

CONVEGNO MACROREGIONALE
AME DAY



20/21
MAGGIO 2016



Percorsi diagnostico-terapeutici nel diabete mellito: differenze tra i sistemi sanitari regionali

Firenze 20 maggio 2016

dott. Massimo Bracaccia
Responsabile Diabetologia Aziendale
ASL Umbria n. 2

Il Dr. Massimo Bracaccia
dichiara di **NON** aver ricevuto negli ultimi due anni
finanziamenti da **Aziende Farmaceutiche e/o Diagnostiche**.

Ha ricevuto compensi per relazioni da:

Eli Lilly
Sanofi Aventis
Novo Nordisk
Novartis
Bristol Myers Squibb
Astra Zeneca
Menarini

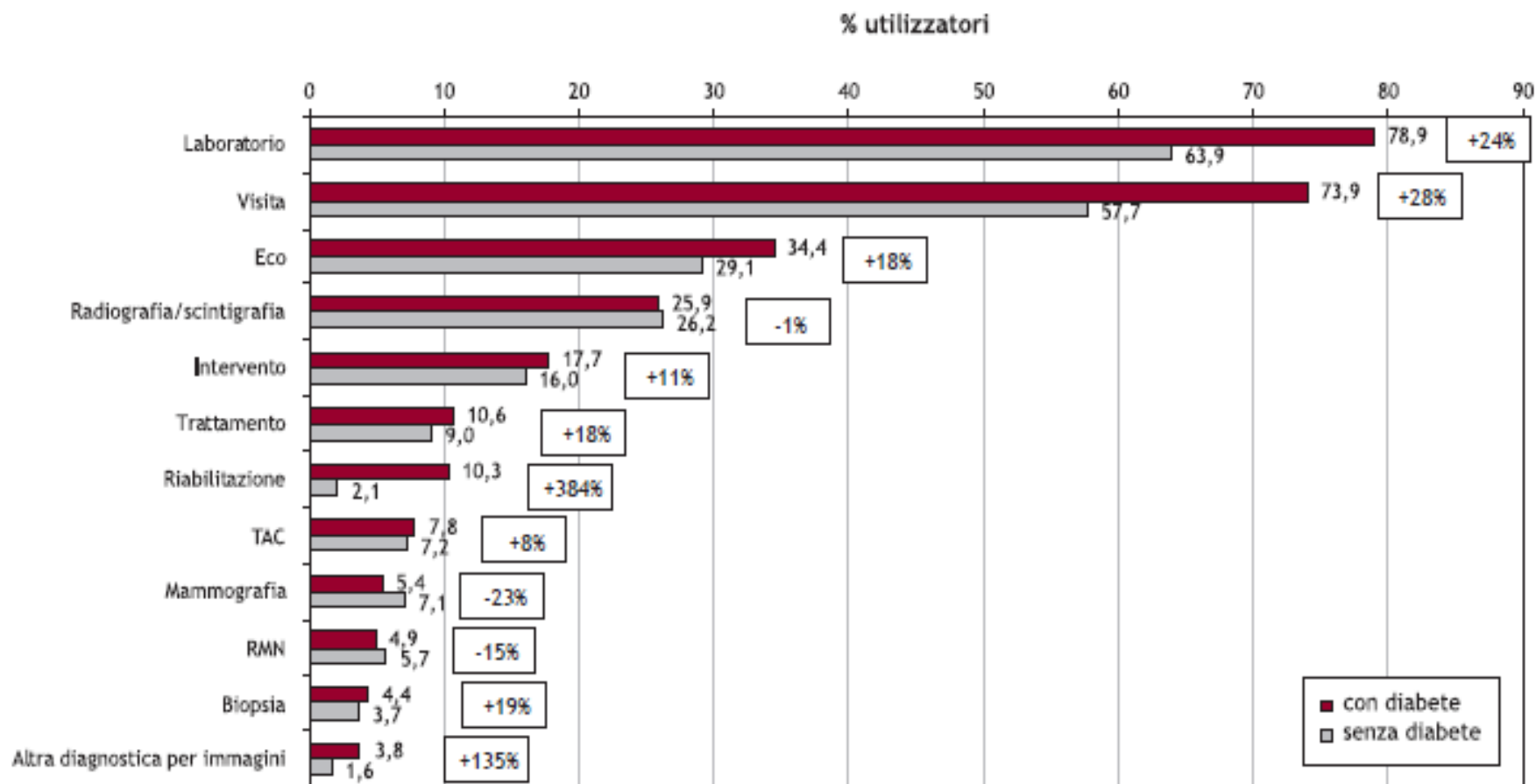
Il Dr. Massimo Bracaccia dichiara di NON aver alcun conflitto di interesse

IL DIABETE MELLITO

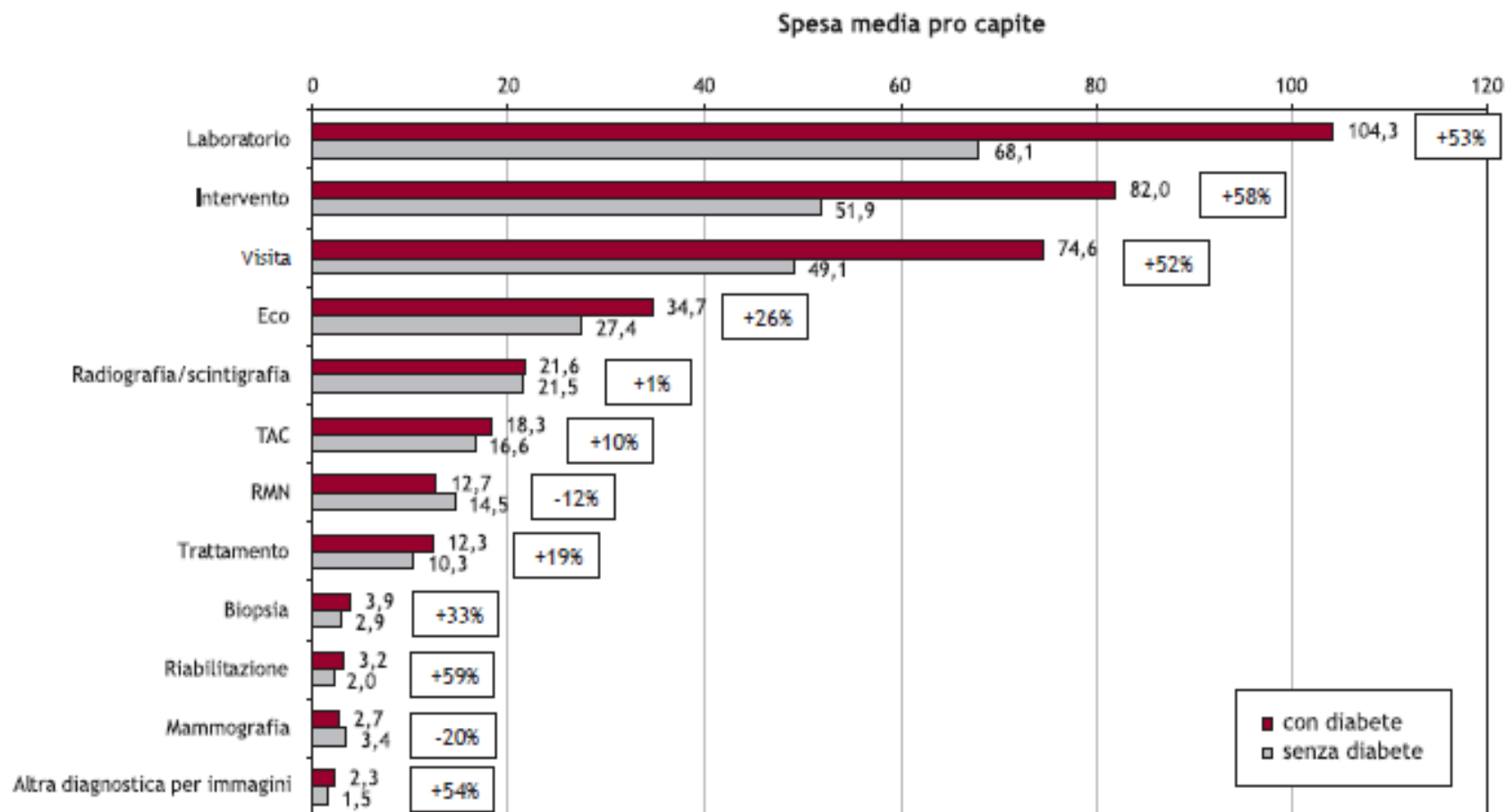
Dati epidemiologici

- **ELEVATA PREVALENZA (previsione di un aumento esponenziale!)**
- **ELEVATA INCIDENZA**
- **CARICO ASSISTENZIALE IMPORTANTE (+ 15 -20% di primi accessi)**
- **ELEVATI COSTI (10% spesa sanitaria) così ripartiti:**
 - 57 % costi (diretti) di ospedalizzazione per complicanze acute e croniche
 - 7 % farmaci specifici per il diabete
 - 18 % prestazioni ambulatoriali
 - 18 % farmaci per il trattamento di patologie associate

Frequenza utilizzo prestazioni specialistiche



Spesa procapite media per tipologia di prestazioni specialistiche



IL DIABETE MELLITO

Come uscire dal tunnel ?

- 1. LA MODIFICA DEGLI STILI DI VITA** , così come dimostrato da recenti studi internazionali di intervento sulla popolazione generale a rischio elevato di sviluppare la malattia, riduce di circa il 60% la manifestazione clinica della malattia (maggior impegno di risorse per l'educazione sanitaria e la prevenzione);
- 2. LA SINERGIA** tra l'Assistenza Specialistica dei SD e la Medicina Generale , così come dimostrato da studi italiani, riduce del 65 % i ricoveri ospedalieri, triplica la probabilità che la persona diabetica sia seguita secondo LG, riduce significativamente la mortalità CV;
- 3. L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA STRUTTURATA**, intesa come processo di empowerment teso allo sviluppo delle competenze e dell'autogestione dei soggetti diabetici e dei loro familiari, è uno strumento duttile ed efficace per migliorare l'Assistenza e raggiungere obiettivi di efficacia ed appropriatezza. Il diritto all'Assistenza deve essere coniugato con il dovere di un'autogestione della malattia consapevole e responsabile, finalizzato a contenere sprechi (stima – 15%) e perseguire migliori esiti di salute ;
- 4. L'OTTIMIZZAZIONE DEL RAPPORTO OSPEDALE/TERRITORIO E DELLA GESTIONE DELLA PERSONA CON DIABETE PRIMA, DURANTE E DOPO IL RICOVERO IN OSPEDALE**, al fine di ridurre i ricoveri inappropriati e la durata delle degenze.

ASSISTENZA INTEGRATA

definizione

Una partecipazione congiunta dello Specialista e del MMG in un programma stabilito d'assistenza nei confronti di persone con patologie croniche in cui lo scambio d'informazioni, che vanno oltre la normale routine, avviene da entrambe le parti e con il consenso informato del paziente

LA LEGISLAZIONE

Legge 115/1987

“Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito”

Fortemente voluta dalla FAND (Federazione Nazionale Associazioni Diabetici) e supportata dalle Società Scientifiche Diabetologiche, si prefiggeva di regolamentare ed organizzare il settore della diabetologia in Italia, istituendo i Servizi Specialistici di Diabetologia, attribuendo un grosso rilievo alla prevenzione e stabilendo la fornitura gratuita dei presidi diagnostici; entrava altresì nel merito della collaborazione con il MMG, figura d'importanza fondamentale nell'**assistenza integrata** al diabetico.....

LA LEGISLAZIONE

Atto d' intesa Stato-Regioni: legge 28 agosto 1988, n° 400

Ha l' intento di uniformare la disciplina trattata dalla legge 115: nell' allegato 2 sono specificati i criteri d' istituzione delle Strutture Diabetologiche ed i parametri organizzativi delle stesse. Il sistema integrato di prevenzione ed assistenza risulta articolato nei seguenti Servizi:

- Assistenza di base (MMG-Distretti Sociosanitari)
- Servizi specialistici ambulatoriali diabetologici
- Servizi di diabetologia pediatrici
- Servizi di diabetologia ospedalieri

IL DISTRETTO SOCIO SANITARIO è posto al centro del sistema assistenziale in quanto:

1. Elemento di supporto all' attività diabetologica del MMG
2. Momento di raccordo tra le attività del MMG e le strutture diabetologiche
3. Momento di integrazione operativa tra il piano d' intervento sul diabete ed altri ad esso correlati

IL MMG ha un ruolo primario nelle indagini epidemiologiche sul territorio e sui programmi d' educazione, nella prevenzione, nella diagnosi e nella conduzione della terapia, in stretta collaborazione con le strutture specialistiche

I SERVIZI DI DIABETOLOGIA devono:

1. Garantire la disponibilità di un' assistenza plurispecialistica
2. Assicurare le varie consulenze
3. Attuare i programmi d' educazione sanitaria
4. Partecipare all' organizzazione ed al coordinamento delle attività diabetologiche dei distretti
5. Assistere il MMG per l' esecuzione di protocolli terapeutici ed epidemiologici

LA LEGISLAZIONE

Legge 502/92

“Riordino delle discipline in materia sanitaria”: provvede ad identificare nei compiti istituzionali dell’azienda sanitaria l’area di prevenzione, non solo ambientale, ma anche delle malattie croniche ad alto impatto sociale (art.1), come il diabete mellito.

Legge 517/93

“Disciplina dei rapporti tra Servizio Sanitario Nazionale ed Università”: stabilisce la cooperazione ed integrazione tra servizio sanitario e università (art.1), individua le attività di prevenzione (art.4) ed esorta l’attuazione dei piani sanitari regionali e nazionali.

Piano Sanitario Nazionale 1994-96

Ribadisce che “tra le aree d’intervento prioritario, è compresa la completa attuazione della normativa sulla prevenzione, assistenza e cura delle patologie diabetiche di cui alla legge 115/87, in particolare attivando un sistema integrato, fondato su attività di primo e secondo livello diffuse sul territorio...”

Legge 229/99

“Le regioni definiscono le funzioni assistenziali nell’ambito delle attività che rispondono alle seguenti caratteristiche generali: programmi a forte integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento all’assistenza per patologie croniche, di lunga durata, recidivanti...”

LA LEGISLAZIONE

Per l'attuazione del **PSN 2003-2005**, vengono individuate 5 linee prioritarie, di cui la quinta prevede la prevenzione delle complicanze del diabete, attraverso l'attuazione di programmi di gestione della malattia (**disease management**). Il piano di prevenzione attiva recita:

“L'adozione di programmi di disease management si è rivelata efficace nella prevenzione delle complicanze del diabete. Per disease management si intende una nuova strategia di gestione delle malattie croniche, e in particolare del diabete, che prevede i seguenti elementi peculiari:

- *Partecipazione attiva del paziente nella gestione della sua malattia attraverso programmi di educazione e supporto svolti a livello della rete primaria di assistenza*
- *Attivazione di una schedulazione di sistemi atti a garantire la regolare esecuzione di un set di controlli periodici da parte del paziente*
- *Attivazione di un sistema di monitoraggio su base informatizzata “*

> Per questo, il Piano di prevenzione attiva prevede l'identificazione dei pazienti diabetici attraverso l'iscrizione in appositi registri e l'integrazione in rete delle strutture territoriali della prevenzione, dell'assistenza primaria e dei centri diabetologici per implementare programmi di gestione integrata della malattia.

DISEASE MANAGEMENT

- E' un modello assistenziale che nasce dalla necessità di migliorare l'efficacia clinica coniugandola con quella di ottimizzare le risorse ed i costi, in una logica di miglioramento continuo e d'integrazione tra i **“diversi saperi professionali”**
- Rappresenta una risposta organica alla frammentazione della cura, al trattamento inappropriato ed alla deviazione dalle linee guida
- Prevede la produzione di **“un programma sanitario”** che consiste fondamentalmente in un **protocollo diagnostico-terapeutico condiviso da tutti gli operatori sanitari interessati**, ricavato dalle LG nazionali e/o internazionali ed integrato dalla conoscenza delle risorse utilizzabili
- Tutti gli operatori debbono essere informati e formati alla gestione del sistema

“Il diabete mellito è una patologia in cui l'applicazione del DM può essere di grande utilità: è, infatti, una malattia ad elevata prevalenza, di lunga durata, costosa per morbilità e mortalità, complessa perché alla cura del diabetico concorrono diverse figure sanitarie, spesso integrate fra loro”



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E
DELL'ORDINAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

DIREZIONE GENERALE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Commissione Nazionale Diabete

**Documento per la formulazione e l'implementazione di un
Piano Strategico Nazionale sulla malattia diabetica**



Piano sulla Malattia Diabetica

Vision del Piano

- essere focalizzato sulla popolazione in generale ponendo particolare attenzione ai bisogni degli individui;
- porre particolare enfasi sulla prevenzione e sulla riduzione dei fattori di rischio
- contemplare la partecipazione della comunità nel processo assistenziale, anche attraverso il volontariato attivo
- promuovere il ruolo degli erogatori delle cure primarie nella prevenzione e nella assistenza alla persona con diabete

- passare da modelli tradizionali (con ruoli tendenzialmente "isolati" degli attori assistenziali) a modelli basati sulla interdisciplinarietà, differenziando e dando visibilità alle varie componenti della funzione assistenziale, in una logica di reale integrazione di sistema (attraverso una alternanza continua di "presa in carico" della persona con diabete a seconda dei vari stadi della patologia e della sua complessità)

I PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI-ASSISTENZIALI (P.D.T.A.)

- Denominati anche Percorsi clinico-assistenziali o Percorsi del paziente
- Costituiscono percorsi di cura che un paziente segue per risolvere un problema di salute, descritti come **migliori**, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse disponibili, sequenza spazio-temporale delle attività di cui si compone il percorso stesso
- Rappresentano uno degli strumenti più importanti a disposizione per lo sviluppo dell'appropriatezza dell'assistenza, soprattutto per quanto riguarda l'efficacia, l'equità di accesso e l'efficienza
- Consentono, attraverso l'applicazione locale di LG condivise tra professionisti e con una chiara esplicitazione dei rispettivi setting assistenziali (MMG e Specialista), di attuare strategie di gestione delle patologie, soprattutto croniche, tese da un lato alla diagnosi precoce delle patologie con gli accertamenti necessari, dall'altro all'attuazione di azioni terapeutiche e di prevenzione secondaria in grado di ritardare il più possibile la progressione della patologia stessa e l'insorgenza delle complicanze.

IL RUOLO DEL MMG

(protocollo SIMG-SID-AMD)

- 1. IDENTIFICAZIONE** della popolazione a rischio aumentato di malattia tra i propri assistiti
- 2. DIAGNOSI PRECOCE** di malattia tra i propri assistiti
- 3. IDENTIFICAZIONE** tra i propri assistiti delle donne con diabete gestazionale
- 4. PRESA IN CARICO**, in collaborazione con i SD, delle persone con diabete e condivisione del Piano di Cura personalizzato
- 5. VALUTAZIONE PERIODICA**, mediante l'attuazione della Medicina di Iniziativa, delle persone con diabete secondo il Piano di Cura adottato, finalizzata al buon controllo metabolico, alla prevenzione ed alla diagnosi precoce delle complicanze
- 6. EFFETTUAZIONE**, in collaborazione dei SD, di interventi di educazione sanitaria e counselling delle persone a rischio e delle persone con diabete rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti ed all'autogestione della malattia
- 7. MONITORAGGIO** dei comportamenti alimentari secondo il Piano di Cura personalizzato
- 8. RACCOLTA** dei dati clinici in maniera omogenea con il SD di riferimento, mediante cartelle cliniche condivise in formato elettronico

IL RUOLO DEL SERVIZIO DI DIABETOLOGIA (protocollo SIMG-SID-AMD)

- 1. GESTIONE CLINICA DIRETTA**, in collaborazione con i MMG, dei soggetti con:
 - diabete tipo 1
 - grave instabilità metabolica
 - complicanze croniche in fase evolutiva
 - trattamento mediante infusori s.c. continui d' insulina
- 2. INQUADRAMENTO** dei soggetti diabetici neodiagnosticati, con formulazione del piano di cura personalizzato e condiviso
- 3. VALUTAZIONE PERIODICA** dei pazienti diabetici di tipo 2 seguiti con il protocollo di gestione integrata, dai MMG
- 4. PRESA IN CARICO**, in collaborazione con i MMG, dei pazienti: con diabete tipo 2 con serio squilibrio metabolico, in previsione di una futura gravidanza, con gravidanza in atto, con diabete gestazionale, in previsione e preparazione di interventi di chirurgia maggiore
- 5. AGGIORNAMENTO** ai MMG per complicanze della malattia diabetica che necessitano di un approccio multispecialistico integrato
- 6. IMPOSTAZIONE DELLA TERAPIA NUTRIZIONALE**
- 7. TERAPIA EDUCAZIONALE**
- 8. COORDINAMENTO** dell'attività clinica, formativa, epidemiologica e gestionale nell'assistenza diabetologica

LINEE GUIDA PER LE VISITE PRESSO IL SERVIZIO DI DIABETOLOGIA

A. PROGRAMMATE

- Al momento della diagnosi
- Almeno una volta l'anno per i diabetici tipo 2 stabili per una revisione generale sul compenso e sulle complicanze, o con una frequenza stabilita in base al piano di cura individualmente formulato
- Ad intervalli programmati per i diabetici tipo 1 o diabetici tipo 2 insulino-trattati o con complicanze acute o in fase evolutiva

B. NON PROGRAMMATE

- Inadeguato compenso metabolico
- Complicanze neurologiche, renali, oculari, vascolari (incipienti o in attp)

ESEMPI :

- ripetuti episodi di ipoglicemia
- glicemie > 400 mg/dl (emergenza)
- glicemie post-prandiali > 200 mg/dl o > 180 mg/dl a digiuno
- ripetuti episodi infettivi (es. urinari)
- modificazioni del visus
- neuropatie periferiche
- lesioni trofiche iniziali del piede
- comparsa di alterazioni della funzionalità renale
- dopo ricovero ospedaliero di qualsiasi natura
- altre

LINEE GUIDA PER IL RICOVERO OSPEDALIERO

A. RICOVERI URGENTI

- Chetoacidosi inaugurale od intercorrente
- Iperosmolarità non chetosica: compromissione dello stato mentale ad elevata osmolarità plasmatica (<315 mOsm/kg) in soggetti con iperglicemia severa (> 400 mg/dl)
- Ipoglicemia grave (< 50 mg/dl) con neuroglicopenia senza pronta risoluzione della compromissione del sensorio con il trattamento
- Complicanze acute dell' apparato cardiovascolare
- Stato tossi-infettivo per gangrena diabetica
- Ischemia critica degli arti inferiori

B. RICOVERI PROGRAMMABILI

- Esecuzione di procedure diagnostico-terapeutiche invasive
- ?

INTEGRAZIONE TRA I LIVELLI DI ASSISTENZA DIABETOLOGICA

PUNTI DI FORZA (POTENZIALITA')

1. L' integrazione totale tra Primary e Secondary care
2. Il controllo dei costi
3. La possibilità reale della valutazione degli outcomes
4. L' elevato livello di qualità delle prestazioni rese
5. L' elevato livello di appropriatezza delle stesse prestazioni, con netta riduzione dei tempi di attesa ed aumento della fruibilità
6. L' elevato grado di coinvolgimento del paziente
7. La concreta possibilità di attuare la prevenzione della patologia a tutti i livelli

PUNTI DI DEBOLEZZA

1. La possibilità che il sistema sia governato più dal controllo dei costi che dalla reale necessità d' assistenza del paziente
2. I maggiori costi legati alla necessità d' investimento in formazione professionale, in organizzazione ed in sistemi di comunicazione informatizzati

ANALISI DEL SISTEMA ORGANIZZATIVO ATTUALE

Riflessioni (1)

PUNTI DI FORZA

1. La possibilità per il cittadino di ricevere qualunque prestazione sanitaria
2. La possibilità per il MMG di decidere i percorsi assistenziali dei pazienti
3. La pluralità dei punti di erogazione delle prestazioni
4. La capillarità sul territorio delle strutture di 1° e 2° livello d' erogazione

PUNTI DI DEBOLEZZA

1. Potenziale inappropriatezza delle richieste di prestazione, con conseguente aumento dei tempi d' attesa e sostanziale scarsa fruibilità
2. Totale anarchia nella definizione delle risorse umane per le strutture di 2° livello e loro elevata disomogeneità organizzativa (Servizi ospedalieri, territoriali, Strutture esterne convenzionate, ect)
3. La scarsa comunicazione tra le diverse strutture eroganti le prestazioni, sia di 1° che di 2° livello
4. La mancanza di disponibilità dei dati a tutti gli operatori

ANALISI DEL SISTEMA ORGANIZZATIVO ATTUALE

Riflessioni (2)

I due livelli di assistenza (MMG e Servizi di Diabetologia) spesso si trovano a lavorare in modo scoordinato e/o contrapposto. Ciò determina i seguenti problemi:

- Duplicazione d' interventi
- Ricoveri inappropriati e/o evitabili
- Difficoltà d' accesso ai servizi da parte dei diabetici
- Carico di lavoro per i Servizi sproporzionato e improprio con appiattimento delle prestazioni
- Demotivazione e perdita di professionalità da parte dei MMG
- L' approccio tipico della Medicina di Attesa si rileva fallimentare, in quanto porta il Sistema a mobilitarsi e ad intervenire su un "danno" spesso ormai consolidato

IL DIABETE COME MODELLO

Approccio proattivo: la Medicina di Iniziativa

- Avere un "**approccio proattivo**" significa riorganizzarsi sia dal punto di vista tecnologico che delle metodologie e soprattutto delle competenze, in modo che il sistema sia in grado di percepire anticipatamente le tendenze ed i cambiamenti futuri per pianificare le azioni opportune in tempo;
- L'alta comorbilità e complessità impongono l'intervento di più figure sanitarie mediche e non mediche che lascino al centro il paziente ed una rete assistenziale in cui i vari nodi interagiscano e collaborino;
- Passare dal SINGOLO al TEAM/GRUPPO, dall' ATTESA alla CHIAMATA ATTIVA, dalla PRESTAZIONE al PIANO ASSISTENZIALE (PDTA);
- La Sanità di Iniziativa è dunque una modalità diversa di produrre Salute: un cambiamento sostanziale di rotta indispensabile per rispondere alla sfida della cronicità e concorrere alla stabilità del SSN.

IL DIABETE COME MODELLO

La Medicina di Iniziativa

- **RAZIONALE**

Un percorso può essere realizzato dall'azione di un team assistenziale che aiuta e accompagna il paziente in buon controllo metabolico e senza complicanze, a conoscere meglio ed a gestire in modo appropriato la propria malattia. Il criterio è proprio quello di far sì che **la presa in carico del paziente non avvenga solo da parte di una singola figura professionale, es. il Medico di Medicina Generale (MMG) o lo specialista, ma da parte di un intero team assistenziale** che intervenendo in tempi stabiliti ed effettuando azioni concordate e condivise (PDTA), riesca a seguire in modo appropriato lo stesso paziente.

- **OBIETTIVI:**

-**Migliorare** la presa in carico del paziente affetto da diabete mediante un approccio attivo che garantisca una continuità delle cure da parte degli operatori sanitari

-**Migliorare** l'autonomia decisionale e l'autocura dei pazienti

- **ATTORI** del percorso assistenziale sono:

- il paziente

- il MMG

- lo specialista diabetologo

- l'infermiere,

- il podologo

- il dietista

- altri specialisti (cardiologo, oculista, ecc)

- il responsabile/medico del CdS

IL DIABETE COME MODELLO

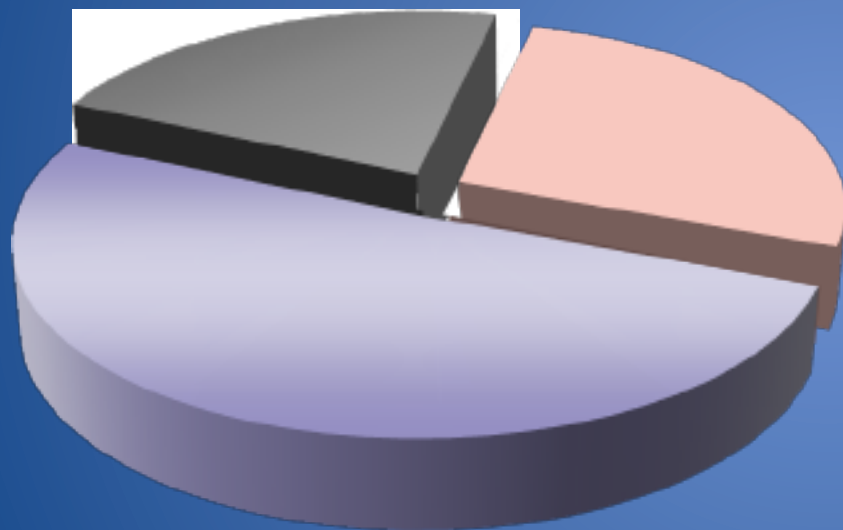
La rete informatica regionale

E' il caposaldo di questa rivoluzione culturale perché permette la comunicazione tra i vari livelli di Assistenza Diabetologica: la sua recente realizzazione è stata fortemente auspicata e perseguita negli ultimi anni dalle Sezioni Regionali delle Società Scientifiche (SID, AMD, SIMG) e dalla Regione Umbria in quanto risulta essere:

- **un sistema efficace** di comunicazione e di integrazione multidisciplinare che favorisce lo scambio continuo di informazioni fra le varie Strutture Diabetologiche ed i MMG per una gestione efficace ed efficiente dell'Assistenza centrata sulla Persona, evitando duplicazioni degli interventi e migliorando l'accesso ai Servizi e la fruibilità delle prestazioni;
- **uno strumento** che permette la verifica ed il monitoraggio delle attività mediante indicatori di processo e di esito che sono oggetto di analisi ed audit clinico periodici per la valutazione dell'appropriatezza, della performance e della qualità dell'assistenza, nonché il censimento dell'offerta specialistica. L'audit clinico è in grado di innescare il "circolo virtuoso" del miglioramento, stimolando i professionisti verso l' "accountability" e l'aggiornamento continuo delle conoscenze (education and training);
- **una banca dati** di valore epidemiologico relevantissimo.

USO DELLA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA IN ITALIA

Il 78% dei diabetologi dichiara di utilizzare cartelle cliniche informatizzate



22%

Cartelle cliniche cartacee

27%

Sia cartelle cliniche
informatizzate sia cartacee

51%

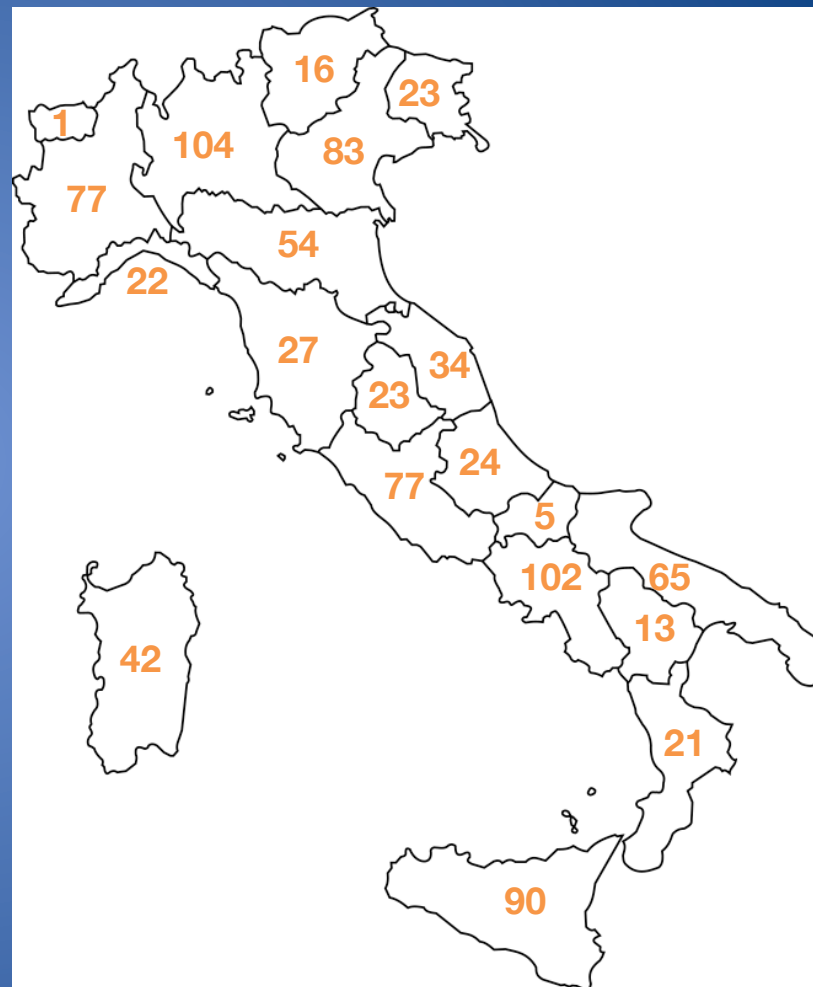
Cartelle cliniche informatizzate

LA DIFFUSIONE DI MYSTAR CONNECT® IN ITALIA

MyStar Connect è la cartella clinica
verticale più diffusa nei centri di diabetologia

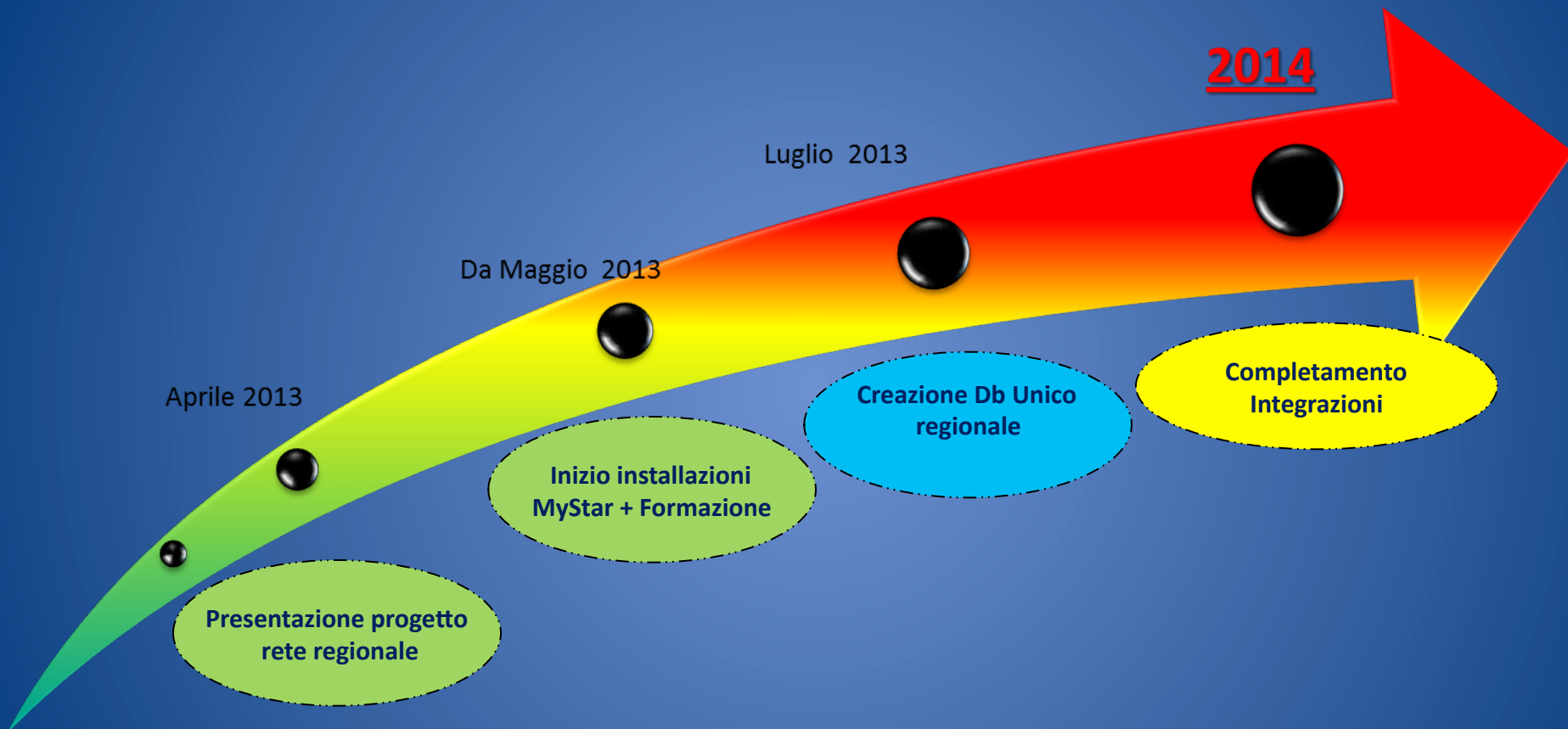
888 Centri

Reti regionali:
Marche, Umbria, Basilicata



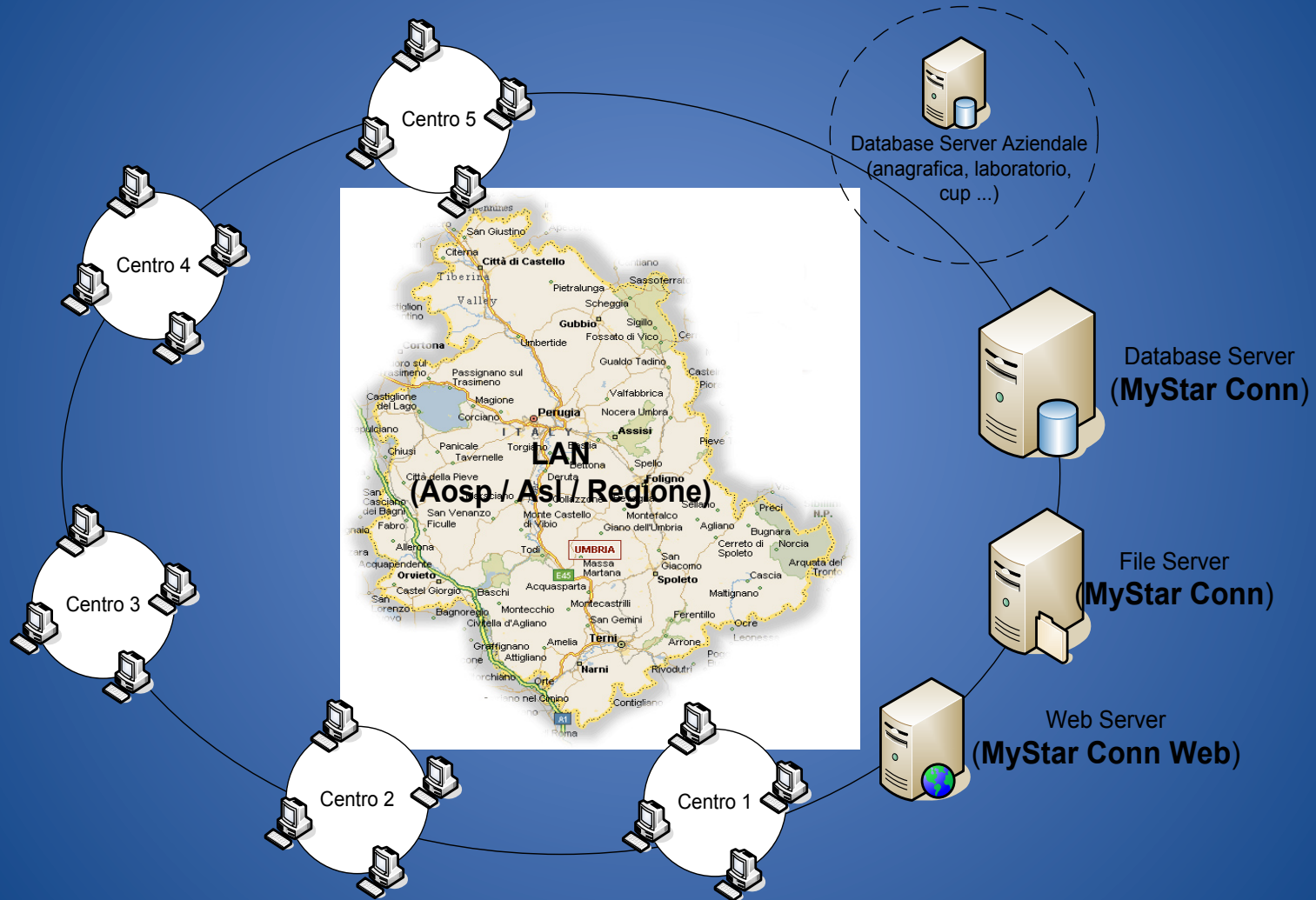
Aggiornamento Luglio 2015

La progettualità della Rete regionale umbra



Struttura e architettura multicentro – realizzazione

Schema MyStar Connect Multicentro con singolo File Server



Rete Regionale dell' Umbria con MyStar Connect

- 1 Perugia
- 2 PS Giovanni
- 3 Ellera
- 4 Assisi
- 5 Castiglione L
- 6 Città Pieve
- 7 Magione
- 8 Pantalla
- 9 Foligno
- 10 Spoleto
- 11 Norcia
- 12 Cascia
- 13 Bastardo
- 14 Terni
- 15 Amelia
- 16 Narni
- 17 Orvieto
- 18 Az osp Tr
- 19 Misem
- 20 Curiamo
- 21 Pediatria PG



- 22 Branca
- 23 Umbertide
- 24 Città di Castello
- 25 Fabro
- 26 Orvieto Scalo

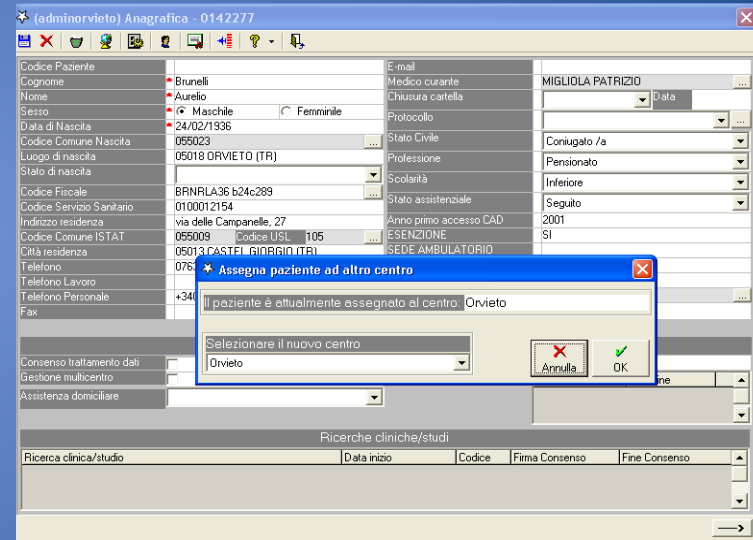
Archivio UNICO
presso
Centro Servizi Regionale (TR)
Piattaforma Tecnologica Condivisa

Proposta e condivisione “Data set minimo”

I Moduli interessati sono:

1. Anagrafica
2. Anamnesi
3. Esami
4. Prescrizione
5. Complicanze
6. Documenti preimpostati:

- Referto ambulatoriale
- Attestato presenza
- Esenzione Ticket
- Certificato presidi
- Certificato Patente
- Piani terapeutici
- ...



INDICATORI AMD

pazienti diabetici di tipo 1 e 2

Indicatori generali



01 – Distribuzione per classificazione diabete

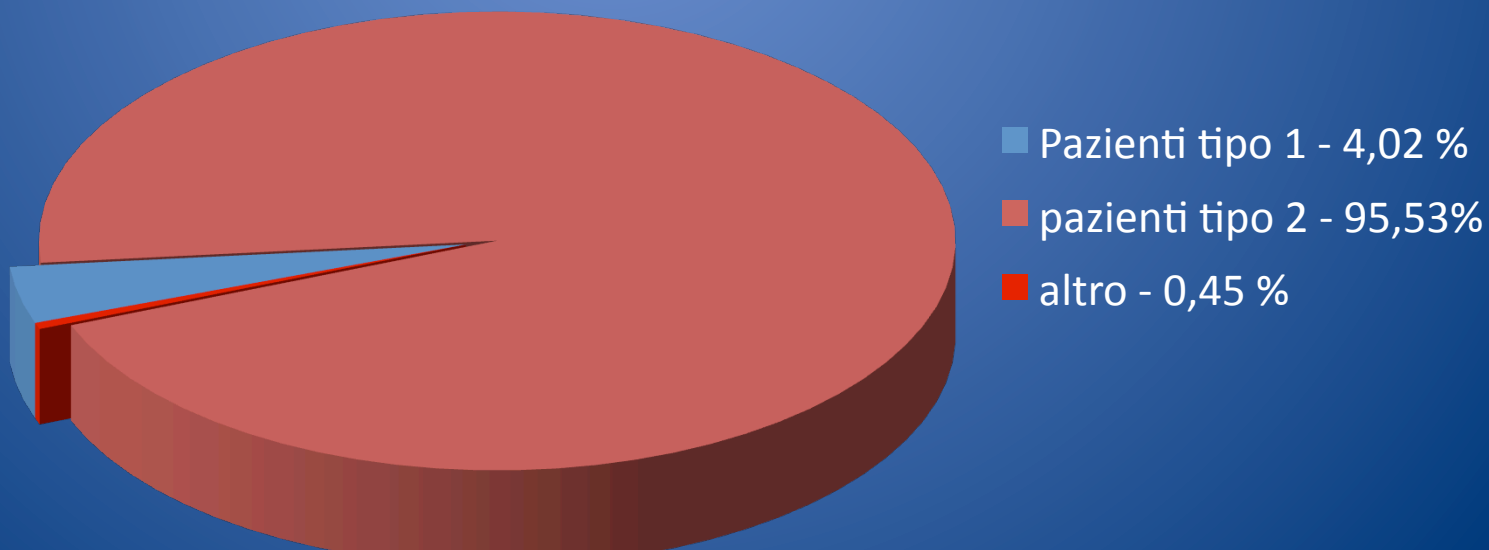
02- Numero primi accessi

03 – Distribuzione per sesso della popolazione assistita

04 – Età media della popolazione assistita

05 – Distribuzione della popolazione assistita per 9 classi di età

01 – Distribuzione per classificazione diabete



INDICATORI AMD

pazienti diabetici di tipo 1 e 2

Indicatori generali

01 – Distribuzione per classificazione diabete

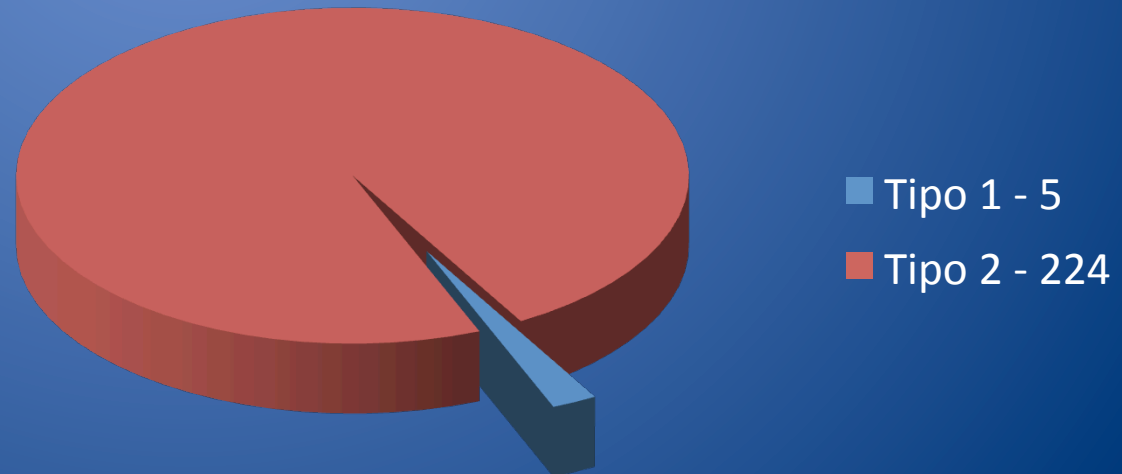
02- Numero primi accessi

03 – Distribuzione per sesso della popolazione assistita

04 – Età media della popolazione assistita

05 – Distribuzione della popolazione assistita per 9 classi di età

02 – Numero primi accessi



INDICATORI AMD

pazienti diabetici di tipo 1 e 2

Indicatori generali

01 – Distribuzione per classificazione diabete

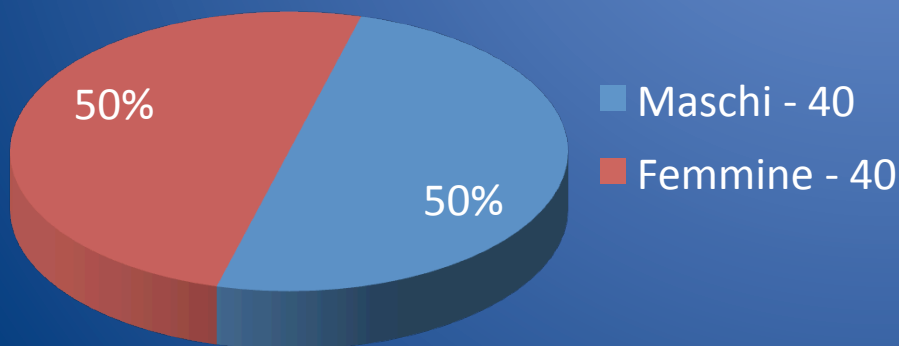
02- Numero primi accessi

03 – Distribuzione per sesso della popolazione assistita

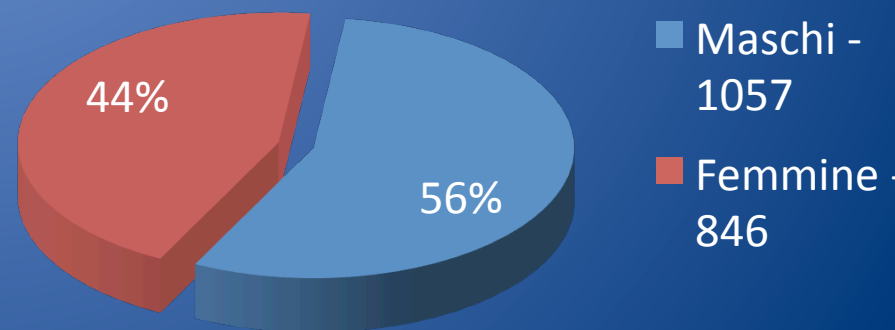
04 – Età media della popolazione assistita

05 – Distribuzione della popolazione assistita per 9 classi di età

03 – Distribuzione per sesso della popolazione assistita tipo 1



03 – Distribuzione per sesso della popolazione assistita tipo 2



INDICATORI AMD

pazienti diabetici di tipo 1 e 2

Indicatori generali

01 – Distribuzione per classificazione diabete

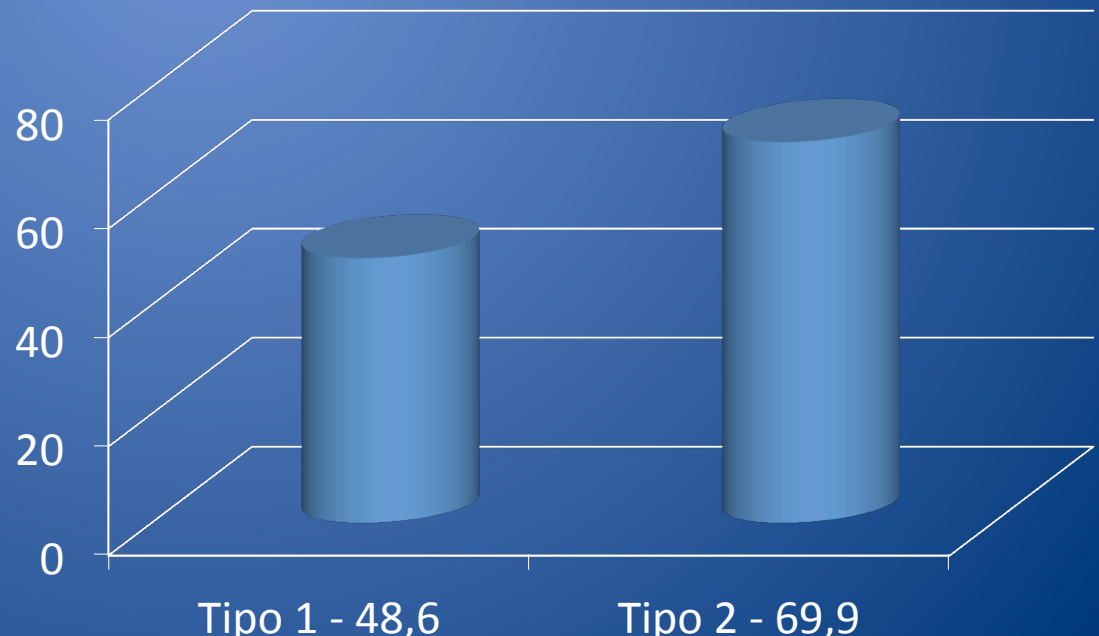
02- Numero primi accessi

03 – Distribuzione per sesso della popolazione assistita

04 – Età media della popolazione assistita

05 – Distribuzione della popolazione assistita per 9 classi di età

04 – Età media della popolazione assistita



INDICATORI AMD

pazienti diabetici di tipo 1 e 2

Indicatori generali

01 – Distribuzione per classificazione diabete

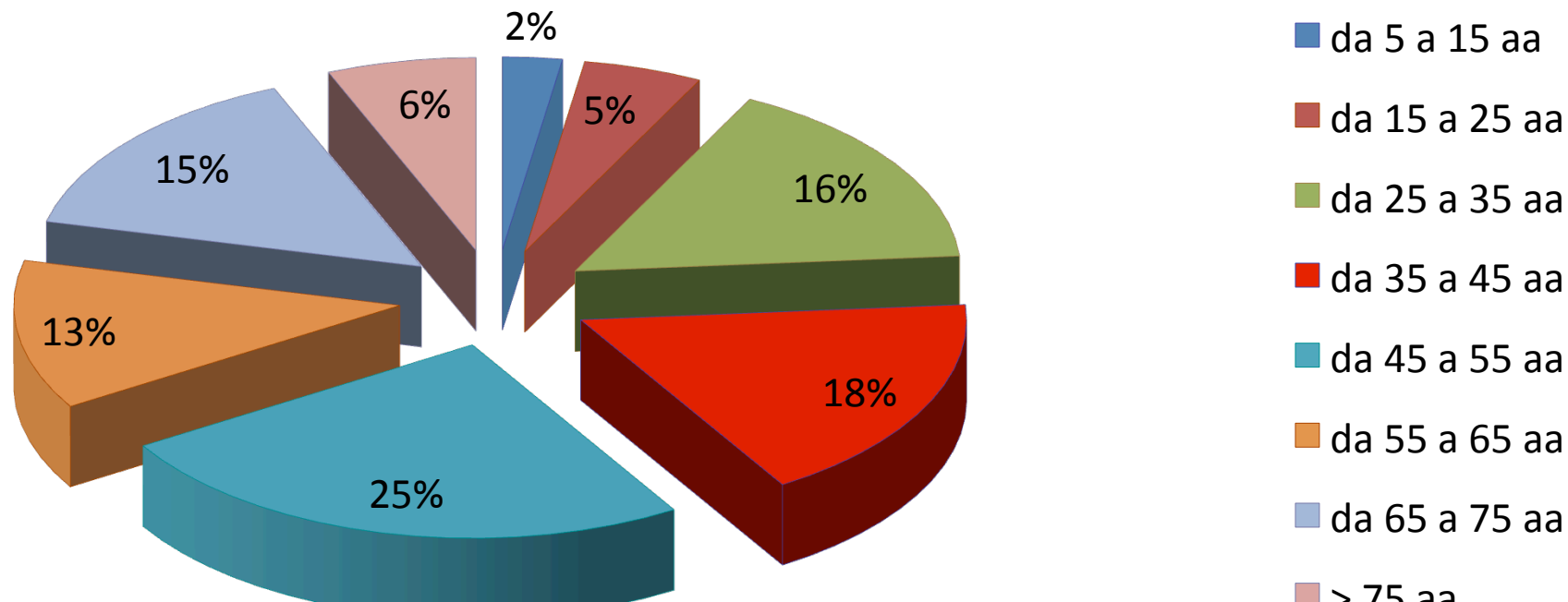
02- Numero primi accessi

03 – Distribuzione per sesso della popolazione assistita

04 – Età media della popolazione assistita

05 – Distribuzione della popolazione assistita per 9 classi di età

05 – Distribuzione della popolazione assistita tipo 1, per 9 classi di età



INDICATORI AMD

pazienti diabetici di tipo 1 e 2

Indicatori generali

01 – Distribuzione per classificazione diabete

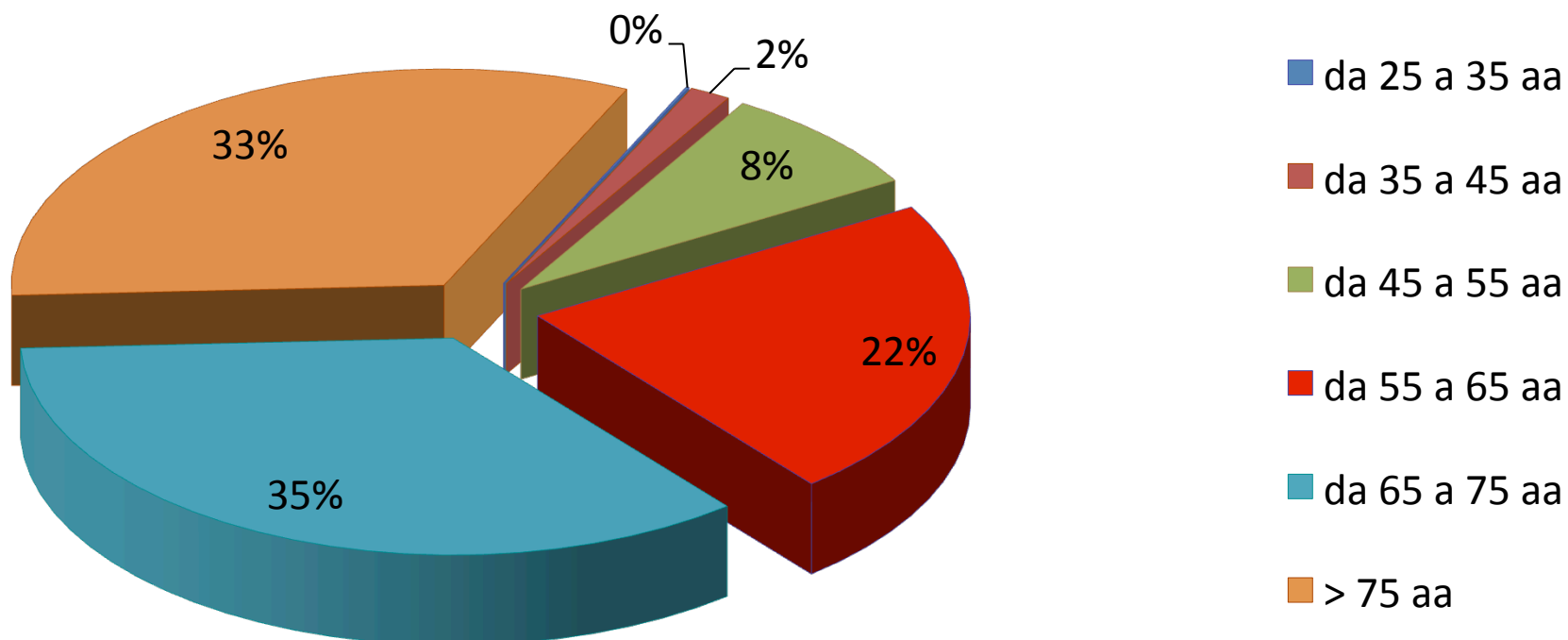
02- Numero primi accessi

03 – Distribuzione per sesso della popolazione assistita

04 – Età media della popolazione assistita

05 – Distribuzione della popolazione assistita per 9 classi di età

05 – Distribuzione della popolazione assistita tipo 2, per 9 classi di età



Analisi Indicatori AMD Orvieto

DI PROCESSO

Indicatore	Tipo				Num.Vis.	Num.Paz.	Med.Vis.
09 - Visite anno per gruppi di trattamento	Solo dieta				147	96	1,5
	Solo ipoglicemizzanti orali				1576	934	1.7
	Solo insulina				554	346	1.6
	Insulina e ipoglicemizzanti				717	382	1.9

DI PROCESSO

Indicatore	Tipo			Perc.	Bon.
09bis - Distribuzione per tipo di trattamento	Solo dieta			5,66%	86,45%
	Solo ipoglicemizzanti orali			53,70%	86,45%
	Solo insulina			15,35%	86,45%
	Insulina e ipoglicemizzanti			11,73%	86,45%

INDICATORI AMD

pazienti diabetici di tipo 1 e 2

Indicatori di processo



08- Soggetti in autocontrollo glicemico

09 – Visite anno per gruppi di trattamento

09 bis – Distribuzione per tipo di trattamento

10 – Soggetti a cui è stata eseguita almeno una determinazione di Hba1c

11 – Soggetti con almeno una valutazione del profilo lipidico

12 – Soggetti con almeno una misurazione della pressione arteriosa

13 – Soggetti monitorati per nefropatia diabetica

14 – Soggetti monitorati per retinopatia diabetica

15 – Soggetti monitorati per neuropatia diabetica

16 – Soggetti a rischio monitorati per il piede

17 – Soggetti monitorati per il piede



INDICATORI AMD

pazienti diabetici di tipo 1 e 2



Indicatori di risultato intermedio

- 18 – HbA1c (normalizzata a 6) media e d.s. (ultimo valore)
- 19 - HbA1c (normalizzata a 6) media e d.s. (ultimo valore) per tipo di diabete
- 20 – HbA1c (normalizzata a 6) media e d.s. (ultimo valore) per tipo di trattamento nei DM tipo 2
- 21 – Andamento per 5 classi delle HbA1c (normalizzata a 6)
- 22 – HbA1c (normalizzata a 6) media (ultimo valore) per 9 classi di età
- 23 – Soggetti con HbA1c (normalizzata a 6) $\leq 7,0 \%$
- 24 – Soggetti con C-LDL < 100
- 25 – Soggetti in trattamento ipolipemizzante con C-LDL ≥ 130
- 26 – Soggetti in trattamento ipolipemizzante con C-LDL ≤ 130
- 27 – Andamento per classi del C-LDL
- 28 – Soggetti con PA $\leq 130/80$
- 29 - Soggetti ipertesi con PA $\leq 130/80$
- 30 – Soggetti in trattamento antipertensivo con PA $\geq 140/90$
- 31 – Soggetti non in trattamento antipertensivo con PA $\geq 140/90$
- 32 – Andamento per classi della PAS
- 33 – Andamento per classi della PAD
- 33bis – Soggetti in terapia antiaggregante piastrinica
- 34 – Andamento per classi del BMI
- 35 – Soggetti fumatori
- 36- Soggetti forti fumatori (> 20 sigg. die) su totale fumatori
- 37- Soggetti che hanno smesso di fumare su totale fumatori



Analisi Indicatori AMD Orvieto

DI RISULTATO INTERMEDIO

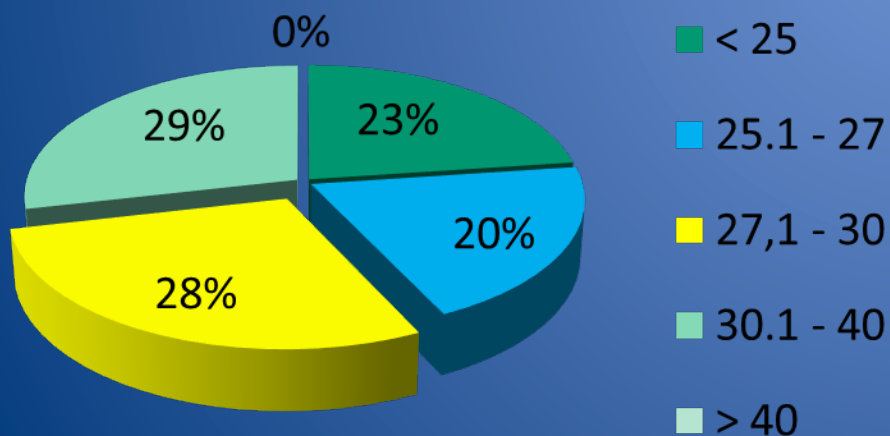
Indicatore	Tipo	Pazienti tipo 1			Pazienti tipo 2		
		Num.	Perc.	Bon.	Num.	Perc.	
18 - HbA1c (normalizzata a 6) media e d.s. (ultimo valore)		7,7±1,1			7.0±1,09		
20 - HbA1c (normalizzata a 6) media e d.s. (ultimo valore) per tipo di trattamento nei DM tipo 2	Solo dieta				6,2±1		
	Solo ipoglicemizzanti				6,7±0,92		
	Solo insulina				7,4±1,39		
	Insulina e ipoglicemizzanti				7,6±1,34		
21 - Andamento per 5 classi della HbA1c (normalizzata a <= 6.0 6)					240	16.02	
	Tra 6.1 e 7.0				674	44.99	
	Tra 7.1 e 8.0				368	24.57	
	Tra 8.1 e 9.0				136	9.08	
	>9.0				80	5.34	

INDICATORI AMD

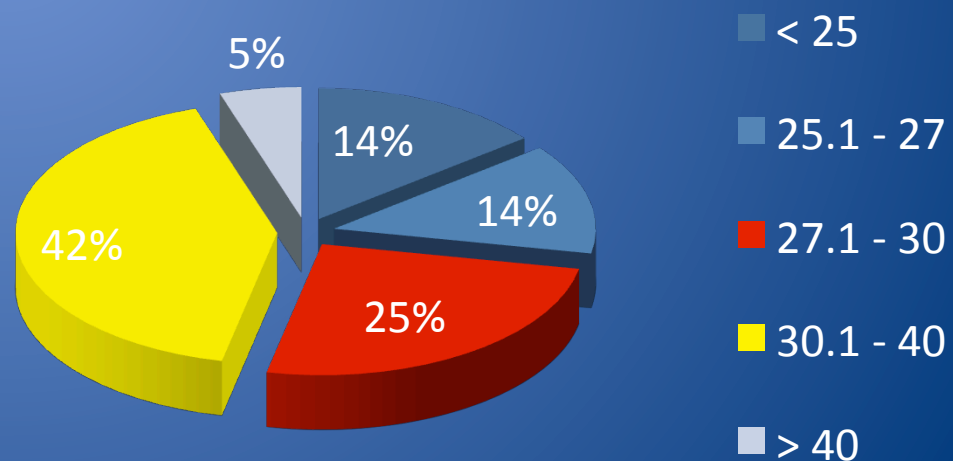
pazienti diabetici di tipo 1 e 2

Indicatori di risultato intermedio

34 – Andamento per classi del BMI, Tipo I



34 – Andamento per classi del BMI, tipo II



INDICATORI AMD

pazienti diabetici di tipo 1 e 2



Indicatori di esito

- 38 – Soggetti con retinopatia diabetica su totale monitorati per retinopatia diabetica
- 39 – Soggetti con nefropatia diabetica su totale monitorati per nefropatia diabetica
- 40 – Soggetti con ulcera acuta del piede verificatasi nel periodo
- 41 – Soggetti con storia di infarto del miocardio
- 42 – Soggetti con amputazione minore
- 43 – Soggetti con amputazione minore
- 44 – Soggetti con storia di ictus
- 45 – Soggetti in dialisi
- 46 – Soggetti con cecità



Limiti



- Limiti tecnici
- Richiede azione concertata
- Aggiornamenti continui (disponibilità)
- Flessibilità limitata
- Limiti organizzativi
- Gestione della risorsa tempo all'inizio

I prossimi passi . . .



- Completamento integrazioni
 - Riconciliazione Anagrafe
 - Collegamento con CUP



- Diffusione versione Web
- Verifica utilizzo/presenza «*Data set minimo*»
- Analisi Indicatori
- Formazione continua
- ***Integrazione con i MMG ?...***



PDTA DEL DM TIPO 2

DGR Umbria n.933 del 27 luglio 2014

FASI O TAPPE DEL PERCORSO	ATTORI
1. Sospetto diagnostico	MMG
2. Inquadramento diagnostico ed impostazione del piano di terapia e monitoraggio	Servizio Diabetologico di 2° livello
3. Follow-up	MMG
4. Controlli non programmati per eventuali complicanze metaboliche o micro-macroangiopatiche	Servizio Diabetologico di 2° livello
5. Ricoveri ospedalieri per gravi complicanze metaboliche, circolatorie, infettive e per le gestanti diabetiche	Servizio Diabetologico di 2° o 3° livello

PDTA

NELLA GESTIONE DI UNA COMPLICANZA SPECIFICA ***Il piede diabetico***

OBIETTIVI

- ridurre il n. di amputazioni maggiori
- diminuire il n. di ricoveri per infezioni ed ischemia
- migliorare l'accesso alle cure dei soggetti affetti da Piede Diabetico
- migliorare la qualità di vita dei soggetti affetti da Piede Diabetico e delle loro famiglie

Nessuna delle complicanze della Malattia Diabetica implica un approccio multidisciplinare così complesso come Il piede che si articola su 3 livelli di Cura:

1. PRIMO LIVELLO (Spoke)

Sedi: studi MMG, Case della salute

Azioni: esame del piede e screening dei casi a rischio (prevenzione ed educazione)

2. SECONDO LIVELLO (Spoke)

Sedi: strutture diabetologiche territoriali

Azioni: (prevenzione ed educazione, trattamento di ulcere non complicate, callosità,ect)

3. TERZO LIVELLO (Hub)

Sedi: strutture diabetologiche ospedaliere con possibilità di effettuare ricoveri con proc. di rivascolarizzaz.

Azioni: trattamento dei casi più critici, sviluppo di strategie terapeutiche innovative, ect.

IL DIABETE COME MODELLO

Integrazione Ospedale-Territorio

- Le persone con diabete in tutto il mondo hanno un tasso di ricovero per qualsiasi causa decisamente superiore rispetto alla popolazione non diabetica: in Italia il 20-25 % dei diabetici va incontro almeno a un ricovero ospedaliero annuo, contro circa l' 11.7% dei non diabetici;
- Il 20-25% dei ricoverati in ospedale è affetto da DM (33% dei ricoverati in TI);
- Rispetto alla popolazione generale i ricoverati per diabete hanno una degenza media aumentata di 2-4 giorni per il maggior rischio infettivo, per le complicanze perioperatorie o anche solo per adeguare il compenso glicemico durante la degenza;
- Dati recenti della Regione Piemonte documentano come la creazione di una “task-force” diabetologica in ospedale che prenda in carico la persona con diabete prima, durante e dopo il ricovero consenta di ridurre del 30 – 40 % i giorni di degenza;
- E' indispensabile ridurre i ricoveri inappropriati con una migliore organizzazione dell' Assistenza Territoriale, basata appunto su una efficiente integrazione (Programma Ministeriale Appropriatazza)

IL DIABETE COME MODELLO

La gestione dell' iperglicemia in Ospedale

E' possibile suddividere le Persone ospedalizzate nelle quali si riscontrano valori glicemici superiori alla norma in:

a. Diabete Mellito preesistente al ricovero

b. Diabete Mellito di prima diagnosi, persistente dopo la dimissione

c. Iperglicemia correlata alla degenza o iperglicemia da stress

AZIONI

- 1. Corretta gestione in PS e DEU** (individuazione precoce delle alterazioni glicemiche, applicazioni di protocolli per ottimizzare il controllo glicemico o per trattare le ipoglicemie, organizzare percorsi per chi necessita di ricovero, assicurare continuità di cure alla dimissione);
- 2. Corretta gestione nei Reparti di Degenza** (protocolli Trialogue, Trialogue Plus);
- 3. Corretta dimissione nell' ottica della continuità terapeutica** (la dimissione segna il passaggio di responsabilità da una situazione in cui è il Personale Ospedaliero a gestire la Malattia ad una situazione di self-management: una corretta dimissione deve essere pianificata con il SD fin dall' inizio del ricovero raccogliendo precocemente informazioni su capacità cognitive, livello culturale, acuità visiva, abilità manuali e contesto socio-economico e familiare.

La visione delle Istituzioni



Ministero della Salute

..... la gestione ambulatoriale dei pazienti deve acquisire una funzione sempre più proattiva e l'ospedale spostare progressivamente il proprio livello di produzione quanto più possibile verso formule di gestione ambulatoriale o di day service.

Va anche sottolineata la necessità di garantire una **gestione ottimale della malattia quando la persona con diabete è ricoverata in ospedale** per altra patologia quale trauma, infezione, evento intercorrente o per procedure chirurgiche, elettive o d'urgenza. Tale gestione dovrebbe includere una **vera presa in carico da parte del team diabetologico durante la degenza, una continuità assistenziale territorio-ospedale, una dimissione protetta.**

Piano sulla malattia diabetica

MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

Associazione Parlamentare
per la tutela e la promozione
del diritto alla prevenzione



Associazione
diabete Italia

QUINTA SEZIONE

CONTROLLO DEL DIABETE

La persona con diabete deve essere consapevole che la sua è una condizione cronica, che può essere asintomatica o presentare sintomi di gravità variabile, e deve essere messa in grado di gestire la propria cura.

Una corretta gestione del proprio diabete permette una vita scolastica, lavorativa, affettiva, sportiva e relazionale come quella della persona senza diabete.

Occorre pertanto:

1. **Aumentare** la conoscenza della persona con diabete e dei familiari sulle terapie appropriate alle diverse condizioni cliniche, facili da realizzare da parte di ogni singolo individuo e che consentano un agevole adattamento della cura.
2. **Favorire** nelle situazioni di ricovero in reparti non specifici, il coinvolgimento del diabetologo nelle scelte terapeutiche o una assistenza diabetologica qualificata.
3. **Facilitare** l'iter burocratico per l'accesso a specifiche terapie e a strumenti di somministrazione.
4. **Rendere** la persona consapevole che il buon controllo del diabete dipende anche da un'attività fisica regolare, da una corretta alimentazione, da un peso corporeo nella norma nonché dal controllo della pressione arteriosa e della dislipidemia.



- I PDTA regionali, definiscono dunque le linee per la Programmazione, la sistematizzazione dei servizi e per rendere omogenea l'assistenza alle persone con diabete nei territori regionali: sono uno strumento potenziale per l'integrazione fra la didattica, la ricerca e l'assistenza;
- In particolare è quasi sempre prevista e codificata la "gestione integrata" del paziente come strumento fondamentale per perseguire l'efficacia e l'efficienza delle cure;
- Nei PDTA vengono inoltre generalmente descritte le modalità di integrazione dei percorsi per prevenzione, diagnosi, terapia e assistenza e per i sistemi di valutazione tramite indicatori e l'uso di specifiche tecnologie.

Nei PDTA il Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica è stato recepito?



**Abruzzo, Calabria, Lazio,
Liguria, Lombardia,
Marche, Molise, Sardegna,
Sicilia, Toscana, Umbria**

**Friuli, Campania, Puglia,
Basilicata**

Nel PDTA è definito cos'è la gestione integrata?



Valle d' Aosta, Piemonte,
Liguria, Lombardia, Emilia
Romagna, Prov. Autonome
di TN e BZ, Veneto, Friuli,
Toscana, Umbria, Marche,
Lazio, Campania, Calabria,
Sicilia

Basilicata

Chi fa diagnosi di diabete?

MMG



DIABETOLOGO



**Valle d' Aosta, Liguria,
Lombardia, Emilia
Romagna, Prov. Autonome
di TN e BZ, Veneto, Friuli,
Toscana, Marche, Lazio,
Campania, Basilicata,
Calabria, Sicilia**

Umbria, Piemonte

Chi fa l'inquadramento del paziente alla diagnosi?

DIABETOLOGO	MMG e se lo ritiene necessario, DIABETOLOGO	MMG e poi DIABETOLOGO entro un periodo definito
--------------------	--------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------



Lazio, Umbria, P.A. Bolzano, Veneto, Calabria, Piemonte, Emilia Romagna, Sicilia	Liguria, Toscana, Lombardia	Basilicata, P.A. Trento, Friuli, Marche, Val d' Aosta, Campania
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

Chi decide il profilo di cura del paziente?

DIABETOLOGO

MMG e DIABETOLOGO

MMG



Umbria, P.A. Bolzano,
P.A. Trento, Veneto,
Calabria, Piemonte,
Emilia Romagna

Liguria, Toscana,
Lombardia, Friuli,
Marche, Lazio,
Basilicata, Sicilia, Val
d' Aosta

Campania

E' prevista una raccolta dati informatizzata?



Valle d' Aosta, Piemonte,
Basilicata, Lombardia,
Emilia Romagna, P.A.
Trento, Veneto, Friuli,
Toscana, Umbria, Marche,
Lazio, Campania, Sicilia

Liguria, P.A. Bolzano,
Calabria

Sono previste modalità di scambio delle informazioni fra MMG e diabetologo?



Valle d' Aosta, Piemonte,
Liguria, Lombardia, Emilia
Romagna, Prov. Autonome
di TN e BZ, Veneto, Friuli,
Toscana, Umbria, Marche,
Lazio, Campania, Calabria,
Sicilia

Basilicata

Tipologie delle modalità di scambio:

Linee telefoniche dedicate, posta elettronica, comunicazione online delle cartelle informatizzate o altri sistemi informatizzati, cartella cartacea, condivisione in rete del database relativo al paziente

Sono previsti indicatori per il monitoraggio del PDTA?



Valle d' Aosta, Piemonte,
Liguria, Lombardia, Emilia
Romagna, Prov. Autonome
di TN e BZ, Veneto, Friuli,
Toscana, Umbria, Marche,
Lazio, Basilicata, Calabria

Campania, Sicilia

Se sono previsti indicatori per il monitoraggio del PDTA, quali sono e di che tipo?

LIGURIA	di processo e risultato
CALABRIA	di contesto, di processo, di terapia, indicatori per i farmaci
VENETO	di processo ed esito intermedio. Anche amministrativi sui farmaci, che permettano operazioni di benchmarking
TOSCANA	solo per MMG che aderiscono al CCM
P.A. BOLZANO	di processo, di esito, di equità, di qualità percepita, economici
LOMBARDIA	di contesto, di processo, di terapia
UMBRIA	di esito e di processo
LAZIO	di processo, organizzativi, di esito intermedio, di esito finale
BASILICATA	di avvio di processo, di processo, di esito intermedio, esito finale
E. ROMAGNA	di processo, misti, di esito ed economici
P.A. TRENTO	di processo, di esito, tasso di ospedalizzazione
FRIUVI V.G.	di processo, di esito intermedio, di appropriatezza, di esito finale
MARCHE	di struttura, di esito, di processo
PIEMONTE	Indagine epidem. e valutaz. dei diversi schemi di trattamento
VAL D' AOSTA	n. di accessi al PS per scompenso glicometab, ipoglic gravi; n. di reclami presentati all'URP dell' Azienda

Sono previste modalità di revisione del PDTA?



Veneto, Toscana,
Lombardia, Lazio,
Piemonte, Valle d' Aosta

Campania, Sicilia, Liguria,
Emilia Romagna, P.A.
Trento, P.A. Bolzano, Friuli,
Umbria, Marche, Basilicata,
Calabria

E' previsto un organo terzo per il monitoraggio del PDTA e se si, quale?

LIGURIA	SI - Diabetologia terzo livello
CALABRIA	SI – effettuato semestralmente dal Dipartimento tutela della salute
VENETO	NO
TOSCANA	SI - Commissione Diabetologica Regionale. CSR
P.A. BOLZANO	NO
LOMBARDIA	SI - ASL mediante flussi di rendicontazione delle Strutture
UMBRIA	NO
LAZIO	SI - Coordinamento aziendale e valutazione partecipata con associazioni pazienti
BASILICATA	NO
E. ROMAGNA	SI - Dipartimento Cure Primarie elabora i dati di ritorno
P.A. TRENTO	SI - Direzione Generale Area Governance
FRIUVI V.G.	NO
MARCHE	SI - Comitato tecnico scientifico regionale diabetologico
PIEMONTE	SI - Commissione Diabetologica Regionale
VAL D' AOSTA	SI – Gruppi di monitoraggio composti da vari stakeholders
CAMPANIA	NO
SICILIA	NO

Il PDTA prevede momenti di formazione e se si, rivolti a chi?

LIGURIA	SI – A tutti gli operatori coinvolti
CALABRIA	SI – Per il MMG e il diabetologo
VENETO	SI – A tutti i professionisti coinvolti
TOSCANA	SI – Ai Medici Diabetologi
P.A. BOLZANO	SI – A tutti gli attori del PDTA
LOMBARDIA	SI – A Medici ed Infermieri
UMBRIA	SI – A tutti i Professionisti coinvolti
LAZIO	SI – A tutti i Professionisti coinvolti
BASILICATA	NO
E. ROMAGNA	SI – Ai MMG
P.A. TRENTO	NO
FRIUVI V.G.	SI – Ai MMG, Infermieri distretto, dietisti
MARCHE	SI – Ai MMG, PLS, personale medico ed altri professionisti sanitari
PIEMONTE	SI – Personale di enti pubblici e privati
VAL D' AOSTA	NO
CAMPANIA	NO
SICILIA	NO

Il PDTA prevede audit o modalità simili di discussione ?



Veneto, Lazio, Piemonte,
Valle d' Aosta, Emilia
Romagna, P.A. Trento,
Friuli, Marche

Liguria, Lombardia, P.A.
Bolzano, Toscana, Umbria,
Campania, Calabria,
Basilicata, Sicilia

Il PDTA prevede il coinvolgimento diretto di altre figure professionali oltre al team diabetologico? Se si, quali?

LIGURIA	NO
CALABRIA	NO
VENETO	NO
TOSCANA	SI – Distretto Sanitario podologia, dietista esperto
P.A. BOLZANO	SI – Distretto Sanitario ed Associazioni di Volontariato
LOMBARDIA	NO
UMBRIA	SI – Psicologo, Medico del Distretto, Associazioni di volontariato
LAZIO	SI – Distretto Sanitario, Case della Salute, Assistenza domiciliare
BASILICATA	NO
E. ROMAGNA	SI - Psicologo
P.A. TRENTO	NO
FRIUVI V.G.	SI - Psicologo
MARCHE	SI – Associazioni di Volontariato
PIEMONTE	SI – Altri specialisti
VAL D' AOSTA	SI – Direttore Distrettuale
CAMPANIA	NO
SICILIA	SI – Cardiologo, Oculista, Chirurgo vascolare

Il PDTA prevede l'integrazione ospedale/territorio?



Liguria, Toscana, P.A.
Bolzano, Lombardia, Lazio,
Emilia Romagna, P.A.
Trento, Piemonte, Sicilia

Val D' Aosta, Friuli, Veneto,
Umbria, Marche,
Campania, Calabria,
Basilicata, Abruzzo, Molise,
Sardegna

Il PDTA prevede criteri di accesso alla diabetologia dopo la diagnosi e se sì, quali?

LIGURIA	SI – Eventi acuti
CALABRIA	SI – In caso di scompenso e di comparsa di complicanze
VENETO	SI – Periodico. Criticità, gravidanza, piede diabetico
TOSCANA	SI – Complicanze croniche, scompenso metabolico, gravidanza
P.A. BOLZANO	SI – Ogni anno e se scompenso o non raggiungimento di obiettivi
LOMBARDIA	SI – Compenso, valutazione e follow-up complicanze
UMBRIA	SI – Instabilità metabolica, complicanze
LAZIO	SI – Tramite MMG, dopo aver ottenuto consenso informato
BASILICATA	SI - Annuale o biennale/urgente/programmate
E. ROMAGNA	SI – Criteri per la presa in carico temporanea del paz. in gest. integrata
P.A. TRENTO	SI – A seconda dell' età, se terapia insulinica, scompenso, complicanze
FRIUVI V.G.	SI – Mancato raggiungimento obiettivi di cura / eventi acuti
MARCHE	NO
PIEMONTE	SI – Esigenze di assistenza, trattamento o consulenza multidisciplinare
VAL D' AOSTA	SI – Esordio clinico,DMT2 con Hba1c >8 % se < 75 aa, > 8,5 % se > 75 aa
CAMPANIA	SI – Visita annuale per lo screening complicanze
SICILIA	SI – Accesso tramite CUP

Il PDTA prevede ambulatori dedicati e se si, quali?

LIGURIA	NO
CALABRIA	NO
VENETO	NO
TOSCANA	SI – Medici che aderiscono al CCM
P.A. BOLZANO	NO
LOMBARDIA	SI – TDO, UO Ospedaliere
UMBRIA	NO
LAZIO	SI – Piede diabetico, gravidanza, tecnologie
BASILICATA	SI - Piede, gravidanza, complicanze cardiologiche
E. ROMAGNA	SI – Piede, gravidanza, microinfusore, dietista
P.A. TRENTO	NO
FRIUVI V.G.	NO
MARCHE	SI – Casi più complessi
PIEMONTE	SI – Unità operative territoriali
VAL D' AOSTA	SI – Piede diabetico
CAMPANIA	NO
SICILIA	NO

ULTERIORI CONSIDERAZIONI ...

- I flussi amministrativi delle prestazioni sanitarie (relativi a prescrizione di farmaci, dispositivi medici, visite specialistiche, esami di laboratorio e strumentali, ricoveri ospedalieri per terapia e cura del diabete), sono una grande risorsa per condurre studi epidemiologici nell'ambito del SSN;
- La governance integrata nei vari flussi permette di effettuare analisi per il controllo della spesa, l'appropriatezza prescrittiva, il monitoraggio dei PDTA e la valutazione del carico assistenziale delle patologie croniche;
- Un esempio di sistema che raccoglie e integra i flussi amministrativi del SSN (in un network di 31 asl in 7 regioni) è l'Osservatorio ARNO Diabete, finalizzato allo studio del diabete nella reale pratica clinica e di descrivere il profilo assistenziale delle persone con diabete;
- La buona rappresentatività della popolazione ARNO, consente di estendere le stime ottenute alla popolazione generale e di capire se quanto previsto dai PDTA regionali e dai documenti di indirizzo nazionali è poi realmente applicato e anche come poter implementare e indirizzare i contenuti dei PDTA.

A questo scopo, nel PDTA è prevista l'analisi epidemiologica preventiva e se si, come viene fatta?

LIGURIA	NO
CALABRIA	NO
VENETO	SI (Dati Istat, ARNO, Sistema epidemiologico regionale, dati clinici del MMG)
TOSCANA	SI (Estrapolazione da dati nazionali, alcuni dati ARNO CINECA)
P.A. BOLZANO	SI (Farmaci, SDO, esenzione tickets presidi)
LOMBARDIA	NO
UMBRIA	SI (Dati regionali derivati dalle banche dati di AGENAS, MES Pisa , ISS)
LAZIO	SI (Sorveglianza Passi , Osservatorio Epicentro ISS)
BASILICATA	SI (Dati ISTAT Sant' Anna)
E. ROMAGNA	NO
P.A. TRENTO	SI (ARNO)
FRIUVI V.G.	SI (Registri patologia e sistema informatico)
MARCHE	SI (Osservaz. epidemiologica da parte dei centri diabetologici nel loro territorio)
PIEMONTE	SI (Raccolta ed aggiornamento dati per il registro regionale correlato alla tessera dei cittadini diabetici)
VAL D' AOSTA	NO
CAMPANIA	SI (Dati esposti senza fonte)
SICILIA	NO

CONCLUSIONI

Confronto fra i PDTA dei Sistemi Sanitari regionali

1. Esiste ancora a livello nazionale una elevata disomogeneità organizzativa per le Strutture di 2° livello (Servizi Ospedalieri, Servizi Territoriali; Strutture Esterne Convenzionate, ect) ed una totale anarchia nella definizione delle risorse umane;
2. Nei vari PDTA regionali sono pressochè costantemente definiti: cos'è la gestione integrata, Chi fa la diagnosi di Diabete e Chi l'inquadramento iniziale. In due regioni su tre è stato recepito il Piano Strategico Nazionale sulla Malattia Diabetica;
3. Il profilo di cura del Paziente (a parte due regioni) è sempre condiviso fra MMG e Servizio Diabetologico e sono in genere previste modalità di scambio delle informazioni;
4. In quasi tutte le Regioni è prevista una raccolta dati informatizzata (programmi non uniformi!), anche se i Servizi Diabetologici all'interno di una stessa Regione spesso non comunicano tra loro (solo 3 Regioni hanno la rete!);
5. Sono generalmente previsti indicatori per il monitoraggio dei PDTA (a parte 2 regioni), ma totalmente disomogenei tra Regione e Regione e talora “fantasiosi”;

CONCLUSIONI

Confronto fra i PDTA dei Sistemi Sanitari regionali

6. Solo in poche Regioni sono previste modalità di revisione ed aggiornamento dei PDTA (Veneto, Toscana, Lombardia, Lazio, Piemonte, Valle d' Aosta);
7. Il monitoraggio dei PDTA da parte di un organo terzo non è sempre previsto (NO in 1/3 delle Regioni) ed è estremamente disomogeneo (Diabetologie di 3° livello, Commissioni Regionali per la Malattia Diabetica, Dipartimenti Cure Primarie, Direzioni Aziendali, Comitati Tecnico-Scientifici..)
8. In circa la metà delle Regioni i PDTA non prevedono ambulatori dedicati e momenti di formazione, audit o modalità simili di discussione;
9. In oltre la metà delle Regioni (11 su 9) i PDTA non prevedono l' integrazione Ospedale-Territorio così come auspicato dal Piano Strategico Nazionale e dal Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete;
10. Totale disomogeneità esiste infine tra le varie Regioni per quel che riguarda la prescrizione e l' utilizzo dei presidi e delle alte tecnologie (sensori, microinfusori, ect).

La legge 115/1987

Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito

Art. 3



Al fine di migliorare le modalità di diagnosi e cura le regioni, tramite le unità sanitarie locali, provvedono a **fornire gratuitamente ai cittadini diabetici**, oltre ai presidi diagnostici e terapeutici, di cui al decreto del Ministro della Sanità dell'8 febbraio 1982, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 17 febbraio 1982, n.46, anche **altri eventuali presidi sanitari ritenuti idonei**, allorquando vi sia una **specificca prescrizione** e sia garantito il **diretto controllo dei Servizi di diabetologia**.

La legge 115 è un Livello Essenziale di Assistenza

Anche la concedibilità di CSII e CGM è basata su questo articolo

Competenze e flusso decisionale



Ministero della Salute

Livelli Essenziali di Assistenza. Piano Sanitario Nazionale. Piano Nazionale Diabete. Confronto in Conferenza Stato-Regioni



Regioni / Assessorati e Direzioni Sanità

Normative (non vincolanti per le ASL) su rimborsabilità e modalità di acquisto e distribuzione dei presidi per il diabete. Sono responsabili del governo clinico e dell'appropriatezza delle cure.



Aziende Sanitarie Locali

Decisione finale su modalità di acquisto e distribuzione

Le criticità

Le frammentazione delle norme



La legge 115/1987 ha lasciato alle singole Regioni la facoltà di decidere le modalità di acquisto e distribuzione e le quantità concedibili con il risultato di una grande frammentazione a livello normativo, ancor più accentuata dopo la riforma del titolo V della Costituzione.

L'ambito che in assoluto presenta la maggior disparità di trattamento a livello di normative regionali è quello relativo a **concedibilità, rimborsabilità e distribuzione** dei presidi per l'autocontrollo glicemico.

Quantitativi di strisce concedibili

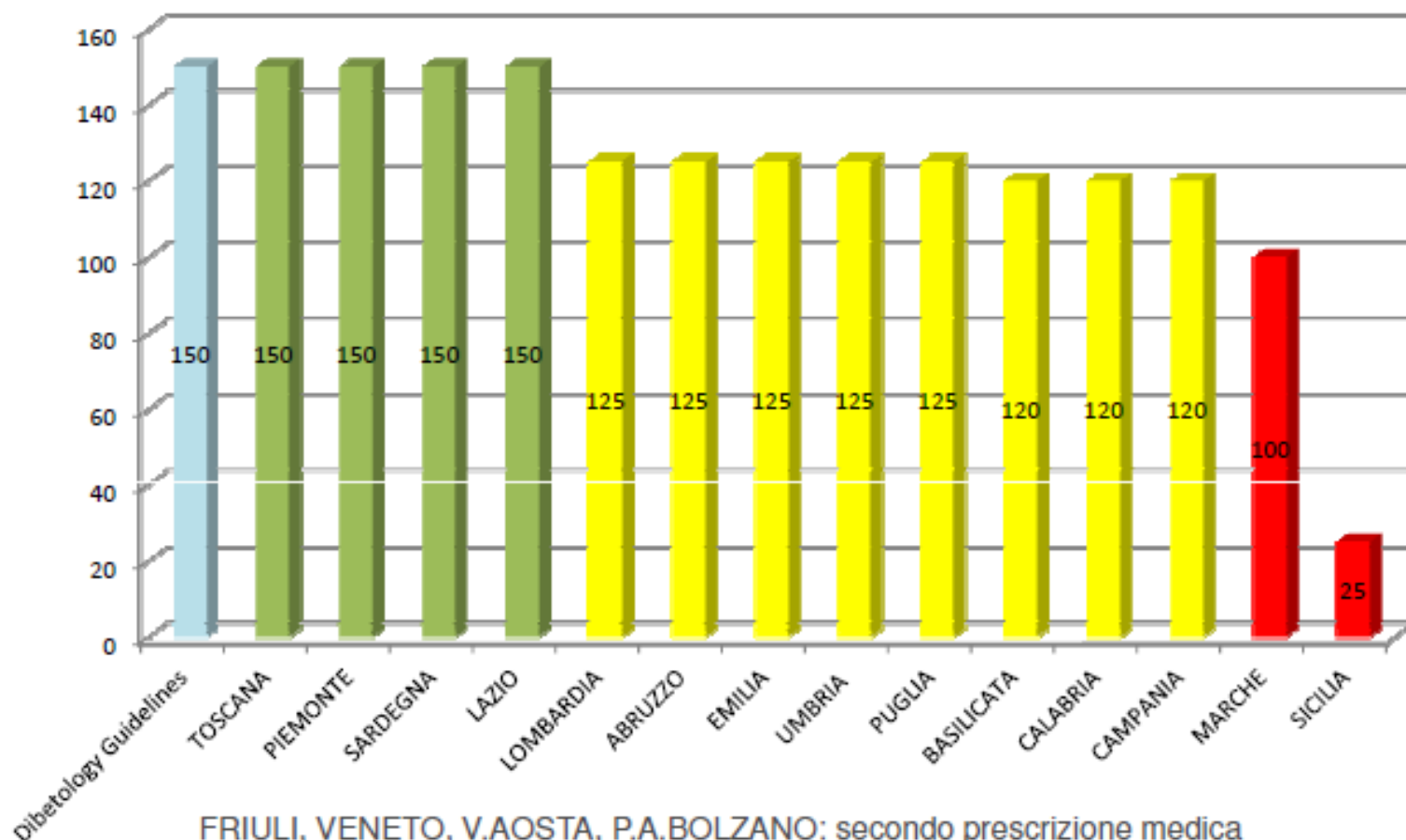
Standard di Cura e Raccomandazioni non sempre rispettati



In rosso: Regioni che, per una o più classi di terapia si discostano significativamente dai quantitativi indicati dalle Raccomandazioni SID AMD SIEDP
Tra queste Sicilia e Marche presentano gravi limitazioni sia per il tipo 1 che per il tipo 2,

Numero di strisce concesse per mese

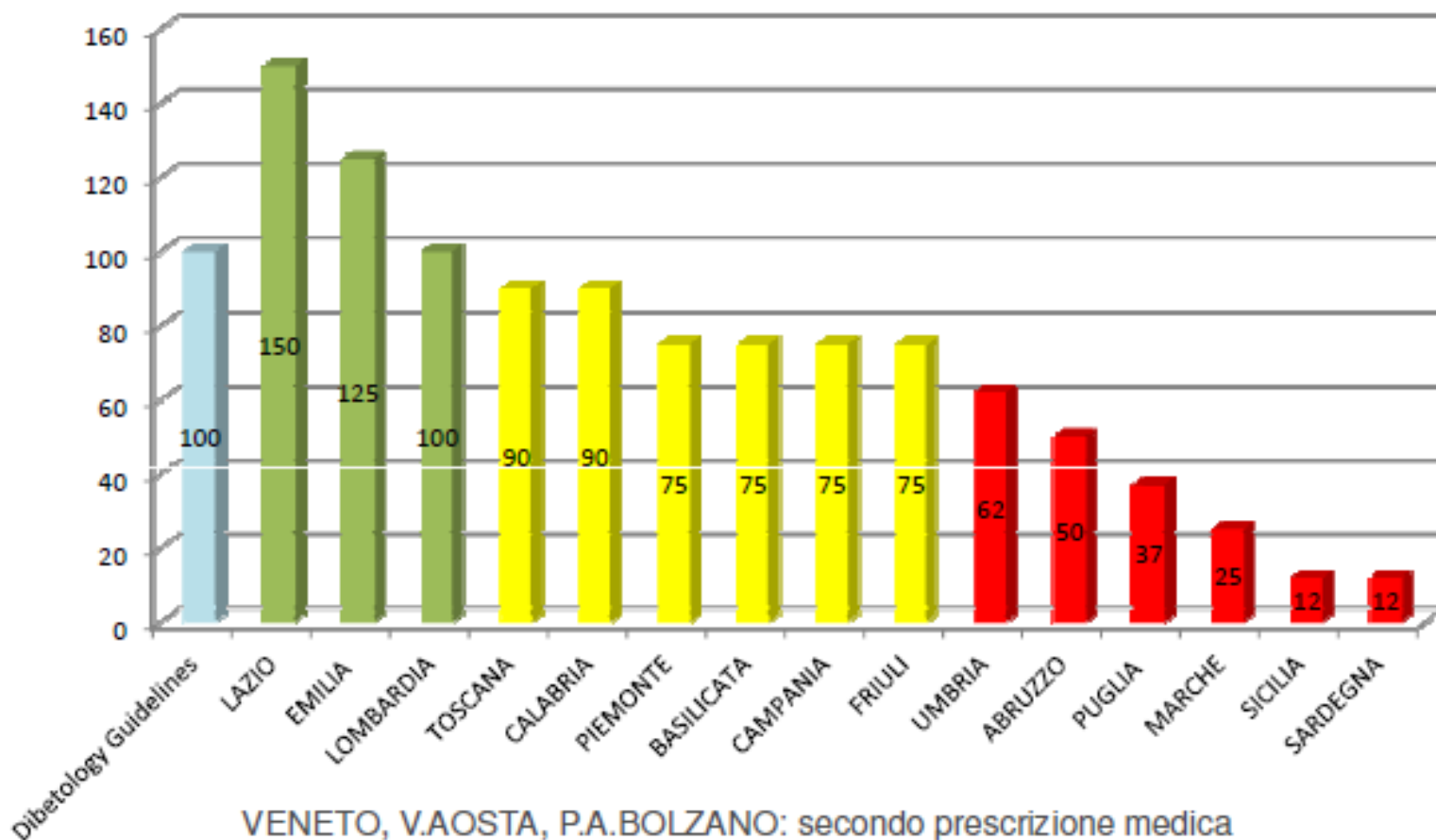
Tipo 1



FRIULI, VENETO, V.AOSTA, P.A.BOLZANO: secondo prescrizione medica
LIGURIA, MOLISE, P.A.TRENTO: non regolamentato

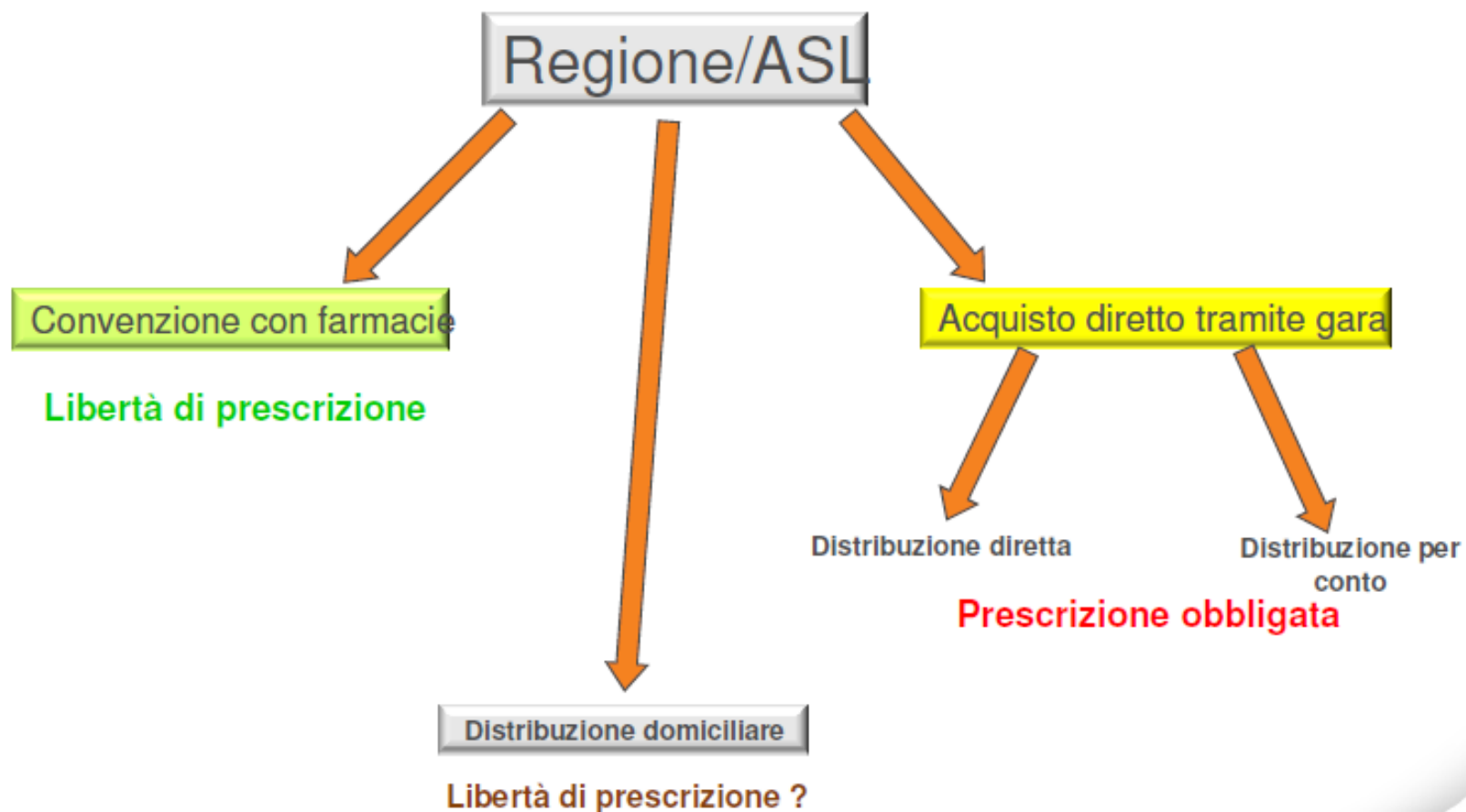
Numero di strisce concesse per mese

Tipo 2 I.T.



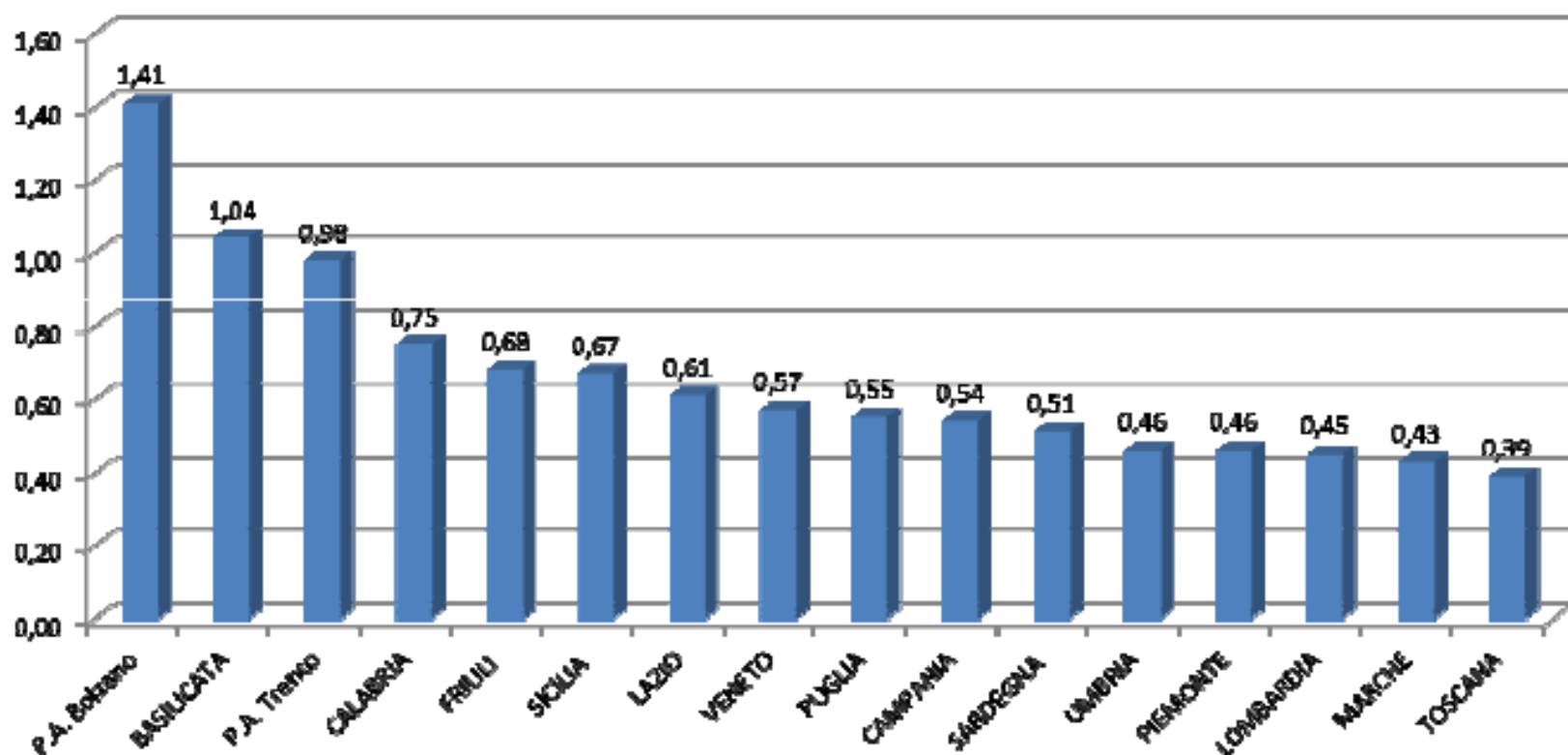
VENETO, V.AOSTA, P.A.BOLZANO: secondo prescrizione medica
LIGURIA, MOLISE, P.A.TRENTO: non regolamentato

Acquisto e distribuzione: le alternative



Rimborso per striscia in farmacia

Euro per striscia



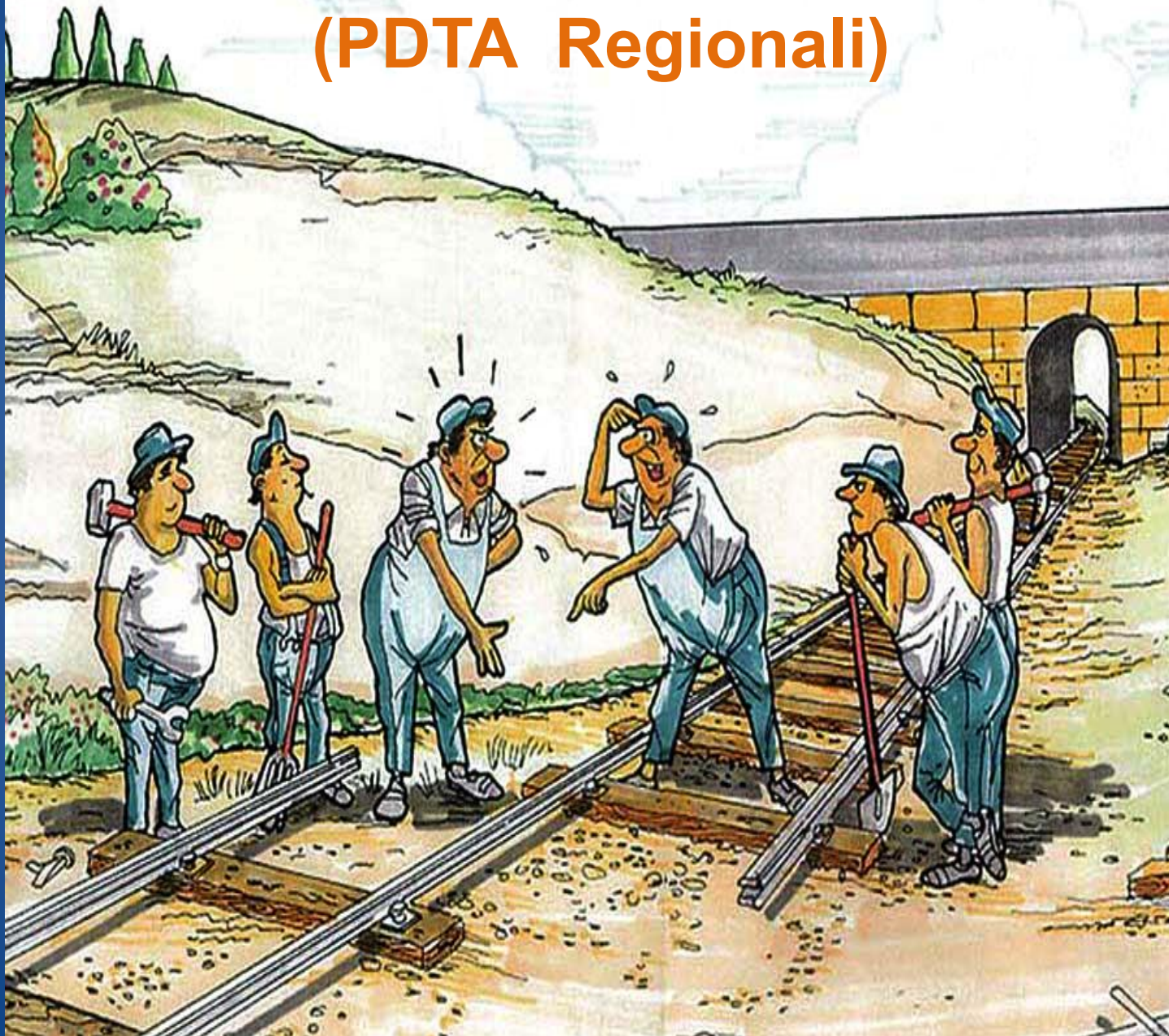
Take Home Messages (1)

- Il Piano Strategico Nazionale esorta a passare da modelli tradizionali con ruoli tendenzialmente isolati degli Attori Assistenziali, a modelli basati sulla interdisciplinarietà, dando visibilità alle varie componenti, in una logica di reale integrazione di sistema, attraverso un'alternanza continua di “presa in carico” delle Persone con Diabete a seconda dei vari stadi della patologia e della sua complessità (PDTA) e ad uniformare quindi l'Assistenza Diabetologica così concepita su tutto il Territorio Nazionale: Il Diabetologo ambulatoriale “isolato” è destinato alla scomparsa;
- La Rete Informatica risulta essere lo strumento indispensabile per l'integrazione tra le Strutture Diabetologiche di 2° livello e tra queste ed i MMG (1° livello), assicurando la continuità assistenziale nelle patologie croniche quali la Malattia Diabetica; essa risulta peraltro essere uno strumento prezioso per la verifica ed il monitoraggio delle attività mediante indicatori comuni, uniformi e quindi condivisi su tutto il territorio nazionale, nonché una banca dati di valore epidemiologico rilevantissimo;

Take Home Messages (2)

- Le Strutture Diabetologiche di 2° livello, che necessariamente dovranno uniformarsi a livello nazionale per quanto riguarda la mission e le risorse dedicate, devono “orientarsi” preferenzialmente al rigoroso inquadramento delle neodiagnosi ed alla gestione delle criticità e dei casi difficili (prevenzione secondaria e terziaria), riconoscendo il ruolo fondamentale del 1° livello di Assistenza Diabetologica (MMG): identificazione della popolazione a rischio di malattia (prevenzione primaria) e la sua diagnosi precoce;
- Esiste una sostanziale disparità tra le normative regionali relativamente a concedibilità, rimborsabilità e distribuzione dei presidi per l’autocontrollo glicemico ,che andrebbe tempestivamente rimossa;
- Va infine recuperata ed implementata la “DIABETOLOGIA OSPEDALIERA”, ovvero il ruolo insostituibile del Team Diabetologico nell’Ospedale per l’assistenza della Persona con Diabete prima, durante e dopo il ricovero, così come recita il Piano Strategico Nazionale ed il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete, al fine di ottimizzare il rapporto con il Territorio e ridurre i costi dei ricoveri.

Team Work (PDTA Regionali)



CONVEGNO MACROREGIONALE
AME DAY



20/21
MAGGIO 2016



VERONA



FIRENZE



CATANIA

GRAZIE
della cortese
attenzione!