni.

DESCRIZIONE PROGETTO:

Costituzione **TEAM MULTIDISCIPLINARE e MULTIPROFESSIONALE** con Diabetologo leader;

il Diabetologo invia al Referente Progetto il PDTA della propria realtà assistenziale;

Il Gruppo di Coordinamento stende un **PDTA regionale**(le varie azioni possono essere collocate in ospedali diversi all'interno dell'area vasta e sono previsti passaggi tra aree vaste)

FORMAZIONE E VERIFICA ON THE JOB(Diabetologi, Chirurghi Vascolari, Cardiologi e Radiologi Interventisti si sposteranno bidirezionalmente da centri a basso volume a quelli ad alto e viceversa dove confronteranno le rispettive esperienze ed acquisiranno expertise di chirurgia di base e tecniche di rivascolarizzazione).

FAST TRACK STRATEGY: presa in carico immediata multidisciplinare dei casi urgenti (primo accesso e peggioramento clinico al follow-up)

COMMUNITY OF PRACTICE: ogni candidatura all'amputazione maggiore deve essere discussa e condivisa con centri che raggiungono migliori risultati (**dati MeS**)

PRINCIPALI RISULTATI DEL PROGETTO: inclusi e sopra riassunti; non inclusi (telemedicina per consulenza, strumento informatico omogeneo, sito web, e-learning su corsi attivati sul territorio)

11. Cronogramma generale

Obiettivi/Azioni	Mese																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Formazione dei formatori							X		X	X	X	X												

Allegato B

4 Incontri/eventi formativi	
5 Spese generali	20.000
.....	
Totale	70.000

Data 10 Maggio 2015