

L'appropriatezza attraverso l'attuazione dei PDTA: il paradigma diabete

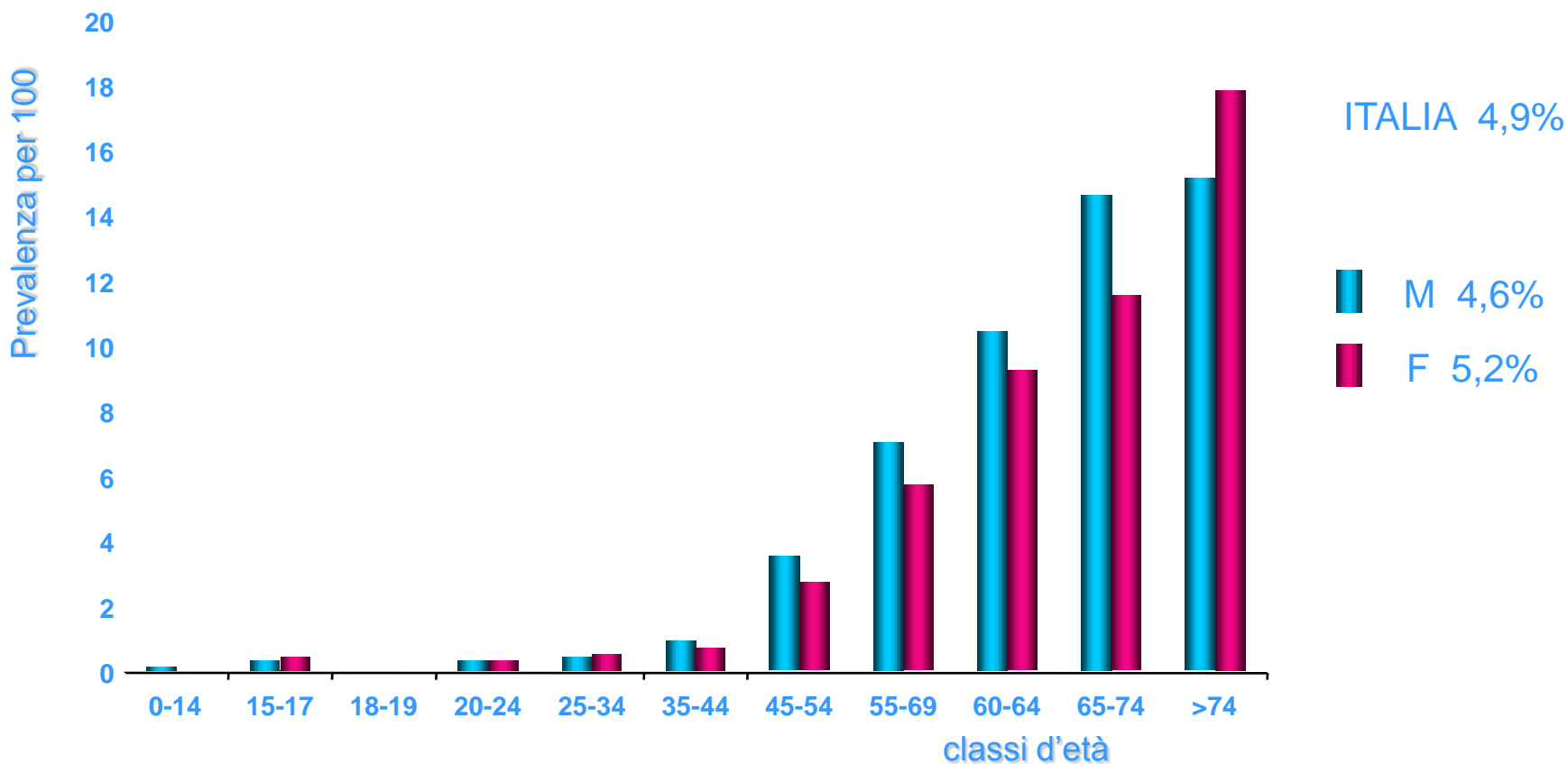
***Dott. T. Spinosa
Direttore S.O. Pianificazione e
Programmazione***

T.Spinosa



Prevalenza del diabete in Italia

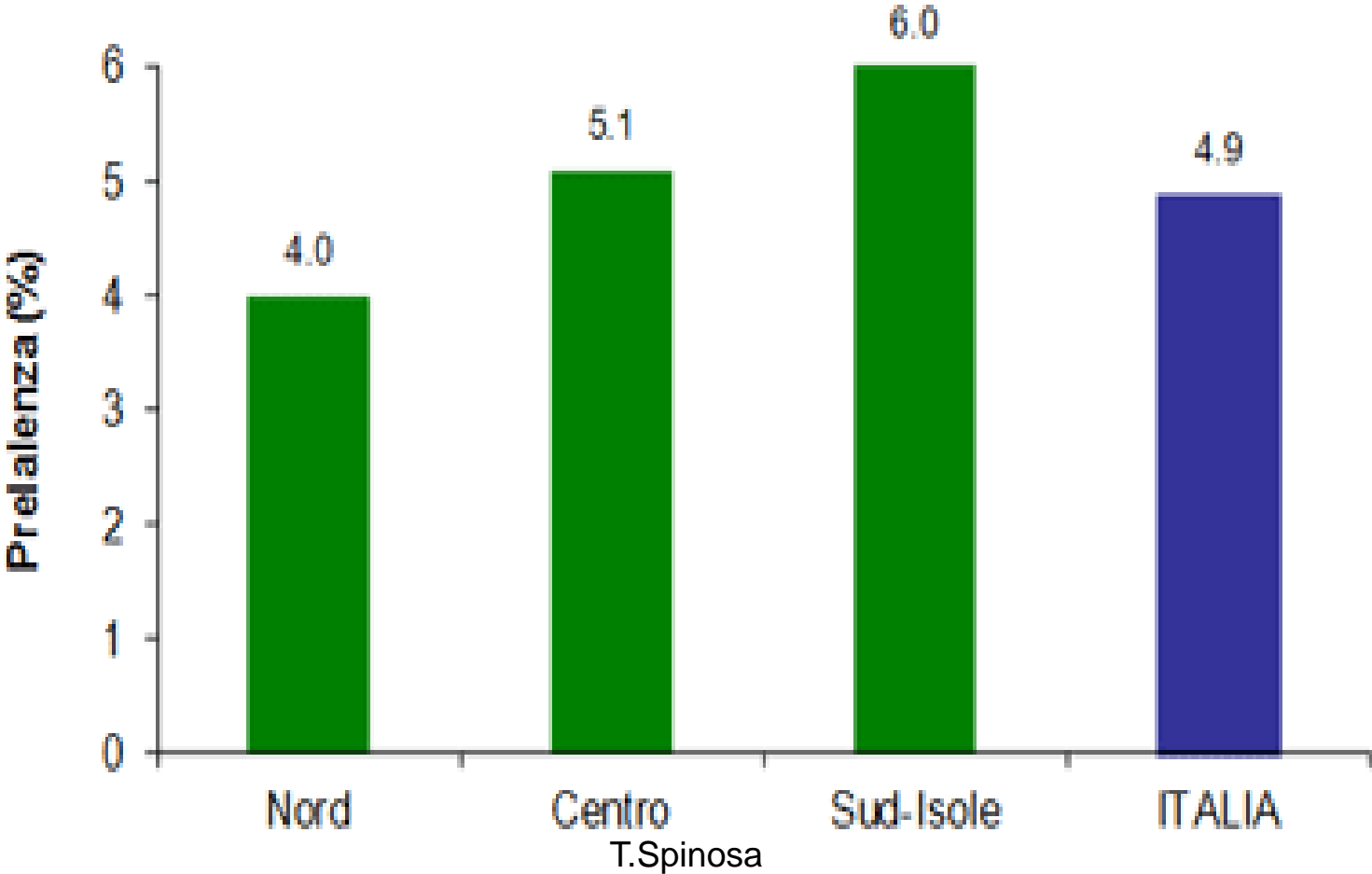
Indagine multiscopo ISTAT 2011



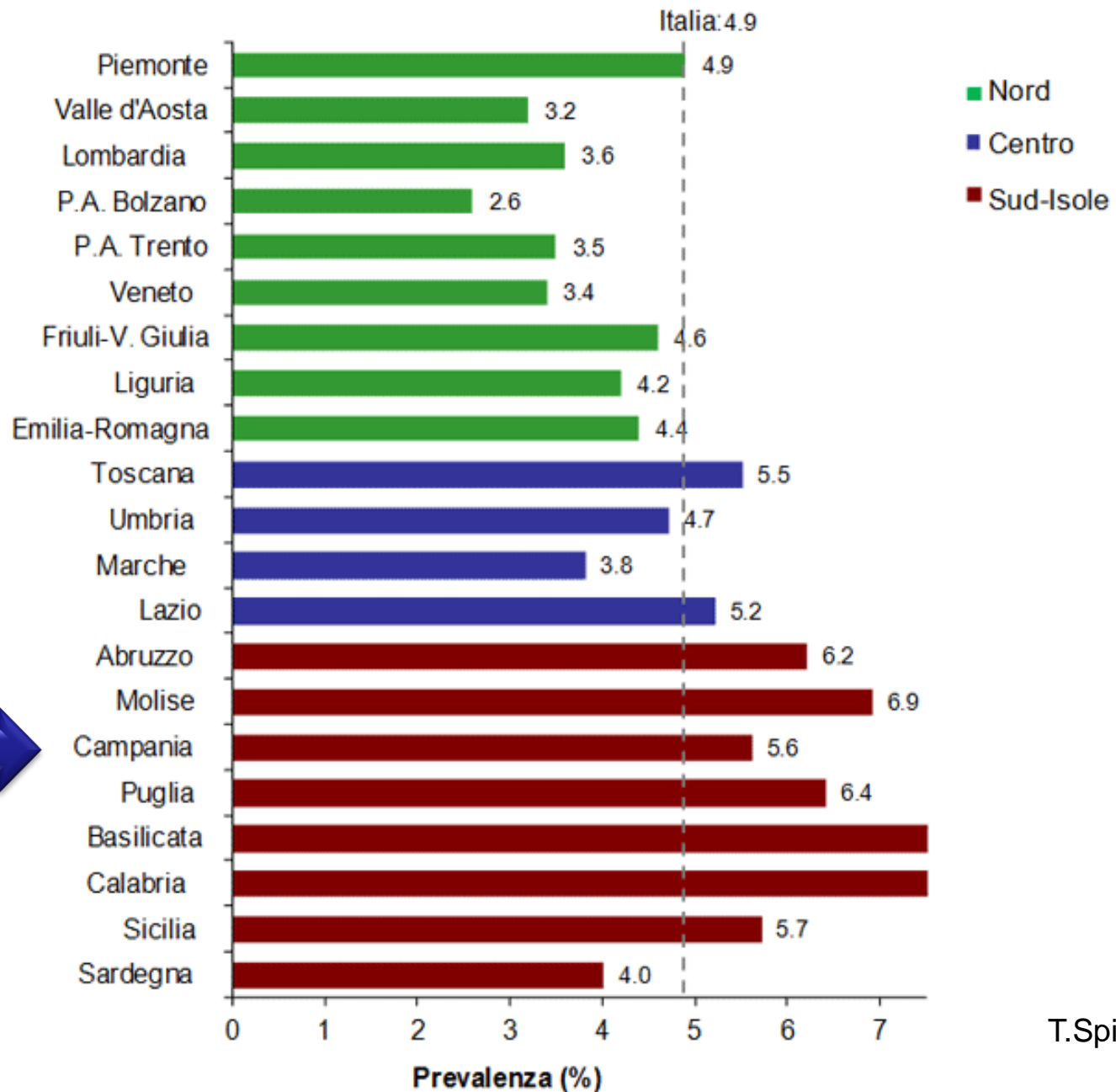
circa 3 milioni di persone con diabete

T.Spinosa

Prevalenza del diabete per area geografica

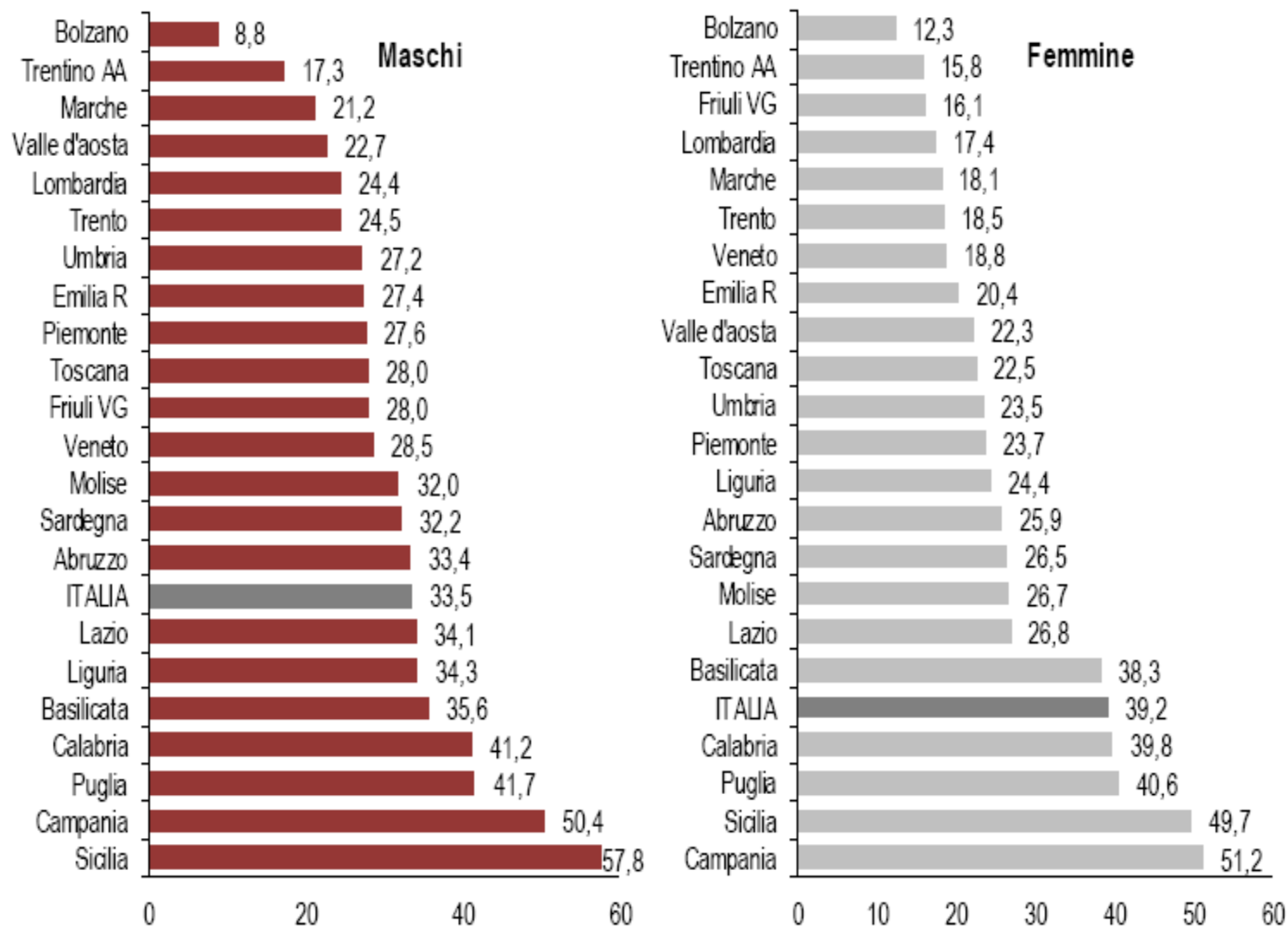


Prevalenza del diabete nelle regioni italiane



T.Spinosa

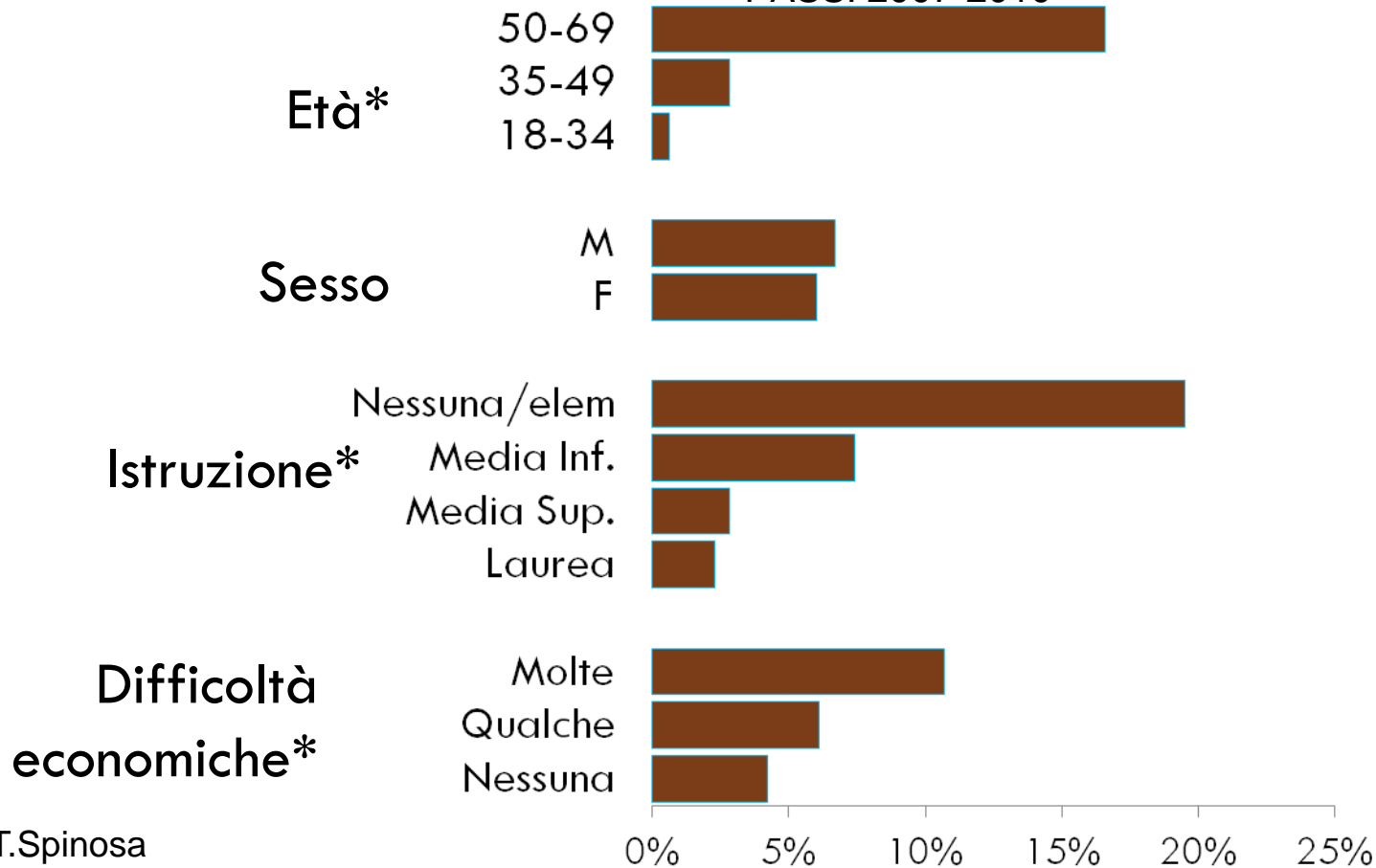
FIGURA 3. LA MORTALITÀ PER DIABETE IN ITALIA PER GENERE E REGIONE DI RESIDENZA.
 Anno 2009, tassi standardizzati, per centomila



Caratteristiche socio-demografiche

Popolazione diabetica (18-69 aa) residente in Campania
10.806 interviste

PASSI 2007-2010



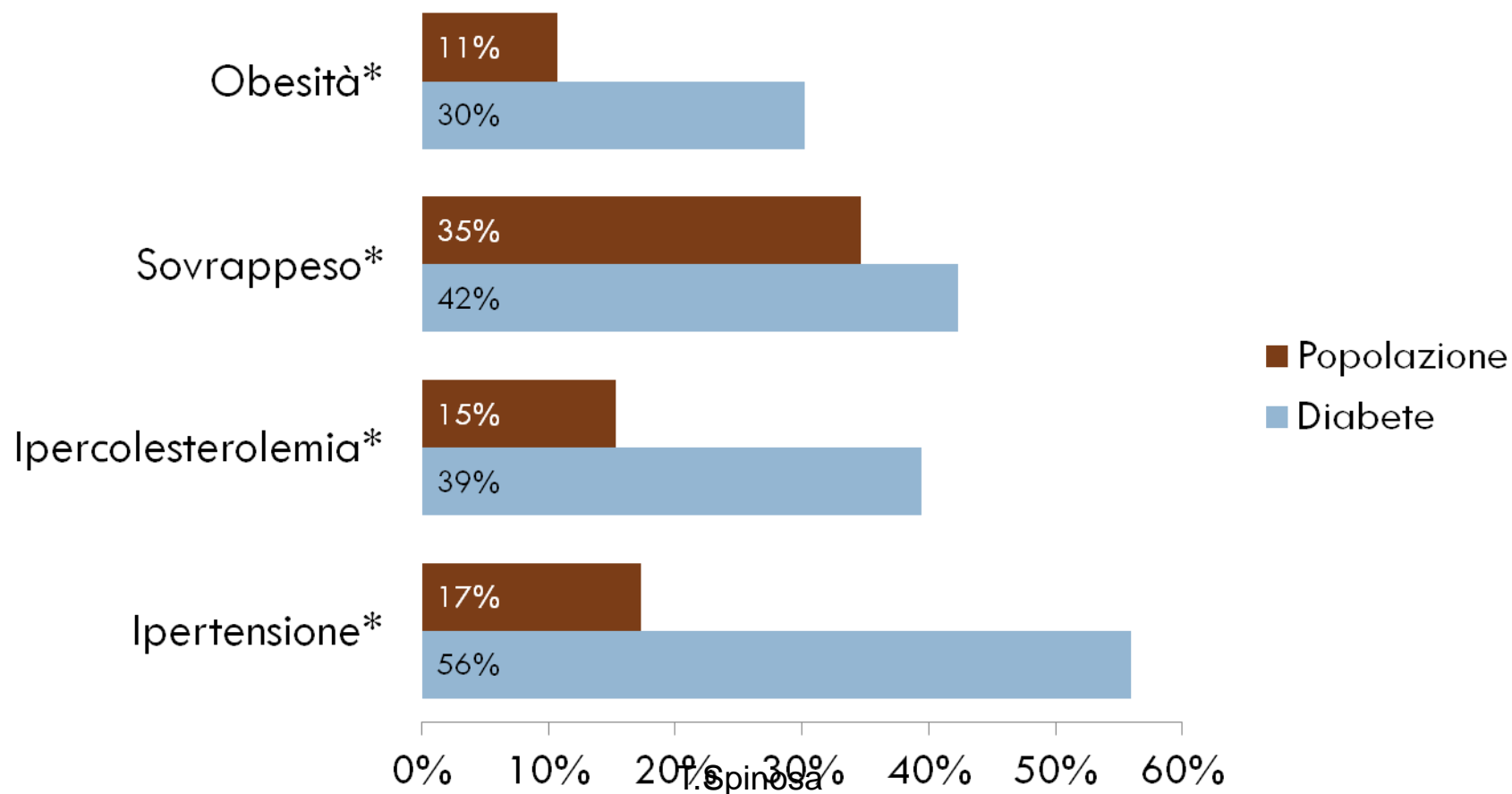
T.Spinosa

*: p<0.05

Fattori di rischio CV associati al diabete

PASSI 2007-2010

Popolazione 18-69 aa residente in Campania

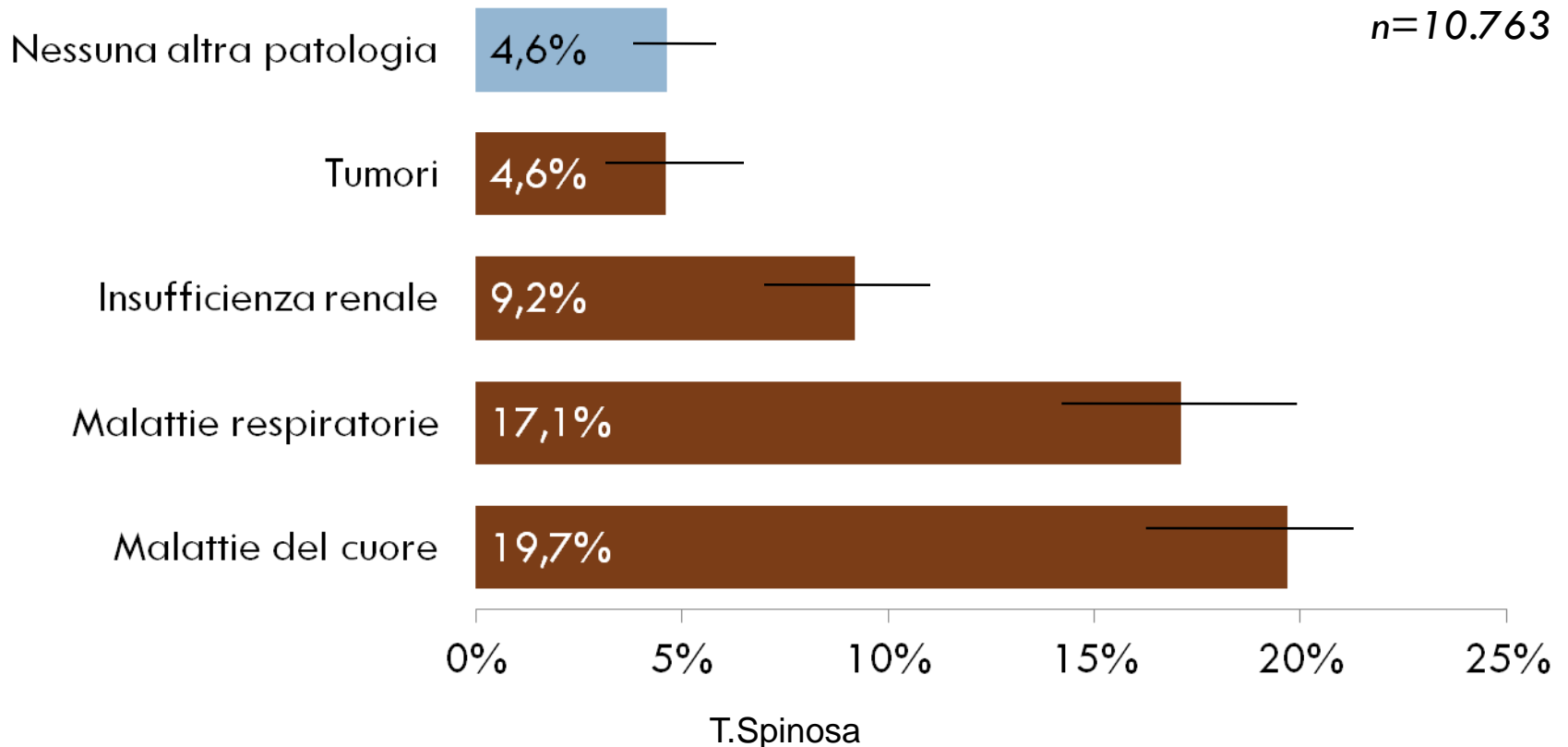


*: $p < 0.05$

Comorbidità

Patologie associate alla diagnosi riferita di “diabete”

PASSI 2007-2010; Popolazione 18-69 aa residente in Campania



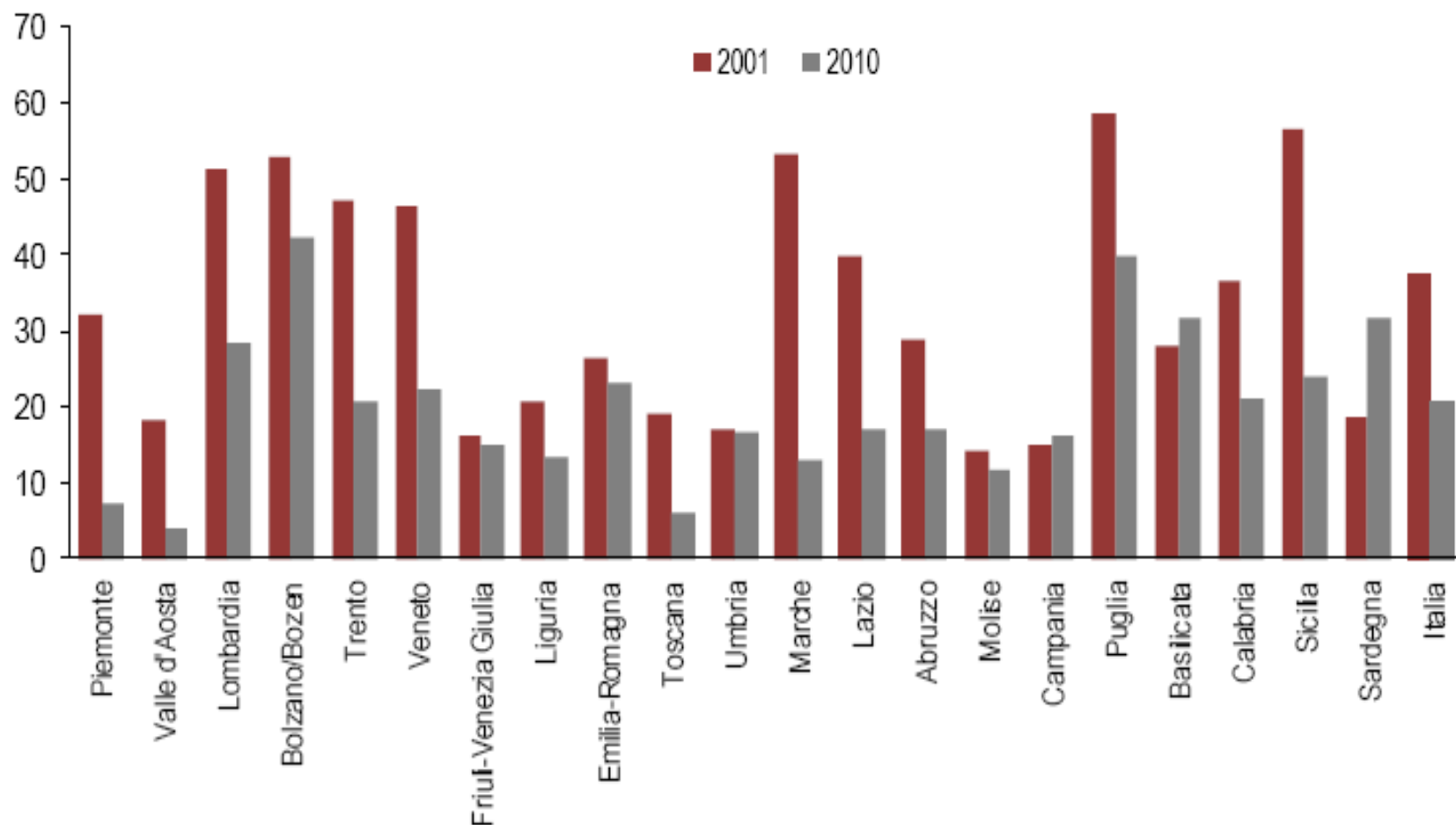
Conclusioni

- La prevalenza elevata del diabete, tra gli adulti campani, conferma la correlazione con le **diseguaglianze sociali**:
 - aumenta al crescere dell'età, delle difficoltà economiche e con il basso livello d'istruzione
- Il controllo dei **fattori di rischio cardiovascolari** è, come atteso, più frequente rispetto alla popolazione generale
- **L'eccesso di peso e la sedentarietà**, condizioni che caratterizzano lo stato di salute di tutta la popolazione campana, sono ancor più diffusi nella popolazione diabetica: l'attenzione del mondo sanitario su questi aspetti è decisamente da migliorare

Costi del diabete

- La popolazione diabetica consuma il **15-20%** delle risorse sanitarie totali
- 13% dei costi diretti del diabete è attribuibile alle cure ambulatoriali. La restante parte alle cure ospedaliere
- **Il 38% dell'eccesso di costo è speso per la cura delle complicanze a lungo termine**
- **Il 60% della quota pro-capite annua è destinata alle ospedalizzazioni per complicanze**
- Il 22% al consumo dei farmaci
- Costi sociali legati alle invalidità lavorative ed alla scarsa qualità di vita del paziente.

FIGURA 7. TASSI STANDARDIZZATI DI RICOVERO IN ITALIA PER 'DIABETE NON CONTROLLATO SENZA COMPLICANZE'. Anni 2001 e 2010, tassi per centomila abitanti di 18 anni e più (a)

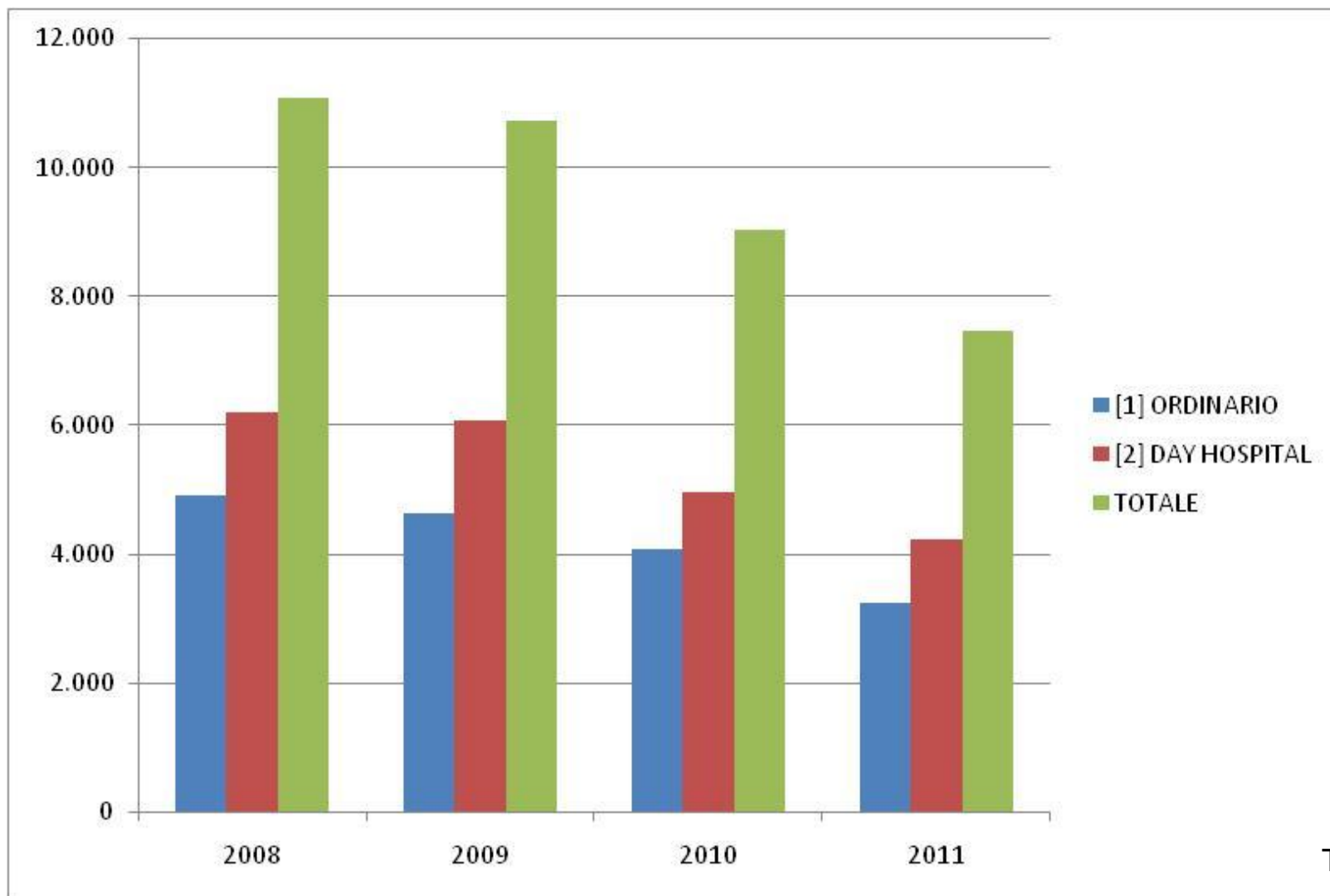


Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di dimissione ospedaliera.

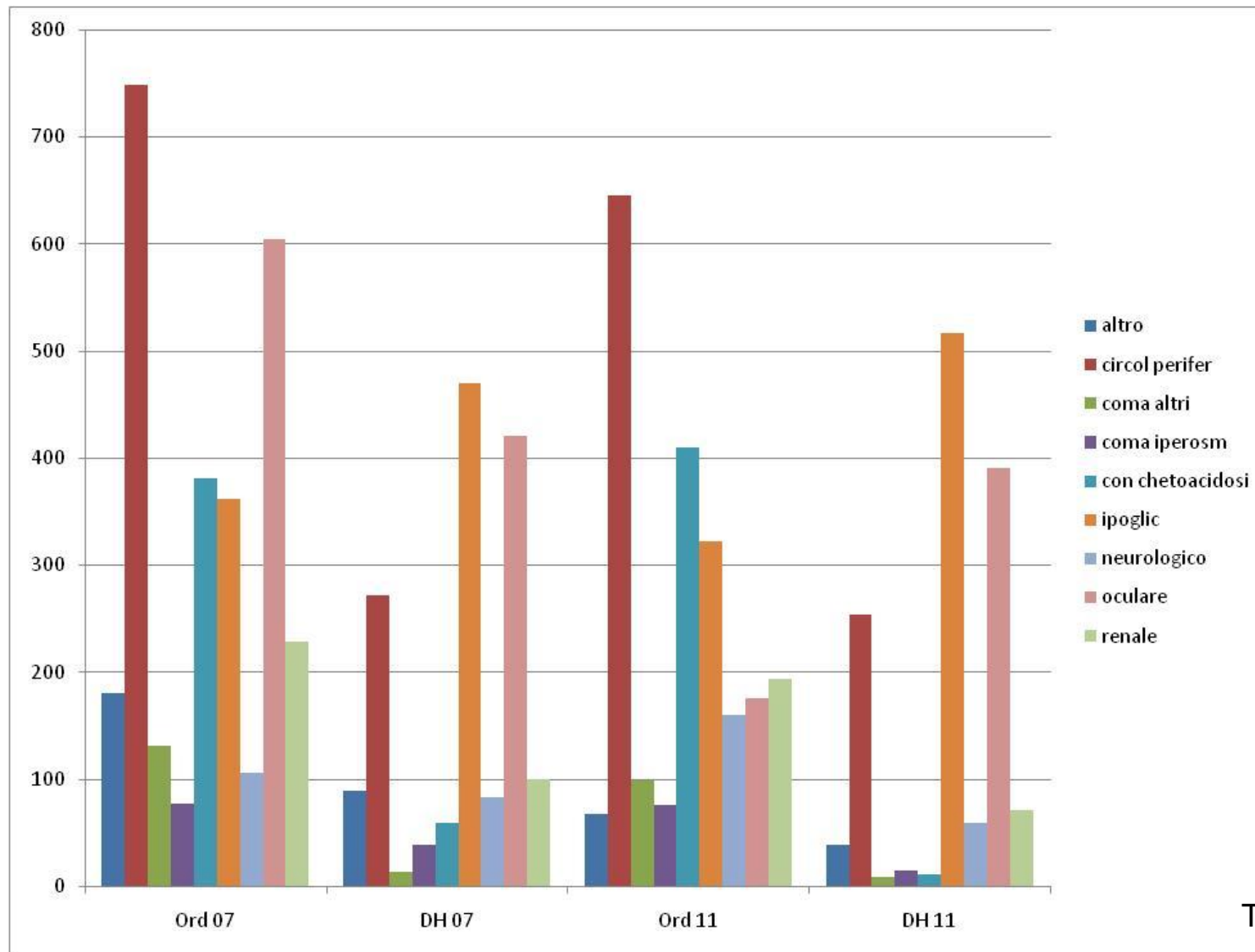
(a) Sono inclusi solo i ricoveri ordinari per acuti in strutture pubbliche e private accreditate

T.Spinosa

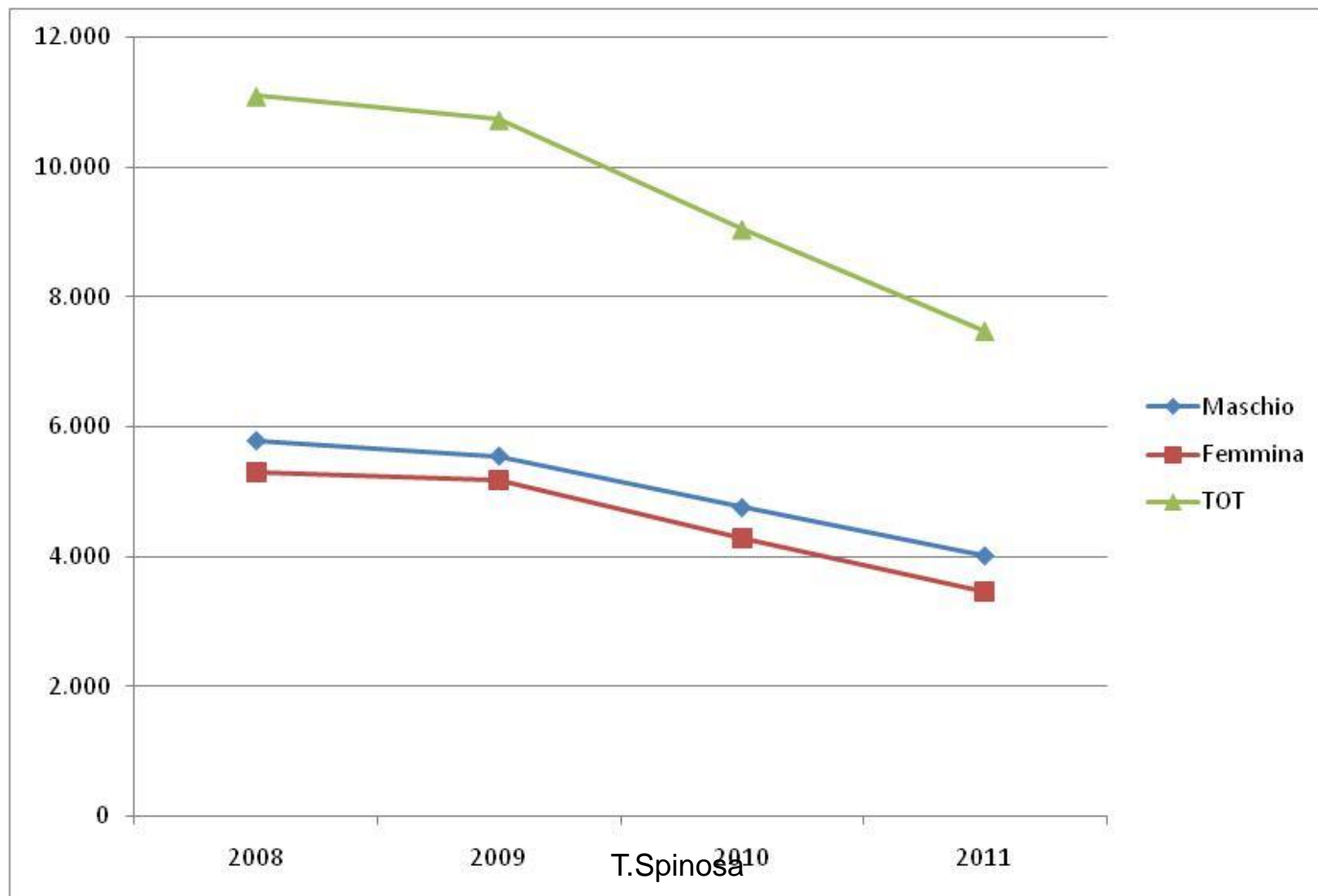
Andamento dei ricoveri ospedalieri con diagnosi principale di diabete in Campania distinti per regime di ricovero - anni 2008-2011



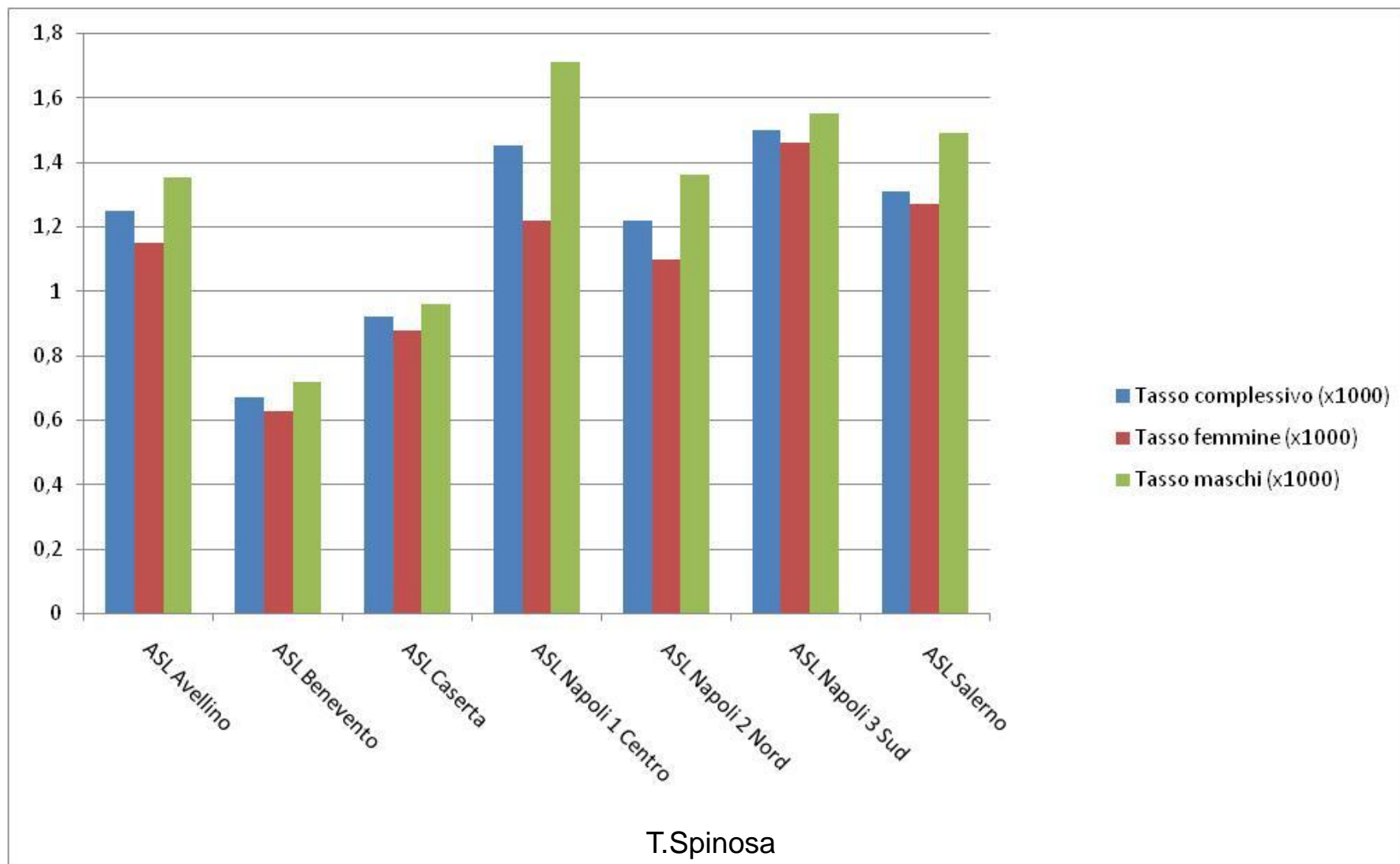
Andamento dei ricoveri ospedalieri con diagnosi principale di diabete CC in Campania distinti per regime di ricovero - anni 2007 vs. 2011



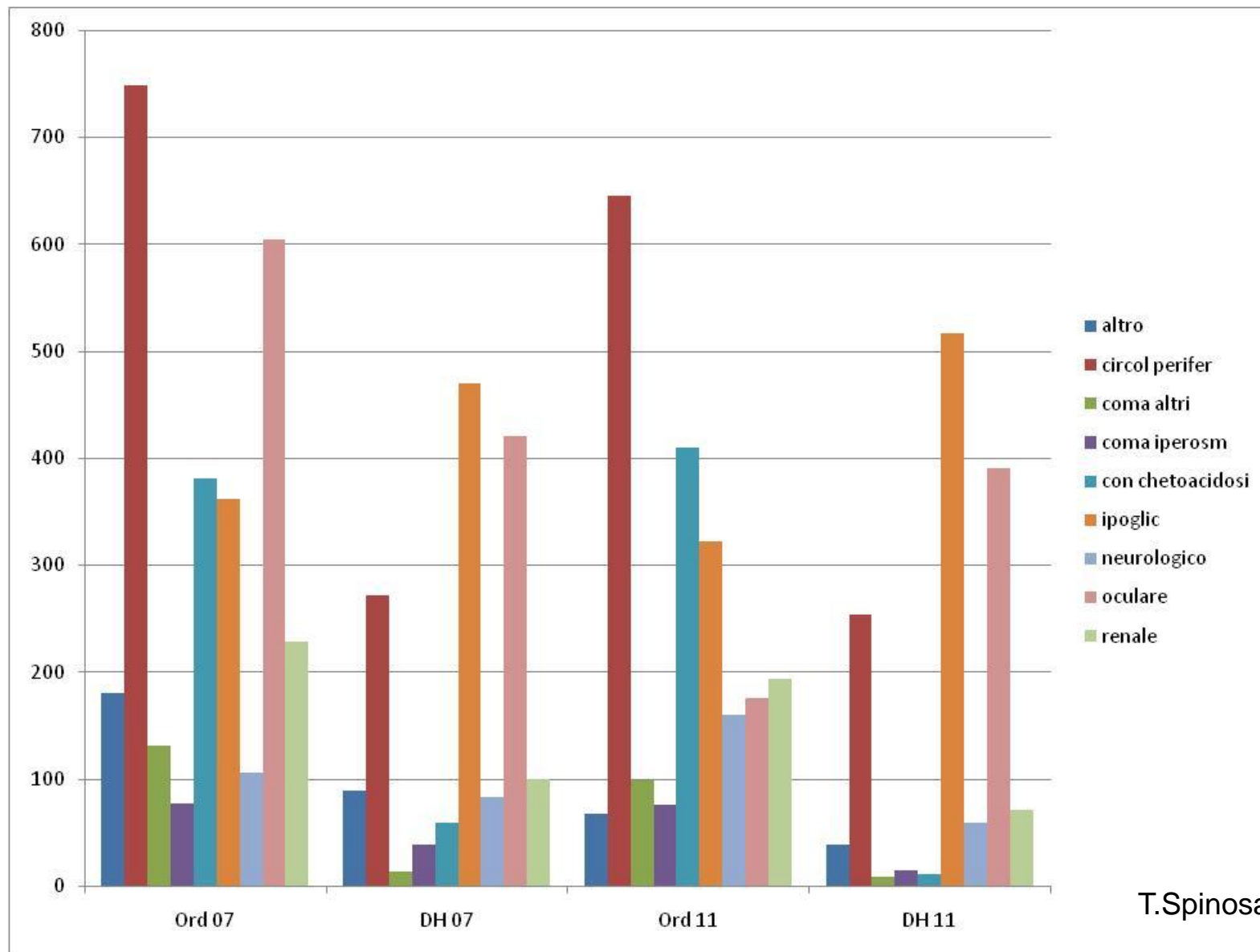
Andamento dei ricoveri ospedalieri con diagnosi principale di diabete in Campania distinti per genere - anni 2008-2011



Ricoveri per diabete mellito con codice di diagnosi principale ICD-9-CM 250.xx (tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti) - anno 2011, per ASL di residenza

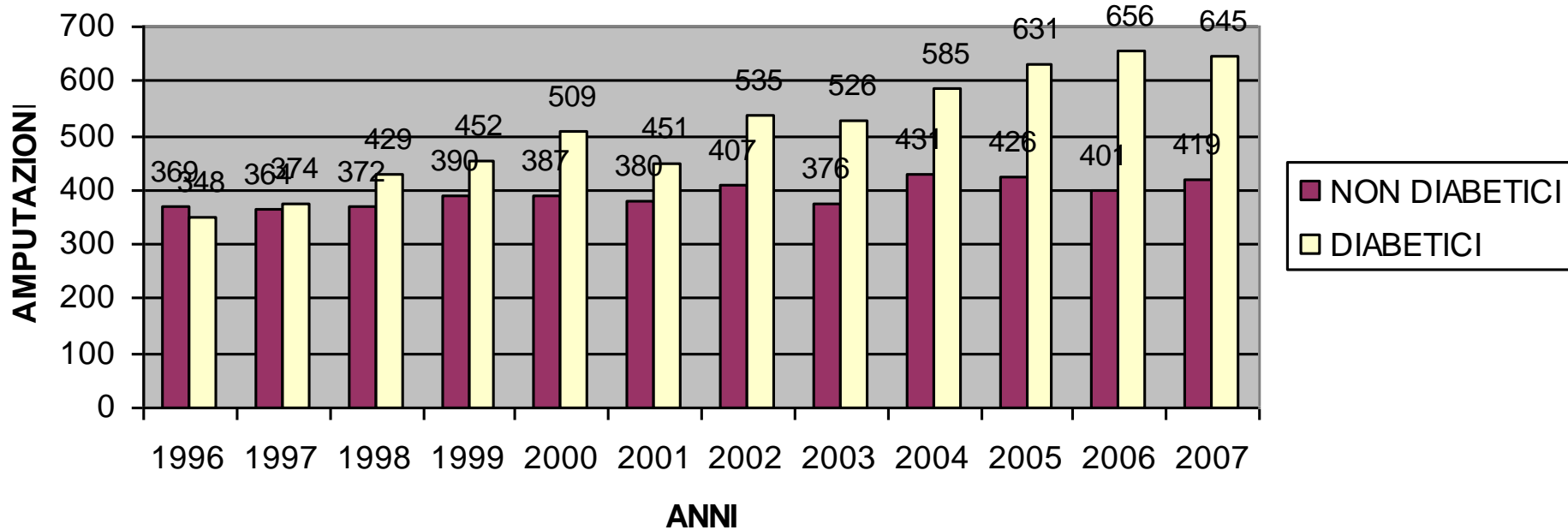


Ricoveri per diabete mellito in regione Campania, distinti per regime di ricovero e tipo di complicanza, anno 2007 vs. 2011



T.Spinosa

AMPUTAZIONI IN CAMPANIA 1996-2007



Il percorso avviato dalla Campania per orientare gli ospedali verso una maggiore appropriatezza organizzativa

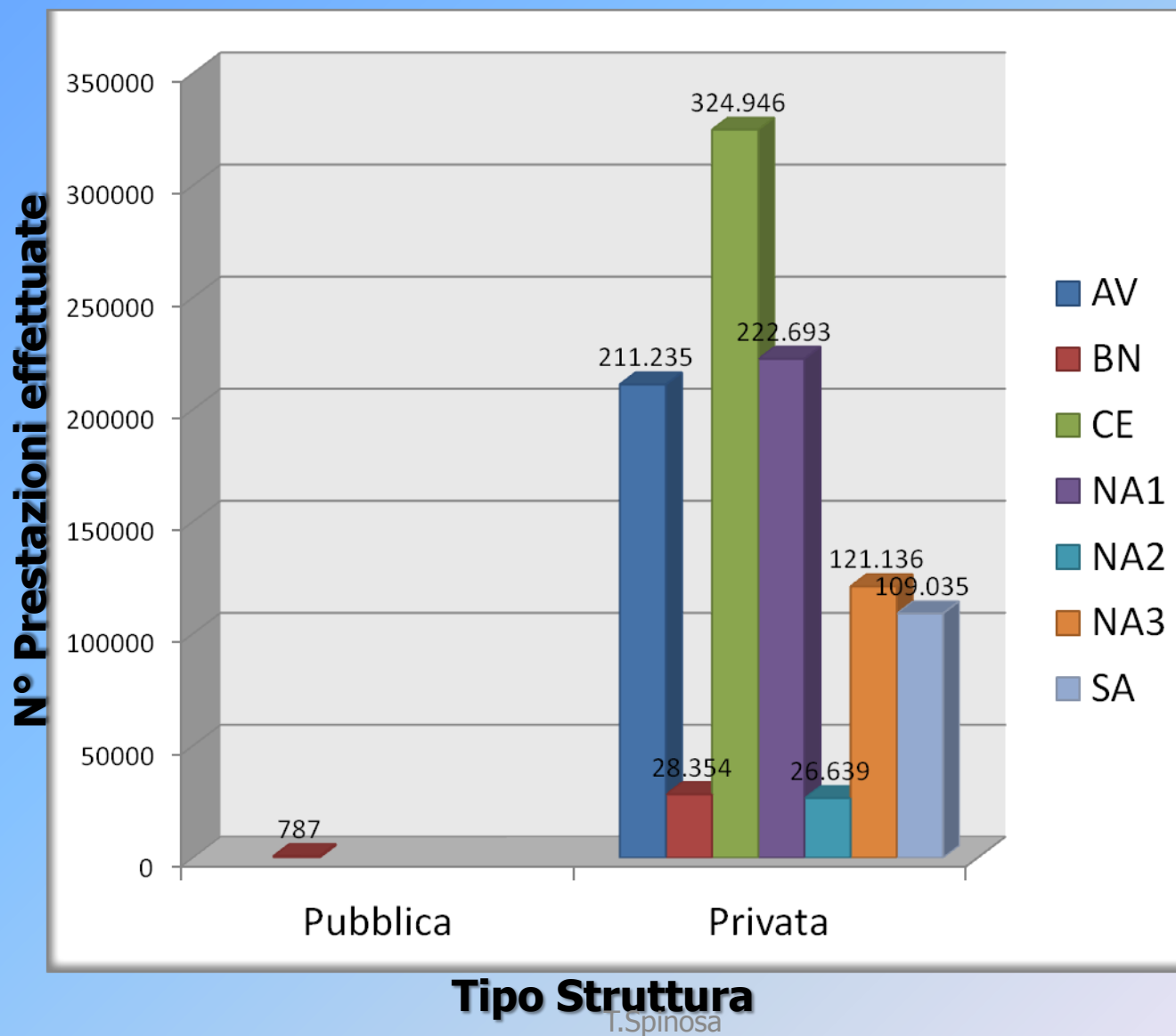
Attuazione DAY SERVICE DGR2040/2009

PACC 250:

PACC DIAGNOSTICO DIABETE COMPLICATO E/O SCREENING DELLE COMPLICANZE D'ORGANO

Decreto 58/2010 soglie di ricoverabilità per il DRG 294 e DRG 295 ad alto rischio di inappropriatezza

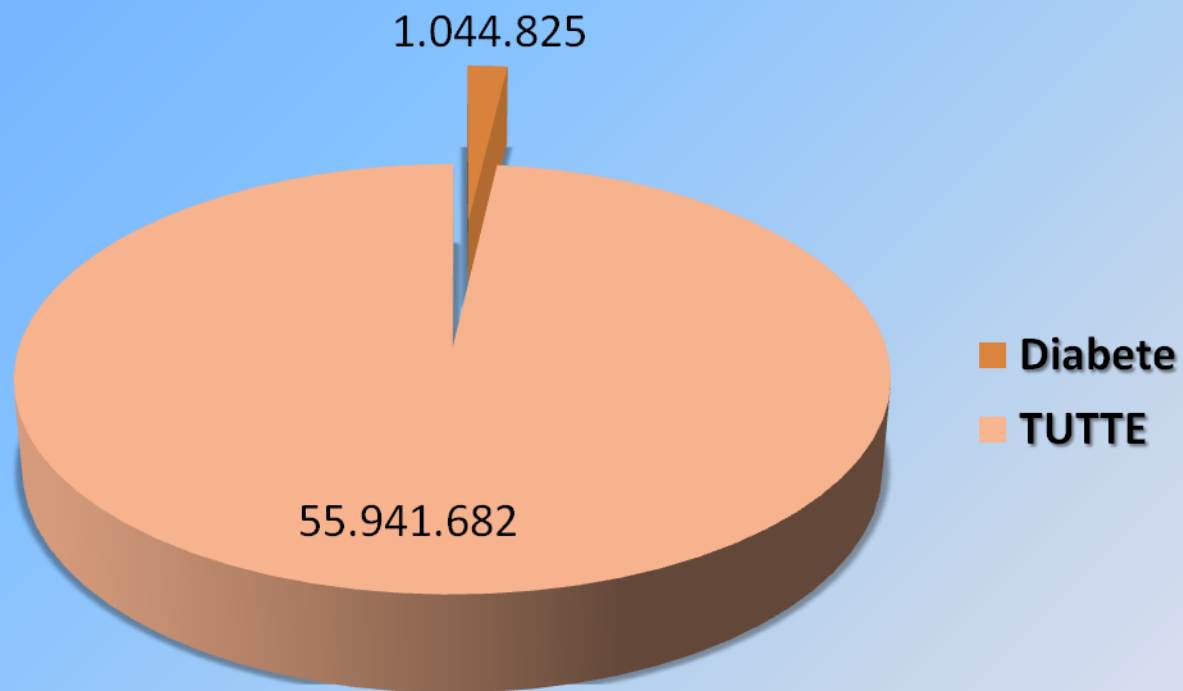
Diabete 2011 - Totale Prestazioni



Riferimento ASL

Diabete 2011

Totale Prestazioni



REGIONE CAMPANIA

Piani Sanitari Regionali dal 2002 al 2012

Azioni

- Suscitare l'attenzione tra la popolazione e gli operatori sanitari sulla **prevenzione del Diabete** e delle sue complicanze.
- Elaborare programmi per l'identificazione ed il controllo del Diabete e delle sue complicanze utilizzando un **percorso** che porti alla corretta autogestione della malattia.
- Assicurare che la **cura dei bambini diabetici** sia prestata da specialisti e che le famiglie abbiano i necessari supporti sociali, economici e psicologici.
- Rinforzare i **centri di eccellenza**, per la cura, l'educazione e la ricerca e creare nuovi centri di **assistenza specialistica**, ove ne esistano il bisogno e la potenzialità.
- **Diffondere le linee guida** adottate a livello internazionale ed aiutare l'integrazione tra i diversi soggetti deputati alla cura dei diabetici, attraverso la creazione di gruppi di lavoro multidisciplinari.
- **Migliorare la sorveglianza epidemiologica (registro)** sul diabete e sulle sue complicanze e sull'efficienza ed efficacia degli interventi attuati, mediante l'utilizzo di specifici indicatori: Mortalità specifica, Amputazioni di arto inferiore, Ricorso alla Dialisi, Cause di ospedalizzazione

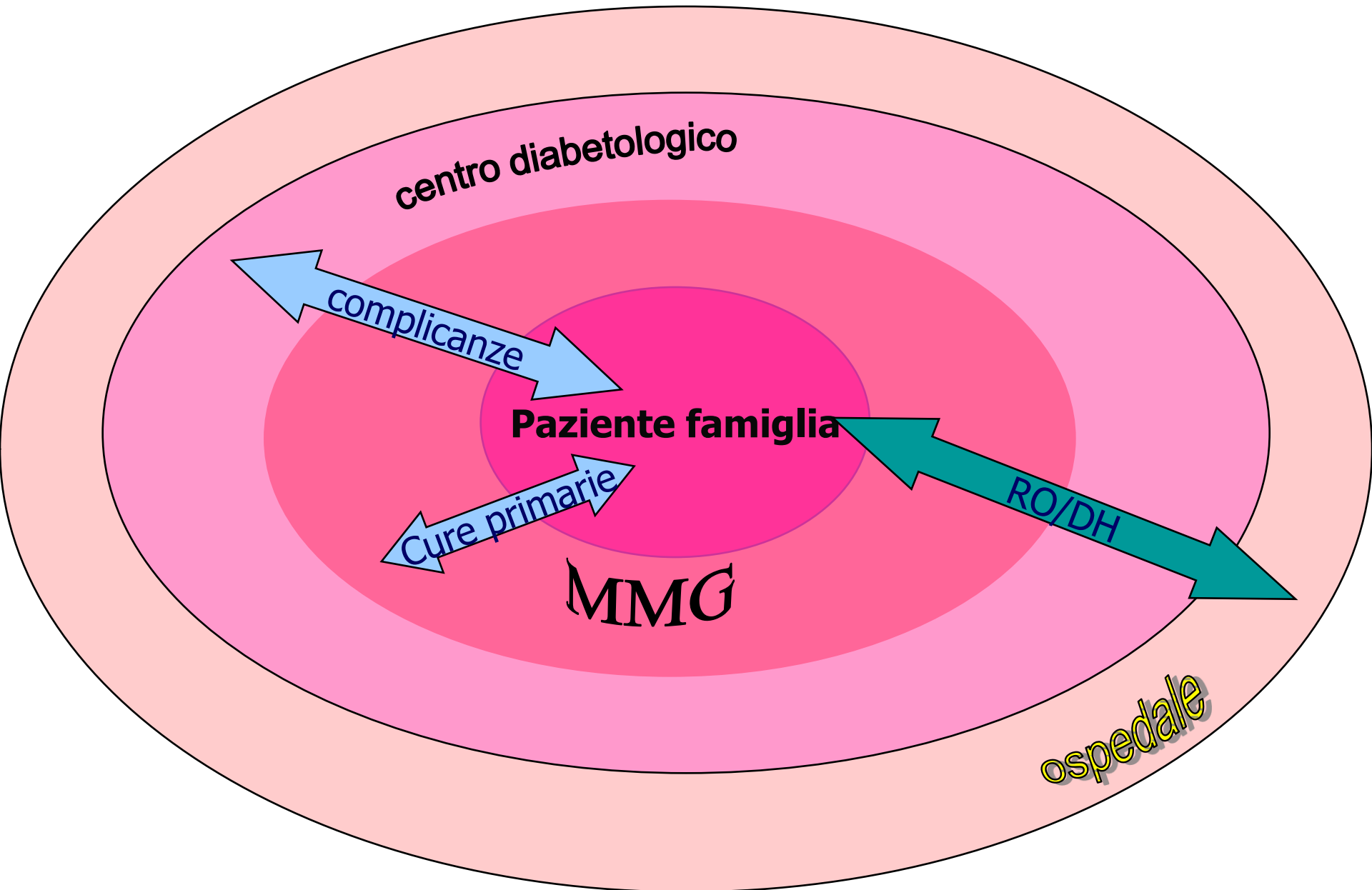
Normativa Regionale sul Diabete

- Linee Guida Regionali “ Dall’assistenza diabetologica integrata al team diabetologico e al disease management della malattia diabetica “ siglate dall’AMD,SIMG,SID dell’ottobre 2000
- Piano Sanitario Regionale 2002/2004 approvato con Legge Regionale 10/2002, che pone tra gli obiettivi generali e specifici , al punto c , la riduzione della mortalità e morbilità per il diabete mellito.
- Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale DPR 270/2000 ex art. 70 comma 1 lettera c, in cui si esprime la volontà di individuare il diabete mellito come “ modello sperimentale “ di un percorso assistenziale tra le patologie di interesse sociale.
- Linee di indirizzo regionali per la prescrizione e distribuzione diretta della specialità medicinale LANTUS insulina glargine DGR 3824/2003 e successive e attualmente oggetto di ulteriore revisione.
- Piano Triennale per la razionalizzazione della spesa sanitaria in Regione Campania ai sensi della D.G.R.C. del 20.06.2003.
- Decreti Assessoriali n. 832/2002 e 68/2003 : “Modalità di concessione dei presidi diagnostici e terapeutici ai pazienti diabetici”.
- Decreto Dirigenziale n. 22 /2005 : Modalità di concessione dei presidi diagnostici e terapeutici ai pazienti diabetici “ che integra i precedenti autorizzando la prescrizione delle strisce per la determinazione dei chetoni nel sangue.

Delibera N. 1168 del 16 settembre 2005

Regione Campania

- Percorsi diagnostico-terapeutici
- Percorso gestionale-organizzativo
- Indicatori per il monitoraggio della corretta attuazione del percorso clinico-assistenziale
- Prevenzione ed educazione sanitaria
- Formazione ed aggiornamento continuo
- Libretto del paziente diabetico



Percorsi diagnostico-terapeutici

- **PER LA PREVENZIONE DEL DIABETE MELLITO TIPO 2**
- **PER IL FOLLOW-UP DEL PAZIENTE CON IGT o IFG**
- **PER IL FOLLOW-UP DEL PAZIENTE DIABETICO TIPO 2 PRIVO DI COMPLICANZE D'ORGANO**
- **PER IL FOLLOW-UP DEL PAZIENTE DIABETICO TIPO 1 NONCHE' DEL PAZIENTE TIPO 2 CON COMPLICANZE CRONICHE**
- **PER LE DONNE GRAVIDE AFFETTE DA DIABETE**
- **PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEL PIEDE DIABETICO**

Percorso gestionale organizzativo



T.Spinosa

Legge regionale 9 /2009

- Art.1 Finalità- **Linee guida regionali pediatriche DGR37/2004**
Linee guida regionali adulto DGR 1168/2005
- Art.2 Organizzazione del modello assistenziale
- Art.3-4 Commissione Diabetologica Regionale
- Art.5 Livelli assistenziali di intervento
- Art. 6 Cure primarie
- Art.7 Centro di riferimento regionale per la malattia diabetica in età pediatrica
- Art.8 centri di Diabetologia Pediatrica Provinciali
- Art. 9 Centri di Diabetologia territoriali
- Art. 10 Centri di Diabetologia Accreditati
- Art. 11 Assistenza Ospedaliera in regime di ricovero
- Art. 12 Modalità delle Cure
- Art 13 Educazione sanitaria
- Art. 14 Formazione ed aggiornamento Professionale
- Art. 15 Attività di Analisi e Monitoraggio del percorso assistenziale e registro di patologia
- Art. 16 Associazione di volontariato diabetici
- Art. 17 Interventi per il diabete infantile-giovanile
- Art.18 Interventi nel settore dell'attività motoria
- Art.19 Interventi per il settore socio-sanitario e della ricerca
- Art.20 Norma Finanziaria T.Spinosa
- Art.21 Norma Finale

Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012

- Piano Regionale della Prevenzione
- Delibera 309 del 29/4/2010
 - 3.3 *Il Diabete*
 - 3.3.1 *Prevenzione delle complicanze del Diabete attraverso l'attuazione del disease management*
 - 3.3.1.1 *Prevenzione delle complicanze del Diabete. Percorso educativo-assistenziale per la prevenzione del piede diabetico*

La realtà assistenziale campana è estremamente diversificata

La peculiarità della patologia cronica deve prevedere l'**integrazione** fra competenze organizzative e professionali diverse

Il censimento delle strutture esistenti e l'analisi di alcuni outcome clinici permette di evidenziare aree di criticità/miglioramento

<u>DATI CENSIMENTO 2006 (fonte AMD Campania)</u>	totali
ALLOCAZIONE:	152
TERRITORIO	122
OSPEDALE	26
UNIVERSITA'	4
TIPOLOGIA	
AMBULATORIO	92
SERVIZIO	60
RAPPORTI CON SSN:	
PUBBLICA	119
PRIVATA in temporaneo accreditamento e convenzione	32
PRIVATA	1
NUMERO DIABETOLOGI A TEMPO PIENO (38 ORE)	99
NUMERO DIABETOLOGI A TEMPO PARZIALE	169
NUMERO INFERMIERI DEDICATI (Tempo Pieno)	158
NUMERO INFERMIERI DEDICATI (Tempo Parziale)	59

<u>ALTRE FIGURE</u>	totali
DIETISTA	21
PODOLOGO	18
AMMINISTRATIVO	41
SPECIALISTI DEDICATI	
CARDIOLOGO	49
NEUROLOGO	40
OCULISTA	52
NEFROLOGO	6
ALTRO	2
CARTELLA INFORMATIZZATA	
SI (EUROTOUCH)	119
SI (ALTRO)	32
NO	1
ASSISTENZA INTEGRATA CON MMG	
SI	9
NO	135
PARZIALE	8
LABORATORIO	
Centralizzato	143
Proprio	9
	I.Spinoza

ANALISI DEL SISTEMA ATTUALE

Punti di forza dell'attuale sistema organizzativo:

- la possibilità per il cittadino di ricevere qualunque prestazione sanitaria
- la possibilità per il MMG/specialista di decidere i percorsi assistenziali per i pazienti
- la pluralità dei punti d'erogazione delle prestazioni
- motivazione degli operatori
- Partecipazione a Programmi/ Progetti Nazionali ed Europei

ANALISI DEL SISTEMA ATTUALE

Punti di debolezza:

- scarso livello d'integrazione e di coordinamento tra i vari livelli assistenziali
- duplicazione d'interventi/inappropriatezza
- ricoveri inappropriati e/o evitabili
- lunghi tempi di attesa per l'accesso ai servizi
- carico di lavoro per i CD eccessivo e talvolta improprio
- demotivazione da parte degli operatori
- scarsa presenza di figure professionali non mediche: infermieri, dietisti, psicologi, podologi
- scarsa adesione ai PDTA

Disease Management

Disease Management è una metodologia basata su un **approccio integrato** alla malattia, teso al miglioramento dei risultati clinici e della qualità dei servizi offerti, nell'ottica della razionalizzazione delle risorse.

Il modello scelto: la gestione integrata

- Il modello di “gestione integrata della malattia” è l'approccio organizzativo, propositivo e multifattoriale all'assistenza sanitaria fornita a tutti i membri di una popolazione affetti da una specifica patologia.
- L'assistenza è incentrata e integrata
 - sui diversi aspetti della malattia e delle relative complicanze,
 - sulla prevenzione delle complicanze e delle condizioni di comorbidità
 - su aspetti rilevanti del sistema di erogazione.

<http://www.epicentro.iss.it/igea/default.asp>

La “gestione integrata della malattia”

Le caratteristiche

Linee guida **diagnostico-terapeutiche e organizzative condivise**

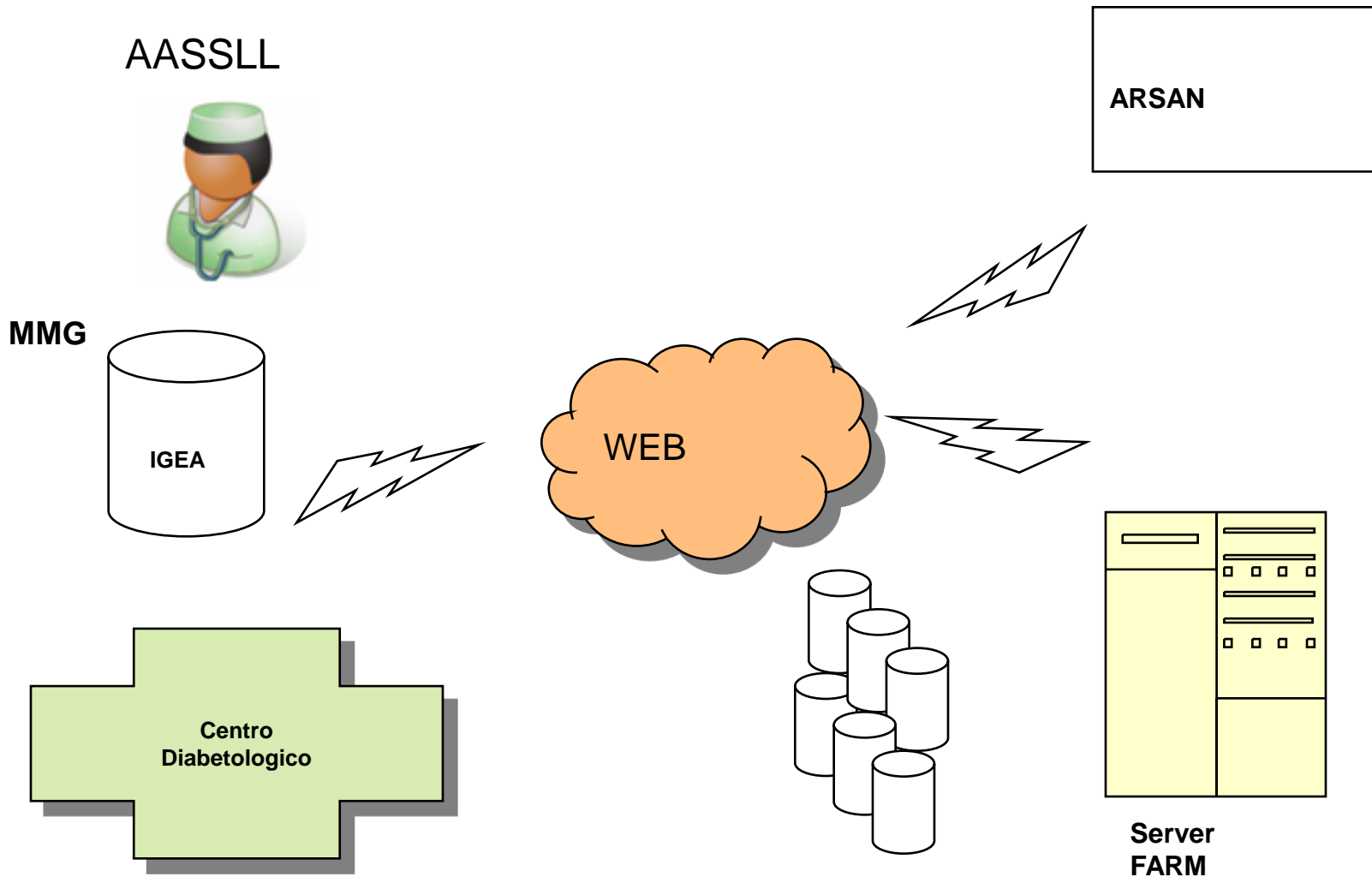
Modelli cooperativi **che coinvolgano gruppi multidisciplinari e multiprofessionali di operatori sanitari.**

Supporto formativo ai pazienti **per l'autogestione della patologia (patient empowerment)**

Sistemi informativi **idonei per i processi di identificazione della popolazione target, per la valutazione di processo e di esito, per svolgere una funzione proattiva di richiamo dei pazienti all'interno del processo, per condividere, efficacemente e tempestivamente, le informazioni necessarie alla gestione dei pazienti.**

La formazione continua per gli operatori **preposti alla gestione del percorso**

Architettura della piattaforma



T.Spinosa

Obiettivi Finali

- Riduzione della mortalità per diabete
- Miglioramento della qualità di vita
- Riduzione dell'incidenza delle complicanze
- Trattamento precoce ed efficace delle complicanze
- **Miglioramento dell'appropriatezza del ricorso a prestazioni diagnostico-terapeutiche con riduzione dei ricoveri impropri**
- Riduzione della mobilità passiva per interventi terapeutici per le complicanze del diabete

PERCORSO ASSISTENZIALE

Una definizione non “clinica”

**Percorso che il cittadino compie,
attraverso i servizi messi a
disposizione dall'azienda sanitaria,
per risolvere un suo problema di
salute.**



Il percorso assistenziale

- Si passa da un approccio assistenziale non programmato, ad una gestione in cui tutta l'assistenza diventa un processo il cui esito finale è il raggiungimento di un obiettivo di salute **misurabile**, dove i singoli interventi sono **definiti e quantizzabili**.
- si intende la migliore sequenza temporale e spaziale possibile, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse professionali e tecnologiche a disposizione, delle attività da svolgere per gestire una condizione patologica di un paziente/gruppo di pazienti.

Percorso assistenziale

- l'appropriatezza del profilo di cura ed i risultati finali di specifici interventi sono strettamente connessi alla ottimizzazione delle risorse disponibili, ed al grado di massimizzazione dei benefici ottenibili da risorse limitate

Il PDTA : un modello Assistenziale Complesso, un Sistema di cura integrato che :

- È centrato sul paziente
- Permette una visione economica e clinica della malattia
- È un processo di miglioramento continuo
- E' multidisciplinare e condiviso

Costruzione dei percorsi assistenziali

- Modalità integrata di gestione del paziente (DM)
- Assistenza mutuata scientificamente dalle Linee Guida
- Prestazioni appropriate e qualitativamente soddisfacenti
- Continuità delle cure
- Anticipazione dei bisogni

traduzione delle linee guida in percorsi diagnostico-terapeutici

a partire dai **comportamenti clinici
raccomandati**

si definisce a livello aziendale/regionale **quale**
debba essere l'*iter* assistenziale di specifiche
categorie di pazienti,

quali siano le **competenze professionali** che
devono intervenire nelle diverse fasi

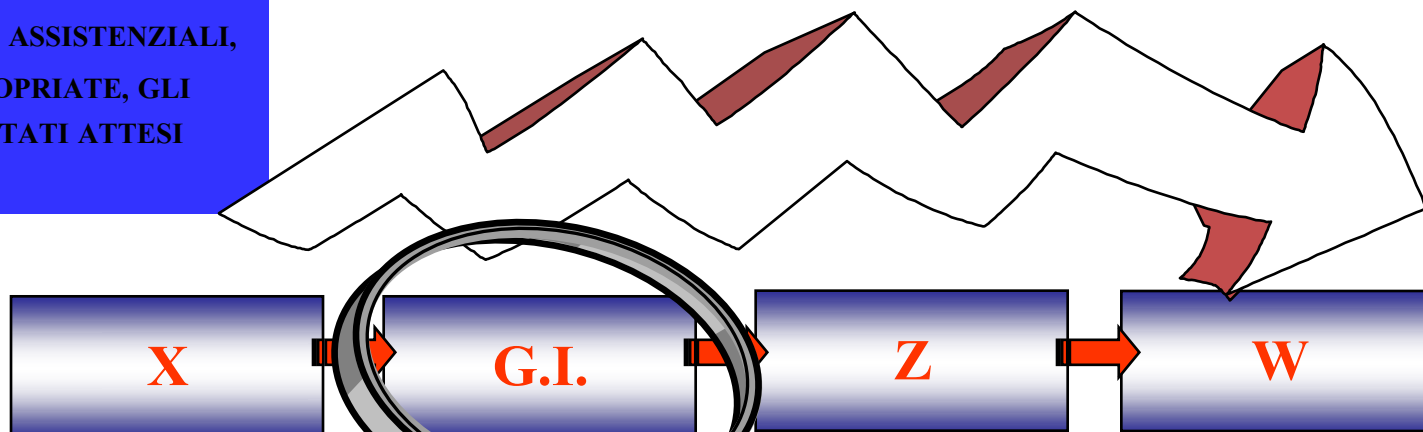
quale sia l'**assetto organizzativo** che in quello
specifico contesto deve sostenere l'insieme del
percorso assistenziale.

definizione a livello locale dei percorsi diagnostico-terapeutici

è la costruzione contestualizzata delle condizioni che rendano questi percorsi valutabili nella loro applicazione pratica e misurabili relativamente al loro impatto su esiti clinici rilevanti per i pazienti e gli operatori.

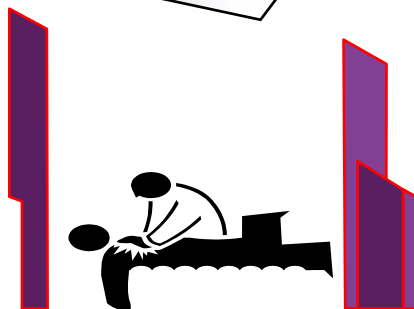
PERCORSO ASSISTENZIALE COME BASE PER CREARE SISTEMA E PER GARANTIRE CONTINUITA' ASSISTENZIALE ...

**1. DEFINIRE LE TAPPE ASSISTENZIALI,
LE FUNZIONI APPROPRIATE, GLI
ATTORI ED I RISULTATI ATTESI**



**OGNUNO FACCIA
BENE LA
PROPRIA PARTE
IN UNA LOGICA DI
*ACCOUNTABILITY***

**2. RIVEDERE CRITICAMENTE
L'APPROPRIATEZZA DELLE
FUNZIONI SVOLTE DALLE
TAPPE ASSISTENZIALI E
ANALIZZARLE IN DETTAGLIO**



T.Spinoza

**3. VALUTARE I RISULTATI
DELLE SINGOLE TAPPE
ASSISTENZIALI E DEL
SISTEMA**

LA GESTIONE INTEGRATA COME PROCESSO DINAMICO E IN EVOLUZIONE

individuando le priorità sulla base delle potenzialità dei contesti locali

PAZIENTI A BASSO
CARICO ASSISTENZIALE

PAZIENTI AD ALTO
CARICO ASSISTENZIALE

L'INTEGRAZIONE
MMG-
SPECIALISTA

L'INTEGRAZIONE
DI ALTRI
PROFESSIONISTI
(infermiere, psicologo
assistente sociale, ...)

L'INTEGRAZIONE
TRA SPECIALISTI

L'INTEGRAZIONE
CON
L'OSPEDALE



STRATIFICAZIONE

DIAGNOSI

PIANIFICAZIONE
DEL FOLLOW-UP

GESTIONE
DEL FOLLOW-UP

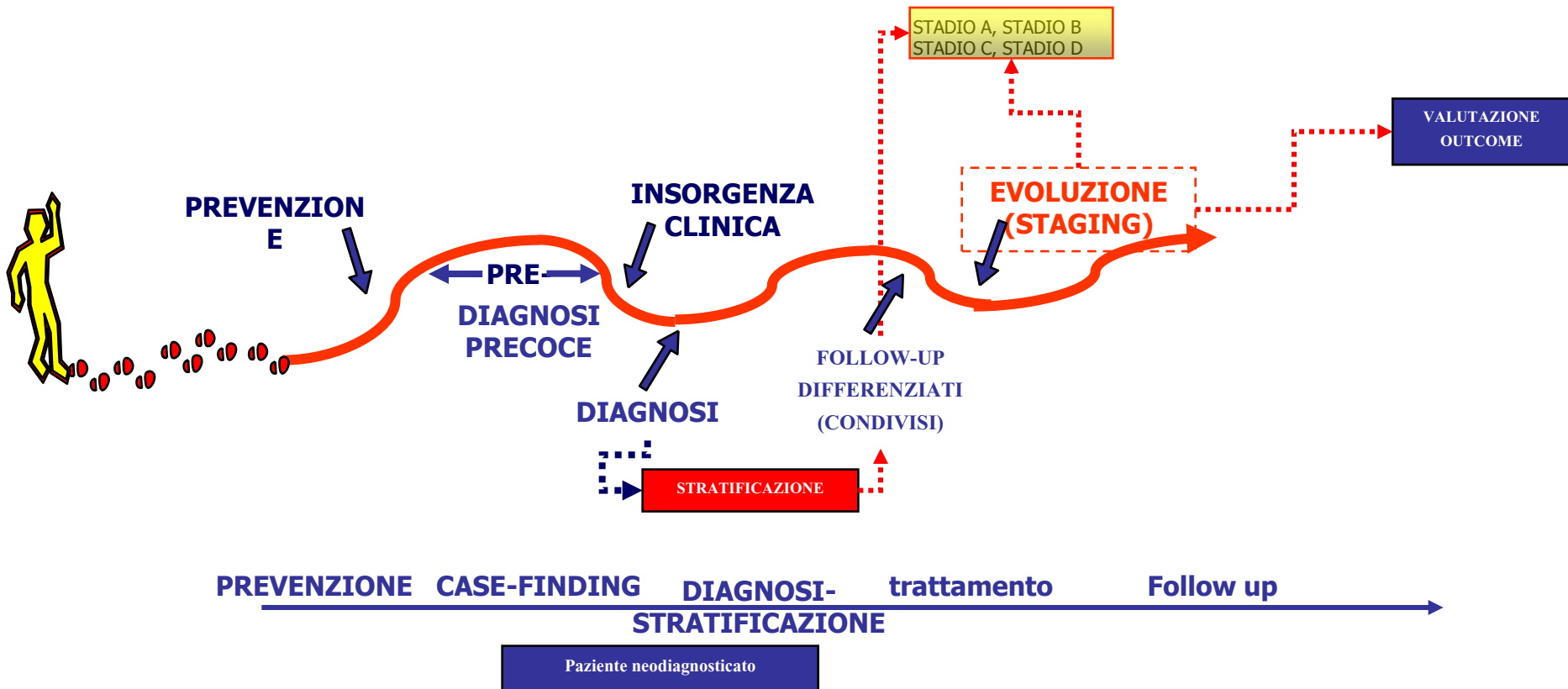
RICOVERI

ADI

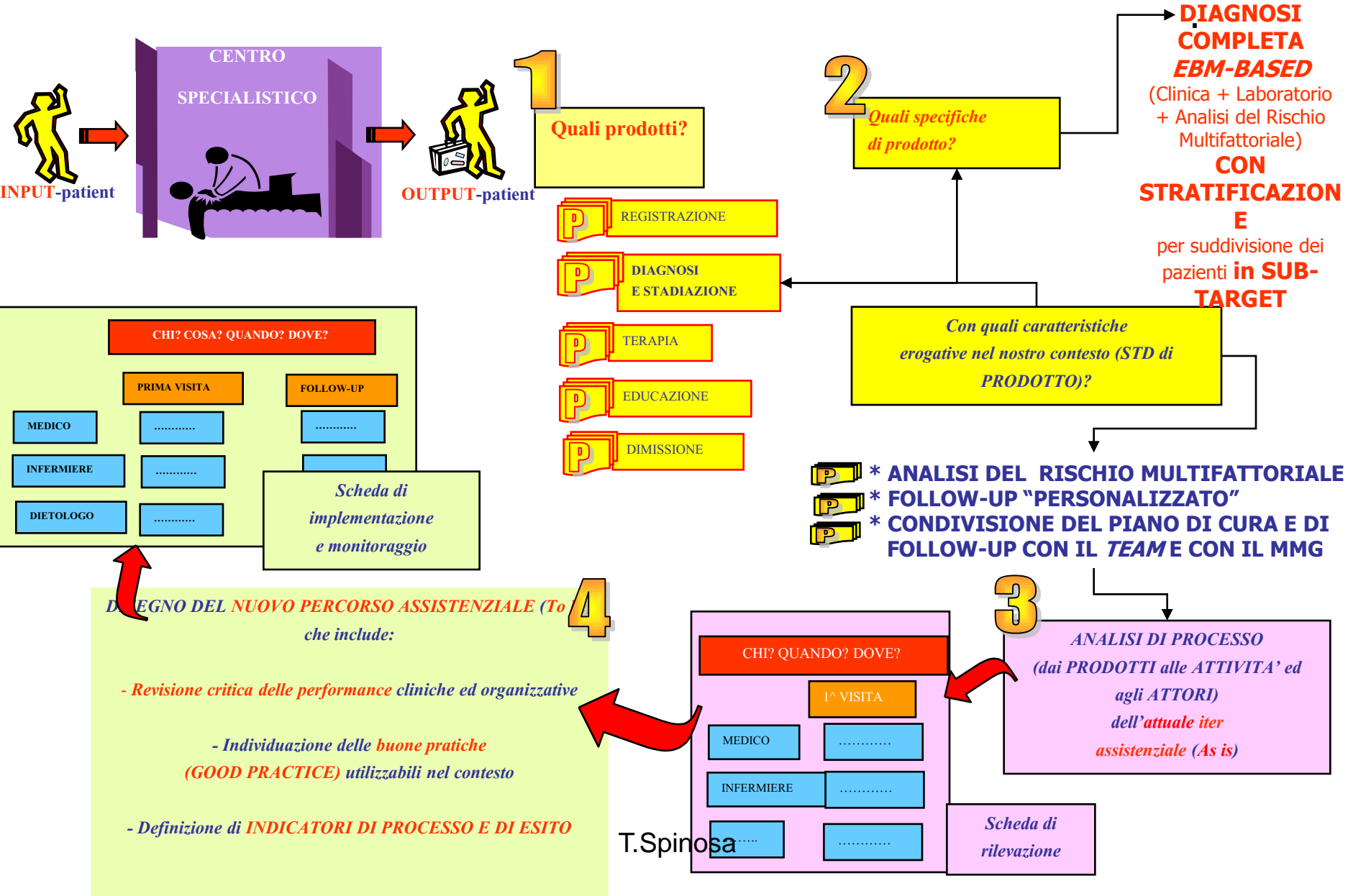
Esiti

La **GESTIONE INTEGRATA** non è una somma della “gestione separata” dei vari attori ma è frutto di una **gestione concordata e coordinata** (*managed care vs usual care*). Essa si basa sulla **personalizzazione del follow-up** in rapporto ai fabbisogni assistenziali dei pazienti, che vengono differenziati, attraverso la **stratificazione dei rischi** e la **stadiazione**, in: **PAZIENTI A VARI GRADI DI COMPLESSITÀ** con **FOLLOW-UP PREVALENTE DEL MMG** o con **FOLLOW-UP PREVALENTEMENTE SPECIALISTICO**.

UN FOCUS SUL PERCORSO ASSISTENZIALE, SUL QUADRO LOGICO-CONCETTUALE, SU COME COSTRUIRE UN PERCORSO, SU COME GESTIRLO ...



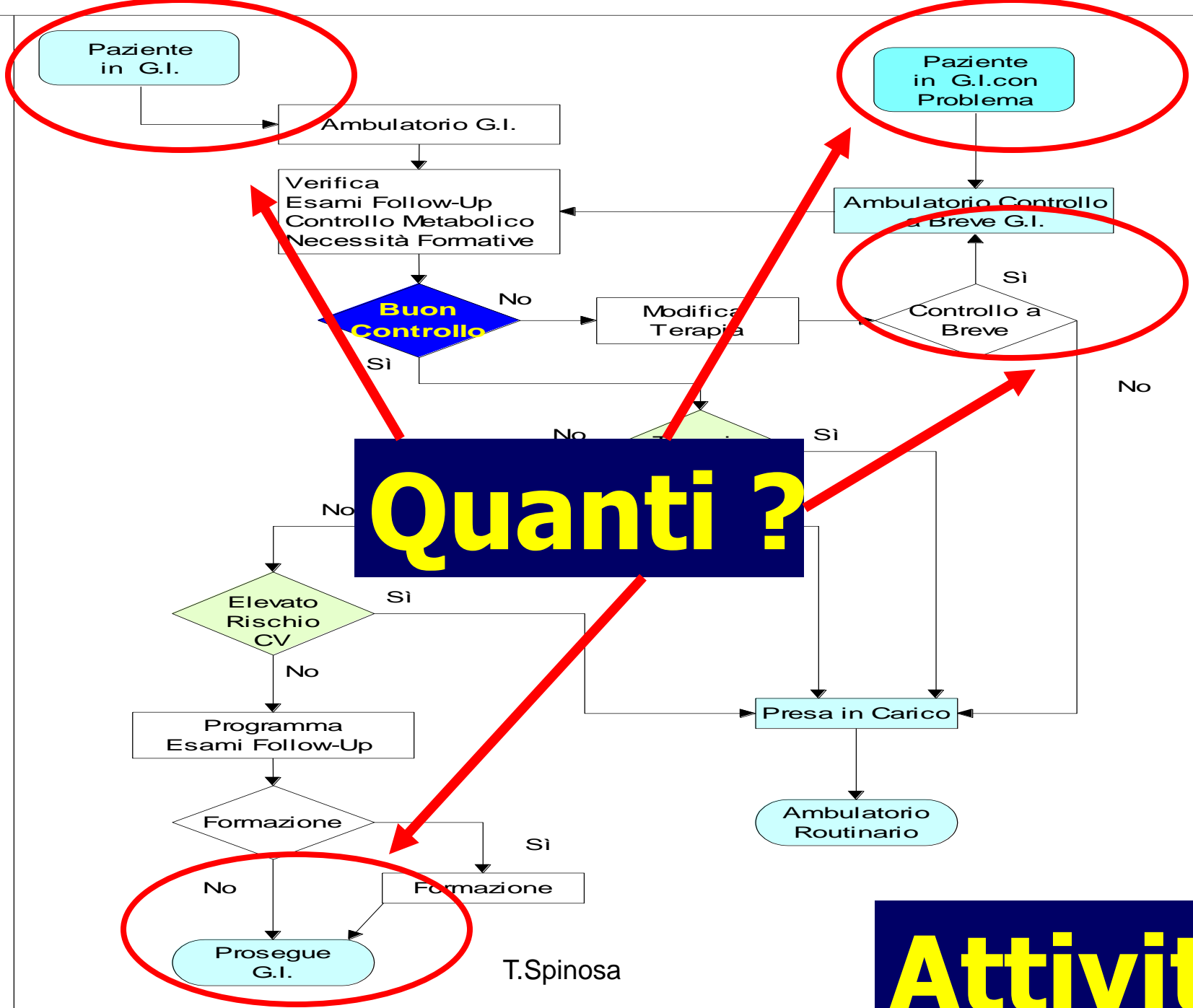
SCOMPOSIZIONE DAI PRODOTTI ALLE ATTIVITA' ED AGLI ATTORI PER IMPLEMENTARE E VERIFICARE LE BUONE PRATICHE (GOOD PRACTICE)



* FOCUS SUGLI
ESITI
(Clinical outcome)

* FOCUS
SULLA
PERSONA
E SUL SUO
PROGETTO
INDIVIDUALE
DI SALUTE
*(Patient-related
Outcome)*

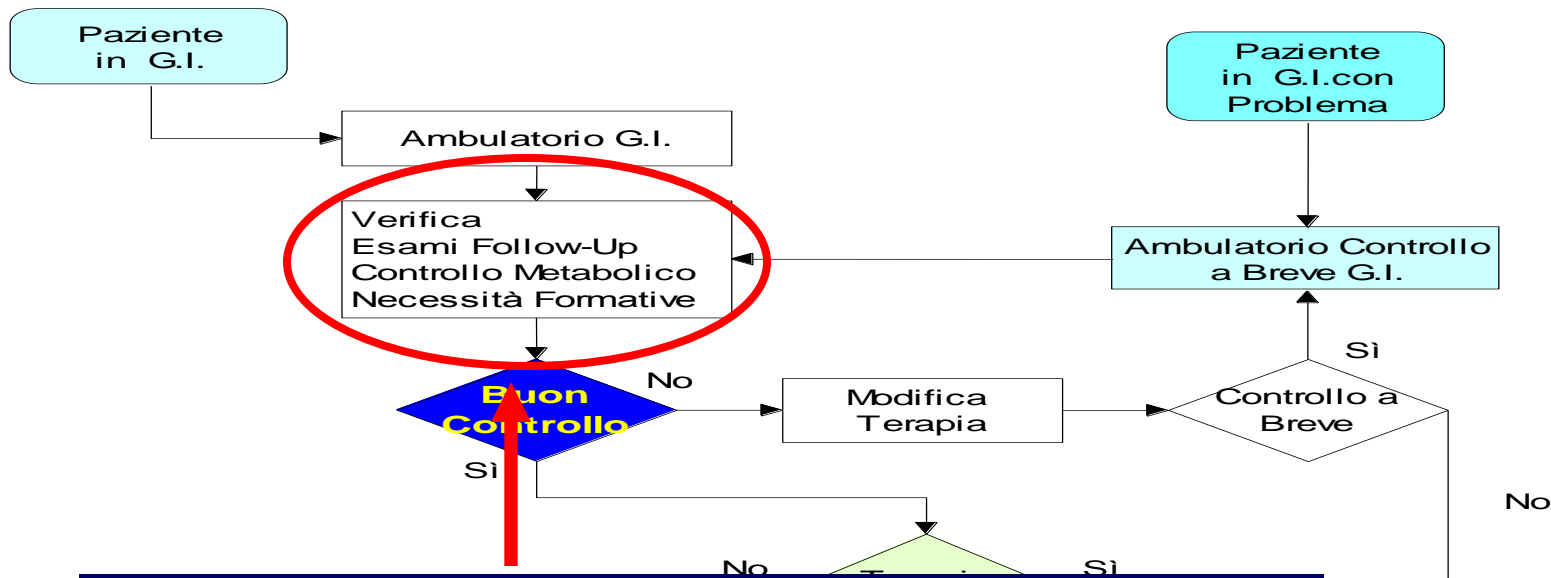
* FOCUS SUI
PROCESSI
*(Organization-related
Outcome)*



Quanti ?

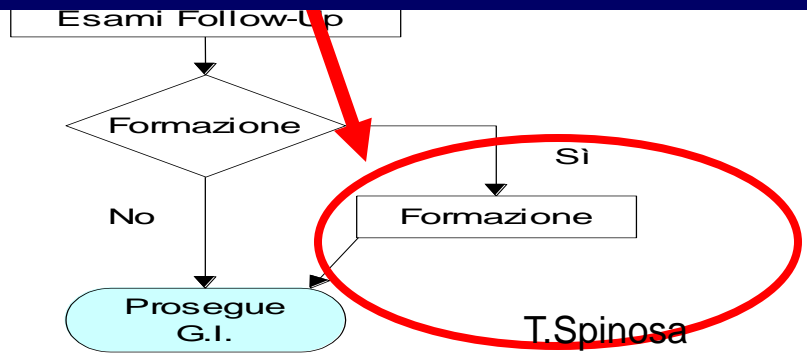
Attività

T.Spinsa

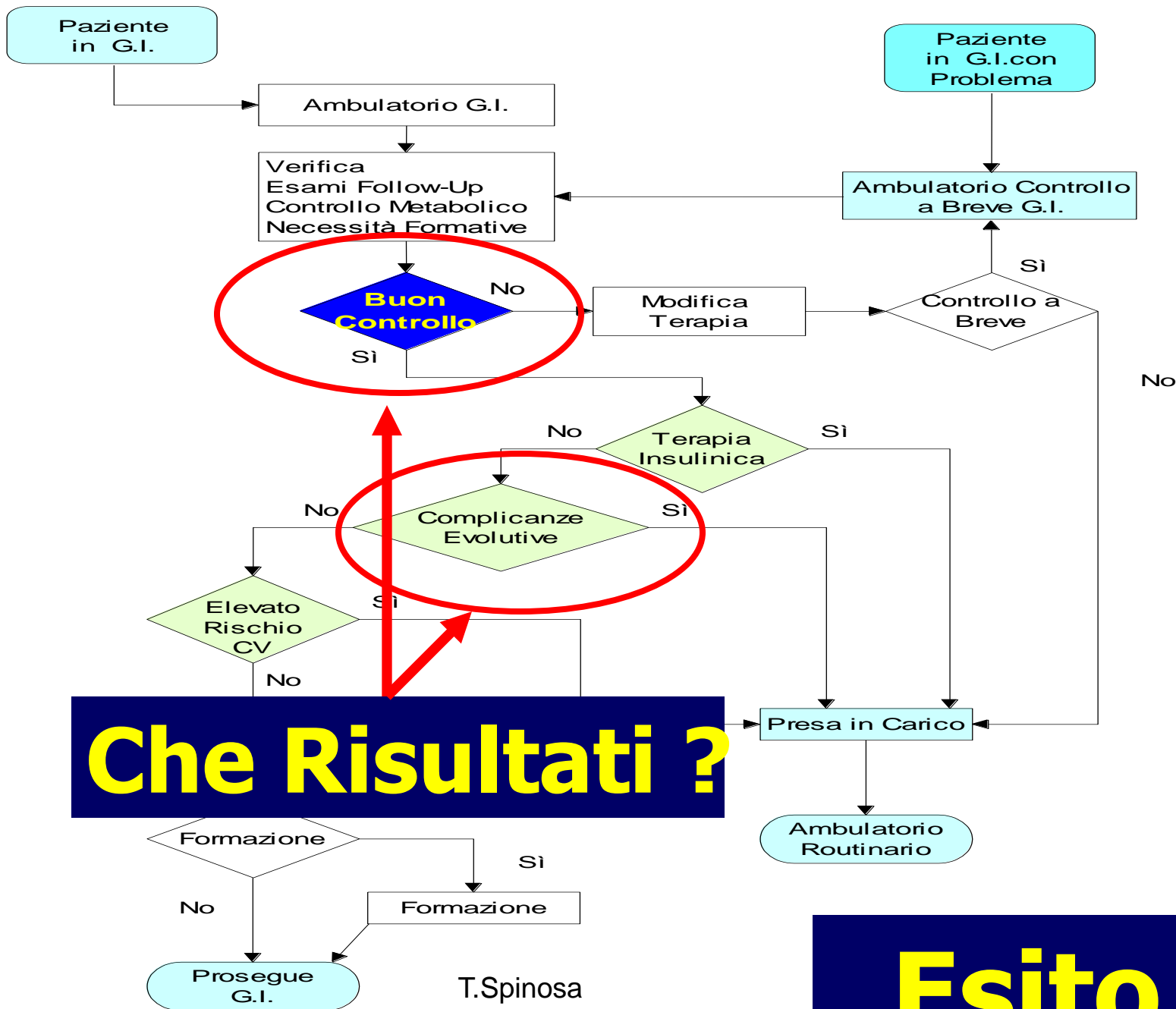


Seguono Follow-Up ?

Sanno muoversi nel PA ?



Processo



Che Risultati ?

Esito

Riqualificare le funzioni territoriali per riqualificare anche l'ospedale ...

**ASSOCIAZIONISMO
"QUALIFICATO"
PER GARANTIRE
ASSISTENZA h 12**

**PUNTI DI PRIMO
INTERVENTO DIURNI
NEI POLIAMBULATORI
+ Guardia Medica notturna
NEI PTA**

**AMBULATORI
"CODICI BIANCHI"
PRESSO I P.S.**



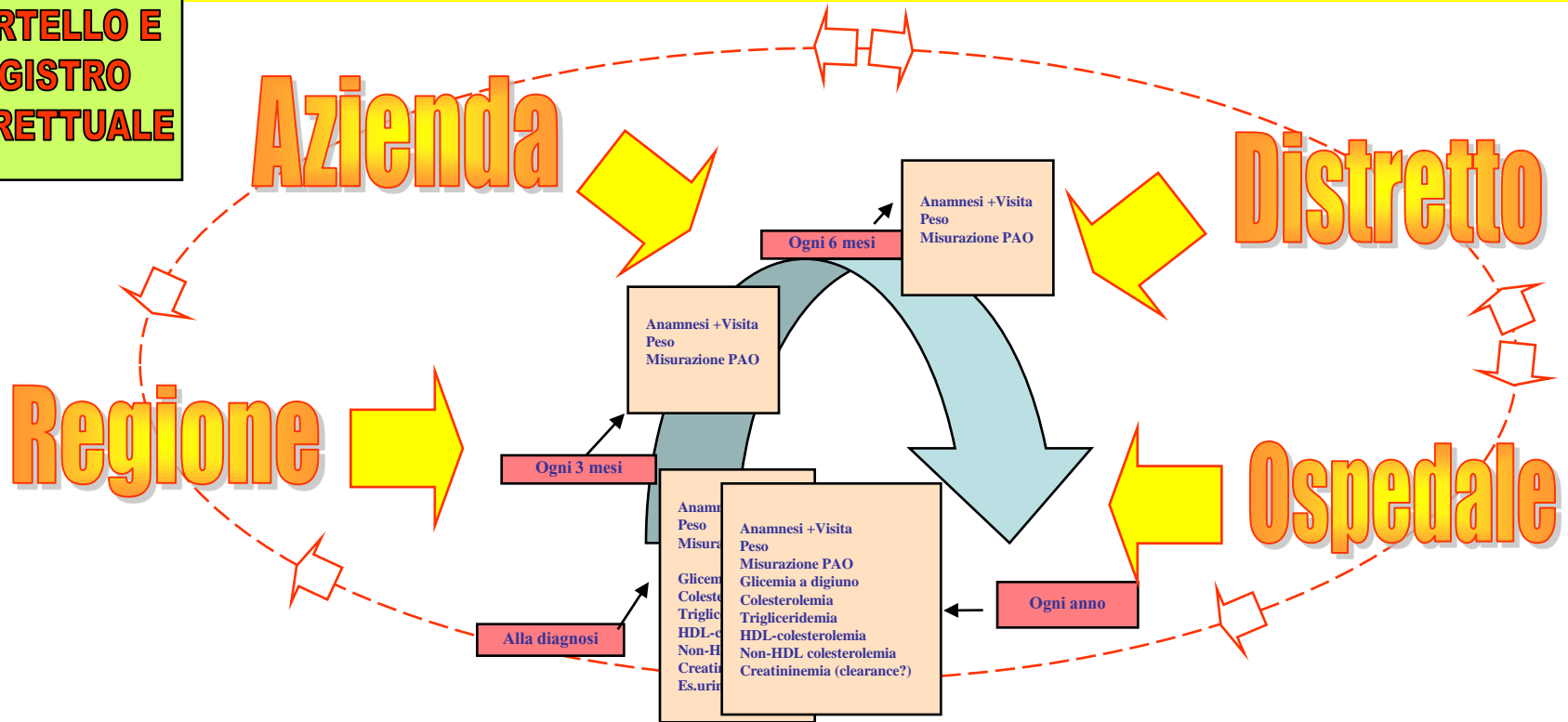
**RETE DELLA
DOMICILIARITA'
E DELLA
RESIDENZIALITA' COME
STRUMENTO DI
RIDUZIONE DEI
RICOVERI E DI
MIGLIORAMENTO
DELLA QUALITA' DI
VITA**

**GESTIONE INTEGRATA
DEI PAZIENTI CRONICI
A BASSA-MEDIA- ALTA
COMPLESSITA'**

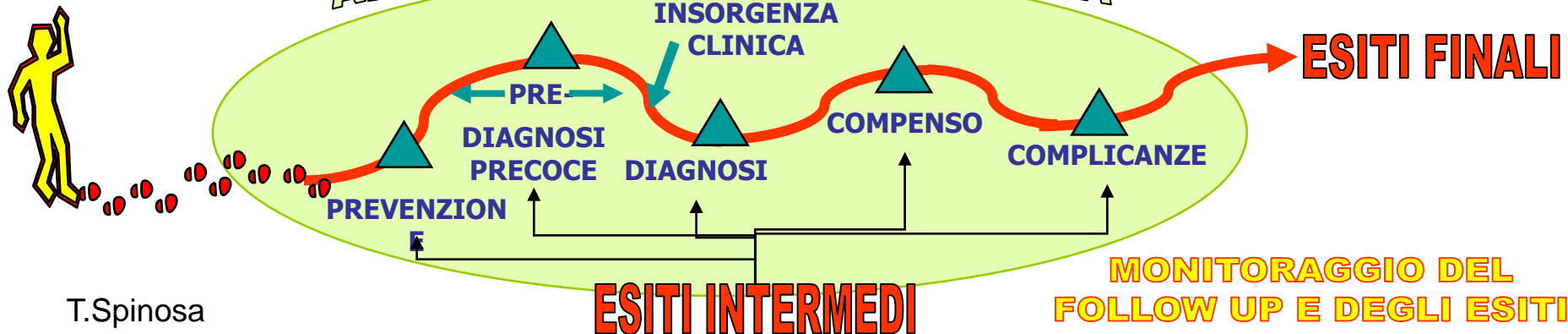
- **PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI**
- **AGI- AMBULATORI DI GESTIONE INTEGRATA**
- **SPECIALISTICA UNICA PROVINCIALE**

NON SOLO "REGISTRO" MA MONITORAGGIO DINAMICO DELLE PERFORMANCE DI TUTTI GLI ATTORI ...!!!

SPORTELLO E REGISTRO DISTRETTUALE



APPLICATIVO UNICO DI SISTEMA



T.Spinoza

Non esistono condizioni ideali in cui scrivere, studiare, lavorare o riflettere, ma è solo la volontà, la passione e la testardaggine a spingere un uomo a perseguire il proprio progetto.

Konrad Lorenz